

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА**

**Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
кафедра психології**

**Особливості прояву схильності до
переживання психологічних проблем у
студентів психологів першого курсу**

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти - другий (магістерський)

Виконав:
студент 6 курсу, 203м групи
Мельничук Микита Анжійович

Керівник:
Чаплук Я.В.

*До захисту допущено
на засіданні кафедри
протокол № _____ від _____ 2025 р.
Зав. кафедрою _____ доц. Андрєєва Я.Ф.*

Чернівці – 2025

АНОТАЦІЯ

Мельничук М.А. Особливості прояву схильності до переживання психологічних проблем у студентів психологів першого курсу. – Рукопис. Кваліфікаційна робота на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 053 Психологія. Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, м. Чернівці, 2025. 86 с.

У кваліфікаційній роботі актуалізовано проблему схильностей до переживання психологічних проблем у студентів-психологів першого курсу.

У дослідженні були використані методики «Мінімульт», «SD-3» та «MACI II».

За результатами описової статистики та кореляційного аналізу встановлено, що загальними тенденціями для всієї вибірки є підвищений рівень тривожності, сексуального дискомфорту, конформності та низької схильності до девіацій. Виявлено відмінності у психологічних профілях груп: студенти-психологи характеризуються адаптивною орієнтацією та потребою у прийнятті; медичні психологи демонструють найвищу тривожність, схильність до інтерналізації проблем; реабілітологи вирізняються екстраверсією, егоцентризмом та демонстративністю.

Ключові слова: емоційні стани, схильності до психологічних проблем, студенти-психологи, першокурсники, адаптація, тривожність, депресивний афект, темна тріада, професійна ідентичність.

ABSTRACT

Melnychuk M.A. Features of the manifestation of susceptibility to psychological problems in first-year psychology students. – Manuscript. Qualification work for obtaining a second (master's) level of higher education in the specialty 053 Psychology. Yuri Fedkovych Chernivtsi National University, Chernivtsi, 2025. 86 p.

The thesis highlights the problem of susceptibility to psychological problems among first-year psychology students.

The study employed the following methods: Minimult, SD-3, and MACI II methods.

Based on the results of descriptive statistics and correlation analysis, it was found that the general trends for the entire sample are increased levels of anxiety, sexual discomfort, conformity, and low susceptibility to deviations. Differences in the psychological profiles of the groups were identified: psychology students are characterized by adaptive orientation and a need for acceptance; medical psychologists demonstrate the highest anxiety, tendency to internalize problems; rehabilitation specialists are distinguished by extroversion, egocentrism, and demonstrativeness.

Keywords: emotional states, susceptibility to psychological problems, psychology students, first-year students, adaptation, anxiety, depressive affect, dark triad, professional identity.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ТА ЕМОЦІЙНИХ ХАРАКТЕРИСТИК СТУДЕНТІВ- ПСИХОЛОГІВ ПЕРШОГО КУРСУ.....	9
1.1. Емоційні характеристики студентів юнацького віку: типові труднощі та чинники підвищеного ризику у першокурсників.....	9
1.2. Схильності до психологічних проблем у юнацькому віці: психологічні моделі та фактори формування.....	18
1.3. Студенти-психологи як специфічна вибірка: професійні ресурси та зони ризику, що визначають схильності до переживання психологічних проблем.....	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТЕЙ ДО ПЕРЕЖИВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ.....	35
2.1. Організація та методи дослідження.....	35
2.2. Емпіричний аналіз результатів дослідження схильностей до переживання психологічних проблем.....	46
2.3. Кореляційний аналіз результатів дослідження схильностей до переживання психологічних проблем.....	57
ВИСНОВКИ.....	66
СПИСОК ДЖЕРЕЛ.....	68
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Актуальність теми: сучасні суспільні умови, зокрема тривале перебування України в стані війни, економічна нестабільність, високий рівень невизначеності та соціальної напруги, істотно посилюють психологічне навантаження на молодь. Студенти стикаються із поєднанням навчальних, професійних, соціальних та екзистенційних викликів, що підвищує ризик емоційного виснаження, відчуття тривоги, безпорадності та внутрішньої напруги. У цих умовах особливої уваги потребують ті групи студентів, які у майбутньому самі виконуватимуть допоміжні функції щодо психічного здоров'я інших людей, зокрема студенти, які обрали спеціальність «Психологія».

Професійна діяльність психолога передбачає роботу з кризовими, травматичними та конфліктними ситуаціями. Це висуває підвищені вимоги до емоційної стійкості, здатності до саморегуляції, усвідомленого ставлення до власних переживань, уміння своєчасно розпізнавати власні емоційні труднощі та звертатися по підтримку. Недостатня розвиненість цих умінь, поєднана з певними індивідуально-психологічними особливостями може ускладнювати професійне становлення майбутнього фахівця, створювати додаткові ризики професійного виснаження та провокувати виникнення неефективних копінг-стратегій і порушення меж у стосунках із клієнтами.

Особливої уваги в цьому контексті потребують студенти-психологи першого курсу. Саме на цьому етапі відбувається одночасно кілька важливих процесів: адаптація до нових умов навчання у закладі вищої освіти, формування первинної професійної ідентичності, переоцінка власних життєвих планів і цінностей, встановлення нових соціальних зв'язків. У поєднанні з воєнною реальністю та загальним фоном невизначеності це може посилювати емоційну нестабільність, актуалізувати вже наявні внутрішні конфлікти або загострювати ті риси особистості, які раніше не створювали суттєвих труднощів. Тому вивчення особливостей емоційного стану та

схильностей до психологічних проблем саме у студентів-психологів першого курсу є своєчасним та концептуально важливим.

В українському науковому просторі є дослідження, присвячені професійній мотивації студентів-психологів, формуванню їхніх компетентностей, розвитку емпатії, професійної ідентичності та окремих аспектів психологічного благополуччя. Водночас комплексні емпіричні роботи, що б враховували емоційний стан та особистісні особливості саме студентів-психологів першого курсу в умовах воєнного часу, представлені порівняно недостатньо. Здебільшого ці аспекти розглядаються фрагментарно або в ширших студентських вибірках без акценту на специфіці майбутніх психологів. Це створює потребу у цілеспрямованому аналізі того, які саме емоційні труднощі та моделі психічного саморегулювання найбільш властиві студентам, що обирають професію психолога на початковому етапі професійного становлення.

Актуальність даного дослідження зумовлена необхідністю своєчасної діагностики індивідуально-психологічних особливостей студентів-психологів, що можуть виступати як ресурсом, так і створювати ризики для їхнього подальшого професійного розвитку. Йдеться не про виявлення клінічних розладів, а про виявлення підвищеної вираженості певних емоційних станів. Отримані дані дозволяють описати типові профілі емоційних та особистісних особливостей студентів-психологів і виокремити ті характеристики, що потребують особливої уваги в освітньому процесі.

Такий підхід відкриває можливість для цілеспрямованого формування системи психологічного супроводу майбутніх фахівців. Розуміння того, які емоційні особливості найчастіше поєднуються у студентів-психологів першого курсу, дає змогу своєчасно проектувати профілактичні та розвивальні програми, спрямовані на підвищення емоційної стійкості, розвиток адаптивних копінг-стратегій, формування навичок усвідомленої саморегуляції й відповідального ставлення до власного психічного здоров'я. Це особливо важливо в умовах зростання запиту суспільства на якісну

психологічну допомогу, адже готовність майбутнього психолога піклуватися про власний емоційний стан є необхідною умовою професійної відповідальності та безпечної взаємодії з клієнтом.

Таким чином, дослідження особливостей особистісних характеристик студентів-психологів першого курсу є актуальним як у науковому, так і в прикладному вимірах. Воно дозволяє глибше зрозуміти внутрішні передумови вибору професії психолога, окреслити типові зони вразливості та ресурси майбутніх фахівців, а також створює емпіричну основу для розробки системи ранньої підтримки, спрямованої на зміцнення їхнього особистісного й професійного потенціалу в умовах сучасних викликів.

Об'єкт: психологічні проблеми особистості.

Предмет: схильності до переживання психологічних проблем студентів-психологів першого курсу.

Гіпотеза: у студентів-психологів першого курсу спостерігається підвищені рівні прояву тривожних та депресивних переживань, внутрішньої напруги та схильності до внутрішньоособистісних конфліктів.

Завдання:

- здійснити теоретичний аналіз сучасних наукових підходів до вивчення схильностей до переживання психологічних проблем та механізмів психічного саморегулювання студентської молоді, зокрема майбутніх психологів;
- емпірично дослідити особливості психічної організації студентів-психологів першого курсу за результатами застосування обраних психодіагностичних методик;
- проаналізувати схильності до переживання психологічних проблем студентів-психологів першого курсу із використанням методів описової статистики, кореляційного та факторного аналізу.
- на основі отриманих результатів окреслити типові профілі психічної організації студентів-психологів першого курсу;

Мета: теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження схильностей до переживання психологічних проблем студентів-психологів першого курсу.

Використані методики: аналіз та опрацювання теоретичних джерел, психодіагностичний інструментарій у вигляді опитувальників «Мінімульт», «SD-3», «MACI II», метод описової статистики, кореляційний аналіз.

Вибірка: 146 студентів 1 курсу з яких: спеціальність С4 Психологія (93), І4 Медична психологія (29), І7 Реабілітація (24)

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ТА ЕМОЦІЙНИХ ХАРАКТЕРИСТИК СТУДЕНТІВ- ПСИХОЛОГІВ ПЕРШОГО КУРСУ

1.1. Емоційні характеристики студентів юнацького віку: типові труднощі та чинники підвищеного ризику у першокурсників

У сучасних дослідженнях стверджується, що віковий період юності та ранньої дорослості, до якого належать студенти першого курсу, є сенситивним етапом онтогенезу, що характеризується значними фізіологічними, когнітивними, емоційними та соціальними трансформаціями [75]. У цей час інтенсивно змінюється образ «Я», система цінностей, життєві цілі та очікування, відбувається переосмислення стосунків із батьками та однолітками, з'являються нові вимоги з боку освітнього середовища. Це критичний період формування особистісної ідентичності та опанування дорослих соціальних ролей, що вимагає складних процесів адаптації до інтенсивних внутрішніх та зовнішніх викликів [37]. У наукових джерелах цей етап обґрунтовано визнається періодом підвищеної психологічної вразливості та зростання ризику виникнення афективних і поведінкових труднощів, зокрема емоційної нестабільності, коливань настрою, зниження стресостійкості, схильності до тривожних та депресивних переживань [75].

У цьому контексті, дослідження феноменології емоційних станів студентської молоді набуває особливої значимості. Емоції та процеси емоційної регуляції розглядаються як ключові фактори, що забезпечують адаптивну поведінку, впливають на когнітивні навчальні процеси, як від початкової мотивації до успішного отримання інформації під час іспитів і, зрештою, визначають загальне психоемоційне здоров'я [18].

Проте при дослідженні емоційних станів у студентів юнацького віку виникають певні методологічні і термінологічні труднощі. Більшість емпіричних робіт зосереджується на оцінці психологічного або психічного здоров'я особистості загалом, у межах якого емоційні стани розглядаються як один із компонентів. У цьому контексті складність становить аналіз

емоційного стану саме як психоемоційного компонента психологічного здоров'я, оскільки дослідники використовують низку близьких, але не тотожних термінів: «психічний стан», «емоційний стан», «психоемоційний стан». Така термінологічна різноманітність утруднює створення цілісного наукового уявлення як про своєрідність психоемоційного здоров'я сучасного студента, так і про структуру його емоційних станів як окремого об'єкта дослідження [44]. Відтак, з метою уникнення змішування понять і подальших інтерпретаційних неточностей доцільно здійснити принципові диференціації згаданої термінології.

Психічні стани в психології визначаються як відносно цілісні, тимчасові характеристики психічної діяльності, що відображають реакцію функціональних систем організму та психіки на зовнішні й внутрішні впливи і спрямовані на досягнення корисного результату – адаптації до конкретних умов існування. Вони характеризуються єдністю переживання та поведінки, впливають на перебіг діяльності, якість сприймання, мислення, пам'яті й регуляцію вольових актів. До психічних станів традиційно відносять, зокрема, гностичні (інтерес, здивування) та емоційні (радість, страх, сум тощо) стани [53].

У структурі психічного стану виділяють декілька взаємопов'язаних рівнів: фізіологічний (зміни у вегетативній нервовій системі, соматичні реакції), моторний (рухові прояви, міміка, пантоміміка), когнітивний (особливості сприймання, мислення, інтерпретації ситуації), емоційний (суб'єктивне переживання, афективна оцінка подій), поведінковий (зовнішні способи реагування) та соціальний (характер міжособистісної взаємодії, соціальні ролі й очікування). Емоційний рівень у цьому розумінні відображає якість і модальність переживань людини (наприклад, тривога, радість, роздратування, смуток), їхню інтенсивність і тривалість, а також пов'язаний з оцінкою ситуації як загрозливої, підтримувальної чи нейтральної.

Емоційний стан є одним із функціональних рівнів психічних станів. Емоційний стан, як компонент психічного стану, функціонує нарівні з

фізіологічним, моторним, когнітивним, поведінковим і соціальним рівнями. Психічні стани можуть виокремлюватися залежно від домінуючої психічної функції, зокрема як емоційні (радість, страх, сум та ін [53]). Емоційні стани в цьому підході розглядаються як такі, що відображають узагальнену емоційну відповідь особистості на значущі життєві ситуації та виступають своєрідним індикатором її психологічного благополуччя. Систематично повторювані або тривалі емоційні стани, зокрема підвищена тривожність, хронічна внутрішня напруга, схильність до депресивних переживань, можуть свідчити про порушення емоційної рівноваги та зниження адаптивних можливостей особистості.

Порушення емоційного стану в даному контексті вважаються прояви емоційного неблагополуччя, що викликають внутрішню напругу, деструктивні переживання, внутрішньоособистісні конфлікти та ускладнюють адаптацію особистості [44]. Емоційний стан, що виходить за межі норми, визначається як емоційний дистрес або психоемоційне неблагополуччя, яке виникає внаслідок нездатності індивіда ефективно керувати інтенсивними або хронічними негативними афектами.

Ключовими проявами порушеного емоційного стану найчастіше включають в себе інтерналізуючу та екстерналізуючу симптоматику [50]. Інтерналізуючі проблеми – це внутрішні дефіцити емоційної сфери, що проявляються у вигляді симптомів, які переживаються індивідом внутрішньо і зазвичай спрямовані "всередину". Екстерналізуючі проблеми – це зовнішні поведінкові дефіцити, що виражаються у формі агресивних, імпульсивних дій та порушень соціальних норм. Розглянемо детальніше ці прояви.

У психологічній літературі інтерналізуючі проблеми визначаються наявністю симптомів, які зазвичай асоціюються з станом тривоги чи депресії. Тут важливо зрозуміти що коли ми говоримо про це ми не маємо на увазі тривогу та депресію саме як психічний розлад. Ми говоримо саме про наявність симптомів чи проявів, які можуть бути асоційовані з тривогою чи депресією. Тривога виявляється як узагальнений суб'єктивний дискомфорт,

наполегливі та рекурентні переживання, емоційна напруга, а також страх чи паніка. В умовах кризових ситуацій, наприклад, під час пандемії COVID-19 або дистанційного навчання, значна частина студентів демонструвала високий рівень тривожності. Студенти, які перебувають у стані дистресу, часто відчувають постійну напругу, що пов'язана зі страхом невдачі та сумнівами у собі. Емпіричні дані свідчать про те, що підвищені симптоми тривожності серед підлітків і молоді зросли, досягаючи 20,5% у період пандемії, що майже вдвічі перевищує показники до пандемії [53, 37]. Депресивні переживання у свою чергу включають симптоми дисфорії, ангедонії, анергії, відчуття марності та провини, безпорадності, а також думки, пов'язані зі смертю та суїцидом. Депресивні симптоми також зростають із віком серед студентів, особливо у жінок.

Екстерналізовані проблеми являють собою поведінкові порушення, спрямовані назовні, що виражаються у діях, які порушують соціальні норми та права інших осіб. До таких зазвичай відносять симптоми, що асоціюються з проблемами контролю гніву, девіантною ризиковою та антисоціальною поведінкою. Симптоми, що відносяться до проблем управління гнівом проявляються у вигляді перебільшених та невідповідних агресивно-імпульсивних реакцій, відчуття гніву та сприйнятої втрати контролю. Це свідчить про труднощі в управлінні інтенсивними негативними емоціями (гнів, страх, фрустрація), які підривають загальне функціонування особистості [59]. Девіантна та антисоціальна поведінка у свою чергу характеризується моделлю поведінки, що порушує основні права інших людей та норми співіснування та включає в себе непокору та опозицію до авторитетних фігур. У контексті підлітків, що переживають щоденні стресори, це пов'язано зі зростанням психологічних симптомів та підвищеною частотою екстерналізуючих розладів [75].

Окрім вищезазначених феноменологічних проявів порушення емоційного стану визначається також з позиції дисбалансу та порушеної адаптації. Під цим мається на увазі, що емоційний стан у нормі

характеризується здатністю адаптуватися, що передбачає або домінування позитивних емоцій, або встановлення балансу між позитивними та негативними афектами. Відповідно, порушення рівноваги настає, коли негативні переживання пригнічують психіку та ускладнюють психосоціальне функціонування [75, 44].

Така дезадаптація у студентському віці, який є періодом значних фізіологічних, психологічних та соціальних трансформацій, що підвищує вразливість до дистресу, проявляється на кількох рівнях. По-перше це порушення внутрішньої узгодженості. Порушення рівноваги тісно пов'язане з феноменом дисгармонії характеру, що може проявлятися у вигляді неузгодженості внутрішніх мотивів, емоцій та поведінкових реакцій. Така неузгодженість слугує основою для розвитку психічних та соціальних проблем [13]. По-друге це прояв у домінуванні негативних афектів. Основні прояви порушеного стану включають зростання тривожності, депресивних переживань та внутрішньої напруги. Дослідження підтверджують, що тривога та депресія, а також загальна дисфорія, є ключовими показниками психологічного здоров'я, які вимірюються при оцінці емоційного дистресу [75]. По-третє це прояв на рівні емоційної реактивності та інтенсивності емоційних переживань. Порушення балансу часто супроводжується підвищеною емоційною реактивністю (чутливістю, інтенсивністю та стійкістю емоційних реакцій). Підвищена інтенсивність емоцій може бути як наслідком, так і причиною тривалої дезадаптації [14].

Узагальнюючи наведене, порушений емоційний стан студентів-першокурсників можна розглядати як комплекс інтерналізуючих та екстерналізуючих проявів, що відображають дисбаланс емоційної сфери, підвищену емоційну реактивність і труднощі адаптації до вимог навчального та соціального середовища. Водночас описані феноменологічні характеристики не виникають у вакуумі: вони формуються й підтримуються під впливом сукупності зовнішніх (соціальних, освітніх, соціально-економічних, культурних) та внутрішніх (індивідуально-психологічних,

характерологічних, мотиваційних) чинників. Тому важливим завданням теоретичного аналізу є окреслення ключових факторів ризику, які підвищують імовірність формування емоційного дистресу у студентів першого курсу, а також тих умов, за яких ці фактори набувають дезадаптивного характеру. Основні фактори ризику, що призводять до порушення психоемоційного здоров'я та дезадаптивних емоційних станів студентів, можна систематизувати за кількома ключовими напрямками: навчально-організаційні стресори, соціальні та міжособистісні труднощі, характерологічні та внутрішні особливості. Розглянемо кожен з цих факторів детальніше.

Навчально-організаційний фактор ризику передбачає те, що навчальне середовище вищої школи прямо впливає на психоемоційний стан студентів. Академічний стрес, значне навантаження, проблеми з управлінням часом та висока конкуренція в класі є основними факторами, що знижують мотивацію, перешкоджають академічній успішності та спричиняють емоційне напруження [26]. Несприятливі умови навчання також відіграють важливу роль. Перехід на дистанційне навчання, наприклад, суттєво погіршує психоемоційний стан студентів. Це призводить до тривалої соціальної ізоляції, віртуальної комунікації та, як наслідок, до тривоги, розгубленості, занепокоєння та розчарування [53, 37]. Загалом, навчально-організаційні особливості можуть провокувати певні емоційні реакції. Наприклад внаслідок значного навантаження, конкуренції та тиску у студентів може виникати страх невдачі, сумніви у власних силах та страх не виправдати очікування батьків та викладачів, провокуючи тим самим виникнення дистресу, особливо у фазі, коли формується доросла ідентичність і висока чутливість до оцінки власних здібностей порівняно з однолітками.

