КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Вплив стресу та тривожності на особливості адиктивної поведінки осіб раннього дорослого віку

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-234 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Волкова О.О.
(прізвище та ініціали)
Керівники
к.психол.н., доц.
Трофімова Д.О.
д.мед.н., проф.
Ситник С.І.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 23» червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології
_____д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П
підпис (наукова ступінь, вчене звання,прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології
_____к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання,прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2025

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі магістра було проаналізовано вплив стресу та тривожності на особливості адиктивної поведінки осіб раннього дорослого віку. Було сформовано вибірку з 71 респондента віком від 20 до 40 років. Застосовано валідні психодіагностичні методики: TIPI-UKR, шкалу PSS-10, GAD-7, методику діагностики залежностей за Лозовою та шкалу соціальної фрустрованості. Проведено кореляційний, дисперсійний і кластерний аналізи для виявлення статистично значущих зв’язків між психоемоційними станами та схильністю до залежної поведінки. Встановлено, що підвищений рівень стресу й тривожності асоційований із більш вираженими формами поведінкових адикцій. Виокремлено три типи респондентів з різним рівнем психоемоційної уразливості. Новизна дослідження полягає в поєднанні кількох психоемоційних предикторів залежностей у ранньому дорослому віці та статистичному обґрунтуванні профілю ризику, що має практичне значення для психологічного консультування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

Адикція. Залежність. Ранній дорослий вік. Поведінка. Стрес. Тривожність. Фрустрація.

ЗМІСТ

ВСТУП……4

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ, ПОНЯТТЯ СТРЕСУ, ТРИВОЖНОСТІ ТА ФРУСТРАЦІЇ……11

1.1. Поняття адиктивної поведінки. Її ознаки, фази та етапи. Особливості різних видів адикцій……11

1.2. Поняття стресу, тривожності та фрустрації. Їх взаємозв'язок та взаємозалежності……21

1.3. Психологічні особливості осіб раннього дорослого віку……32

1.4. Стрес, тривожність та фрустрація як психоемоційні чинники адиктивності……35

Висновки до розділу І……40

РОЗДІЛ ІІ. МЕТОДИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ……43

2.1. Дизайн та організація дослідження……43

2.2. Характеристика методів дослідження……44

2.3. Характеристика вибірки……51

Висновки до розділу ІІ……58

РОЗДІЛ ІІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ……60

3.1. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів……60

3.2. Практичні рекомендації та психокорекційні заходи……81

Висновки до розділу ІІІ……90

ВИСНОВКИ……92

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……96

ДОДАТКИ……108

ВСТУП

Актуальність даної теми обґрунтовується тим, що у сучасному світі зростає кількість викликів, які впливають на психоемоційний стан особистості. Соціальні кризи, невизначеність майбутнього, інформаційне перенасичення, зниження якості міжособистісної взаємодії — усе це створює сприятливі умови для розвитку стресу та тривожності. Особливо вразливою до таких чинників є категорія молодих дорослих (20–40 років), які перебувають у фазі активного професійного, соціального й особистісного становлення. У цей період людина стикається з численними викликами: побудова ідентичності, досягнення автономії, формування близьких стосунків, реалізація життєвих планів.

У разі перевищення адаптаційних можливостей психіки тривалий стрес і високий рівень тривожності можуть призводити до порушень емоційної регуляції та зниження здатності до конструктивного подолання труднощів. У таких умовах підвищується ймовірність звернення до адиктивної поведінки — як до спроби саморегуляції або уникнення фрустрації. Адикція, зокрема в її нехімічних формах (інтернет-залежність, компульсивне переїдання, шопінг, геймінг тощо), дедалі частіше постає як відповідь на психологічну перевтому, емоційне виснаження, внутрішню дезорганізацію.

Актуальність дослідження зумовлюється також зростанням поширеності залежностей серед молодих людей в умовах сучасних соціокультурних потрясінь, зокрема воєнних дій в Україні, економічної нестабільності, еміграційних процесів. Залежна поведінка в цьому контексті не лише порушує психічне здоров’я, а й ускладнює соціальну адаптацію, професійну реалізацію та якість життя.

Таким чином, вивчення впливу стресу та тривожності на особливості адиктивної поведінки у ранньому дорослому віці є важливим як з наукового, так і з практичного погляду, оскільки дозволяє глибше зрозуміти психологічні

механізми формування залежної поведінки та сприяти розробці профілактичних і корекційних програм для молоді.

Аналіз досліджуваної проблеми, її теоретико-методологічне обґрунтування. Проблема впливу стресу, тривожності та фрустрації на формування адиктивної поведінки є міждисциплінарною і комплексною, охоплює сфери загальної, вікової, клінічної, соціальної та психотерапевтичної психології. Упродовж останніх десятиліть вона привертала увагу численних учених, які здійснювали як фундаментальні, так і прикладні дослідження в цій галузі.

Теоретико-методологічною основою даної роботи стали концепції, що пояснюють механізми формування адиктивної поведінки в контексті емоційної дезадаптації особистості. Насамперед, опора здійснювалась на когнітивно-поведінкову модель (A. Beck, M. Linehan), яка підкреслює роль дисфункціональних переконань та неефективних копінг-стратегій у розвитку залежної поведінки. У межах цієї парадигми залежність розглядається як спосіб уникнення негативних емоцій і стабілізації внутрішнього стану за рахунок зовнішніх стимулів.

У дослідженні використано положення когнітивно-оціночної теорії стресу (R. Lazarus, S. Folkman), яка дозволяє зрозуміти індивідуальні відмінності у сприйнятті стресових ситуацій та стратегіях подолання. Саме оцінка події як загрозливої та недостатність ресурсів для її подолання стають підґрунтям для підвищення тривожності та вірогідності звернення до адиктивної поведінки.

Для аналізу тривожності як окремого феномену було враховано праці C. Spielberger, який розмежовував ситуативну та особистісну тривожність, а також концепції R. May і K. Horney, які підкреслювали роль тривожності в процесі розвитку особистості та як механізму психологічного захисту.

Фрустраційний компонент вивчався з урахуванням гіпотези фрустрації–агресії (J. Dollard та ін.), а також сучасних українських

досліджень, які акцентують увагу на різних формах реагування на фрустрацію — агресивну, уникальну, самообвинувальну — як потенційних предикторах залежної поведінки.

Окрему роль у дослідженні відіграють праці Г. Каплана та Б. Садока, які в контексті клінічної психології детально описують нейропсихологічні й поведінкові механізми залежностей, зокрема у різних вікових групах. Їхній підхід дозволив глибше охарактеризувати етапи розвитку адиктивної поведінки та її зв’язок із психоемоційними станами, такими як тривожність і хронічний стрес.

Вагомий внесок у вивчення психосоціальних чинників адиктивної поведінки в українському науковому контексті зробили Галина Бевз, Тетяна Титаренко, Ольга Кікінежді та Ірина Булах. У своїх дослідженнях вони акцентують увагу на впливі деструктивних середовищ, дефіциту особистісного смислу, емоційної нестійкості, травматичного досвіду та вікових криз на формування залежної поведінки в молодих людей. Зокрема, праці Г. Бевз висвітлюють психологічні механізми адиктивної поведінки як засобу регуляції внутрішнього стану; О. Кікінежді аналізує типи копінг-стратегій у залежних осіб; Т. Титаренко розглядає залежності в контексті життєвих сценаріїв та трансформацій особистості.

Значущу методологічну основу становить також самомедикаційна модель (E. Khantzian), згідно з якою особи з низьким рівнем емоційної саморегуляції та високою емоційною чутливістю схильні використовувати психоактивні речовини чи поведінкові патерни як засіб компенсації психологічного дистресу.

У межах вікової психології ключовим орієнтиром виступає теорія J. Arnett щодо періоду "emerging adulthood", що охоплює вік 20–40 років і характеризується кризою ідентичності, самостійністю вибору, нестабільністю й активним пошуком себе. Це дозволяє пояснити високу

емоційну насиченість та уразливість осіб раннього дорослого віку до стресогенних впливів.

