

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук
(повне найменування факультету)

Психологія
(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проєкту (роботи)

бакалавр
(ступінь вищої освіти)

на тему Взаємозв'язок нейротизму і схильності до залежностей у цивільного
населення
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 4 курсу,
групи Снз-113 2

Спеціальності С4 Психологія
(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)

Психологія

РЕПКО М.М.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник БОРОДУЛЬКІНА Т.О.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент РАКИТЯНСЬКА К.В.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет _____ соціальних наук _____

Кафедра _____ «Психологія» _____

Ступінь вищої освіти _____ бакалавр _____

Спеціальність _____ С4 Психологія _____
(код і найменування)

Освітня програма (спеціалізація) _____ Психологія _____
(назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« 09 » _____ березня _____ 2026 року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

РЕПКО Михайло Миколайович
(ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Взаємозв'язок нейротизму і схильності до залежностей у цивільного населення.

керівник проєкту (роботи) кандидат психологічних наук, доцент БОРОДУЛЬКІНА Тетяна Олександрівна,
(науковий ступінь, вчене звання, ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від «09» березня 2026 року № 69

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 05 червня 2026 року

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 77 сторінок, 45 джерел, 18 рисунків, 6 таблиць, 3 додатка.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: розкрито психологічний зміст понять нейротизм, залежність, адиктивна поведінка; проведено емпіричне дослідження; зроблено аналіз результатів дослідження; розроблені рекомендації для людей з підвищеним нейротизмом для профілактики залежностей.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) рис. 2.1. Розподіл респондентів за статтю; рис. 2.2. Кількісний розподіл респондентів за віком; таблиця 2.1 Статистика рівня нейротизму серед респондентів; рис. 2.3. Кількісний розподіл респондентів за рівнем нейротизму; таблиця 2.2 Описова статистика за шкалою нейротизму серед респондентів; таблиця 2.3 Описова статистика за шкалою Інтроверсія-Екстраверсія серед

респондентів; таблиця 2.4 Статистика рівня схильності до залежностей респондентів; рис. 2.4. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до алкогольної залежності; рис. 2.5. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до телевізійно залежності; рис. 2.6. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до любовної залежності; рис. 2.7. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до ігрової залежності; рис. 2.8. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до залежності від міжстатевих відносини; рис. 2.9. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до харчової залежності; рис. 2.10. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до релігійної залежності; рис. 2.11. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до трудової залежності; рис. 2.12. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до залежності від медикаментів; рис. 2.13. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до комп'ютерної залежності; рис. 2.14. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до тютюнової залежності; рис. 2.15. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до здорового способу життя; рис. 2.16. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до наркотичної залежності; рис. 2.17. Кількісний розподіл серед респондентів за загальним рівнем схильності до залежностей; таблиця 2.5 Описова статистика за схильностей до залежностей респондентів; таблиця 2.6 Результати кореляційного аналізу між рівнем нейротизму та схильностями до залежностей респондентів; рис. 2.18. Графічне зображення рівня нейротизму та загального рівня схильності до залежностей у респондентів.

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	БОРОДУЛЬКІНА Т.О. доцент	03.03.2026	12.04.2026
2	БОРОДУЛЬКІНА Т.О. доцент	13.04.2026	10.05.2026
3	БОРОДУЛЬКІНА Т.О. доцент	11.05.2026	28.05.2026
Нормок-ь	Стадник А.Г., доцент	29.05.2026	02.06.2026

7. Дата видачі завдання «25» лютого 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Попереднє узгодження теми дипломного проєкту (роботи) з керівником	25.02.2026	
2	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел	02.03.2026	

	за темою дипломного проєкту (роботи)		
3	Затвердження теми	09.03.2026	
4	Затвердження завдання на дипломний проєкт (роботу)	10.03.2026	
5	Складання змісту	13.03.2026	
6	Виконання першого розділу	13.04.2026	
7	Виконання другого розділу	08.05.2026	
8	Виконання третього розділу	20.05.2026	
9	Формування висновків	22.05.2026	
10	Перевірка роботи керівником	23.05.2026	
11	Оформлення дипломного проєкту (роботи)	25.05.2026	
12	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	28.05.2026	
13	Попередній захист дипломного проєкту(роботи)	29.05.2026	
14	Подання роботи на кафедру	01.06.2026	
15	Одержання відгуку та рецензії	02.06.2026	
16	Захист дипломної роботи	11.06.2026	

Студент(ка)

(підпис)

Михайло РЕПКО

(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Тетяна БОРОДУЛЬКІНА

(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота бакалавра: 77 сторінок, 45 джерел, 18 рисунків, 6 таблиць, 3 додатка.

Об'єкт дослідження: особистісні риси та поведінкові ризики цивільного населення, пов'язані з формуванням схильності до залежностей.

Предмет дослідження: взаємозв'язок нейротизму і схильності до залежностей у цивільного населення.

Мета дослідження: на основі проведеного дослідження взаємозв'язку нейротизму і схильності до залежностей серед цивільного населення розробити практичні рекомендації щодо профілактики залежностей.

Методи дослідження:

1. Теоретичні (аналіз наукової психологічної літератури щодо теми дослідження, узагальнення наукових підходів).

2. Емпіричні (опитування, анкетування, психодіагностичні методики: опитувальних особистісних рис Г. Айзенка (EPQ); «Методика визначення схильностей до залежностей Г.В. Лозової»).

3. Статистичні (частотний аналіз, метод рангової кореляції Спірмена).

Дослідження проводилося серед цивільного населення м. Запоріжжя. У дослідженні взяло участь 40 людей, віком 18–78 років. Серед них: 8 представників чоловічої та 32 жіночої статі.

НЕЙРОТИЗМ, ЗАЛЕЖНІСТЬ, АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА, ЦИВІЛЬНЕ НАСЕЛЕННЯ, ОСОБИСТІСНІ РИСИ, ЗАГАЛЬНА СХИЛЬНІСТЬ ДО ЗАЛЕЖНОСТЕЙ, СТРЕС, КРИЗА

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ І ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ НЕЙРОТИЗМУ ТА СХИЛЬНОСТІ ДО ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ.....	11
1.1. Нейротизм як психологічна характеристика особистості.....	11
1.2. Схильність до залежностей як психологічна проблема.....	19
1.3. Особливості прояву адиктивних тенденцій у цивільного населення.....	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ НЕЙРОТИЗМУ І СХИЛЬНОСТІ ДО ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ.....	34
2.1. Організація та методи дослідження рівня нейротизму та рівня схильностей до залежностей.....	34
2.2. Результати емпіричного дослідження особистісних рис за опитувальником Г. Айзенка (EPQ).....	39
2.3. Результати емпіричного дослідження схильностей до залежностей за методикою Г. В. Лозової.....	41
2.4. Кореляційний аналіз зв'язку між особистісними рисами та схильностями до залежностей.....	51
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ.....	55
3.1. Методи зниження ризику формування адиктивної поведінки.....	55
3.2. Розвиток емоційної саморегуляції для осіб із підвищеним нейротизмом...57	
3.3. Рекомендації щодо самоконтролю для осіб із підвищеним нейротизмом...59	
ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66
ДОДАТКИ.....	70

ВСТУП

У сучасному суспільстві рівень стресогенності постійно зростає. Глобальні кризи, соціальна нестабільність та інформаційне перевантаження призводять до того, що значна частина населення перебуває у стані хронічного психологічного напруження. Залежність (адикція) у такому контексті часто виступає як пасивний копінг-механізм – спроба людини самостійно «відрегулювати» свій внутрішній стан, втекти від тривоги чи депресивних думок. До того ж постійно з'являються нові види залежностей. З'являються нові види високоефективних речовин як (фентаніл), а алгоритми роботи соціальних мереж стали настільки досконалі, що відсутність інтернету на пристрої викликає паніку.

Нейротизм це фундаментальна риса особистості, що характеризується емоційною нестабільністю, тривожністю, низькою самооцінкою та схильністю до негативних емоційних реакцій. Люди з високим нейротизмом гостріше реагують на зовнішні подразники. Їхня нервова система довше повертається до стану спокою після стресу. Саме цей «емоційний дискомфорт» стає родючим ґрунтом для пошуку зовнішніх стимуляторів (алкоголь, наркотики та ін.) або поведінкових патернів (ігроманія, переїдання), які дають тимчасове полегшення.

Актуальність дослідження підкріплюється гіпотезою самолікування. Згідно з нею, вибір конкретної залежності не є випадковим. Особи з високим нейротизмом часто обирають адикції, що мають седативний або анксіолітичний (протитривожний) ефект. Дослідження цього зв'язку дозволяє зрозуміти, чому одні люди можуть вживати психоактивні речовини епізодично без формування залежності, а інші миттєво формують залежність через специфіку своєї емоційної сфери.

Якщо раніше фокус уваги був лише на хімічних залежностях, то сьогодні нейротизм активно вивчається у зв'язку з нехімічними адикціями такими як

інтернет-залежність та соцмережі (для нейротичних осіб віртуальний світ є безпечнішим місцем для самовираження, ніж реальний), шопоголізм та компульсивне переїдання як швидкі способи отримання дофаміну для компенсації фонові тривоги.

Вивчення цього взаємозв'язку має велике значення для практичної психології. Традиційні методи боротьби із залежністю часто зазнають краху, бо вони борються із симптомом (вживанням), а не з причиною (високим рівнем нейротизму та нездатністю регулювати емоції).

Розуміння того, що в основі адикції лежить стійка риса особистості, може дозволити створювати індивідуалізовані програми профілактики, спрямовані на розвиток емоційного інтелекту та стресостійкості.

Об'єкт дослідження – особистісні риси та поведінкові ризики цивільного населення, пов'язані з формуванням схильності до залежностей.

Предмет дослідження – взаємозв'язок нейротизму і схильності до залежностей у цивільного населення.

Мета дослідження – на основі проведеного дослідження взаємозв'язку нейротизму і схильності до залежностей серед цивільного населення розробити практичні рекомендації щодо профілактики залежностей.

Завдання дослідження:

1. На основі теоретичного аналізу описати особливості і взаємозв'язок нейротизму та схильності до залежностей у цивільного населення
2. На основі емпіричного дослідження описати особливості нейротизму та схильності до залежностей у представників цивільного населення
3. Описати характер взаємозв'язку між нейротизмом і схильністю до залежностей у представників цивільного населення.
4. Сформулювати практичні рекомендації щодо профілактики адиктивної поведінки.

Гіпотеза – існує прямий статистично значущий зв'язок між рівнем нейротизму особистості та її схильністю до формування залежної поведінки, при

зростанні рівня нейротизму (емоційної нестабільності) зростає і ймовірність використання людиною адиктивних типів поведінки.

В якості теоретичних методів використовувались аналіз наукової бази як опрацювання наукових праць Г. Айзенка, Р. МакКрея та П. Кости (п'ятифакторна модель), праць з адиктології та зіставлення різних поглядів на природу нейротизму та механізми формування залежностей.

В якості емпіричних методів (Психодіагностичний інструментарій) для перевірки гіпотези про взаємозв'язок вимірювалися рівень нейротизму та схильність до адикцій.

Для діагностики нейротизму було використано Опитувальник Г. Айзенка (EPQ): який є класичним інструментом для визначення рівня нейротизму та екстраверсії. Для діагностики схильності до залежностей були використані:

Для діагностики залежностей було використано методику діагностики схильності до 13 видів залежностей (Г. В. Лозова) дозволяє побачити, до яких саме адикцій (комп'ютерні, харчові, алкогольні, тютюнові), а також має шкалу загальної схильності до залежностей.

Для обробки результатів були використані методи математичної статистики (кореляційний аналіз за методом Пірсона та Спірмена) з використанням пакету програм Libre Calc.

Вибірка складалася з представників цивільного населення України різних вікових та соціальних груп міста Запоріжжя. У дослідженні взяли участь 40 осіб. Віковий діапазон склав від 16 до 78 років. Гендерний склад: 32 жінки та 8 чоловіків. За соціальним статусом у дослідженні взяли участь працюючі особи, студенти, а також особи, які тимчасово не працюють. Вибірка формувалася за принципом добровільності участі.

Емпіричне дослідження проводилося протягом квітня – травня 2026. Збір даних здійснювався у два способи: офлайн-діагностика: індивідуальне тестування з використанням паперових бланків; онлайн-діагностика:

використання платформи Google Forms. Критерії включення у вибірку: вік від 16 до 80 років, добровільна згода на участь у дослідженні та анонімність даних.

Практична значущість проведеного дослідження полягає у тому що результати дослідження можуть використовуватися у розробці програм профілактики залежностей та при викладанні дисциплін: психологія особистості, психологія девіантної поведінки та ін.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ І ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ НЕЙРОТИЗМУ ТА СХИЛЬНОСТІ ДО ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ

1.1. Нейротизм як психологічна характеристика особистості

Нейротизм описує емоційну стійкість чи нестійкість. Емоційна стійкість це характеристика, що описує збереження організованої поведінки та ситуативної цілеспрямованості у традиційних і стресових ситуаціях. Вона характеризується зрілістю, відмінною адаптацією, відсутністю великої напруженості, занепокоєння, а також комунікабельністю. Нейротизм виражається у підвищеній нервовості, непостійності, поганій адаптації, схильності до швидких змін настрою (лабільності), почутті провини, занепокоєння, стурбованості, депресивних реакціях, неувважності, низькій стійкості у стресових ситуаціях. Нейротизму характерна: емоційність, імпульсивність, нерівність у контактах з людьми, мінливість інтересів, невпевненість у собі, виражена чутливість, вразливість, схильність до дратівливості. В той же час емоційна стабільність це врівноваженість, спокій, стійкість до стресогенних чинників, здатність швидко відновлюватися після невдач. У особистостей з високим нейротизмом спостерігаються завищено сильні реакції по відношенню до стимулів, що їх викликають. У несприятливих стресових ситуаціях у осіб із високими показниками нейротизму може розвинутися невроз.

Люди з високим рівнем нейротизму мають надзвичайно чутливу вегетативну нервову систему. Вони швидше й інтенсивніше реагують на зовнішні подразники і їхній стан збудження зберігається значно довше, ніж у емоційно стабільних осіб. Це пояснює схильність до швидкої зміни настрою та підвищеної вразливості.

Проявляється нейротизм через комплекс симптомів серед яких ключовими є неспокій, низька самооцінка, схильність до депресивних станів та почуття провини. Особи з високим нейротизмом часто переживають ірраціональні страхи та мають труднощі з поверненням до рівноваги після емоційних потрясінь. Нейротизм не є синонімом невроту. Нейротизм це лише схильність до інтенсивних емоційних переживань, яка за певних несприятливих умов середовища може перерости до невротичних розладів.

Якщо поглянути з боку соціальної адаптації високий нейротизм часто корелює з використанням неконструктивних стратегій подолання стресу так званих стратегій копінгу. Індивіди з високим невротизмом частіше фокусуються на власних емоціях, а не на розв'язанні проблеми, що може призводити до соціальної ізоляції або конфліктів, та депресивних станів. Водночас Г. Айзенк відмічав, що помірний рівень нейротизму може бути корисним у діяльності, яка потребує високої пильності та відповідальності, так як певний рівень тривоги стимулює людину до ретельнішої підготовки та схильності уникання помилок.

Двофакторна модель Г. Айзенка, яку ще називають ієрархічною моделлю особистості скоротила безліч людських рис до двох фундаментальних незалежних вимірів: Екстраверсії (E) та Нейротизму (N).

Г. Айзенк стверджував, що більшість індивідуальних відмінностей можна описати за допомогою цих двох ортогональних (незалежних) осей (рівень екстраверсії людини ніяк не впливає на її рівень нейротизму) [27].

Конструкт Екстраверсії (Extraversion – Introversion) базується на роботі висхідній ретикулярній активуючій системі – ВРАС, англійською це звучить як ascending reticular activating system – ARAS. Один полюс (Екстраверсія): комунікабельність, імпульсивність, оптимізм, потреба в нових враженнях. Інший полюс (Інтроверсія): стриманість, схильність до планування, серйозність, любов до порядку.

Конструкт Нейротизму (Neuroticism – Stability) відображає емоційну стійкість індивіда. Г. Айзенк пов'язував це з порогом збудливості вісцерального

мозку (лімбічної системи та гіпоталамуса), що керує вегетативною нервовою системою [24].

Поєднання цих шкал екстраверсії та нейротизму дозволяє класифікувати людей за чотирма класичними типами темпераменту [25]:

- 1) Холерик це екстравертований нейротик. Людина, яка бурхливо реагує на зауваження, легко вступає в конфлікти, але при цьому дуже активна та ініціативна в компанії.
- 2) Сангвінік це стабільний екстраверт. Душа компанії, лідер, який зберігає холодну голову в критичних ситуаціях. Його важко вибити з колії, він завжди відкритий до спілкування.
- 3) Меланхолік це нейротичний інтроверт. Людина, яка схильна до глибоких роздумів, часто тривожиться через дрібниці, віддає перевагу самотності та дуже болісно сприймає критику.
- 4) Флегматик це стабільний інтроверт. Надійна, спокійна людина, яка працює повільно, але якісно. Малоемоційна, не потребує великої кількості контактів, але демонструє залізну витримку.

Сучасні дослідники такі як П. Коста та Р. Маккрей, включили нейротизм як ключовий фактор до своєї п'ятифакторної моделі [21]. Але сучасна наука розглядає цей фактор як складну структуру яка складається з підграней (нейротизм включає в себе гнів, депресію та сором'язливість як окремі складові).

Ця П'ятифакторна модель особистості (Five-Factor Model, FFM) або «Велика п'ятірка» (Big Five), на сьогодні є дуже популярною у психології вона описує людей через інтенсивність прояву п'яти незалежних рис.

П. Коста і Р. Маккрей виділили наступних п'ять доменів особистості (легко запам'ятовувати використовують англомовний акронім OCEAN):

1) О (Openness to experience) Українською відкритість до досвіду: інтелектуальна допитливість, креативність, потяг до мистецтва та інновацій.

2) С (Conscientiousness) Українською сумлінність: організованість, відповідальність, самодисципліна та прагнення до досягнень.

3) E (Extraversion) Екстраверсія: товариськість, активність та позитивний емоційний настрій.

4) A (Agreeableness) Українською доброзичливість: здатність до компромісу, довіра, альтруїзм та щирість.

5) N (Neuroticism) Нейротизм: схильність до негативних емоцій, тривожність та емоційна нестабільність.

Високий рівень нейротизму не є патологією сам по собі, проте він може виступати предиктором розвитку різноманітних психічних та фізичних розладів. П. Коста і Р. Маккрей розрізняють основні тенденції (риси, що мають біологічну природу) та характерні адаптації (звички, цінності, установки, що формуються культурою). На їхню думку екстраверсія та нейротизм є вродженими структурами які залишаються стабільними після 30 років. Дослідження, проведені у понад 50 країнах, підтвердили, що ця п'ятифакторна структура простежується в усіх культурах, що вказує на її біологічну основу [21].

Згідно з генетичними дослідженнями нейротизм має значну спадкову компоненту, приблизно 40–50%. Біологічне підґрунтя цієї риси пов'язують із чутливістю лімбічної системи, зокрема амігдали, до зовнішніх подразників. Особи з високим нейротизмом мають нижчий поріг активації симпатичної нервової системи, що в свою чергу зумовлює швидшу та інтенсивнішу реакцію "бий або біжи" [25]. Як наслідок навіть незначні стимули сприймаються як потенційна загроза. Сучасна нейронаука продовжує вивчати зв'язок між цією рисою та рівнем нейромедіаторів таких як серотонін та норадреналін.

Однією з граней нейротизму є тривожність. Вона проявляється як постійне відчуття небезпеки або напруги. На відміну від страху який є реакцією на конкретну загрозу, тривожність при нейротизмі має дифузний характер і стосується майбутніх подій. Люди з високими показниками нейротизму схильні до румінацій (нав'язливих роздумів про можливі невдачі чи проблеми) [20]. Ці румінації створюють постійний когнітивний шум, який заважає ефективній

концентрації на поточних завданнях. Така превентивна занепокоєність виснажує психічні ресурси індивіда заздалегідь ще до початку реальної активності.