Соціальні та міжособистісні труднощі досить часто є ключовим індикатором стану афективної сфери підлітка, а їх порушення становить значний ризик. Труднощі у відносинах з однокласниками, друзями та/або членами сім'ї є другою за частотою причиною дистресу. Міжособистісні

стресори, такі як конфлікти з батьками чи однолітками, значно пов'язані з психологічними симптомами, включаючи підвищену емоційну нестабільність [75]. Підлітковий вік та рання дорослість (зокрема, етап, що триває до 21 року) є особливо вразливими для появи ризикованої поведінки, такої як адикції, через надмірну емоційну залежність від однолітків. Емоційна залежність у романтичних стосунках корелює з тривожністю, депресією та низькою самооцінкою. Окрім цього, в період пандемії більшість зіткнулося з проблемою ізоляції. Тривала соціальна ізоляція та почуття самотності, особливо в умовах обмежень (що ми могли спостерігати при пандемії), значно порушують рутинний спосіб життя студентів, підвищуючи рівень психологічного та емоційного дистресу. Самотність є важливим показником благополуччя та часто асоціюється з психологічними проблемами, такими як депресія та адиктивна поведінка [75].

Характерологічні особливості та способи емоційної регуляції відіграють вирішальну роль у визначенні емоційного стану студента. Дисгармонійні характерологічні особливості та неадаптивні внутрішні механізми виступають суттєвими предикторами погіршення психоемоційного стану.

Результати досліджень, проведених на студентській вибірці, підтверджують, що емоційний стан безпосередньо залежить від особистісних характеристик, зокрема рівня розвитку емоційного інтелекту [53]. Низький рівень розвитку емоційного інтелекту є вагомим чинником ризику для поганого емоційного самопочуття та негативних психоемоційних станів. У цьому ж дослідженні встановлено обернений статистично значущий зв'язок між емоційним інтелектом та показниками негативних емоційних станів: тривожністю ($r = -0,28$ при $p \leq 0,01$), фрустрацією ($r = -0,22$ при $p \leq 0,05$) та агресивністю ($r = -0,25$ при $p \leq 0,05$). Це означає, що студенти з нижчим емоційним інтелектом більш схильні до переживання цих станів. За даними одного дослідження, 25% студентів мали низький рівень емоційного інтелекту. Крім того, значна частина студентів (37,5%) демонструє труднощі

в управлінні своїми емоціями, що свідчить про емоційну ригідність та проблеми емоційної саморегуляції.

Цікавими є результати наступного дослідження, проведеному на майбутніх професіоналах сфери психології. Всім відомо те, що характерологічні особливості майбутніх психологів, зокрема їхня емпатія, є критично важливими, оскільки ця якість вважається професійно цінною. Однак, дослідження вказують на неоднозначний вплив емпатії на емоційний стан самого студента. Емоційна складова емпатії у студентів, майбутніх психологів, часто проявляється на високому рівні. Це є важливою характеристикою, проте, як свідчать емпіричні дані, саме ця підвищена емоційна чутливість може стати внутрішнім фактором ризику для психоемоційного благополуччя [7].

Зокрема, встановлено кореляційний зв'язок між високим рівнем прояву емоційної складової емпатії та тривожністю ($r = 0,34$). Цей позитивний зв'язок означає, що чим вищою є емоційна чутливість, здатність до співпереживання та емоційного відгуку на почування іншої людини, тим вищою є схильність особистості до тривожних переживань.

Узагальнено, дослідження показують, що емпатійність майбутніх психологів може бути розвинута недостатньо, за винятком суто емоційної її складової, і пов'язується з тривожністю та інтернальністю особистості. Слід зазначити, що у вибірці студентів, де домінуючим був високий рівень «емпатійного відгуку» (у 70% осіб), що доповнювався дуже високим (у 20%), було також виявлено, що майже всі студенти цієї вибірки є дуже тривожними.

Слід також згадати про такі характерологічні особливості, як риси темної тріади (нарцисизм, макіавеллізм, психопатія), які, хоча і вивчалися на вибірці майбутніх освітян, є важливими детермінантами деструктивної поведінки та міжособистісних труднощів. Ці риси зумовлюють маніпулювання, обман, самовпевненість та емоційну холодність. Макіавеллізм і психопатія вважаються більш «токсичними», оскільки

характеризуються імпульсивністю, безстрашністю та майже повною відсутністю емпатії. Наявність таких рис у структурі особистості також може бути джерелом внутрішніх конфліктів та емоційного дистресу, хоча в деяких контекстах вони можуть сприяти досягненню успіху [2].

Те, які механізми захисту актуалізовані у студента також можуть вказувати на його емоційний стан. Механізми психічного захисту (МПЗ) є системою прийомів, які особистість застосовує несвідомо для захисту свого Я-образу, ідентичності та цілісності від негативних і психотравмуючих станів, таких як тривога, стрес, фрустрація, дискомфорт, провина та гнів. Ризик для емоційного стану полягає в тому, що, хоча захист і ліквідує/знижує тривогу, він досягає цього шляхом викривлення сприйняття або трансформації інформації, не змінюючи при цьому травматичну реальність. Якщо людина не вирішує проблему, а використовує захист, це може бути шкідливим, спричиняти психічні проблеми та перешкоджати особистісному розвитку. Неуспішний захист викликає постійне повторення тривоги та страху. Існує припущення, що певний тип акцентуації характеру потребує або зумовлює використання відповідних механізмів психічного захисту. Наприклад, примітивні захисти (як-от заперечення) властиві більш соціально незрілому типу особистості, наприклад, істероїдному. Таким чином, характерологічні особливості можуть визначати стиль захисту, який, якщо він є ригідним чи незрілим, погіршує емоційний стан, сприяючи накопиченню внутрішніх конфліктів [6].

1.2. Схильності до психологічних проблем у юнацькому віці: психологічні моделі та фактори формування

Як ми вже могли зрозуміти юнацький вік, або адолесценція, являє собою один із найбільш динамічних та критичних періодів людського онтогенезу. Це час, коли біологічне дозрівання, когнітивний розвиток та соціальні трансформації сходяться в єдиній точці, створюючи унікальний ландшафт можливостей та ризиків. За даними Всесвітньої організації

охорони здоров'я, кожен сьомий підліток у віці 10-19 років стикається з розладами психічного здоров'я, що становить близько 15% глобального тягаря хвороб у цій віковій когорті. Наслідки ігнорування цих станів є далекосяжними, простягаючись у доросле життя та обмежуючи можливості індивіда вести повноцінне, продуктивне існування. Суїцид, як третя провідна причина смертності серед молоді віком 15–29 років, підкреслює екзистенційну важливість своєчасної ідентифікації та корекції психологічних проблем. А умовах сучасної України, де військова агресія та соціально-політична нестабільність стали хронічними факторами впливу, питання психологічної стійкості та вразливості набуває особливої гостроти. Українські підлітки стикаються з безпрецедентним комплексом стресорів: від безпосередньої загрози життю до вимушеного переміщення, розриву соціальних зв'язків та невизначеності майбутнього. У цьому контексті поняття "схильність" до психологічних проблем трансформується з теоретичного конструкту в практичний інструмент оцінки ризиків виживання та адаптації.

У науковому дискурсі поняття "схильність" часто використовується як синонім до "вразливості" або "ризик", проте між цими термінами існують фундаментальні відмінності, які визначають стратегії діагностики та інтервенції. Схильність слід розглядати як латентну характеристику індивіда, тобто попередню готовність системи реагувати певним чином на зовнішні або внутрішні стимули. Це потенціал, який може реалізуватися або залишитися прихованим залежно від обставин.

Вразливість, у свою чергу, традиційно визначається через дефіцитарну модель. Це характеристика, яка підвищує ймовірність негативного результату при наявності стресору. Наприклад, низька самооцінка є фактором вразливості до депресії. Однак сучасна психологія розвитку дедалі частіше звертається до концепції диференціальної сприйнятливості, запропонованої Дж. Белські та Еллісом. Ця теорія постулює, що індивіди відрізняються своєю пластичністю - тобто нейробіологічні та

темпераментальні особливості, які роблять підлітка вразливим до негативного середовища, одночасно роблять його більш сприйнятливим до позитивних впливів [47].

Отже, в цьому контексті схильність у юнацькому віці - це не обов'язково "слабкість". Це характеристика нейропластичності та чутливості нервової системи. Підліток із високою схильністю може стати як жертвою психопатології в умовах травми (наприклад, війни), так і демонструвати видатні здібності до посттравматичного зростання в умовах підтримки. Це розуміння кардинально змінює підхід до діагностики. Діагностика не ставить за мету пошук проблем чи можливих слабких місць, а саме маркерів чутливості, які вимагають специфічного екологічного налаштування середовища.

Тож для кращого розуміння того, яким чином відбувається зв'язок між емоційними станами та схильностями до психологічних проблем варто розглянути теоретичні моделі таких схильностей. Це теоретичне підґрунтя дозволить нам не просто описати наявність емоційних проблем у студентів-психологів, а й зрозуміти, чому і як ці порушення виникають та закріплюються. Це дає змогу пов'язати виявлені емоційні стани та профілі особистісних рис не лише з поточним контекстом (стрес навчання, війна), а з глибшими механізмами уразливості й захисту, а отже обґрунтовано окреслити напрями профілактики, психологічного супроводу та розвитку ресурсів студентів-психологів.

Спершу розглянемо класичну модель «Діатез-стрес». Ця модель залишається наріжним каменем клінічної психології. Вона пояснює виникнення проблем як результат мультиплікативної взаємодії між предиспозицією (діатезом) та стресом.

Діатез або вразливість концептуалізується як предиспозиційний фактор або набір факторів, який уможлиблює виникнення психологічної проблеми. Спочатку цей термін використовувався для позначення генетичних або біологічних факторів, але пізніше був розширений, включивши психологічні

фактори, такі як когнітивні та міжособистісні змінні, що роблять людину схильною до певних проблем чи ускладнює психологічну адаптацію. У більшості дискусій вразливість розглядається як відносно постійна, стійка риса. В цьому контексті діатез у підлітковому віці буває біологічним (генетична спадковість, особливості нейромедіаторного обміну), когнітивним (ригідні схеми мислення, песимістичний стиль атрибуції) або особистісним (високий нейротизм, інтроверсія). У юнацькому віці специфічним діатезом стає сама нейробіологічна перебудова мозку - невідповідність між швидким розвитком лімбічної системи (емоції, винагорода) та повільнішим дозріванням префронтальної кори (контроль, планування). Стресом у даному випадку виступають зовнішні події (академічний тиск, конфлікти з однолітками, сімейні негаразди) або внутрішні переживання.

Стрес зазвичай розглядається як зовнішній фактор, хоча деякі дослідники стверджують, що вразливість може впливати на те, як людина справляється з життям, і, отже, на характер стресорів, яким вона піддається (стресогенерація). У ранніх моделях стрес часто зображувався як неспецифічний і безперервний, відрізняючись лише за ступенем, а не за типом [41].

Окрім цієї загальної структури існують також принципи, що характеризують гіпотетичні взаємодії "діатез-стрес", які, як правило, відрізняються акцентом. Наприклад адитивні моделі: ці моделі припускають, що діатез і стрес додаються певним чином для виникнення психологічної проблеми. Навіть особа з низькою вразливістю може мати схожу реакцію на значний життєвий стрес. Іпсативні моделі у свою чергу передбачають обернений зв'язок між факторами: чим більша присутність одного фактору, тим менше іншого фактору потрібно для виникнення проблеми. Іпсативні моделі, як правило, є переважаючими серед моделей "діатез-стрес". Наприклад, ця модель передбачає, що мінімального стресу достатньо для розвитку депресії в осіб із сильно депресогенною схемою. Мега-моделі "Діатез-стрес" припускають, що проблема виникає внаслідок поєднання

значного життєвого стресу та підвищеної вразливості. Це означає, що як діатез, так і стрес повинні бути значними до виникнення психологічних негараздів. Існує також інтерактивна модель з дихотомічним діатезом. За цією моделлю, особа або має діатез, або ні. Якщо діатез відсутній, стрес не матиме ефекту, і розлад не виникне, навіть при сильному стресі. Якщо діатез присутній, ризик розладу збільшується пропорційно ступеню стресу. Оригінальна модель шизофренії Міла, що передбачала єдиний домінуючий ген, що відповідає за актуалізацію шизофренії, є історичним прикладом цієї моделі. Сучасний приклад можна побачити в теорії посттравматичного стресового розладу ПТСР, де підвищені преморбідні фактори вразливості (екологічні чи біологічні) потребують менш серйозного стресора для досягнення порогу ПТСР. Моделі квазі-континуального діатезу передбачають те, що діатез є "квазі-континуальним", дозволяючи різний ступінь вираженості діатезу. Існує поріг, після якого може виникнути психологічна проблема, і ймовірність розладу зростає як функція рівня стресу та сили діатезу за межами мінімального рівня. Когнітивні моделі депресії, які описують схеми в термінах щільності та сили негативних зв'язків, можуть бути концептуалізовані в цих термінах. І остання модель континууму "Вразливість-Стійкість". Ця модель розглядає вразливість і стійкість як протилежні кінці континууму. При екстремальній вразливості для виникнення психологічної проблеми потрібно мало життєвого стресу, тоді як на кінці стійкості (резильєнтності) для розвитку проблеми потрібен значний стрес. Стійкість передбачає саме опір психологічним труднощам, але не повний імунітет.

Специфіка динаміки взаємодії така, що не всі підлітки з діатезом розвивають схильності до психологічних проблем. Проблеми виникають тоді, коли рівень стресу перевищує компенсаторні можливості індивіда. Наприклад, дослідження соціальної тривожності показують, що схильність (сором'язливість, поведінкове гальмування) трансформується у розлад

переважно за умови негативного міжособистісного досвіду та відсутності соціальної підтримки [41].

Також варто розглянути модель диференціальної сприйнятливості (ТДС), що являє собою альтернативну концептуалізацію індивідуальних відмінностей у сфері психічного здоров'я, що контрастує з моделями «діатез-стрес». На противагу моделям «діатез-стрес», ТДС розглядає індивідуальні відмінності як варіації у загальній чутливості до навколишнього середовища, а не лише як вразливість до нього. ТДС стверджує, що індивідуальні маркери, які традиційно розглядалися як фактори вразливості, насправді відображають ширшу диференціальну сприйнятливості/пластичність. Це ключовий відхід від традиційної ДС парадигми. Центральний принцип ТДС полягає у тому, що чутливість індивіда до впливу середовища працює двонаправлено: особи з високою чутливістю значно сильніше піддаються впливу якості свого середовища; ця висока чутливість веде як до більш негативних наслідків у відповідь на негативні впливи середовища (несприятливі умови, стресори), так і до більш позитивних результатів (нижчого ризику психологічних проблем, кращої адаптації) у відповідь на позитивні впливи (підтримку, терапевтичні втручання). Тобто ті самі генетичні варіанти, які роблять дітей більш сприйнятливими до негативних аспектів середовища, також підвищують їхню відкритість до позитивних аспектів, забезпечуючи пластичність психіки. З еволюційної точки зору, ТДС пояснює, що природний відбір мав сприяти як типам з високою, так і з низькою чутливістю, оскільки це забезпечує страхування від помилок прогнозування середовища

Далі розглянемо модель стресової сенсibiliзації та гіпотезу "кіндлінгу". Ця модель є критично важливою для розуміння проблем, що мають рекурентний характер та довгострокових наслідків травми. Вона базується на спостереженні, що перший епізод певної психологічної проблеми (наприклад, депресії) часто виникає після сильного стресу, але наступні епізоди можуть запускатися значно слабшими стресорами або

навіть спонтанно. Механізм запуску такий: ранній негативний досвід або перенесені епізоди хвороби змінюють нейробіологічну реактивність організму, "протоптуючи" нейронні шляхи страху та відчаю. Відбувається процес "кіндлінгу" (розпалювання), коли мозок стає гіперчутливим до найменших ознак загрози [67]. Підлітки, які зазнали емоційного насильства в дитинстві, демонструють значно вищий ризик розвитку депресії у відповідь на помірні життєві стресори порівняно з однолітками без такого анамнезу. У контексті України це означає, що покоління підлітків, яке переживає війну, може мати знижений поріг стійкості до майбутніх життєвих криз [47].

Тепер переходимо до моделі меншинного стресу (Minority Stress Model). Ця модель є досить специфічною і концептуалізує схильність не як внутрішнє порушення, а як результат хронічного перебування у ворожому соціальному середовищі. Специфіка моделі в тому, що вона актуальна переважно для гендерних меншин, та релевантна для розуміння проблем ЛГБТК+ підлітків та інших стигматизованих груп, що є актуальним, враховуючи зростання кількості студентів психологів, що ідентифікують себе членами ЛГБТ ком'юніті [16, 48]. Теорія ґрунтується на гіпотезі, що розбіжності у стані здоров'я серед сексуальних меншин є результатом надмірної дії соціального стресу, зумовленого їхнім стигматизованим соціальним статусом порівняно з гетеросексуальними групами. Модель меншинного стресу була розширена для врахування психологічних медіаційних процесів, які пояснюють, як стигма інтегрується в світосприйняття. Стрес, пов'язаний зі стигмою, призводить до зростання емоційної дисрегуляції, соціальних/міжособистісних проблем та когнітивних проблем. До її компонентів належать дистальні стресори, такі як: реальна дискримінація, насильство; та проксимальні стресори, до яких відносять очікування відторгнення, інтерналізована стигма, приховування ідентичності). Тривале румінація при цьому опосередковує зв'язок між меншинним стресом і депресією в осіб із сексуальними та гендерними

меншинами. Дослідження також систематично оглядали зв'язок між меншинним стресом та біологічними (фізичними) наслідками для здоров'я.

Еволюційна теорія Міллона у свою чергу є менш специфічною. Більше того, Теодор Міллон запропонував найбільш інтегративну модель, яка розглядає особистість та її розлади через фундаментальні закони еволюції. Згідно з цією теорією, схильність до психологічних проблем це не порушення, а крайній варіант адаптаційних стратегій. Міллон стверджує, що будь-який живий організм вирішує три завдання: існування (задоволення - біль), адаптація (активність - пасивність), реплікація (я - інші) [51].

Завдання існування полягає в тому, що воно спрямоване на максимальне збільшення досвіду, що приносить задоволення або сприяє життю, та мінімізацію болючих або загрозливих для життя переживань. Порушення в цій полярності можуть призводити до таких особистісних патернів, як відсторонений тип, для якого характерна небажання або нездатність відчувати задоволення в житті. Іншим порушенням є дисгармонійний патерн, коли індивід змінює полярності місцями, отримуючи задоволення від переживань, які зазвичай є болісними, та біль у ситуаціях, які зазвичай приносять задоволення. Також виділяють амбівалентний патерн, що виникає у сфері болю проти задоволення, коли індивід перебуває у конфлікті між пошуком досвіду, орієнтованого на себе), та орієнтованого на інших.

Завдання адаптації стосується типових способів поведінки, що дозволяють організму адаптуватися до середовища та досягати цілей існування (тобто, мінімізувати біль і максимізувати задоволення). Активний засіб включає активні методи, такі як маніпулювання навколишнім середовищем та його зміна. Пасивний засіб включає пасивні методи, такі як пристосування та адаптація до навколишнього середовища.

Завдання реплікації, яку також називають полярністю джерела підкріплення, відображає соціальну природу людського існування/реплікації. Воно визначає, звідки походять підкріплюючі або життєво важливі

переживання. Деякі життєво важливі переживання виникають через самого себе, наприклад, отримання бажаного або задоволення власних потреб (характеризує незалежні типи). Деякі переживання включають інших, наприклад, виконання альтруїстичних вчинків або наявність тісних міжособистісних стосунків (характеризує залежні типи). Порушення цієї полярності призводить до формування незалежних або залежних особистісних патернів.

Згідно з теорією Міллера, нормальне функціонування особистості характеризується гнучкістю та адаптивністю, що вимагає здорового балансу між усіма цими полярностями. Це означає наявність гнучкості у стосунках між "я" та "іншими", а також здатності бути активним або пасивним залежно від вимог ситуації. Нормальна особистість також відрізняється чіткою орієнтацією на максимізацію приємного життєвого досвіду та ефективне подолання болісних ситуацій.