Об’єктом дослідження виступає адиктивна поведінка осіб раннього дорослого віку.

Предметом дослідження є психологічні особливості впливу стресу та тривожності на формування й прояви адиктивної поведінки у ранньому дорослому віці.

Мета полягає у виявленні та емпіричному обґрунтуванні психологічних особливостей впливу стресу і тривожності на формування та прояви адиктивної поведінки в осіб раннього дорослого віку.

Завдання дослідження:

- здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення стресу, тривожності, фрустрації та адиктивної поведінки в психології;
- охарактеризувати психологічні особливості осіб раннього дорослого віку як групи ризику щодо формування залежної поведінки;
- визначити основні механізми взаємозв’язку між рівнем стресу, тривожності та схильністю до адиктивної поведінки;
- провести емпіричне дослідження рівня стресу, тривожності та проявів адиктивної поведінки у молодих дорослих;
- проаналізувати отримані результати та виявити закономірності впливу стресу і тривожності на схильність до залежної поведінки;
- розробити практичні рекомендації щодо профілактики та корекції адиктивної поведінки в осіб молодого дорослого віку на основі досліджених психологічних чинників.

Методи дослідження:

1. Анкетування:
    - Короткий п'яти факторний опитувальник особистості TIPI (TIPI-UKR.) в адаптації М. Кліманської, І. Галецької.
    - Шкала сприйняття стресу PSS-10.

- Опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7.
- Методика діагностики схильності до різних видів залежності (за Г. В. Лозовою).
- Шкала діагностика рівня соціальної фрустрованості (розроблена Л. І. Вассерманом і модифікована В. В. Бойком).

2. Метод математично-статистичної обробки ПЗ Jamovi

Характеристика дослідницької вибірки: 71 особа раннього дорослого віку (20-40 років).

Дослідницькі питання:

1. Які форми адиктивної поведінки найчастіше проявляються у осіб раннього дорослого віку із різним рівнем стресу та тривожності?
2. Яким чином рівень особистісної тривожності пов’язаний із схильністю до певних типів залежної поведінки?
3. Чи механізм фрустрації опосередковує вплив стресу та тривожності на формування адиктивних патернів?
4. Чи спостерігаються вікові або гендерні особливості у взаємозв’язку між стресом, тривожністю та залежною поведінкою в межах раннього дорослого віку?

Теоретична та практична значущість роботи. Теоретична значущість роботи полягає в системному аналізі психологічних чинників, які визначають схильність до адиктивної поведінки в осіб раннього дорослого віку, зокрема впливу стресу та тривожності як взаємопов’язаних психоемоційних станів. У межах дослідження було:

- поглиблено розуміння емоційно-мотиваційних механізмів формування залежної поведінки;
- узагальнено сучасні підходи до вивчення стресу, тривожності та фрустрації в контексті психологічної дезадаптації;
- доповнено наявні уявлення про роль вікової специфіки у розвитку адиктивних форм поведінки, з акцентом на період ранньої дорослості;

- уточнено й розширено наукові знання про внутрішньоособистісні чинники уразливості до залежностей.

Результати дослідження можуть стати підґрунтям для подальшого вивчення психологічних ресурсів, які перешкоджають формуванню деструктивних патернів поведінки в умовах стресу й тривожності, а також для теоретичного моделювання процесів саморегуляції у молодих дорослих.

Практична значущість дослідження полягає у можливості застосування отриманих результатів у психологічній та психотерапевтичній практиці, зокрема у форматі індивідуального консультування осіб раннього дорослого віку, які демонструють ознаки залежної поведінки в умовах стресу та тривожності.

Отримані емпіричні дані можуть бути використані:

- для виявлення психологічних чинників ризику, що сприяють формуванню адиктивної поведінки в умовах хронічного стресу, тривоги та фрустрації;
- як основа для розробки психодіагностичного скринінгу клієнтів з ризиком розвитку залежних патернів поведінки;
- для побудови індивідуальних психотерапевтичних маршрутів, з урахуванням типових профілів психоемоційної уразливості (наприклад, “стримана адиктивність”, “латентна адиктивність на тлі фрустрації”, “психоемоційна стабільність”);
- у контексті психоосвіти, спрямованої на розвиток усвідомлення зв’язку між емоційними станами та деструктивною поведінкою;
- для розробки програм психопрофілактики та психокорекції, що включають тренінги емоційної саморегуляції, розвиток адаптивних копінг-стратегій, підвищення стресостійкості та толерантності до фрустрації;

- для супервізійної підтримки молодих спеціалістів, які працюють із клієнтами, що демонструють залежну поведінку як спосіб психологічного захисту в умовах перевантаження.

Зокрема, на основі отриманих результатів можуть бути запропоновані такі практичні рекомендації:

- особи з високим рівнем тривожності та стресу потребують глибокої роботи з саморегуляцією, тілесно-орієнтованих технік та навичок розпізнавання емоцій;
- особи з латентною схильністю до залежностей потребують виявлення прихованих ескапістських стратегій та формування усвідомленого вибору в поведінці;
- психоемоційно благополучні особи можуть використовуватися як референтна група у психоосвітніх програмах, спрямованих на розвиток ресурсів у більш уразливих клієнтів.

Також практична значущість також полягає у можливості інтегрувати результати в програми первинної профілактики адикцій у молодіжному середовищі, особливо в контексті посттравматичних викликів, спричинених воєнними подіями.

РОЗДІЛ І
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ, ПОНЯТТЯ СТРЕСУ, ТРИВОЖНОСТІ ТА ФРУСТРАЦІЇ

1.1. Поняття адиктивної поведінки. Її ознаки, фази та етапи. Особливості різних видів адикцій.

У психології часто зустрічаються такі терміни як «адикція» та «залежність». Ці терміни завжди розглядали з негативних сторін, розуміючи як шкідливі та руйнівні звички. Порівнюючи ці терміни можна сказати, що залежна поведінка іноді може не бути адикцією. Наприклад, хвора людина залежить від лікарських препаратів для лікування хвороби, тоді як алкозалежний чи наркозалежний залежать від споживаної речовини (Beck, 1993).

З погляду психології, адиктивна поведінка – це метод «ухиляння від дійсності» з допомогою прийому психоактивних речовин чи виконання нав'язливих процесів, котрі займають всі думки та життєвий простір людини (Griffiths, 2015). Непереборна потреба виконувати ці дії називається адиктивністю, а залежність, що розвивається, – адикцією. Значення цих термінів дещо розмите, тому у певному контексті вони можуть стати синонімами (Carnes, 2001).

Адикція походить від англ. Addictive, Addiction – схильність, згубна звичка, залежність, захоплююча (поведінка), лат. addictus - сліпо відданий, повністю, пристрасний до чогось, приречений, поневолений, цілком підкорився комусь (Lozova, 2004).

Феноменологія адиктивних розладів представлена у багатьох наукових працях зарубіжних вчених (Р. Браун, А. Бродскі, М. Гріффітс, П. Карнес, Д. Корбіт, Г. Марлат, Р. Соломон, С. Піїл, Дж. Томмер та ін. (Brown, 1990; Solomon, 1974; Marlatt & Donovan, 2005)), а також вітчизняних (А. Артемчук, Г. Мисько, І. Сосін та ін. (Мисько, 2005; Титаренко, 2004)) дослідників, в роботах яких вивчено питання залежної поведінки та її проявів.

На думку багатьох авторів, залежна (адиктивна) поведінка являє собою спробу втечі від реальності за допомогою зміни свого психічного стану, що забезпечує уявну емоційну безпеку і комфорт. «Адиктивна поведінка – прагнення уникати реальності, засобами зміни свого психічного стану» (Kessler, 2005).

Адиктивна поведінка — це багатовимірне явище, яке охоплює біологічні, психологічні та соціальні компоненти. Сучасні дослідження свідчать про те, що формування залежності є результатом складної взаємодії генетичних передумов, нейрохімічних процесів та середовищних факторів, що впливають на центральну нервову систему. Такий підхід дозволяє розглядати адикцію як порушення регуляції мотиваційних систем, що відповідають за задоволення та винагороду, а також за контроль імпульсів (APA 2013).

