

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)
Освітній рівень

«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ
ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ І АЛЕКСИТИМІЇ У СТУДЕНТІВ»

Назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Шифр 24365

номер ІНП

Виконав: студент II курсу, групи ППМ-23-1 А. Лісовський Олександр ЛІСОВСЬКИЙ

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент В'ячеслав ГАВРИЛЬКЕВИЧ

Науковий ступінь, вчене звання

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор Г. Комар Гаїсія КОМАР

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

2 травня 2024р.

Хмельницький, 2024

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту

Кафедра психології та педагогіки

Освітній рівень другий (магістерський)


Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітня програма освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології та педагогіки

 Таїсія КОМАР

підпис

протокол № 5 від 14 грудня 2023 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Олександра ЛІСОВСЬКОГО

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ здобувача

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічні особливості взаємозв'язку депресивних проявів і алекситимії у студентів»

Керівник кваліфікаційної роботи: В'ячеслав ГАВРИЛЬКЕВИЧ, кандидат психологічних наук, доцент

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від 26 серпня 2024 р. № 60

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 2 грудня 2024 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження, анкетування за методиками: Торонтська шкала алекситимії (TAS-20), Коротка форма Пертського опитувальника алекситимії (PAQ-S), Шкала депресії Бека (BDI), Шкала депресії PHQ-9, Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS).

4. Зміст кваліфікаційної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1 Теоретичне дослідження проблеми взаємозв'язку депресивних проявів і алекситимії у студентів: Психологічні особливості депресії у студентів: прояви, причини та механізми розвитку; Загальна характеристика алекситимії та особливості її проявів у молоді; Роль соціальних і культурних аспектів у формуванні алекситимії у молоді; Теоретичний аналіз психологічних особливостей взаємозв'язку депресивних проявів і алекситимії у студентів; розділ 2 Емпіричне дослідження взаємозв'язку депресивних проявів та алекситимії у студентів: вибір та обґрунтування методик дослідження депресивних проявів та алекситимії у студентів та організація емпіричного дослідження; аналіз результатів емпіричного

дослідження взаємозв'язку депресивних проявів та алекситимії у студентів; практичні рекомендації для подолання алекситимії та зменшення депресивних проявів у студентів; Висновки.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень)
6 таблиць.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

Дата видачі завдання 14 грудня 2023 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапу роботи	Примітки
	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 02 січня 2024 р.	виконано
	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2024 р.	виконано
	Оформлення вступу кваліфікаційної роботи.	До 01 вересня 2024 р.	виконано
	I розділ кваліфікаційної роботи.	До 10 вересня 2024 р.	виконано
	II розділ кваліфікаційної роботи.	До 01 жовтня 2024 р.	виконано
	Загальні висновки.	До 01 листопада 2024 р.	виконано
	Оформлення кваліфікаційної роботи.	До 01 грудня 2024 р.	виконано
	Попередній захист кваліфікаційної роботи.	<u>08</u> листопада 2024 р.	виконано
	Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)	<u>16</u> грудня 2024 р.	виконано

Здобувач А. Лисовський Олександр ЛІСОВСЬКИЙ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник роботи В'чеслав Гаврилькевич В'чеслав ГАВРИЛЬКЕВИЧ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічні особливості взаємозв'язку депресивних проявів і алекситимії у студентів»

Здобувач Олександр ЛІСОВСЬКИЙ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник В'ячеслав ГАВРИЛЬКЕВИЧ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Кваліфікаційна робота включає 82 сторінки, 6 таблиць, перелік джерел посилання складає 92 найменування.

Ключові слова: депресивні прояви, алекситимія, студенти, емоційна регуляція, емоційне здоров'я студентів, психічний стан студентів, подолання алекситимії, зменшення депресивних проявів.

Об'єкт дослідження: депресія як психологічне явище.

Предмет дослідження: особливості взаємозв'язку між рівнем алекситимії та вираженістю депресивних проявів у студентів.

За результатами дослідження розроблено практичні рекомендації для подолання алекситимії та зменшення депресивних проявів у студентів.

Одержані результати можуть бути використані психологами та науково-педагогічними працівниками закладів вищої освіти для профілактики депресивних станів, розвитку емоційної регуляції студентів та у викладанні дисциплін, таких як: «Психологія емоцій», «Патопсихологія», «Психологія стресу», «Основи психологічного консультування» та ін.

Дипломник *A. Lisovskyi* Олександр ЛІСОВСЬКИЙ

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 2 грудня 2024 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ І АЛЕКСИТИМІЇ У	
СТУДЕНТІВ.....	
	10
1.1 Психологічні особливості депресії у студентів: прояви, причини та механізми розвитку.....	10
1.2 Загальна характеристика алекситимії та особливості її проявів у молоді.....	19
1.3 Роль соціальних і культурних аспектів у формуванні алекситимії у молоді.....	31
1.4 Теоретичний аналіз психологічних особливостей взаємозв'язку депресивних проявів і алекситимії у студентів.....	41
Висновки до розділу.....	43
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ	
ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ТА АЛЕКСИТИМІЇ У СТУДЕНТІВ.....	
	44
2.1 Вибір та обґрунтування методики дослідження депресивних проявів та алекситимії у студентів та організація емпіричного дослідження.	44
2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження взаємозв'язку депресивних проявів та алекситимії у студентів.....	50
2.3 Практичні рекомендації для подолання алекситимії та зменшення депресивних проявів у студентів.....	60
Висновки до розділу.....	68
ВИСНОВКИ	72
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	74

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. визначається зростаючою увагою до психічного здоров'я студентської молоді, яка стикається з численними стресовими факторами у процесі адаптації до нових умов навчання, життя та соціального середовища. Особливе значення мають депресивні прояви та алекситимія як чинники, що негативно впливають на емоційну стабільність та успішність студентів.

Депресивні стани викликають інтерес багатьох дослідників. О. О. Белов аналізує гендерні та вікові особливості впливу депресивних станів на якість життя, підкреслюючи їхній вплив на молодь [1]. В. О. Бедлінський зосереджує увагу на нейробіологічних і імунологічних механізмах розвитку депресії [2]. Крім того, А. Т. Векс запропонував когнітивну модель депресії, яка використовується для розуміння причин та лікування депресивних станів [29], а Н. Р. Карлфаммер дослідив соматичні прояви депресії, які часто супроводжують цей розлад [58].

Алекситимія, як психічний феномен, також є об'єктом численних наукових досліджень. R. M. Bagby, J. D. A. Parker і G. J. Taylor створили Торонтську шкалу алекситимії, яка є важливим інструментом для оцінки цього явища [28]. В. О. Мартиненко вказує на тісний зв'язок алекситимії з емоційною регуляцією та психічним здоров'ям студентів [16]. Н. Frewen та колеги підкреслюють важливість алекситимії у формуванні посттравматичних розладів [48].

Особливий інтерес викликає дослідження взаємозв'язку між депресивними проявами та алекситимією. Наприклад, P. E. Sifneos описав алекситимію як важливий фактор ризику розвитку психосоматичних розладів [87]. А. Позняк зазначає, що алекситимія може бути тригером депресивних проявів у молоді [19]. О. Саннікова та Ж. Чжун вказують, що цей феномен ускладнює вираження емоцій, посилюючи симптоматику депресивних станів [22].

Водночас у сучасних дослідженнях існують суперечності щодо характеру зв'язку між депресивними проявами та алекситимією. Одні автори вважають цей

зв'язок прямим, інші – опосередкованим соціальними та культурними факторами. Також бракує досліджень, які б враховували гендерні, вікові та соціокультурні особливості цього зв'язку у студентів. Ці розбіжності у наукових даних зумовлюють необхідність подальшого вивчення цього питання, що обґрунтовує актуальність і практичну значущість теми даного дослідження.

Об'єкт дослідження – депресія у студентів як психологічний феномен.

Предмет дослідження – психологічні особливості взаємозв'язку депресивних проявів і алекситимії у студентів.

Мета дослідження – виявлення взаємозв'язку між вираженістю депресивних проявів та рівнем алекситимії у студентів.

Завдання дослідження:

1) здійснити теоретичне дослідження феномену депресії у студентів і визначити її прояви, причини та механізми розвитку;

2) теоретично проаналізувати психологічні особливості взаємозв'язку депресивних проявів і алекситимії у студентів;

3) емпірично дослідити взаємозв'язок депресивних проявів і алекситимії у студентів;

4) розробити практичні рекомендації для подолання алекситимії та зменшення депресивних проявів у студентів.

Гіпотеза дослідження: існує позитивний зв'язок між рівнем алекситимії та інтенсивністю депресивних проявів у студентів, де вищі рівні алекситимії асоціюються з більш вираженими симптомами депресії.

Методи дослідження. Для проведення дослідження було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів:

– *теоретичні:* аналіз, синтез, порівняння, узагальнення (використано для дослідження наукових джерел і систематизації знань з досліджуваної проблеми);

– *емпіричні:* спостереження, бесіда, анкетування, констатувальний експеримент;

– *статистичні:* обчислення середніх і відносних показників та коефіцієнтів кореляції між показниками. Для кореляційного аналізу було

використано коефіцієнт кореляції Спірмена. Аналіз проводився у програмному середовищі Python із застосуванням бібліотеки `scipy.stats`.

Для збору даних були використані такі стандартизовані психометричні інструменти, як:

- Торонтська шкала алекситимії (TAS-20);
- Коротка форма Пертського опитувальника алекситимії (PAQ-S);
- Шкала депресії Бека (BDI);
- Шкала депресії PHQ-9;
- Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS).

Це дозволило отримати об'єктивні дані про рівень алекситимії, вираженість депресивних симптомів у вибірці.

Практичне значення дослідження: результати можуть бути використані психологами для розробки ефективних психокорекційних програм, що допоможуть студентам покращити емоційну компетентність.

Визначення рівня алекситимії та депресії сприятиме створенню підтримуючих ресурсів для студентів. Крім того, дослідження може стати основою для профілактичних заходів, навчання методам управління стресом і емоційної регуляції з метою поліпшення психологічного благополуччя студентів і зниження рівня депресивних проявів.

Результати дослідження також можуть бути використані в освітньому процесі у закладах вищої освіти для підготовки психологів, зокрема при викладанні таких навчальних дисциплін, як: «Психологія емоцій», «Клінічна психологія», «Патопсихологія», «Психологія стресу», «Основи психологічної корекції».

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження здійснювалося на базі Хмельницького національного університету. У ньому взяли участь 56 студентів віком від 19 до 45 років.

Апробація результатів дослідження відбувалась на таких наукових заходах:

– Кафедральний науковий семінар «Актуальні проблеми наукових досліджень здобувачів вищої освіти другого і третього рівнів – 2024» (м. Хмельницький, Хмельницький національний університет, кафедра психології та педагогіки, 19-20 вересня 2024 р.);

– Кафедральний науковий семінар «Сучасні досягнення в наукових дослідженнях здобувачів вищої освіти другого і третього рівнів – 2024» (м. Хмельницький, Хмельницький національний університет, кафедра психології та педагогіки, 8-9 листопада 2024 р.);

– VII Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів та молодих вчених «Південноукраїнські наукові студії» (м. Одеса, Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського, 19-21 листопада 2024 р.).

– За результатами дослідження опубліковано тези «Алекситимія як психологічне явище» у збірнику матеріалів VII Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Південноукраїнські наукові студії» (м. Одеса, Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського, 19-21 листопада 2024 р.) [14], а також подано до друку статтю у фаховий науковий журнал «Психологічні тревелоги» Хмельницького національного університету [15].

Структура роботи: робота складається із вступу, двох розділів, висновків, переліку джерел посилання (90 найменувань). Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 83 сторінки, із них основна частина – 73 сторінки. Робота містить 6 таблиць.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ І АЛЕКСИТИМІЇ У СТУДЕНТІВ

1.1 Психологічні особливості депресії у студентів: прояви, причини та механізми розвитку

Депресія є одним з найбільш поширених психічних розладів, що характеризується тривалим зниженням настрою, зменшенням активності та інтересу до звичних справ. Вона може проявлятися у різних формах, від легких епізодичних станів до важких, хронічних депресій, що потребують спеціалізованого лікування. Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-11), депресія відноситься до афективних розладів, що суттєво впливають на емоційний стан людини, її психічне здоров'я та загальне функціонування. Зазвичай депресія супроводжується почуттям смутку, відчаю, безпорадності, а також негативним сприйняттям власного життя і майбутнього [4].

Основними характеристиками депресії є тривала пригніченість емоційного стану, втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, і зниження фізичної енергії. Важливість цих аспектів підкреслюють Д. Дж. Стейн, М. Дж. Берк і Е. Вієта у своїй роботі, зазначаючи також, що депресивні стани супроводжуються змінами апетиту та порушеннями сну, які суттєво впливають на функціонування пацієнтів [88].

Крім того, М. Зіболд і К. Рід звертають увагу на зниження здатності до концентрації уваги та прийняття рішень, яке часто супроводжує депресивні стани, підкреслюючи їх значущість у контексті новітніх підходів до діагностики [92].

Р. В. Лам та його колеги також акцентують на фізичних проявах депресії, таких як зміни ваги та рівня фізичної активності, які часто ускладнюють діагностику та лікування [65].

Вплив депресії на функціонування людини є значним і багатограним. Соціальні контакти людини зменшуються, оскільки депресія часто

супроводжується соціальною ізоляцією та відмовою від участі у звичних активностях. Як зазначає Х. П. Капфгаммер у своєму дослідженні, ці зміни впливають не лише на міжособистісні стосунки, але й загалом погіршують психосоціальний стан людини [58].

Робота К. Шефerta, Б. Реннеберга та Х. Саттеля підтверджує, що депресія негативно впливає на якість життя, обмежуючи здатність людини брати участь у професійній діяльності, а також знижуючи продуктивність на робочому місці [86].

Дослідження В. Міланескі та Б. В. Пеннінка підкреслює біологічні механізми, що лежать в основі соматичних проявів депресії, включаючи безсоння, зміну апетиту та фізичну виснаженість, які посилюють загальний вплив депресії на функціонування організму [75].

Також Х. Чен, Л. Цзя та М. Лі у своєму дослідженні акцентують увагу на досвіді пацієнтів із соматичними симптомами, які значно ускладнюють їхнє соціальне та професійне життя [37].

Важливою рисою депресії є її здатність істотно впливати на загальний стан людини, порушуючи її психічне, емоційне та фізичне здоров'я, що робить цю хворобу складною для лікування та потребує комплексного підходу до терапії. Тому розуміння депресії вимагає врахування її впливу на всі сфери життя особистості.

Існує кілька основних теоретичних підходів до розуміння депресії, кожен з яких акцентує увагу на різних аспектах цього складного психічного розладу. До основних теоретичних моделей належать біологічний, психодинамічний, когнітивно-біхевіоральний та соціокультурний підходи.

Біологічний підхід до розуміння депресії акцентує увагу на фізіологічних і нейрохімічних основах цього психічного розладу. Цей підхід передбачає, що депресія є результатом порушень у функціонуванні нейротрансмітерів, які відіграють важливу роль у регуляції емоцій, когнітивних процесів і поведінки. Найбільш вивченими нейротрансмітерами, які пов'язані з депресією, є серотонін, норадреналін і дофамін. Як зазначають Д. Дж. Натт та Д. С. Болдвін, низький

рівень серотоніну часто асоціюється зі зниженим настроєм, підвищеною тривожністю та порушеннями сну. Норадреналін впливає на енергетичний рівень та здатність до концентрації, тоді як дефіцит дофаміну може викликати анедонію – втрату інтересу до звичних активностей [80].

Дослідження також підкреслюють роль генетичних факторів у розвитку депресії. Виявлено, що ризик розвитку розладу вищий у людей із сімейною історією депресії, що вказує на спадкову схильність. Проте генетична схильність не є єдиним фактором: зовнішні тригери, такі як стрес або травматичні події, значною мірою впливають на розвиток депресії навіть у людей із генетичною вразливістю [50].

Крім нейрохімічних аспектів, біологічний підхід розглядає роль інших фізіологічних систем. Наприклад, є дані, що депресія асоціюється зі змінами в роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (НРА), яка регулює реакцію організму на стрес. Гіперактивність цієї осі може призводити до підвищення рівня кортизолу, що впливає на функціонування мозку, зокрема на префронтальну кору та гіпокамп, які відповідають за пам'ять та емоційну регуляцію [42].

Значущим є також вплив запальних процесів у мозку на розвиток депресії. Деякі дослідження вказують на те, що хронічне запалення може сприяти зміні рівня нейротрансмітерів та структурним змінам у мозку, які характерні для депресії. Це підтверджує взаємозв'язок між фізичним здоров'ям та психічними розладами, що є важливим для сучасного мультидисциплінарного підходу до лікування депресії [29]

Психодинамічна теорія депресії фокусується на взаємодії внутрішніх конфліктів та неусвідомлених емоційних процесів, що виникають через психотравматичні події, зокрема втрату об'єктів прив'язаності або важливих міжособистісних зв'язків. Зігмунд Фройд, засновник психоаналітичного підходу, вважав, що депресія виникає в результаті втрати або недосягнення емоційної підтримки, що активує гнів, який замість спрямування на об'єкт травми перенаправляється на самого себе. Ця внутрішня боротьба між бажанням

і неможливістю отримати підтримку призводить до самозвинувачення, почуття меншовартості, пригніченого настрою та інших симптомів депресії [47].

Ключовим аспектом психодинамічного підходу є увага до дитячих травм і раних відносин із батьками. Недостатність емоційної підтримки в дитинстві, відчуження чи досвід жорстокого поводження можуть сформувати негативні патерни реагування на стресові ситуації, які зберігаються у дорослому віці. Дослідження в цій галузі, зокрема роботи Карен Горні та Мелані Кляйн, підкреслюють, що такі дитячі переживання залишають глибокий емоційний слід і можуть проявлятися у вигляді схильності до самокритики або емоційної залежності, які є характерними для депресії [61].

Іншою важливою ідеєю психодинамічного підходу є поняття амбівалентності у відносинах. Люди з депресією часто відчувають суперечливі емоції, що стосуються одночасного бажання близькості та страху перед відторгненням. Ця амбівалентність може підсилювати внутрішній конфлікт, викликаючи відчуття ізоляції та безпорадності [56].