В контексті геополітичної ситуації в Україні, війна виступає як тотальний, всепроникаючий фактор, який модифікує всі описані вище моделі. Вона є джерелом як гострих травматичних подій (обстріли, втрата близьких), так і хронічного стресу (переміщення, розлука, економічна нестабільність). Дослідження показують, що підлітки, які стали свідками бойових дій, мають у 4 рази вищий ризик розвитку ПТСР та у 3 рази вищий ризик тяжкої тривоги [39]. Війна руйнує звичні екосистеми підтримки, такі як школу, коло друзів, стабільність родини. Це знижує захисну здатність психіки, роблячи підлітків вразливими навіть до тих стресорів, з якими вони могли б впоратися у мирний час. Таким чином моделі схильностей до психологічних проблем та розмежування стану норми та не норми варто розглядати саме через призму контексту війни.

1.3. Студенти-психологи як специфічна вибірка: професійні ресурси та зони ризику, що визначають схильності до переживання психологічних проблем

Освіта у сфері психології являє собою унікальний, багатогранний та часто парадоксальний процес, який суттєво відрізняється від професійної підготовки в інших академічних дисциплінах. Студенти психологи перебувають у центрі складного перетину інтелектуального опанування теорій функціонування психіки та інтенсивної внутрішньої роботи над власною особистістю. На відміну від студентів природничих чи технічних спеціальностей, де об'єкт вивчення відокремлений від суб'єкта пізнання, у психології ці дві сфери неминуче перетинаються. Особистість студента стає головним інструментом його майбутньої професійної діяльності, що накладає специфічний відбиток на весь процес навчання, починаючи з перших днів перебування в університеті.

У цьому підрозділі ми розглянемо психологічний статусу студентів психологів як специфічної соціально-професійної групи. Ми розглянемо їх крізь призму біопсихосоціальної моделі, аналізуючи унікальні профілі вразливості, специфічні ресурси резильєнтності та складну динаміку емоційних станів з метою розуміння того, які зони розвитку є актуальними для майбутніх психологів.

З позиції пересічної людини ми можемо часто почути думку про те, що психологи так чи інакше мають бути невразливими до зовнішніх впливів та стресорів. Якщо ж вони піддаються цим впливам то це привід поставити під сумнів їх професійну компетентність. Це поширений, але небезпечний міф про "невразливий розум" - ідея про те, що володіння академічними знаннями про механізми стресу, копінгу та структур психіки автоматично надає імунітет проти ментальних проблем. Однак реальність є діаметрально протилежною: знання можуть ставати тягарем, посилюючи саморефлексію до рівня деструктивної румінації, а професійна етика створює додатковий тиск необхідності відповідати очікуванням, та бути невразливим перед

обличчям будь-яких труднощів . Наша мета не просто деконструювати цей міф а проаналізувати глибинні механізми, що роблять студентів-психологів вразливими та ідентифікувати ресурси, які дозволяють транслювати цю вразливість у професійну силу.

Фундаментальною концепцією для розуміння психологічного портрета студента психолога є архетип пораненого цілителя. Ця ідея, що має коріння в міфології та була розвинена К.Г. Юнгом, передбачає, що бажання допомагати іншим часто виростає з власного досвіду страждання. У контексті вищої освіти це означає, що значна частина абітурієнтів обирає факультет психології не лише з пізнавального інтересу, а й через несвідоме або усвідомлене прагнення розібратися у власних психологічних проблемах, сімейних травмах чи екзистенційних кризах. Емпіричні дослідження підтверджують цю гіпотезу, демонструючи, що студенти психологи частіше, ніж студенти інших спеціальностей, повідомляють про складні сімейні стосунки в анамнезі, ненадійні стилі прив'язаності та особистий досвід психічних розладів до вступу в університет. Це створює специфічну вразливість ще до початку навчання: студенти входять в академічне середовище що насичене стресом саме по собі, вже маючи певний тягар невирішених емоційних проблем. Зокрема, психологічні дослідження вказують, що майбутні психологи часто характеризуються як інтровертовані, серйозні та тривожні особистості.

На основі цього з'являється мотивація вилікувати себе через навчання і тут є два моменти. З одного боку, власний досвід болю може стати потужним джерелом емпатії, дозволяючи майбутньому фахівцю глибше розуміти страждання клієнтів. З іншого боку, академічна психологія - це наука, а не терапія. Зіткнення з навчальною програмою, яка вимагає вивчення статистики, нейрофізіології, методології досліджень та історії психології, часто призводить до глибокого розчарування студентів, які очікували негайного отримання інструментів для самоцілення.

Це розчарування може трансформуватися у зниження навчальної мотивації та посилення дистресу. Студенти можуть відчувати, що освіта не дає їм відповідей на їхні особисті питання, що підсилює почуття безпорадності. Більше того, постійне вивчення патології та дисфункціональних патернів може призводити до ретравматизації, коли теоретичний матеріал провокує власні болісні спогади або актуалізує приховані конфлікти.

Дослідження особистісних профілів студентів психологів виявляють переважання таких рис, як інтроверсія, високий рівень нейротизму (емоційної нестабільності) та схильність до тривожності. Високий рівень нейротизму, зокрема, є потужним предиктором розвитку синдрому самозванця та емоційного вигорання. Ці риси, хоча й сприяють глибині рефлексії та чутливості до нюансів людської поведінки, водночас роблять студентів більш вразливими до стресорів зовнішнього середовища [73].

Висока емпатія, яка є професійно важливою якістю, без належних навичок емоційної регуляції перетворюється на емпатійний дистрес. Студенти схильні переймати на себе емоції оточуючих, що в умовах насиченого емоціями студентського колективу, в якому багато студентів з власними проблемами може створювати ефект резонансу, посилюючи загальний рівень тривоги в групі.

Умовно фактори ризику для студентів психологів ми можемо поділити на 2 категорії: фактори, що так чи інакше є спільними для багатьох спеціальностей (не лише гуманітарних а й природничих та технічних), та фактори що присутні тільки в рамках академічного середовища психологів. Нам важливо хоча б коротко оглянути загальні фактори ризику, для розуміння можливих стресорів, з якими стикатимуться в тому числі і студенти психологи.

Спершу варто розглянути адаптаційний шок та розрив очікувань. Перехід від старшої школи до університету є однією з найбільш стресових життєвих подій для молодшої людини. Для студентів психологів цей перехід

ускладнюється зіткненням з академічною реальністю, яка часто суперечить їхнім очікуванням. Замість глибоких дискусій про душу та практику психотерапії, першокурсники стикаються з великим обсягом загальноосвітніх предметів, біології, анатомії ЦНС та, що найважливіше, математичної статистики [8]. Необхідність вивчати статистичні методи аналізу даних часто викликає тривожність у студентів, які ідентифікують себе як гуманітарії. Це породжує відчуття некомпетентності та сумніви у правильності вибору професії вже на старті навчання. Дослідження показують, що почуття академічної неефективності є сильним предиктором депресії та бажання покинути навчання [11].

Не менш впливовим фактором є туга за домом. Студенти, які переїжджають на навчання в інше місто, стикаються з феноменом туги за домом, що має серйозні психологічні та фізичні наслідки. Втрата звичної соціальної підтримки (сім'ї, шкільних друзів) відбувається саме в той момент, коли рівень стресу є максимальним. Для студентів із сільської місцевості адаптація до ритму великого міста та університетської культури може бути додатковим травмуючим фактором, що викликає почуття відчуженості та культурного шоку [36].

Хоча, як ми вже побачили, стрес є невід'ємною частиною вищої освіти для будь-якого академічного середовища, природа стресу у студентів-психологів має свої особливості. Наприклад дослідження показують, що студенти гуманітарних та мистецьких напрямків, до яких часто відносять і психологію, мають значно вищі показники труднощів у ментальному плані (близько 40-45%), ніж студенти бізнесу, інженерії чи охорони здоров'я (28-29%) [21]. Є декілька принципово важливих моментів, які пояснюють чому ми можемо отримувати такі результати.

Перш за все це соціальна дезорієнтація, що пов'язана з новою роллю - роллю «психолога». Це проявляється у спробах застосовувати набуті знання або у спробах відповідати соціальним очікуванням ролі "психолога" серед неакадемічного оточення. Здобувачі, які готуються стати професіоналами в

галузі психічного здоров'я, можуть відчувати необхідність бути опорою для інших. Таким чином майбутні психологи можуть брати на себе функцію контейнера для емоцій без належних професійних навичок та встановлених меж. Так як вони стикаються з великою кількістю чужого болю, з яким не можуть впоратися, вони ризикують бути експлуатованими іншими, що закономірно призводить до емоційного перевантаження та вигорання [3].

Криза професійної ідентичності є також вагомим стресовим фактором серед студентів психологів. Етап першого курсу є критичним для розвитку особистості та професійної ідентичності, що концептуалізується як сприйняття включення до соціальної групи, яка розділяє специфічний домен технічних та робочих знань. Цей процес є динамічним і когнітивним, активно конструюючись через соціальну взаємодію, що особливо підкреслюється в період здобуття вищої освіти. Студенти перебувають у стані напруги між ідентифікацією зі своєю професійною групою та опозицією або дистанціюванням від інших професійних груп. Значущим елементом формування професійної ідентичності є безпосередній досвід, який істотно впливає на її смислове наповнення. До прикладу, студенти, які не мають досвіду роботи, схильні до романтизованого погляду на професію, асоціюючи її з кар'єрою, плануванням, грошима, досягненням, задоволеністю та щастям. Цей процес часто супроводжується наслідуванням зовнішніх атрибутів професії або поведінки харизматичних викладачів. Водночас, вони стикаються з необхідністю інтегрувати свою особистісну ідентичність з професійними вимогами етики, нейтральності та об'єктивності. Цей погляд відображає уявлення про професійний успіх, сформовані загальноприйнятими нормами, але без глибокого знання ринку праці. Натомість, здобувачі, які працюють у своїй галузі, пов'язують професійну ідентичність з ціннісно-орієнтованими елементами, такими як допомога, гуманність, характер, чесність і серйозність, підтверджуючи вплив практичного досвіду на розвиток кар'єри. Однак, робота в галузі, не пов'язаній з навчанням, може призводити до використання негативних слів

при осмисленні професійної ідентичності, включаючи "небезпеку" та "відчай". Така напруга може викликати сумніви щодо подальшої кар'єрної траєкторії [57, 74].

Також варто зазначити, що в професійній діяльності психолога, особливо в контексті консультування та терапії, критерії ефективності та успіху часто є менш бінарними, ніж у сферах з високою передбачуваністю або точними науками, що створює значний психологічний тиск. Ця нечіткість сприяє виникненню синдрому самозванця (весь прогрес сприймається як наслідок удачі) та пов'язаного з ним перфекціонізму

Перфекціонізм та синдром самозванця утворюють собою конструкцію, що суттєво впливає на психологічне благополуччя студентів психологів, особливо в умовах підвищеного стресу. Перфекціонізм, коли його доведено до крайнощів, особливо його дезадаптивна форма, може призводити до дисфункціональних взаємодій. Особи, які демонструють високі показники перфекціонізму, нав'язливо занепокоєні помилками, мають внутрішній сумнів у собі та нездатність відчувати задоволення від нормальних досягнень. Вони прагнуть приховати свої недосконалості, щоб здаватися компетентними, успішними та гідними поваги [33].

Синдром самозванця у свою чергу є внутрішнім досвідом інтелектуальної фіктивності. Особи, які відчувають синдром самозванця, незважаючи на об'єктивні кар'єрні чи академічні успіхи, не можуть їх інтерналізувати, приписуючи свої досягнення випадковості, а не власним здібностям. Ці характеристики подібні до рис, виявлених у перфекціоністів, зокрема високої самосвідомості та прагнення приховати помилки. Синдром самозванця помірно асоціюється з перфекціоністськими думками про уникнення недосконалості. Дослідження підтверджують, що як дезадаптивна, так і адаптивна форми перфекціонізму позитивно пов'язані з синдромом самозванця серед студентів [73].

Навчання у сфері психології пронизано матеріалом з високою емоційною інтенсивністю. Вивчення психопатології, травми та кризових

станів вимагає від майбутніх професіоналів постійного занурення у складні та травматичні переживання, що може збагатити професійний досвід (розвиток емпатії та розуміння травми), але водночас може спричинити виснаження, емоційне вигорання та труднощі у встановленні професійної дистанції. Здатність усвідомлювати та регулювати власні емоції є критичним складником психологічного благополуччя. Однак, серед майбутніх психологів, які брали участь у дослідженні, 20% повідомили, що не можуть ефективно контролювати свій емоційний стан. Низькі показники були виявлені за шкалами "Автономія" та "Управління середовищем", що може вказувати на відчуття неможливості зарадити умовам свого життя або безсилля в управлінні навколишнім світом.

Також ми можемо згадати про специфіку професійної підготовки майбутніх психологів, що створює унікальні психологічні виклики, які посилюються навчальним форматом, що вимагає публічної демонстрації та оцінки особистісних і професійних навичок. Цей феномен, який можна означити як "Ефект акваріума", є потужним джерелом стресу, пов'язаного з груповою динамікою та необхідністю балансувати між професійною компетентністю та особистісною вразливістю. Навчання психологів часто включає практичні заняття у малих групах, де відбувається відпрацювання навичок консультування. У цих умовах поведінка, емоції та особистісні реакції студента стають предметом пильної уваги, спостереження та оцінки як одногрупників, так і викладачів. Такий формат публічної роботи чи розбору сесій може викликати інтенсивне почуття сорому та страху негативної оцінки.

Таким чином навіть без безпосередньої роботи з клієнтами, студенти піддаються ризику вікарної (вторинної) травматизації через контакт з травматичним матеріалом у навчальному процесі. Постійне занурення в теми людських страждань може змінювати когнітивні схеми студента, формуючи уявлення про світ як про небезпечне та вороже місце, а про людей - як про жертв або агресорів.

Окрім цього навчання на психолога являє собою амбівалентний процес, що характеризується подвійним тиском. Майбутнім психологам необхідно працювати з власними емоційними реакціями на стресові чинники (наприклад, війну, втрату безпеки, постійну загрозу, зміни у звичному способі життя), та водночас розвивати навички та компетенції, необхідні для надання допомоги іншим особам. Це створює унікальний виклик, оскільки майбутні психологи повинні одночасно і допомагати собі і вчитися допомагати іншим.

Формування професіоналізму психолога неможливе без урахування глибинних аспектів психіки, тобто цілісної психіки у її свідомих та несвідомих виявах, що вимагає, насамперед, відповідної особистісної готовності професіонала. Рівень його професіоналізму визначається не лише теоретичними знаннями, а і його особистісними утвореннями. Особистісні риси, що характеризують ідеального професіонала у галузі психології, охоплюють комплекс емоційних, когнітивних та регулятивних компетенцій, які мінімізують професійні ризики про які згадувалось вище, та сприяють психологічному благополуччю. Ці характеристики можна класифікувати за кількома основними напрямками.

Перш за все це всі виміри емоційного інтелекту психолога. Ідеальний психолог має ідентифікувати емоційні стани у себе та інших і використовувати цю інформацію для кращого управління середовищем відповідно до ситуації та демонструвати високий рівень емоційної компетентності, що є критично важливим для підтримки як власного благополуччя, так і для надання ефективної допомоги іншим, особливо в умовах значного психологічного тиску. Сюди відносять контроль над емоційним станом як здатність усвідомлювати, розуміти, виражати та регулювати власні емоції та емоційне відновлення як здатність до регуляції та керування власними негативними емоційними станами.

Наступні особистісні утворення пов'язані з самоусвідомленням та рефлексією. Ідеальний професіонал повинен мати глибоке розуміння власної

особистості, включаючи як позитивні, так і негативні аспекти, та вміти використовувати рефлексію як інструмент розвитку. Сюди відносять самоприйняття та особистісне зростання, адаптивний перфекціонізм, самодопомогу та самопідтримку та свідому рефлексію. Самоприйняття та особистісне зростання визначається як позитивне ставлення до себе, прийняття різних сторін своєї особистості та відкритість до нового досвіду, відчуття реалізації потенціалу, спрямованість на безперервний розвиток. Адаптивний перфекціонізм характеризується встановленням високих цілей для особистого задоволення, пов'язаний зі прагненням до досконалості або до досконалості. Хоча ми вже згадували перфекціонізм у контексті риси що є потенційно деструктивною для майбутніх професіоналів, його адаптивна форма асоціюється з вищими показниками самооцінки, меншим стресом та вигоранням. Такі особи задоволені своїми досягненнями та здатні інтерналізувати успіх, на відміну від дезадаптивного перфекціонізму.

Наступні особистісні утворення які ми можемо виділити – це управління професійними викликами та стресом. Ідеальний психолог повинен вміти ефективно управляти зовнішніми обставинами та мінімізувати вплив стресу на когнітивну сферу та функціонування. Це в першу чергу адаптивні стратегії подолання професійних викликів. До них можуть відноситися когнітивне реструктурування та соціальна підтримка, які є значущими медіаторами позитивного зв'язку між психологічними ресурсами та психологічним благополуччям. Так само сюди відносять сформовану професійну ідентичність та автономію, що проявляється у здатності впливати на своє оточення та відчуття компетентності. І наостанок це управління негативними когнітивними схемами. Для підтримки психічного здоров'я необхідно уникати неадаптивних когнітивних схем. Наприклад, румінація (повторювані, нав'язливі думки про емоційні стани) та приватна самосвідомість (схильність до фокусування на внутрішніх настроях, думках і мотивах) про які ми вже говорили, можуть бути предикторами депресії та тривоги, навіть при контролі симптомів.

Таким чином ми можемо порівняти наявні проблеми, що характерні для студентів психологів першого курсу з рисами ідеальної моделі, та зрозуміти, які зони розвитку потребують більш детальної уваги, зокрема у визначенні якісної стратегії психологічного супроводу майбутніх професіоналів та психологічної адаптації першокурсників.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТЕЙ ДО ПЕРЕЖИВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ

2.1. Організація та методи дослідження

Даний розділ присвячено організації методичному забезпеченню та аналізу проведеного емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення взаємозв'язку емоційних станів та схильностей до психологічних проблем студентів-психологів першого курсу. На початковому етапі дослідження було обстежено 148 респондентів, студентів-першокурсників закладів вищої освіти, які навчаються за спеціальностями «Психологія», «Медична психологія» та «Терапія та реабілітація». Однак у процесі опрацювання даних частину результатів було виключено з подальшого аналізу у зв'язку з недостовірністю результатів. Остаточна вибірка, допущена до статистичної обробки, становила 97 осіб, з яких 64 студенти спеціальності «Психологія», 18 студентів спеціальності «Медична психологія» та 15 студентів спеціальності «Терапія та реабілітація». Усі респонденти є студентами першого курсу, що дає змогу розглядати отримані результати в контексті раннього етапу професійного становлення та адаптації до навчання у закладі вищої освіти.

З метою емпіричної операціоналізації теоретичних моделей схильності до психологічних проблем та наявних емоційних станів, тобто переходу від абстрактних конструктів до вимірюваних психодіагностичних показників, було використано наступні методики: СМОЛ (Мінімульт), SD-3 та MACI II. У контексті досліджуваної проблематики вибір саме таких діагностичних інструментів є методологічно обґрунтованим, оскільки кожен із них фіксує різні, але концептуально взаємопов'язані аспекти тієї самої проблематики.

Методика Mini-Mult (відома в україномовних адаптаціях як СМОЛ - Скорочений Багатофакторний Опитувальник Особистості) виникла як відповідь на потребу в експрес-діагностиці. Оригінальний MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) містив 566 питань, що робило його обтяжливим для багатьох клієнтів, особливо в стані гострого дистресу або з

обмеженим часом. У 1968 році Кінканнон запропонував скорочену версію з 71 пункту, відібравши ті твердження, які мали найвищу кореляцію з повними шкалами.

Структура опитувальника відтворює архітектуру базових шкал MMPI, хоча і в редукованому вигляді. Складається з 71 питання, 11 шкал, з яких 3 - оцінні. Найчастіше ця методика використовується для оцінки рівня емоційної стійкості, проте за допомогою неї можна також перевірити ступінь інтегрованості особистісних властивостей та рівень адаптації особистості до соціального оточення. Методика в основному розрахована на обстеження дорослих осіб (від 16 до 80 років, з освітою не нижче 6-7 класу середньої школи).

Шкала брехні (L) . На низьких значеннях може означати або надмірно відкритих осіб, у яких немає потреби приховувати свої якості. Такі люди зазвичай володіють критичним мисленням і їм притаманна така риса як скептицизм.