Емоційна лабільність (нестійкість) відображає частоту та амплітуду коливань настрою. Індивіди з вираженим нейротизмом можуть швидко переходити від стану відносного спокою до глибокого суму, роздратування або відчаю (зі сторони це може виглядати як розгін від спокійного до нервового за пів секунди). І такі стани можуть виглядати неадекватними щодо сили стимулу, який їх викликав і це призводить до ускладнення соціальної адаптації [43]. Оточуючи можуть сприймати таку поведінку як непередбачувану або надмірно драматичну (неадекватну). Але з позиції самої людини ці емоції є абсолютно реальними та важкокерованими через особливості нейрофізіологічної регуляції.

Імпульсивність у структурі нейротизму пов'язана з нездатністю контролювати потяги під тиском негативних емоцій. Це відрізняється від антисоціальної імпульсивності, оскільки в основі лежить спроба зменшити внутрішню напругу через термінову дію [44]. Людина з метою миттєво полегшити біль може вдатися до емоційного переїдання, необдуманих покупок або різких висловлювань. У перспективі така поведінка лише посилює почуття провини та тривоги через не змогу хоч якось контролювати свої імпульси. Таким чином людина попадає в порочне коло негативних емоцій, створюючи стійкий патерн дезадаптивної поведінки.

Вразливість як ще один компонент нейротизму описує неспроможність особистості справлятися зі стресом у критичних ситуаціях. Вразливим людям легко впасти у паніку, вони відчувають себе безпорадними та втрачають здатність до раціонального планування [22]. Вони схильні оцінювати власні ресурси як недостатні, а зовнішні перешкоди як нездоланні. Це все призводить до вибору копінг-стратегій уникнення замість активного вирішення проблем. І резильєнтність (психологічна стійкість) у таких осіб зазвичай значно нижча за середні показники.

Депресивність у контексті нейротизму не завжди означає клінічний діагноз, а більше схильність до переживання суму, самотності та провини. Депресивні особистості гостро відчувають власну недосконалість і схильні до самокритики навіть за відсутності реальних на то причин [42]. Вони фокусуються на негативних аспектах свого минулого та знецінюють власні досягнення. Цей негативний емоційний фон створює ніби «песимістичні окуляри» через яку сприймається вся навколишня дійсність (така собі суб'єктивність сприйняття з песимістичним фільтром). Тривале перебування в такому стані не може бути корисним та може стати підґрунтям для розвитку серйозних афективних розладів.

Зрозуміло, що нейротизм також впливає на якість міжособистісних стосунків через підвищену чутливість до критики та відторгнення, незначний зворотній зв'язок може сприйматися як грандіозна критика. Висока підозрілість та потреба в постійному підтвердженні власної значущості можуть виснажувати як партнерів так і друзів [43]. Як наслідок конфлікти в стосунках в які попадають люди з високим невротизмом виникають частіше і протікають більш болісно через схильність до гіперболізації образ. Водночас високу емоційність супроводжує глибока емпатія яка може сприяти створенню міцних зв'язків за умови належної саморегуляції.

У професійній сфері нейротизм може впливати і позитивно і негативно, залежно від специфіки роботи та рівня самоконтролю. З одного боку надмірна тривожність заважає прийняттю рішень у стресових умовах і може призводити до швидкого вигорання. З іншого боку "здоровий" рівень занепокоєності може стимулювати до більш ретельної перевірки результатів та уникнення ризиків [13]. Вибір середовища з низьким рівнем непередбачуваності та високим ступенем підтримки позитивно впливає на людей з високим невротизмом. Також робота з психотерапевтом над когнітивними установками може допомогти знизити деструктивний вплив цієї риси на кар'єру.

Фрустрація це стан що виникає при неможливості досягнення мети у найкоротший спосіб, він має виражений деструктивний характер. Людина з високим нейротизмом занурюється у стан афективної напруги або апатії замість гнучкої зміни стратегії поведінки. С. Максименко зауважує, що емоційна нестабільність блокує здатність до конструктивного копіngu, змушуючи особистість повертатися до регресивних форм захисту [9]. Фрустрація перетворює тимчасову перешкоду на особисту поразку яка підриває і без того хитку самооцінку. Ще більше ускладнює соціальну адаптацію гнів, спрямований на себе або оточуючих.

Самозвинувачення ще один специфічний прояв нейротизму під час стресу. Особистість з високим нейротизмом схильна шукати причину невдач виключно у власних вадах у випадках коли зовнішні обставини стають несприятливими, О. Кернберг вказує на те, що низька толерантність до фрустрації у таких осіб часто супроводжується інтенсивним почуттям сорому [4]. Підсилює дію стресогенних факторів і почуття сорому що паралізує волю до змін і змушує людину уникати будь-яких ситуацій де є ризик оцінювання і замість того щоб шукати підтримки індивід ізолюється. Соціальна дезадаптація стає наслідком не самих подій, а способу їх емоційного опрацювання.

Емоційна вразливість ще одна грань нейротизму яка відображає схильність індивіда відчувати безпорадність або паніку перед обличчям стресових ситуацій. У моделі «Великої п'ятірки» ця риса визначає поріг за яким людина втрачає здатність до ефективного копіngu та емоційної саморегуляції. Підсилює загальний рівень тривожності той факт, що особи з високим показником вразливості частіше сприймають нейтральні події як загрозливі [41]. Ускладнює раціональне опанування емоцій і біологія, у вигляді гіперчутливості амігдали та зниженої активності префронтальної кори. Такий специфічний механізм обробки інформації робить людину вразливою до депресивних розладів [22]. Взаємозв'язок між емоційною вразливістю та нейротизмом створює підґрунтя для розвитку дезадаптивних стратегій поведінки, таких як уникнення або

надмірна залежність від оточення. Високий рівень вразливості призводить до труднощів в міжособистісних стосунках через постійний страх відторгнення. У професійній діяльності ця грань проявляється як швидке вигорання та низька толерантність до конструктивної критики. Таки інструменти як розвиток усвідомленості та навичок стресостійкості у сучасній когнітивно-поведінкова терапія допомагають зі зниження інтенсивності переживань [13].

Індивіди із високим рівнем нейротизму переважно використовують емоційно-орієнтовані стратегії подолання стресу, це пояснюється їхньою підвищеною реактивністю на негативні стимули. Такі індивіди фокусуються на регуляції власного внутрішнього дискомфорту вдаючись до самозвинувачення, румінацій або надмірної фіксації на переживаннях замість активного розв'язання проблем. Згідно з сучасними дослідженнями нейротизм тісно пов'язаний із катастрофізацією подій яка підсилює суб'єктивне відчуття безпорадності та блокує конструктивні дії [18]. Як наслідок навіть нейтральні ситуації сприймаються як загрози і це швидко виснажує адаптаційні ресурси. Через інтенсивне переживання тривоги яке і так заважає раціональному плануванню та послідовному виходу з кризи все це призводить до пасивності у діях таких індивідів. Як наслідок, вони обирають методи копіngu переважно дезадаптивного характеру і зафіксують стресовий стан. Як бачимо, емоційна нестабільність стає головною перепорою на шляху до формування стійкої моделі поведінки в складних обставинах.

Також, індивіди з високим нейротизмом схильні до уникливого копіngu. Це можна спостерігати у формі соціальної самоізоляції або ментальної втечі від реальності. Такі люди схильні ігнорувати проблему до критичного моменту, і це накопичує стресори та прискорює психоемоційне вигорання. Висока чутливість до соціального оцінювання теж не додає переваг, це призводить до того що такі люди звертаються за підтримкою побоюючись демонстрації власної вразливості перед оточенням. Дефіцит навичок когнітивного переоцінювання заважає нейротичним індивідам бачити в складних ситуаціях реальні можливості для

особистісного розвитку. На жаль використання пасивних стратегій подолання (заперечення або дистанціювання) призводить до погіршення загальної якості життя та ризику виникнення психосоматичних розладів.

Нейротизм значно впливає на соціальну підтримку в стресових умовах. Індивіди з високим невротизмом через свою тривожність і дратівливість можуть відштовхувати людей, які готові їм допомогти. Г. Лозова вказує, що страх відторгнення змушує таких індивідів поводитися суперечливо: одночасно і потребувати допомоги і боятися отримати її [8]. В результаті вони залишаються наодинці зі своєю фрустрацією, і це призводить лише до поглиблення депресивних тенденцій. Взаємодія з іншими для них з можливості підтримки перетворюється на додаткове джерело фрустрації.

І нарешті, нейротизм впливає на динаміку постстресової реабілітації. Емоційно стабільна людина сприймає подолання стресу як досвід який загартовує (резильєнтність), нейротична же особистість виходить зі стресу з підвищеним рівнем тривоги. На думку С. Максименко, кожен новий випадок фрустрації знижує впевненість нейротичної особи у власних силах [9]. Це такий собі механізм створення навченої безпорадності, коли індивід заздалегідь відмовляється від боротьби через невдалі попередні спроби.

Отже, індивідам з високим нейротизмом властиві такі прояви як емоційна вразливість, імпульсивність, тривожність, самозвинувачення, що може створити якісне підґрунтя для формовання залежностей.

1.2. Схильність до залежностей як психологічна проблема

Поняття залежності або адикції (з англійської addiction) сучасна наука розглядає як специфічну форму деструктивної поведінки, якій характерне прагнення до втечі від реальності. Втеча від реальності реалізується через штучну зміну психічного стану за допомогою нейробіологічного впливу певних речовин або постійної фіксації на певних видах діяльності. Активуючим

механізмом тут виступає не фізична потреба, а психологічна нездатність особистості протистояти внутрішнім та зовнішнім конфліктам. На думку С. Максименко, адиктивна поведінка виникає коли природні механізми психологічного захисту індивіда не справляються з підтримкою рівноваги [9]. Через легкодоступність залежність поступово заміщує здорові способи отримання задоволення, формуючи стійку патологічну систему пріоритетів у житті людини. В основі адикції лежить адиктивна установка яка являє собою сукупність когнітивних та емоційних упереджень щодо об'єкта залежності. Людина сприймає об'єкт адикції як єдиний надійний засіб порятунку від тривоги. Тривале перебування особистості в цьому стані призводить до соціальної деградації та соматичних порушень. Фіналом створення залежності є повна втрата самоконтролю та руйнація цілісності людського «Я».

В сучасній же психології та психіатрії адиктивна поведінка розглядається як стійкий патерн дезадаптивної поведінки, який характеризується втратою контролю, компульсивністю та продовженням дій попри негативні наслідки для особистості [29].

Схильність до залежностей являє собою латентну готовність особистості до формування адиктивних патернів поведінки за певних несприятливих умов. Ця готовність виступає як сукупність психологічних рис знижуючих опірність індивіда до спокус. Нейротизм визначає рівень емоційної вразливості та тривожності людини, і таким чином він відіграє значну роль у рівні емоційної вразливості. На думку Г. Лозової схильність це потенційна дезадаптивність яка актуалізується в моменти життєвих криз або тривалого стресу [8]. Для осіб із такою схильністю характерна низька толерантність до фрустрації та постійний пошук зовнішньої підтримки для стабілізації настрою. На думку П. Коста та Р. МакКрей високі показники за шкалою нейротизму прямо корелюють із ризиком виникнення як хімічних, так і поведінкових залежностей [20]. Треба також зауважити, що схильність містить когнітивний компонент, такий як переконаність у власній неспроможності подолати труднощі без сторонньої допомоги.

Середовище може або стимулювати розвиток схильності, або нівелювати її через виховання вольових якостей.

Традиційно розрізняють хімічні залежності (алкоголізм, наркоманія, куріння) та нехімічні, або поведінкові адикції (ігроманія, залежність від інтернету, трудовогоголізм). На думку О. Кернберга вибір конкретного об'єкта залежності часто визначається глибиною розладу особистісної структури та її захисними механізмами [4]. У цивільного населення сьогодні спостерігається зсув у бік технологічних адикцій, які маскуються під нормальну життєдіяльність (Багатьом комп'ютер або телефон необхідний для роботи). Але незалежно від форми, будь-яка залежність веде до звуження життєвого простору особистості та її самоізоляції. Кожний етап розвитку адикції супроводжується посиленням нейротичних проявів створюючи замкнене коло деградації.

Емоційна саморегуляція відіграє значну роль у переході від схильності до залежності. У людей з високим нейротизмом емоційний біль викликаний фрустрацією вимагає негайного усунення. В цей момент перший позитивний досвід використання адикції як способу полегшення цього болю закріплюється у пам'яті як ефективний копінг механізм. Поступово формується стан нав'язливого очікування моменту зміни свідомості, у випадках фрустраційного болю. З часом здатність до альтернативної поведінки атрофується і людина стає заручником свого емоційного стану. Через те, що психологічна залежність зав'язана в структурі особистості індивіда вона є набагато стійкішою.

Основні підходи до розуміння адиктивної поведінки

- Згідно з біопсихосоціальною моделлю залежність не просто шкідлива звичка, а складний феномен виникаючий внаслідок взаємодії генетичної схильності, порушень нейромедіаторного обміну (зокрема дофамінової системи) та психосоціальних впливів. Як зазначає Максимова [10], адиктивна поведінка є засобом адаптації індивіда до складних життєвих умов і речовина або певна активність стають інструментом регулювання емоційного стану.

- У психоаналітичній парадигмі адиктивна поведінка це зовнішній симптом глибоких внутрішньоособистісних конфліктів створених у ранньому дитячому досвіді. Залежність це спроба «самолікування» від несвідомої тривоги, депресії чи дефіциту его-структур, які не дають особистості адекватно врегулювати власні емоції [33]. Адикція розглядається як регресія до оральної стадії розвитку в якій об'єкт залежності символічно замінює первинний об'єкт прив'язаності для забезпечення ілюзорного відчуття цілісності та безпеки.

- Когнітивно-поведінковий підхід (КПТ) засновується на концепції залежності як результату дезадаптивного навчання та специфічних патернів мислення. Базовим механізмом в цій концепції вважається формування «адиктивних переконань» та автоматичних думок, які активуються тригерами і направляють людину до звичної поведінки [16]. Велику роль у створенні звички відіграє позитивне підкріплення (отримання задоволення) та негативне підкріплення (уникнення дискомфорту).

- Соціокультурна модель акцентує увагу на впливі середовища на розвиток адиктивних проявів. Соціальна дезорганізація, сімейна дисфункційність та специфічні субкультурні норми стимулюють перехід від раптового вживання до стійкої залежності.

Види залежностей:

- Хімічна (субстанційна) залежність це патологічний стан систематичного вживання психоактивних речовин безпосередньо впливаючих на біохімічні процеси мозку. Сюди відносять: алкоголізм, наркоманію, токсикоманію та тютюнопаління (зараз можна віднести ще вейпи). Хімічні адикції призводять до формування стійкої фізичної залежності при якій організм потребує постійного підвищення дози для досягнення бажаного ефекту. На думку С. Максименко, хімічні речовини стають ніби «зовнішнім регулятором» емоційного стану, замінюючи і витісняючи внутрішні ресурси саморегуляції [9].

- При нехімічних (не субстанційних) або поведінкових адикціях об'єктом залежності є не психоактивна речовина, а певний вид діяльності або

поведінковий акт. Розвиток таких станів полягає у фіксації на отриманні інтенсивних позитивних емоцій через якусь дію або поведінку, але з часом це призводить до втрати контролю та руйнації соціальних зв'язків [2]. До популярних форм можна віднести: гемблінг (залежність від азартних ігор), геймінг (ігри на електронних пристроях), шопоголізм (неконтрольовані покупки речей які не потрібні, покупати за ради покупки), інтернет адикція та розлади харчової поведінки (їсти не щоб жити, а жити щоб отримати задоволення від їжі). Для цих розладів характерно поступове звуження кола інтересів індивіда, внаслідок деструктивна поведінка стає єдиним способом подолання стресу або отримання задоволення. Поведінкові залежності однаково активують систему винагороди головного мозку тому мають подібну нейробіологічну природу з хімічними. Викид дофаміну лежить в основі патологічного процесу який закріплює потяг до повторення певних дій, незважаючи на негативні наслідки для здоров'я чи фінансового стану. Важливо згадати і про формування толерантності, для досягнення необхідного задоволення потрібно все більше часу або інтенсивності процесу [2]. У сучасному типі суспільства доступність електронних пристроїв та піар споживацтва сприяє зростанню кількості осіб із нехімічними формами залежності.

- Окрему категорію нехімічних адикцій займають технологічні залежності, які зараз поширені серед цивільного населення і розрослися вони за останнє десятиліття такі як: залежність від соціальних мереж, онлайн ігор та постійний перегляд новинного контенту (думскролінг). На думку Г. Лозової, цифрові адикції це популярний компенсаторний механізм для осіб із високим нейротизмом, у яких є труднощі у реальному спілкуванні [8]. У віртуальному просторі безпечніше та цікавіше ніж у реальному житті і це стимулює потребу повертатися до нього знову і знову. На жаль, при соціальній нестабільності такі форми є найбільш доступним способом емоційної розрядки.

- Глибоке психосоматичне коріння мають харчова залежність та адикція від стосунків які також належать до нехімічних форм. При харчової адикції їжа це

«антидепресант» для приглушення емоційного болю або тривоги. Залежність від стосунків характерно хвороблива фіксація на іншій особі. І ця особа стає джерелом емоційної стабільності для нейротичного індивіда. На думку О. Кернберга, такі типи залежностей часто спостерігаються у людей з межевою структурою особистості та вираженою вразливістю еґо [4]. Такі адикції руйнують міжособистісну сферу життя, створюючи патологічну циклічність у поведінці.

Психологічний механізм формування адиктивного поведінки завжди залишається ідентичним: незалежно від виду об'єкта (речовина чи дія). Усі залежності проходять етапи від першого контакту до формування нав'язливого потягу та абстинентного синдрому.

Психологічні чинники формування залежної поведінки

- Головним чинник це дефіцит механізмів саморегуляції, який змушує людину шукати зовнішні засоби для стабілізації емоційного стану. На думку С. Максименко, адикція стає ніби «протезом» для слабкого Еґо, яке не витримує тиск реальності [9]. Нейротизм підсилює інтенсивність негативних переживань і стає ніби каталізатором в таких випадках. Ще треба згадати притаманну усім ледачість, і людина просто обирає шлях залежності як найменш витратний і найпростіший спосіб зменшення психологічного болю.

- Мотиваційна сфера також відіграє значну роль. Неспроможність до вольового зусилля не протидіє формуванню залежності, а тільки погіршує ситуацію. Когнітивні викривлення як ілюзія контролю або катастрофізація майбутнього з легкістю створюють підґрунтя для виправдання адикції. Існує так зване «адиктивне мислення» яке допомагає індивіду ігнорувати реальність шкоди від адиктивної поведінки. Формується стійка система психологічних захистів як заперечення та раціоналізації. Як наслідок, соціальна дезадаптація та почуття самотності підкріплюють всі ці механізми роблячи об'єкт залежності єдиним джерелом позитивних емоцій.

- На вибір копінг-стратегій особистості впливає емоційна вразливість та низька стресостійкість. Замість вибору шляху подолання труднощів люди з високим рівнем нейротизму використовують стратегію втечі. На думку Г. Лозової, адиктивна поведінка буває результатом невдалого досвіду соціалізації та нездатності до ефективної комунікації [8]. Фрустрація яка викликана не задоволенням базових потреб у любові, визнанні та безпеці штовхає людину до пошуку «штучних» заміників. У таких випадках залежність заповнює внутрішню екзистенційну порожнечу та виконує компенсаторну функцію.

- Самооцінка та самоідентичність також впливають на формування залежних патернів поведінки. Сполучення низької самоповаги з перфекціонізмом створює постійне внутрішнє напруження, яке потребує розрядки. На думку О. Кернберга, патологічний нарцисизм та страх втрати ідентичності можуть стимулювати відхід у віртуальні або хімічні світи [4]. Залежність стає способом тимчасового набуття «ідеального Я», де всі труднощі здаються переборними. Але цей стан короткочасний і змушує індивіда повертатися до адиктивного стимулу знову і знову.

- Не можна ігнорувати при аналізі чинників адикції роль раннього дитячого досвіду та стилів прив'язаності. Відсутність емоційного зв'язку з батьками створює базову тривожність, яка пізніше трансформується у високий нейротизм. П. Коста та Р. МакКрей доводять, що риси особистості які закладені в ранньому віці є визначальними у стійкості людини до деструктивних впливів середовища [20]. Не здібність конструктивного вираження почуттів призводить до їх придушення, а згодом це все виплескується у формі компульсивної поведінки.