Когнітивно-біхевіоральний підхід до депресії ґрунтується на припущенні, що основною причиною розвитку цього розладу є негативні мисленнєві патерни, які спотворюють сприйняття реальності. Ці патерни формуються під впливом життєвих труднощів, стресових ситуацій або травматичних подій. Аарон Бек, один із засновників когнітивної терапії, визначив три основні негативні переконання, які часто спостерігаються у людей із депресією: негативне ставлення до себе, світу та майбутнього. Ці переконання, відомі як когнітивна тріада Бека, є основою спотвореного мислення, що сприяє розвитку депресії [29].

Бек вважав, що депресивні люди схильні перебільшувати негативні аспекти свого життя, одночасно ігноруючи або недооцінюючи позитивні. Такий підхід створює замкнене коло, де негативні думки підсилюють емоційну дистрес, що своєю чергою впливає на поведінку та зміцнює ці ж думки. Наприклад, людина може уникати соціальних контактів, вірячи, що її не приймуть, що в свою чергу підтверджує її негативні очікування [39].

Когнітивна терапія, розроблена Беком, спрямована на те, щоб допомогти пацієнтам ідентифікувати та замінити ці негативні переконання більш реалістичними і конструктивними. У ході терапії пацієнтів навчають розпізнавати автоматичні негативні думки, аналізувати їх і випрацьовувати альтернативні способи мислення. Такий підхід дає змогу змінювати емоційні реакції та поведінкові стратегії пацієнтів.

Емпіричні дослідження підтверджують високу ефективність когнітивної терапії для лікування депресії. Зокрема, метааналізи демонструють, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з найбільш результативних форм психотерапії, особливо у випадках легких і середніх депресивних станів. Вона не лише зменшує симптоми депресії, але й допомагає запобігти її рецидивам, оскільки навчає пацієнтів стійким механізмам управління емоціями [55].

Соціокультурний підхід до депресії фокусується на аналізі впливу соціального середовища, культурних норм і економічних умов на психічне здоров'я індивіда. Цей підхід акцентує увагу на тому, що депресія не є виключно індивідуальною проблемою, а виникає у контексті взаємодії між особистістю та соціальним середовищем.

Одним із ключових факторів, що сприяють розвитку депресії, є соціальна ізоляція. Люди, які мають обмежений доступ до соціальної підтримки, частіше стикаються з психологічними труднощами. Наприклад, дослідження серед студентів показують, що високий рівень академічного навантаження, труднощі адаптації до нових соціальних умов і відсутність емоційної підтримки можуть спричинити депресивні симптоми [40].

Крім того, соціокультурний підхід розглядає вплив економічних факторів, таких як бідність і безробіття, на психічне здоров'я. Люди з низьким соціально-економічним статусом стикаються з більшим ризиком депресії через постійний стрес, пов'язаний із фінансовими труднощами та соціальною нестабільністю. Дискримінація за ознаками раси, гендеру або сексуальної орієнтації також може бути потужним стресором, який впливає на психічний стан і сприяє розвитку депресії [82].

Соціокультурний підхід підкреслює важливість культурного контексту. У культурах, де суспільство висуває високі вимоги до досягнень і самореалізації, депресія може бути поширенішою. Люди, які не відповідають цим соціальним очікуванням, можуть відчувати сильний тиск, що призводить до самозвинувачення та зниження самооцінки. У таких умовах депресія часто сприймається як слабкість або невдача, що може викликати додаткову соціальну ізоляцію і посилювати симптоми [38].

Цей підхід також підкреслює необхідність врахування соціального контексту у лікуванні депресії. Інтервенції, спрямовані на зниження соціальної ізоляції, забезпечення економічної стабільності або боротьбу з дискримінацією, можуть бути ефективними доповненнями до традиційних методів лікування. Біологічний підхід підкреслює значення нейробіологічних факторів, психодинамічний – роль емоційних травм, когнітивно-біхевіоральний – вплив мисленнєвих патернів, а соціокультурний – значення соціальних і культурних факторів. Разом ці теоретичні моделі дають комплексне розуміння депресії як багатфакторного розладу, що потребує різноманітних підходів до діагностики та лікування. Депресія є розладом, що може проявлятися в різних формах, від епізодичних станів до хронічних, з різними рівнями інтенсивності та тривалості. Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) та Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5), депресія класифікується за кількома основними типами, кожен з яких має свої специфічні характеристики та методи лікування.

Велика депресія, також відома як уніполярна депресія, є одним з найпоширеніших і найскладніших психічних розладів, що впливають на різні аспекти життя людини. Її головною характеристикою є тривалі епізоди пригніченого настрою, що супроводжуються зниженням енергії, анедонією (втратою здатності отримувати задоволення) та значними порушеннями у звичному житті. Цей розлад включає широкий спектр симптомів, серед яких почуття безнадійності, втрата інтересу до повсякденних справ, труднощі з

концентрацією уваги, безсоння або надмірна сонливість, а також значні зміни апетиту та фізична виснаженість [25].

Для діагностики великої депресії симптоми повинні тривати не менше двох тижнів і мати значний вплив на соціальну, професійну та сімейну сферу життя. Крім того, важливо виключити інші можливі причини симптомів, такі як медичні стани (напр., гіпотиреоз) або вживання психоактивних речовин. Велика депресія може мати різний ступінь тяжкості – від легкого до важкого, що впливає на здатність пацієнта виконувати повсякденні завдання [59].

Причини великої депресії є мультифакторними. Біологічні фактори включають дисбаланс нейротрансмітерів, таких як серотонін, норадреналін і дофамін, а також генетичну схильність. Психологічні фактори, такі як хронічний стрес, травматичні події в минулому, а також когнітивні патерни, схильні до негативного мислення, відіграють важливу роль у розвитку цього розладу. Соціальні фактори, включаючи ізоляцію, низький соціально-економічний статус і дискримінацію, також є значущими тригерами [78].

Лікування великої депресії зазвичай включає поєднання психотерапії, фармакотерапії та соціальної підтримки. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з форм терапії, спрямованою на зміну негативних мисленнєвих патернів і покращення емоційної регуляції. Фармакологічне лікування передбачає використання антидепресантів, таких як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), які допомагають відновити баланс нейротрансмітерів у мозку [31].

Дистимія, також відома як хронічна депресія, є менш інтенсивною формою депресії, але вона може тривати довгий час – зазвичай не менше двох років. Симптоми дистимії схожі на симптоми великої депресії, однак вони мають менш виражену інтенсивність. Людина з дистимією може постійно відчувати смуток або зниження настрою, але ці стани не настільки загрозливі, як при великій депресії. Хронічний характер цього розладу може зробити його менш помітним, але він все ж таки серйозно впливає на якість життя людини і здатність досягати цілей в особистому та професійному житті [25].

Біполярний розлад, також відомий як маніакально-депресивний психоз, характеризується чергуванням двох основних фаз: манії (підвищений настрій, надмірна активність, зниження потреби в сні) і депресії (глибокий смуток і втрата енергії). Біполярний розлад включає не тільки депресивні епізоди, але й періоди манії або гіпоманії (менш виражена манія), які також можуть призводити до серйозних порушень у житті людини. У стані манії людина може відчувати підвищену енергію, а також можуть з'являтися ризиковані чи імпульсивні поведінки, що можуть призвести до фінансових або соціальних проблем.

Сезонний афективний розлад (САР) – це тип депресії, який має сезонний характер, зазвичай виникаючи в осінньо-зимовий період, коли кількість сонячного світла зменшується. САР характеризується типовими симптомами депресії, такими як втрата енергії, зниження настрою, надмірна сонливість і зміни в апетиті. Цей розлад, як правило, має циклічний характер: симптоми зменшуються або зникають весною та літом, але повертаються знову наступної осені або зими [8]. Точні причини САР пов'язані з порушенням біологічних ритмів і зниженням рівня серотоніну через меншу кількість сонячного світла.

Депресія після пологів є специфічним типом депресії, яка виникає у жінок після народження дитини. Вона може проявлятися в емоційному виснаженні, тривожності, погіршенні настрою та зниженій здатності до догляду за дитиною. Цей тип депресії часто поєднується з фізіологічними змінами після пологів, такими як гормональні коливання, а також з психологічними факторами, такими як стрес через нові обов'язки і відсутність достатньої емоційної підтримки. У деяких випадках депресія після пологів може перейти в хронічну форму і потребувати спеціалізованого лікування. Студентський період є особливим етапом життя, який супроводжується рядом стресових факторів, що можуть значно впливати на психічний стан молодих людей. Депресія серед студентів може проявлятися в різних формах, які мають свої специфічні причини та прояви. До основних типів депресії, які часто зустрічаються у студентів, відносяться депресія, спричинена академічним стресом, проблеми, пов'язані з

соціальною адаптацією, сезонний афективний розлад, а також транзитні форми депресії, характерні для молодого віку.

Академічний стрес є однією з основних причин розвитку депресії серед студентів. Високі вимоги до навчальних досягнень, тиск від іспитів, здача курсових і дипломних робіт, а також тягар навчальних завдань можуть викликати значне емоційне напруження. Більшість студентів стикаються з необхідністю балансувати між навчанням, соціальними обов'язками і, в деяких випадках, роботою. Такий стресовий фактор може спричиняти розлади настрою, тривожність і депресивні симптоми, що знижують здатність до навчання, зменшують концентрацію і погіршують загальну якість життя [7]. Постійне переживання стресу може призвести до хронічної депресії, що потребує медичного втручання.

Соціальна адаптація є ще одним значним фактором, що впливає на психічне здоров'я студентів. Багато молодих людей вперше стикаються з новим середовищем, зміною соціальних ролей та взаємодією з новими людьми. Цей процес може бути особливо важким для тих, хто має труднощі в побудові міжособистісних відносин або відчуває соціальну ізоляцію. Проблеми адаптації можуть проявлятися у вигляді депресії, оскільки відсутність підтримки та соціальних зв'язків веде до почуття самотності, відчуженості і зниження самооцінки. Соціальна ізоляція та відсутність підтримки є важливими факторами розвитку депресивних станів серед студентів, що потребує уваги з боку психологів та університетських служб підтримки [7].

Сезонний афективний розлад (САР) є типом депресії, що виникає в певні пори року, зазвичай в осінньо-зимовий період, коли кількість сонячного світла зменшується. Студенти, які часто перебувають в приміщеннях з низьким рівнем освітлення, або ті, хто живе в регіонах з тривалою зимою, можуть бути схильні до розвитку цього розладу. Симптоми САР включають зниження енергії, втрата інтересу до діяльності, підвищена сонливість і зміни апетиту. Оскільки навчальний процес часто триває в умовах низької освітленості, студенти можуть не мати достатнього доступу до природного світла, що сприяє розвитку депресії

в осінньо-зимовий період [8]. Це може серйозно вплинути на їхні навчальні результати та психічний стан.

Депресія підліткового віку часто виникає під впливом змін, пов'язаних з переходом до дорослого життя. Для багатьох студентів цей період супроводжується значними життєвими змінами, такими як переїзд до іншого міста, зміна соціальних ролей, виникнення нових відповідальностей і пошук професійної ідентичності. Ці зміни можуть викликати емоційну нестабільність і тимчасові депресивні симптоми, які не завжди є результатом серйозних психічних розладів, а скоріше реакцією на життєві зміни. Зазвичай така депресія є тимчасовою і зникає після того, як індивід адаптується до нових обставин. Однак, якщо симптоми не зменшуються або погіршуються, це може призвести до хронічного депресивного розладу, що потребує професійної допомоги [7].

1.2 Загальна характеристика алекситимії та особливості її проявів у молоді

Алекситимія є складним психічним явищем, який вперше описали Пітер Скароні та Джон П. Мейнерт у 1970-х роках. Вони зазначили, що цей стан характеризується труднощами у розпізнаванні, вербалізації та розумінні власних емоцій, а також недостатньою емоційною виразністю. У своєму дослідженні П. Е. Сіфнеос наголосив, що алекситимія може виникати через неспроможність інтегрувати емоційний досвід у когнітивну сферу, що призводить до переважання фізичних симптомів над емоційними проявами [87].

Г. Дж. Тейлор, Р. М. Багбі та Дж. Д. А. Паркер виділили основні аспекти алекситимії, зокрема обмеження в здатності розпізнавати емоції, труднощі у вербалізації емоційних переживань і схильність до зовнішньої орієнтації. Вони наголосили, що такі особи схильні використовувати раціональний аналіз для подолання емоційних ситуацій, що часто призводить до соціальної ізоляції [91].

Р. Немія, Г. С. Фрайбергер та П. Е. Сіфнеос акцентували на зв'язку алекситимії з психосоматичними розладами. Вони підкреслили, що

неспроможність адекватно виражати емоції може сприяти розвитку фізичних захворювань, таких як серцево-судинні хвороби чи гастроінтестинальні розлади [79].

Р. М. Багбі, Дж. Д. А. Паркер і Г. Дж. Тейлор у своїй роботі зосередили увагу на розробці інструментів для оцінки алекситимії, зокрема Торонтської шкали алекситимії, яка дозволяє оцінити вираженість цього стану. Вони підкреслили, що алекситимія є поширеним супутнім станом при тривожних розладах, депресії та посттравматичному стресовому розладі [28].

М. А. Лумлі, Л. С. Нілі та А. Дж. Бургер дослідили зв'язок алекситимії з соматизацією, наголосивши, що люди з цим станом частіше проявляють емоційні труднощі через фізичні симптоми. Їхня робота підкреслила важливість інтеграції психотерапії для корекції цього стану в медичних умовах [69]. Один з основних аспектів алекситимії – це обмеження в здатності ідентифікувати емоції у себе та інших, а також труднощі з вербалізацією емоційних переживань. У людей з алекситимією відзначаються:

- 1) недостатній розвиток емоційної свідомості – такі особи мають проблеми з усвідомленням власних емоцій та розрізненням їх від фізіологічних симптомів;
- 2) складнощі в описі емоцій – здатність до вираження власних почуттів за допомогою слів обмежена або зовсім відсутня;
- 3) схильність до зовнішньої орієнтації – вдаються до механізмів захисту, таких як логічний аналіз, коли стикаються з емоційними ситуаціями.

Алекситимія часто супроводжує інші психічні розлади, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад, а також ряд психосоматичних розладів, таких як серцево-судинні захворювання, виразки шлунка та інші. Такі індивіди можуть мати труднощі у соціальних відносинах, оскільки їх недостатня емоційна чутливість і здатність до емпатії можуть призводити до конфліктів або ізоляції.

Згідно з дослідженнями, алекситимія має велику значущість у контексті психічного здоров'я молоді. На думку ряду вчених, саме в молодіжному віці відбувається формування основних рис цього стану, що може впливати на розвиток соціальних та психологічних проблем в майбутньому. Для молодих

людей, які перебувають у стресових умовах, таких як навчання, формування кар'єри та міжособистісні стосунки, алекситимія є значущим фактором ризику розвитку депресії та інших психічних розладів [24]. Алекситимія є складним і багатогранним психологічним феноменом, який охоплює порушення здатності до розпізнавання, вираження та вербалізації емоцій. У психології алекситимія часто розглядається не як окремий психічний розлад, а як набір характеристик, які можуть супроводжувати різні психологічні стани, такі як депресія, тривожність, або психосоматичні розлади. Однак її вплив на емоційне та соціальне функціонування індивіда є досить серйозним і може суттєво ускладнити адаптацію людини до життєвих обставин.

Різні теоретичні підходи намагаються пояснити природу алекситимії та механізми її розвитку, зокрема когнітивно-емоційний підхід, який є одним із найпоширеніших у сучасній науці. Цей підхід базується на припущенні, що алекситимія виникає через порушення когнітивних процесів, які відповідають за усвідомлення, інтерпретацію і вербалізацію емоцій. Як зазначають Тейлор, Багбі та Паркер, люди з алекситимією мають значні труднощі в обробці емоційних сигналів, що надходять від їхнього тіла або зовнішнього середовища. Це означає, що такі індивіди не здатні належним чином розпізнавати свої емоції, пов'язувати їх із контекстом або конкретними подіями [91].

Когнітивно-емоційний підхід підкреслює, що порушення в емоційному саморозумінні можуть виникати через дефіцити у функціонуванні нейронних мереж, відповідальних за інтеграцію когнітивних і емоційних процесів. Дослідження показують, що у людей з алекситимією знижена активність у ділянках мозку, які регулюють емоції, таких як передня частина поясної кори та кори острівцевої часточки. Це впливає на здатність адекватно усвідомлювати і оцінювати свої емоційні стани [76].

Такий дефіцит у процесі емоційної обробки призводить до значних труднощів в адаптації до емоційно заряджених ситуацій. Наприклад, індивіди з алекситимією можуть відчувати фізичний дискомфорт (наприклад, підвищене серцебиття або біль), але не усвідомлювати, що це прояв тривоги чи страху.

Відсутність зв'язку між емоціями та ситуаціями ускладнює їхнє емоційне самовираження і впливає на міжособистісні відносини [66].

Цей підхід також припускає, що алекситимія може мати вторинний характер і розвиватися як механізм захисту у відповідь на стрес або травматичний досвід. Наприклад, у людей, які пережили хронічний стрес або емоційне насильство, може формуватися схильність уникати усвідомлення емоцій як спосіб зниження емоційного болю [48].

Теорія невідповідності емоційних і когнітивних функцій пояснює алекситимію як наслідок дисфункції мозкових структур, які відповідають за інтеграцію емоційних і когнітивних процесів. Ця теорія акцентує увагу на важливості зв'язку між емоційною обробкою, що здійснюється в таких ділянках мозку, як лобні частки та гіпокамп, і когнітивною обробкою, яка підтримує абстрактне мислення та емоційну регуляцію.

Важливу роль у цій дисфункції відіграють передня частина поясної кори (anterior cingulate cortex) та острівцева кора (insula cortex), які відповідають за ідентифікацію емоційних сигналів, і префронтальна кора, що інтегрує ці сигнали в когнітивну діяльність. За дослідженнями Морігучі та Десеті (2007), порушення активності цих ділянок призводить до того, що людина не може адекватно розпізнавати або вербалізувати свої емоції. Як наслідок, люди з алекситимією не лише стикаються з труднощами в усвідомленні власних емоцій, але й не здатні розуміти емоції інших на основі невербальних сигналів, таких як міміка чи інтонація [76].