На високих значеннях дана шкала свідчить про викривлення результатів. Це пояснюється бажанням виставити себе в більш приємному світлі чи страхом невідповідності соціальним нормам. Це прагнення може бути обумовлено деякими причинами: наявністю патології, у тих випадках, коли індивідuum слідує встановленому соціумом стандарту поведінки, належність до певної професійної групи, наявність у якій передбачає дотримання високих стандартів поведінки у суспільстві.

Шкала імовірності (F). Її суть полягає у виявленні недостовірних відповідей. На низьких значеннях результати можна вважати достовірними. На високих значеннях цей показник говорить нам про наступні особливості респондента:

- 1) неконформність особистості, пов'язана з своєрідністю таких психічних процесів як сприйняття та мислення (у даному разі має місце шизоїдний тип особистості);

2) аутичність особистість, у якої спостерігаються труднощі в міжособистісних контактах;

3) Наявність психопатоподібної поведінки, яка може проявлятися у схильності до невідповідного соціальним нормам поводження чи виражене відчуття протесту проти встановлених норм;

4) Підлітковий віковий період респондента з вираженим формуванням особистості, коли переважає потреба в самовираженні неконформністю поведінкою і поглядами;

5) виражена тривожність і потреба в допомозі з боку оточуючих.

Шкала корекції (K). Її роль полягає в тому щоб згладжувати спотворення результатів, які можуть виникати під час тестування через або надмірну обережність респондента або прагнення до контролю. На низьких значеннях на основі цього показника можна говорити про такі характеристики респондента як розсудливість, доброзичливість, товариськість чи наявність широкого кола інтересів. Такі люди через свій значний досвід у соціальній взаємодії вміють вибудовувати правильну модель поведінки і перелаштовувати її в залежності від зміни соціальних ролей чи ситуацій. У свою чергу на високих значеннях цей показник говорить про надмірну стурбованість соціальним одобренням та визначення своєї поведінки через призму соціального схвалення. Це може проявлятися у неконфліктності, бажанні відповідати соціальним нормам, конформності поведінки, запереченні проблем у соціальних взаємодіях а також негативному ставленні до тих хто явно відхиляється від загальноприйнятих норм поведінки.

Іпохондрія (Hs). На низьких значеннях, можна стверджувати що респондент не переймається станом свого здоров'я, не схильний до реакцій конверсійного типу та має сформовані адаптивні копінг-стратегії. На високих значеннях показник по шкалі "Hs" говорить про можливість емоційної значимості для досліджуваного його соматичних відчуттів, таких як загальне самопочуття, працездатність, порушення соматичних функцій чи будь-які

больові відчуття. Перехід до соматизації тривоги буде виникати наступним чином. Спочатку виникає неспокій за стан свого фізичного здоров'я через підвищений рівень тривоги, тобто досліджуваній схильний думати що його тривога є причиною певних порушень функціонування організму. Тривога переноситься на серцево-судинні порушення, шлунково-кишкового тракту і в такий спосіб тривога соматизується і змінюється страхом. Далі виникає підвищена увага до себе, переростає в страх за себе який буде переноситися на міжособистісні стосунки. Пік розвитку соматизації тривоги це схильність до скарг, заклопотаність та іноді одержимість своїм фізичним станом, песимістичне ставлення до свого стану, та особливо щодо медичної допомоги, розвивається тривале і ретельне самоспостереження за своїм організмом. Такі досліджувані часто характеризуються повільністю, пасивністю, довірливістю, покірністю владі, повільністю адаптації, погано переносять зміну обстановки та легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах.

Депресія (D). На низьких значеннях можна помітити низький рівень тривоги, рівень активності в межах норми або підвищений, схильність до товариськості, самооцінка в межах норми, відчуття сили, енергії та бадьорості. На високих показниках можна стверджувати що можливо у досліджуваного відзначається більше тривога, ніж депресія. Це може характеризуватися відчуттям погрози яка не має чітко визначену природу, характер і час виникнення якої не піддається передбаченню. Для соціуму досліджуваній може представлятися як схильний до песимізму. Превалюють такі риси як замкнутість, сором'язливість, серйозність. Схильний до відходу в себе та уникнення контактів. Проте незважаючи на такий відхід від соціуму такі особи потребують глибокої підтримки.

Істерія (Hy). На низьких значеннях для досліджуваних характерні такі риси як скептицизм, інтроверсія, недостатня або відсутня здатність до спонтанності в соціальній взаємодії. На високих значеннях цього показника у досліджуваного може бути: здатність до витіснення таких факторів, що

викликають тривогу; демонстративне підкреслення соматичного неблагополуччя разом із тенденцією заперечувати будь-які труднощі в соціальній адаптації. Висока здатність до витіснення, що у свою чергу дозволяє ефективно усувати тривогу, в той же час значно ускладнює формування та розвиток досить стійкої поведінки: постійно виникають нові соціальні ролі. Окрім цього люди цього типу не мають досить розвинений внутрішній світ, їх переживання орієнтовані суто на зовнішнього спостерігача. З іншого боку таким особам властиве ігнорування сигналів ззовні і це може допомогти зберегти самооцінку та може перерости в самолюбощання. Така поведінка у свою чергу може призвести до безцеремонності і також некритичності в оцінці ситуації. Особистість схильна до прагнення бути в центрі уваги, та пошуку визнання і підтримки і домагається цього наполегливими діями. Наявна також схильність до фантазування, егоцентризму, незрілості і поверховості у контактах. Зазвичай ускладнює діяльність групи, яка повинна планомірно і тривалий час вирішувати якусь проблему.

Психопатія (Pd). Низькі значення цього показника можуть говорити про конвенціональність особистості, рівень ідентифікації зі своїм соціальним статусом на високому рівні та зокрема тенденція до збереження постійних інтересів, установок, цілей. На високих значеннях даний показник говорить про наявність у респондента: психопатоподібної поведінки тобто схильність до асоціальних та аморальних вчинків. Проте за сприятливих умов дані психопатичні риси можуть не виявлятися. Характеризується зневажливим ставленням до прийнятих суспільством норм, моральних і етичних цінностей, та загальноприйнятого порядку поведінки у соціумі. Залежно від рівня активності це зневага може проявлятися в імпульсивних і агресивних реакціях або виражається відносно пасивно. Протест проти прийнятих норм здатен обмежуватися лише сім'єю чи найближчим оточенням, проте може також набувати генералізований характер. Така поведінка є складною для передбачування, респондент характеризується невмінням планувати

майбутні вчинки і зневагою чи знецінюванням наслідків своїх дій. Недостатня здатність винести певні уроки чи користь з власного досвіду приводить їх до тих самих помилок та конфліктів у соціальних інтеракціях. Безпосередня реалізація негайно виникаючих спонукань і недостатня здатність до прогнозування може призводити до відсутності будь-якої тривоги чи певного страху перед потенційним покаранням. Ситуації, наслідки яких не були характеризовані тяжкими наслідками, також можуть не викликати тривоги. У соціальних зокрема міжособистісних відносинах (навіть в інтимних) особистість відрізняється поверхневим і нестійким ставленням, рідко виникає почуття глибокої прихильності. Особистість ненадійна в тривалому спілкуванні, оскільки схильна до дисфорій. Загалом - егоцентризм, імпульсивність, емоційна незрілість, конфліктність.

Паранояльність (Pa). На низьких показниках у досліджуваного можливі такі варіанти поведінки:

- 1) досліджуваний недовірливий і обережний, боїться неприємних наслідків своїх дій;
- 2) у досліджуваного гнучке мислення і він здатний до швидкої зміни своєї точки зору.

При високих показниках за цією шкалою можна говорити про такі характеристики: Застрягання в плані когнітивної та емоційної діяльності, постійна систематизація накопиченого досвіду, септицизм, наполегливість та ризикованість у досягненні мети, образливість яка проявляється у звинуваченні інших у недружній поведінці чи ставленні, ворожість і ригідність афективних факторів. З огляду на вищезазначену інформацію можна визначити наступну динаміку ригідності афекту:

- 1) фрустрація та тривога яка виникає внаслідок неї починають переживатися як імпульс, що спонукає до певних дій чи форм поведінки, які у свою чергу дають змогу прямо чи опосередковано задовільнити актуальну потребу;

2) цей імпульс буде знаходитися в основі емоції, як привід до певної сформованої форми поведінки;

3) емоція не має можливості виразитися у межах суспільства, тому вона повільно згасає чим і пояснюється ригідність;

4) у осіб схильних до ригідності лише при одній думці про ситуацію яка викликала фрустрацію може знову виникнути емоція що не була відрефлексована чи виражена раніше.

Риси особистості: поєднання сенситивності й уразливості зі скаргами на недоліки оточуючих, їх ворожі дії, затвердження моральних устоїв, схильність до ідеаторної розробці ситуації. Ригідність афекту досить часто можна пов'язати з егоїстичними тенденціями. Міркування таких індивідів є внутрішньо логічними. Окрім егоїстичності спонукань з ригідністю афекту також часто пов'язано тривале переживання власних значних чи незначних успіхів, причому це переживання включає як і гордість та відчуття власної цінності, так і підвищену самооцінку і невдоволення відсутністю похвали зі сторони оточення. Для особистості також властиві такі риси як наполегливість що переростає у впертість, орієнтація на раціональне сприйняття, виражене відчуття конкуренції, та прямолінійність висловлювань та дій.

Психастенія (Pt). Її роль полягає у виявленні осіб з типом характеру який можна охарактеризувати як тривожно-недовірливий, якому закономірно будуть властиві тривожність, психологічне виснаження, тяжкість у прийнятті рішень, скептицизм який проявляється в постійних сумнівах. На низьких значеннях даного показника респонденти характеризуються такими рисами як здатність у прийнятті самостійних рішень, гнучкість поведінки разом з досить низьким рівнем тривожності, та впевненість зокрема при прийнятті рішення. На високих значеннях даної шкали зазвичай говорять про можливість наступних ситуацій: часте виникнення тривожних реакцій на обставини, причому усунення цієї тривоги відбувається за рахунок формування обережної поведінки. Також їм властиві сенситивність,

побоювання які є зазвичай невмотивованими, знижена самооцінка та самоцінність, нав'язливість. У них присутня низька здатність до витіснення і підвищена увага до негативних сигналів.

Шизоїдність (Se). Характерною рисою осіб з високими показниками за цією шкалою є наявність шизоїдного типу поведінки. Така поведінка характеризується здатністю до тонкого сприйняття абстрактних образів та своєрідністю процесів сприйняття та мислення. Також їм характерна емоційна холодність та відчуженість у міжособистісних стосунках. На низьких значеннях характерна відсутність шизоїдних рис характеру тобто емоційної холодності і відчуженості. Високі результати за шкалою "Se" говорять про: емоційну холодність, своєрідне сприйняття і суджень, незвичайність думок і вчинків, вибірковість або поверховість контактів. На високих значеннях характерне орієнтування на внутрішні критерії, втрата здатності до інтуїтивного розуміння оточуючих, до програвання їх ролей і в зв'язку з цим порушення адекватного емоційного реагування. Для особистості важко, а часом неможливо поглянути на себе з боку і включити себе в навколишній світ. Поведінка часто ексцентрично, позбавлене емоційного забарвлення або гордовита. Хоча негативні сигнали і не доходять до особистості, але якщо сигнал дійшов, то він несподівано викликає велику вразливість. Оскільки в силу незадоволеності і ранимості чітко сформоване уявлення про соціальну ситуацію у цих осіб часто виявляється джерелом напруженості, тривалих і інтенсивних негативних емоцій, вони уникають ясних і чітких формулювань і у них відсутнє чітке уявлення про те, як саме вони повинні вести себе в тій чи іншій ситуації або чого саме чекають від них оточуючі.

Гіпоманія (Ma). Основна характеристика людей з високими показниками за цією шкалою це піднесений настрій, який не залежить від обставин. Такі люди характеризуються як активні, діяльні, енергійні та життєрадісні. Вони люблять роботу з частими змінами, охоче контактують з людьми, проте інтереси їх поверхневі і нестійкі, їм не вистачає витримки і

наполегливості. На низьких значеннях свідчить про зниження активності і контактів з людьми. На високих значеннях можна говорити про наступні характеристики респондента: надмірна активність, велика кількість планів та ідей, які часто виникають досить легко проте не здійснюються в силу підвищеної відволікання і переоцінки своїх можливостей, підвищений настрій який не залежить від обставин, широке коло інтересів та соціальних контактів, яким властива поверхневність.

Застосування Мінімулт для підлітків супроводжується низкою методологічних проблем, які необхідно враховувати при інтерпретації. Оригінальний ММРІ та його скорочені версії були стандартизовані на дорослих. Проте психологічний профіль підлітка суттєво відрізняється. Для підлітків природним є певне підвищення за шкалами Pd (4) та Se (8). Підвищення Pd відображає вікову потребу в автономії, бунт проти авторитетів та пошук нових меж. Підвищення Se часто пов'язане з кризою ідентичності, почуттям незрозумілості та відчуженості, а не з психотичним процесом. Використання "дорослих" норм для підлітків неминуче веде до гіпердіагностики, патологізуючи нормальні вікові кризи.

Доповнюючи попередню тезу, в контексті роботи з підлітками під час війни, також виникають специфічні труднощі. Дослідження адаптації інших методик в Україні показали, що через військові дії та економічні труднощі пороги клінічної значущості можуть зміщуватися. Те, що в мирний час вважалося б високим рівнем тривоги, зараз може бути середньостатистичною нормою. Відсутність оновлених національних норм для СМОЛ саме на підлітковій вибірці воєнного часу створює ризик невірної інтерпретації: реактивний стан (гостра реакція на стрес) може бути помилково сприйнятий як стійка особистісна патологія [49].

На відміну від клінічно орієнтованого СМОЛ, концепція "Темної Тріади" фокусується на специфічному кластері субклінічних рис особистості, які є соціально аверсивними (небажаними), але не обов'язково досягають рівня психіатричного діагнозу. Введена Паулюсом та Вільямсом у 2002 році

темна Тріада є конструктором, що охоплює три соціально-аверсивні риси особистості: макіавеллізм, нарцисизм та психопатію [17].

Макіавеллізм визначається як схильність маніпулювати іншими та вдаватися до обману в соціальних ситуаціях для досягнення особистих цілей. Основні компоненти цієї риси включають в себе маніпулятивність, черствість ставлення та стратегічно-розрахункову орієнтацію. На відміну від психопатів, макіавеллісти є стратегічними, планують наперед, створюють альянси і прагнуть підтримувати позитивну репутацію. Вони уникають маніпулювання членами родини та інших поведінкових тактик, які можуть зашкодити їхній репутації, наприклад, удавання слабкості [38]. Також макіавеллізм позитивно асоціюється з рівнем тривожності та стресу. Існує позитивний зв'язок між Макіавеллізмом та алекситимією (зокрема, труднощами в оцінці негативних емоцій) у деяких дослідженнях [17].

Нарцисизм характеризується самозаглибленістю, відчуттям грандіозності та права (титульності). Хоча нарцисичні особи можуть здаватися самовпевненими, під їхньою зовнішньою оболонкою може ховатися відносно низька самооцінка. Це важливо розуміти, оскільки особи з низькою самооцінкою частіше схильні до ризикованої поведінки (The impact of the Dark Triad personalities and parental interaction patterns in predicting the tendency toward risky behaviors among adolescent girls in Ardabil, Iran in 2024, 2025). Нарцисизм може безпосередньо призводити до агресії, яка слугує захисним механізмом для крихкої самооцінки. Нарциси постійно шукають схвалення, і коли вони його не отримують, це може спровокувати булінг, особливо кібербулінг, де вони відчують більше свободи та влади. Привабливість інтернету для нарцисів пояснюється ширшими можливостями для самопрезентації, особливо через соціальні мережі, що підсилює неглибокі емоційні зв'язки. Взаємодія макіавеллізму та нарцисизму може посилювати ризиковану поведінку, особливо в соціальних медіа.

Концепції психопатії вказують на два ключові елементи: дефіцит афекту (черствість) та дефіцит самоконтролю (імпульсивність). Психопати

проявляють свою черствість у короткостроковій перспективі. Черстве маніпулювання, поєднане з рисами короткострокової орієнтації (нерозважливість, пошук гострих відчуттів), може призводити до сміливої та невинної кримінальної поведінки. Різниця між психопатією та макіавеллізмом в тому, що психопати можуть брехати задля негайної винагороди, навіть якщо ця брехня компрометує їхні довгострокові інтереси, а також діють імпульсивно, нехтують друзями та родиною і мало уваги приділяють своїй репутації. Психопатія позитивно асоціювалася з інтерналізуючими та екстерналізуючими проблемами, а також з негативним афектом у підлітків, а також позитивно корелює з показниками депресивних симптомів [17].

Для операціоналізації конструкту темної тріади була розроблена шкала SD-3, яка складається з 27 пунктів і дозволяє швидко оцінити вираженість кожної з трьох рис. Дослідження підтверджують, що SD-3 є надійним інструментом з прийнятними психометричними показниками [38, 43].

Цікавим феноменом, виявленим у дослідженнях на підліткових вибірках, є тенденція до злиття факторів. Класична трьохфакторна структура не завжди чітко відтворюється. Натомість, часто виділяється модель "Темної Діади", де макіавеллізм та психопатія об'єднуються в один потужний фактор маніпулятивно-антисоціальної спрямованості, тоді як нарцисизм залишається окремим, більш незалежним конструктом [45]. Це може пояснюватися тим, що у підлітковому віці межі між стратегічною маніпуляцією (макіавеллізм) та імпульсивною антисоціальністю (психопатія) є розмитими через незавершеність формування регуляторних функцій мозку. Нарцисизм же у підлітків може мати "світлу сторону" - він корелює з екстраверсією, лідерством та високою самооцінкою, виконуючи адаптивну функцію захисту Его в період невпевненості.

Хоча темна тріада традиційно асоціюється з проблемами, які індивід створює для інших (агресія, булінг, злочинність), нові дані свідчать, що ці риси роблять вразливим і самого носія. Дослідження виявили позитивні

кореляції між рисами Темної Тріади (особливо психопатією та макіавеллізмом) та інтерналізованими проблемами: депресією, тривогою та сприйнятим стресом. Важливим медіатором тут виступає алекситимія (нездатність розпізнавати та описувати власні емоції). Підлітки з високим рівнем "темних" рис часто мають дефіцит емоційного інтелекту, що призводить до накопичення невираженого дистресу. При цьому цікаво те, що у дівчат зв'язок між темною тріадою та емоційною дисфункцією виявляється сильнішим, ніж у хлопців. Високі показники макіавеллізму та психопатії у дівчат часто супроводжуються значним рівнем емоційного дистресу, що може бути пов'язано з більшим соціальним тиском на дівчат щодо прояву емпатії та турботи [17].

Розглядаючи опитувальник MACI II (Millon Adolescent Clinical Inventory-II), ми можемо сказати, що він найкраще розкриває особливості емоційних станів та схильностей до психологічних проблем у підлітків. На відміну від СМОЛ, який є адаптацією дорослого тесту, MACI був розроблений Т. Міллоном для вікової групи 13-19 років, враховуючи унікальні завдання розвитку та проблеми цього періоду. Друга редакція MACI-II включає оновлені норми відповідно до особливостей цього вікового періоду, що дозволяє провести більш точний статистичний аналіз.

2.2. Емпіричний аналіз результатів дослідження схильностей до переживання психологічних проблем.

Для виявлення взаємозв'язку між емоційними станами та схильностями до переживання психологічних проблем, обробки і узагальнення емпіричних даних та визначення впливу окремих факторів на показники емоційних станів були використані такі методи статистичного аналізу як метод описової статистики та кореляційний аналіз. Для кращого розуміння отриманих даних та подальшої їх інтерпретації ми використовували метод описової статистики, відповідно до задач дипломної роботи.

Таблиця 2.2.1.