Незважаючи на зовнішні відмінності, форми залежної поведінки мають принципово схожі психологічні механізми (Skinner, 1982). У зв'язку з цим виділяють загальні **ознаки** залежно поведінки.

Часта брехня. Більшості людей від природи важко говорити неправду. Але якщо людина змушена постійно брехати самому собі, то незабаром це перетворюється на звичку, і вона починає брехати з кожного незначного приводу. Якщо хтось багато бреше, це ще не говорить про адиктивність. Але люди з важкими формами залежностей брешуть практично завжди (Bevz, 2009).

Страх зближення. Адиктивна людина боїться прив'язуватися до людей, але ще боїться, що хтось прив'яжеться до неї. Він не хоче бути потрібним комусь, не хоче, щоб хтось «ліз у його життя». Крім того, він боїться викриття. І його лякає, що людина, яку він підпустить надто близько, рано чи пізно дізнається про його ганебну згубну пристрасть (Craig & Baucum, 2002).

Комплекси. Усвідомлюючи, що опинився на узбіччі життя, залежна людина поступово приймає це. Її самооцінка падає, і вона починає вважати,

що нічого хорошого не заслуговує. При цьому її дуже турбують власні недоліки і вона боїться, що їх побачать оточуючі (Hornostai & Tytarenko, 2001).

Тривога. Залежна людина завжди думає про об'єкт залежності. Їй регулярно доводиться турбуватися про те, чи зуміє вона своєчасно задовольнити свій потяг. Якщо з якихось причин їй доводиться деякий час утримуватись, рівень напруженості та занепокоєння сильно зростає (Peele, 1985).

Конформність. Характерна риса людей з адиктивним поведінкою – виражений конформізм. Вони схильні погоджуватися з думкою більшості, намагаючись нічим не відрізнятися від оточуючих і не виділятися на їхньому тлі (Marlatt & Donovan, 2005).

Схильність до маніпуляцій. Люди з адикціями починають маніпулювати близькими. Вони змінюють свою поведінку, стаючи то грубими, то податливими, починають тиснути на рідних. У своїх маніпуляціях вони використовують широкий діапазон інструментів: фізичне та моральне насильство, демонстративне страждання, погрози самогубством та інше (Marlatt & Donovan, 2005).

Перекладання відповідальності. Звичайно, схильність перекладати відповідальність на оточуючих трапляється часто. Але особистості зі згубними уподобаннями демонструють її практично завжди, оскільки їм потрібно виправдовувати свої слабкості зовнішніми обставинами.

Також до основних ознак адиктивної поведінки в академічній літературі відносять:

Компульсивність. Компульсивність є центральною ознакою адиктивної поведінки. Вона характеризується неможливістю контролювати повторюваність дій або споживання речовин, навіть при усвідомленні негативних наслідків для здоров’я та соціальних відносин. Функціонування дофамінових шляхів у мозку змінюється, що обумовлює посилену потребу у

відчутті задоволення, яке тимчасово знімає внутрішній дискомфорт (Koob, 2005).

Толерантність. З часом для досягнення первинного ефекту з’являється потреба збільшувати дозу споживаної речовини або інтенсивність поведінки. Це явище, що називається толерантністю, є ознакою нейробіологічних адаптацій, які супроводжують процес формування залежності. Як фізіологічна, так і психологічна толерантність сприяють посиленню адиктивної поведінки, ускладнюючи процес лікування залежності (Grant, 2010).

Абстинентний синдром. При спробах припинення або зниження споживання адиктивного чинника виникають як фізичні, так і психологічні симптоми відміни. Абстинентний синдром свідчить про те, що організм адаптувався до постійної присутності речовини чи поведінки, а її відсутність викликає дискомфорт, що часто спонукає до повторного використання для полегшення симптомів (Koob, 2005).

Пріоритетність адиктивної поведінки. З розвитком залежності адиктивна поведінка починає домінувати над іншими аспектами життя. Соціальні, професійні та особисті сфери зазнають негативного впливу, оскільки людина віддає перевагу звичці чи речовині над звичними соціальними ролями та обов’язками. Цей процес може супроводжуватися і зниженням якості міжособистісних відносин, що є додатковим фактором загострення залежності (Mykhailov, 2018).

Перш за все, адиктивна поведінка особистості виявляється в її стійкому прагненні до зміни психофізичного стану. Цей потяг переживається людиною як категорично непереборне, імпульсивне, не насичуване. Зовні це може виглядати як боротьба з собою, а частіше – як втрата самоконтролю.

Залежна поведінка з'являється не просто так з пустоти, вона являє собою безперервний процес формування і розвитку адикції (залежності). Адикція має початок (невинний нерідко), перебіг індивідуальний (із зусиллям

залежності) і результат. Мотивація поведінки різна на різних стадіях залежності. Тривалість і характер протікання стадій залежать від особливостей об'єкта (наприклад, виду наркотичної речовини) та індивідуальних особливостей адикта (наприклад, віку, соціальних зв'язків, інтелекту, здатності до сублімації).

Ще однією характерною особливістю адиктивної поведінки є її циклічність. Фази одного циклу (Bulakh, 2011):

- наявність внутрішньої готовності до адиктивної поведінки
- посилення напруги і бажання
- очікування та активний пошук об’єкта адикції
- отримання об’єкта та досягнення специфічних переживань
- розслаблення
- фаза ремісії (відносного спокою).

В науковій літературі до фаз також відносять:

- Експериментальна фаза.

На початковому етапі особа стикається з адиктивним чинником вперше. Мотиви можуть бути різноманітними: соціальний тиск, бажання здобути новий досвід або відчути емоційне піднесення. У цей період відсутні виражені симптоми залежності, але закладаються основи для потенційних змін у мозковій діяльності, зокрема в центрах винагороди (APA, 2013).

- Регулярна фаза.

Після першого досвіду формується певна регулярність споживання або повторення поведінки. Цей етап характеризується стабілізацією початкових позитивних відчуттів, однак поступово виникають адаптивні зміни в нейрохімії мозку, які з часом ведуть до розвитку толерантності. Регулярність дій сприяє формуванню стійких звичок, що можуть поступово перерости у залежність (Grant, 2010).

- Проблемна фаза.

На цьому етапі починають виникати перші негативні наслідки: зростає толерантність, з’являються симптоми абстиненції, порушуються соціальні взаємини та знижується ефективність роботи організму. Людина може відчувати внутрішній конфлікт між бажанням припинити адиктивну поведінку та необхідністю використовувати її для зняття стресу чи уникнення психологічного дискомфорту. Цей період є критичним для своєчасного виявлення проблеми і застосування профілактичних заходів (Mykhailov, 2018).

- Залежна фаза.

На фінальному етапі адиктивна поведінка стає хронічною, а індивід втрачає контроль над своїми діями. Це супроводжується високим рівнем рецидивів, коли навіть після спроб лікування повернення до старих моделей поведінки стає майже неминучим. На цьому етапі лікування зазвичай потребує комплексного підходу, що включає медикаментозну терапію, психотерапію, соціальну реабілітацію та підтримку з боку спеціалістів (APA, 2013), (Koob, 2005).

Далі цикл повторюється з індивідуальною частотою і виразністю.

Адиктивна поведінка поділяється на такі етапи (Bulakh, 2011):

1 етап. "Перші проби". Зазвичай відбуваються у компанії чи під чиїмось впливом. Важливу роль тут відіграють наслідування, цікавість, мотиви групового самоствердження та груповий конформізм. Мотивація йде з властивої людині потреби у зміні власного стану свідомості. Чим менше при перших пробах вік і менша потреба у зміні свідомості, тим більша ймовірність того, що ці проби переростуть у розгорнутий процес становлення адиктивної поведінки та подальшого переростання у хворобу. На даному етапі вибір об’єкту адикції мимовільний і залежить від особливостей субкультури, етносу, доступності засобу та досвіду групи. З різних причин (страху покарання, задоволеної цікавості, переживання та побоювання, розриву з компанією тощо) перші проби найчастіше продовження не мають,

виняток становлять культурно санкціонована алкоголізація та тютюнопаління.