Ця теорія також припускає, що дисбаланс між емоційними та когнітивними функціями обмежує здатність до абстрактного мислення. Абстрактне мислення є ключовим для емоційної саморегуляції, оскільки воно дозволяє людині осмислювати свої емоції, знаходити для них пояснення і реагувати на них відповідним чином. Наприклад, людина з дисфункцією цих механізмів може відчувати емоції як неясний фізичний дискомфорт, не усвідомлюючи їх природу чи причину [66].

Така невідповідність також відображається у труднощах інтерпретації емоційних сигналів інших людей. Люди з алекситимією часто мають труднощі в соціальних взаємодіях, оскільки не можуть адекватно зрозуміти наміри чи емоційний стан оточуючих. Це обмежує їхню здатність встановлювати емоційно значущі міжособистісні зв'язки, що може призводити до соціальної ізоляції [33].

Згідно з цією теорією, емоційні порушення та когнітивні дефіцити є взаємозалежними і формують порочне коло, що утруднює емоційну регуляцію та адаптацію. Це вказує на необхідність терапевтичних підходів, спрямованих на покращення інтеграції емоційних і когнітивних процесів, наприклад, через емоційно-фокусовану терапію або когнітивно-біхевіоральні методи. Психоаналітична модель алекситимії розглядає цей стан як механізм психологічного захисту, що виникає внаслідок емоційного відчуження. Згідно з цією теорією, люди з алекситимією відчувають труднощі з інтерпретацією своїх внутрішніх емоційних переживань через ранні психологічні травми або дисфункційні міжособистісні відносини в дитинстві. Як зазначають J. C. Nemiah, H. Freyberger, P. E. Sifneos, цей механізм може виникати як відповідь на необхідність уникнення болісних чи травматичних спогадів, що знижує доступ до емоційного самопізнання [79].

Психоаналітична модель акцентує увагу на ролі раннього дитячого досвіду у формуванні здатності до емоційної регуляції. Наприклад, батьківське ігнорування емоційних потреб дитини або жорстокість можуть спонукати дитину до емоційного відчуження як способу психологічного виживання. Така реакція стає глибоко закріпленим патерном, що проявляється у зрілому віці у вигляді алекситимії [79].

Однією з ключових ідей психоаналітичного підходу є припущення, що алекситимія дозволяє уникати болісних емоцій, але це має свою ціну. Відчуження від емоцій обмежує здатність до емоційного зв'язку з іншими людьми, що призводить до складнощів у міжособистісних відносинах. Люди з алекситимією можуть здаватися емоційно відстороненими, невиразними або навіть байдужими, що впливає на їхню соціальну адаптацію [44].

Ця модель також передбачає, що алекситимія є динамічним процесом, який може змінюватися під впливом психотерапії, спрямованої на інтеграцію емоційних і когнітивних аспектів особистості. Психоаналітичні інтервенції, які допомагають пацієнтам усвідомити та опрацювати травматичні переживання, можуть бути ефективними для подолання алекситимії [72].

Біологічний підхід до алекситимії базується на припущенні, що цей стан може бути зумовлений генетичними особливостями або порушеннями в нейробиологічних процесах, які регулюють емоційні реакції. Цей підхід акцентує увагу на ролі мозкових структур і хімічних механізмів у формуванні здатності до розпізнавання, вербалізації та регуляції емоцій. Дослідження свідчать, що люди з алекситимією часто демонструють порушення активності в ділянках мозку, які відповідають за емоційну обробку, таких як передня частина поясної кори та інсула [76].

Зокрема, порушення рівнів нейротрансмітерів, таких як серотонін і дофамін, відіграють значну роль у зниженні емоційної реактивності у людей з алекситимією. Серотонін, який відповідає за регулювання настрою, і дофамін, що пов'язаний з почуттям задоволення та мотивації, є ключовими нейрохімічними елементами, дисбаланс яких може впливати на здатність адекватно переживати та усвідомлювати емоції [69].

Генетичні фактори також мають важливе значення. Дослідження сімейних зв'язків і генетичних особливостей свідчать, що алекситимія може частково успадковуватись. Це підтверджують роботи, що демонструють спадкову природу деяких компонентів емоційної регуляції, зокрема рівня активності нейротрансмітерних систем [83].

Крім того, біологічний підхід підкреслює роль хронічного стресу та його впливу на роботу гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (НРА). Гіперактивність цієї системи, яка регулює реакцію організму на стрес, може призводити до змін у функціонуванні мозку, що впливають на здатність до емоційної обробки та регуляції. Наприклад, тривала дія стресу може спричинити

зниження об'єму гіпокампа, що важливо для емоційної пам'яті та обробки емоційних сигналів [73].

Біологічний підхід до вивчення алекситимії дає змогу краще зрозуміти механізми, які лежать в основі цього стану, і відкриває перспективи для розробки більш точних і ефективних терапевтичних стратегій.

Концепція алекситимії зазнала значного розвитку, і сьогодні вважається, що цей феномен має багатогранну природу. Одним з основних напрямків розвитку є розуміння алекситимії як не стільки психічного розладу, а як окремого психічного стану, який може проявлятися в різних контекстах: від психічних порушень до психосоматичних захворювань. Дослідження також показують, що алекситимія тісно пов'язана з іншими психічними проблемами, зокрема депресією, тривожністю, стресом, а також з певними фізичними захворюваннями, такими як серцево-судинні хвороби та виразки.

Одним із найбільш значущих внесків в розвиток концепції алекситимії стало визначення ключових характеристик цього феномену, таких як трудність у ідентифікації емоцій, низька здатність до емоційної вербалізації, орієнтація на зовнішні стимули та обмеженість соціальних взаємодій. Це визначення допомогло науковцям зрозуміти, як саме алекситимія проявляється в поведінці та соціальній взаємодії людини, а також як вона може впливати на психічне і фізичне здоров'я.

Сьогодні концепція алекситимії активно використовується в клінічній психології, психотерапії та психосоматичній медицині для оцінки та корекції емоційних порушень. Розвиток цієї концепції також сприяв появі численних діагностичних інструментів, таких як опитувальники та тести, що дозволяють визначити рівень алекситимії у пацієнтів і враховувати цей аспект при лікуванні різних психічних і фізичних захворювань. Алекситимія є багатовимірним психічним феноменом, що проявляється через численні порушення в емоційному функціонуванні людини. Вона включає в себе труднощі в ідентифікації та вираженні емоцій, а також проблеми з емоційною саморегуляцією. Це явище має суттєвий вплив на соціальну адаптацію людини,

оскільки знижує її здатність до емоційного самовизначення та соціального взаємодії. Розглянемо основні характеристики алекситимії, що найбільше впливають на емоційне та соціальне функціонування індивіда.

Однією з головних ознак алекситимії є порушення емоційної саморегуляції – здатності керувати власними емоціями відповідно до ситуації. Люди з алекситимією часто мають труднощі не тільки в усвідомленні і вираженні своїх емоцій, але й в їх контролі. Це може проявлятися у різних формах, таких як емоційна нестабільність або імпульсивність, що виникають через неможливість ефективно справлятися з емоціями. Наприклад, люди з алекситимією можуть бути схильні до емоційних вибухів, що пов'язані з труднощами в їх внутрішньому регулюванні.

Дефіцит емоційної саморегуляції також може призводити до проявів недостатньої емоційної виразності. Люди з алекситимією часто не можуть коректно адаптувати свої емоційні реакції до змін у зовнішньому середовищі, що призводить до порушень у міжособистісних стосунках та емоційному виснаженні.

Це порушення може впливати на поведінку та загальне психічне здоров'я, оскільки люди, які не можуть адекватно регулювати свої емоції, часто переживають стрес і тривогу, що, в свою чергу, може призвести до розвитку психосоматичних і психічних розладів [16].

Однією з найбільш яскравих ознак алекситимії є нездатність ідентифікувати свої емоції та виражати їх словами. Люди з алекситимією часто не можуть точно вказати, що саме вони відчують у різних ситуаціях. Це може стосуватися як негативних емоцій (страх, тривога, гнів), так і позитивних (щастя, радість). Проблеми з ідентифікацією емоцій можуть призводити до того, що людина не може вчасно реагувати на свої внутрішні переживання, що сприяє емоційному дискомфорту і загальному почуттю незадоволеності.

У результаті цього дефіциту емоційної самосвідомості, люди з алекситимією часто мають труднощі у вербалізації своїх емоцій. Вони не можуть адекватно виразити свої почуття через мову, що ускладнює спілкування з

іншими людьми. Така нездатність до емоційної комунікації може стати основною причиною соціальної ізоляції, адже відсутність чіткого емоційного вираження сприяє непорозумінням у міжособистісних стосунках [28].

З огляду на це, люди з алекситимією можуть відчувати себе ізольованими або недооціненими у своїх взаємодіях з іншими, що негативно позначається на їхній емоційній та соціальній адаптації [23].

Хоча алекситимія часто супроводжує різні психічні розлади, таких як депресія, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші, вона має низку відмінностей від класичних психічних хвороб.

По-перше, алекситимія є специфічним емоційно-когнітивним порушенням, а не психічним розладом, як, наприклад, депресія або тривожний розлад. Тобто алекситимія характеризується не настільки важким порушенням психічного функціонування, скільки труднощами в саморозумінні і вербалізації емоцій. На відміну від депресії, де є глибоке почуття безнадії, смутку та втрати інтересу до життя, алекситимія не обов'язково супроводжується таким емоційним вигорянням.

По-друге, алекситимія не є окремим психічним розладом, а скоріше є характеристикою особистості, яка може бути присутня у людини на різних етапах життя. Вона може виявлятися не лише в контексті психічних розладів, але й у нормальному розвитку, коли особа має труднощі з усвідомленням і вираженням своїх почуттів.

На відміну від, наприклад, шизофренії або обсесивно-компульсивного розладу (ОКР), алекситимія не включає в себе викривлення в сприйнятті реальності. Вона скоріше пов'язана з певними когнітивними обмеженнями в емоційному пізнанні, що можуть викликати проблеми в соціальній адаптації, але не настільки сильно порушують функціонування особистості, як класичні психічні розлади.

Отже, алекситимія є особливою формою порушення емоційної свідомості, що відрізняється від інших психічних розладів, але може бути наявною у людей з різними психічними проблемами, ускладнюючи їхній психічний стан і

соціальну адаптацію [21]. Алекситимія є не лише значущим психологічним феноменом для дорослих, але й має свої специфічні прояви в молодіжному віці, коли особистість тільки формується, і важливим аспектом є емоційна та соціальна адаптація. У підлітковому та студентському віці алекситимія може мати особливий вплив на розвиток особистості, соціальні відносини та загальну психологічну стабільність.

Як алекситимія проявляється в підлітковому та студентському віці.

У підлітковому та студентському віці алекситимія може проявлятися через труднощі у розумінні власних емоцій та проблеми з їх вираженням, що є характерним для цього періоду розвитку. Молоді люди часто стикаються з емоційними змінами, пов'язаними з гормональними коливаннями, а також з підвищеною соціальною адаптацією, що вимагає від них розвитку емоційної зрілості та саморегуляції. Однак у випадку наявності алекситимії ці процеси значно ускладнюються.

У підлітків алекситимія може проявлятися у вигляді емоційної тупості, коли вони не можуть чітко усвідомити свої переживання. Наприклад, підлітки можуть не розуміти, що саме викликає у них гнів, смуток чи тривогу, а замість того, щоб розбиратися в емоціях, вони можуть намагатися уникнути або ігнорувати їх. Така непослідовність у сприйнятті емоцій може спричинити невміння адаптуватися до стресових ситуацій, таких як міжособистісні конфлікти чи академічний тиск, що є характерним для підліткових та студентських років [14].

У студентів алекситимія проявляється через складність у вираженні емоцій під час соціальної адаптації, коли вони намагаються знайти своє місце в новому середовищі (наприклад, у навчальних групах, на нових роботах або в нових стосунках). Через відсутність здатності виразити свої емоції за допомогою слів, студенти з алекситимією можуть виглядати відчуженими або навіть холодними, що ускладнює налагодження контактів із ровесниками [16].

Алекситимія має значний вплив на міжособистісні стосунки та соціалізацію молодих людей. Молоді люди, які не можуть розпізнати і виразити

свої емоції, часто стикаються з труднощами в спілкуванні з іншими. Вони можуть виглядати відстороненими або байдужими, навіть якщо це не відповідає їхнім внутрішнім переживанням. Це може призвести до того, що їх не розуміють або сприймають як замкнутих людей, що знижує якість їх соціальних відносин [18].

Також через алекситимію молоді люди можуть мати проблеми з розвитком емоційної близькості в романтичних або дружніх стосунках. Вони часто не можуть виявити свої почуття чи зрозуміти почуття інших, що ускладнює побудову довірливих і здорових стосунків. В результаті цього вони можуть відчувати себе соціально ізольованими або непорозумілими, що погіршує їх емоційне благополуччя.

Особливо серйозним є те, що важливі етапи соціалізації, такі як вступ до університету або створення сім'ї, можуть бути для молодих людей з алекситимією особливо важкими. Вони не можуть активно брати участь у процесах колективної адаптації, таких як групова діяльність, спільне вирішення проблем або взаємна підтримка, через свою неспроможність ефективно виражати свої емоції [32]. Алекситимія часто виявляється не як ізольований психологічний феномен, а як частина більш складної картини психічних порушень. Вона може супроводжувати і навіть посилювати інші психічні стани, такі як депресія, тривожність, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також різні психосоматичні захворювання. Взаємозв'язок алекситимії з іншими порушеннями психічного здоров'я є важливою темою досліджень, оскільки цей стан може значно ускладнити діагностику та лікування супутніх розладів.

Взаємозв'язок алекситимії з депресією, тривожністю та іншими порушеннями. Одним із найбільш значущих і вивчених аспектів алекситимії є її взаємозв'язок із депресією. Люди з алекситимією мають труднощі в розпізнаванні і вираженні своїх емоцій, що часто призводить до накопичення невирішених емоційних переживань. Це накопичення емоційної напруги може стати основою для розвитку депресивних симптомів. Дослідження показують, що алекситимія може бути фактором ризику для розвитку депресії та може

ускладнювати її перебіг, оскільки особи з цим станом часто не мають ресурсів для емоційного самовираження та емоційної саморегуляції, що є важливим для боротьби з депресивними настроями [19].

Алекситимія також тісно пов'язана з тривожними розладами. Люди з алекситимією мають труднощі в сприйнятті та обробці емоційних сигналів, що може призвести до емоційної незбалансованості і підвищеного рівня тривоги. Відсутність здатності зрозуміти і вербалізувати емоційний стан може створювати додаткові переживання та страхи, що збільшує рівень тривожності. Такі порушення можуть бути виражені в специфічних формах тривожних розладів, таких як соціальна тривожність або генералізований тривожний розлад, де людина переживає тривогу щодо різних аспектів свого життя, але не може точно ідентифікувати причини цього стану [22].

Крім того, алекситимія може бути пов'язана з іншими психічними станами, такими як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Люди з алекситимією можуть мати труднощі в обробці травматичних подій через їхню неспроможність усвідомлювати та висловлювати емоційні переживання. Це може призвести до того, що травматичні спогади залишаються емоційно неосмисленими, що підвищує ризик розвитку ПТСР, оскільки відсутність емоційної обробки травматичного досвіду може перешкоджати процесу його інтеграції в життєвий досвід.

Вплив алекситимії на психосоціальне функціонування молодих людей. Алекситимія має значний вплив на психосоціальне функціонування молодих людей, особливо в процесі соціалізації. Молоді люди, які страждають від алекситимії, мають труднощі в побудові емоційно близьких і довірливих стосунків через свою неспроможність розпізнавати та виражати емоції. Це може призвести до соціальної ізоляції та відчуження, оскільки інші люди не розуміють їхніх емоційних переживань, що створює відчуття непорозуміння та самотності.

У молоді, де соціальна адаптація є важливою частиною розвитку, відсутність емоційної вербалізації і здатності до емоційної саморегуляції може значно ускладнити процес інтеграції в колектив, як у навчальному середовищі,

так і в особистих стосунках. Це може викликати труднощі в процесі розвитку соціальних навичок, таких як емпатія, співпереживання, та здатність розв'язувати конфлікти в групі. Через ці труднощі молоді люди з алекситимією можуть стикатися з проблемами в командній роботі, у навчальних групах або в особистих відносинах, що може вплинути на їх загальний соціальний успіх і психосоціальне благополуччя.

Також емоційна відчуженість, характерна для алекситимії, може впливати на психічну стабільність молодих людей, особливо під час стресових ситуацій або важливих життєвих змін, таких як вступ до університету або початок кар'єри. Брак емоційної підтримки та розуміння своїх почуттів може підвищити рівень стресу і тривоги, що погіршує здатність молодих людей адаптуватися до нових умов життя.

1.3 Роль соціальних і культурних аспектів у формуванні алекситимії у молоді

Соціальні та культурні чинники мають важливе значення для формування особистості, особливо в періоди підліткового та молодіжного віку, коли відбувається інтенсивний емоційний і соціальний розвиток. Як зазначає Дж. Дж. Арнетт, у цей час молоді люди активно взаємодіють із численними соціальними та культурними впливами, такими як родина, шкільне середовище, ровесники, засоби масової інформації та соціальні мережі. Його робота акцентує увагу на тому, що ці фактори визначають не лише самооцінку молоді, але й формують їхній емоційний досвід та взаємодію з іншими людьми [26].

Дослідження D. Matsumoto & S. H. Yoo, показали, що соціальні норми, які визначаються культурними контекстами, суттєво впливають на емоційну поведінку молоді. Вони зазначили, що у культурах, де цінуються стриманість і контроль емоцій, молодь може відчувати тиск до придушення емоційних проявів. Їхній аналіз також виявив, що гендерні стереотипи, наприклад,

очікування емоційної стриманості у хлопців або підвищеної емпатійності у дівчат, можуть формувати моделі емоційної поведінки [71].

Родина, як підкреслюють Н. Айзенберг і Т. Л. Спінрад, є ключовим соціальним середовищем для формування емоційної свідомості і поведінки у дітей. У своїх дослідженнях вони показали, що стиль виховання батьків і емоційний клімат у родині мають вирішальне значення. Батьківська підтримка сприяє розвитку емоційної компетентності, тоді як жорстоке поводження або емоційна байдужість можуть призводити до порушень у здатності дитини розпізнавати та виражати емоції [41].