Дані по середньому значенні, стандартному відхиленні методики Мінімульт

	Психологи		Медичні психологи		Реабілітологи	
	AVERAGE	ST.Dev	AVERAGE	ST.Dev	AVERAGE	ST.Dev
L	4.32	2.01	3.76	1.75	4.32	2.01
F	5.92	2.01	6.76	1.86	5.92	2.01
K	4.28	1.88	4.06	1.78	4.53	1.55
Hs	4.70	1.98	5.29	1.90	4.53	1.19
D	4.03	1.86	5.24	2.28	3.93	1.44
Hy	4.31	1.82	4.76	1.95	3.67	1.80
Pd	2.81	1.98	3.88	2.26	2.00	1.20
Pa	3.39	2.11	4.47	2.29	3.60	1.40
Pt	4.00	2.34	5.76	2.49	3.93	1.91
Se	4.45	2.20	5.59	2.35	4.40	2.03
Ma	5.55	2.18	6.06	2.51	5.80	2.62

З цієї таблиці ми можемо побачити середні значення серед респондентів стосовно певної шкали (AVERAGE) і рівень стандартного відхилення який вказує на роль групових та індивідуальних чинників у формуванні наявних результатів (STD.Dev).

Результати по шкалах для психологів та реабілітологів зберігаються переважно на середніх показниках в що свідчитиме про помірний або низький рівень вияву даних станів у студентів. У медичних психологів середні значення зазвичай вище у порівнянні з іншими спеціальностями. Наприклад Показник достовірності (F) тримається на значеннях, ближчих до 6-7 у медичних психологів. При цьому значення стандартного відхилення зберігається до 2, що говорить нам про помірну варіативність групи у відповідях на питання цієї шкали. Це у свою чергу дозволяє нам припустити що риси, які можуть впливати на достовірність результатів у медичних психологів є саме груповою ознакою. Показник Психопатії для психологів та реабілітологів тримається в межах 3. У медичних психологів цей показник дещо вище, проте він все ще доволі низький і стандартне відхилення, що дорівнює 2.2, говорить нам про те, що такий показник є радше не особливістю групи, а неоднорідністю групи по відношенню до цієї ознаки. Цікавими є також данні по шкалі Іпохондрія. Середній результат по групі

вищий саме у медичних психологів і у них показник стандартного відхилення вказує на помірну варіативність результатів серед групи. Це можна пояснити власне медичною освітою, що може наштовхувати на пошук соматичних симптомів. Шкала психастенії дещо вища у медичних психологів, проте результати в групі неоднорідні, що дозволяє припустити що в межах цієї групи присутнє сильне психічне виснаження, а в більшій частини воно відносно помірне. Та сама ситуація з показником Шизоїдності, через високі значення стандартного відхилення ми можемо говорити про неоднорідність результатів. Шкала Гіпоманії близька до 6 у всіх спеціальностей. Показники середнього відхилення вказують на неоднорідність високих результатів у трьох групах, проте такі результати можна тим, що респонденти проходили цей опитувальник перед підготовкою до сесії і могли бути в стані ажитації.

Тепер проаналізуємо результати опитувальника SD-3

Таблиця 2.2.2.

Дані по середньому значенні та стандартному відхиленні методики SD-3

	Психологи		Медичні психологи		Реабілітологи	
	AVERAGE	ST.Dev	AVERAGE	ST.Dev	AVERAGE	ST.Dev
Machiavellianism	4.83	1.50	4.53	1.59	3.87	1.92
Narcissism	5.17	1.66	4.18	1.24	5.07	1.75
Psychopathy	3.81	1.11	3.41	1.54	4.67	0.98

Як ми можемо побачити більшість показників знаходяться на рівні середнього та нижче середнього. Показники стандартного відхилення також вказують на помірну та низьку варіативність відповідей. Ми не бачимо явного відхилення тож можемо заключити що переважна більшість студентів першого курсу не проявляють риси, характерні для темної тріади, або можемо припустити, що для виявлення таких рис потрібен інший діагностичний інструментарій, адаптований для психологів. Виключенням є лише дещо завищений середній показник нарцисизму у психологів та реабілітологів з низькою варіативністю відповідей. Це може пояснюватися нестабільністю самооцінки на початку навчання.

Переходимо до аналізу результатів студентів психологів опитувальника MACI

Дані по середньому значенні та стандартному відхиленні методики MACI у групи студентів спеціальності С4 «Психологія»

Таблиця 2.2.3.

	AVERAGE	ST.Dev			
1 Introversive	4.22	1.87	B Self-Devaluation	3.73	1.94
2A Inhibited	4.77	2.17	C Body Disapproval	4.77	1.94
2B Doleful	2.48	2.09	D Sexual Discomfort	5.70	1.44
3 Submissive	5.08	1.75	E Peer Insecurity	4.55	2.05
4 Dramatizing	5.58	1.63	F Social Insensitivity	4.06	1.97
5 Egotistic	5.70	2.13	G Family Discord	4.56	1.98
6A Unruly	3.59	1.95	H Childhood Abuse	3.58	1.50
6B Forceful	4.22	1.52	AA Eating Dysfunctions	5.27	2.28
7 Conforming	5.69	0.73	BB Substance-Abuse Proneness	3.27	0.90
8A Oppositional	2.38	1.52	CC Delinquent Predisposition	2.44	1.18
8B Self-Demeaning	3.52	2.30	DD Impulsive Propensity	3.23	1.58
9 Borderline Tendency	4.03	1.71	EE Anxious Feelings	6.97	1.64
A Identity Diffusion	4.47	1.94	FF Depressive Affect	5.23	1.93
			GG Suicidal Tendency	3.42	1.46

Схильність до Інтроверсії та Соціальної стриманості проявляється помірно, результати з групи однорідні. присутні студенти з завищеними проявами цих показників. Загалом досить низький показник за шкалою Суму, проте група неоднорідна, що значить що в групі частина студентів взагалі не має цих ознак а в іншій частині прояв по цій шкалі завищений. Помірно підвищена схильність до підкорення та уникнення конфліктів з однорідними результатами, знижена протестність та помірна домінантність з низькою варіативністю, та високий прояв конформізму, з найбільш однорідними результатами. Це можна пояснити тим, що студенти першого курсу перебуваючи в новому середовищі не ризикнуть конфліктувати зі своїм соціальним оточенням, а для початку спробують адаптуватися і зрозуміти за якими правилами працює нове оточення. Вони сильно залежать від авторитетів та групи і першою їх потребою є бажання бути прийнятими і відчувати себе важливою частиною колективу. Дещо підвищена демонстративність з невисокою варіативністю результатів. На перший погляд такі риси є досить дивними для студентів які перебувають у невідомому

середовищі, проте демонстративність зазвичай слугує інструментом пошуку уваги зі сторони інших. Така риса може слугувати способом задовільнити це відчуття приналежності до колективу. Підвищена самовпевненість проте результати неоднорідні. Показник Самознецінення знижений, проте результати неоднорідні.

Стосовно клінічних тенденцій ми бачимо помірну вираженість нестабільності емоцій/поведінки з низькою варіативністю, що в принципі може бути нормою, враховуючи умови, в яких знаходяться студенти першокурсники. Присутня помірна неоднозначність Я-концепції з помірною варіативністю, що також досить природньо для першого курсу, який тільки починає формувати професійну ідентичність. Злегка знижена тенденція до самокритики, що пояснюється помірною нестабільністю емоцій та поведінки. Також ми бачимо підвищений дискомфорт у сфері сексуальності з низькою варіативністю результатів, тобто ознака притаманна більшості учасників. Поки що складно робити припущення стосовно того, чому ці результати саме такі, проте скоріше за все це пов'язано з тим, що підлітки знаходяться лише на початку власного сексуального життя, через що можуть відчувати певний дискомфорт перед цією темою, особливо коли вона піднімається в рамках академічного середовища. Шкали Невпевненості перед однолітками, Соціального відсторонення, Розладів у сім'ї, Насиллям у дитинстві та Неприйняттям тіла знаходяться на помірному та нижче середньому рівнях з високою варіативністю результатів.

Поведінкові тенденції показують нам наступні результати. Підвищена вираженість харчових дисфункцій з високою варіативністю - від мінімальних до значних проявів. Низька схильність до зловживання речовинами з одним з найнижчих показників варіативності, що говорить про групову схильність. Така сама ситуація з девіантною поведінкою та імпульсивністю. А ось середній показник по шкалі Тривоги є одним з найвищих з доволі низькою варіативністю. Це дозволяє нам підтвердити той факт, що в межах групи психологів більша частина студентів страждає саме від підвищеної тривоги,

страхів та можливої соматизації. Схожа ситуація з показниками Депресивного афекту, лише в нього трохи більше стандартне відхилення. Тут виникає логічне питання, яким чином результати по шкалах Суму (2B Doleful) і Депресивного афекту (FF Depressive Affect) не суперечать одна одній. І та і та шкала вказують на можливу депресивність підлітка проте результати однієї шкали низькі, а інші високі. Насправді тут немає протиріччя, оскільки шкала Суму досліджує глибинні та довготривалі риси характеру, які формують те, як підліток бачить світ та взаємодіє з ним. Тобто той випадок, коли сум і депресія стала частиною ідентичності підлітка. У свою чергу шкала Депресивного афекту не говорить про риси характеру, а лише про поточний стан, який може по симптоматиці бути схожим на депресію. Ці симптоми є тимчасовими і можуть змінюватися, зазвичай вони виступають в якості реакції на кризову чи стресову ситуацію, тож проходять при її вирішенні. Показник суїцидальних тенденцій в цілому низький з низьким рівнем варіативності.

Узагальнюючи результати ми можемо сказати, що в групі психологів простежується Профіль студентів-першокурсників психологічних спеціальностей демонструє високу адаптивну орієнтацію та конформність, низьку протестність, підвищену потребу в прийнятті групою, емоційну реактивність і тривожність, нестабільність самооцінки з поєднанням самовпевненості та самокритики, ситуативні депресивні переживання, однорідно низькі показники ризикованої та девіантної поведінки, виражену активізацію адаптаційних механізмів, характерних для юнацького віку та переходу до нового освітнього середовища.

Тепер проаналізуємо результати опитувальника MACI у медичних психологів.

Дані по середньому значенні та стандартному відхиленні методики MACI у групи студентів спеціальності І4 «Медична психологія»

Таблиця 2.2.4.

	AVERAGE	ST.Dev		AVERAGE	ST.Dev
--	---------	--------	--	---------	--------

1 Introversive	6.00	2.16	B Self-Devaluation	5.93	2.60
2A Inhibited	6.68	2.39	C Body Disapproval	6.25	2.55
2B Doleful	5.50	3.21	D Sexual Discomfort	6.39	1.42
3 Submissive	5.21	1.95	E Peer Insecurity	5.93	2.16
4 Dramatizing	4.04	1.69	F Social Insensitivity	3.14	1.98
5 Egotistic	4.04	2.41	G Family Discord	5.54	2.25
6A Unruly	3.43	1.77	H Childhood Abuse	5.32	2.14
6B Forceful	4.82	2.42	AA Eating Dysfunctions	6.79	2.27
7 Conforming	4.89	1.71	BB Substance-Abuse Proneness	3.79	1.17
8A Oppositional	4.39	2.47	CC Delinquent Predisposition	1.75	0.97
8B Self-Demeaning	6.18	2.89	DD Impulsive Propensity	3.36	1.52
9 Borderline Tendency	5.93	2.73	EE Anxious Feelings	7.61	1.62
A Identity Diffusion	6.32	2.52	FF Depressive Affect	6.96	1.79
			GG Suicidal Tendency	5.71	2.49

Тут ми можемо побачити багато показників, що знаходяться на рівні вище середнього. Наприклад по шкалі Інтроверсивності ми бачимо помірну тенденцію до соціальної ізоляції та обережності в соціальних контактах, проте показник стандартного відхилення вказує на неоднорідність цієї характеристики в межах групи. Зі шкалою Сором'язливості така ж ситуація, тобто велика частина студентів є стриманими, і дещо менша частина є більш відкритою. Цікавими є результати по шкалі Суму. Її середнє значення 5.5 проте стандартне відхилення більше трьох. Такий високий показник відхилення говорить про те, що результати знаходяться приблизно в однакових кількостях на різних кінцях полюса шкали. Тобто в межах медичних психологів приблизно половина має досить низькі результати, а інша половина має навпаки – надзвичайно високі результати, наближені до максимуму. Така тенденція є досить небезпечною оскільки високі результати за цією шкалою можуть вказувати на можливу наявність депресивного розладу. Шкала поступливості трохи вище помірного рівня що зумовлюється новим соціальним середовищем. Демонстративність нижча ніж у психологів, що співвідноситься з вищими показниками інтровертованості та шизоїдності. Ми можемо припустити, що медичні психологи не відчувають такої потреби

у пошуку уваги, та не проявляють високий рівень емоційної експресії. Шкала Еготичності знаходиться на помірному рівні, проте висока девіація відповідей вказує на наявність частини студентів з низькою самооцінкою та самооцінкою трохи вищою за середню. Рівень непокори низький, ця риса характерна для більшості членів групи. Шкала домінантності також на помірному рівні, проте тут ситуація така сама як зі шкалою Еготичності – помірний середній показник і висока стандартна девіація. Тобто частина студентів більш м'які, а інша частина більш наполегливі та домінантні. Такі відмінності можуть створювати проблеми у міжособистісних комунікаціях у групі. Шкала конформізму в нормі, ця риса властива більшості членів групи. Опозиційність проявляється в невеликій частини медичних психологів, це можна пояснити труднощами адаптації конкретних студентів, проте девіація не настільки велика, щоб можна було говорити про опозиційність як рису характеру, тут скоріше має місце саме тяжкий процес пристосування до нового навчального середовища. Середнє значення шкали Самознецінення є вищим норми, проте високий рівень стандартного відхилення вказує на те, що велика частина студентів проявляє ці риси але є й меншість, для якої ця риса не властива. Межова тенденція трохи більше норми, проте високе стандартне відхилення вказує на таку саму ситуацію як зі шкалою Суму. Результати розкидані по різних полюсам, тобто межовість це не групова риса, проте в межах групи медичних психологів є підгрупи ризику, в яких завищені результати по цій шкалі. Поки що важко зробити припущення з чим саме може бути пов'язана така тенденція, оскільки в нас недостатньо інформації, для того, щоб сформулювати більш чітку картину.

Переходимо до шкал виражених проблем. Шкала дифузії ідентичності трохи вище норми з високим показником стандартного відхилення, тобто велика частина студентів має чіткі труднощі з визначенням своїх цілей та ролей, що є нормою для студентів першого курсу, особливо медичних психологів, які вимушені стикатися зі значними академічними викликами, які можуть ставити під сумнів правильність вибору майбутньої професії. Шкала

Самознецінення трохи вище середнього з неоднорідністю результатів. Шкала Неприйняття тіла дещо завищена, проте стандартне відхилення доволі високе, що вказує на сильну різницю між студентами за результатами цієї шкали. Проте ці результати добре співвідносяться зі шкалою Іпохондрії, яка також була завищена у медичних психологів у порівнянні з іншими спеціальностями. Значення шкали Сексуального дискомфорту схоже на показники психологів (високе середнє, низька девіація), що вказує на те, що ця риса властива групі. Скоріше за все попереднє припущення що стосувалося причини таких результатів у психологів є правильним. По шкалі Невпевненості перед однолітками ми можемо побачити помірну непевненість з особливою соціальною чутливістю в частини групи. Шкала Соціальної нечутливості знаходиться на досить низькому рівні у значної частини групи, що вказує на соціальну чутливість та емпатичність. Середні значення по шкалі Розладу в сім'ї та дитячого насилля знаходяться в межах норми, проте високе значення стандартного відхилення вказує на наявність реальних проблем у частини студентів, що знову формує підгрупу ризику.

Щодо клінічних синдромів то тут ситуація наступна. Шкала Розладів харчування знаходиться на рівні вище середнього, стандартна девіація більше двох, що вказує на те, що велика частина студентів знаходяться в зоні ризику наявності харчових порушень. Зловживання речовинами не присутнє, так само як у психологів. Така ж ситуація з схильностями до правопорушень та імпульсивністю. Низьке значення середнього балу та стандартна девіація на рівні 1-1.5 вказує на те, що низький прояв цих рис характерний для обох груп. Шкала тривожності має найвищий середній бал, та низький показник стандартного відхилення, що говорить про тривожність як про характеристику всієї групи. Таку саму картину ми бачили і в психологів, хоча в них середній рівень тривоги трохи нижчий. Це може бути пов'язане з особливостями навчального середовища та внутрішньогруповою динамікою. Шкала Депресивного афекту також має середнє значення вище норми з невисоким рівнем стандартної девіації. В даному випадку ці результати

співвідносяться зі шкалою Суму, оскільки ми маємо присутні депресивні тенденції як рису характеру, та актуальні симптоми депресії, що переживають студенти на даний момент. Шкала Суїцидальних тенденцій також вказує на можливу підгрупу ризику, оскільки вона знаходиться на рівні трохи вище середнього з високим показником стандартного відхилення.

Загальний результат виходить наступним. У медичних психологів присутня виражена тривожність, яка є ключовою характеристикою групи, спільною для більшості студентів. Висока внутрішня неоднорідність майже в кожній шкалі говорить про наявність кількох підгруп ризику, зокрема тих, що мають депресивні, межові та соматизовані прояви. Процес адаптації до нового середовища визначає підвищену поступливість, конформність і водночас нестабільність ідентичності. Ситуативні депресивні переживання поєднуються з частково сформованими депресивними рисами характеру. Соціальна емпатичність і низька девіантність свідчать про спрямованість на міжособистісну допомогу, що відповідає обраній спеціальності. Сфера харчової поведінки та тілесності у частини студентів вимагає особливої уваги через підвищені показники й широкий діапазон варіативності.

Тепер проаналізуємо результати реабілітологів по опитувальнику MACI.

Дані по середньому значенні та стандартному відхиленні методики MACI у групи студентів спеціальності І7 «Терапія та реабілітація»

Таблиця 2.2.5.

	AVERAGE	ST.Dev			
1 Introversive	4.13	1.55	B Self-Devaluation	3.47	1.92
2A Inhibited	4.67	1.84	C Body Disapproval	4.93	1.39
2B Doleful	2.33	1.88	D Sexual Discomfort	6.27	1.16
3 Submissive	4.47	1.41	E Peer Insecurity	5.07	1.75
4 Dramatizing	5.73	1.28	F Social Insensitivity	4.47	2.13
5 Egotistic	6.73	1.58	G Family Discord	4.07	1.58
6A Unruly	3.47	1.85	H Childhood Abuse	3.20	1.37
6B Forceful	4.53	1.96	AA Eating Dysfunctions	5.93	1.87
7 Conforming	6.00	0.93	BB Substance-Abuse Proneness	3.40	1.12
8A Oppositional	2.80	1.70	CC Delinquent Predisposition	2.67	1.23
8B Self-Demeaning	3.13	2.23	DD Impulsive Propensity	3.67	1.40
9 Borderline Tendency	3.40	1.40	EE Anxious Feelings	6.20	1.37
A Identity Diffusion	3.33	1.45	FF Depressive Affect	4.87	1.46

			GG Suicidal Tendency	3.53	1.88
--	--	--	----------------------	------	------

Шкали Інтроверсивності та Сором'язливості знаходяться в межах середнього з низькою варіативністю що може свідчити про незначний вияв інтровертованості та соціальної скутості. Шкала Суму має досить низький середній показник з варіативністю відповідей до 2 що говорить про те, що такі риси як меланхолійність та депресивність не характерна для групи реабілітологів. Шкала Покірності також знаходиться в рамках норми, відсутня виражена опозиційність чи підкорюваність. У свою чергу бали по шкалі Демонстративності вже вище середнього, з низьким показником стандартної девіації, що свідчить про типовість та поширеність цієї риси у групі. Тобто емоційна експресивність, потреба в увазі та визнанні поширена серед більшості студентів цієї групи. Можна припустити, що тут працює такий самий механізм як і у групи психологів, де підвищена демонстративність виступає інструментом задоволення потреби визнання та приналежності до нового колективу. Цікавими є результати по шкалі Еготизму, де середнє значення знаходиться на рівні вище середнього з низькою варіативністю відповідей. Тобто підвищена самовпевненість, відчуття власної значущості та схильність до егоцентризму виступає груповою характеристикою, що присутня у більшості членів групи. Показники некерованості та наполегливості знаходяться на середньому рівні, очевидних проявів цих рис не виявлено. Присутній підвищений конформізм, що також характерно і для психологів та медичних психологів. Те саме стосується опозиційності, на етапі першого курсу ці шкали в нормі занижені. Шкала Самознецінення на низькому рівні, хоча висока девіація свідчить про наявність цієї риси у певної підгрупи, проте більша частина групи все ж залишається з позитивною самооцінкою. Межова тенденція також не присутня.