Таким чином, психологічні чинники утворюють складну систему, де взаємодія між кожним чинником збільшує схильність до залежності.

1.3. Особливості прояву адиктивних тенденцій у цивільного населення

Цивільне або мирне населення визначається міжнародним гуманітарним правом як особи, які не є членами збройних формувань і не беруть прямої участі у бойових діях під час збройного конфлікту. Цивільний відрізняється від некомбатанта, оскільки деякі не-комбатанти не є цивільними, зокрема військові священики [7].

Цивільне населення в кризових умовах (війна, пандемія, соціальні колапси) опиняється в ситуації вимушеної дезадаптації, коли звичні стратегії виживання не працюють. Цивільні особи часто не мають спеціальної психологічної підготовки до тривалого перебування в екстремальному стресі на відміну від професійних груп (військові, рятувальники). Під час криз цивільному населенню характерне «втома від невизначеності», яка виснажує вольові і емоційні ресурси. Постійне очікування чогось тримає нервову систему в стані гіперзбудження, що є проявом високого нейротизму. Г. Лозова наголошує на важливості вивчення «адиктивної готовності» як прихованого ризику який актуалізується саме в моменти втрати життєвих орієнтирів [8].

Хронічний стрес спричинений тривалим перебуванням у несприятливих умовах веде до психологічного та фізіологічного виснаження. Коли стресове навантаження перевищує поріг стійкості людина просто починає використовувати адиктивні речовини або дії як засіб самолікування. В ситуаціях екстремального тиску адикція стає емоційною анестезією, яка дозволяє дистанціюватися або полегшує травматичні переживання. Формується стійкий паттерн уникаючої поведінки при якій будь-яка складність провокує черговий епізод залежних дій. Здатність до конструктивного вирішення проблем поступово атрофується закріплюючи патологічну залежність від зовнішнього регулятора.

Отже, той емоційний стан в якому зараз перебуває цивільне населення міста Запоріжжя викликає високий рівень дискомфорту, що потребує ефективних стратегій копіngu.

1.4. Взаємозв'язок нейротизму і схильності до залежностей

Тривожність, яка є характерною для індивідів з високим нейротизмом, проявляється в них у постійному очікуванні негативних подій. В кризові періоди тривога стає фоновим станом виснажуючим адаптаційний ресурс психіки цивільного населення. Перебування у постійній «готовності до загрози» призводить до психічного перевтомлення та соматизації. Тривожність виконує роль стартеру у формуванні унікаючої адиктивної поведінки. Пошуки способів зниження цього напруження призводить до початку вживання алкоголю, так як це має анксиолітичний ефект (анксиолітичний ефект це фармакологічна або психологічна дія, спрямована на придушення відчуття страху, тривоги, емоційної напруженості та внутрішнього занепокоєння). Чим вищий рівень тривожності, тим нижче поріг опору перед спокусою миттєвого розслаблення.

Імпульсивність, яка також характерна для нейротизму, це нездатність індивіда стримувати спонтанні спонукання під впливом емоцій. Проявляється це у діях при перших сигналах потреби без урахування довгострокових негативних наслідків. Цей низький рівень самоконтролю заважає людині зважити всі ризики в момент виникнення бажання. П. Коста та Р. МакКрей визначають імпульсивність як не здатність контролю потягів та емоційних імпульсів [20]. Імпульсивна поведінка це швидкий спосіб розрядки накопиченої внутрішньої напруги. Імпульсивні особи мають труднощі з відкладеним задоволенням, бажаючи негайного результату одразу.

Вразливість робить особистість занадто чутливою до критики, невдач або соціального неприйняття. Вразлива людина постійно шукає схвалення ззовні, а при його відсутності занурюється у переживання. Залежність в таких випадках виступає як психологічний захист, який дистанціює від болісного світу. Хімічна або нехімічна адикція створює навколо ніби бульбашку в якій оцінки нічого не значать. На думку С. Максименко, особистісна вразливість є передумовою

деструктивних копінг-стратегій [9]. Така чутливість до стресу у нейротичної особи трансформує звичні навантаження у травматичні.

Румінації це ще один когнітивний аспект нейротизму який проявляється у схильності до постійного переживування негативних думок. Людина з високим нейротизмом зациклюється на своїх помилках тим самим підсилюючи почуття провини та безнадії. І це створює ідеальні умови для виникнення потреби у вимкненні свідомості хоча б на якийсь час. На допомогу приходять комп'ютерні гаджети або ігри дозволяючи переключити увагу з думок у голові на зовнішній стимул у вигляді ігри або емоційного контенту. Румінації виснажують ментальну енергію і не залишають сил на конструктивне вирішення життєвих проблем. Адикція це спосіб зміни ментального стану, який індивідом сприймається як нестерпний. Чим більше людина занурюється в негативні роздуми, тим вища її готовність до втечі за допомогою адикції. Постійне самозвинувачення знижує і без того не велику віру у здатність подолати залежність формуючи «порочне коло» з якого не легко вирватися. Часто румінації у цивільного населення пов'язані з неможливістю змінити зовнішні обставини життя.

Нейротична особистість сприймає нейтральні вчинки оточуючих як ворожі або зневажливі стосовно себе, це в свою чергу призводить до соціальної дезадаптації та схильностей до залежностей. Часті конфліктів з оточенням посилюють емоційну нестабільність та тривогу. Як наслідок людина потрапляє у соціальний вакуумі починає шукати розради в самотньому вживанні. Залежність стає способом повністю ізолюватися. На думку Г. В. Лозової, соціальна незахищеність підсилює адиктивні тенденції у тривожних осіб [8]. Відчуття соціальної відчуженості є потужним тригером для рецидивів під час одужання від залежності. Втрата соціальних зв'язків через переїзд або кризу, для цивільних осіб, стає критичним фактором ризику. Нейротизм не допомагає формуванню нових здорових стосунків і цим залишає людину з її проблемами на самоті. Таким чином, соціальний аспект адикції тісно переплетений з особистісними рисами індивіда. Треба також згадати про біологічне підґрунтя нейротизму, що

може пояснити чому певні особи більш схильні до швидкого звикання. Висока реактивність вегетативної нервової системи робить процес переживання емоцій фізично болісним для людини. Адиктивні речовини втручаються в роботу нейромедіаторів, даючи короточасне відчуття фізіологічного комфорту. З часом організм перестає виробляти власні «гормони щастя», що робить нейротичну особистість ще вразливішою. Біохімічний дисбаланс стає базою для формування фізичної залежності, яка накладається на психологічну. Дослідження показують, що генетичні фактори нейротизму частково перекриваються з факторами ризику алкоголізму [20]. Цивільне населення в умовах стресу часто нехтує базовими біологічними потребами, що підсилює нейротизм. Порушення сну та харчування створюють додаткове навантаження на і без того нестабільну психіку.

Депресивність, яка характерна нейротизму, це схильність відчувати сум, самотність та відсутність енергії без значних життєвих трагедій. Для депресивної людини адикція є способом заповнити порожнечу всередині себе або повернути відчуття життя. Хімічні дають ілюзію енергійності яку дають хімічні стимулятори передуються з емоційними провалами, такі контрастні емоційні коливання ще сильніше вимотують нервову систему. На думку О. Кернберга до використання адикцій як захисту від депресії призводить вразливість его [4]. Нейротична депресивність робить майбутнє похмурим і не цікавим знижуючи мотивацію до здорового способу життя. Постійне відчуття безнадії підштовхує людей до експериментів з новими видами нехімічних залежностей.

Через психологічну ригідність людина тримається за старі, нехай і шкідливі, звички, бо вони дають відчуття стабільності і контролю, бо колись ці звички може і працювали. Будь-які зміни викликають паніку, яку легше за все заглушати звичними адиктивними звичками. Ригідність мислення не дозволяє побачити альтернативні шляхи вирішення проблем окрім вживання речовин або адиктивну поведінку, таке ще можуть називати «фреймінгом», схильністю людини мислити в окремих рамках (фреймі). Ригідність у цивільних осіб проявляється у дезадаптації до інших умов праці чи побуту. У випадках коли

старі адаптаційні методи «дають збій», людина повертається до найпростіших методів у вигляді адиктивних стратегій. На думку С. Максименко, ригідність блокує розвиток творчого потенціалу особистості замикаючи її в колі адиктивних петернів [9].

Одним із проявів нейротизму в повсякденному житті є самокритика та низька самооцінка. Люди з високим нейротизмом сприймають себе як невдачу не здатною контролювати життя та емоції. Постійне почуття безпорадності є виступає ідеальним підґрунтям для формування залежності від зовнішніх авторитетів, речовин або дій. Адикція дає відчуття всесильності або просто допомагає на деякий час забути про власну нікчемність. Г. Айзенк зазначав, що низька самооцінка корелює з високими показниками за шкалою нейротизму [26]. Внутрішня самокритика змушує людину шукати схвалення у віртуальному просторі, в якому легко створити свій ідеальний образ, але реальна самооцінка від цього ще більше страждає, так як людина розуміє, що схвалення отримує її ідеальний образ, а не вона така як є. Серед цивільних осіб втрата соціального статусу сильно б'є по самооцінці, тим самим провокуючи зриви.

У осіб з високим нейротизмом стресостійкість нижча за середньостатистичні показники серед населення. Що для іншої людини є лише дрібницею для нейротика справжній життєвий виклик. Через низький поріг стресу, психіка постійно перевантажена і це змушує її шукати шляхи розвантаження. Залежність це найкоротший шлях до розвантаження, але руйнівний у перспективі. Адиктивна поведінка це «неадаптивний спосіб адаптації» до стресових умов. Тривалий конфлікт прискорює виснаження стресостійкість у цивільного населення. У цьому випадку нейротизм знову як є каталізатором цього виснаження.

Соматизація ще одна ознака нейротизму. Соматизація це коли психологічне напруження переходить у фізичний біль (головні болі, порушення травлення, затиски у м'язах). У намаганнях позбутися фізичного болю людина починає зловживати ліками (лікарська або медикаментозна залежність). Цей вид

залежності є особливим, бо маскується під турботу про здоров'я і не має негативного стереотипу. Фізичне знеболення після вживання пари пігулок стає потужним позитивним підкріпленням для формування залежної поведінки. Цивільні особи зазвичай не мають доступу до якісної психосоматичної допомоги, але мають легкий доступ до ліків.

Почуття провини та сорому після кожного зриву у залежність лише затягує людину у порочне коло. Відчуваючи сильний стрес від власної слабкості людина знову звертається до речовини або адиктивної поведінки. Це класичний приклад нейротичної пастки з якої важко висмикнутися. О. Кернберг вказує на деструктивну роль сорому в підтримці патологічних станів особистості [4]. Нейротична особистість перебільшує масштаби своїх помилок, як наслідок вона здається перед залежністю. Соціальне оточення через стигматизацію несвідомо підтримує це почуття провини. Замість підтримки людина отримує протилежне у вигляді осуду, замикаючи її в адиктивному колі ще міцніше.

Також на вибір адикції впливає схильність до ірраціональних страхів (фобій) яка входить у структуру нейротизму. Страх відкритого простору або соціальної взаємодії змушує людину уникати контакту з зовнішнім світом. Адикція стає «безпечним куточком» в якому послаблюються страхи під дією дофамінового стимулу. На думку В. Г. Лозової, залежності виконують компенсаторну функцію при фобічних розладах особистості [8]. Сьогодні цивільне населення стикається з великою кількістю реальних загроз, які посилюються ірраціональними страхами нейротиків. Це створює накопичувальний ефект, з яким психіці важко впоратися без додаткової підтримки. Залежність лише маскує страх і ніколи не лікує його причину роблячи його з часом ще сильнішим.

Нейротизм може супроводжуватися емоційною залежністю від інших людей яка може перерости у патологічну залежність від партнера. У людину відсутнє відчуття власної цілісності і вона потребує постійної присутності іншої людини для емоційної стабілізації. Такі стосунки стають токсичними коли

нейротична особа не може їх розірвати через страх самотності. Коста та МакКрей описують таку рису як надмірну залежність від соціальної підтримки [20]. Серед цивільного населення при втраті близьких подібний прояв нейротизму стає джерелом травматизації. Залежність від хімічних речовин є наслідком неможливості знайти стабільний об'єкт прив'язаності і останньою відчайдушною спробою замінити людське спілкування.

Перфекціонізм є формою нейротичного контролю. Прагнення бути ідеальним у всьому створює неймовірний рівень напруження який неможливо витримувати тривалий час. Коли людина починає розуміти що ідеал недосяжний, вона зривається у важку адикцію як форму протесту або самопокарання. С. Максименко вказує на зв'язок між «невротичним перфекціонізмом» та схильністю до компульсивної поведінки [9]. Залежність дає можливість людині бути неідеальним хоча б на деякий час.

Нестабільність ідентичності при високому нейротизмі не допомагає людині знайти своє місце у соціумі. Не знаючи своїх справжніх потреб людина вимушена постійно підлаштовуватись під очікування інших. Адиктивне середовище пропонує гарну альтернативу у вигляді готової ідентичності («я - геймер», «я - колекціонер»), що на певний час зніме цю тривогу. Розмитість ідентичності є чинником ризику для девіантної поведінки. При втраті звичного соціального контексту цивільне населення особливо вразливе до таких підмін. Залежність стає псевдо сенсом життя, якого бракувало нейротичній особистості.

Агресивність є частим супутником нейротизму та залежностей. Коли людина відчуває гнів на себе за свої невдачі, але не в змозі вивільнити його конструктивно з'являється аутоагресія (агресивність спрямована в середину). Вживання хімічних речовин у великих дозах або ризикована поведінка є латентною формою саморуйнування. Тут адикція виступає як повільне самогубство яке спричинене внутрішніми конфліктами. Нейротизм тільки підсилює бажання зникнути або припинити бути собою через нестерпність емоцій. Аутоагресія у цивільного населення може проявлятися у нехтуванні

правилами безпеки, небезпечних хоббі, вживання великої кількості дозволених хімічних речовин (наприклад тютюну, солодощі).

Висновки до розділу 1

Отже, під нейротизмом розуміють рівень емоційної реакції по відношенню до стимулу. Це одна із фундаментальних рис особистості. Нейротизм виражається у підвищеній нервовості, непостійності, поганій адаптації, схильності до швидких змін настрою, почутті провини, занепокоєння, стурбованості, депресивних реакціях, неувважності, низькій стійкості у стресових ситуаціях, заниженій самооцінці. Люди з високим нейротизмом гостріше реагують на зовнішні подразники і їхня нервова система довше повертається до стану спокою після стресу. Подібне призводить до того, що люди частіше й інтенсивніше переживають емоційний дискомфорт. Одним із засобів полегшення емоційного дискомфорту є звернення до залежностей. Залежність або адикція це форма деструктивної поведінки, при якій характерне прагнення до втечі від реальності. Втеча від реальності реалізується через штучну зміну психічного стану за допомогою нейробіологічного впливу певних речовин або постійної фіксації на певних видах діяльності. Схильністю до залежностей є латентна готовність особистості до формування адиктивних патернів поведінки при певних несприятливих умовах. Залежності бувають субстанційні (від хімічних речовин) або не субстанційні (залежність від певного виду діяльності).

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ НЕЙРОТИЗМУ І СХИЛЬНОСТІ ДО ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ

2.1. Організація та методи дослідження рівня нейротизму та рівня схильностей до залежностей

Емпіричне дослідження проводилося у місті Запоріжжя. Вибірка була сформована за принципом добровільної участі та включала представників різних статевих груп, що дозволяє забезпечити репрезентативність результатів щодо вивчення впливу нейротизму на схильність до адикцій. До основних критеріїв включення респондентів належали: вік (від 16 до 80) та згода на опрацювання персональних даних. Результати дослідження у табличному вигляді можна переглянути у додатку В.

У дослідженні взяло участь 40 людей віком від 18-ти до 78-ми років, а саме 32 респондента жіночої статі та 8 респондентів чоловічої статі (рис.2.1, рис.2.2.).

1. Ваша стать
40 відповідей

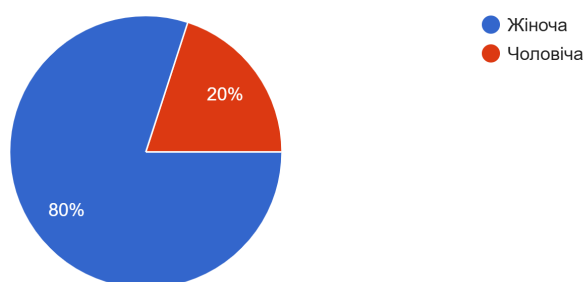


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за статтю

2. Вкажіть ваш вік (повна кількість років).

40 відповідей

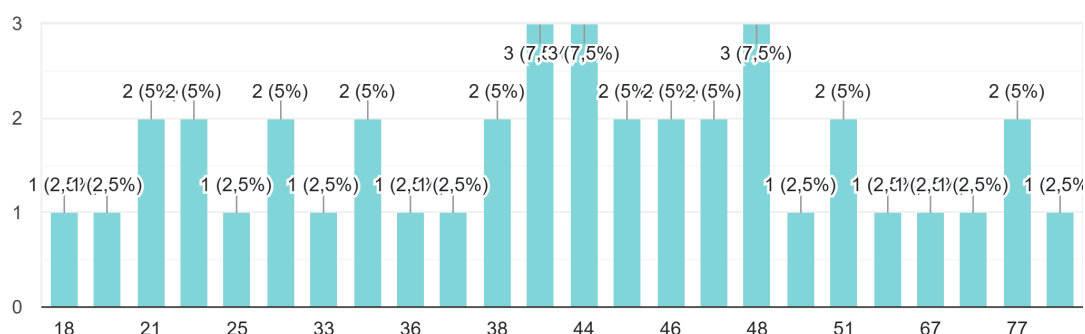


Рис. 2.2. Кількісний розподіл респондентів за віком

Для реалізації мети емпіричного дослідження було обрано психодіагностичні методики, що валідизовані в українському науковому просторі.

Для діагностики нейротизму використана україномовна адаптація опитувальника Г. Айзенка (EPQ) у редакції Л. Ф. Бурлачука разом із ключами та правилами обробки, що дозволяють кількісно визначити екстраверсію–інтроверсію, та рівень емоційної нестабільності [5]. Цей опитувальник є одним із найвідоміших у світовій психології для визначення особистісних характеристик. У межах своїх досліджень автор проаналізував результати обстеження близько 700 пацієнтів із невротичними розладами за 39 поведінковими показниками. На основі отриманих даних Айзенк виділив два базові виміри функціонування нервової системи такі як екстраверсію–інтроверсію та нейротизм (емоційно-вольову нестабільність), які, на його думку, лежать в основі різноманіття особистісних типів. Усього опитувальник містить 57 запитань, на які респондент відповідає «так» або «ні». Індикатором емоційної стійкості виступає шкала нейротизму, вона інтерпретується за рівнем набраних балів: опитувальник включає 24 питання, для вимірювання екстраверсії–інтроверсії (E–scale), та 24 питання спрямовані на визначення рівня нейротизму (N–scale), а також 9

запитань шкали відвертості (L-scale), яка дозволяє оцінити відвертість відповідей респондента. У працях Г. Айзенк шкала Lie-scale в структурі Eysenck Personality Inventory розглядається не лише як технічний індикатор валідності відповідей, а як психологічно змістовний показник. Вона призначена для виявлення тенденції респондента до соціально бажаних відповідей, тобто прагнення відповідати очікуванням суспільства й демонструвати себе у більш позитивному світлі. Таким чином, шкала L не є прямим “детектором брехні”, а відображає особливості самопрезентації та соціальної адаптації особистості. Г. Айзенк підкреслював, що високі показники за шкалою L можуть мати різну природу. З одного боку, вони можуть свідчити про свідоме викривлення відповідей і бажання виглядати краще, ніж є насправді. З іншого боку, це може бути проявом щирої віри людини у власну “правильність”, тобто своєрідної наївної ідеалізації себе. Крім того, високий рівень L може інтерпретуватися як риса особистості, пов’язана з конформністю, підвищеним самоконтролем, орієнтацією на соціальні норми та традиційні цінності. Важливим аспектом є вплив шкали L на інтерпретацію основних вимірів екстраверсії та нейротизму. Г. Айзенк зазначав, що високі значення L можуть призводити до заниження показників нейротизму або спотворення рівня екстраверсії, оскільки респонденти схильні заперечувати небажані якості, такі як тривожність чи імпульсивність. Проте навіть у таких випадках результати не вважаються автоматично недійсними; вони потребують більш обережного та контекстуального аналізу з урахуванням впливу соціальної бажаності. Отже, у концепції Г. Айзенка шкала L виконує подвійну функцію: з одного боку, вона є інструментом контролю достовірності відповідей, а з іншого – самостійним показником індивідуально-психологічних особливостей. Такий підхід відображає загальну позицію автора, відповідно до якої соціальна бажаність не є лише методичною перешкодою, а виступає невід’ємною складовою структури особистості, що повинна враховуватися при інтерпретації результатів психодіагностичного дослідження. Шкала нейротизму використовується як індикатор емоційної стійкості: високі показники свідчать

про емоційну нестабільність, тоді як низькі про емоційну стійкість. За кожну правильну згідно з ключами відповідь нараховується один бал. Максимальна кількість балів за шкалою нейротизму 24. Існують орієнтовні рівні, відповідно до яких, до 10 балів відповідає низькому рівню нейротизму (високій емоційній стійкості), 11–14 балів відповідають середньому рівню, 15–18 відповідають високому, а понад 18 балів вважається високим рівнем емоційної нестабільності. Опитувальник Айзенка є одним із найбільш досліджених особистісних тестів у світовій психології, його надійність і валідність підтверджені численними емпіричними дослідженнями.