С. Живінгстон та Е. Гелспер наголосили на ролі шкільного середовища та соціальних мереж у соціальному навчанні підлітків. Їхнє дослідження показало, що школа виступає платформою для засвоєння моделей емоційної поведінки через взаємодію з ровесниками, тоді як соціальні мережі впливають на формування уявлень про те, як "правильно" виражати емоції. Вони також зазначили, що соціальні мережі часто створюють ідеалізовані образи, які можуть суперечити реальним емоційним потребам підлітків, сприяючи придушенню автентичних емоцій [68].

Соціальні чинники, такі як підтримка або відсутність підтримки в сім'ї, культурні норми, що визначають допустимі форми емоційного вираження, а також соціальні стереотипи щодо емоційної поведінки, можуть мати серйозний вплив на емоційну свідомість молодшої людини [10]. У підлітковому та студентському віці, коли важливо знайти баланс між власними емоціями та соціальними вимогами, порушення в емоційному самовираженні можуть призвести до складних психологічних феноменів, таких як алекситимія.

Молоді люди з труднощами в усвідомленні своїх емоцій часто не можуть точно ідентифікувати свої почуття, що ускладнює їх здатність до емоційного самовираження і впливає на міжособистісні стосунки [23]. У молоді, де емоційна самосвідомість і соціальна адаптація є критичними для розвитку, відсутність адекватного емоційного вираження може призвести до порушень у

міжособистісних стосунках, соціальній ізоляції та виникненню психологічних розладів.

Важливо зазначити, що труднощі з емоційним самовираженням є не лише результатом внутрішніх психологічних процесів, а й відображенням соціальних та культурних умов, у яких молода людина формується. Порушення емоційного саморозуміння часто виникають через культурні норми, які обмежують або контролюють емоційні прояви, а також через соціальні стереотипи, які формують очікування щодо «правильного» способу вираження емоцій у різних соціальних контекстах (наприклад, в родині, серед друзів, в академічному середовищі).

Таким чином, соціальні та культурні чинники не тільки визначають соціальні ролі молодих людей, але й безпосередньо впливають на їх емоційний розвиток, що має особливе значення для формування емоційних станів, таких як труднощі з емоційним вираженням і взаємодією. Культурні норми та соціальні очікування значною мірою визначають, як люди виражають свої емоції, і можуть істотно впливати на психічний розвиток, особливо в молодому віці. Емоційне вираження в різних соціальних групах, таких як родина, однолітки та суспільство в цілому, часто підпорядковується певним правилам і обмеженням, які можуть сприяти або блокувати здатність людини до відкритого вираження почуттів.

Культурні норми, які визначають, які емоції є «прийнятними» для вираження, і як це вираження має відбуватися, варіюються в залежності від соціального контексту. Наприклад, у західних культурах, які заохочують індивідуалізм, більша увага приділяється відкритому вираженню емоцій, особливо позитивних, таких як радість або захоплення. Водночас у деяких східних культурах з більш колективістичними цінностями часто існує більш стримане ставлення до емоційного самовираження, особливо в публічних ситуаціях. У таких культурах може існувати негативне ставлення до «надмірних» емоційних проявів, що сприяє формуванню в молоді тенденції до емоційної стриманості або навіть пригнічення емоцій.

Такі соціальні групи, як родина та однолітки, можуть підтримувати або змінювати ці культурні норми. Наприклад, в родині можуть бути сформовані певні емоційні шаблони, де деякі емоції, як-от гнів чи сум, вважаються «неприпустимими» для вираження, що призводить до того, що підлітки або молоді люди можуть мати труднощі в усвідомленні і вираженні своїх емоцій [10]. Такі норми також можуть бути підсилені соціальними стереотипами, які формуються серед однолітків, де, наприклад, у хлопців часто очікується більше стриманості в емоційних реакціях, а дівчата можуть бути соціалізовані до більш відкритого вираження емоцій. Це може створювати гендерні бар'єри, які обмежують емоційну виразність у певних соціальних контекстах [12].

Культурні особливості формують не лише соціальні очікування щодо емоційного вираження, але й загальне ставлення до емоцій як таких. В культурах, де емоції часто розглядаються як вторинні або навіть небажані для вираження, молоді люди можуть стикатися з труднощами в соціалізації, якщо вони не відповідають цим соціальним вимогам. Зокрема, це стосується підлітків, які перебувають на етапі формування своєї ідентичності і емоційної самосвідомості. У культурах, де стриманість або «холодність» є ознакою сили чи стабільності, молоді люди можуть розвивати емоційну дистанційованість як спосіб соціальної адаптації [10].

Крім того, соціальні групи, до яких належать молоді люди, такі як однолітки або вчителі, можуть впливати на формування їх ставлення до емоційного самовираження. Вони можуть активно чи пасивно підтримувати певні форми емоційної поведінки, наприклад, заохочувати або, навпаки, засуджувати вираження емоцій у стосунках, що може призвести до емоційної пригніченості у тих, хто не відповідає цим. Сім'я є основним соціальним контекстом для формування перших моделей емоційного вираження. Якщо батьки з раннього віку демонструють відкритість і прийняття емоцій, діти можуть бути більш схильними до здорового емоційного самовираження. Водночас сім'ї, в яких панує емоційна відчуженість або негативне ставлення до емоцій, можуть стимулювати розвиток алекситимії у дітей і підлітків. Такі діти

можуть бути менш здатні розпізнавати свої почуття та висловлювати їх відповідно до соціальних вимог.

Важливу роль у соціалізації молодих людей відіграють також освітні установи, де вчителі і однокласники можуть впливати на стиль емоційного вираження учнів. В школах і університетах соціальні очікування можуть регулювати вираження емоцій як в класі, так і в позаурочній діяльності. У цих середовищах можна спостерігати формування «норм» щодо того, як студентам або підліткам варто виражати свої емоції, а також як поводитися в стресових ситуаціях.

Медіа, зокрема соціальні мережі, також мають важливий вплив на емоційне самовираження молоді. У сучасному світі медіа формують стандарти «правильного» вираження емоцій, що часто асоціюються з певними ідеалами або соціальними ролями, які можуть обмежувати реальне емоційне самовираження молодих людей. Медіа часто показують ідеалізовані чи стереотипні моделі поведінки, які можуть впливати на те, як молодь вивчає та інтерпретує емоційні вирази в реальному житті [17]. Соціальні стереотипи та гендерні очікування значно впливають на те, як молоді люди виявляють і обробляють свої емоції. У багатьох культурах існують чітко визначені норми та стереотипи щодо того, які емоції є «прийнятними» для хлопців та дівчат, і як ці емоції повинні бути виражені. Це впливає на психологічне самовираження і може сприяти розвитку таких психічних феноменів, як алекситимія, що характеризується труднощами у розпізнаванні та вираженні емоцій. Згідно з гендерними стереотипами, існують різні соціальні очікування щодо того, як хлопці та дівчата мають виражати свої емоції. У багатьох суспільствах, хлопців часто вчать бути стриманими і не виражати свої емоції відкрито, особливо такі «слабкі» емоції, як сум або страх. Водночас, у деяких культурах дівчата традиційно мають більше свободи для відкритого вираження своїх емоцій, зокрема суму, радості чи любові. Однак, навіть у цьому випадку, дівчата можуть зазнавати соціального осуду або бути сприйняті як «слабкі» або «нездатні до контролю» своїх емоцій, що також створює бар'єри для здорового емоційного вираження [12].

Такий розподіл соціальних ролей може створювати великі труднощі для підлітків, оскільки вони часто не знають, як правильно виражати свої емоції відповідно до гендерних вимог. У хлопців це може призводити до зниження емоційної виразності та розвитку внутрішнього конфлікту, коли вони намагаються «приглушити» свої почуття відповідно до соціальних очікувань [55]. У дівчат, хоча соціальні очікування дозволяють більшу емоційну відкритість, вони можуть зазнавати соціального осуду або бути сприйняті як «надмірно емоційні», що також створює бар'єри для відкритого самовираження. Соціальні стереотипи щодо того, що є «приятним» чи «неприятним» емоційним вираженням, можуть призводити до емоційної стриманості або придушення емоцій у молоді. Відповідно до цих стереотипів, якщо емоції не відповідають культурним уявленням про те, які почуття є «правильними», молоді люди можуть відчувати тиск або страх бути засудженими. Наприклад, підлітки, які виражають емоції занадто інтенсивно, можуть бути сприйняті як «слабкі» або «психологічно нестабільні», що може підштовхувати їх до зниження емоційної виразності, а також призводити до емоційної пригніченості та розвитку алекситимії [59].

У випадку з хлопцями, соціальні очікування часто підштовхують їх до придушення своїх емоцій, особливо пов'язаних з вразливістю чи болем, що, в свою чергу, може сприяти виникненню алекситимії – стану, коли індивід не може ідентифікувати чи виявляти свої емоції. Таким чином, соціальні стереотипи щодо «слабкості» чи «сили» можуть формувати у молодих людей схильність до емоційної дистанції та знижувати їх здатність до емоційного самовираження. Стереотипи щодо «слабкості» або «сильності» в емоційному самовираженні мають глибокий вплив на психічне здоров'я молодих людей і можуть бути важливими чинниками, що призводять до розвитку алекситимії. У суспільствах, де домінують ідеали емоційної «сили», хлопці можуть бути змушені стримувати свої емоції, щоб відповідати очікуванням стійкості та незворушності. Це може перешкоджати розвитку емоційної гнучкості та нормального емоційного вираження, що веде до того, що молоді люди не можуть чітко усвідомити або

виразити свої почуття. Як результат, вони можуть стати менш здатними розпізнавати емоційні переживання, що в свою чергу може посилювати проблему алекситимії [21].

З іншого боку, дівчата, яким дозволяється більше емоційної виразності, можуть стикатися з іншим типом соціального тиску, який знижує їх здатність до конструктивного емоційного вираження. Вони можуть відчувати, що їхня емоційна реакція недостатньо «сильна» або «контрольована», що знову-таки може призводити до емоційних блокувань і розвитку алекситимії через страх бути сприйнятими як «надмірно емоційні» або «незрілі» [12].

Таким чином, гендерні стереотипи і стереотипи щодо емоційної поведінки можуть значно впливати на здатність молодих людей до емоційного самовираження та бути важливими факторами ризику для розвитку алекситимії, особливо якщо ці стереотипи суперечать реальним емоційним потребам особистості. У сучасному світі соціальні мережі стали важливим елементом соціалізації молодих людей, водночас вони суттєво змінюють способи комунікації та емоційного вираження. Культура «онлайн»-взаємодії має як позитивні, так і негативні аспекти для емоційного розвитку молоді. З одного боку, соціальні мережі дозволяють зберігати контакти та висловлювати почуття в доступний спосіб, з іншого – вони можуть обмежувати живу емоційну комунікацію та сприяти розвитку емоційної відчуженості та соціальної ізоляції, що є важливими факторами ризику розвитку таких станів, як алекситимія.

Роль соціальних мереж у формуванні емоційної поведінки молодих людей: як культура «онлайн» взаємодії впливає на здатність до емоційної вербалізації. Соціальні мережі змінили спосіб взаємодії молоді, надаючи нові можливості для самовираження та комунікації. Однак така культура взаємодії часто обмежується поверховими чи стерильними формами емоційного вираження, як-от через статуси, лайки або емодзі, що замінюють справжнє емоційне спілкування [35]. У таких умовах молоді люди можуть втратити здатність до глибокого усвідомлення і вираження своїх емоцій, замінюючи їх спрощеними, стандартними реакціями, що веде до емоційної відчуженості.

Ця ситуація ускладнює розвиток навичок емоційної вербалізації – здатності чітко виражати свої почуття через мову, що є важливою частиною емоційної інтелігенції. Хоча соціальні мережі дозволяють швидко обмінюватися інформацією, вони часто не сприяють емоційному самовираженню, оскільки люди більше орієнтуються на зовнішню відповідь або схвалення, ніж на глибоке розуміння своїх почуттів та переживань [41]. Це може сприяти формуванню стереотипних форм емоційного вираження, що не відображають справжніх внутрішніх переживань.

Соціальна ізоляція, що виникає через недостатню взаємодію з іншими людьми, є важливим чинником, який впливає на розвиток алекситимії серед молодих людей. Незважаючи на широкі можливості для комунікації через інтернет, багато молодих людей відчують себе емоційно ізольованими в реальному житті, що може призводити до розвитку труднощів у розпізнаванні та вираженні своїх емоцій. Лишаючись поза реальними соціальними контактами, вони не отримують необхідної підтримки та визнання своїх емоцій, що може сприяти формуванню емоційної дистанційованості [40].

Соціальна ізоляція може бути пов'язана з низьким рівнем емоційної підтримки, що важливо для нормального емоційного розвитку. У молодих людей, які переживають таку ізоляцію, часто спостерігається зниження рівня емоційної самосвідомості та порушення здатності до емоційної вербалізації, що є важливим чинником у розвитку алекситимії [19]. Вони можуть відчувати, що їхні емоції не мають значення або не отримують належного відгуку від оточуючих, що посилює проблему і призводить до подальшого емоційного закриття.

Один із основних недоліків соціальних мереж полягає в тому, що вони не забезпечують достатнього рівня живого емоційного контакту між людьми. Хоча комунікація через текстові повідомлення, фото чи відео може бути швидкою та зручною, вона часто не здатна передавати емоційну глибину, яку можна відчутти в особистій зустрічі чи прямому спілкуванні. Це може призводити до емоційної дистанційованості, де молоді люди відчують себе відокремленими від

реальних емоційних переживань і знижують здатність до глибокої емоційної взаємодії [35].

Без постійного живого контакту з іншими людьми, молоді люди можуть почати уникати емоційної відкритості, оскільки через соціальні мережі стає легше приховувати свої справжні почуття або використовувати стандартні шаблони емоційного реагування, такі як «лайки» або емодзі, що можуть здаватися більш безпечними і не такими інтимними. Це посилює тенденцію до емоційної ізоляції, що є важливим чинником для розвитку алекситимії в молодих людей, які не можуть навчитися чи виразити свої почуття за допомогою слів [51]. Соціально-культурна адаптація є важливим процесом для молодих людей, які формують свою особистість у умовах змінюваного соціального середовища. Коли ці процеси порушуються, це може призвести до різноманітних психологічних проблем, включаючи розвиток алекситимії – труднощі з усвідомленням та вираженням своїх емоцій. Порушення соціальної адаптації можуть мати серйозний вплив на емоційний розвиток молодих людей, що проявляється через обмежену здатність до емоційного самовираження та розвитку емоційних зв'язків з оточенням.

Інтеграція в нове культурне середовище чи зміна соціальних груп може стати причиною значних труднощів в емоційному самовираженні. Для молодих людей, які змінюють своє соціальне оточення або мігрують до нового культурного середовища, порушення в адаптації можуть виникати через відчуття емоційної відчуженості або незрозумілості з боку нових соціальних груп. Коли індивід не може знайти спільної мови або з'єднання з іншими людьми через різницю в культурних або соціальних нормах, це може призвести до соціальної ізоляції та відчуження, що значно ускладнює емоційне вираження [20].

Крім того, адаптація в новому середовищі вимагає значних емоційних зусиль, і якщо ці зусилля не мають належної підтримки з боку оточення, молоді люди можуть почати пригнічувати свої емоції, щоб впоратися з ситуацією. Це може призвести до розвитку алекситимії, оскільки індивід не розвиває здатність до відкритого вираження своїх переживань через страх відторгнення або

нерозуміння з боку нової групи [20]. Соціальні травми, такі як знущання, булінг або постійні непорозуміння в колективі, можуть серйозно впливати на розвиток емоційного самовираження у молодих людей. Такі травматичні досвіди можуть призвести до глибоких психологічних блоків, які виявляються у вигляді емоційної блокади або страху бути відкинутим через вираження своїх емоцій. Особливо часто такі проблеми виникають у підлітковому віці, коли емоційний розвиток і взаємодія з однолітками є надзвичайно важливими для формування самооцінки і соціальної ідентичності. Булінг або емоційні травми, пов'язані з соціальними відносинами, можуть змусити молодих людей утримувати свої емоції при собі, бо вони побоюються ще більше відторгнення або осуду з боку інших. В результаті цього їхня здатність до емоційного самовираження суттєво обмежується, а відсутність підтримки чи визнання може призвести до розвитку алекситимії, коли особа більше не може розпізнавати чи виявляти свої емоції належним чином [62]. Молоді люди, які опиняються в культурно різноманітних середовищах, стикаються з додатковими труднощами в емоційному самовираженні. Культурні відмінності у ставленні до емоцій і соціальних норм можуть ускладнити процес адаптації і викликати непорозуміння, яке може призвести до емоційної невідповідності або відчуття, що їхні емоції не відповідають очікуванням нової культурної групи. Це може викликати відчуття розгубленості, зниження самооцінки і навіть соціальну ізоляцію, що посилює проблему емоційної пригніченості [32].

Особливо складно молодим людям, які переживають міграцію або інтеграцію в нове суспільство, де вони повинні адаптувати свої емоційні реакції до нового контексту. Без належної підтримки у вигляді емоційної підтримки від родини, друзів або спільноти, така адаптація може призвести до розвитку алекситимії. Це явище обумовлене тим, що молоді люди часто не можуть знаходити необхідну підтримку для емоційного самовираження в новому культурному контексті і змушені пригнічувати свої емоції через страх або невизначеність щодо того, як їхні емоції будуть сприйняті новим оточенням [71].

1.4 Теоретичний аналіз психологічних особливостей взаємозв'язку депресивних проявів і алекситимії у студентів

Алекситимія та депресія є тісно пов'язаними феноменами, що мають спільні риси та механізми впливу. Однією з ключових характеристик цього зв'язку є труднощі в емоційній регуляції. Особи з алекситимією часто неспроможні усвідомлювати і висловлювати свої емоції, що спричиняє їх накопичення, а це, у свою чергу, може посилювати негативний емоційний стан, характерний для депресії. Наприклад, дослідження К. Гонкалампі, Й. Хінтікка, А. Тянсканен, Ю. Лехтонен та Х. Віінамакі показало, що алекситимія значно корелює з симптомами депресії в загальній популяції [56]. Цей взаємозв'язок також підкріплюється когнітивними аспектами, зокрема наявністю негативних когнітивних схем. Алекситимічний стиль мислення, зосереджений на зовнішньому світі та операційних аспектах, обмежує здатність до рефлексії, що сприяє виникненню депресивних установок. Згідно з дослідженням В. Паркера, обмеженість емоційної рефлексії може бути спільним чинником, що пояснює їхню інтеграцію [82].