2 етап. "Аддиктивний ритм". Якщо після перших проб в індивіда виникає повторювальна поведінка (“звернення” до об’єкту адикції), то з ходом часу вибудовується первний ритм та періодичність Craig & Baucum, 2002).

3 етап. Аддиктивна поведінка (адикція стає стереотипним механізмом відреагування). Захисний механізм аддикту виявляється у завзятому запереченні психологічних проблем. Але на підсвідомому рівні виникає відчуття тривоги, занепокоєння, неблагополуччя (звідси й поява захисних реакцій). Відбувається внутрішній конфлікт між «Я колишнім» та «Я адиктивним» (Kessler et al., 2005).

4 етап. Повне переважання адиктивної поведінки. Самі адиктивні реакції колишнього задоволення не приносять. Вихідне «Я» зруйноване, самі адиктивні реакції не приносять колишнього задоволення, контакти вкрай утруднені (Peele, 1985).

5 етап. "Катастрофа". Відбувається руйнація особистості у психічному, а й у біологічному плані (хронічна інтоксикація призводить до поразки органів прокуратури та систем). На заключному етапі адикти часто порушують суспільний лад, вимагають гроші, крадіжки; завжди існує ризик суїциду. Основні мотиви: розпач, безвихідь, самотність, ізоляція від світу. Можливі емоційні зриви: агресія, лють, що змінюються пригніченістю (NIDA, 2018).

Як було розглянуто вище - адиктивна поведінка - це форма залежної поведінки, яка характеризується нездатністю контролювати вживання певних речовин або повторення певних дій, незважаючи на їх негативні наслідки. Адиктивна поведінка поділяється на хімічні та нехімічні залежності. До хімічних належать алкоголізм, наркоманія, токсикоманія та нікотинова залежність (Volkow & Koob, 2015). Нехімічні включають ігрову залежність,

інтернет-залежність, трудоголізм та інші форми поведінкової залежності (Arnett, 2015).

Хімічні залежності. Цей вид адиктивної поведінки пов’язаний із вживанням речовин, що змінюють психічний та фізичний стан.

- алкоголізм – надмірне вживання алкоголю, що призводить до фізичної та психологічної залежності (Volkow & Koob, 2015);
- наркоманія – залежність від наркотичних (психоактивних) речовин (наприклад від героїну (опіатів), кокаїну, амфетаміну (стимуляторів) тощо) (National Institute on Drug Abuse, 2018);
- токсикоманія – зловживання токсичними речовинамии (наприклад, розчинниками чи газами) (National Institute on Drug Abuse, 2018);
- нікотинова залежність – залежність від тютюнових виробів (Young, 1998);

Нехімічні залежності. Ці види пов'язані з поведінковими моделями, які викликають емоційне або психологічне задоволення, але шкодять життю людини.

- ігрова залежність (гемблінг) – неконтрольоване захоплення азартними іграми (Griffiths, 2015);
- інтернет-залежність – надмірне використання мережі Інтернет, соціальних мереж чи онлайн-ігор;
- трудоголізм – патологічна потреба постійно працювати, ігноруючи відпочинок і соціальне життя (McGorry, Killackey & Yung, 2005);
- шопоголізм (оніоманія) – неконтрольоване бажання робити покупки, часто без потреби (Peele, 1985);
- залежність від їжі – переїдання або нав’язливе харчування як спосіб втечі від стресу (Marlatt & Donovan, 2005);
- спортивна залежність – надмірне заняття спортом, що шкодить здоров'ю (Craig & Baucum, 2002);

- любовна/сексуальна залежність – потреба в постійних емоційних або фізичних зв’язках з іншими людьми (Tytarenko, 2004);

  Також виділяють ще телевізійну, релігійну, лікарську залежності (Lozova, 2004).

Адиктивна поведінка може мати серйозні наслідки для психічного та фізичного здоров'я, особистого життя та соціальних стосунків. Лікування таких станів включає психотерапію, медикаментозну підтримку та соціальну реабілітацію (Mysko, 2005).

Залежність, за визначенням ВООЗ, є стан періодичної або хронічної інтоксикації, що викликається повторним вживанням природної або синтетичної речовини (World Health Organization, 1993). Залежність поділяється на психічну та фізичну.

Психічна залежність характеризується бажанням, що опановує, або непереборним потягом до вживання психоактивної речовини, тенденцією до збільшення його дози для досягнення бажаного ефекту, неприйняття речовини викликає психічний дискомфорт і тривогу (Skinner, 1982).

Фізична залежність — стан, коли вживана речовина стає завжди необхідним підтримки нормального функціонування організму і входить у схему його життєзабезпечення. Позбавлення цієї речовини породжує синдром відібрання (абстинентний синдром), що заявляє про себе соматичними, неврологічними та психічними розладами (Mysko, 2005).

Сучасні дослідження в області адиктивної поведінки все частіше підкреслюють важливість інтердисциплінарного підходу для розуміння та лікування залежностей. Серед ключових аспектів виділяють:

- Нейробіологічні механізми.

Дослідження за допомогою нейроіміджінгу дозволяють виявити зміни в структурі та функціонуванні мозку, зокрема в лімбічних та префронтальних областях, які відповідають за контроль імпульсів та регуляцію емоцій (Koob, 2005).

- Генетичні передумови.

Генетичні дослідження свідчать про те, що спадковість може відігравати важливу роль у схильності до розвитку адиктивної поведінки. Ідентифікація генетичних маркерів дозволяє прогнозувати ризик виникнення залежності та розробляти персоналізовані стратегії лікування (APA, 2013).

- Психологічні та соціальні чинники.

Серед психологічних факторів виділяють тривожність, депресивні розлади, низьку самооцінку, а також стресові життєві ситуації. Соціальна ізоляція, порушені сімейні відносини та вплив оточення також є важливими факторами, що сприяють формуванню адиктивної поведінки. Ці чинники підкреслюють необхідність системного підходу до профілактики та лікування залежностей, що враховує індивідуальні особливості кожного пацієнта (Mykhailov, 2018).

- Сучасні методи лікування.

Лікування адикцій сьогодні включає когнітивно-поведінкову терапію, мотиваційне інтерв'ювання, фармакотерапію та методи психосоціальної реабілітації. Інтеграція різних підходів дозволяє адаптувати лікування до потреб конкретної особи, що суттєво підвищує шанси на успішну реабілітацію (Grant, 2010).

1.2. Поняття стресу, тривожності та фрустрації. Їх взаємозв'язок та взаємозалежності.

В даному підрозділі ми розглянемо поняття цих трьох феноменів, їх взаємозв'язок та практичне значення їх дослідження.

Поняття стресу (від англ. stress — напруга, тиск) є одним із ключових у сучасній психології та психофізіології. Спочатку цей термін використовувався у фізиці для позначення сили, що викликає деформацію тіла, але згодом він набув широкого застосування в біології, медицині та психології.

Сучасне наукове розуміння стресу бере свій початок із праць канадського лікаря та фізіолога Ганса Сельє, який у 1936 році опублікував у журналі Nature статтю про «загальний адаптаційний синдром» (General Adaptation Syndrome) - стереотипну реакцію організму на різні стресогенні впливи (Selye, 1956). Згідно з його моделлю, стрес є універсальною відповіддю організму на будь-яку вимогу, що потребує адаптації. Сельє виділив три фази розвитку стресу:

- фаза тривоги — початкова реакція організму на стресор, що включає мобілізацію ресурсів;
- фаза опору — адаптація до триваючої дії стресора;
- фаза виснаження — зниження захисних механізмів і розвиток патологічних станів у разі тривалого стресу.