Для виявлення схильності до адикцій була застосована методика діагностики схильності до 13 видів залежностей Г. В. Лозової [6]. Даний інструментарій дозволяє не лише констатувати наявність схильності до залежної поведінки в цілому, а й диференціювати її за конкретними об'єктами спрямованості. Методика базується на комплексному підході до розуміння адикції як багатогранного психологічного феномену. На відміну від вузькоспеціалізованих тестів, опитувальник Г. В. Лозової охоплює широкий спектр як хімічних, так і нехімічних (поведінкових) залежностей, що є критично важливим для отримання цілісного профілю особистості. Опитувальник складається з 70 тверджень, які респондент має оцінити за 5-ти бальною шкалою («Ні» – 1 бал, «Скоріш ні» – 2 бали, «Важко відповісти» – 3 бали, «Скоріш так» – 4 бали, «Так» – 5 балів). Кожне твердження відповідає певній шкалі, що дозволяє мінімізувати вплив соціальної бажаності відповідей завдяки розосередженню питань. Методика дозволяє діагностувати рівень схильності за такими напрямками:

- 1) Алкогольна залежність – патологічний потяг до вживання спиртних напоїв.
- 2) Телевізійна залежність – надмірна потреба у перегляді телепередач/контенту.
- 3) Любовна залежність – фіксація на об'єкті симпатії, що деструктивно впливає на особистість.

- 4) Ігрова залежність – схильність до азартних або комп'ютерних ігор.
- 5) Залежність від міжстатевих відносин – фіксація на міжстатевих сексуальних взаємодіях, що деструктивно впливає на особистість.
- 6) Харчова залежність – порушення харчової поведінки як спосіб емоційної регуляції.
- 7) Релігійна залежність – фанатична відданість релігійним догмам.
- 8) Трудова залежність (трудоголізм) – втеча в роботу як спосіб уникнення реальних проблем.
- 9) Лікарська залежність – неконтрольоване вживання медикаментів.
- 10) Комп'ютерна залежність – патологічне використання мережі Інтернет та гаджетів.
- 11) Тютюнова залежність – фізіологічна та психологічна потреба у палінні.
- 12) Залежність від здорового способу життя – фанатична фіксація на дієтах та тренуваннях.
- 13) Наркотична залежність – схильність до вживання психоактивних речовин.
- 14) Загальна схильність до залежностей.

Обробка даних здійснюється шляхом підрахунку суми балів за кожною з 14 шкал. Максимальна кількість балів за окремою шкалою свідчить про домінування певного виду адиктивної спрямованості.

Розшифровка умовних норм:

- 5 – 11 балів – низька схильність,
- 12 – 18 балів – середня схильність,
- 19 – 25 балів – високий ступінь схильності до залежностей.

Так як опитування проводилися за допомогою і паперових бланків і гугл форми, скомбінований бланк тесту у паперовому виді можна переглянути у додатку А, у додатку Б також можна знайти скріншот гугл-форми. Ключ відповідей для опитувальників знаходяться після запитань опитувальників. Комбінування двох опитувальників проводилося простим послідовним (секвентальним) поєднанням.

Етичні принципи дослідження забезпечувалися через дотримання анонімності, конфіденційності отриманої інформації та права респондента відмовитися від участі на будь-якому етапі, що відповідає загальноприйнятим нормам психологічної деонтології.

Так як шкала L опитувальника Г. Айзенка дає можливість відносно оцінити рівень відвертості респондентів у статистичній обробці результатів прийняло участь лише 35 анкет. Анкети з рівнем тенденції респондента до соціально бажаних відповідей вище 5-ти балів не використовувались, таких анкет було 5.

Так як опитувальник Г. В. Лозової дозволяє оцінити рівень схильності до 13-ти різних типів залежностей і загальну схильність залежностей. Статистична перевірка гіпотез здійснювалася за допомогою методів описової статистики, кореляційного аналізу (коефіцієнт r -Пірсона або r_s -Спірмена) для встановлення зв'язку між нейротизмом та 13-ти різними типів залежностей і загальною схильністю до залежностей. Пріоритетним для оцінювання був кореляційний зв'язок між рівнем нейротизму та загальною схильністю до залежностей.

Для математичної обробки результатів опитувань застосовувалося програмне забезпечення LibreOffice Calc від неприбуткової організації The Document Foundation (безоплатний аналог Office Excel).

2.2. Результати емпіричного дослідження особистісних рис за опитувальником Г. Айзенка (EPQ)

В межах даної роботи для виконання поставленого завдання та перевірки гіпотези при обробці результатів були використанні дані анкет з опитувальника Г. Айзенка для визначення рівня нейротизму респондентів (табл.2.1., табл.2.2., рис.2.3.). Також приведені дані респондентів за шкалою екстраверсія–інтроверсія (табл.2.3.).

Таблиця 2.1

Статистика рівня нейротизму серед респондентів

Рівень нейротизму респондентів							
Низький		Середній		Високий		Дуже високий	
Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
4	11,4	15	42,9	9	25,7	7	20,00

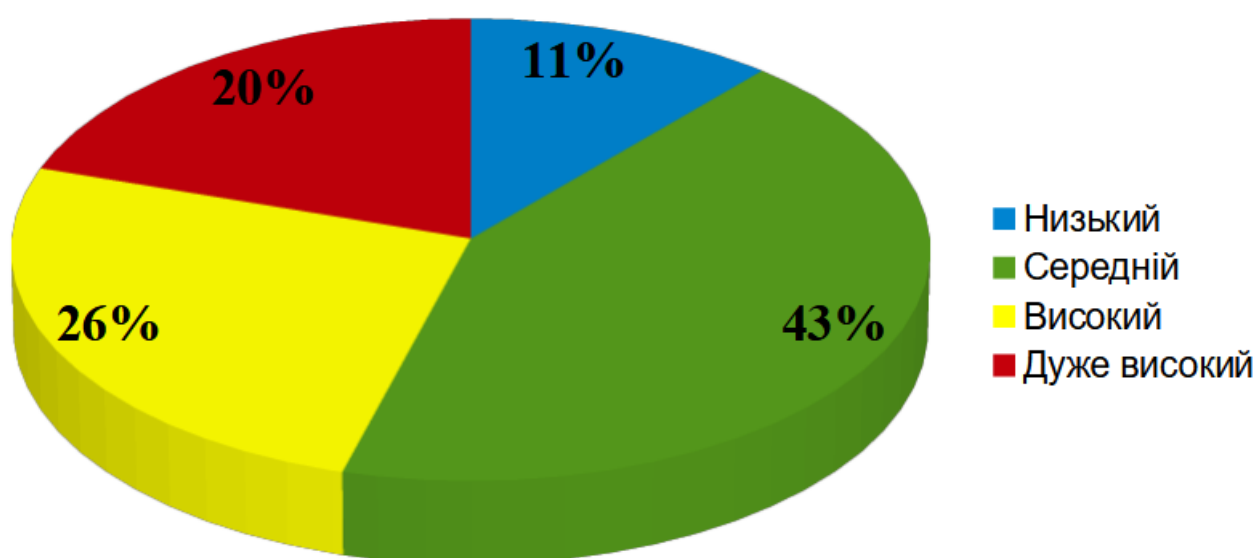


Рис.2.3. Кількісний розподіл респондентів за рівнем нейротизму.

Таблиця 2.2

Описова статистика за шкалою нейротизму серед респондентів

	Критерії описової статистики					Нейротизм від 0 до 24	
	Середнє значення	Медіана	Мода	Стандартне відхилення	Коефіцієнт варіації	Максимальне значення	Мінімальне значення
Загальна вибірка	14,4	13	13	14,04	28,03	21	5

Таблиця 2.3

Описова статистика за шкалою Екстраверсія–Інтроверсія серед респондентів

	Критерії описової статистики					Нейротизм від 0 до 24	
	Середнє значення	Медіана	Мода	Стандартне відхилення	Коефіцієнт варіації	Максимальне значення	Мінімальне значення
Загальна вибірка	8,69	9	6	4,16	47,89	17	2

Як видно в таблиці 2.3 за шкалою нейротизму (емоційної стабільності) максимальне значення в 21 та мінімальне значення в 5 балів дозволяє зробити висновок, що вибірка респондентів має достатньо значне покриття (16 балів) шкали нейротизму з середнім значенням та медіаною майже по середині шкали. Із таблиці 2.3 видно, що шкала екстраверсія–інтроверсія має менше покриття (15 балів) в той же час медіана віддаленіша від середини шкали, Звернувши увагу на значення моди (6 балів) і середнє значення (8,69 балів) можна зробити висновок, що серед респондентів було більше інтровертів.

2.3. Результати емпіричного дослідження схильностей до залежностей за методикою Г. В. Лозової

Методика Г.В. Лозової дозволяє визначити наявність схильності до 14-ти типів залежностей, але для перевірки гіпотези роботи найактуальнішим параметром який вимірює ця методика є рівень загальної схильності до залежностей. З таблиці 2.4 видно, що найбільша кількість респондентів з низьким рівнем схильності до наркотичної залежності. З середнім рівнем схильності найбільша кількість респондентів до загальної схильності до залежностей. З високим рівнем схильності найбільша кількість респондентів до здорового способу життя.

Таблиця 2.4

Статистика рівня схильності до залежностей респондентів

Залежності	Рівень схильності респондентів					
	Низький		Середній		Високий	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Алкогольна	22	62,9	12	34,3	1	2,9
Телевізійна	25	71,4	8	22,9	2	5,7
Любовна	7	20,0	22	62,9	6	17,1
Ігрова	31	88,6	3	8,6	1	2,9
Міжстатеві відносини	26	74,3	8	22,9	1	2,9
Харчова	12	34,3	21	60,0	2	5,7
Релігійна	31	88,6	3	8,6	1	2,9
Трудова	21	60,0	13	37,1	1	2,9
Лікарська	21	60,0	12	34,3	2	5,7
Комп'ютерна	21	60,0	13	37,1	1	2,9
Тютюнова	31	88,6	3	8,6	1	2,9
Здоровий образ життя	13	37,1	15	42,9	7	20,0
Наркотична	33	94,3	2	5,7	0	0
Загальна	9	25,7	24	68,6	2	5,7

Для більш інформативного сприйняття результатів дослідження схильностей наведено графічне зображення кількісного розподілу серед респондентів за рівнем схильності до різних типів залежностей (рис. 2.4, рис. 2.5, рис. 2.6., рис. 2.7, рис. 2.8, рис. 2.9, рис. 2.10, рис. 2.11, рис. 2.12, рис. 2.13, рис. 2.14., рис. 2.15., рис. 2.16., рис. 2.17.)

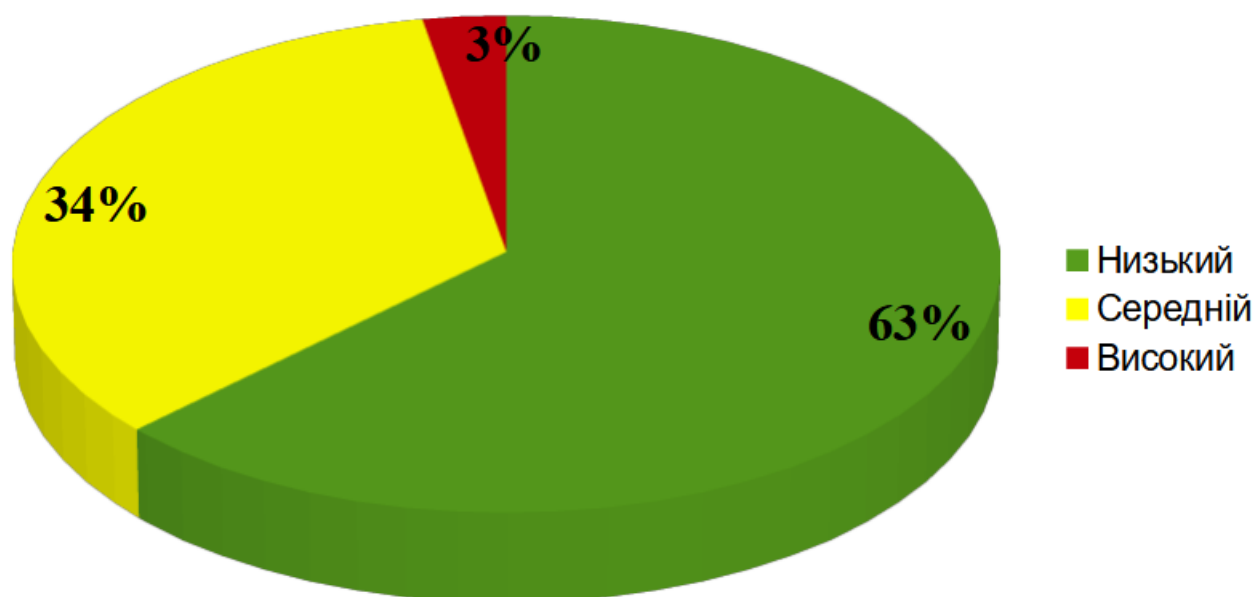


Рис. 2.4. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до алкогольної залежності

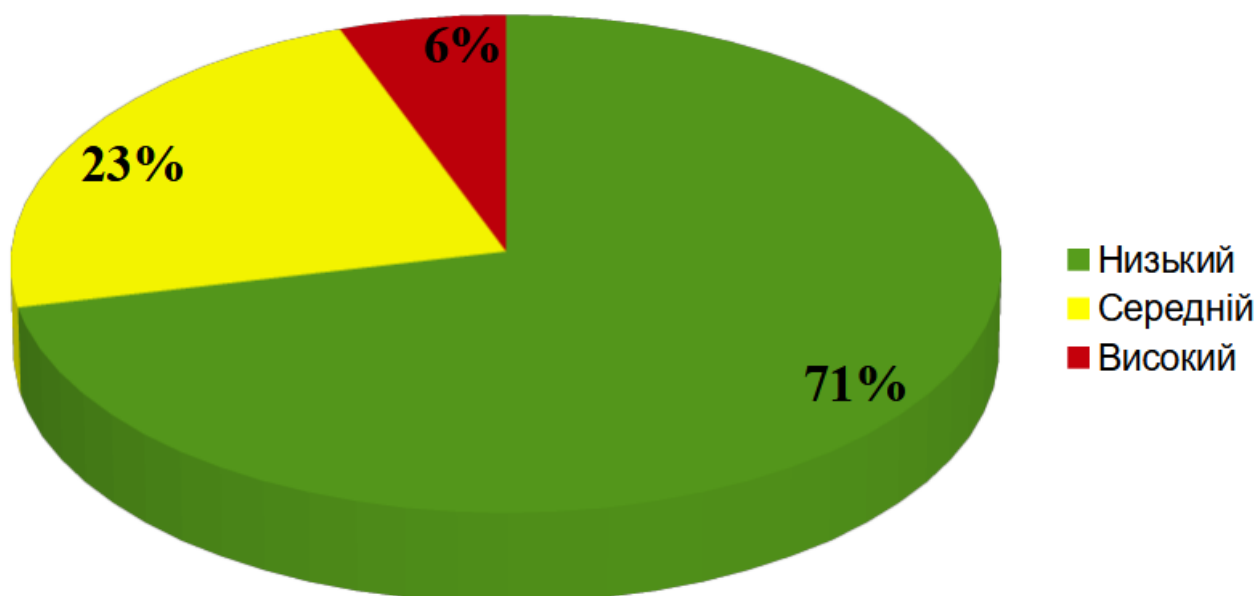


Рис. 2.5. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до телевізійної залежності

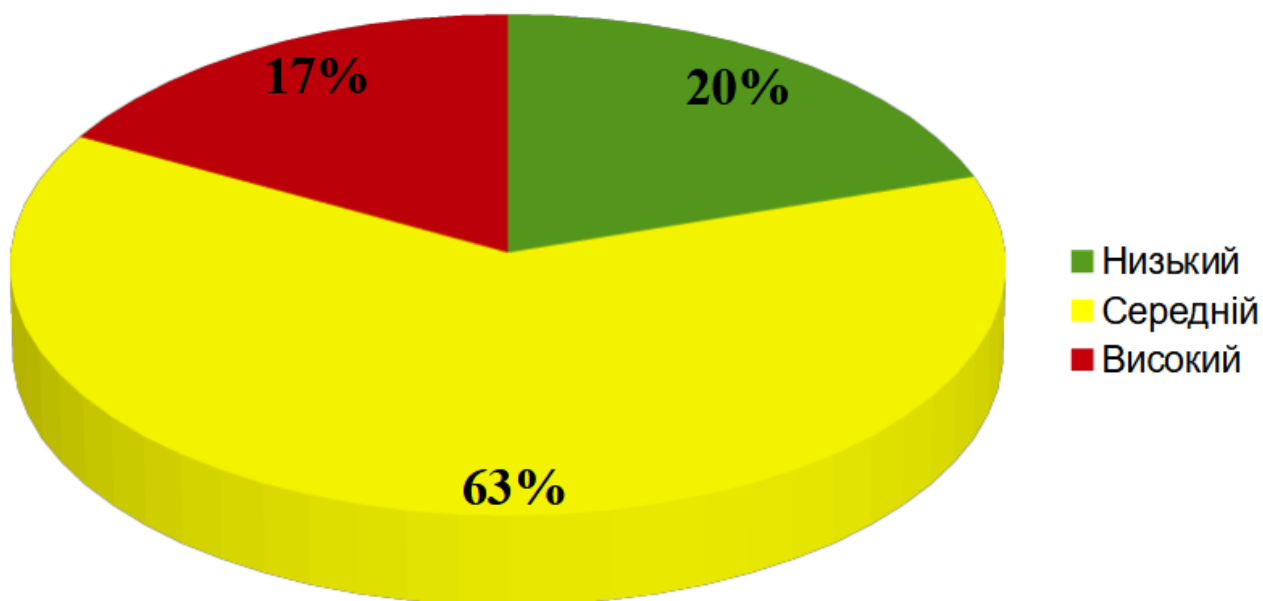


Рис. 2.6. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до любовної залежності