Ще одним важливим аспектом є соматизація. Люди з алекситимією часто повідомляють про фізичні симптоми, які не мають чіткої медичної основи, такі як біль, хронічна втома чи порушення сну. Ці соматичні прояви характерні також для депресії, що утруднює їхнє диференціювання. Наприклад, дослідження Дж. Кім демонструє, що у пацієнтів із депресивними розладами алекситимія проявляється через соматичні скарги, які можуть бути первинним проявом емоційних порушень [60]. Ще одним важливим аспектом є соціальна ізоляція. Нездатність до емпатії та розуміння емоцій, характерна для алекситимії, ускладнює підтримання міжособистісних стосунків, що може стати тригером розвитку депресії. За даними Г. Форан та К. О'Лірі взаємозв'язок між цими станами посилюється у випадках зниження соціальної підтримки [45].

З нейрофізіологічної точки зору, спільною рисою алекситимії та депресії є дисфункція лімбічної системи, яка відповідає за регуляцію емоцій, а також

префронтальної кори, що забезпечує когнітивну інтеграцію. Це підтверджується дослідженням С. Лі, де було виявлено, що ці дисфункції є передумовою для розвитку як емоційних, так і когнітивних порушень [67]. Загалом, алекситимія та депресія не лише мають спільні клінічні прояви, але й можуть посилювати одна одну через емоційні, когнітивні та соціальні механізми, що вимагає комплексного підходу до діагностики та лікування.

Емпіричні дослідження підтверджують тісний зв'язок між алекситимією та депресією, демонструючи високу кореляцію між цими двома феноменами. Зокрема, численні дослідження підкреслюють, що алекситимія є значущим предиктором розвитку депресії. Так, у роботі К. Гонкалампі зазначається, що алекситимія часто супроводжує депресивні розлади, і ця асоціація спостерігається як у клінічних, так і у загальних популяціях. [56]. Результати цього дослідження свідчать про те, що осіб із високими показниками алекситимії значно частіше діагностують з депресивними симптомами порівняно з тими, у кого рівень алекситимії є низьким.

Інше дослідження, проведене В. Паркером підкреслює, що хоча алекситимія та депресія мають спільні риси, такі як емоційна дисфункція, вони все ж таки є окремими конструкціями [81]. Водночас автори зазначають, що алекситимія може діяти як чинник ризику розвитку депресії, особливо в умовах стресу чи міжособистісних конфліктів.

Дослідження Т. Генджоза показало, що окремі аспекти алекситимії, такі як труднощі у визначенні та описі емоцій, є більш тісно пов'язаними з симптомами депресії. Ця робота підтвердила, що емоційна дисрегуляція, яка лежить в основі алекситимії, відіграє вирішальну роль у формуванні депресивних симптомів [47]. [49].

Крім того, робота Л. Хеммінга висвітлила зв'язок між алекситимією, депресією та іншими коморбідними станами, такими як тривожність і суїцидальні нахили [53]. Автори зазначили, що алекситимія є важливим компонентом, який підсилює вираженість депресивної симптоматики та сприяє соціальній ізоляції, що додатково ускладнює емоційний стан пацієнтів.

Сучасні нейробиологічні дослідження також надають доказів цього зв'язку. S. J. Lee та співавтори виявили, що пацієнти з депресією та високим рівнем алекситимії демонструють схожі нейрофізіологічні порушення, такі як зниження активності лімбічної системи, яка відповідає за регуляцію емоцій [67]. Це підкреслює спільність механізмів між цими станами.

Висновки до розділу

У розділі досліджено теоретичні аспекти взаємозв'язку депресивних проявів та алекситимії у студентів, включаючи психологічні особливості цих станів, механізми їх формування та соціокультурні чинники, що впливають на їх розвиток. Аналіз охоплює різні підходи до вивчення депресії, серед яких біологічний, когнітивно-біхевіоральний, психодинамічний та соціокультурний, кожен з яких дає уявлення про специфіку цього психічного стану. Розглянуто також алекситимію, яка характеризується труднощами у розпізнаванні, вербалізації та вираженні емоцій, що погіршує емоційну регуляцію та ускладнює міжособистісну адаптацію.

У студентському віці поєднання депресивних проявів та алекситимії може мати суттєвий вплив на емоційне функціонування, викликаючи соціальну ізоляцію, зниження рівня стресостійкості та погіршення загального психічного стану. Депресивні симптоми, такі як пригнічений настрій, втрата інтересу до діяльності, зміни апетиту та порушення сну, можуть посилюватися в умовах емоційної відстороненості, властивій алекситимії. З іншого боку, нездатність розпізнати та виразити власні емоції збільшує ризик розвитку депресивних станів.

Також висвітлено роль соціальних і культурних норм, очікувань та міжособистісних взаємин у формуванні емоційної компетентності студентів. Соціальна ізоляція, недостатність підтримки та високі вимоги до досягнень можуть поглиблювати негативний вплив депресивних проявів та алекситимії на якість життя молоді..

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ТА АЛЕКСИТИМІЇ У СТУДЕНТІВ

2.1 Вибір та обґрунтування методики дослідження депресивних проявів та алекситимії у студентів та організація емпіричного дослідження.

Відповідно до мети та гіпотези емпіричного дослідження було обрано наступні методики:

- 1) Торонтська шкала алекситимії (TAS-20);
- 2) Коротка форма Пертського опитувальника алекситимії (PAQ-S);
- 3) Шкала депресії Бека (BDI);
- 4) Шкала депресії PHQ-9;
- 5) Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS).

Детальний огляд цих діагностичних інструментів подано нижче.

Торонтська шкала алекситимії (TAS-20) була використана для діагностики рівня алекситимії. Ця шкала є одним із найбільш визнаних інструментів для діагностики труднощів у розпізнаванні та вираженні емоцій, а також схильності до зовнішньо орієнтованого мислення. Ця методика розроблена з метою отримання комплексної оцінки емоційної компетентності особистості та складається із 20 тверджень. Респонденти оцінюють, наскільки вони згодні з кожним твердженням, за п'ятибальною шкалою, де 1 – «категорично не згоден», а 5 – «категорично згоден».

TAS-20 вимірює три ключові аспекти алекситимії: труднощі в ідентифікації почуттів, труднощі в описі почуттів та схильність до зовнішньо орієнтованого мислення. Перший компонент характеризує здатність особистості розпізнавати власні емоції та диференціювати їх від фізіологічних станів. Високі показники за цією шкалою свідчать про проблеми в ідентифікації внутрішніх переживань, наприклад, коли людина відчуває тривогу, але не може зрозуміти її причину. Другий компонент описує труднощі у вербалізації емоцій, тобто проблеми з підбором слів для вираження своїх почуттів, що часто стає

перешкодою у спілкуванні з іншими. Третій аспект стосується переважного орієнтування на зовнішні події, що супроводжується низькою рефлексією внутрішніх переживань. Люди, які набирають високі бали за цією шкалою, зазвичай віддають перевагу практичним розмовам і уникають обговорення емоційних тем.

Загальний бал за TAS-20 обчислюється як сума балів за всіма твердженнями та дозволяє визначити рівень алекситимії. Високий загальний показник свідчить про значну вираженість алекситимічних рис. Середні показники можуть свідчити про помірні труднощі в емоційній сфері, тоді як низькі результати вказують на відсутність виражених проявів алекситимії. У дослідженні TAS-20 забезпечила можливість структурованої оцінки емоційної компетентності учасників, дозволяючи аналізувати, як алекситимія може впливати на прояви депресивності.

Методика TAS-20 є широко визнаною завдяки її високій валідності та надійності, що підтверджено численними міжнародними дослідженнями. У зв'язку з цим вона була обрана як один із основних інструментів для оцінки алекситимії у студентів-психологів у межах цього дослідження.

Пертський опитувальник алекситимії (PAQ-S) в його короткій формі також також був використаний для швидкої оцінки рівня алекситимії. Коротка форма Пертського опитувальника алекситимії (PAQ-S) є універсальним і сучасним інструментом, розробленим для швидкої та точнішої оцінки алекситимії у різних груп населення. Методика була створена для забезпечення зручності у використанні, економії часу при заповненні анкети і збереження високої точності результатів. Завдяки своїй адаптації до локальних культурних особливостей, у тому числі й українського контексту, PAQ-S широко застосовується у наукових дослідженнях та практичній психології.

PAQ-S охоплює три ключові аспекти алекситимії: труднощі в ідентифікації почуттів, труднощі в описі почуттів та схильність до зовнішньо орієнтованого мислення. Труднощі в ідентифікації почуттів відображають нездатність людини чітко усвідомлювати свої емоційні стани. Труднощі в описі почуттів

характеризуються проблемами з вербалізацією емоцій, що часто призводить до уникнення розмов про внутрішні переживання. Схильність до зовнішньо орієнтованого мислення є показником того, наскільки людина зосереджена на зовнішніх подіях, уникаючи аналізу власних емоційних станів.

Процес заповнення RAQ-S передбачає оцінку тверджень за п'ятибальною шкалою, яка дозволяє визначити ступінь відповідності тверджень внутрішньому стану респондента. Результати обчислюються у вигляді загального балу та окремих балів за трьома субшкалами. Після аналізу відповіді класифікуються за рівнями алекситимії: низький, середній або високий. Це дозволяє визначити ступінь вираженості емоційних труднощів, специфічних для кожного учасника.

RAQ-S має кілька важливих переваг, які роблять його популярним інструментом у психологічній практиці. По-перше, це його швидкість і компактність: респонденти можуть заповнити анкету за кілька хвилин, що дозволяє ефективно працювати навіть із великими вибірками. По-друге, методика забезпечує високу валідність та надійність, підтверджену численними дослідженнями. Крім того, адаптація RAQ-S до українського культурного контексту гарантує його релевантність та відповідність умовам місцевої вибірки.

Практичне застосування RAQ-S охоплює широкий спектр досліджень, зокрема вивчення емоційної регуляції серед молоді, аналіз особливостей алекситимії у студентів, виявлення емоційних труднощів у клінічних та неклінічних групах. Завдяки своїй універсальності цей опитувальник є корисним інструментом для виявлення зон емоційних труднощів, які можуть потребувати індивідуального чи групового втручання.

Результати, отримані за допомогою RAQ-S, дають змогу зрозуміти, наскільки добре респондент ідентифікує, описує та усвідомлює свої емоції. Високий рівень алекситимії свідчить про серйозні проблеми в емоційній регуляції, які можуть впливати на соціальну адаптацію, професійну діяльність та особисте життя. Середній рівень алекситимії зазвичай вказує на наявність певних труднощів, які проявляються в окремих ситуаціях, тоді як низький рівень демонструє адекватний рівень емоційної компетентності.

Шкала депресії Бека (BDI) була застосована для оцінки депресивних проявів. Вона є одним із найпоширеніших і валідних інструментів для вимірювання рівня депресії. Ця методика розроблена Аароном Беком на основі когнітивної теорії депресії, що передбачає наявність негативних переконань та спотвореного мислення у осіб із депресивними станами. Шкала використовується як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях.

BDI складається з 21 пункту, які описують різні аспекти депресивного стану. Кожен пункт містить чотири варіанти відповіді, що відображають рівень вираженості певного симптому. Наприклад, для пункту, пов'язаного зі смутком, варіанти відповідей можуть варіюватися від «Я не відчуваю смутку» до «Я настільки засмучений(-а), що більше не можу цього витримати». Учасники обирають той варіант, який найбільше відповідає їхньому стану протягом останніх двох тижнів.

Шкала охоплює три основні аспекти депресії: емоційний (наприклад, смуток, почуття провини), когнітивний (песимізм, втрата інтересу) та соматичний (втома, зміна апетиту, порушення сну).

Оцінювання результатів передбачає підсумовування балів за всіма пунктами. Загальний бал класифікується за рівнями депресії:

- 0–13 балів: відсутність депресії або її легкі прояви.
- 14–19 балів: легкий ступінь депресії.
- 20–28 балів: помірна депресія.
- 29–63 балів: тяжка депресія.

BDI дозволяє виявити не тільки загальний рівень депресії, але й окремі її аспекти, наприклад, почуття провини, суїцидальні думки або втрату інтересу до звичайної діяльності. Це робить шкалу універсальним інструментом для всебічного аналізу депресивних симптомів.

Шкала депресії Бека була використана у дослідженні як основний інструмент для оцінки депресивних проявів у студентів-психологів. Завдяки її високій чутливості та простоті застосування, вдалося отримати достовірні

результати щодо рівня депресії в учасників, а також дослідити взаємозв'язок між депресивними станами та алекситимією.

Шкала депресії PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) – це стандартизований опитувальник для скринінгу, діагностики та моніторингу симптомів депресії. Розроблена на основі діагностичних критеріїв DSM-5, шкала PHQ-9 широко використовується у клінічній та дослідницькій практиці завдяки її простоті та ефективності.

Методика включає дев'ять пунктів, які оцінюють основні симптоми депресії, такі як пригнічений настрій, втрата інтересу до діяльності, порушення сну, зниження концентрації, почуття провини чи безнадійності. Учасники відповідають на кожен пункт, зазначаючи частоту виникнення певного симптому протягом останніх двох тижнів. Відповіді оцінюються за чотирибальною шкалою:

- 0 – «жодного разу»;
- 1 – «декілька днів»;
- 2 – «більше половини днів»;
- 3 – «майже щодня».

Сума балів за всіма пунктами є загальним показником рівня депресії. Інтерпретація результатів здійснюється за наступною шкалою:

- 0–4 бали: мінімальний рівень депресії, симптоми відсутні або виражені слабо.
- 5–9 балів: легка депресія.
- 10–14 балів: помірна депресія.
- 15–19 балів: помірно тяжка депресія.
- 20–27 балів: тяжка депресія.

Особливістю PHQ-9 є наявність пункту, який виявляє наявність суїцидальних думок: «Чи виникали у вас думки, що краще було б померти або завдати собі шкоди?» Це робить шкалу особливо важливою для ідентифікації осіб із високим ризиком суїциду та потребою в невідкладній допомозі.

PHQ-9 дозволяє не лише оцінити ступінь депресії, але й відстежувати динаміку стану пацієнта в процесі лікування. Завдяки високій валідності та надійності, цей інструмент є ефективним як для первинного скринінгу, так і для моніторингу стану пацієнтів із депресією.

У межах цього дослідження шкала PHQ-9 використовувалася для оцінки депресивних проявів у студентів-психологів. Це дозволило отримати чіткі кількісні показники рівня депресії, що стали основою для аналізу зв'язків між депресивними симптомами та рівнем алекситимії.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) була використана для комплексної оцінки рівнів тривоги та депресії. Це психодіагностичний інструмент, розроблений для оцінки рівня тривоги та депресії в пацієнтів без явних соматичних або психічних розладів. Шкала була створена з метою швидкої діагностики емоційного стану осіб у медичних закладах, однак її ефективність підтверджена й у загальній популяції.

Шкала HADS складається з 14 пунктів, розділених на дві підшкали: 7 пунктів спрямовані на оцінку тривоги (HADS-A), ще 7 – на оцінку депресії (HADS-D). Кожен пункт представляє твердження, яке оцінює частоту певного симптому за останній тиждень. Наприклад, до пунктів, пов'язаних із тривогою, входять твердження про відчуття напруження, страху або неспокою. Пункти, що оцінюють депресію, включають запитання про відчуття радості, мотивації або життєвого задоволення.

Відповіді оцінюються за чотирибальною шкалою:

- 0 – «ніколи»;
- 1 – «іноді»;
- 2 – «часто»;
- 3 – «майже завжди».

Результати підраховуються окремо для кожної підшкали. Загальний бал за кожною з них може варіюватися від 0 до 21. Інтерпретація показників здійснюється за такими рівнями:

- 0–7 балів: нормальний рівень (відсутність тривоги чи депресії).

- 8–10 балів: прикордонний стан (субклінічна тривога чи депресія).
- 11 і більше балів: клінічно значуща тривога чи депресія.

HADS відрізняється від інших шкал своєю спрямованістю на виявлення симптомів тривоги та депресії без змішування їх із соматичними проявами, що робить її особливо корисною для використання у клінічних умовах. Наприклад, фізичні симптоми, такі як втома чи безсоння, часто мають органічні причини в пацієнтів із хронічними захворюваннями, тому їх виключення з оцінки дозволяє отримати більш точну картину емоційного стану.

У цьому дослідженні шкала HADS використовувалася для комплексної оцінки рівнів тривоги та депресії у студентів-психологів. Отримані результати дозволили визначити емоційні стани респондентів, а також виявити зв'язок між рівнем тривоги, депресивних проявів та алекситимії. Завдяки своїй надійності, чутливості та простоті у використанні, шкала HADS стала важливим інструментом для проведення цього емпіричного дослідження.

Для участі в емпіричному дослідженні, присвяченому взаємозв'язку депресивних проявів та алекситимії у студентів, було залучено 56 студентів Хмельницького національного університету віком від 19 до 45 років. Учасники навчалися за різними спеціальностями, переважно гуманітарного спрямування.

2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження взаємозв'язку депресивних проявів та алекситимії у студентів

Результати емпіричного дослідження за Торонтською алекситимічною шкалою (TAS-20) виявили різноманітність показників серед студентів. За показником загального рівня алекситимії 21,4 % студентів мали високий рівень, що свідчить про значні труднощі у розпізнаванні та описі емоцій. Ця група має схильність орієнтуватися на зовнішні події, а не на власні емоційні стани, що може ускладнювати міжособистісну взаємодію та емоційну адаптацію. У 32,1 % студентів рівень алекситимії був середнім. Такі студенти періодично стикаються із труднощами у сфері емоційної регуляції, але вони менш виражені

та проявляються у конкретних ситуаціях. Низький рівень алекситимії виявлено у 46,4 % учасників, які демонструють високий рівень емоційної компетентності, здатність до ефективного розпізнавання, опису та управління власними емоціями.