Сельє також запропонував розрізняти ейстрес (позитивний стрес, який мобілізує) і дистрес (негативний стрес, що призводить до дезорганізації), підкреслюючи, що не сам стрес є шкідливим, а нездатність адаптуватися до нього (Selye, 1976).

Значного внеску у психологічне розуміння стресу зробили Річард Лазарус і Сьюзан Фолкман, які запропонували когнітивну модель стресу. У межах цієї моделі стрес розглядається не як безпосередня реакція на зовнішній стимул, а як результат когнітивної оцінки ситуації індивідом (Lazarus & Folkman, 1984). Вони виділяють:

- первинну оцінку — чи є подія загрозливою, шкідливою або нейтральною;
- вторинну оцінку — чи має людина ресурси для подолання ситуації.

Важливим аспектом цієї моделі є поняття копінг-стратегій (coping strategies) — поведінкових і когнітивних зусиль, спрямованих на зниження напруги. Вони можуть бути спрямовані як на проблему (problem-focused coping), так і на емоції (emotion-focused coping).

Розглянемо біологічні механізми стресу. На нейрофізіологічному рівні стрес активує гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь (HPA axis), що призводить до виділення глюкокортикоїдів, зокрема кортизолу. Цей гормон мобілізує енергію організму, впливає на серцево-судинну, імунну та травну системи. Проте тривале підвищення рівня кортизолу може мати негативні наслідки для здоров'я, зокрема сприяти розвитку тривожних та депресивних розладів (Sapolsky, 2004). Одночасно активується симпатична нервова система, що спричиняє підвищене серцебиття, тиск, швидкість дихання. Така реакція є еволюційно обумовленою й відома як «боротися або тікати» (fight or flight response).

Щодо психологічних підходів до розуміння стресу, то сучасна психологія трактує стрес як суб'єктивний феномен, що залежить від особистісних особливостей, попереднього досвіду, наявності підтримки та здатності до саморегуляції. Серед актуальних психологічних підходів виділяють:

- когнітивно-поведінковий — акцент на інтерпретації ситуації, автоматичних думках і переконаннях (Beck, 1976);
- позитивна психологія — розглядає стрес як потенційний ресурс для розвитку за умови правильного переживання (Fredrickson, 2001);
- теорія психологічної стійкості (resilience) — підкреслює значення внутрішніх ресурсів особистості, таких як контроль, гнучкість, сенс (Southwick et al., 2014).

Залежно від тривалості та джерел, стрес поділяють на:

- гострий — виникає раптово, має чітко окреслену причину;
- хронічний — результат тривалого впливу деструктивних чинників;
- травматичний — пов'язаний із надзвичайними подіями (ПТСР);
- психологічний — пов'язаний з внутрішніми конфліктами, очікуваннями, тиском;

- професійний — наприклад, вигорання (burnout) як форма хронічного стресу.

Також часто виокремлюють соціальний стрес (пов’язаний з соціальними умовами, міжособистісними конфліктами) та екзистенційний стрес (викликаний втратою сенсу, кризою ідентичності).

Так які ж резистентні характеристики можна виділити для адаптації до стресу? В науковому середовищі виділяють концепцію стресостійкості (hardiness), запропоновану Кобасою (Kobasa, 1979). Вона включає три основні компоненти:

1. Контроль (control) — переконання, що можна впливати на події.
2. Залученість (commitment) — активна життєва позиція.
3. Прийняття викликів (challenge) — схильність сприймати зміни як можливості.

Здатність людини до ефективного копінгу визначає, чи стрес стане руйнівним чи трансформується у внутрішній ресурс. Сучасні програми психологічної допомоги орієнтуються на розвиток саме цих навичок.

Далі розглянемо наступний феномен - тривожність. Тривожність є базовим емоційним станом, що супроводжується передчуттям небезпеки, внутрішнім напруженням і очікуванням несприятливого розвитку подій. На відміну від страху, який має конкретну зовнішню загрозу, тривожність часто пов’язана з невизначеністю або внутрішнім конфліктом. Її адаптивна функція полягає у мобілізації психофізіологічних ресурсів організму у ситуаціях загрози (Barlow, 2002).

Серед класичних підходів до розуміння тривожності виділяють:

- Психоаналітична традиція.

У психоаналітичній моделі тривожність розглядається як сигнал конфлікту між потягами та моральними заборонами. Зигмунд Фройд описував тривожність як реакцію «Я» на внутрішню небезпеку, що виникає при зіткненні між «Ід» та «Супер-Еґо» (Freud, 1926). Він виділяв:

- реалістичну тривожність - відповідь на зовнішню загрозу;
- моральну тривожність - викликана конфліктом із внутрішніми цінностями;
- невротичну тривожність - породжена внутрішніми психічними силами.

Карен Хорні (Horney, 1945) вважала, що джерелом хронічної тривожності є базова тривога, що формується в дитинстві через нестачу безпеки та любові.

- Екзистенційний підхід.

В екзистенційній психології (May, 1950; Frankl, 2006), тривожність постає як екзистенційне переживання, пов’язане з вибором, свободою, смертю, сенсом. Така тривожність є нормальною і необхідною умовою духовного розвитку. Вона сигналізує про втрату життєвих орієнтирів і спонукає людину до переосмислення.

Одним із найвпливовіших підходів до розуміння тривожності є когнітивно-поведінковий. Аарон Бек (Beck, 1976) вказував, що тривожність виникає внаслідок автоматичних негативних думок і ірраціональних переконань, таких як: «Я не впораюся», «Інші обов’язково мене осудять», «Мене очікує невдача».

Ці думки активуються у відповідь на стресові ситуації, підтримуючи емоційний дистрес і уникальну поведінку. Відповідно, терапевтична робота спрямовується на ідентифікацію та зміну дезадаптивного мислення.

Говорячи про тривожність як стан і рису особистості, не можна не звернути увагу на класифікацію Чарльза Спілбергера (Spielberger et al., 1970), який розрізнив:

- ситуативну тривожність (state anxiety) — тимчасовий емоційний стан, пов’язаний з конкретною ситуацією;
- особистісну тривожність (trait anxiety) — стабільну схильність до переживання тривоги в широкому колі життєвих обставин.

Для вимірювання обох компонентів було розроблено опитувальник STAI (State-Trait Anxiety Inventory), який широко застосовується у клінічній та дослідницькій практиці.

Розглядаючи нейрофізіологічні основи тривожності, слід відмітити, що вона пов’язана з активацією лімбічної системи, особливо амігдали, яка обробляє загрози. За участі гіпоталамуса активується симпато-адреналова система, що призводить до підвищення серцебиття, пришвидшеного дихання, м’язової напруги, підвищеної пітливості.

Ключову роль у регуляції тривожності відіграють нейротрансмітери: серотонін, норадреналін, дофамін і ГАМК (гама-аміномасляна кислота) (Nutt, 2001). Дисбаланс у цих системах пов’язують з розвитком тривожних розладів, зокрема генералізованого, соціального, панічного.

У психологічній літературі виділяють кілька форм тривожності:

- реалістична — відповідь на об’єктивну загрозу;
- соціальна — пов’язана з очікуванням негативної оцінки;
- генералізована — хронічна, дифузна тривожність без чіткої причини;
- екзистенційна — результат пошуків сенсу, свободи, вибору;
- патологічна — така, що порушує адаптацію й потребує психотерапевтичного втручання.

При аналізі літератури цікавим виявилось те, що також наявні вікові аспекти тривожності. У дошкільному віці це страхи темряви, розлуки. У молодшому шкільному віці - тривожність у навчанні, під час оцінювання. Для підліткового віку характерна соціальна тривожність, пов’язана з самопрезентацією, а для дорослого тривожність у сфері роботи, стосунків, відповідальності. В старості з’являється тривожність, пов’язана з втратою функціональності, самотністю.

Тривожність у сучасних умовах, що посилюється пандемією COVID-19, повномасштабною війною в Україні, соціально-економічною нестабільністю значно підвищується її рівень у населення, зокрема при

очікування загроз, почуття безсилля та ізоляції, інформаційного перевантаження.