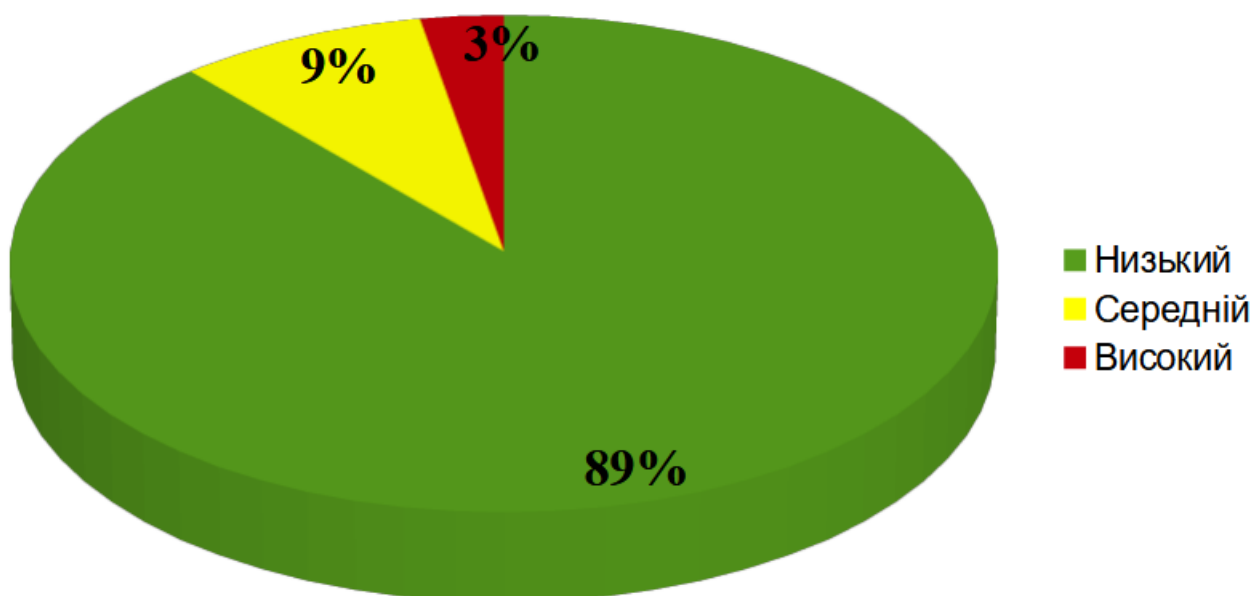


Рис. 2.7. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до ігрової залежності

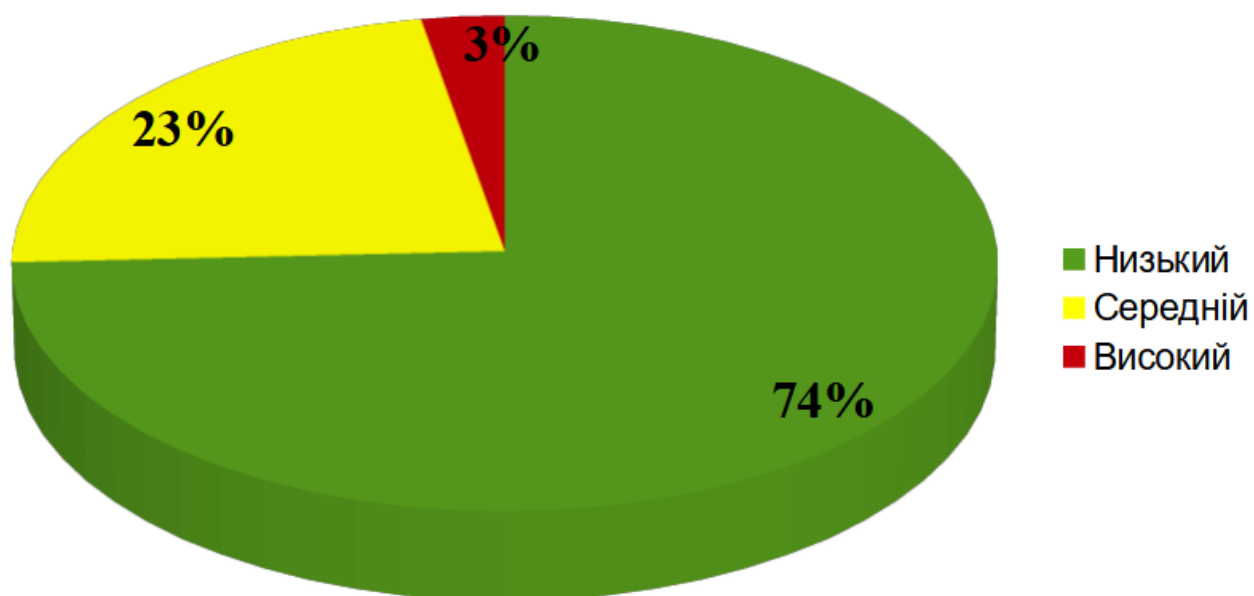


Рис. 2.8. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до залежності від міжстатевих відносин

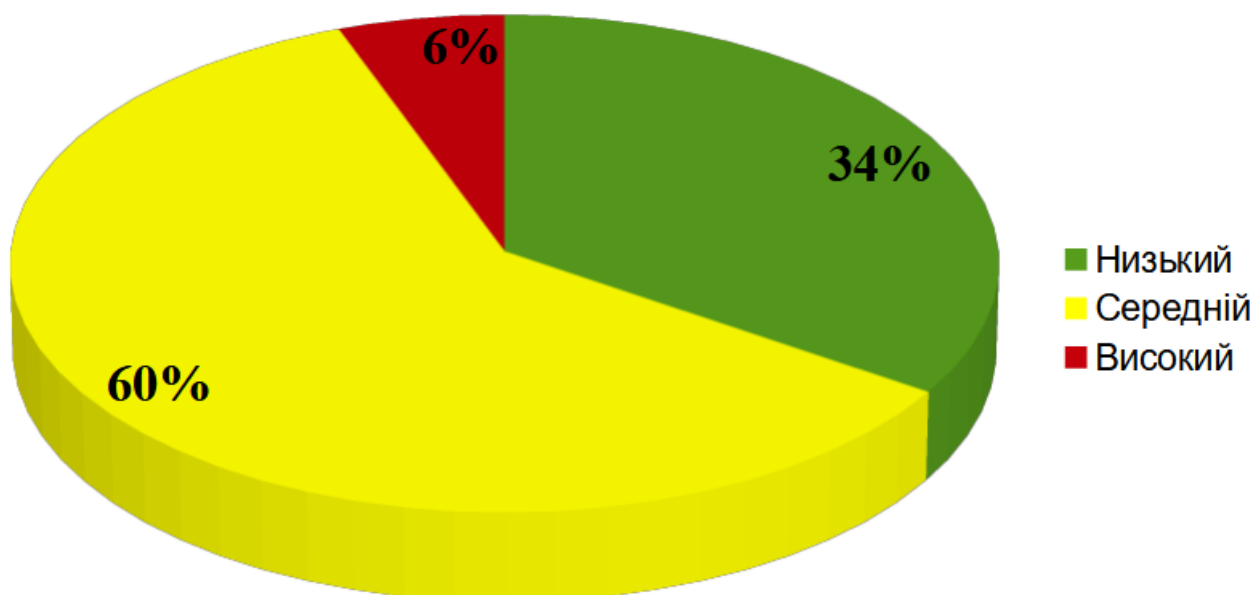


Рис. 2.9. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до харчової залежності

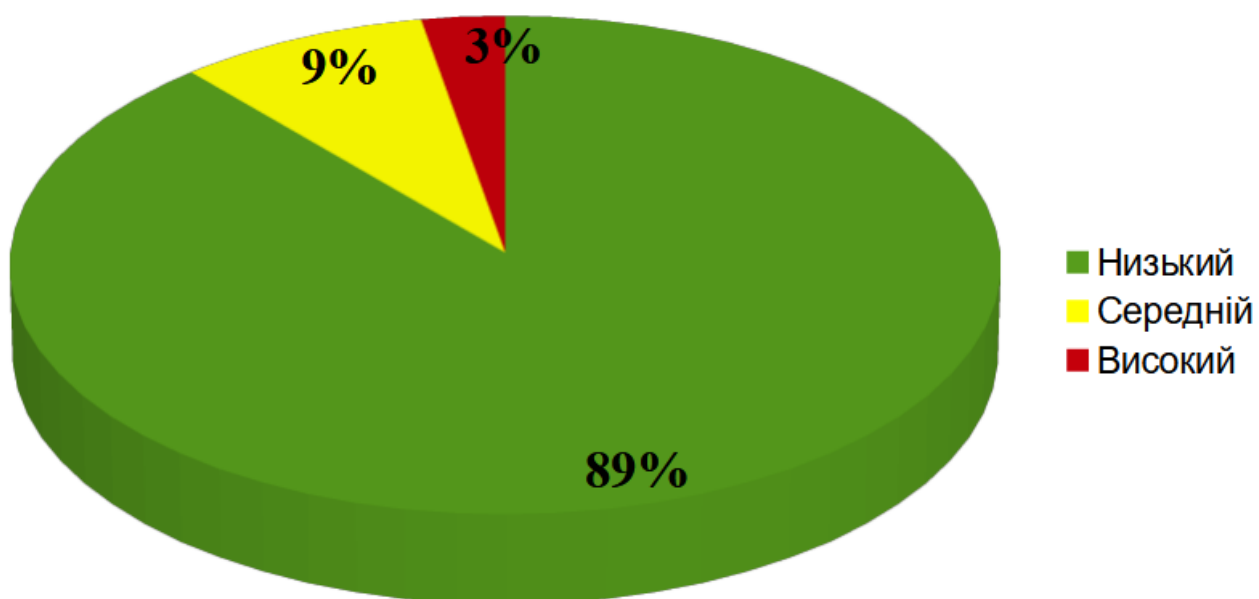


Рис. 2.10. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до релігійної залежності

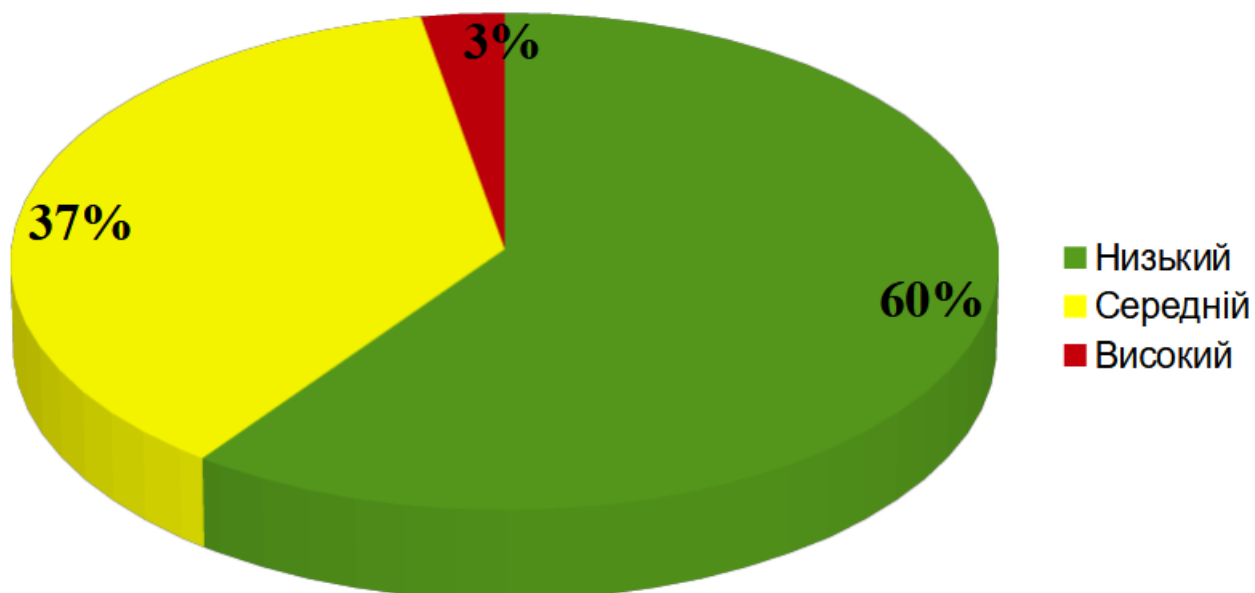


Рис. 2.11. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до трудової залежності

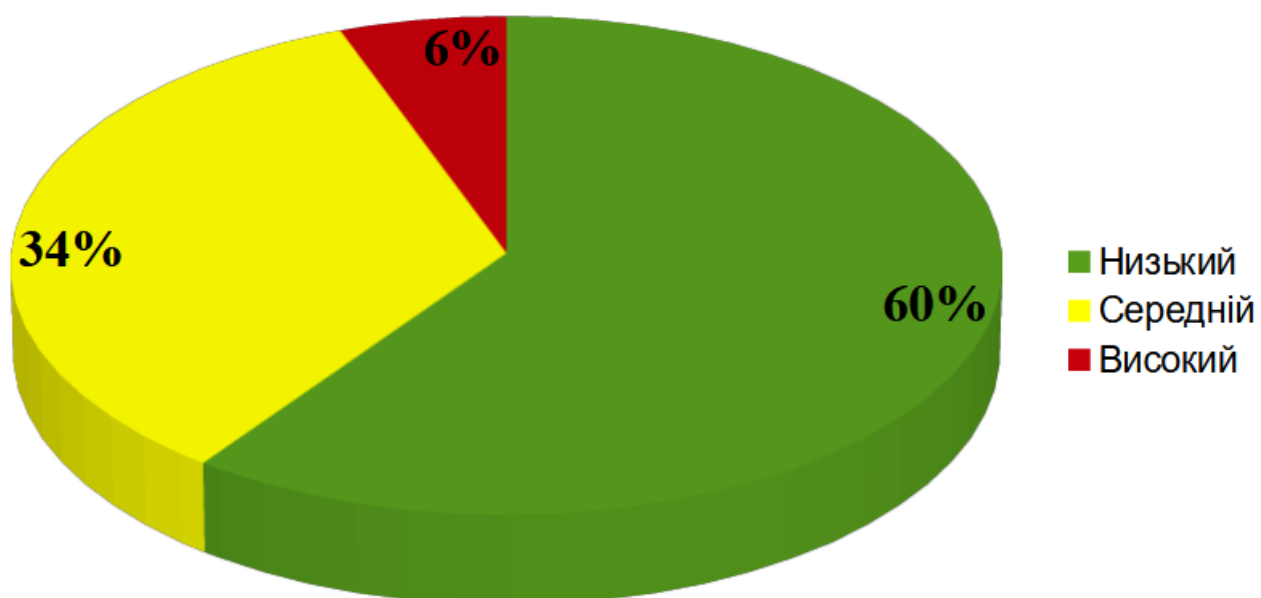


Рис. 2.12. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до залежності від медикаментів

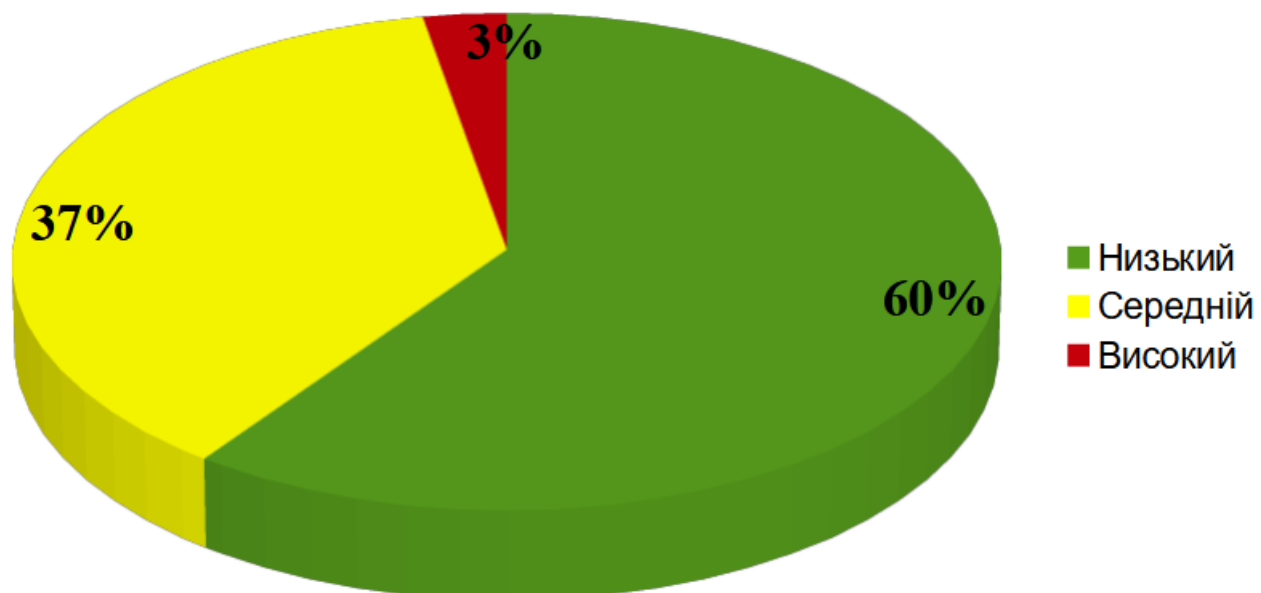


Рис. 2.13. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до комп'ютерної залежності

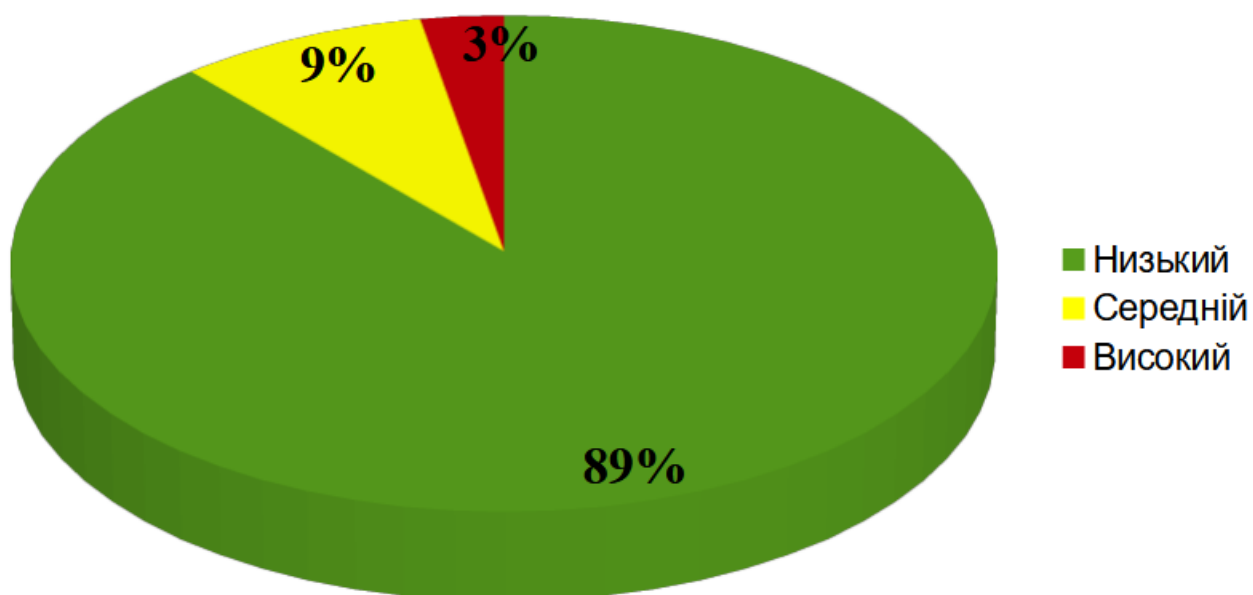


Рис. 2.14. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до тютюнової залежності

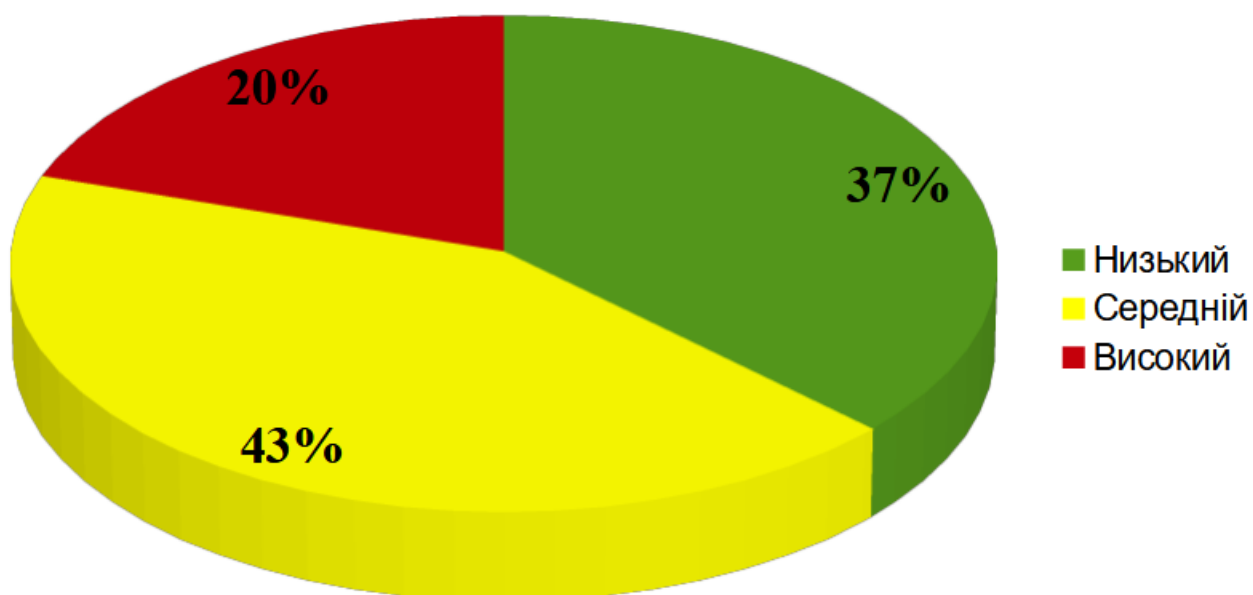


Рис. 2.15. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до здорового способу життя