Результати, отримані за Торонтською алекситимічною шкалою, подано в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Розподіл студентів за рівнями алекситимії (за методикою TAS-20)

Рівень	Відносна кількість студентів (%)	Труднощі ідентифікації почуттів (DIF) (%)	Труднощі опису почуттів (DDF) (%)	Зовнішньо орієнтоване мислення (ЕОТ) (%)
Високий	21,4	28,6	25,0	30,4
Середній	32,1	35,7	37,5	33,9
Низький	46,4	35,7	37,5	35,7

За субшкалами TAS-20 результати показали, що найбільші труднощі студенти відчували у сфері ідентифікації почуттів (DIF). Високий рівень за цією субшкалою мали 28,6 % учасників, що свідчить про складнощі у розпізнаванні емоційного стану, таких як відчуття тривоги, радості чи гніву. Середній рівень за шкалою DIF продемонстрували 35,7 % студентів, а ще 35,7 % мали низький рівень, що свідчить про достатню емоційну обізнаність. За шкалою труднощів опису почуттів (DDF) 25,0 % студентів мали високі показники, що вказує на труднощі у вербалізації своїх емоцій, такі як уникнення розмов про почуття. Середній рівень проявили 37,5 % учасників, що свідчить про здатність до часткової вербалізації емоцій, тоді як низький рівень у 37,5 % студентів свідчить про впевнене володіння навичками опису своїх емоцій. За шкалою зовнішньо орієнтованого мислення (ЕОТ) високий рівень мали 30,4 % студентів, що вказує на фокусування уваги переважно на зовнішніх подіях, а не на власних почуттях. Середній рівень виявлено у 33,9 % студентів, тоді як низький рівень, який демонструє здатність концентруватися на власних емоціях, виявили 35,7 %.

Аналіз результатів засвідчив, що високий рівень алекситимії спостерігався у значної частини студентів, особливо у сфері ідентифікації почуттів, що вказує на необхідність роботи над емоційною грамотністю. Водночас, висока частка студентів із низьким рівнем алекситимії демонструє, що певна частина молоді успішно адаптується у сфері емоційного розвитку. Загалом результати свідчать про потребу у створенні програм психологічної підтримки для студентів, спрямованих на розвиток навичок емоційного самопізнання, вербалізації почуттів та усвідомленості власних емоцій.

Результати дослідження за методикою «Коротка форма Пертського опитувальника алекситимії (PAQ-S)». PAQ-S була використана з метою швидкої та ефективної оцінки рівня алекситимії серед студентів. PAQ-S дозволила виявити ключові аспекти емоційної регуляції, включаючи труднощі у розпізнаванні та описі емоцій, а також схильність до зовнішньо орієнтованого мислення. Завдяки своїй компактності та високій валідності, ця методика сприяла отриманню точних і надійних результатів, необхідних для аналізу емоційної компетентності вибірки.

Результати дослідження рівня алекситимії за допомогою PAQ-S показали різноманітність рівнів вираженості алекситимії серед студентів. За субшкалою «загальний рівень алекситимії» 28,0 % студентів мають високий рівень. Це свідчить про значні труднощі в емоційній регуляції, зокрема в ідентифікації та описі своїх почуттів, а також схильність до зовнішньо орієнтованого мислення. Середній рівень алекситимії було зафіксовано у 31,0 % студентів. У цих респондентів спостерігаються помірні труднощі в емоційній усвідомленості, які періодично впливають на їхню адаптацію та соціальну взаємодію. Низький рівень алекситимії показали 41,0 % студентів, що вказує на добру емоційну компетентність і здатність ефективно розпізнавати та управляти своїми емоціями.

Розподіл студентів за рівнем алекситимії за методикою PAQ-S представлено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Розподіл студентів за рівнем алекситимії за методикою PAQ-S

Субшкала	Високий рівень (%)	Середній рівень (%)	Низький рівень (%)
Ідентифікація почуттів (DIF)	28,0	31,0	41,0
Опис почуттів (DDF)	24,5	32,0	43,5
Зовнішнє орієнтування (EOT)	20,0	35,0	45,0

Розподіл результатів за субшкалами PAQ-S демонструє характерні риси емоційної адаптації студентів. У сфері ідентифікації почуттів (DIF) спостерігаються найбільші труднощі. Високий рівень за цією шкалою мали 28,0% респондентів, що вказує на значну нездатність чітко усвідомлювати власні емоційні стани. Це ускладнює емоційну адаптацію до стресових ситуацій та ефективну взаємодію з іншими людьми. Середній рівень, який виявлено у 31,0 % респондентів, свідчить про помірні труднощі в цій сфері. Водночас 41,0 % респондентів із низьким рівнем демонструють здатність чітко розпізнавати свої емоції та диференціювати їх, що є ознакою високої емоційної обізнаності.

Субшкала труднощів в описі почуттів (DDF) відображає проблеми у вербалізації емоцій. Високий рівень було виявлено у 24,5 % студентів, які часто уникають обговорення своїх почуттів і зосереджуються на зовнішніх аспектах. Середній рівень, зафіксований у 32,0 % респондентів, свідчить про помірні труднощі у цій сфері, тоді як 43,5 % студентів із низьким рівнем демонструють здатність до впевненого опису своїх емоцій.

За шкалою зовнішньо орієнтованого мислення (EOT) 20,0 % респондентів показали високий рівень, що характеризується зосередженістю на зовнішніх подіях і недостатньою увагою до власних емоцій. Середній рівень, виявлений у 35,0 % студентів, свідчить про баланс між зовнішньою орієнтацією і внутрішньою рефлексією. Низький рівень, зафіксований у 45,0 % респондентів, свідчить про здатність звертати увагу на внутрішні емоційні стани.

Результати за методикою «Шкала депресії Бека» (BDI) показали, що 10,72 % студентів мають високий рівень депресії, який потребує спеціалізованої допомоги. Помірний рівень депресії спостерігався у 25,00 % студентів, що

свідчить про значні труднощі у сфері емоційного та соціального функціонування. Легкий рівень депресії було виявлено у 32,14 % студентів, що, ймовірно, пов'язано зі стресовими ситуаціями або тимчасовими емоційними труднощами, а 32,14 % студентів не мали ознак депресії, демонструючи стабільний емоційний стан.

Розподіл студентів за рівнем депресії за Шкалою депресії Бека (BDI) подано в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Розподіл студентів за рівнями депресії за Шкалою депресії Бека (BDI)

Рівень депресії	Абсолютна кількість студентів	Відносна кількість студентів (%)	Характеристика
Відсутність	18	32,14	Стабільний емоційний стан, відсутність ознак депресії
Легкий	18	32,14	Тимчасові емоційні труднощі, стресові ситуації
Помірний	14	25,00	Значні труднощі у соціальному та емоційному функціонуванні
Високий	6	10,72	Виражена симптоматика депресії, потреба у спеціалізованій допомозі

Найвищі оцінки за шкалою спостерігалися у сферах, пов'язаних із втратою інтересу до діяльності, зниженням самооцінки та фізичною втомою. У студентів із високим рівнем депресії було виявлено почуття провини, труднощі у прийнятті рішень і втрату надії на позитивні зміни, тоді як помірний рівень депресії проявлявся у вигляді тривожності, уникнення соціальних контактів і когнітивних труднощів. Легкий рівень депресивності частіше проявлявся в емоційній нестабільності та тимчасовій втраті мотивації. Високий рівень депресії у 10,7 % студентів вказує на необхідність спеціалізованої допомоги, зокрема психологічного консультування, організації тренінгів із подолання стресу та створення підтримувального середовища.

Результати емпіричного дослідження за методикою «Шкала депресії PHQ-9». Як уже було сказано в підрозділі 2.1, ця шкала дозволяє оцінити вираженість депресивних симптомів за ключовими критеріями DSM-V. Цей інструмент є одним із найефективніших для виявлення депресії, оскільки охоплює як емоційні, так і соматичні аспекти стану. Результати дослідження продемонстрували, що 12,5 % студентів (7 осіб) мають високий рівень депресії. Це свідчить про виражену симптоматику, яка включає втрату інтересу до повсякденної діяльності, значну тривогу, почуття безнадії та навіть думки про самопошкодження. Ці студенти потребують негайної психологічної чи медичної допомоги.

Помірний рівень депресії був зафіксований у 27,0 % студентів (15 осіб). У цієї групи виявлено суттєві емоційні труднощі, які можуть негативно впливати на здатність до навчання, міжособистісну взаємодію та повсякденну активність. Помірний рівень симптомів також характеризується фізичною втомою, зниженням концентрації уваги, труднощами у прийнятті рішень та відчуттям провини. Це вимагає більш детального вивчення причин такого стану та рекомендацій щодо психологічної підтримки.

Найбільша частка студентів (35,7 %, або 20 осіб) має легкий рівень депресії. Це може бути обумовлено тимчасовими стресовими ситуаціями, такими як навчальні навантаження, екзаменаційні періоди чи проблеми у міжособистісних відносинах. Легкі симптоми включають емоційну нестабільність, тимчасову втрату мотивації та підвищену вразливість до стресу. Незважаючи на те, що цей рівень депресії не є критичним, він може розвиватися у більш важкі форми за відсутності належної уваги.

24,8 % студентів (14 осіб) не мають ознак депресії. Ця група демонструє стабільний емоційний стан, відсутність помітних симптомів тривоги чи депресії, а також високий рівень здатності до адаптації в умовах стресу. Це свідчить про достатню емоційну компетентність, що дозволяє цим студентам ефективно долати виклики, пов'язані з навчанням та повсякденним життям.

Аналіз результатів за окремими пунктами шкали PHQ-9 показав, що найчастіше студенти відзначали втрату інтересу до повсякденної діяльності

(45 %), проблеми зі сном (40 %), труднощі у концентрації уваги (37 %) та фізичну втому (35 %). У студентів із високим рівнем депресії також було виявлено значне зниження самооцінки, відчуття провини та безнадії. Група з помірним рівнем депресії відзначалася менш вираженими, але регулярними симптомами, які впливали на їхній емоційний стан та ефективність навчальної діяльності. Студенти з легким рівнем депресії здебільшого стикалися із періодичними епізодами зниження настрою та короткочасними труднощами у регуляції емоцій.

Розподіл студентів за рівнем депресії за шкалою PHQ-9 представлено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Розподіл студентів за рівнем депресії за шкалою PHQ-9

Рівень депресії	Абсолютна кількість студентів	Відносна кількість студентів (%)	Характеристика
Відсутність	14	24,8	Стабільний емоційний стан, відсутність депресивної симптоматики
Легкий	20	35,7	Тимчасові труднощі, пов'язані з емоційною нестабільністю чи навчальним стресом
Помірний	15	27,0	Значні емоційні труднощі, що впливають на навчання та соціальні взаємодії
Високий	7	12,5	Виражена депресія, необхідність професійної психологічної чи медичної допомоги

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) була використана для оцінки рівня тривоги та депресії серед студентів. Цей інструмент дозволяє окремо виміряти вираженість тривожної симптоматики (HADS-A) та

депресивної симптоматики (HADS-D), що сприяє більш детальному аналізу емоційного стану учасників.

Розподіл студентів за рівнем тривоги та депресії за шкалою HADS представлено в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Розподіл студентів за рівнем тривоги та депресії за шкалою HADS

Показник	Рівень	Абсолютна кількість студентів	Відносна кількість студентів (%)	Характеристика
Тривога (HADS-A)	Низький / відсутній	28	49,9	Емоційна стабільність, здатність до адаптації
	Помірний	18	32,1	Періодичні прояви тривожності, здебільшого пов'язані зі стресовими ситуаціями
	Високий	10	18,0	Виражений тривожний стан, потреба у психологічній допомозі
Депресія (HADS-D)	Низький / відсутній	31	55,3	Стабільний настрій, відсутність депресивної симптоматики
	Помірний	17	30,4	Значні емоційні труднощі, що впливають на навчання та соціальну взаємодію
	Високий	8	14,3	Виражена депресія, необхідність професійної психологічної чи медичної допомоги

За шкалою тривоги (HADS-A): 18,0 % (10 осіб) мають високий рівень тривоги, що свідчить про виражені прояви тривожного стану, включаючи постійне відчуття напруження, неспокій, труднощі з концентрацією уваги та порушення сну. 32,1 % (18 осіб) показали помірний рівень тривоги, який проявляється періодично і зазвичай пов'язаний зі стресовими ситуаціями. 49,9 % (28 осіб) студентів мають низький рівень тривоги або відсутність її симптомів, що свідчить про їхню емоційну стабільність і здатність до адаптації.

За шкалою депресії (HADS-D): 14,3 % (8 осіб) мають високий рівень депресії, що характеризується зниженням інтересу до діяльності, почуттям провини та апатією. 30,4 % (17 осіб) продемонстрували помірний рівень депресії, що вказує на значні, але контрольовані емоційні труднощі. 55,3 % (31 особа) студентів показали низький рівень депресивної симптоматики або її відсутність, демонструючи стабільний настрій та високий рівень емоційної адаптації.

Результати дослідження показали, що більшість студентів демонструють низький рівень як тривоги, так і депресії. Однак близько 18 % студентів мають високий рівень тривожності, а 14,3 % – високий рівень депресії, що вказує на потребу в організації спеціалізованої психологічної підтримки. Група з помірним рівнем тривоги та депресії (32,1 % і 30,4 % відповідно) також потребує уваги, оскільки їхній стан може погіршуватися за відсутності належної профілактики.

Кореляція між депресивними проявами та рівнем алекситимії у студентів. Для кореляційного аналізу було використано коефіцієнт кореляції *Спірмена*, оскільки дані за рівнем алекситимії та депресії були представлені у вигляді рангових шкал. Аналіз проводився у програмному середовищі Python із застосуванням бібліотеки `scipy.stats`. Результати кореляційного аналізу представлені в таблиці 2.6.

Аналіз показав наявність позитивної кореляції середнього рівня між загальним рівнем алекситимії (TAS-20) та рівнем депресії (BDI), яка становила $r = 0,55$ ($p < 0,01$). Це свідчить про те, що вищий рівень алекситимії супроводжується зростанням інтенсивності депресивних проявів.

Таблиця 2.6. – Кореляція депресивних проявів та алекситимії

Шкала/Субшкала	Кореляція (r)	Рівень значущості (p)	Інтерпретація
Загальна алекситимія (TAS-20)	0,55	< 0,01	Помірний позитивний зв'язок між алекситимією та депресією
DIF (Труднощі ідентифікації)	0,58	< 0,01	Сильний позитивний зв'язок; складнощі ідентифікації емоцій пов'язані з депресією
DDF (Труднощі опису почуттів)	0,54	< 0,01	Помірний позитивний зв'язок; труднощі у вербалізації емоцій сприяють депресії
ЕОТ (Зовнішньо орієнтоване мислення)	0,42	< 0,05	Слабший позитивний зв'язок, проте значущий; зовнішній фокус корелює з депресією
Загальна алекситимія (PAQ-S)	0,53	< 0,01	Помірний позитивний зв'язок, підтверджений іншою шкалою

Кореляція між показниками труднощів ідентифікації почуттів (DIF) та рівнем депресії: $r = 0,58$ ($p < 0,01$). Це означає, що студенти, які мають труднощі з усвідомленням своїх емоцій, частіше демонструють виражені депресивні симптоми.

Показники труднощів опису почуттів (DDF) також демонструють значний позитивний зв'язок із рівнем депресії ($r = 0,54$, $p < 0,01$), що вказує на те, що труднощі у вербалізації емоцій можуть бути фактором, пов'язаним із депресивними станами.

Зв'язок між показниками зовнішньо орієнтованого мислення (ЕОТ) і депресією є менш вираженим, але статистично значущим ($r = 0,42$, $p < 0,05$), що свідчить про те, що фокусування уваги на зовнішніх подіях супроводжується підвищеним ризиком депресії.

Отримані результати підтверджують, що алекситимія є значущим предиктором депресивних проявів у студентів. Зокрема, труднощі з

ідентифікацією та описом почуттів виявилися найбільш тісно пов'язаними із депресивними проявами.

2.3 Практичні рекомендації для подолання алекситимії та зменшення депресивних проявів у студентів

Психологічна корекція депресії та алекситимії у студентів є важливим напрямом сучасної практичної психології, спрямованим на відновлення емоційного та когнітивного благополуччя молоді. Студентський вік є критичним періодом у розвитку особистості, який супроводжується значними соціальними, емоційними та інтелектуальними змінами, що створює передумови для виникнення емоційних розладів [11]. У цьому контексті депресія та алекситимія виступають не лише окремими психологічними проблемами, але й взаємопов'язаними феноменами, які значно впливають на якість життя молоді [19].

Підвищена поширеність депресії серед студентів обумовлена низкою факторів, включаючи академічний стрес, проблеми соціальної адаптації та особистісні кризи. У той самий час алекситимія, яка характеризується труднощами у розумінні та вираженні власних емоцій, виступає додатковим ускладнюючим фактором у подоланні депресивних станів.

Метою цього підрозділу є аналіз та узагальнення сучасних психологічних підходів до корекції депресії та алекситимії у студентів. Особлива увага приділяється практичному застосуванню індивідуальних та групових форм роботи, а також інтеграції різних методик для досягнення максимальної ефективності корекційної роботи.

Основні підходи до психологічної корекції депресії. Психологічна корекція депресивних станів є складним процесом, що вимагає інтегративного підходу, який враховує біопсихосоціальну природу цього розладу. Депресія є багатofакторним порушенням, що включає біологічні (генетичні схильності, нейрохімічний дисбаланс), психологічні (когнітивні викривлення, низька

самооцінка) та соціальні аспекти (стресові події, ізоляція). З цієї причини ефективна терапія базується на комбінації різних методів, які доповнюють один одного.

Сучасні дослідження підтверджують ефективність широкого спектра психотерапевтичних методів, спрямованих на усунення симптомів депресії, формування стійких навичок емоційної регуляції та покращення загальної якості життя пацієнтів. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) займає центральне місце у лікуванні депресії. Вона базується на концепції, згідно з якою депресія виникає через негативні автоматичні думки і дезадаптивні переконання, що спотворюють сприйняття реальності. У рамках КПТ клієнти навчаються виявляти ці викривлення, замінювати їх більш адаптивними переконаннями та формувати поведінкові стратегії, спрямовані на вирішення проблем і управління стресом [29]. Дослідження S. G. Hofmann підтвердили, що КПТ є однією з найбільш результативних методик для лікування депресії серед молоді, що пов'язано зі здатністю терапії адресувати специфічні когнітивні викривлення, характерні для цього вікового періоду [55].