Ці фактори сприяють розвитку масових тривожних розладів, емоційного вигорання, дезадаптації та підкреслюють потребу у професійній психологічній допомозі, превентивній психоедукації та кризовому втручанні (Yurchenko & Hreskova, 2022).

Переходячи до феномену фрустрації, треба зазначити, що цей термін визначають як психоемоційний стан, що виникає в ситуації перешкоди на шляху до досягнення значущої мети або задоволення важливої потреби. Вона супроводжується емоційною напругою, розчаруванням, роздратуванням, іноді - агресією або відчуттям безсилля. Як зазначає Шевченко О. Ю. - цей стан є важливою складовою адаптаційної поведінки особистості й, залежно від індивідуальних особливостей, може мати як конструктивні, так і деструктивні наслідки (Shevchenko, 2019).

Формальне вивчення фрустрації розпочалося в 1930-х роках з праць Джона Долларда та співавторів. Вони сформулювали гіпотезу фрустрації-агресії, згідно з якою кожна фрустрація породжує тенденцію до агресії, і навпаки - агресія завжди має фрустраційне походження (Dollard et al., 1939). Хоча ця гіпотеза згодом зазнала уточнень, вона започаткувала великий напрям досліджень у мотиваційній психології. Подальші дослідники (Berkowitz, 1989) показали, що агресія як реакція на фрустрацію залежить від оцінки ситуації, суб’єктивного відчуття несправедливості, емоційного стану людини, а також доступності альтернативних копінг-стратегій.

Як ще виникає фрустраційний механізм? По-перше, це відповідь на ситуації, де існує дисонанс між бажаним і можливим. До типових джерел фрустрації в основному належать:

- зовнішні бар’єри: об’єктивні перешкоди (заборони, соціальні норми, фізичні обмеження);

- внутрішні конфлікти: суперечливі потреби, моральні дилеми, невпевненість;
- нереалістичні очікування: надмірна ідеалізація себе чи інших;
- ситуації втрати: втрата цінностей, відносин, статусу;
- соціальне порівняння: незадоволення через невідповідність соціальним стандартам.

На думку Шевченко О. Ю., особистості з високою чутливістю до фрустрації часто демонструють знижену стресостійкість, імпульсивність, уникнення труднощів або деструктивні реакції (Shevchenko, 2019).

Але агресія не є єдиною емоцією, що пов’язана з фрустрацією. Залежно від темпераменту, рівня емоційного інтелекту та наявності підтримки, фрустрація може викликати різноманітні реакції:

- та ж сама вище згадана агресія — зовнішня або пасивна;
- втеча — уникнення, ізоляція, регресія;
- компенсація — перенесення зусиль на інші сфери;
- сублімація — перетворення енергії в продуктивну діяльність;
- раціоналізація — пошук логічного пояснення невдачі.

Треба також відмітити, що конструктивні реакції формуються за умов достатнього розвитку механізмів саморегуляції, адаптивного мислення та досвіду подолання труднощів.

Але не все так погано - попри негативне емоційне забарвлення, фрустрація не є виключно руйнівним явищем. У певних випадках вона стимулює когнітивну активність, пошук нових шляхів, перегляд цінностей, формування стійкості. Такий тип реакції називають адаптивною фрустрацією, і він є важливим джерелом особистісного розвитку (Fredrickson, 2001). У протилежному випадку, хронічна фрустрація може призводити до емоційного виснаження, депресії, тривожності, соматизації, зниження життєвої енергії та мотивації до діяльності.

В дослідженні даного феномену також треба звернути увагу на таке явище як толерантність до фрустрації. Це здатність людини витримувати перешкоди без істотного зниження психічної стабільності. Вона є важливою характеристикою психологічної стійкості та залежить від рівня емоційної зрілості, стабільності самооцінки, типу атрибуції (внутрішній чи зовнішній контроль), досвіду подолання стресу. Висока фрустраційна толерантність дозволяє зберігати конструктивну поведінку в умовах невдач і підтримує здатність до гнучкого мислення.

Фрустраційні переживання є нормальним компонентом розвитку на всіх вікових етапах, однак їх зміст і форми вираження змінюються. Коротко про кожну вікову категорію зазначаємо нижче:

Діти дошкільного віку переживають фрустрацію через обмеження, заборони, втрату уваги дорослих. Далі - молодші школярі через конфлікти у навчанні, несправедливе оцінювання. У підлітковому віці виникає суперечність між потребою в самостійності й обмеженнями з боку дорослих. Дорослі ж переживають фрустрацію у професійній сфері, стосунках, самореалізації. А для похилого віку характерною є фрустрація через втрату ролей, самостійності, визнання.

Зараз, у контексті війни, пандемії, економічної нестабільності та масової міграції фрустрація набуває масового характеру, коли люди переживають і втрату відчуття контролю, і неможливість вплинути на ситуацію, і перешкоди для реалізації планів і навіть загрозу базовим потребам (безпека, стабільність). Це обумовлює зростання емоційного напруження, соціальної агресії, апатії, зниження продуктивності. На думку авторів Юрченко В. І. та Грешкової В. В., в таких умовах надзвичайно важливим є розвиток психологічної підтримки, груп самодопомоги, кризового консультування, впровадження програм психоосвіти (Yurchenko & Hreskova, 2022).

Після того, як ми розглянули феномени стресу, тривоги та фрустрації, доцільно буде поглибитись в тему їх взаємозв'язку та взаємозалежності. Головним питанням тут виступає - що є первинним, вторинним та третинним - як це "коло" влаштоване.

Вище ми з'ясували, що феномени стресу, тривожності та фрустрації займають центральне місце у психології емоційного реагування, мотивації та адаптації. Незважаючи на те, що кожне з цих понять має власну специфіку, вони тісно пов'язані й часто утворюють комплексну психоемоційну відповідь на загрозливі або травматичні події. Їхній взаємозв'язок є критичним для розуміння механізмів формування дезадаптації та психічного виснаження.

У типових життєвих ситуаціях взаємозв'язок трьох феноменів може відбуватись за такою послідовністю (Рис.1.2.):

Фрустрація → як наслідок перешкоди до задоволення потреби

↓

Тривожність → як емоційна відповідь на ситуацію невизначеності, втрати контролю

↓

Стрес → як фізіологічна й психологічна мобілізація ресурсів на фоні переживання небезпеки

Рис.1.2. Модель взаємозв'язку феноменів стресу, тривожності та фрустрації

Така послідовність узгоджується з когнітивною моделлю стресу Лазаруса та Фолкмана (Lazarus & Folkman, 1984), згідно з якою переживання загрози (первинна оцінка) та відчуття недостатності ресурсів (вторинна оцінка) призводять до емоційного збудження (тривожність), яке за умов неможливості реалізації цілей посилюється фрустрацією.

Нижче наведемо порівняльну характеристику феноменів стресу, тривожності та фрустрації за різними ознаками (Табл.1.2.).

Табл.1.2.

Порівняльна характеристика феноменів стресу, тривожності та фрустрації за різними ознаками

Ознака	Стрес	Тривожність	Фрустрація
Джерело	Подія або обставина	Уявна або ймовірна загроза	Перешкода до мети
Тривалість	Короткочасний або хронічний	Часто тривалий, фоновий	Зазвичай епізодичний
Мотиваційна основа	Адаптація	Безпека, передбачуваність	Досягнення
Основні емоції	Напруження, мобілізація	Невизначеність, страх	Розчарування, гнів, апатія
Поведінкові наслідки	Зміна активності, втеча або боротьба	Уникнення, підвищене спостереження	Агресія, уникнення, саботаж
Біологічна реакція	Активація HPA-осі, кортизол	Активація мигдалеподібного тіла	Збудження, втома

Останній пунк в таблиці, на нашу думку, потребує більшої уваги та теоритичного розкриття. За авторами Наттом та Сапольські, з нейробіологічної точки зору, всі три стани пов’язані з активацією лімбічної системи, особливо амігдали, яка відповідає за обробку емоцій та розпізнавання загроз (Nutt, 2001; Sapolsky, 2004). У стресі домінує HPA-вісь і гормон кортизол, у тривожності — симпатична активація з участю адреналіну та норадреналіну. Фрустрація активує схожі механізми, але з акцентом на емоційне роздратування і мотиваційний дисонанс. Хронічне перебування у стані стресу або тривожності знижує активність префронтальної кори, відповідальної за самоконтроль і планування, що ускладнює регуляцію фрустраційної реакції (Southwick et al., 2014).