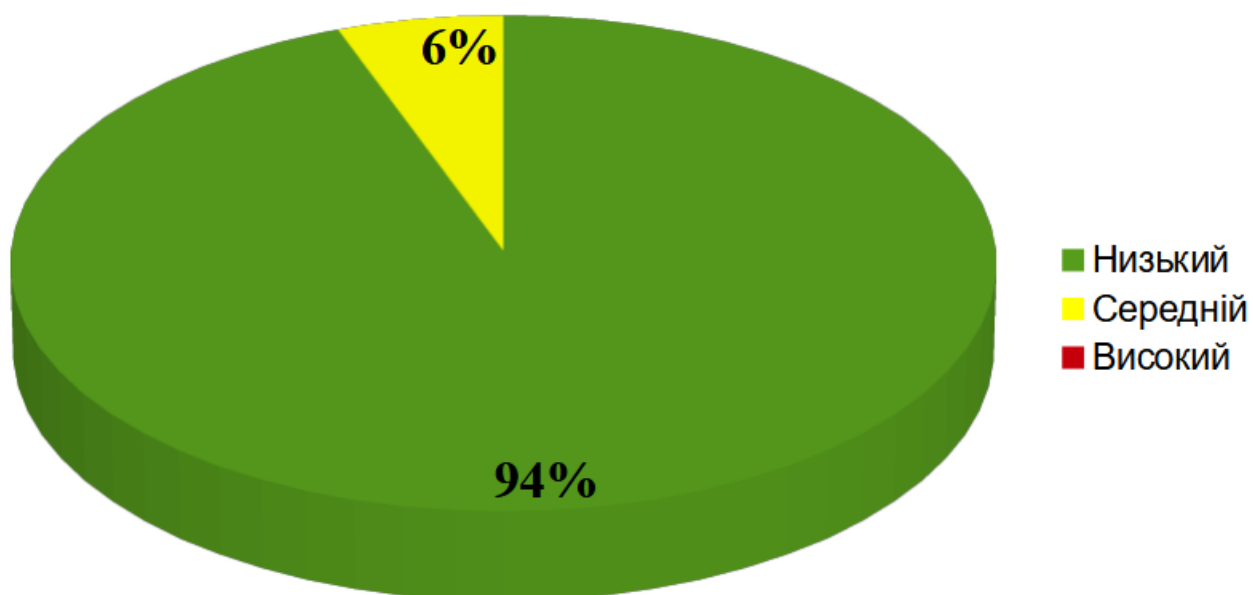


Рис. 2.16. Кількісний розподіл серед респондентів за рівнем схильності до наркотичної залежності

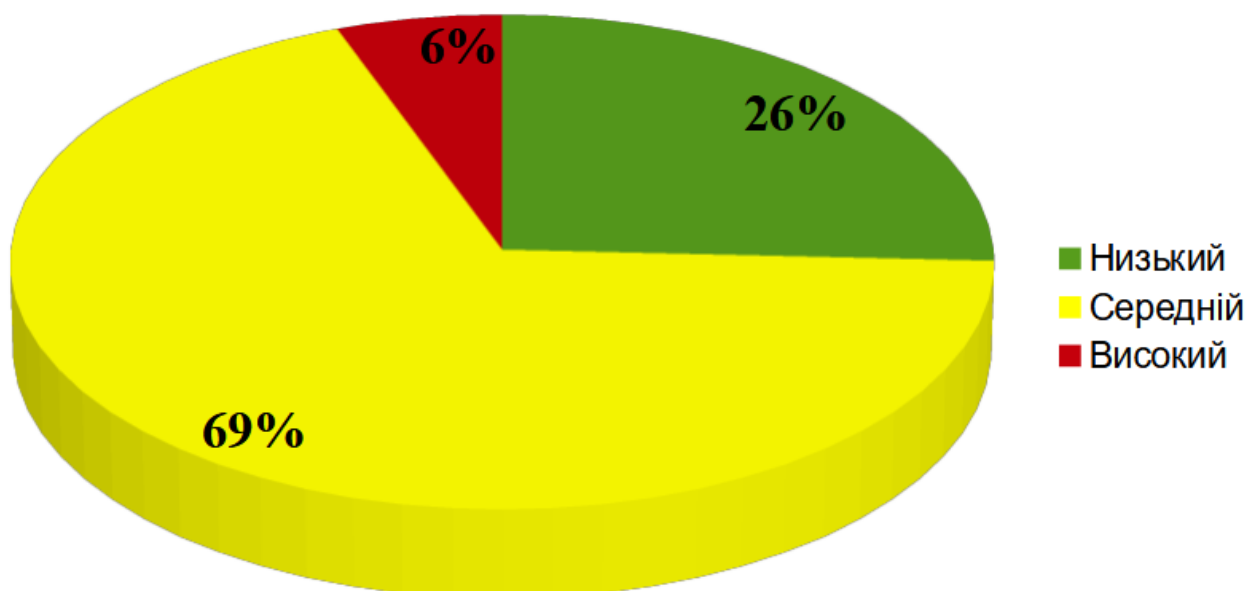


Рис. 2.17. Кількісний розподіл серед респондентів за загальним рівнем схильності до залежностей

Таблиця 2.5

Описова статистика схильностей до залежностей респондентів

Схильність до залежності	Критерії описової статистики				
	Середнє значення	Медіана	Мода	Стандартне відхилення σ	Коефіцієнт варіації CV*100%
Алкогольна	9,89	9	5	4,18	42,28
Телевізійна	9,17	7	5	4,72	51,50
Любовна	14,14	14	13	4,64	32,78
Ігрова	7,06	6	5	3,25	46,06
Міжстатеві відносини	9,63	9	5	3,75	38,95
Харчова	12,94	14	15	3,93	30,34
Релігійна	7,17	6	5	3,82	53,28
Трудова	10,89	11	11	3,23	29,69
Лікарська (медикаментозна)	10,60	9	5	4,67	44,03
Комп'ютерна	11,43	10	9	3,93	34,39
Тютюнова	6,77	5	5	4,30	63,45
До здорового способу життя	13,97	13	6	4,95	35,42
Наркотична	6,91	6	5	2,35	33,94
Загальна	14,29	15	11	3,12	21,85

Аналізуючи описову статистику дослідження залежностей (табл. 2.5.), треба відмітити високий коефіцієнт варіації у тютюнової залежності (63,45%) та релігійної залежності (53,28%). В протипагу, звертає на себе увагу низькій коефіцієнт варіації у загальній схильності до залежностей (21,85%), харчової схильності до залежностей (30,34%) та схильності до любовної залежності (32,78%), також у цих залежностей досить високий середній бал (14,29; 12,94; 14,14 бали відповідно). Подивившись на кольорові діаграми кількісного розподілу, знову звертають на себе увагу ті ж самі залежності у яких багато респондентів з середнім рівнем це: схильність до любовної залежності, харчової залежності, схильність до залежності від здорового способу життя та загальна схильність до залежностей (Рис 2.15, Рис 2.8, Рис 2.14, Рис 2.16). Серед даних

значно виділяється загальна схильність до залежностей: найнижчим коефіцієнтом варіації ($CV=21,85\%$) та найвищим середнім балом (14,29 бали).

2.4. Кореляційний аналіз зв'язку між особистісними рисами та схильностями до залежностей

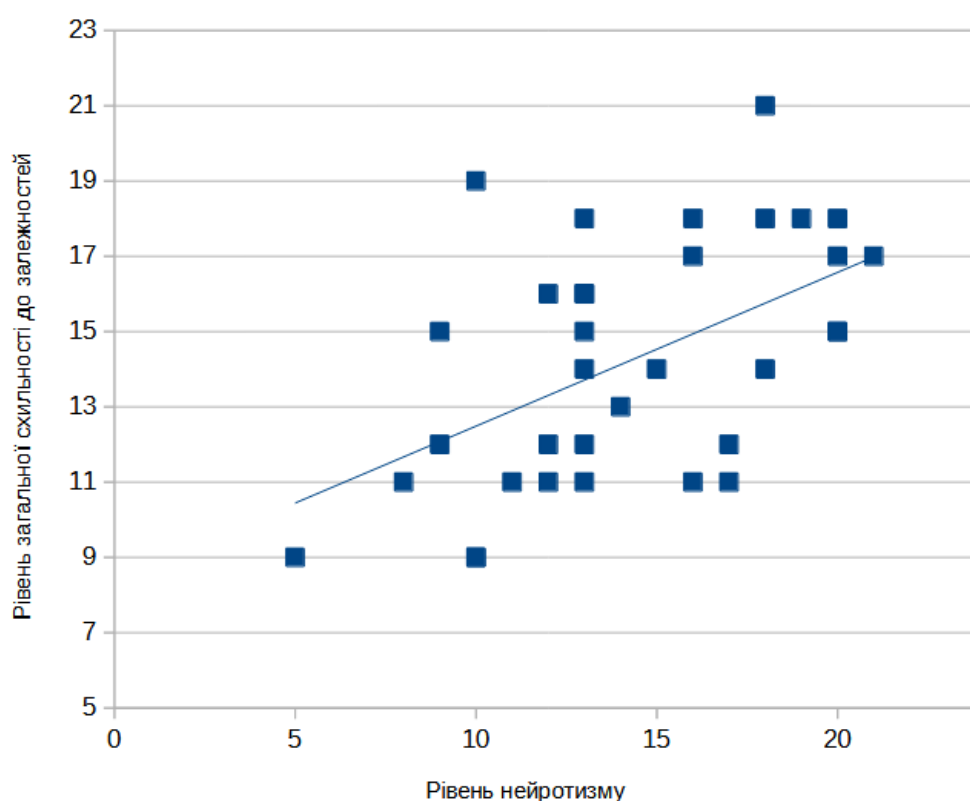
Для виявлення особливостей зв'язку між рівнем нейротизму та рівнем схильностей до залежностей проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона та методом Спірмена. У кореляційному аналізі використані дані шкали нейротизму з опитувальника Г. Айзенка та шкали схильностей до залежностей з методики Г.В. Лозової. Результати кореляційного аналізу наведені у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Результати кореляційного аналізу між рівнем нейротизму та схильностями до залежностей респондентів

Залежності	Коефіцієнт кореляції Пірсона з рівнем нейротизму r	Коефіцієнт значущості ρ	Коефіцієнт кореляції Спірмена з рівнем нейротизму r_s	Коефіцієнт значущості ρ
Алкогольна	-0,0921	0,5987	-0,0685	0,6957
Телевізійна	0,3290	0,0536	0,2150	0,2148
Любовна	0,3939	0,0192	0,3852	0,0223
Ігрова	0,1507	0,3877	0,0601	0,7316
Міжстатеві відносини	0,1212	0,4881	0,0725	0,6789
Харчова	0,2609	0,1300	0,3318	0,0515
Релігійна	-0,0285	0,8708	-0,1153	0,5097
Трудова	0,0254	0,8848	-0,0182	0,9174
Лікарська	0,3952	0,0188	0,3895	0,0207
Комп'ютерна	0,2917	0,0890	0,2605	0,1307
Тютюнова	0,1519	0,3838	0,2795	0,1039
Здорова	-0,1282	0,4631	-0,1390	0,4259
Наркотична	0,1604	0,3572	0,1279	0,4578
Загальна	0,5282	0,0011	0,4999	0,0022

З таблиці результатів кореляційного зв'язку видно декілька статистично значущих зв'язків між рівнем нейротизму та схильністю до любовної залежності ($p=0,0192$; $p=0,0223$), лікарської залежності ($p=0,0188$; $p=0,0207$) та загальною схильністю до залежностей ($p=0,0011$; $p=0,0022$). Найсильнішу позитивну кореляцію рівня нейротизму виявлено з загальною схильністю до залежностей ($r=0,5282$, $r_s=0,4999$), та зі схильністю до любовної ($r=0,3939$, $r_s=0,3852$) і лікарської (медикаментозної) залежності ($r=0,3952$, $r_s=0,3895$). Для покращення сприйняття на основі даних емпіричного дослідження на рисунку 2.17 побудовано графічне відображення залежності рівня нейротизму від рівня загальної схильності до залежностей.



Р

ис. 2.18. Графічне зображення рівня нейротизму та загального рівня схильності до залежностей у респондентів

З рисунку 2.18 видно що емпіричне дослідження не охопило весь діапазон шкали нейротизму від 0 до 24 балів, мінімальне значення 5, максимальне 21. За

допомогою лінії тренду можна графічно побачити позитивний кореляційний зв'язок між нейротизмом та загальною схильністю до залежностей.

Висновки до розділу 2

1. Під час емпіричного дослідження з метою вивчення взаємозв'язку між рівнем нейротизму та рівнем схильності до залежностей було використано дві діагностичні методики: опитувальник Г. Айзенка (EPQ) для визначення рівня нейротизму та методика діагностики схильності до 14-ти видів залежностей Г. В. Лозової. Дослідження проводилося серед цивільного населення міста Запоріжжя з використанням дистанційної форми збору даних (гугл форм) та за допомогою заповнення респондентами паперових бланків опитувальників.

2. Аналіз показників за шкалою нейротизму показав, що більша частина респондентів (43%) має середній рівень нейротизму. Треба також зазначити про значну кількість респондентів з високим (26%) та дуже високим рівнем нейротизму (20%), низький рівень нейротизму має найменша кількість респондентів (11%).

3. Результати описової статистики рівня схильностей до залежностей показали високі коефіцієнти варіації, що вказує на значну індивідуальну неоднорідність рівня схильностей респондентів. Лише три види схильностей до залежностей мали коефіцієнт варіації нижчий за 33%, а саме схильність до любовної залежності (32,78%), харчової залежності (30,34%) та загальна схильність до залежностей (21,85%).

4. Кореляційний аналіз за методом Пірсона та Спірмена підтвердив наявність статистично значущих зв'язків між рівнем нейротизму та схильністю до залежностей. Виявлено позитивну кореляцію середнього рівня між нейротизмом та загальною схильністю до залежностей ($r=0,5282$, $r_s=0,4999$), а також слабку кореляцію між рівнем нейротизму та схильністю до любовної

залежності ($r=0,3939$, $r_s=0,3852$) і лікарською (медикаментозної) залежністю ($r=0,3952$, $r_s=0,3895$).

5. Узагальнюючи результати емпіричного дослідження можливо зробити наступний висновок, що серед цивільного населення міста Запоріжжя найменша кількість людей має низький рівень нейротизму (11%), а високий і дуже високий рівень нейротизму має майже половина населення ($20+26=46\%$). Великий відсоток цивільного населення з рівнем нейротизму вище середнього та наявність середнього рівня кореляційного зв'язку між рівнем нейротизму та загальною схильністю до залежностей говорить про вірогідність формування залежностей як способу подолання стресу або емоційної напруги у майже половини цивільного населення.

РОЗДІЛ 3.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ

3.1. Методи зниження ризику формування адиктивної поведінки

Зниження ризику формування адиктивної поведінки це комплексна система профілактичних заходів яка повинна охоплювати індивідуальний, соціальний та освітній аспекти. Залежність формується поступово через взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів. Профілактика враховує особистісні особливості і середовище.

Розвиток емоційної регуляції допомагає керувати негативними емоціями які часто призводить до використання адиктивної поведінки як способу втечі від реальності. Стратегії емоційної регуляції знижують інтенсивність негативних реакцій, тим самим зменшуючи потребу в деструктивних (адиктивних) способах подолання стресу [31].

Люди з низькою стресостійкістю частіше звертаються до адиктивних стратегій як способу зменшення внутрішньої напруги. Розвинені копінг-стратегії допомагають справлятися зі складними ситуаціями [35].

Формування психологічної обізнаності про природу залежності може допомогти людям з прагматичним типом мислення. Інформаційна профілактика підвищує критичність мислення щодо потенційно небезпечних дій [30]. Це зменшує ймовірність експериментування з адиктивними формами поведінки. Обізнана людина більш захищена від адикцій.

Здатність керувати імпульсами знижує ризик переходу від ситуативної поведінки до залежної. Самоконтроль це захисний психологічний ресурс [15]. Він дозволяє людині сприймати довгострокові цілі пріоритетнішими ніж миттєві винагороди. В умовах стресу це відіграє велику роль.

Наявність стабільних соціальних зв'язків допомагає знизити рівень стресу та тривожності [19]. Виговорювання своїх переживань комусь, допомагає структурувати переживання та зменшує внутрішню напругу.

Наявність фізичного навантаження сприяє зниженню тривожності, стабілізації емоційного стану та покращенню когнітивних функцій. Опосередковано це підвищує рівень самоконтролю. Дотримання режиму сну та балансу навантаження–відпочинок підвищує біологічну стабільність, яка в свою чергу допомагає підтримувати психологічну рівновагу і знижує рівень імпульсивності [37].

Альтернативні джерела задоволення відіграють одну із важливіших ролей у профілактиці залежної поведінки. Про наявності різноманітних способів отримання позитивних емоцій людина менше схильна до залежної поведінки. Альтернативним джерелами можуть бути хобі, спорт, творчість або соціальна активність. Альтернативні підкріплення знижують домінування адиктивних стимулів [34]. Людина звертається до адикцій через те що в її світі це найлегший і найефективніший спосіб отримання задоволення.

Критичне мислення дозволяє аналізувати наслідки власних дій і не піддаватися імпульсивним рішенням. Критичне мислення знижує вплив зовнішніх тригерів та соціального тиску підвищуючи автономність поведінки [17]. І це зменшується ризик втрати контролю.

Неструктурований час створює хороше підґрунтя для адиктивної поведінки через відсутність організованості та контролю підвищуючи імпульсивність дій та рівень стресу. Тайм-менеджмент знижує ймовірність імпульсивних дій та додає відчуття організованості та контролю.

Так звана техніка «якщо – то» (implementation intentions) передбачає формування конкретних сценаріїв поведінки. Наприклад: якщо ми в ситуації А, то діємо по сценарію Б. Таким чином необхідність прийняття рішень у момент стресу зменшується сприяючи автоматизації реакцій [28]. Особливо ефективно для емоційно нестабільних осіб, але нажаль на всі ситуації життя сценаріїв не

настворюєш, все одно будуть траплятися ситуації про які навіть ніколи і не подумали.

Гігієна інформаційного середовища допомагає зберігати емоційні ресурси. Обмежуючи надмірну емоційну стимуляцію ми стабілізуємо емоційний стан. Легко помітити, що постійний інформаційний потік, конфліктні середовища або перевантаження соціальними мережами тільки підсилюють емоційну нестабільність.

Автономна внутрішня мотивація дозавляє краще контролювати поведінку зменшуючи залежність від зовнішніх стимулів і тиску [23]. Внутрішня мотивація значною мірою впливає на саморегуляцію.

Раннє виявлення ризиків, ідентифікація схильності до адиктивної поведінки підвищує ефективність профілактики. На ранньому етапі людина найбільш сприятлива для змін [40]. Наявно багато тестів схильностей до різних типів залежностей в науковому просторі і вони легкодоступні. Можна сформувати відношення до своїх залежностей як до алергії, якщо знаєш, що є схильність до чогось і велика вірогідність деструктивних наслідків, зменшуєш експозицію до окремих ситуацій.

Таким чином, зниження ризику формування адиктивної поведінки є багаторівневим процесом, що включає психологічні, соціальні та поведінкові стратегії. Поєднання різних підходів дозволяє взаємно підсилювати один одного і формувати систему захисту.