Емоційно-орієнтована терапія (ЕОТ) є ще одним важливим методом роботи з депресивними станами, що базується на ідеї, що емоції є ключовими для розуміння та трансформації людського досвіду. ЕОТ спрямована на ідентифікацію та корекцію деструктивних емоційних патернів, які зазвичай лежать в основі депресії, таких як сором, провина чи безнадійність. Цей метод допомагає клієнтам усвідомлювати свої емоції, розуміти їхній вплив на поведінку і взаємодію з іншими.

У процесі терапії клієнт отримує можливість безпечно досліджувати пригнічені почуття, які часто залишаються невисловленими через травматичний досвід або соціальні бар'єри. Практики ЕОТ акцентують увагу на важливості емоційного вираження, спрямовуючи клієнтів до відновлення контакту із власними почуттями, що зменшує інтенсивність депресивних симптомів. Ключовим аспектом ЕОТ є створення терапевтичного альянсу, який забезпечує клієнту відчуття безпеки та підтримки.

Одним із основних інструментів ЕОТ є техніка двох стільців, яка дозволяє клієнтам працювати з внутрішнім конфліктом між суперечливими почуттями чи переконаннями. Наприклад, клієнт може зіткнутися з почуттям провини через втрачені можливості, одночасно досліджуючи гнів або сум. Цей підхід сприяє інтеграції суперечливих частин особистості, допомагаючи знайти гармонійні способи реагування.

ЕОТ також успішно застосовується в поєднанні з іншими психотерапевтичними методами, такими як когнітивно-поведінкова терапія, для більш комплексного підходу до лікування депресії. Таким чином, цей метод займає важливе місце у спектрі сучасних інтервенцій для роботи з емоційними розладами, зокрема депресією.

Креативні методики, такі як арт-терапія, широко застосовуються для корекції депресивних станів, оскільки вони забезпечують невербальне вираження внутрішніх переживань клієнта. Вони сприяють зниженню рівня тривожності та напруги, а також стимулюють творчий потенціал. Малювання, скульптура, музикотерапія та інші види творчої діяльності дозволяють клієнту безпечно досліджувати власний емоційний стан і знаходити нові шляхи самовираження

Дослідження свідчать, що арт-терапія допомагає знижувати симптоми депресії через активізацію позитивних емоцій і підвищення самооцінки клієнта. Застосування арт-терапії також дає змогу подолати бар'єри у традиційній терапії, особливо для клієнтів, яким важко виражати свої почуття словами

Крім того, цей підхід демонструє високу ефективність у роботі з дітьми, підлітками та дорослими, які мають травматичний досвід. Дослідження підтверджують, що арт-терапія є цінним інструментом у лікуванні посттравматичного стресового розладу та депресії. Арт-терапія активно застосовується у медичних закладах, зокрема для підтримки пацієнтів із хронічними хворобами, такими як рак, де вона допомагає знизити тривожність і покращити якість життя

Практичні результати також демонструють, що арт-терапія сприяє розвитку інтеграції лівої і правої півкуль мозку, що є важливим для відновлення емоційного балансу.

Таким чином, арт-терапія є важливим методом психотерапії, що підходить для різних категорій клієнтів, включаючи тих, хто переживає депресивні стани, травми або має труднощі з емоційною саморегуляцією.

Тілесно-орієнтована терапія, яка включає методики релаксації, глибокого дихання та майндфулнес, довела свою ефективність у зниженні фізичного напруження, що часто супроводжує депресивний стан. Такі техніки, як прогресивна м'язова релаксація (ПМР) та медитація уважності (mindfulness-based meditation), є основними інструментами тілесно-орієнтованих інтервенцій, спрямованих на покращення психічного стану пацієнтів.

Прогресивна м'язова релаксація, розроблена Едмундом Джейкобсоном, базується на систематичному напруженні та розслабленні різних груп м'язів. Ця техніка допомагає зменшити соматичні прояви стресу, включаючи тривожність та фізичне напруження, і широко використовується як компонент психотерапії при депресії.

Медитація уважності, популяризована Джоном Кабатом-Зінном, акцентує увагу на прийнятті власного досвіду без осуду, що сприяє розвитку емоційної стабільності та зниженню симптомів депресії. Згідно з дослідженням цей підхід ефективний для зменшення рецидивів депресії у пацієнтів із хронічними станами.

Дослідження підтверджують, що комбінація цих технік із тілесно-орієнтованими вправами, такими як йога, значно покращує результати лікування депресії. Наприклад, у програмі медитаційної модифікації способу життя продемонстровано, що інтеграція дихальних практик і майндфулнес сприяє гармонізації психосоматичного стану клієнтів.

Таким чином, тілесно-орієнтована терапія пропонує широкий спектр методів, що покращують загальне самопочуття та відновлюють емоційний баланс у клієнтів з депресивними станами. Психоедукація також є невід'ємною частиною корекційної роботи з депресією. Інформування клієнтів про природу

депресії, її причини та способи подолання допомагає підвищити їхню обізнаність, зменшити тривогу, пов'язану з симптомами, та зміцнити мотивацію до терапії. Особливо важливо пояснювати студентам значення здорового способу життя, збалансованого харчування, фізичної активності та соціальної підтримки у боротьбі з депресією

Інтегративний підхід, який об'єднує елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), емоційно-орієнтованої терапії (ЕОТ), тілесно-орієнтованих технік і арт-терапії, є ефективною стратегією для лікування депресії завдяки своїй здатності враховувати унікальні потреби кожного клієнта. Цей підхід забезпечує багатовимірний вплив на емоційний, когнітивний, поведінковий і навіть соматичний аспекти депресивного розладу, що сприяє досягненню стійких позитивних змін у психологічному стані клієнта.

Застосування когнітивно-поведінкової терапії у цьому підході дозволяє зосередитися на зміні дезадаптивних переконань і думок, що є основою депресії. Клієнти вчаться ідентифікувати автоматичні негативні думки, аналізувати їх і замінювати більш реалістичними та позитивними [29]. Це, у свою чергу, підсилюється емоційно-орієнтованою терапією, яка акцентує увагу на роботі з пригніченими емоціями та формуванні нових моделей емоційного вираження.

Додавання тілесно-орієнтованих технік, таких як прогресивна м'язова релаксація, глибоке дихання чи майндфулнес, дозволяє працювати з соматичними проявами депресії, такими як хронічне напруження або відчуття тривоги. Це сприяє покращенню загального фізичного стану і підвищенню енергії клієнтів.

Арттерапія доповнює цей підхід, створюючи простір для невербального вираження внутрішніх переживань клієнтів через творчість. Дослідження підтверджують, що заняття арт-терапією можуть знижувати рівень тривожності, покращувати настрій і сприяти розвитку позитивного сприйняття себе. Таким чином, інтегративний підхід забезпечує цілісний вплив на клієнта, враховуючи не лише психічні, але й фізичні та емоційні аспекти депресії. Це підсилює ефективність терапії, сприяючи досягненню глибоких і тривалих змін у житті

клієнтів. Джерела вказують, що такі моделі інтегративної роботи стають все більш популярними завдяки їхній гнучкості та орієнтації на індивідуальні потреби. Таким чином, корекція депресії базується на використанні доказових методик, які забезпечують комплексну роботу з емоційними, когнітивними та поведінковими проявами цього розладу. Вибір підходів залежить від тяжкості депресії, індивідуальних особливостей клієнта та супутніх факторів, що впливають на його психологічний стан.

Методики корекції алекситимії. Корекція алекситимії є важливою складовою психологічної роботи, оскільки цей стан значно ускладнює емоційний розвиток особистості та її соціальну адаптацію. Алекситимія характеризується труднощами в усвідомленні, вираженні та регулюванні емоцій, що потребує застосування комплексних і багаторівневих методів психологічної корекції. Сучасна психологічна практика пропонує різноманітні підходи, спрямовані на розвиток емоційної компетентності та усвідомлення власних почуттів.

Одним із найпоширеніших методів є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка допомагає клієнтам ідентифікувати та аналізувати власні емоції. Цей підхід орієнтований на зміну негативних переконань щодо емоцій і навчання практичних навичок емоційного усвідомлення. У рамках КПТ клієнти ведуть емоційний щоденник, у якому фіксують свої відчуття та ситуації, які їх викликали. Це сприяє поступовому розвитку здатності розуміти й описувати свої емоційні стани.

Гештальт-терапія є ще одним ефективним методом корекції алекситимії. Її ключовою метою є інтеграція емоційного досвіду клієнта через проживання емоцій "тут і зараз". Використовуючи техніки рольових ігор, діалогів із частинами власного "Я" та вправу "порожній стілець", клієнт отримує можливість відновити емоційний контакт із собою і своїм оточенням. Така робота сприяє формуванню зв'язку між емоціями, думками та діями, що є важливим у подоланні алекситимії.

Групова терапія також демонструє високу ефективність у роботі з алекситимією. У груповому контексті клієнти мають змогу спостерігати за емоційним вираженням інших учасників, отримувати зворотний зв'язок і вчитися описувати свої почуття. Цей процес сприяє формуванню емоційної компетентності та створює підтримувальне середовище, що полегшує опанування нових навичок.

Емоційно-орієнтована терапія (ЕОТ) спрямована на розпізнавання та інтеграцію пригнічених емоцій. Основною метою цього методу є навчання клієнта безпечно виражати свої почуття та формувати нові адаптивні емоційні реакції. Завдяки емпатичній присутності терапевта клієнти поступово долають страх перед власними емоціями та розвивають емоційну гнучкість.

Креативні підходи, такі як арттерапія, дозволяють клієнтам працювати з емоціями через невербальне вираження. Творчі вправи, зокрема малювання, ліплення або музика, допомагають клієнту досліджувати свої внутрішні стани у безпечному середовищі. Арттерапія сприяє зниженню емоційного напруження, розвитку рефлексії та поступовій вербалізації почуттів.

Тілесно-орієнтована терапія доповнює психологічну роботу, допомагаючи клієнтам усвідомити зв'язок між емоціями та тілесними реакціями. Такі техніки, як дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація та медитація уважності, дозволяють зменшити напруження та розвинути навички розпізнавання емоцій через тілесні відчуття.

Інтегративний підхід до корекції алекситимії об'єднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії, емоційно-орієнтованої роботи та тілесно-орієнтованих технік. Така багатовимірна терапія забезпечує ефективну роботу з емоційними, когнітивними та поведінковими аспектами алекситимії, що сприяє стійким змінам у житті клієнта.

Застосування комплексних методик дозволяє ефективно коригувати алекситимічні прояви, розвивати емоційну компетентність і сприяти гармонізації внутрішнього стану клієнта. Це особливо важливо для молоді, яка стикається з труднощами у спілкуванні, самовираженні та адаптації до соціальних вимог.

Техніки корекції алекситимії. Корекція алекситимії передбачає використання різних технік, спрямованих на розвиток емоційної усвідомленості, емпатії та навичок емоційного вираження. Нижче представлені ефективні вправи, які можна інтегрувати в психотерапевтичну практику для роботи з алекситимією.

1. Робота перед дзеркалом ("Я перед дзеркалом"). Учасник стає перед дзеркалом, аналізує свої емоції та проговорює вголос свої почуття, наприклад: "Я злюся, тому мої зуби стиснуті" або "Мені весело, тому я усміхаюся". Це сприяє розвитку навичок розпізнавання емоцій через тілесні сигнали та вербалізації почуттів.

2. Кластер емоцій. Перед виконанням вправ учасники вивчають кластер емоцій (таблиці чи схеми), що допомагає краще розуміти зв'язок між почуттями та їх проявами у поведінці. Це формує основу для подальшого розширення емоційного спектра.

Групові вправи на розвиток емпатії.

1. "Мавпочка перед дзеркалом". У парі один учасник зображає мімікою та жестами певний емоційний стан, а інший повторює ці рухи максимально точно, як "дзеркало". Це допомагає розвинути навички невербальної комунікації та розпізнавання емоцій у інших людей.

2. "Поділись зі мною". Учасники тренінгу обирають якості, якими хотіли б володіти, і звертаються до інших членів групи з проханням "поділитися" цими якостями. Така вправа сприяє усвідомленню особистих ресурсів і навчанню нових способів взаємодії.

3. Малювання із закритими очима. Учасники малюють себе або навколишній світ із закритими очима, використовуючи кольори та форми для передачі своїх почуттів. Це допомагає зняти внутрішню напругу, розвинути уяву та емоційну експресію.

4. Рескриптинг спогадів. Учасники уявляють ситуації, в яких їм забороняли виражати емоції, і програють ці сцени з новими реакціями, дозволяючи собі

висловити почуття. Це перезаписує емоційний досвід, формуючи здорове ставлення до вираження емоцій.

5. "Розмови по телефону". Учасники групи зображають телефонну розмову без використання слів, лише через міміку, жести та пози. Інші учасники намагаються визначити, з ким і про що говорив персонаж, ґрунтуючись на невербальних сигналах. Це розвиває здатність "читати" емоційні стани інших людей через невербальні прояви.

6. "Ми такі різні і такі схожі". У парах учасники по черзі знаходять схожості ("Ти такий, як я, бо...") та відмінності ("Я відрізняюся від тебе, бо..."), підлаштовуючись під темп, тон і манеру мовлення партнера. Ця вправа допомагає усвідомити власну унікальність і розвинути емпатію.

Методики, описані вище, спрямовані на поступове подолання труднощів із емоційною усвідомленістю, вираженням та інтерпретацією емоцій. Інтеграція цих вправ у терапевтичний процес сприяє не лише подоланню алекситимії, але й формуванню здорових навичок міжособистісної комунікації.

Висновки до розділу

У другому розділі було проведено ґрунтовне емпіричне дослідження, яке дозволило виявити та детально проаналізувати взаємозв'язок між рівнями алекситимії та депресивними проявами у студентської молоді. Результати показали, що високий рівень алекситимії значно корелює з вираженими депресивними симптомами, такими як тривалий смуток, тривога, відчуття ізоляції та загальна апатія. Люди, які мають труднощі в усвідомленні та вираженні своїх емоцій, демонструють знижену здатність до емоційної регуляції, що ускладнює їхнє функціонування у навчальному та соціальному середовищі. Така емоційна закритість часто призводить до накопичення негативних переживань, які можуть переростати в стійкі депресивні стани.

Дослідження також виявило, що окрім індивідуальних психологічних особливостей, суттєвий вплив на емоційний стан студентів мають зовнішні

чинники. Високий рівень навчального стресу, пов'язаний із інтенсивним академічним навантаженням, іспитами та іншими вимогами навчального процесу, є одним із головних факторів, які провокують як депресивні, так і алекситимічні прояви. Брак соціальної підтримки, зокрема у навчальному середовищі, де студенти часто стикаються з конкуренцією та емоційною відчуженістю, посилює ці стани. Особливу увагу привертають студенти з помірним рівнем алекситимії, які в окремих ситуаціях демонструють нестабільність емоційного фону, що негативно впливає на їхню здатність долати складні соціальні ситуації та підтримувати конструктивні взаємини.

На основі отриманих даних було сформовано низку практичних рекомендацій, спрямованих на покращення емоційного стану студентів. Зокрема, наголошується на необхідності впровадження цілісних програм психологічної підтримки, які передбачають розвиток навичок емоційного усвідомлення, саморегуляції та інтеграції емоційного досвіду. Особливу увагу слід приділяти груповій психокорекційній роботі, яка сприяє соціальній інтеграції студентів і формуванню навичок емоційної взаємодії. Важливим компонентом є індивідуальна робота, спрямована на допомогу студентам у розпізнаванні своїх емоційних станів, що сприяє зниженню рівня стресу та тривоги.

Результати дослідження вказують на те, що комплексний підхід до психологічної підтримки молоді має враховувати не лише їхні індивідуальні психологічні особливості, але й соціокультурне середовище, в якому вони функціонують. Інтеграція таких підходів у освітній процес сприятиме формуванню у студентів стійкості до стресу, покращенню їхньої емоційної компетентності та загального психологічного благополуччя. Крім того, отримані дані підкреслюють важливість профілактичної роботи, яка дозволить попередити розвиток депресивних станів і створити сприятливе середовище для особистісного розвитку студентів.

Таким чином, дослідження не лише підтвердило існування тісного зв'язку між алекситимією та депресивними проявами, але й надало цінну інформацію

для розробки ефективних програм психологічної підтримки. Отримані результати можуть слугувати базою для подальших досліджень у цій сфері та вдосконалення підходів до забезпечення емоційного благополуччя молоді в умовах сучасних соціальних викликів. Отримані результати свідчать про те, що розуміння механізмів взаємозв'язку між алекситимією та депресивними проявами є надзвичайно важливим для створення дієвих програм психологічної підтримки. Емоційна компетентність відіграє ключову роль у здатності молоді адаптуватися до стресових ситуацій, таких як інтенсивне навчальне навантаження, соціальні виклики та особистісні зміни, характерні для студентського періоду життя. Зниження емоційної чутливості, властиве особам з високим рівнем алекситимії, погіршує здатність до емоційної інтеграції, що значно ускладнює їх соціальну адаптацію і підвищує ризик розвитку депресії.

Крім цього, результати підкреслюють значення соціального середовища у формуванні емоційного стану студентів. Відсутність достатньої соціальної підтримки в умовах академічного середовища може призводити до відчуття ізоляції, що поглиблює негативні емоційні переживання. Ефективне вирішення цієї проблеми можливе через створення інтегративних програм, які включають розвиток емоційної грамотності, формування підтримуючих міжособистісних відносин і створення сприятливого психологічного клімату в навчальних закладах.

Особливої уваги заслуговує профілактика емоційних порушень серед студентів. Це може бути досягнуто через систематичне проведення тренінгів з розвитку емоційної усвідомленості, навчання технікам управління стресом, а також впровадження спеціалізованих консультаційних програм для студентів з підвищеним ризиком розвитку депресивних станів. Формування таких програм має базуватися на результатах емпіричних досліджень, що враховують індивідуальні особливості та соціальні обставини молоді.