З аналізу виражених проблем ми бачимо, що виділяється лише шкала Сексуального дискомфорту, яка знаходиться на рівні вище середнього. Такі

самі показники присутні і в психологів і в медичних психологів, тож можна припустити, що високі показники за цією шкалою пов'язані з початком сексуального життя, та невпевненістю в цій сфері. Всі інші шкали знаходяться в нормі, виразна варіативність є лише у шкали Соціального відсторонення.

З клінічними синдромами ситуація така сама, більшість шкал знаходяться в межах норми, виділяються лише шкали Розладів харчування та Тривоги.

Підсумовуючи результати всіх трьох груп ми можемо помітити певні спільні ознаки для всіх спеціальностей. Всі три групи демонструють низький рівень бунтарства, антисоціальної поведінки, схильності до зловживання речовинами та імпульсивності. Також у всіх трьох групах завищений рівень тривожності, сексуального дискомфорту та розладів харчування, причому найвищий результат саме в медичних психологів.

Для медичних психологів унікально завищеними шкалами є 1 Introversive, 2A Inhibited, 8B Self-Demeaning, A Identity Diffusion, C Body Disapproval, AA Eating Dysfunctions, FF Depressive Affect та GG Suicidal Tendency. У всіх цих шкалах крім депресивного афекту висока варіативність відповідей, тобто вони характерні не для всіх членів групи. Таким чином медичні психологи це найбільш інтерналізуюча група. Вони більш інтровертовані та схильні занурюватися в себе. В них присутні сумніви стосовно ідентичності, самознецінення, тіло-центрована незадоволеність (багато внутрішньої критики та сумнівів у власній цінності й зовнішності). Підвищена депресивність і харчові дисфункції внаслідок чого емоційне навантаження часто виражається через депресивні тенденції і порушені способи поводження з тілом/їжею.

Реабілітологи характеризуються завищеними шкалами 5 Egotistic, 7 Conforming та Dramatizing. Таким чином ця група є найбільш екстравертною та егоцентричною але при цьому вони добре вписані в норми, тобто прагнення бути значущим реалізується через соціально прийнятні механізми.

У них більш яскравий стиль поведінки з найнижчими показниками депресії та межових і суїцидальних тенденцій. В них також найнижчий показник A Identity Diffusion, що говорить про структуроване та цілісне відчуття себе.

З психологами ситуація досить неоднозначна, оскільки в них немає явних завищених чи занижених шкал які були б унікальними саме для цієї спеціальності. Так само в них немає явно виражених підгруп ризику. Їх профіль поєднує трохи підвищені риси егоїзму, депресивного афекту, драматичності та нарцисизму, проте ці шкали все ще знаходяться в рамках норми. Тобто їх профіль не має явно вираженої, унікальної саме для них проблематики. Цікавим є ще той факт, що в психологів найнижчий бал по шкалі Сексуального дискомфорту, хоча все ще високий.

2.3. Кореляційний аналіз результатів дослідження схильностей до психологічних проблем

Для статистичної обробки отриманих результатів ми використали програмне забезпечення STATISTICA, версія 10.0 for Windows, за допомогою якої ми змогли здійснити кореляційні обчислення та визначення зв'язків. Відповідно до завдань поставлених щодо нашого дослідження ми використали зазначені статистичні процедури для виокремлення суттєвих взаємозв'язків між схильностями до психологічних проблем та емоційних станів.

Кореляційний аналіз є комплексом методів статистичного дослідження взаємозалежності між змінними. Кореляційний аналіз є одним з основних методів статистичної обробки емпіричного матеріалу прикладних психодіагностичних досліджень, адже наявні процедури кореляційного аналізу дозволяють визначити ступінь значущості зв'язку. В нашому дослідженні ми використали коефіцієнт лінійної кореляції за Спірманом.

Для початку проаналізуємо зовнішні кореляційні зв'язки результатів психологів. Як ми можемо побачити у психологів шкали Макіавеллізму та Нарцисизму негативно корелюють з Психастенією. Тобто більш прагматичні

та холодні психологи менше схильні до нав'язливих переживань і психічної втоми, скоріше за все ці риси дозволяють уникати психічного виснаження. Те саме працює з нарцисами, у яких окрім психастенії спостерігається також негативна кореляція з Депресією. Тут має місце компенсаторний механізм, суть якого в тому, що грандіозність нівелює сумніви у власних силах, тривогу і постійне відчуття власної нікчемності. Підсвідомо нарцисична особистість має низьку самооцінку, проте спосіб її захисту проявляється через агресію та ризиковану поведінку. У підтвердження цього нарцисизм позитивно корелює зі шкалою Схильності до правопорушень. Нарцисизм також негативно корелює зі шкалами Інтроверсивності, Сором'язливості, Суму, Підкорення, Депресивного афекту, Самоприниження та Харчових розладів, з яких найбільш значущі негативні кореляції саме з Депресивним афектом та Самоприниженням, тобто тут ми можемо побачити, що навіть якщо серед психологів присутні особи з нарцисичними тенденціями, вони будуть скоріше грандіозними а не вразливими. Цікавим є те, що в Нарцисизму присутня негативна кореляція з Опозиційністю. Опозиційність характеризується боротьбою протилежних мотивів – бажання бути незалежними та бажання отримати підтримку від інших. Така амбівалентність призводить до спротиву зовнішнім установкам та авторитетам, може проявлятися в пасивній агресії та емоційній нестабільності, яка не контролюється. Грандіозні нарциси радше орієнтовані на створення іміджу та привернення уваги через експресивність та привабливість, тому їх стратегія досягнення соціального схвалення буде будуватися не через активний спротив. Психопатія корелює зі шкалами Наполегливості та Некерованості, що цілком відповідає рисам психопата. У шкали Макіавеллізму такі самі кореляції і також присутні кореляції зі шкалами Соціальної нечутливості та Імпульсивності і це доволі цікавий момент. Макіавеллізм не має корелювати з Імпульсивністю, оскільки, як ми згадували в теорії, здатність контролювати імпульси це те, що відрізняє макіавеллізм від психопатії. Особи з високим показником макіавеллізму обирають не піддаватися імпульсам і можуть їх контролювати з метою

збереження власної репутації чи отримання вигоди в майбутньому. Таке протиріччя можна спробувати пояснити, якщо поглянути на іншу кореляцію, а саме Макіавеллізму з Психопатією. В ідеалі ці дві кореляції цих двох шкал не повинна бути значною, проте автори опитувальника SD-3 зазначають, що у підлітків ці дві шкали можуть об'єднуватися в одну, формуючи Темну Діаду. Таким чином у макіавеллізму та психопатії зберігається спільне ядро, за рахунок чого і може виникати така кореляція з імпульсивністю. Також варто звернути увагу на гендерні відмінності між проявами імпульсивності у хлопців та дівчат. У хлопців імпульсивність виражається в надмірній агресії, яка порушує правила та соціально прийнятні норми. У дівчат у свою чергу імпульсивність проявляється не через надмірну агресію а через сексуальну розгальмованість. Якщо ми подивимся на внутрішні кореляційні зв'язки, то побачимо, що шкала Сексуального дискомфорту негативно корелює з рисами, які належать Макіавеллізму (Наполегливість та Некерованість), а також негативно корелює з Імпульсивністю, хоч кореляція і не достатньо значима. Оскільки більше 90% респондентів є саме жіночої статі, ми можемо пояснити таке протиріччя саме через поєднання Макіавеллізму та Імпульсивності не як надмірну агресію а як сексуальну розгальмованість, прояв якої не суперечить стратегічності.

Нарцисизм у свою чергу негативно корелює з Інтроверсивністю, Сором'язливістю, Сумом, Підкоренням, Опозиційністю, Самоприпиненням, Самознеціненням, Межовістю, Розмиттям ідентичності, Неприйняттям тіла, Депресивним афектом та Суїцидальними тенденціями. Позитивна кореляція спостерігається зі шкалами Егоїзму, Драматичності, Соціальної нечутливості та Розладу в сім'ї. Таким чином ми можемо спостерігати, що серед психологів з нарцисичними тенденціями не спостерігається вразливих нарцисів, а переважають радше демонстративні та грандіозні.

Дивлячись на кореляції між МАСІ та Мінімумом ми можемо побачити досить значний взаємозв'язок серед багатьох шкал. Немає змісту описувати кожен з них, оскільки найчастіше ми можемо побачити досить зрозумілі

кореляції, наприклад Депресії з Сумом, Суїцидальними тенденціями та Депресивним афектом, чи Шизоїдність із Сором'язливістю. Зупинимося на кореляціях, які на нашу думку є досить неоднозначними. Наприклад шкала Істерії негативно корелює з Драматичністю та Егоїзмом, що вкотре підтверджує думку, що нарцисизм у групи психологів виражений саме через грандіозність а не через інші способи, як наприклад соматичні реакції конверсійного типу, що характерно для шкали Істерії. Також ми бачимо негативну кореляцію між Паранояльністю та Соціальною нечутливістю. В даному випадку паранояльність розглядається як схильність до формування надцінних ідей а також агресія та ворожість до соціуму, через постійне очікування приниження та страх бути відкинутим. З цієї позиції такий кореляційний зв'язок стає досить природним. Варто також поглянути на негативну кореляцію між шкалами Гіпоманії та Сексуального дискомфорту. Шкала Сексуального дискомфорту це шкала, яка отримала найменше зовнішніх кореляцій і корелює зі шкалами власної методики тільки негативно. Внутрішні негативні кореляції спостерігаються з шкалами Некерованості, Наполегливості та Розладу в сім'ї тобто фактично з усіма шкалами які позитивно корелюють з Психопатією. Кореляція власне зі шкалою Психопатії теж присутня, проте вона не достатньо сильна, щоб можна було рахувати її як значиму. І пояснення цих внутрішніх кореляцій дозволяє зрозуміти зовнішню кореляцію. Підлітки з високим балом по шкалі Сексуального дискомфорту зазвичай характеризуються надмірним контролем над власними імпульсами, загальною скутістю та страхом вираження сексуальності. І якраз таки шкали, з якими Сексуальний дискомфорт корелює негативно, характеризує підлітків, які схильні діяти імпульсивно, постійно шукають гострих відчуттів та ігнорують наслідки своїх дій. Шкала Гіпоманії на високих значеннях якраз характеризується наявністю досить інтенсивних позитивних емоцій, гіперактивності та в крайніх випадках манією. Такі поведінкові прояви якраз і виникають як неконтрольовані імпульси у вигляді інтенсивних емоційних реакцій. Якщо ми подивимося на те, з якими шкалами

корелює саме Гіпоманія то це Некерованість, Імпульсивність та Межовість. Межовість до речі корелює не лише з Гіпоманією, а й з Депресією, тобто двома шкалами які виключають одна одну, проте тут немає нічого дивного, оскільки межові тенденції характеризуються нестабільністю та амбівалентністю емоційних станів. Для них характерна лабільність настрою (швидкі зміни від ейфорії до депресії, тривоги або гніву) а також імпульсивність, непередбачуваність та схильність до регресу на більш ранні рівні функціонування у стресових ситуаціях. Ще одна кореляція яку варто було б розглянути детальніше це позитивна кореляція між Психопатією (Мінімульт) та Суїцидальними тенденціями. На перший погляд вона здається хибною та контрінтуїтивною, оскільки такої кореляції немає з Психопатією з методики SD-3, та особливості психопатів не передбачають наявності суїцидальних тенденцій чи навіть предикторів суїциду. Суїцидальні тенденції досить сильно корелюють з Депресією, Самоприниженням, Тривогою, Інтровертованістю та Опозиційністю, тобто з тими шкалами, з якими у Психопатії або немає зв'язку або зв'язок негативний. Тому тут потрібно розібрати шкалу Психопатії у варіації методики Мінімульт. Особи з високими показниками за цією шкалою характеризуються агресивністю, конфліктністю та нехтуванням соціальними нормами і цінностями. Їхній настрій є нестійким; вони образливі, збудливі та чутливі. Для них характерна низька толерантність до фрустрації, через що вони швидко стають напруженими, похмурими та депресивними, коли стикаються з труднощами. Їм властива імпульсивність, егоцентризм та емоційна незрілість. Вони не вміють планувати вчинки, нехтують наслідками своїх дій і не отримують користі з негативного досвіду, що призводить до повторних конфліктів. І така позитивна кореляція між шкалою Психопатії (Мінімульт) та Суїцидальними тенденціями (MACI) зумовлена спільними психологічними механізмами, зокрема імпульсивністю, низькою толерантністю до стресу та специфікою реагування на конфлікти. Особи з високими показниками за шкалою Психопатії (Pd) характеризуються вираженою імпульсивністю та

безпосередньою реалізацією спонукань без урахування наслідків. Шкала Суїцидальних тенденцій в МАСІ також корелює з імпульсивністю, оскільки суїцидальні дії у підлітків часто є наслідком миттєвого афективного зриву, а не лише довготривалої депресії. Для психопатичного типу характерна нездатність витримувати напруження. Коли їхні бажання блокуються, вони стають похмурими та депресивними через низьку переносність фрустрації. Цей стан гострого дистресу та безвиході, який виникає реактивно, фіксується шкалою Суїцидальних тенденцій як бажання покінчити з проблемами найрадикальнішим способом. Шкала Психопатії описує осіб, які схильні до егоцентризму та вимогливості. Суїцидальна поведінка у цьому контексті може мати демонстративний або інструментальний характер як засіб впливу на оточення або уникнення відповідальності. Оскільки Суїцидальні тенденції включає пункти про спроби привернути увагу до свого болю або покарати інших своєю смертю, вона буде підвищуватися у осіб з психопатичними рисами, які використовують аутоагресію як засіб маніпуляції або вираження протесту.

Тепер проаналізуємо кореляції серед студентів спеціальності «Медична психологія». Їх ситуація дещо відрізняється від кореляцій у психологів за рахунок меншої вибірки, проте кореляції в загальному є більш значимими. Почнемо зі шкал темної тріади. Цікавим є те, що Макіавеллізм у медичних психологів корелює з Депресією (Мінімульт), Межовістю, Розмиттям ідентичності, Самознеціненням, Неприйняттям тіла та Харчовими розладами. Перш за все варто зазначити, що шкала Депресії у Мінімульті описує не стільки депресію скільки тривогу. Високий бал за цією шкалою відповідає зростаючому песимізму, тривожним очікуванням, відчуттям неявної загрози. Особистість з високими балами відчуває внутрішню напруженість і готовність до неприємних подій, оскільки очікує їх від усюди. Макіавеллізм у свою чергу базується на цинічному погляді на світ. Така особа сприймає світ як вороже середовище, де потрібно постійно бути насторожі, щоб не бути використаним або щоб успішно використати інших. Тобто кореляція між

цими двома шкалами зумовлена цинічним та песимістичним поглядом на світ, який сприймається людиною як злий, ворожий, готовий зламати її. Кореляція з Межовістю є дещо цікавішою, оскільки вона у своїй теорії суперечить макіавеллізму. Макіавеллізм, передбачає холодний розрахунок, та розумні маніпуляції, тоді як Межовість характеризується емоційною бурею. Проте і та і та властивість сходяться у тому, що їм притаманно використовувати людей для досягнення власних цілей, в тому числі і для регуляції власного стану. Висока кореляція можлива через те, що і макіавеллісти, і особи з межовими рисами схильні до інтенсивних, але нестабільних стосунків, де партнер знецінюється або використовується. З іншого боку, пояснення може бути набагато простішим, яке можна застосувати і до інших шкал. Кореляція з іншими переліченими шкалами пояснюється тим, що Депресія досить сильно корелює із зазначеними шкалами МАСІ. Тобто люди, які мають тенденції до депресії одночасно мають схильність і до межовості, розмиття ідентичності, харчових розладів, самознеціненням, та неприйняттям тіла.

Шкала Нарцисизму у медичних психологів позитивно корелює з Психопатією. Як ми вже розглядали в теоретичній частині дипломної роботи, для підлітків нормальним явищем є об'єднання шкал Макіавеллізму та Психопатії в одну, формуючи тим самим явище Темної Діади. Об'єднання психопатії та нарцисизму також можна помітити, особливо у більш старих варіантах опитувальника темної тріади, проте таке явище зустрічається не настільки часто. Зазвичай таку кореляцію обґрунтовують спільним ядром для нарцисизму та психопатії, яка характеризується емоційною черствістю та схильністю до міжособистісних маніпуляцій. Хоча мотиви поведінки різняться (нарцисизм керується цілями підтримки власного еґо та ідентичності, тоді як психопатія мотивована інструментальними або матеріальними цілями) їхні поведінкові прояви часто збігаються через спільну відсутність емпатії. Такі поведінкові прояви можуть проявлятися у некерованості, наполегливості, опозиційності чи нечутливості до соціуму.

Таким чином опитувальник може фіксувати ці зовнішні прояви і об'єднувати дві шкали, в яких ці прояви перетинаються, в одну.

В усіх інших кореляціях ми можемо спостерігати таку саму ситуацію як у психологів, з одним уточненням, що кореляції медичних психологів є більш значними. Так наприклад у них так само шкала Психопатії (Мінімульт) корелює з Депресивним афектом та Суїцидальними тенденціями. У них також об'єднуються кореляції Гіпоманії і Депресії за рахунок Межових тенденцій.

Найбільш значущими кореляціями є Депресія (Мінімульт) і Депресивний афект, Депресія (Мінімульт) і Розмиття ідентичності, та Психастенія і Розмиття ідентичності. Такі кореляції утворюють собою своєрідне порочне коло, де респонденти з високими балами депресії одночасно набрали високі бали і по шкалі розмиття ідентичності і психастенії. Відсутність чітких життєвих орієнтирів, розуміння того хто ти, куди ідеш і для чого живеш провокує внутрішньоособистісний конфлікт, що відображається у постійному психічному виснаженні. Це виснаження відображається в погіршенні щоденної діяльності, провокуючи тим самим думки про свою нікчемність та непотрібність, впливаючи на депресивні стани. В стані депресії в людини зникає будь-яка мотивація та бажання щось робити, що підтверджує думку про власну непотрібність та лише загострюючи відчуття відсутності сенсу, що у свою чергу запускає весь цей цикл знову.

Переходимо до аналізу кореляцій реабілітологів. Їх дещо менше, хоча і значення p більше (0,05 проти 0,01 у психологів та медичних психологів). Цікавою особливістю є внутрішня кореляція Нарцисизму та Макіавеллізму. Ці дві шкали не суперечать одна одній, такий взаємозв'язок виходить через маніпулятивну характеристику обох шкал, та притаманну їм черствість до соціуму, що дозволяє проводити міжособистісні маніпуляції. Цікавим є те, що наші вибірки послідовно зіткнулись з трьома різними внутрішніми кореляціями за шкалами СД-3, що може показувати, які стратегії та глибинні

причини порушення звичних норм та міжособистісного впливу властиві для кожної з них.

ВИСНОВКИ

Емпіричний аналіз результатів 97 респондентів за методиками «Мінімульт», «SD-3» та «MACI II» виявив, що спільними для студентів усіх досліджуваних спеціальностей («Психологія», «Медична психологія», «Терапія та реабілітація») є підвищені показники тривожності та сексуального дискомфорту. Водночас для всієї вибірки характерні низькі рівні антисоціальної поведінки, схильності до зловживання психоактивними речовинами та імпульсивності, що свідчить про збереження нормативного соціального функціонування.

Студенти-психологи характеризуються високою адаптивною орієнтацією, конформністю та потребою у прийнятті групою. Їхній профіль поєднує емоційну реактивність із ситуативними депресивними переживаннями, проте показники ризикованої поведінки залишаються низькими. Для цієї групи властивий баланс між самовпевненістю та самокритикою, що відображає активний процес адаптації до освітнього середовища

Медичні психологи визначені як найбільш інтерналізуюча група з найвищим рівнем тривожності та інтроверсії. У них зафіксовано виражену дифузійну ідентичність, схильність до самознецінення, соматизацію тривоги (іпохондричні тенденції) та депресивний афект. Висока варіативність результатів у цій групі вказує на наявність специфічних підгруп ризику з межовими та суїцидальними тенденціями.

Студенти спеціальності «Терапія та реабілітація» демонструють екстравертивний профіль, якому притаманні егоцентризм, демонстративність та емоційна експресивність. Ця група має найбільш структуровану ідентичність та найнижчі показники депресії і суїцидальних тенденцій, реалізуючи потребу у визнанні через соціально прийнятні механізми.