3.2. Розвиток емоційної саморегуляції для осіб із підвищеним нейротизмом

Люди з високим нейротизмом мають високу чутливість до негативних емоційних стимулів і схильність до інтенсивних переживань. Їхня емоційна система швидко активується і повільно повертається до нейтрально-базового стану. В такій ситуації емоційна саморегуляція зменшує інтенсивність емоційних реакцій і запобігає імпульсивній поведінці [31].

Для людини з високим нейротизмом характерне переживання змішаних станів, які важко ідентифікувати, тому диференціація емоцій може у цьому допомогти. Розрізнення тривоги, злості, сорому чи розчарування дозволить точніше підбрати спосіб реагування. Розвинення емоційної диференціації знижує ризик імпульсивних реакцій [14].

Когнітивна переоцінка ситуацій допомагає змінити інтерпретацію подій які викликають емоційну реакцію. Стрессова ситуація може бути оцінена не як катастрофа (до подібної оцінки люди з підвищеним нейротизмом дуже схильні), а як тимчасовий виклик. І це допоможе знизити інтенсивність негативних емоцій [31].

Фізіологічна регуляція може допомогти у керуванні емоціями. Дихальні техніки, релаксація та тілесні практики знижують рівень фізіологічного збудження безпосередньо впливаючи на інтенсивність емоційних реакцій [37].

Практика ведення емоційного щоденника дозволяє відстежувати емоційні стани та їхні тригери підвищуючи рівень саморефлексії. Починаючи краще розуміти закономірності власних реакцій людина формує більш усвідомлену поведінку.

Важливим елементом є розвиток навичок вирішення проблем. Зазвичай емоційна реакція посилюється через відчуття безсилля перед проблемою. Структурований підхід до вирішення проблем знижує тривожність. Розвиваючи навички вирішення проблем людина починає відчувати контроль над ситуацією [35].

Розвиток емоційної саморегуляції є тривалим процесом, який потребує постійної практики. Найкращі результати можливо досягнути поєднавши різні методи.

3.3. Рекомендації щодо самоконтролю для осіб із підвищеним нейротизмом

Оскільки емоційні стани можуть швидко перевищувати когнітивний контроль, саморегуляція потребує не «силового стримування», а системної роботи з емоційними та когнітивними процесами. Згідно з дослідженнями емоційна стабілізація є ключовим фактором підвищення самоконтролю [31].

У людей з високим нейротизмом самоконтроль є легко виснажувальним ресурсом під впливом стресу. Згідно з ресурсною моделлю самоконтролю, когнітивні ресурси мають обмежений характер і у стані втоми або напруження людина значно гірше контролює імпульси [15]. Слід створювати умови для відновлення ресурсів замість перевантажування себе вимогами до дисципліни.

Найпопулярніша рекомендація це введення короткої паузи перед дією. Ця пауза дозволяє активувати когнітивний контроль і знизити імпульсивність реакцій. Лише 30–60 секунд паузи до прийняття рішення суттєво впливають на прийняте рішення. Таке особливо важливо під час високого емоційного збудження. Подібний підхід використовується у методах тренування відкладеної реакції [38].

Наступним важливим кроком є розвиток навички усвідомлення емоцій. Людина повинна навчитися розпізнавати власні емоційні стани до того, як вони переходять у поведінкові реакції. Це дозволяє знизити автоматичність дій. Практики усвідомленості (mindfulness) показують високу ефективність у цьому контексті [32]. Вони допомагають створити «простір» між емоцією і дією.

Важливу роль відіграє стабілізація фізіологічного стану. Недосип, голод і перевтома значно знижують здатність до самоконтролю. Дослідження показують, що навіть незначне порушення сну підвищує емоційну реактивність [37]. Тому регулярний режим сну є базовою умовою психологічної стабільності. Це особливо критично для сьогодення.

Особи з високим нейротизмом схильні до уникнення складних емоційних ситуацій, що лише підсилює тривожність. Поступова «м'яка експозиція» зі

стресовими ситуаціями дозволяє поступово формувати адаптаційні механізми [17]. Подібний підхід використовується когнітивно-поведінкової терапії, часто її іменують «десенсибілізацією».

Чіткий план дій у стресових ситуаціях зменшує невизначеність і тривогу. Ризик імпульсивних рішень знижується коли людина заздалегідь визначає як буде діяти у складних умовах [12].

Розвиток внутрішнього локусу контролю допомагає людині відчувати, що вони можуть впливати на своє життя, подібне допомагає регулювати поведінку. Вони менш схильні до безпорадності та імпульсивних реакцій [39]. Формування відчуття впливу підвищує стійкість до стресу.

Поступове формування звичок знижує навантаження на свідомий контроль [45]. Таким чином самоконтроль частково переходить у звички звільняючи когнітивні ресурси і роблячи поведінку більш стабільною.

Вміння розпізнавати ранні сигнали емоційного перенавантаження (фізичні або психологічні ознаки стресу) дозволяє запобігти імпульсивним реакціям. Це є профілактикою зривів. Такий підхід широко використовується у роботі з адикціями.

Самоспівчуття яке передбачає ставлення до себе з розумінням, а не з критикою зменшує рівень внутрішнього стресу. Надмірна ж самокритика, навпаки, підсилює емоційну нестабільність. Прийняття власних емоцій дозволяє краще ними керувати. Мета цього зменшення внутрішнього конфлікту, а не відсутність змін. Такий підхід підвищує психологічну стабільність та психологічну рівновагу.

Загалом розвиток самоконтролю у осіб із підвищеним нейротизмом має бути поступовим і системним. Він включає роботу з емоціями, мисленням, поведінкою та фізіологічним станом. Важливо уникати різких обмежень, які можуть призводити до зривів. Ефективність забезпечується поєднанням різних стратегій. Це дозволяє досягти стабільної саморегуляції та зниження ризику дезадаптивної поведінки.

Висновок до розділу 3

Отже, профілактика залежностей повинна враховувати як особистісні особливості так і середовищні особливості. Через високу реактивність нервової системи людям з високим нейротизмом допоможе формування навичок емоційної саморегуляції та самоконтроль. Такі навички як диференціація емоцій, когнітивна переоцінка ситуації, раннє розпізнавання емоційного перевантаження, ведення емоційного щоденника, критичне мислення, гігієна інформаційного простору можуть допомогти у боротьбі з компульсивністю поведінки та зменшенням внутрішнього дискомфорту до того як це напруження стане нестерпним. Наявність альтернативних джерел задоволення та проінформованість про наслідки адиктивної поведінки для людей з прагматичним типом мислення вплине на вибір способу зниження емоційного дискомфорту. Також, існує достатньо простих технік як пауза перед прийняттям рішення, техніка «якщо – то», тайм-менеджмент які можуть допомогти, але вони вимагають якогось базового рівня самоконтролю. Наявність соціального зв'язків відіграє важливу роль у профілактиці залежної поведінки, підтримка та звичайне «виговоритися» допоможе знизити рівень стресу. Також, треба не забувати про вплив оточення.

ВИСНОВКИ

1. На основі теоретичного аналізу описали особливості і взаємозв'язок нейротизму та схильності до залежностей у цивільного населення. У роботі аналіз літератури дозволив визначити рівень нейротизму як один із предикторів формування схильностей до залежностей серед цивільного населення. В умовах криз або соціальних змін люди з високим рівнем нейротизму, через особливість їх емоційного реагування, переживають високий рівень емоційного перевантаження. Це емоційне перевантаження призводить до дискомфорту, якого людина хоче як найскоріше позбутися. Нейротизм також відіграє велику роль у виборі способів зниження емоційного дискомфорту, високий нейротизм підвищує схильність до вибору деструктивним методів усунення дискомфорту, якими є залежності.

2. На основі емпіричного дослідження описали особливості нейротизму та схильності до залежностей у представників цивільного населення. Під час емпіричного дослідження з метою вивчення взаємозв'язку між рівнем нейротизму та рівнем схильності до залежностей для визначення рівня нейротизму було використано опитувальник Г. Айзенка (EPQ) та методика діагностики схильності до 14-ти видів залежностей Г. В. Лозової. Аналіз показників за шкалою нейротизму показав, що високий та дуже високим рівень нейротизму має майже половина респондентів, а низький рівень нейротизму має найменша кількість респондентів. Зі статистики рівня схильностей до залежностей лише три види схильностей до залежностей мали не високий коефіцієнт варіації, а саме схильність до любовної залежності, до харчової залежності та загальна схильність до залежностей.

3. Описали характер взаємозв'язку між нейротизмом і схильністю до залежностей у представників цивільного населення. Аналіз емпіричного дослідження в роботі підтвердив гіпотезу, що є позитивна кореляція між

нейротизмом та схильністю до залежностей. Кореляційний аналіз за методом Пірсона та методом Спірмена виявив позитивну кореляцію середнього рівня між нейротизмом та загальною схильністю до залежностей, а також слабку кореляцію між рівнем нейротизму та схильністю до любовної залежності і лікарською (медикаментозної) залежністю. Враховуючи середній рівень кореляційного зв'язку між рівнем нейротизму та загальною схильністю до залежностей це може стати хорошим підґрунтям для формування залежностей як способу подолання стресу або емоційної напруги у майже половини цивільного населення.

4. Сформулювали практичні рекомендації щодо профілактики адиктивної поведінки. Живучи у сучасному суспільстві майже не можливо бути не залежним від чогось. Залежність стає проблемою коли ми не в змозі контролювати свою поведінку, і ця поведінка негативно позначається на нашому добробуті або оточені. Цей негативний вплив на наш добробут скоріше за все помітять оточуючи, для того хто залежить, все виглядає логічно і нормально. Але, що якщо, оточуючи так само залежні від цих же речовин або поведінки? В практиці лікування залежностей, свідоме розуміння залежності і визнання цього один із перших і найголовніших кроків. На мою думку, одною із головніших ознак наявності залежності є синдром відміни (абстинентний синдром). Коли у Вас щось забирають або не дають, і Ви відчуваєте раптовий дискомфорт, не завжди розуміючи його причини, Вам важко сконцентруватися, Ви стаєте дратівливими та тривожними, можуть навіть з'являтися дискомфортні фізичні відчуття як головний біль, м'язові болі, надлишкова пітливість. На жаль, люди з високим нейротизмом, через особливості роботи лімбічної системи, схильні до гіперболізованого реагування на стимули. Тут треба ще згадати, що емоційно стабільна людина (низький нейротизм) буде сприймати нейротика (високий нейротизм) як занадто емоційну, і навпаки. Для людей з високим нейротизмом, позитивний кореляційний зв'язок між нейротизмом та схильністю до залежностей означає, що їм варто більше приділяти уваги емоційній саморегуляції і самоконтролю. Такі навички як: здатність керування імпульсами,

критичне мислення, інформаційна гігієна, когнітивна переоцінка ситуації, усвідомлення емоцій, розпізнавання ранніх сигналів емоційного перевантаження та самоспівчуття знижуючи перевантаження емоційної системи знижують і ризик формування адиктивної поведінки. Психологічна обізнаність про природу адиктивної поведінки, наявність стабільних соціальних зв'язків, наявність альтернативних джерел задоволення, внутрішня мотивація, стабілізація фізичного стану теж впливають на вірогідність формування залежностей. Також, існують прості техніки наприклад: «якщо — то» (створення вірогідних сценаріїв), пауза перед прийняттям рішення які допоможуть зі зниженням компульсивності поведінки. В формуванні залежностей відіграє велику роль зовнішні умови, або випадок, тому треба приділяти увагу які принципи та ідеї сповідує суспільство в якому Ви знаходитися. Коли зовнішня обстановка не перенасичена негативними стимулами і наявні позитивні стимули, вірогідність досягнення ліміту емоційного напруження нижча. Але і в достатньо комфортних умовах нейротики знайдуть щось погане і сконцентрують на цьому усю свою увагу. Не слід забувати, що залежність виглядає дуже ефективною у емоційній компенсації негативних станів з точки зору витрати/результат. З цієї точки зору альтернативні джерела задоволення виглядають найменш ефективними, наприклад: хоббі може потребувати в десятки, а може і в сотні більше ресурсів ніж якась хімічна речовина, при майже однаковому компенсаторному ефекті. Техніки стабілізації, саморегуляція, самоконтроль вимагають ментальних ресурсів, які і так у невротиків дуже швидко витрачаються. Формування ж звичок застосування технік вимагає ще більш дефіцитного ресурсу такого як довгострокова мотивація. Моя рекомендація для людей з високим нейротизмом виглядає так: Знайдіть те що допомагає стабілізувати Ваш емоційний стан, на жаль Ви станете залежним від цього, бо стабілізуватися прийдеться досить часто, але виберіть таку техніку, дію, речовину яка не значно прискорює наближення ментальної або фізичної смерті і не руйнує соціальні зв'язки. І дозвольте тому кому довіряєте, мати вагому думку про Ваш метод емоційної стабілізації, або

ведіть хронологічно–кількісну статистику застосування цього методу або методів, це буде датчиком–запобіжником на випадок втрати контролю, щоб те чим лікуємося не стало самою хворобою. Постійна заміна залежностей, теж виглядає як якась альтернатива, але тоді необхідна стабільна система критеріїв оцінки негативних наслідків кожної залежності.

Перспективи подальшого дослідження полягають у ранньому розпізнаванні нових типів залежностей і прогнозування їх впливу на особистість. 10 років тому про залежність від соціальних мереж майже нічого не було відомо, і як бачимо суспільство реагує постфактум коли негативні наслідки вже важко ігнорувати. Зараз ми знаходимося на етапі розквіту залежності від енергетичних напоїв і вейпів, і самі по собі ці залежності свідчать про значні психологічні зміни у суспільстві.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вірна Ж. П. Психологія професійної безпеки. Луцьк : Вежа–Друк, 2020. 312 с.
2. Вітенко І. С., Вітенко Т. І. Основи психології : підручник. Київ : Нова книга, 2011. 256 с.
3. Змановська О. В. Девіантологія: психологія відхиленої поведінки. Львів : Новий Світ–2000, 2020. 288 с.
4. Кернберг О. Важкі особистісні розлади. Львів : Видавництво Старого Лева, 2018. 464 с.
5. Кокун О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Діагностування поведінкових адикцій військовослужбовців. Київ : 7БЦ, 2024. 36 с.
6. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В. Діагностування психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 153 с.
7. Кулеба Д. І. Українська дипломатична енциклопедія : у 2 т. / редкол.: Л. В. Губерський (голова) та ін. Київ : Знання України, 2004. Т. 2. 812 с.
8. Лозова Г. В. Психологічні особливості адиктивної поведінки особистості. Київ : ВІПОЛ, 2007. 210 с.
9. Максименко С. Д. Психологія особистості : підручник. Київ : КММ, 2017. 448 с.
10. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2002. 383 с.
11. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки. Київ : Либідь, 2011. 520 с.
12. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York : W. H. Freeman, 1997. 604 p.

13. Barlow D. H. et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Patient guide. Oxford : Oxford University Press, 2021. 176 p.
14. Barrett L. F. How emotions are made: The secret life of the brain. Boston : Houghton Mifflin Harcourt, 2017. 448 p.
15. Baumeister R. F., Vohs K. D., Tice D. M. The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*. 2007. Vol. 16, no. 6. P. 351–355.
16. Beck A. T., Wright F. D., Newman C. F., Liese B. S. Cognitive therapy of substance abuse. New York : Guilford Press, 1993. 340 p.
17. Beck J. S. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2011. 391 p.
18. Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*. 2010. Vol. no. 61. P. 679–704.
19. Cohen S., Wills T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985. Vol. 98, no. 2. P. 310–357.
20. Costa P. T., McCrae R. R. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). Odessa, FL : Psychological Assessment Resources, 1992. 101 p.
21. Costa P. T., McCrae R. R. The Five-Factor Model of personality across cultures. Cham : Springer Nature, 2005. 611 p.
22. Costa P. T. Jr., McCrae R. R. Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*. 1995. Vol. 64, no. 1. P. 21–50.
23. Deci E. L., Ryan R. M. The “what” and “why” of goal pursuits. *Psychological Inquiry*. 2000. Vol. 11, no. 4. P. 227–268.
24. Eysenck H. J. A model for personality. New York : Springer-Verlag, 1981. 287 p.
25. Eysenck H. J. Dimensions of personality: Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*. 1991. Vol. 12, no. 8. P. 773–790.
26. Eysenck H. J. Facts and fictions in psychology. London : Routledge & Kegan Paul, 1971. 224 p.

27. Eysenck H. J. The biological basis of personality. Springfield : Thomas, 1967. 384 p.
28. Gollwitzer P. M. Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*. 1999. Vol. 54, no. 7. P. 493–503.
29. Goodman A. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*. 1990. Vol. 85, no. 11. P. 1403–1408.
30. Griffiths M. D. A components model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*. 2005. Vol. 10, no. 4. P. 191–197.
31. Gross J. J. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*. 2015. Vol. 26, no. 1. P. 1–26.
32. Kabat–Zinn J. Mindfulness–based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003. Vol. 10, no. 2. P. 144–156.
33. Khantzian, E. J. (1985). The self–medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*. 1985. Vol. 142, no. 11. P. 1259–1264.
34. Koob G. F., Volkow N. D. Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016. Vol. 3, no. 8. P. 760–773.
35. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York : Springer, 1984. 456 p.
36. McCrae R. R. et al. Universal features of personality traits from the observer’s perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2005. Vol. 88, no. 3. P. 547–561.
37. McEwen B. S. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*. 1998. Vol. 338, no. 3. P. 171–179.
38. Mischel W., Shoda Y., Rodriguez M. L. Delay of gratification in children. *Science*. 1989. Vol. 244, no. 4907. P. 933–938.
39. Rotter J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 1966. Vol. 80, no. 1. P. 1–28.

40. Shaffer H. J. et al. Toward a syndrome model of addiction. *Harvard Review of Psychiatry*. 2004. Vol. 12, no. 6. P. 367–374.
41. Widiger T. A. *The Oxford handbook of the Five-Factor Model*. Oxford : Oxford University Press, 2022. 656 p.
42. Widiger T. A., Costa P. T. *Personality disorders and the Five-Factor Model of personality*. Washington : American Psychological Association, 2013. 430 p.
43. Widiger T. A., Oltmanns J. R. Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous implications for public health. *World Psychiatry*. 2017. Vol. 16, no. 2. P. 144–145.
44. Whiteside S. P., Lynam D. R. The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*. 2001. Vol. 30, no. 4. P. 669–689.
45. Wood W., Neal D. T. A new look at habits and the habit–goal interface. *Psychological Review*. 2007. Vol. 114, no. 4. P. 843–863.

ДОДАТКИ

Додаток А

Паперовий бланк опитувальника особистісних рис Г. Айзенка та схильностей до залежностей В.Г. Лозової

Бакалаврське дослідження на тему: «Взаємозв'язок нейротизму і схильності до залежностей у цивільного населення»

Запрошуємо Вас взяти участь у психологічному дослідженні. Це опитування присвячене вивченню того як така фундаментальна риса особистості як нейротизм (сила реакції по відношенню до стимулу) впливає на наш вибір залежностей. Середня тривалість проходження опитування 15–20 хвилин. Опитування анонімне. Просимо уважно читати кожне твердження та обвести варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашим відчуттям і досвіду. Важливо відповідати щиро – у цьому опитуванні немає «правильних» чи «неправильних» відповідей. Дякуємо за Ваш час і внесок у дослідження!