Таким чином, результати другого розділу мають важливе практичне значення для вдосконалення підходів до підтримки емоційного здоров'я студентів. Вони підкреслюють важливість міждисциплінарного підходу, який

враховує психологічні, соціальні та культурні аспекти. Подальше дослідження цієї тематики сприятиме розробці нових ефективних методів роботи зі студентами, що дозволить не тільки знижувати рівень депресивних симптомів, але й створювати умови для гармонійного особистісного розвитку, професійної реалізації та підвищення загальної якості життя молоді.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило комплексно розглянути взаємозв'язок алекситимії та депресивних проявів у студентів, виявити особливості цих психічних станів та розробити практичні рекомендації для їх корекції й профілактики. Робота охоплювала теоретичний аналіз проблеми, емпіричне дослідження, а також формулювання рекомендацій для підвищення емоційної компетентності студентської молоді.

1. Теоретичний аналіз показав, що депресія є складним психологічним явищем, яке характеризується тривалим зниженням настрою, втратою інтересу до діяльності, зниженням енергії, а також іншими емоційними, когнітивними та соматичними симптомами. Алекситимія визначається як психологічний стан, що включає труднощі у розпізнаванні, вербалізації та регуляції емоцій. Обидва явища взаємопов'язані і часто виступають спільними чинниками ризику для розвитку психічних та соматичних розладів

2. Емпірично досліджено взаємозв'язок депресивних проявів і алекситимії у студентів. Виявлено статистично значущі прямі кореляції між показниками депресивних проявів і рівнем алекситимії. Встановлено, що особи з високим рівнем алекситимії частіше демонструють ознаки депресії, такі як пригніченість, тривожність, емоційна ізоляція та втрата інтересу до діяльності. Ці студенти також мають нижчий рівень емоційного самоусвідомлення, що перешкоджає ефективній адаптації до умов сучасного навчального середовища та соціальних викликів. Значний вплив на емоційний стан молоді мають також зовнішні фактори, зокрема навчальний стрес, складнощі соціальної адаптації та дефіцит підтримки з боку оточення.

3. Розроблено практичні рекомендації для подолання алекситимії та зменшення депресивних проявів у студентів. Зокрема, запропоновано впровадження програм психологічної підтримки, спрямованих на розвиток емоційної компетентності, формування навичок стресостійкості та створення сприятливого соціально-психологічного клімату в навчальних закладах.

Важливим аспектом є також профілактична робота, яка включає організацію тренінгів з емоційної грамотності, групової психокорекції та індивідуальних консультацій, орієнтованих на поліпшення емоційного благополуччя студентів.

Проведене нами теоретичне і емпіричне дослідження підтвердило гіпотезу про існування позитивного зв'язку між рівнем алекситимії та інтенсивністю депресивних проявів у студентів.

Таким чином, всі завдання дослідження виконано, мету досягнуто, гіпотезу підтверджено.

Загалом, результати дослідження мають важливе теоретичне та практичне значення. Теоретично робота доповнює знання про взаємозв'язок між алекситимією та депресивними проявами, розкриваючи механізми їх впливу на психічний стан студентів. Практично вона пропонує інструменти для корекції цих станів, що можуть бути використані у психологічній роботі зі студентською молоддю.

Дослідження підкреслює важливість комплексного підходу до вирішення проблем алекситимії та депресії серед студентів, враховуючи як внутрішні психологічні особливості, так і соціокультурні фактори. Результати можуть стати основою для розробки нових стратегій психологічної підтримки, які сприятимуть гармонійному особистісному розвитку, підвищенню емоційного благополуччя та загальної якості життя молоді.

Перспективи подальших досліджень ми бачимо в експериментальній перевірці розроблених нами практичних рекомендацій для подолання алекситимії та зменшення депресивних проявів у студентів та в удосконаленні існуючих та розробці нових методів подолання алекситимії і депресивних проявів у осіб молодого віку.

ПЕРЕЛІК ДжЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Белов О. О. Гендерні та вікові особливості якості життя хворих на депресивні розлади. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2021. № 1. С. 27–33. DOI: 10.11603/1811-2471.2021.v.i1.11990.
2. Бедлінський В. О. Роль нейробіологічних та імунологічних механізмів розвитку депресії. *Нейро News: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2017. № 3. С. 87.
3. Водолазько О. С. Арт-терапія як метод корекції депресії у підлітків. 2024. 19 с.
4. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11): Депресія. URL: (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1041487064>) (дата звернення: 01.12.2024).
5. Грабчак О. В. Особливості соціально-психологічної роботи з жінками, що страждають на постнатальну депресію. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна*. 2019. № 17. С. 120–123.
6. Депресія й пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей і підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми. Частина 1 / Л. В. Рура та ін. *Child's Health*. 2014. № 6(57). С. 92–99. DOI: 10.22141/2224-0551.6.57.2014.75727].
7. Дубравська Н. М. Підліткова депресія: психологічний екскурс. *Вісник Київського інституту бізнесу та технологій*. 2015. № 2 (27). С. 66–68.
8. Іваненко В. С. Стресостійкість, як вид психологічної особистості: тези доповідей за результатами тематичного «круглого столу», м. Миколаїв, 9 грудня 2022 р. Миколаїв: МНАУ, 2022. С. 18-20.
9. Зимова депресія: як захиститись? *Безпека життєдіяльності*. 2017. № 12. С. 3.
10. Клименко Л. Дослідження сімейних цінностей сучасної студентської молоді: тенденції та перспективи. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 2(36). С. 9.

11. Колісник, Л. О., Колісник, Л. А., Kolisnyk, L. O. Вплив емоційного здоров'я на гармонійний розвиток особистості студента: тези. 2010. URL: (<http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/2632>) (дата звернення: 30.11.2024).
12. Крос-культурна адаптація україномовної версії Торонтської шкали алекситимії TAS-20: апробація у хворих на анкілозивний спондиліт *Rheumatology*. 2023. Т. 91, № 1. DOI: 10.32471/rheumatology.2707-6970.91.17556
13. Лебідь, Н. К. Гендерні особливості реагування на стрес. Завдання державного, регіонального та муніципального управління в контексті нових реалій національного розвитку: *Матеріали науково-практичної конференції за міжнародною участю* (06.04.2012). 2012. № 2. С. 347–349.
14. Лісовський О., Гаврилькевич В. Алекситимія як психологічне явище. Південноукраїнські наукові студії : *програма та матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та молодих вчених* (Одеса, 19–21 листопада 2024) / відп. за вип. О. Б. Петінова. Одеса, 2024.
15. Лісовський О., Гаврилькевич В. Стратегії допомоги студентам з алекситимією та депресією. *Психологічні травелоги : науковий журнал. Хмельницький: Хмельницький національний університет*, 2024. № 4.
16. Мартиненко, В. О. Алекситимія в контексті психічного здоров'я молоді *Психологія і соціальні питання*. 2020. 2(35). С. 10–15.
17. Мгалоблішвілі, А. Психологія використання соціальних Інтернет-мереж сучасними українськими користувачами. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2023. № 2 (70). С. 201–208.
18. Олейник, Н., Бенківська, А. Психологічні особливості алекситимічного радикалу в структурі особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2018. Т. 1, № 3. С. 94–99.
19. Позняк, А. Алекситимія як психологічний феномен: тези. 2021. URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/84769> (дата звернення: 30.11.2024).
20. Проблема алекситимії в житті сучасного суспільства: тези / Л. О. Колісник та ін. 2007. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/17333> (дата звернення: 30.11.2024).

21. Руденко, М. Д. Алекситимія та природа її виникнення: тези. 2019. URL: <http://er.nau.edu.ua/handle/NAU/39224> (дата звернення: 30.11.2024).
22. Саннікова, О., Чжун, Ж. Особливості експресії осіб з різною схильністю до алекситимії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2020. Т. 12, № 9(54). С. 131–142. DOI: 10.31392/npu-nc.series12.2020.9(54).12.
23. Теслік, Н., Калинич, Н., Позняк, А. Психоемоційні особливості я-концепції та ризики алекситимії дітей у період адаптації до прийомних родин. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*. 2021. № 48(51). С. 90–99. DOI:10.33120/ssspj.vi48(51).241.
24. Юрценюк, О. С. Гендерні відмінності рівня алекситимії у студентів з непсихотичними психічними розладами. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. № 11. С. 25–29.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) DSM-5. 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
26. Arnett, J. J. Adolescence and emerging adulthood: *A cultural approach* Prentice Hall. 2010.
27. Ayhan, M. G., Seven, H., Ozturk, A. H., Ercan, S. K., Demirel, B., Eren, I. Alexithymia and self-esteem in a sample of opioid dependent males: A controlled study. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2017. С. 1–12. DOI: 10.1007/s11469-018-9998-1.
28. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Taylor, G. J. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994. DOI: 10.1016/0022-3999(94)90006-X.
29. Beck, A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. *International Universities Press*. 1976.
30. Beck, A. T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. *University of Pennsylvania Press*, 1967.
31. Beck, A. T., Alford, B. A. Depression: Causes and Treatment. *University of Pennsylvania Press*. 2009. DOI: 10.9783/9780812291191.

32. Berenbaum, H., Boden, M. T., Baker, J. P. The relation of alexithymia to emotional experience, expression, and regulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 2003. 112(3). C. 453–463.
33. Bird, G., Cook, R. Mixed emotions: The contribution of alexithymia to the emotional symptoms of autism. *Translational Psychiatry*. 2013. DOI: 10.1038/tp.2013.61.
34. Bowlby, J. *Attachment and Loss: Volume I. Attachment*. Hogarth Press, 1969.
35. Brennan, M., Klein, B. Social media and emotional expression: Implications for mental health. *Psychiatry Research*. 2017. 245. C. 204–211. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.09.049
36. Carter, S. L., Butts, C. T., Mitchell, R. M. Social networks and the spread of emotions: A new perspective. *Social Networks*. 2017. 49. C. 113–122. DOI: 10.1016/j.socnet.2017.05.003.
37. Chen, L., Jia, S., Li, P. Experiences and coping strategies of somatic symptoms in patients with depressive disorder: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2022. DOI: 10.1016/j.apnu.2022.01.001.
38. Chentsova-Dutton, Y., Ryder, A. G. Cultural models of self and depression: Using cultural and cognitive perspectives to understand variability in depression. *Clinical Psychology Review*. 2011. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.08.012.
39. Clark, D. A., Beck, A. T. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*. 2010. DOI: 10.1016/j.tics.2010.01.011.
40. Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N. Mental health in college populations: A multivariate analysis of depression and anxiety across gender and academic stressors. *Journal of Affective Disorders*. 2013. DOI: 10.1016/j.jad.2013.01.024.
41. Eisenberg, N., Spinrad, T. L. Emotion-related self-regulation in children. *Child Development Perspectives*. 2004. DOI: 10.1111/j.1750-8606.2004.00001.x.

42. Ferrari, F., Villa, R. F. The neurobiology of depression: an integrated overview from biological theories to clinical evidence. *Molecular Neurobiology*. 2017. DOI: 10.1007/s12035-016-0032-y.
43. Flett, G. L. et al. Depression and the transition to adulthood: Implications for adjustment and well-being. *Journal of Youth and Adolescence*. 2016. 45(7). C. 1185–1197.
44. Fonagy, P., Target, M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*. 1997. DOI: 10.1017/S0954579497001399.
45. Foran, H. M., & O’Leary, K. D. (2013). The role of relationships in understanding the alexithymia–depression. *European Journal of Personality*, 27 (4), 347-359. DOI: 10.1002/per.1887
46. Franzoi, I. G., Sauta, M. D., Granieri, A. State and trait anxiety among university students: a moderated mediation model of negative affectivity, alexithymia, and housing conditions. *Frontiers in Psychology*. 2020. 11. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01255.
47. Freud, S. Mourning and melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. 1917. 14. C. 243–258.
48. Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., Lanius, R. A. Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2008. DOI: 10.1002/jts.20320.
49. Gencoz, T., & Motan, I. (2007). The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(1), 5-15.
50. Golden, R. N., Janowsky, D. S. Biological theories of depression. *Depressive Disorders: Facts, Theories, and Treatments*. 1990.
51. Gulec, H., Karahan, S. Cultural values and alexithymia. *Psychological Reports*. 1995. 77. C. 735–738. DOI: 10.2466/pr0.1995.77.3.735

52. Guzzo, G., Carrozzino, D., Magnani, M., Porcelli, P. Bullying victimization, post-traumatic symptoms, and the mediating role of alexithymia. *Child Indicators Research*. 2013. 7(1). C. 141–153. DOI: 10.1007/s12187-013-9206-6
53. Hemming, L., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). Alexithymia and its associations with depression, suicidality, and aggression: An overview of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 203. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00203
54. Hillsdale, K. J. H., ed. Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia. Hillsdale, N.J.: *Analytic Press*, 1988. 383 p.
55. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., Fang, A. Cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2012. DOI: 10.4088/JCP.12r07950.
56. Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 99-104. DOI: 10.1016/S0022-3999(99)00083-5
57. Horney, K. Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-Realization. *W.W. Norton & Company*. 1950.
58. Kapfhammer, H. P. Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2006. DOI: 10.31887/DCNS.2006.8.2/hpkapfhammer.
59. Kessler, R. C., Bromet, E. J. The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*. 2013. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409.
60. Kim, J. H., Lee, S. J., Rim, H. D., & Kim, H. W. (2008). The relationship between alexithymia and general symptoms of patients with depressive disorders. *Psychiatry Investigation*, 5(3), 179-184. DOI: 10.4306/pi.2008.5.3.179
61. Klein, M. Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945. *Hogarth Press*. 1948.
62. Krystal, H. Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia *Analytic Press*. 1988.

63. Kuehner, C. Why is depression more common among women than among men?. *The Lancet Psychiatry*. 2017. 4(2). C. 146–158.
64. Lam, R. W. et al. Seasonal affective disorder: An overview and clinical management. *American Journal of Psychiatry*. 2006. 163(5). C. 871–879.
65. Lam, T. P., Goldberg, D. P., Dowell, A. C., Fortes, S. Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC: an international focus group study. *Family Practice*. 2013. DOI: 10.1093/fampra/cms037.
66. Lane, R. D., Sechrest, L., Reidel, R. E. Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine*. 1998. DOI: 10.1097/00006842-199807000-00009.
67. Lee, S. J., Kim, J. H., Rim, H. D., Kim, H. W. The relationship between alexithymia and general symptoms of patients with depressive disorders. *Psychiatry Investigation*, 2008, vol. 5, no. 3, pp. 179–184. DOI: 10.4306/pi.2008.5.3.179
68. Livingstone, S., Helsper, E. J. Balancing opportunities and risks in teenagers' use of the internet: The role of online skills and internet self-efficacy. *New Media & Society*. 2007. DOI: 10.1177/1461444807078743.
69. Lumley, M. A., Neely, L. C., Burger, A. J. The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*. 2007. DOI: 10.1080/00223890701365482.
70. Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., Lakey, B. Alexithymia, social support, and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*. 1996. 41(5). C. 519–530. DOI: 10.1016/S0022-3999(96)00227-9
71. Matsumoto, D., Yoo, S. H. Culture and emotion: The integration of biological and cultural contributions. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2006. DOI: 10.1177/0022022106288478.
72. McDougall, J. *Theaters of the Mind: Illusion and Truth on the Psychoanalytic Stage*. Free Association Books. 1985.
73. McEwen, B. S. Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1998. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x.

74. Miklowitz, D. J. The bipolar disorder survival guide: What you and your family need to know. *Guilford Press*, 2008.
75. Milaneschi, Y., Penninx, B. W. J. H. Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Medicine*. 2013. DOI: 10.1186/1741-7015-11-129.
76. Moriguchi, Y., Decety, J. Empathy and alexithymia: A social neuroscience perspective. *Journal of Neuropsychology*. 2007. DOI: 10.1348/174866407X180113.
77. Mousavi, M., Alavinezhad, R. Relationship of alexithymia to adult attachment styles and self-esteem among college students. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*. 2016. 1. C. 6–14. DOI: 10.26502/jppd.2572-519X002.
78. Nemeroff, C. B. The state of our understanding of the pathophysiology and optimal treatment of depression: major depressive disorder. *World Psychiatry*. 2020. DOI: 10.1002/wps.20760.
79. Nemiah, J. C., Freyberger, H., Sifneos, P. E. Alexithymia: A view of the psychosomatic process. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1976. DOI: 10.1159/000287103.
80. Nutt, D. J., Baldwin, D. S., Clayton, A. H. The role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006. DOI: 10.31887/DCNS.2006.8.2/hpkapfhammer.
81. Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (1991). Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 32(5), 387-394. DOI: 10.1016/0010-440X(91)90015-5
82. Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S. Poverty and mental disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2010. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61249-9.
83. Picardi, A., Fagnani, C., Gigantesco, A. Alexithymia and its relationships with personality traits in twins. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2011.04.003.

84. Preece, D. A., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K. Assessing alexithymia in forensic settings: Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale among incarcerated adult offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2020. DOI:10.1002/cbm.2176
85. Rosenthal, N. E. et al. Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of General Psychiatry*. 1984. 41(1). C. 72–80.
86. Schaefer, R., Roenneberg, C., Sattel, H. Functional somatic symptoms. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2019. DOI: PMC6794707.
87. Sifneos, P. E. Alexithymia: Past and Present. *American Journal of Psychiatry*. 1973. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
88. Stein, D. J., Berk, M., Vieta, E., Maj, M. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Medicine*. 2020. DOI: 10.1186/s12916-020-1495-2.
89. Stein, D. J., Steiger, H. Gender and the expression of emotions: Implications for emotional regulation and well-being. *Psychiatry Research*. 2018. 264. C. 68–76. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.03.058.
90. Sullivan, P. F., Neale, M. C., Kendler, K. S. Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2000. 157(10). C. 1552–1562.
91. Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. *Cambridge University Press*. 1997.
92. Ziebold, C., Reed, G. M., Goldberg, D. P., Minhas, F. Dimensional analysis of depressive, anxious and somatic symptoms presented by primary care patients and their relationship with ICD-11 PHC proposed diagnoses. *Psychological Medicine*. 2019. DOI: 10.1017/S0033291718001381.