Статистичний аналіз підтвердив існування специфічних механізмів взаємодії між схильностями до переживання психологічних проблем та емоційними станами. У психологів виявлено негативну кореляцію між

нарцисизмом та депресією/інтроверсією, що вказує на захисну функцію грандіозності, яка нівелює тривогу та сумніви у власній цінності. У медичних психологів встановлено наявність патологічного циклу взаємозалежності між депресією, дифузією ідентичності та психастенією. Відсутність чітких життєвих орієнтирів провокує психічне виснаження, що поглиблює депресивний стан. Також виявлено кореляцію макіавеллізму з депресією та межовими тенденціями, що свідчить про формування цинічного світогляду як реакції на внутрішній дистрес. Феномен «Темної тріади» у студентів має специфіку підліткового віку: зафіксовано тенденцію до злиття шкал макіавеллізму та психопатії, що пов'язано з несформованістю регуляторних функцій. Дослідження показало, що найбільш вразливою категорією є студенти-медичні психологи, які схильні до накопичення афекту та формування деструктивних когнітивних схем. У психологів та реабілітологів переважають адаптивні механізми, хоча наявність сексуального дискомфорту та проблем із харчовою поведінкою вказує на зони напруги, пов'язані з тілесністю та дорослішанням. Отримані дані обґрунтовують необхідність диференційованого підходу до психологічного супроводу студентів різних спеціальностей.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ

1. Бойчук Ю., Кабусь Н., Кузнєцов М. The relationship between the qualities of dark triad and manifestations of future educators' leadership position. *Організаційна психологія Економічна психологія*. 2025. Vol. 36, no. 3. P. 41–51. URL: <https://doi.org/10.31108/2.2025.3.36.4>.
2. Гордієнко А. В. Темна триада особистості у творчості та досягненнях студентів. *Науково-практична конференція "Особистість у просторі проблем XXI століття"*. 2022. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/23072>.
3. Горенко Мар'яна Вячеславівна. Психологічне благополуччя майбутніх психологів в умовах війни. *Психологічний журнал*. 2023. № 11. URL: <https://dspace.udpu.edu.ua/handle/123456789/18131>.
4. Панок В. Г., Чаплак Я. В., Андрєєва Я. Ф. Основи психологічної допомоги: теорія та практика психоконсультації. Чернівці, 2019.
5. Савелюк Н. Психологічне благополуччя студентської молоді: порівняльний аналіз у ковідному і воєнному контекстах. *Psychological Prospects Journal*. 2022. № 39. URL: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-sav>.
6. Чаплак Ян Васильович, Андрєєва Ярослава Федорівна, Чуйко Галина Василівна. Психічний захист і копінг-стратегії як складові системи соціально-психологічної адаптації особистості. *Psychological journal*. 2020. Т. 6. URL: <https://doi.org/10.31108/1.2020.6.8>.
7. Чаплак Ян Васильович. Проблема емпатії в психології та її важливість у професійному становленні психолога. 2018. URL: <https://doi.org/10.31108/1.2018.5.15>.
8. Anna Niitembu Hako, Tautiko Prisca Shikongo, Aras Bozkurt. Psychological adjustment challenges among first-year university students: Crucial link between psychological health and academic success in higher education.

International Journal of Studies in Psychology. 2025. Vol. 5, no. 1. URL: <https://doi.org/10.38140/ijspsey.v5i1.1542>.

9. Archer R. P., Tirrell C. A., Elkins D. E. Evaluation of an MMPI-A Short Form: Implications for Adaptive Testing. 2001. 89 p.

10. Assary E., Krebs G., Eley T. C. Practitioner Review: Differential susceptibility theory: might it help in understanding and treating mental health problems in youth?. John Wiley and Sons Inc, 2023. Vol. 64. 1114 p. URL: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13801>.

11. Association between mental health and academic performance among university undergraduates: The interacting role of lifestyle behaviors / T. Chu et al. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2023. Vol. 32, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1002/mpr.1938>.

12. Attachment and epistemic trust in junior and senior university students: The mediating role of affect regulation and mentalizing. Who is at risk? / E. Karagiannopoulou et al. *PLOS ONE*. 2025. Vol. 20, no. 8 August. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304749>.

13. Character harmonisation in adolescence: psychological profiles, coping strategies and implications for well-being / A. Yatsyshyna et al. *Revista Amazonia Investiga*. 2025. Vol. 14, no. 86. P. 65–78. URL: <https://doi.org/10.34069/ai/2025.86.02.6>.

14. Characteristics of self-injurious behaviour and early traumatic experiences: associations with emotional reactivity, depression and aggression in university students / I. Jarvers et al. *BJPsych Open*. 2025. Vol. 11, no. 2. URL: <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.862>.

15. Chuyko H., Chaplak Y. Psychological well-being of human as a phenomenon of modern psychology. *Technologies of intellect development*. 2018. Vol. 2, no. 8. URL: <https://doi.org/10.31108/3.2019.2.8.6>.

16. Collens P., du Preez E. Lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex, and queer concerns in professional psychology education. *Waikato Journal of*

Education. 2023. Vol. 28, no. 1. P. 141–154. URL: <https://doi.org/10.15663/wje.v28i1.978>.

17. Dark Triad traits, alexithymia, and emotion regulation as predictors of depression, anxiety, and stress in clinical and non-clinical samples / L. Hornstein et al. *Frontiers in Psychology*. 2025. Vol. 16. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1674630>.

18. Dependencia emocional en el noviazgo y consecuencias psicológicas del abuso de internet y móvil en jóvenes / A. Estévez et al. *Anales de Psicología*. 2017. Vol. 33, no. 2. P. 260–268. URL: <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.255111>.

19. Developmental trajectory of guilt and shame during the transition to university / C. Wang et al. *Frontiers in Psychiatry*. 2025. Vol. 16. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1632419>.

20. Development of the Mentoring in Undergraduate Research Survey / L. B. Limeri et al. *CBE Life Sciences Education*. 2024. Vol. 23, no. 2. URL: <https://doi.org/10.1187/cbe.23-07-0141>.

21. Does major make a difference? Mental health literacy and its relation to college major in a diverse sample of undergraduate students / R. T. Miles et al. *Discover Mental Health*. 2024. Vol. 4, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1007/s44192-024-00099-w>.

22. Edara I. R. Exploring the relation between emotional intelligence, subjective wellness, and psychological distress: A case study of university students in Taiwan. *Behavioral Sciences*. 2021. Vol. 11, no. 9. URL: <https://doi.org/10.3390/BS11090124>.

23. Edwards J. Counseling and psychology student experiences of personal therapy: A critical interpretive synthesis. *Frontiers Media S.A.*, 2018. Vol. 9. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01732>.

24. Emotional intelligence as a predictor of mental health in undergraduate students / J. Acebes-Sánchez et al. *BMC psychology*. 2025. Vol. 13, no. 1. P. 1130–1130. URL: <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03241-7>.

25. Emotional labor and empathic concern as predictors of exhaustion and disengagement in college teachers / X. Zhai et al. *Scientific Reports*. 2025. Vol. 15, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-11304-3>.
26. Eugenie Nikuze, Dr. Ernest Safari. Contribution of Psychological Support to Risky Behavior Management of Selected High-Learning Institution Students: A Case of Kepler College, Rwanda. *The International Journal of Humanities & Social Studies*. 2024. URL: <https://doi.org/10.24940/theijhss/2023/v11/i10/hs2310-032>.
27. Experiential learning spaces and student wellbeing: a mixed-methods study of students at three research intensive UK universities / E. Elsdén et al. *International Review of Psychiatry*. 2023. Vol. 35, no. 7-8. P. 591–604. URL: <https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2268720>.
28. Factors Influencing the Mental Health of First-Year College Students: Evidence from Digital Records of Daily Behaviors / J. Ou et al. *Behavioral Sciences*. 2025. Vol. 15, no. 5. URL: <https://doi.org/10.3390/bs15050618>.
29. French D., Loas G., Hein M. Dark Triad, Depression, Anhedonia and Alexithymia: The Role of Sex Differences. *Behavioral Sciences*. 2025. Vol. 15, no. 10. P. 1369–1369. URL: <https://doi.org/10.3390/bs15101369>.
30. Frost D. M., Meyer I. H. Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. Elsevier B.V., 2023. Vol. 51. URL: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>.
31. Giudice M. D. The Evolutionary Context of Personality Development.
32. Granieri A., Franzoi I. G., Chung M. C. Editorial: Psychological Distress Among University Students. Frontiers Media S.A., 2021. Vol. 12. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.647940>.
33. Grubb W. L., Grubb L. K. Perfectionism and the Imposter Phenomenon. 25 p.
34. Hako A., Tautiko Shikongo P., Ndapandula Mbongo E. Psychological Adjustments Challenges of First-Year Students A conceptual review.

35. Hao D. An empirical study on the relationship between emotional labor and work performance among university teachers. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 15. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1470436>.
36. Homesickness and adjustment across the first year of college: A longitudinal study / T. English et al. *Emotion*. 2017. Vol. 17, no. 1. P. 1–5. URL: <https://doi.org/10.1037/emo0000235>.
37. How Distressed Are Adolescent Students? A Mix-Method Study on High School Students in Northern Italy, Two Years after the Beginning of the COVID-19 Pandemic / A. M. Della Vedova et al. *Behavioral Sciences*. 2024. Vol. 14, no. 9. URL: <https://doi.org/10.3390/bs14090775>.
38. Hu Y., Lan X. A Comprehensive and Person-Centered View of the Association Between the Dark Triad and Youth Mental Health. *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.900354>.
39. Impact of the Russian Invasion on Mental Health of Adolescents in Ukraine / O. Osokina et al. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.845>.
40. Influence of Stress and Emotions in the Learning Process: The Example of COVID-19 on University Students: A Narrative Review / A. Córdova et al. MDPI, 2023. Vol. 11. URL: <https://doi.org/10.3390/healthcare11121787>.
41. Ingram R. E., Luxton D. D. Vulnerability-Stress Models. *Vulnerability to Psychopathology: Risk across the Lifespan*. 2005. URL: <https://doi.org/10.4135/9781452231655.n2>.
42. Investigating the Impacts of Shame-Proneness on Students' State Shame, Self-Regulation, and Learning / J. Sullins et al. *Education Sciences*. 2024. Vol. 14, no. 2. URL: <https://doi.org/10.3390/educsci14020138>.
43. Jones D. N., Paulhus D. L. Introducing the Short Dark Triad (SD3): A Brief Measure of Dark Personality Traits. *Assessment*. 2014. Vol. 21, no. 1. P. 28–41. URL: <https://doi.org/10.1177/1073191113514105>.
44. Kichuk A. V. Psycho-emotional health of students in the parameters of activity of the psychological service of the modern high school. *Theory and*

practice of modern psychology. 2020. Vol. 2, no. 1. P. 44–47. URL: <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-2.8>.

45. Klimczak A., Turska D. Structural investigation of the short dark triad for youths (13-16 years). *Current Issues in Personality Psychology*. 2020. Vol. 8, no. 3. P. 243–254. URL: <https://doi.org/10.5114/cipp.2020.99627>.

46. Limone P., Toto G. A. Factors That Predispose Undergraduates to Mental Issues: A Cumulative Literature Review for Future Research Perspectives. *Frontiers Media S.A.*, 2022. Vol. 10. URL: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.831349>.

47. Lin J., Guo W. The Research on Risk Factors for Adolescents' Mental Health. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI), 2024. Vol. 14. URL: <https://doi.org/10.3390/bs14040263>.

48. López-Sáez M. Á., García-Dauder D., Montero I. Correlate Attitudes Toward LGBT and Sexism in Spanish Psychology Students. *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 11. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02063>.

49. Lutsenko O., Shtryhol D., Mikhanovskaya N. Results of Ukrainian Adaptation of the Pediatric Symptom Checklist with Abused Children. *Visnyk of V. N. Karazin Kharkiv National University. A Series of Psychology*. 2022. No. 73. P. 7–16. URL: <https://doi.org/10.26565/2225-7756-2022-73-01>.

50. Martín-Ruiz I., González-Valenzuela M. J., Infante-Cañete L. Emotional Adjustment among Adolescent Students with and without Specific Learning Disabilities. *Children*. 2023. Vol. 10, no. 12. URL: <https://doi.org/10.3390/children10121911>.

51. McCann J. T. Assessing adolescents with the MACI : using the Millon Adolescent Clinical Inventory. New York : Wiley, 1999. 238 p.

52. Me, myself, and I: Self-referent word use as an indicator of self-focused attention in relation to depression and anxiety / T. Brockmeyer et al. *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6, OCT. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01564>.

53. M.M. S. PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF STUDENTS UNDER DISTANCE LEARNING. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series*

Psychological Sciences. 2021. No. 4. P. 115–121. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-15>.

54. Moreno-Montero E., Ferradás M. d. M., Freire C. Personal Resources for Psychological Well-Being in University Students: The Roles of Psychological Capital and Coping Strategies. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2024. Vol. 14, no. 10. P. 2686–2701. URL: <https://doi.org/10.3390/ejihpe14100177>.

55. Navigating the Transition to University Life: A Qualitative Exploration of First-Year Psychology Students' Adaptation and Identity Development / M. Circo et al.

56. Pinkawa C., Dörfel D. Emotional labor as emotion regulation investigated with ecological momentary assessment – a scoping review. *BMC Psychology*. 2024. Vol. 12, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01469-9>.

57. Professional identity and experience of undergraduate students: an analysis of semantic networks / L. Carvalho et al. *Psicologia: Reflexao e Critica*. 2021. Vol. 34, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00179-8>.

58. Psychological well-being and its associated factors among university students in Sichuan, China / J. Wan et al. *Frontiers in Psychology*. 2025. Vol. 16. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1473871>.

59. Renati R., Bonfiglio N. S., Rollo D. Italian University Students' Resilience during the COVID-19 Lockdown—A Structural Equation Model about the Relationship between Resilience, Emotion Regulation and Well-Being. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2023. Vol. 13, no. 2. P. 259–270. URL: <https://doi.org/10.3390/ejihpe13020020>.

60. Resilience processes among Ukrainian youth preparing to build resilience with peers during the Ukraine-Russia war / F. Giordano et al. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 15. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1331886>.

61. Rosén E. Integrating Deliberate Practice Into Group Supervision: A Case Illustration. *Journal of Clinical Psychology*. 2025. Vol. 81, no. 6. P. 483–493. URL: <https://doi.org/10.1002/jclp.23780>.

62. Schwartz-Mette R. A., Rose A. J. Depressive Symptoms and Conversational Self-Focus in Adolescents' Friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2016. Vol. 44, no. 1. P. 87–100. URL: <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9980-3>.
63. Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Adolescents: Evaluating the Moderating Role of Socioeconomic Status and Cultural Factors / G. Raimondi et al. *Pediatric Reports*. 2025. Vol. 17, no. 2. URL: <https://doi.org/10.3390/pediatric17020039>.
64. Self-focused cognitive styles and bipolar spectrum disorders: Concurrent and prospective associations / L. B. Alloy et al. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2009. Vol. 2, no. 4. P. 354–372. URL: <https://doi.org/10.1521/ijct.2009.2.4.354>.
65. Sheth C., McGlade E., Yurgelun-Todd D. Chronic Stress in Adolescents and Its Neurobiological and Psychopathological Consequences: An RDoC Perspective. SAGE Publications Inc., 2017. Vol. 1. URL: <https://doi.org/10.1177/2470547017715645>.
66. Strang J. Peer-Led Group Supervision: A model to support and inspire social work students Peer-Led Group Supervision.
67. Stressful Life Events and Depression Symptoms: The Effect of Childhood Emotional Abuse on Stress Reactivity / B. G. Shapero et al. *Journal of Clinical Psychology*. 2014. Vol. 70, no. 3. P. 209–223. URL: <https://doi.org/10.1002/jclp.22011>.
68. Students' Defense Mechanisms and Coping Strategies in Terms of COVID-19 Pandemic / H. Chuyko et al. *Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala*. 2022. Vol. 14, no. 1. P. 115–138. URL: <https://doi.org/10.18662/rrem/14.1/510>.
69. Study Protocol: Adolescents of Ukraine During the Russian Invasion (AUDRI) Cohort / R. Goto et al. *BMC Public Health*. 2023. Vol. 23, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16070-3>.

70. The coping insights evident through self-reflection on stressful military training events: Qualitative evidence from self-reflection journals / S. L. Falon et al. *Stress and Health*. 2022. Vol. 38, no. 5. P. 902–918. URL: <https://doi.org/10.1002/smi.3141>.

71. The impact of the Dark Triad personalities and parental interaction patterns in predicting the tendency toward risky behaviors among adolescent girls in Ardabil, Iran in 2024 / R. Motavalli et al. *BMC Psychology*. 2025. Vol. 13, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02199-2>.

72. There Is No “One Right Way”: Perfectionism, Imposterism, and Well-being in Child Life Training and Practice / K. A. Tenhulzen et al. *The Journal of Child Life: Psychosocial Theory and Practice*. 2023. Vol. 4, no. 2. URL: <https://doi.org/10.55591/001c.88114>.

73. Willems J., Coertjens L., Donche V. Entering Higher Professional Education: Unveiling First-Year Students’ Key Academic Experiences and Their Occurrence Over Time. *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 12. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.577388>.

74. Zammuner V. L. Adolescents’ Coping Strategies Influence Their Psychosocial Well-Being. *Current Journal of Applied Science and Technology*. 2019. P. 1–17. URL: <https://doi.org/10.9734/cjast/2019/v36i330232>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця кореляційних зв'язків студентів спеціальності «Психологія»

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Se	Ma
L	1.00	-0.14	0.56	-0.09	-0.03	-0.06	0.18	-0.24	0.02	-0.01	-0.35
F	-0.14	1.00	-0.31	-0.01	-0.02	0.07	-0.15	0.16	-0.18	0.02	0.22
K	0.56	-0.31	1.00	0.04	-0.18	0.04	0.42	-0.18	0.19	0.32	-0.29
Hs	-0.09	-0.01	0.04	1.00	0.64	0.84	0.44	0.46	0.62	0.56	0.22
D	-0.03	-0.02	-0.18	0.64	1.00	0.74	0.52	0.51	0.79	0.46	0.07
Hy	-0.06	0.07	0.04	0.84	0.74	1.00	0.60	0.63	0.76	0.69	0.26
Pd	0.18	-0.15	0.42	0.44	0.52	0.60	1.00	0.46	0.74	0.68	0.11
Pa	-0.24	0.16	-0.18	0.46	0.51	0.63	0.46	1.00	0.55	0.57	0.16
Pt	0.02	-0.18	0.19	0.62	0.79	0.76	0.74	0.55	1.00	0.72	0.11
Se	-0.01	0.02	0.32	0.56	0.46	0.69	0.68	0.57	0.72	1.00	0.38
Ma	-0.35	0.22	-0.29	0.22	0.07	0.26	0.11	0.16	0.11	0.38	1.00

	Machiavellianism	Narcissism	Psychopathy
Machiavellianism	1.00	0.11	0.38
Narcissism	0.11	1.00	0.02
Psychopathy	0.38	0.02	1.00

	Machiavellianism	Narcissism	Psychopathy
L	-0.26	-0.16	-0.30
F	0.19	0.11	0.22
K	-0.28	0.16	-0.23
Hs	-0.26	-0.23	0.00
D	-0.21	-0.43	-0.01
Hy	-0.20	-0.29	-0.03
Pd	-0.31	-0.15	-0.03
Pa	-0.30	-0.16	0.13
Pt	-0.33	-0.37	-0.15
Se	-0.28	-0.14	0.02
Ma	0.20	0.03	0.19

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Se	Ma
1 Introversive	0.09	0.08	-0.21	0.33	0.41	0.36	0.19	0.32	0.33	0.26	0.02
2A Inhibited	0.06	0.00	-0.20	0.42	0.65	0.52	0.36	0.44	0.58	0.33	-0.07
2B Doleful	0.07	0.10	-0.28	0.42	0.58	0.55	0.33	0.51	0.49	0.33	0.08
3 Submissive	0.10	-0.06	-0.11	0.30	0.50	0.43	0.23	0.26	0.50	0.25	-0.09
4 Dramatizing	-0.07	0.10	0.06	-0.45	-0.51	-0.52	-0.38	-0.42	-0.49	-0.35	0.11
5 Egotistic	-0.07	0.13	0.05	-0.33	-0.53	-0.45	-0.37	-0.36	-0.53	-0.27	0.15
6A Unruly	-0.32	0.21	-0.35	-0.18	0.27	0.31	-0.42	0.22	-0.43	0.24	0.34
6B Forceful	-0.25	0.25	-0.19	-0.08	0.23	-0.21	-0.30	-0.17	-0.30	-0.10	0.25