Ваша стать	Жіноча	Чоловіча
Вкажіть Ваш вік		
Тест 1 Інструкція: Вам буде запропоновано відповісти на низку запитань. Відповідайте тільки “так” (якщо Ви згодні з твердженням) або “ні” (якщо не згодні). Не роздумуйте! Важлива Ваша безпосередня реакція. Досліджуються тільки Ваші особистісні особливості, тому правильних або неправильних відповідей не існує.		
1. Чи часто Ви відчуваєте потяг до нових вражень, до того, щоб “підбадьоритися”, відчути збудження?	Так	Ні
2. Чи часто Ви відчуваєте, що маєте потребу в друзях, які Вас розуміють, можуть Вас підбадьорити або втішити?	Так	Ні
3. Ви людина безтурботна?	Так	Ні
4. Чи не вважаєте Ви, що Вам важко відповідати “ні”?	Так	Ні
5. Чи замислюєтеся Ви перед тим, як що–небудь зробити?	Так	Ні
6. Якщо Ви обіцяєте щось зробити, чи завжди Ви дотримуєтеся своїх обіцянок (незалежно від того, зручно це Вам чи ні)?	Так	Ні
7. Чи часто у Вас бувають спади та підйоми настрою?	Так	Ні
8. Зазвичай Ви дієте та говорите швидко, не роздумуючи?	Так	Ні
9. Чи часто Ви відчуваєте себе нещасною людиною без достатніх на те причин?	Так	Ні
10. Зробили б Ви майже все, що завгодно, на спір?	Так	Ні
11. Чи виникає у Вас почуття сором'язливості й зніяковілості, коли Ви хочете познайомитися з людиною протилежної статі, яка Вам симпатична?	Так	Ні
12. Чи буває так, що розізлившись, Ви втрачаєте витримку?	Так	Ні
13. Чи часто Ви дієте непомірковано під впливом хвилинного настрою?	Так	Ні
14. Чи часто Ви тривожитеся через те, що зробили чи сказали що–небудь таке, чого не слід було б робити або	Так	Ні

говорити?		
15. Чи віддаєте Ви перевагу читанню книг, а не зустрічі з людьми?	Так	Ні
16. Чи легко Вас образити?	Так	Ні
17. Чи любите Ви часто бувати в компанії?	Так	Ні
18. Чи бувають у Вас іноді такі думки, які Ви хотіли б приховати від інших?	Так	Ні
19. Чи правда, що Ви іноді настільки сповнені енергії, що все “горить” у руках, а іноді відчуваєте сильну млявість?	Так	Ні
20. Чи надаєте Ви перевагу тому, щоб мати поменше друзів, проте особливо близьких до Вас?	Так	Ні
21. Чи часто Ви мрієте?	Так	Ні
22. Коли на Вас кричать, чи відповідаєте Ви тим же?	Так	Ні
23. Чи часто Вас турбує почуття провини?	Так	Ні
24. Чи всі Ваші звички хороші й бажані?	Так	Ні
25. Чи здатні Ви дати волю своїм почуттям і щосилиповеселитися в шумній компанії?	Так	Ні
26. Чи вважаєте Ви себе людиною збудливою й чутливою?	Так	Ні
27. Чи вважають Вас людиною живою та веселою?	Так	Ні
28. Чи часто, зробивши якусь важливу справу, Ви повертаєтесь до неї подумки й міркуєте, що могли б зробити її краще?	Так	Ні
29. Ви більше мовчите, коли перебуваєте в товаристві інших людей?	Так	Ні
30. Ви іноді пліткуєте?	Так	Ні
31. Чи буває, що Вам не спиться через те, що різні думки приходять у голову?	Так	Ні
32. Якщо Ви хочете дізнатися про що–небудь, то Ви віддаєте перевагу тому, щоб прочитати про це в книзі, ніж запитати?	Так	Ні
33. Чи буває у Вас сильне серцебиття?	Так	Ні
34. Чи подобається Вам робота, яка вимагає від Вас пильної уваги?	Так	Ні
35. Чи бувають у Вас напади тремтіння?	Так	Ні
36. Чи вірно, що Ви завжди кажете про знайомих людей тільки добре навіть тоді, коли впевнені, що вони про це не дізнаються?	Так	Ні
37. Вам неприємно знаходитися в компанії, де жартують один над одним?	Так	Ні
38. Чи Ви дратівливі?	Так	Ні
39. Чи подобається Вам робота, яка вимагає швидкості дії?	Так	Ні
40. Чи хвилюєтеся Ви з приводу різних неприємностей, які могли б статися, хоча все скінчилося благополучно?	Так	Ні
41. Ви неквапливі в рухах?	Так	Ні
42. Ви коли–небудь запізнювалися на побачення або на роботу?	Так	Ні
43. Чи часто Вам сняться кошмари?	Так	Ні
44. Чи правда, що Ви так любите побалакати, що не пропустите нагоди поговорити з незнайомою людиною?	Так	Ні
45. Чи турбують Вас які–небудь болі?	Так	Ні
46. Ви б відчували себе дуже нещасним, якби тривалий час були позбавлені широкого спілкування з людьми?	Так	Ні
47. Чи можете Ви назвати себе нервовою людиною?	Так	Ні
48. Чи є серед Ваших знайомих люди, які Вам явно не подобаються?	Так	Ні
49. Чи можете Ви сказати, що Ви дуже впевнена в собі людина?	Так	Ні

50. Чи легко Ви ображаєтеся, коли вказують на Ваші помилки в роботі або на Ваші особисті промахи?	Так	Ні
51. Ви вважаєте, що важко отримати справжнє задоволення від вечірки?	Так	Ні
52. Чи турбує Вас почуття, що Ви чимось гірші за інших?	Так	Ні
53. Чи легко Вам внести пожвавлення в досить нудну компанію?	Так	Ні
54. Чи буває, що Ви говорите про речі, в яких зовсім не розбираєтеся?	Так	Ні
55. Чи турбуєтеся Ви про своє здоров'я?	Так	Ні
56. Чи любите Ви жартувати над іншими?	Так	Ні
57. Чи страждаєте Ви від безсоння?	Так	Ні
Тест 2		
Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та позначте один варіант Вашої відповіді		
1. Час від часу мені дуже хочеться випити, щоб розслабитися	Ні	Скоріш ні
2. У свій вільний час я найчастіше дивлюся телевізор	Ні	Скоріш ні
3. Я вважаю, що самотність – це найстрашніше у житті	Ні	Скоріш ні
4. Я – людина азартна і люблю азартні ігри	Ні	Скоріш ні
5. Міжстатеві відносини – це найбільше задоволення в житті	Ні	Скоріш ні
6. Я досить часто їм не від голоду, а для отримання задоволення	Ні	Скоріш ні
7. Я дотримуюся релігійних ритуалів	Ні	Скоріш ні
8. Я весь час думаю про роботу, про те, як зробити її краще	Ні	Скоріш ні
9. Я досить часто приймаю ліки	Ні	Скоріш ні
10. Я проводжу дуже багато часу за комп'ютером	Ні	Скоріш ні
11. Не уявляю своє життя без сигарет	Ні	Скоріш ні
12. Я активно цікавлюся проблемами здоров'я	Ні	Скоріш ні
13. Я пробував наркотичні речовини	Ні	Скоріш ні
14. Мені важко боротися зі своїми звичками	Ні	Скоріш ні
15. Іноді я не пам'ятаю, що сталося під час сп'яніння	Ні	Скоріш ні
16. Я можу довго клацати пультом у пошуках чогось цікавого по телевізору	Ні	Скоріш ні
17. Головне, щоб кохана людина завжди була поруч	Ні	Скоріш ні
18. Час від часу я відвідую ігрові автомати	Ні	Скоріш ні
19. Я не думаю про міжстатеві стосунки тільки тоді, коли я сплю	Ні	Скоріш ні
20. Я постійно думаю про їжу, уявляю собі різну смакоту	Ні	Скоріш ні
21. Я досить активний член релігійної громади	Ні	Скоріш ні
22. Я зовсім не вмію відпочивати, і тому під час вихідних та у відпустці почуваю себе гірше, ніж на роботі	Ні	Скоріш ні
23. Ліки – найпростіший спосіб поліпшити самопочуття	Ні	Скоріш ні
24. Комп'ютер (або інший гаджет з такими ж можливостями) – це реальна можливість жити повним життям	Ні	Скоріш ні
25. Сигарети завжди зі мною	Ні	Скоріш ні

26. На підтримку здоров'я не шкодую ні сил, ні грошей, ні часу	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
27. Спробувати наркотик – це отримати цікавий життєвий урок	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
28. Я вважаю, що кожна людина від чогось залежить	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
29. Буває що я трішки «перебираю», коли випиваю	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
30. Телевізор увімкнено більшість часу мого перебування вдома	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
31. Коли я не разом з коханою людиною, я постійно думаю про неї	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
32. Гра дає найгостріші відчуття в житті	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
33. Я готовий йти на «випадкові зв'язки», адже стриманість для мене вкрай важка	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
34. Якщо страва дуже смачна, то я не втримаюся від добавки	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
35. Вважаю що релігія – єдине, що може врятувати світ	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
36. Близькі часто скаржаться, що я постійно працюю	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
37. У моєму будинку багато медичних та подібних препаратів	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
38. Під час перебування в Інтернеті я часто забуваю зробити поточні справи	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
39. Сигарета – це найпростіший спосіб розслабитися	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
40. Я читаю медичні журнали і газети, дивлюся передачі про здоров'я	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
41. Наркотик дає найсильніші відчуття з усіх можливих	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
42. Звичка – друга натура, і позбутися її нерозумно	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
43. Алкоголь в нашому житті – основний засіб розслаблення і підвищення настрою	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
44. Якщо зламався телевізор, то я не буду знати, чим себе розважити ввечері	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
45. Бути покинутим коханою людиною – найбільше нещастя, яке може статися	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
46. Я розумію азартних гравців, які можуть в одну ніч виграти цілий статок, а в іншу – програти два	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
47. Найстрашніше – це отримати фізичне каліцтво, яке унеможливить задоволення партнера в ліжку	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
48. При поході в магазин не можу втриматися, що б не купити щось смачненьке	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
49. Найголовніше в житті – жити повним релігійним життям	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
50. Міра цінності людини полягає в тому, на скільки вона віддає себе роботі	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
51. Я досить часто приймаю ліки	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
52. «Віртуальна реальність» більш цікава, ніж звичайне життя	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
53. Я щодня курю	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
54. Я намагаюся невідступно дотримуватися правил здорового способу життя	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
55. Іноді я вживаю засоби, що вважаються наркотичними	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
56. Людина – істота слабка, потрібно бути терпимим до її шкідливих звичок	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
57. Мені подобається випити і повеселитися у веселій компанії	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
58. У наш час майже все можна дізнатися з телевізора	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
59. Любити і бути коханим це головне в житті	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так

60. Гра – це реальний шанс зірвати куш, виграти багато грошей	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
61. Міжстатеві відносини – це найкраще проведення часу	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
62. Я дуже люблю готувати і роблю це так часто, як можу	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
63. Я часто відвідую релігійні заклади	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
64. Я вважаю, що людина повинна працювати на совість, адже гроші це не головне	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
65. Коли я нервую, я віддаю перевагу прийняттю заспокійливого	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
66. Якби я міг, то весь час займався б комп'ютером	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
67. Я – курець зі стажем	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
68. Я турбуюся за здоров'я близьких, намагаюся залучити їх до здорового способу життя	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
69. За інтенсивністю відчуттів наркотик не може зрівнятися ні з чим	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так
70. Нерозумно намагатися показати свою силу волі і відмовитися від різних радощів життя	Ні	Скоріш ні	Важко відповісти	Скоріш так	Так

“Ключ” відповідей для опитувальника Г. Айзенка

Шкала “Екстраверсія–Інтроверсія”

Відповідь “так” – питання 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56.

Відповідь “ні” – питання 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

Шкала “Нейротизм–Стабільність”

Відповідь “так” – питання 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

Шкала “Корекції”

Відповідь “так” – питання 6, 24, 36.

Відповідь “ні” – питання 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Інтерпретація результатів

Шкала “Корекції”

0–3 бали – відвертий;

4–6 балів – ситуативний;

7–9 балів – брехливий.

Слід зазначити, що в даному випадку мова йде тільки про ступінь відвертості при відповідях на питання тесту, а не про брехню як особистісну характеристику. За умови, якщо за шкалою “корекції” набрано більше 5 балів – даним довіряти не можна.

«Ключ» відповідей до опитувальника Г.В. Лозової

Підсумуйте бали за окремими видами схильностей до залежностей:

1. Залежність від алкоголю: 1, 15, 29, 43, 57.

2. Телевізійна залежність: 2, 16, 30, 44, 58.

3. Любовна залежність: 3, 17, 31, 45, 59.

4. Ігрова залежність: 4, 18, 32, 46, 60.

5. Залежність від міжстатевих відносин: 5, 19, 33, 47, 61.

6. Харчова залежність: 6, 20, 34, 48, 62.

7. Релігійна залежність: 7, 21, 35, 49, 63.

- 8. Трудова залежність: 8, 22, 36, 50, 64.
- 9. Лікарська залежність: 9, 23, 37, 51, 65.
- 10. Залежність від комп'ютера (інтернету, соціальних мереж): 10, 24, 38, 52, 66.
- 11. Залежність від куріння: 11, 25, 39, 53, 67.
- 12. Залежність від здорового способу життя: 12, 26, 40, 54, 68.
- 13. Наркотична залежність: 13, 27, 41, 55, 69.
- 14. Загальна схильність до залежностей: 14, 28, 42, 56, 70.

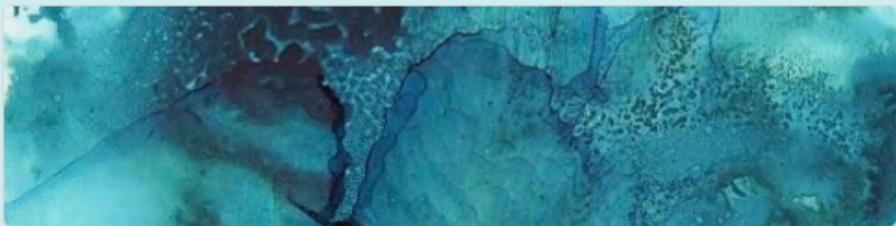
Інтерпретація результатів

Розшифровка–умовні норми:

- 5 – 11 балів – низька схильність,
- 12 – 18 балів – середня схильність,
- 19 – 25 балів – високий ступінь схильності до залежностей

Скріншот гугл форми опитувальника особистісних рис Г. Айзенка та схильностей до залежностей В.Г. Лозової

Заяпитання
Відповіді 40
Налаштування



Бакалаврське дослідження на тему: «Взаємозв'язок нейротизму і схильності до залежностей у цивільного населення»

В I U ↺ ↻

Запрошуємо Вас взяти участь у психологічному дослідженні. Це опитування присвячене вивченню того як така фундаментальна риса особистості як нейротизм (сила реакції по відношенню до стимулу) впливає на наш вибір залежностей. Середня тривалість проходження опитування 15-20 хвилин. Опитування анонімне. Просимо уважно читати кожне твердження та обирати варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашим відчуттям і досвіду. Важливо відповідати щиро – у цьому опитуванні немає «правильних» чи «неправильних» відповідей. Дякуємо за Ваш час і внесок у дослідження!

1. Ваша стать *

☐ Жіноча

☐ Чоловіча

2. Вкажіть ваш вік (повна кількість років). *

Текст запитання з короткими відповідями

.....

Тест 1

Інструкція: Вам буде запропоновано відповісти на низку запитань. Відповідайте тільки "так" (якщо Ви згодні з твердженням) або "ні" (якщо не згодні). Не роздумуйте! Важлива Ваша безпосередня реакція. Досліджуються тільки Ваші особистісні особливості, тому правильних або неправильних відповідей не існує.

1. Чи часто Ви відчуваєте потяг до нових вражень, до того, щоб "підбадьоритися", відчувати збудження? *

☐ Так

☐ Ні

Додаток В

Загальні результати емпіричного дослідження в табличному вигляді

Респондент	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Результат	3	14	6	17	10	12	10	7	10	6	7	12	3	6	6
Інтроверсія-Екстраверсія (0-24)	18	17	15	20	10	8	10	13	19	5	20	17	12	20	16
Нейротизм (0-24)	1	5	3	4	6	6	3	4	2	5	6	3	4	3	4
Тенденція респондента до соціально бажаних відповідей (0-9)	12	16	10	18	9	5	7	15	8	8	11	5	5	5	12
Схильність до алкогольної залежності	20	16	6	23	5	7	12	13	7	6	6	5	5	5	7
Схильність до телевізійної залежності	17	17	12	20	12	17	14	14	15	10	17	22	21	6	13
Схильність до любовної залежності	5	14	6	12	5	5	8	20	10	6	5	8	7	5	5
Схильність до ігрової залежності	6	12	11	16	5	11	7	14	9	5	7	8	5	5	11
Схильність до залежності від міжстатевих відносин	9	16	13	19	5	12	15	16	15	12	11	17	9	15	16
Схильність до харчової залежності	5	21	6	9	5	9	8	15	17	15	6	5	5	5	10
Схильність до релігійної залежності	7	12	11	14	15	12	13	17	13	9	15	15	10	8	9
Схильність до трудової залежності	6	12	14	19	5	13	5	16	11	10	16	14	7	5	9
Схильність до залежності від медикаментів	11	9	9	17	12	6	16	17	8	7	7	7	9	24	17
Схильність до комп'ютерної залежності	5	8	5	5	5	5	5	17	16	5	5	11	5	5	5
Схильність до тютюнової залежності	10	17	12	19	13	20	17	17	6	21	17	23	12	11	11
Схильність до залежності від здорового способу життя	6	8	9	12	8	5	11	10	9	5	7	13	7	5	11
Схильність до наркотичної залежності	14	11	14	18	8	13	19	16	18	9	14	12	11	15	17
Загальна схильність до залежностей															

Респондент	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Інтроверсія-Екстраверсія (0-24)	3	10	9	13	11	11	8	14	7	10	4	2	13	16	8
Нейротизм (0-24)	10	13	9	13	13	11	12	18	10	21	20	16	14	8	9
Тенденція респондента до соціально бажаних відповідей (0-9)	5	3	2	5	1	4	2	3	3	2	1	3	2	2	8
Схильність до алкогольної залежності	5	14	19	12	13	5	16	9	8	6	11	5	13	13	8
Схильність до телевізійної залежності	5	10	6	5	9	16	5	12	10	16	5	5	6	9	6
Схильність до любовної залежності	5	12	13	5	12	14	10	16	18	21	24	13	13	17	13
Схильність до ігрової залежності	5	5	6	9	6	5	6	8	5	9	5	5	5	6	6
Схильність до залежності від міжстатевих відносин	6	7	8	5	8	13	11	6	12	11	20	5	9	18	12
Схильність до харчової залежності	9	15	6	13	15	6	17	19	15	18	7	10	14	14	8
Схильність до релігійної залежності	5	5	5	5	5	7	7	5	5	5	5	5	7	6	5
Схильність до трудової залежності	6	8	14	6	9	10	12	7	5	11	7	11	13	14	16
Схильність до залежності від медикаментів	9	9	5	9	6	8	9	5	5	17	13	13	14	16	9
Схильність до комп'ютерної залежності	10	9	10	10	13	7	10	9	6	5	12	11	15	9	8
Схильність до тютюнової залежності	5	5	5	5	5	5	23	5	5	16	5	5	5	5	5
Схильність до залежності від здорового способу життя	12	15	15	9	6	11	10	10	22	16	25	18	19	20	16
Схильність до наркотичної залежності	5	5	7	7	5	8	5	8	7	5	8	5	5	5	5
Загальна схильність до залежностей	9	15	15	18	12	11	16	18	9	17	17	11	13	11	11

Респондент	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Інтроверсія-Екстраверсія (0-24)	6	16	4	2	11	4	11	9	10	9
Нейротизм (0-24)	20	20	12	18	16	13	9	13	13	6
Тенденція респондента до соціально бажаних відповідей (0-9)	1	0	2	4	2	1	4	2	3	7
Схильність до алкогольної залежності	8	11	5	5	10	9	16	7	5	8
Схильність до телевізійної залежності	15	13	9	5	6	10	5	5	9	9
Схильність до любовної залежності	19	17	14	12	16	11	13	5	14	19
Схильність до ігрової залежності	5	5	6	5	13	5	5	7	5	5
Схильність до залежності від міжстатевих відносин	9	10	11	10	13	13	11	7	5	13
Схильність до харчової залежності	18	10	12	5	16	6	11	11	14	6
Схильність до релігійної залежності	5	6	7	5	6	6	5	7	6	11
Схильність до трудової залежності	8	11	15	19	14	13	10	11	9	14
Схильність до залежності від медикаментів	18	13	10	23	9	5	7	5	15	5
Схильність до комп'ютерної залежності	17	11	13	12	15	14	9	9	13	9
Схильність до тютюнової залежності	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Схильність до залежності від здорового способу життя	10	11	12	13	15	6	16	16	6	11
Схильність до наркотичної залежності	5	5	5	5	6	5	5	10	5	5
Загальна схильність до залежностей	15	15	12	21	18	16	12	14	11	18