Далі в роботі є доцільним розглянути моделі взаємозв'язку феноменів стресу, тривожності та фрустрації.

1. Когнітивна модель Лазаруса і Фолкмана: у цій моделі особливу роль відіграє суб'єктивна оцінка ситуації:
   - якщо подія сприймається як така, що загрожує добробуту → тривожність;
   - якщо ситуація супроводжується невдачею або перешкодами → фрустрація;
   - якщо індивід не вірить у свої ресурси подолання → стрес (Lazarus & Folkman, 1984).
2. Модель копінг-реакцій: у відповідь на фрустрацію виникає потреба в адаптації:
   - при ефективному копінгу — відновлення рівноваги;
   - при неефективному копінгу — загострення тривожності та стресу.
3. Позитивна психологія: у підходах позитивної психології (Fredrickson, 2001), ці стани розглядаються як потенційні тригери особистісного зростання. За умови достатнього рівня підтримки та навичок саморегуляції, фрустрація може сприяти змінам, тривожність - підвищити обережність, а стрес - загартувати особистість.

Проте, все ж таки більшість авторів виділяє негативні взаємозалежності стресу, тривоги та фрустрації. Вони формують так зване замкнене коло, у реальних життєвих обставинах взаємно підсилюючи одне одного. Виглядає воно так:

Фрустрація → емоційне напруження → тривожність → когнітивна ригідність → зниження ефективності → нові перешкоди → посилення фрустрації → хронічний стрес.

Як відмічають автори Юрченко В. І. та Грескова В. В., розуміння цих зв'язків має важливе практичне значення для ранньої діагностики емоційних розладів, формування навичок саморегуляції, розробки інтервенцій для

людей у стані тривалого стресу, психоосвіти для молоді, військових, освітян, медиків, розробки інституційної підтримки в умовах соціальних криз (Yurchenko & Hreskova, 2022).

1.3. Психологічні особливості осіб раннього дорослого віку.

Період дорослості є значним періодом життя людини, з яким пов'язані різні проблеми дослідження даного періоду, всередині якого виділяють підперіоди: рання, середня і пізня дорослість. Ці періоди не мають чітких обмежень. При визначенні вікових меж раннього дорослого віку постає проблема періодизації стадій дорослості. На думку авторів, рання дорослість розглядається як вік: від 21 року до 25 років (D. Bromley, 1966); від 17 до 25 років (D. Birren, 1964); від 20 до 25 років (E. Erikson 1963); від 20 до 40 років (Г. Крайг, 2000) (Kessler et al., 2005). Відмінність у визначенні меж зумовлюється тим, що суб'єктивне самовідчуття та об'єктивні показники розквіту сил людини визначаються не стільки хронологічним віком, скільки різними чинниками: соціоекономічним статусом, освітнім рівнем, специфікою професійної діяльності; поведінка й особистість дорослої людини визначається обставинами життя – цілями, установками, досвідом, родом занять (Г. Крайг) (Kessler et al., 2005). В даній роботі ми будемо спиратися на періодизацію за Г. Крайгом.

Із настанням дорослості змінюється співвідношення базових факторів психічного розвитку людини - роль біологічного послаблюється, посилюється активність самої особистості в контексті певних соціальних умов (Erikson, 1963).

Отже, ранній дорослий вік — це період життя, який зазвичай охоплює вік від 20 до 40 років. У психології він вважається важливим етапом розвитку особистості, коли людина активно формує свою ідентичність та вступає в доросле життя. Це час значних змін та рішень, які впливають на подальше життя (Bevz, 2009).

Основні характеристики раннього дорослого віку:

1. Соціальна адаптація та самостійність:
- завершення освіти та початок професійної діяльності;
- відокремлення від батьків і встановлення самостійного життя (McGorry, Killackey & Yung, 2005).
2. Кар'єра та професійний розвиток:
- вибір професії та перші кроки в кар'єрі;
- пошук балансу між роботою та особистим життям (McGorry, Killackey & Yung, 2005).
3. Створення родини та інтимні стосунки:
- пошук партнера, створення сім'ї;
- формування глибоких, довірливих стосунків (у термінах Еріка Еріксона — розвиток здатності до інтимності) (Erikson, 1963).
4. Самовизначення та формування життєвих цілей:
- пошук сенсу життя, цілей та власного шляху;
- розвиток навичок самоконтролю та відповідальності (Kikinezhdi, 2010).
5. Психологічні виклики та адаптація:
- зіткнення з життєвими труднощами та пошук шляхів їх вирішення;
- справляння з першими кризами дорослого життя (наприклад, "криза чверті життя") (Arnett, 2007).

Цей період закладає фундамент для середнього дорослого віку та впливає на якість життя у зрілі роки. Ранню дорослість можна вважати сенситивним періодом для розвитку ключових компетенцій особистості (Ryan & Deci, 2000).

Дослідженням періоду раннього дорослого віку займалися як зарубіжні, так і українські науковці в межах психології розвитку, вікової психології та соціальної психології. Серед вітчизняних науковців можна виділити:

1. Галина Бевз — досліджувала питання психологічної адаптації та розвиток самосвідомості в юнацькому та ранньому дорослому віці (Bevz, 2009).
2. Тетяна Титаренко — працювала над темами психології життєвих криз, зокрема розглядала питання кризи раннього дорослого віку та формування життєвої стратегії (Tytarenko, 2004).
3. Ольга Кікінежді — вивчала проблеми розвитку професійної ідентичності та адаптації молоді до трудової діяльності (Kikinezhdi, 2010).
4. Ірина Булах — досліджувала вплив соціального середовища на розвиток особистості молодих людей і їхній перехід до дорослого життя (Bulakh, 2011).

Серед зарубіжних особливу увагу слід звернути на:

1. Ерік Еріксон — розробив теорію психосоціального розвитку. Він описав ранній дорослий вік як етап розвитку інтимності проти ізоляції. На цьому етапі особистість намагається створити глибокі стосунки з іншими та уникнути почуття самотності (Erikson, 1963).
2. Деніел Левінсон — створив концепцію “життєвих циклів”, в якій описав перехідні періоди між віковими етапами, зокрема початок професійного та сімейного життя в ранньому дорослому віці (Levinson, 1978).
3. Джеффрі Арнетт — запропонував концепцію “emerging adulthood” (постаючої дорослості), яка охоплює період від 18 до 25 років. Він наголошував на тому, що сучасна молодь потребує більше часу на професійну та особистісну самореалізацію, ніж попередні покоління (Arnett, 2007).

Ці дослідники підкреслюють, що ранній дорослий вік — це ключовий період становлення особистості, який пов’язаний із викликами самостійності, самовизначення та пошуку життєвого шляху.

Для людей цього віку характерна висока адаптивність організму та психіки, що допомагає у подоланні стресів, та хороші відновлювальні можливості, які забезпечують високу працездатність людини. Однак образ життя, який властивий людині раннього дорослого віку, визначає стан її здоров'я та інтенсивність старіння в середній та пізній дорослості (Glasser, 1998).

1.4. Стрес, тривожність та фрустрація як психоемоційні чинники адиктивності.

В даному підрозділі важливим є розглянути феномени (стрес, тривога, фрустрація) в рамках схильності до адиктивності для осіб раннього дорослого віку. Тут ми сфокусуємося на наступних тезисах:

1. Стрес як каталізатор деструктивної поведінки.
2. Тривожність як хронічний тригер адиктивної поведінки.
3. Фрустрація як джерело розчарування, роздратування та втрати сенсу.