7 Conforming	0.15	$\bar{0.08}$	0.23	0.02	$\bar{0.17}$	$\bar{0.07}$	$\bar{0.04}$	$\bar{0.18}$	$\bar{0.13}$	$\bar{0.10}$	$\bar{0.16}$
8A Oppositional	$\bar{0.11}$	0.18	$\bar{0.40}$	0.37	0.41	0.38	0.17	0.43	0.22	0.24	0.26
8B Self-Demeaning	$\bar{0.16}$	0.16	$\bar{0.45}$	0.40	0.64	0.51	0.27	0.41	0.51	0.33	0.29
9 Borderline Tendency	$\bar{0.19}$	0.17	$\bar{0.47}$	0.25	0.48	0.37	0.16	0.35	0.35	0.25	0.35
A Identity Diffusion	$\bar{0.10}$	0.14	$\bar{0.47}$	0.22	0.48	0.31	0.15	0.26	0.35	0.20	0.15
B Self-Devaluation	$\bar{0.03}$	0.01	$\bar{0.35}$	0.45	0.71	0.57	0.33	0.38	0.58	0.30	0.13
C Body Disapproval	$\bar{0.12}$	0.04	$\bar{0.25}$	0.44	0.65	0.56	0.32	0.24	0.55	0.25	0.14
D Sexual Discomfort	0.20	$\bar{0.18}$	0.24	$\bar{0.08}$	0.03	$\bar{0.01}$	0.06	0.04	0.18	$\bar{0.03}$	$\bar{0.35}$
E Peer Insecurity	0.14	$\bar{0.05}$	$\bar{0.04}$	0.28	0.45	0.38	0.37	0.25	0.40	0.31	$\bar{0.04}$
F Social Insensitivity	$\bar{0.05}$	0.14	0.02	$\bar{0.25}$	$\bar{0.54}$	$\bar{0.42}$	$\bar{0.44}$	$\bar{0.33}$	$\bar{0.56}$	$\bar{0.21}$	0.17
G Family Discord	$\bar{0.33}$	0.15	$\bar{0.26}$	$\bar{0.05}$	$\bar{0.15}$	$\bar{0.15}$	$\bar{0.10}$	0.04	$\bar{0.18}$	0.03	0.43
H Childhood Abuse	$\bar{0.03}$	0.16	$\bar{0.26}$	0.33	0.41	0.43	0.31	0.46	0.33	0.38	0.23
AA Eating Dysfunctions	$\bar{0.11}$	0.06	$\bar{0.29}$	0.36	0.53	0.45	0.22	0.16	0.43	0.18	0.25
BB Substance-Abuse Proneness	$\bar{0.28}$	0.24	$\bar{0.32}$	$\bar{0.02}$	$\bar{0.01}$	$\bar{0.08}$	$\bar{0.25}$	$\bar{0.15}$	$\bar{0.11}$	$\bar{0.01}$	0.28
CC Delinquent Predisposition	0.01	0.03	0.12	$\bar{0.34}$	$\bar{0.56}$	$\bar{0.46}$	$\bar{0.32}$	$\bar{0.33}$	$\bar{0.48}$	$\bar{0.15}$	0.08
DD Impulsive Propensity	$\bar{0.22}$	0.22	$\bar{0.27}$	$\bar{0.16}$	$\bar{0.20}$	$\bar{0.24}$	$\bar{0.34}$	$\bar{0.17}$	$\bar{0.34}$	$\bar{0.20}$	0.35
EE Anxious Feelings	0.02	$\bar{0.11}$	$\bar{0.09}$	0.27	0.48	0.37	0.31	0.26	0.52	0.16	$\bar{0.19}$
FF Depressive Affect	$\bar{0.05}$	0.05	$\bar{0.37}$	0.42	0.66	0.50	0.23	0.34	0.52	0.23	0.09
GG Suicidal Tendency	0.03	0.13	$\bar{0.30}$	0.47	0.64	0.56	0.35	0.45	0.47	0.34	0.14

	Machiavellianism	Narcissism	Psychopathy
1 Introversive	0.00	-0.47	-0.03
2A Inhibited	-0.15	-0.57	-0.07
2B Doleful	-0.28	-0.47	-0.11
3 Submissive	-0.23	-0.55	-0.25
4 Dramatizing	0.18	0.50	0.13
5 Egotistic	0.27	0.55	0.16
6A Unruly	0.40	0.21	0.42
6B Forceful	0.32	0.14	0.36
7 Conforming	-0.14	0.18	-0.19
8A Oppositional	-0.06	-0.38	0.10
8B Self-Demeaning	-0.10	-0.55	0.03
9 Borderline Tendency	0.08	-0.42	0.09
A Identity Diffusion	0.19	-0.50	0.13
B Self-Devaluation	-0.14	-0.60	-0.08
C Body Disapproval	-0.06	-0.50	-0.01
D Sexual Discomfort	-0.19	-0.18	-0.29
E Peer Insecurity	-0.01	-0.34	-0.05
F Social Insensitivity	0.41	0.35	0.30

G Family Discord	0.04	0.33	0.25
H Childhood Abuse	-0.10	-0.21	0.03
AA Eating Dysfunctions	0.04	-0.49	-0.01
BB Substance-Abuse Proneness	0.25	-0.01	0.24
CC Delinquent Predisposition	0.26	0.35	0.31
DD Impulsive Propensity	0.34	0.08	0.26
EE Anxious Feelings	-0.13	-0.40	-0.23
FF Depressive Affect	-0.13	-0.60	-0.07
GG Suicidal Tendency	-0.13	-0.46	0.01

Додаток Б
Таблиця кореляційних зв'язків студентів спеціальності «Медична психологія»

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Se	Ma
L	1.00	-0.13	0.57	0.05	-0.40	-0.01	-0.42	-0.49	-0.43	-0.38	-0.39
F	-0.13	1.00	-0.34	0.30	0.41	0.16	0.38	0.14	0.32	0.44	0.17
K	0.57	-0.34	1.00	-0.23	-0.56	-0.15	-0.16	-0.47	-0.51	-0.28	-0.68
Hs	0.05	0.30	-0.23	1.00	0.56	0.88	0.50	0.24	0.42	0.65	0.46
D	-0.40	0.41	-0.56	0.56	1.00	0.64	0.69	0.51	0.76	0.72	0.51
Hy	-0.01	0.16	-0.15	0.88	0.64	1.00	0.54	0.36	0.63	0.76	0.50
Pd	-0.42	0.38	-0.16	0.50	0.69	0.54	1.00	0.57	0.65	0.83	0.14
Pa	-0.49	0.14	-0.47	0.24	0.51	0.36	0.57	1.00	0.78	0.63	0.43
Pt	-0.43	0.32	-0.51	0.42	0.76	0.63	0.65	0.78	1.00	0.85	0.62
Se	-0.38	0.44	-0.28	0.65	0.72	0.76	0.83	0.63	0.85	1.00	0.57
Ma	-0.39	0.17	-0.68	0.46	0.51	0.50	0.14	0.43	0.62	0.57	1.00

	Machiavellianism	Narcissism	Psychopathy
Machiavellianism	1.00	0.00	0.16
Narcissism	0.00	1.00	0.63
Psychopathy	0.16	0.63	1.00

	Machiavellianism	Narcissism	Psychopathy
L	-0.21	-0.17	-0.33
F	0.08	0.12	0.22
K	-0.42	-0.05	-0.39
Hs	0.24	0.21	0.14
D	0.39	-0.28	0.12
Hy	0.23	0.01	-0.11
Pd	0.18	0.03	0.25
Pa	0.33	-0.14	-0.05
Pt	0.39	-0.22	-0.13
Se	0.19	0.03	0.05
Ma	0.18	0.10	0.11

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Se	Ma
1 Introversive	-0.33	0.26	-0.29	0.01	0.62	0.12	0.61	0.57	0.44	0.41	0.10
2A Inhibited	-0.33	0.39	-0.36	-0.01	0.71	0.13	0.55	0.56	0.60	0.48	0.22
2B Doleful	-0.55	0.37	-0.70	0.38	0.75	0.36	0.68	0.78	0.67	0.65	0.52
3 Submissive	-0.13	0.10	-0.23	-0.28	0.36	0.00	-0.06	0.20	0.50	0.12	0.26
4 Dramatizing	0.40	-0.15	0.19	-0.03	-0.63	-0.13	-0.67	-0.56	0.43	-0.38	0.06
5 Egotistic	0.25	-0.19	0.37	-0.03	-0.67	-0.21	-0.35	-0.51	-0.57	0.30	-0.16
6A Unruly	-0.30	0.37	-0.47	0.30	0.12	0.06	0.25	0.12	-0.03	0.19	0.26
6B Forceful	-0.25	0.19	-0.37	0.14	0.16	-0.07	0.24	0.10	0.00	0.10	0.14
7 Conforming	0.40	-0.43	0.50	-0.49	-0.61	-0.38	-0.59	-0.44	-0.32	-0.48	-0.33
8A Oppositional	-0.57	0.22	-0.57	0.34	0.56	0.19	0.54	0.62	0.34	0.37	0.23

8B Self-Demeaning	-0.44	0.43	-0.60	0.18	0.79	0.21	0.62	0.64	0.63	0.49	0.29
9 Borderline Tendency	-0.41	0.36	-0.68	0.33	0.79	0.41	0.51	0.73	0.76	0.57	0.53
A Identity Diffusion	-0.41	0.35	-0.62	0.25	0.84	0.32	0.53	0.59	0.70	0.52	0.47
B Self-Devaluation	-0.42	0.31	-0.67	0.26	0.82	0.34	0.52	0.69	0.74	0.53	0.47
C Body Disapproval	-0.24	-0.04	-0.62	0.13	0.59	0.13	0.15	0.38	0.49	0.18	0.48
D Sexual Discomfort	0.62	0.07	0.15	-0.06	-0.05	-0.12	-0.41	-0.41	-0.17	-0.30	-0.07
E Peer Insecurity	-0.23	0.24	-0.19	0.01	0.53	0.06	0.58	0.50	0.34	0.34	-0.03
F Social Insensitivity	0.03	-0.14	0.22	-0.19	-0.42	-0.40	-0.24	-0.33	-0.58	-0.38	-0.29
G Family Discord	-0.40	0.17	-0.78	0.35	0.45	0.24	0.30	0.27	0.32	0.25	0.45
H Childhood Abuse	-0.35	0.44	-0.63	0.39	0.83	0.39	0.63	0.60	0.60	0.56	0.41
AA Eating Dysfunctions	-0.22	0.08	-0.69	0.05	0.51	0.07	0.00	0.27	0.47	0.12	0.55
BB Substance-Abuse Proneness	-0.16	0.37	-0.61	0.38	0.35	0.22	0.12	0.17	0.13	0.21	0.42
CC Delinquent Predisposition	0.12	-0.16	0.27	-0.28	-0.39	-0.35	-0.26	-0.27	-0.51	-0.43	-0.37
DD Impulsive Propensity	-0.38	0.48	-0.63	0.25	0.19	0.10	0.11	0.02	0.07	0.10	0.23
EE Anxious Feelings	-0.24	0.24	-0.57	0.18	0.50	0.34	-0.04	0.38	0.63	0.32	0.66
FF Depressive Affect	-0.48	0.35	-0.57	0.36	0.84	0.47	0.66	0.67	0.84	0.71	0.52
GG Suicidal Tendency	-0.45	0.38	-0.66	0.38	0.77	0.29	0.59	0.63	0.54	0.45	0.32

	Machiavellianism	Narcissism	Psychopathy
1 Introversive	0.05	-0.35	0.22
2A Inhibited	0.12	-0.46	0.09
2B Doleful	0.29	-0.11	0.37
3 Submissive	0.08	-0.67	-0.58
4 Dramatizing	-0.13	0.42	-0.12
5 Egotistic	-0.28	0.65	0.19
6A Unruly	0.02	0.63	0.85
6B Forceful	0.46	0.59	0.88
7 Conforming	-0.05	-0.18	-0.55
8A Oppositional	0.39	-0.07	0.38
8B Self-Demeaning	0.28	-0.35	0.28
9 Borderline Tendency	0.34	-0.25	0.15
A Identity Diffusion	0.37	-0.26	0.22
B Self-Devaluation	0.33	-0.45	0.08
C Body Disapproval	0.51	-0.31	0.20
D Sexual Discomfort	-0.03	-0.30	-0.28
E Peer Insecurity	-0.13	-0.48	0.06
F Social Insensitivity	0.15	0.53	0.37
G Family Discord	0.33	0.31	0.73
H Childhood Abuse	0.23	-0.27	0.31
AA Eating Dysfunctions	0.42	-0.23	0.20
BB Substance-Abuse Proneness	0.26	0.31	0.62

CC Delinquent Predisposition	0.09	0.38	0.10
DD Impulsive Propensity	0.20	0.57	0.63
EE Anxious Feelings	0.23	-0.31	-0.33
FF Depressive Affect	0.21	-0.41	0.01
GG Suicidal Tendency	0.24	-0.23	0.29

Додаток В

Таблиця кореляційних зв'язків студентів спеціальності Терапія та реабілітація

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Se	Ma
L	1.00	0.17	0.24	0.37	0.08	0.10	-0.12	-0.05	-0.03	-0.34	-0.24
F	0.17	1.00	-0.36	0.47	0.45	0.63	0.24	0.22	0.43	0.22	0.27
K	0.24	-0.36	1.00	-0.05	-0.50	-0.19	0.42	-0.29	0.18	0.02	-0.36
Hs	0.37	0.47	-0.05	1.00	0.48	0.82	0.40	0.39	0.49	0.32	0.04
D	0.08	0.45	-0.50	0.48	1.00	0.63	0.12	0.13	0.57	0.52	0.53
Hy	0.10	0.63	-0.19	0.82	0.63	1.00	0.46	0.37	0.64	0.51	0.12
Pd	-0.12	0.24	0.42	0.40	0.12	0.46	1.00	-0.04	0.63	0.41	0.05
Pa	-0.05	0.22	-0.29	0.39	0.13	0.37	-0.04	1.00	0.10	0.19	-0.16
Pt	-0.03	0.43	0.18	0.49	0.57	0.64	0.63	0.10	1.00	0.78	0.48
Se	-0.34	0.22	0.02	0.32	0.52	0.51	0.41	0.19	0.78	1.00	0.55
Ma	-0.24	0.27	-0.36	0.04	0.53	0.12	0.05	-0.16	0.48	0.55	1.00

	Machiavellianism	Narcissism	Psychopathy
Machiavellianism	1.00	0.79	0.51
Narcissism	0.79	1.00	0.72
Psychopathy	0.51	0.72	1.00

	Machiavellianism	Narcissism	Psychopathy
L	-0.21	-0.17	-0.33
F	0.08	0.12	0.22
K	-0.42	-0.05	-0.39
Hs	0.24	0.21	0.14
D	0.39	-0.28	0.12
Hy	0.23	0.01	-0.11
Pd	0.18	0.03	0.25
Pa	0.33	-0.14	-0.05
Pt	0.39	-0.22	-0.13
Se	0.19	0.03	0.05
Ma	0.18	0.10	0.11

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Se	Ma
1 Introversive	0.17	0.33	0.24	0.46	0.58	0.43	0.00	0.62	0.44	0.46	0.13
2A Inhibited	0.45	0.52	0.02	0.68	0.59	0.50	0.33	0.28	0.52	0.36	0.16
2B Doleful	0.27	0.64	0.07	0.72	0.49	0.69	0.60	0.22	0.47	0.30	0.15
3 Submissive	0.37	0.31	0.22	0.27	0.37	0.15	0.13	0.39	0.23	0.13	0.03
4 Dramatizing	0.51	0.26	0.14	0.56	0.48	0.32	0.28	0.22	0.36	0.31	0.10
5 Egotistic	0.36	0.36	0.17	0.38	0.48	0.34	0.23	0.15	0.55	0.52	0.10
6A Unruly	0.61	0.08	0.37	0.22	0.18	0.21	0.00	0.14	0.21	0.15	0.32
6B Forceful	0.36	0.08	0.10	0.19	0.32	0.11	0.00	0.12	0.12	0.04	0.31
7 Conforming	0.62	0.06	0.10	0.13	0.05	0.09	0.26	0.00	0.44	0.38	0.53
8A Oppositional	-	0.59	-	0.48	0.35	0.47	0.46	0.23	0.46	0.21	0.28

	0.07		0.17								
8B Self-Demeaning	0.15	0.62	-0.08	0.48	0.47	0.40	0.54	0.16	0.59	0.27	0.43
9 Borderline Tendency	0.15	0.44	0.12	0.12	0.16	0.08	0.21	0.05	0.54	0.29	0.55
A Identity Diffusion	0.12	0.43	-0.02	0.60	0.46	0.54	0.45	0.32	0.73	0.63	0.45
B Self-Devaluation	0.44	0.47	0.01	0.60	0.45	0.36	0.44	0.15	0.50	0.22	0.27
C Body Disapproval	0.11	0.00	0.08	0.37	0.28	0.10	0.30	0.28	0.35	0.21	0.25
D Sexual Discomfort	0.31	-0.16	0.23	-0.27	-0.16	-0.47	-0.31	-0.24	-0.31	-0.44	-0.29
E Peer Insecurity	0.30	0.23	-0.17	0.53	0.51	0.44	0.07	0.01	0.04	0.15	-0.18
F Social Insensitivity	-0.47	-0.34	-0.08	-0.33	-0.50	-0.22	-0.11	-0.08	-0.34	-0.18	0.02
G Family Discord	-0.43	0.00	-0.02	-0.06	-0.03	-0.02	0.30	-0.34	0.26	0.06	0.52
H Childhood Abuse	-0.02	0.42	-0.52	0.32	0.30	0.26	-0.17	0.34	-0.24	-0.24	-0.07
AA Eating Dysfunctions	0.21	0.19	-0.01	0.60	0.56	0.35	0.38	0.29	0.54	0.40	0.38
BB Substance-Abuse Proneness	-0.36	0.03	-0.25	-0.01	-0.16	-0.04	-0.11	0.11	-0.05	-0.23	0.13
CC Delinquent Predisposition	-0.49	-0.22	-0.16	-0.26	-0.42	-0.09	-0.05	-0.12	-0.37	-0.29	-0.13
DD Impulsive Propensity	-0.25	-0.15	0.05	-0.49	-0.58	-0.50	-0.26	-0.18	-0.22	-0.35	0.18
EE Anxious Feelings	0.61	0.50	0.05	0.41	0.33	0.26	0.26	0.04	0.33	0.10	0.05
FF Depressive Affect	0.28	0.49	-0.12	0.37	0.40	0.23	0.41	0.25	0.38	0.12	0.24
GG Suicidal Tendency	0.10	0.67	-0.08	0.60	0.46	0.56	0.57	0.19	0.45	0.28	0.23

	Machiavellianism	Narcissism	Psychopathy
1 Introversive	-0.33	-0.40	-0.16
2A Inhibited	-0.28	-0.30	-0.42
2B Doleful	-0.15	0.06	-0.05
3 Submissive	-0.24	-0.33	-0.14
4 Dramatizing	0.33	0.39	0.50
5 Egotistic	0.34	0.39	0.40
6A Unruly	0.76	0.72	0.61
6B Forceful	0.44	0.61	0.47
7 Conforming	-0.40	-0.57	-0.47
8A Oppositional	0.34	0.56	0.26
8B Self-Demeaning	0.17	0.33	0.02
9 Borderline Tendency	-0.14	-0.04	-0.31
A Identity Diffusion	-0.06	0.08	0.03
B Self-Devaluation	-0.04	-0.07	-0.25
C Body Disapproval	-0.03	-0.15	-0.28
D Sexual Discomfort	-0.33	-0.64	-0.80
E Peer Insecurity	0.15	-0.05	-0.03
F Social Insensitivity	0.38	0.56	0.59
G Family Discord	0.64	0.75	0.34
H Childhood Abuse	0.12	0.05	0.00
AA Eating Dysfunctions	0.10	0.07	-0.13
BB Substance-Abuse Proneness	0.52	0.49	0.39
CC Delinquent Predisposition	0.46	0.64	0.67
DD Impulsive Propensity	0.22	0.27	0.07
EE Anxious Feelings	-0.23	-0.24	-0.32

FF Depressive Affect	-0.11	-0.08	-0.13
GG Suicidal Tendency	-0.06	0.10	-0.13