Щодо стресу як каталізатор деструктивної поведінки, то варто зазначити, що психофізіологічні механізми стресу пов’язані з активацією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (HPA axis) та викидом кортизолу, що викликає збудження, підвищену зосередженість на загрозі, а також фізичне та емоційне виснаження в разі хронічного перебігу (Sapolsky, 2004). У цих умовах адикція виступає як адаптивна імітація самозаспокоєння. Стресові події, зокрема втрати, зміни, невизначеність, підвищують ймовірність формування залежності. Наприклад, дослідження (Sinha, 2008) показують, що особи, які пережили сильний життєвий стрес, мають значно вищий ризик зловживання алкоголем і наркотиками. Також саме стресові фактори є головними детермінантами рецидиву у людей, які вже пройшли реабілітацію.

Говорячи про тривожність як хронічний тригер адиктивної поведінки, варто відмітити, що характерною рисою людей зі схильністю до залежностей є високий рівень особистісної тривожності, що проявляється в надмірній

обережності, уникненні ризику, страху невдачі та необхідності швидкого полегшення (Kassel et al., 2010). У таких людей навіть передчуття можливої небезпеки викликає сильну емоційну реакцію. Адиктивна поведінка тут слугує засобом зниження тривоги, відновлення ілюзії контролю та безпеки.

Фрустрація як джерело розчарування, роздратування та втрати сенсу виникає при зіткненні з бар'єрами, що перешкоджають реалізації цінних цілей. Це може бути, наприклад, втрата роботи чи коханої людини; недосягнення професійної мети; почуття несправедливості або знецінення; внутрішній конфлікт між бажанням і реальністю. У відповідь на фрустрацію особа може втратити здатність конструктивно діяти, активізуються агресія, уникнення або деструктивні копінги — зокрема, вживання речовин, геймінг, емоційне переїдання (Shevchenko, 2019).

Як зазначалось вище - ранній дорослий вік (20–40 років) це період максимального життєвого навантаження, де особа повинна досягти автономії від батьків, самореалізуватись у професії, вибудувати тривалі партнерські стосунки, створити матеріальну базу життя, визначити власну ідентичність та ін.

Усе це створює інтенсивний когнітивно-емоційний тиск, що підвищує вразливість до адиктивних стратегій — особливо, якщо особа не має підтримки чи ресурсу для адаптації (Arnett, 2000).

В умовах тривалої війни в Україні, нестабільності, економічної та соціальної невизначеності, молоді дорослі переживають екстремальний стрес через втрати, мобілізацію, переселення; тривожність майбутнього, пов'язану з неможливістю планування; фрустрацію особистих і професійних цілей, зупинених війною. На цьому фоні зростає звернення до алкоголю, азартних ігор, онлайн-активності, переїдання, шопінгу як форм компенсації та активується так званий механізм уразливості.

Розглянемо це поняття більш детально. Даний механізм складається з трьох основних важелів:

1. Дефіцит конструктивного копінгу.

Однією з ключових причин, що сприяє формуванню адиктивної поведінки, є нездатність ефективно справлятися зі стресом через конструктивні копінг-стратегії. Дослідження показують, що особи, які віддають перевагу емоційно-орієнтованим або уникальним копінгам, частіше використовують психоактивні речовини або формують залежності від інтернету, азартних ігор тощо (Mahapatra & Sharma, 2018).

Наприклад, за даними дослідження серед молодих дорослих у США (n = 421), ті, хто у стресових ситуаціях найчастіше застосовував відволікання, заперечення або втечу, демонстрували вищу схильність до зловживання алкоголем та канабісом (Bravo et al., 2018).

Інше дослідження серед студентів медичних університетів в Індії показало, що ті, хто використовує адаптивні копінг-стратегії (планування, пошук підтримки, позитивне переосмислення), рідше демонструють симптоми інтернет-залежності (Mahapatra & Sharma, 2018). Це підтверджує ідею, що копінг — це медіатор між стресом і поведінковою відповіддю.

2. Ескапізм як психологічний захист.

Ескапізм (escape behavior) — це тенденція уникати реальності, яка сприймається як загрозлива чи фруструюча, через занурення в іншу діяльність, яка дає короткочасне полегшення або задоволення. Адиктивна поведінка часто реалізується саме як ескапістська реакція на тривогу або фрустрацію.

Дослідження Wong et al. (2021) показало, що у вибірці молодих дорослих (20–35 років) ескапізм виступає предиктором порушення ігрової поведінки: чим сильніша потреба уникати реального життя, тим вищий ризик розвитку залежності від відеоігор. Особливо це стосується осіб, які мають низький рівень психологічної гнучкості. Крім того, у молодих людей, які переживають фрустрацію соціальних ролей або нереалізованість, ескапізм часто проявляється у неконтрольованому користуванні соціальними

мережами, компульсивному серфінгу, «залипанні» в контенті без мети (Kircaburun et al., 2020).

3. Порушення емоційної саморегуляції.

Встановлено, що більшість осіб із залежною поведінкою мають проблеми з розпізнаванням, осмисленням та регуляцією власних емоцій. Цей феномен відомий як алекситимія і він виявляється статистично значущо частіше серед залежних, ніж у загальній популяції (Taylor et al., 1997).

Мета аналіз Bermudez et al. (2022), який охопив понад 45 досліджень, показав, що високий рівень алекситимії значно підвищує ймовірність зловживання алкоголем, нікотином, їжею та інтернетом. Нездатність усвідомити й опрацювати свої почуття змушує людину шукати зовнішній механізм емоційної розрядки. Також дослідження Hollett & Harris (2020) демонструє, що емоційна дисрегуляція у молодих дорослих є предиктором не лише хімічних, а й поведінкових залежностей, зокрема геймінгу, компульсивного перегляду контенту, онлайн-шопінгу.

Говорячи про гендерні особливості адиктивної поведінки у ранньому дорослому віці, варто відмітити ряд досліджень, що свідчать про статеві відмінності у типах, мотивах і механізмах адиктивної поведінки, особливо в молодому віці. Ці відмінності зумовлені поєднанням біологічних, соціокультурних та психологічних чинників.

Можна сказати, що жінки "приховані" та емоційно-опосередковані адикції - вони частіше демонструють нехімічні, соціально прийнятні форми залежності:

- компульсивне харчування або дієтичні розлади (Branley-Bell & Talbot, 2020);
- емоційна або любовна залежність;
- надмірна прив’язаність до соціальних мереж.

Згідно з дослідженням американського Національного інституту психічного здоров’я (NIMH), жінки частіше використовують

емоційно-орієнтовані копінг-стратегії і мають вищий рівень тривожності, що підвищує ризик звернення до "м’яких" форм самозаспокоєння (NIMH, 2020). Додатково, дослідження Huang et al. (2021) за участі 826 жінок віком 20–35 років показало, що емоційна нестабільність і залежність від визнання партнера є потужними предикторами компульсивної поведінки в соцмережах.

В поведінці чоловіків відмічається імпульсивність та зовнішній фокус поведінки. Вони частіше демонструють хімічні форми залежності (алкоголь, наркотики) та поведінки з елементами ризику (геймінг, азарт, агресія). Також рідше звертаються за допомогою, частіше заперечують проблеми, демонструють екстернальний спосіб емоційного вираження (Mezuk et al., 2011). У чоловіків сильніше виражена імпульсивність — а саме вона є одним з основних механізмів, що веде до неконтрольованої поведінки в умовах фрустрації (Stautz & Cooper, 2013).

Утім, у сучасному діджитал-суспільстві ці відмінності починають згладжуватись. Дослідження з України (2022) вказують на те, що серед молодих людей обох статей зростає частота звернення до поведінкових залежностей — інтернету, шопінгу, серіалів, компульсивної фізичної активності — як реакції на постійну напругу через війну, втрати, тривожність. Наразі існує обмежена кількість досліджень, які безпосередньо аналізують вплив війни та пов'язаного з нею стресу на гендерні аспекти поведінкових залежностей серед молодих людей в Україні. Однак, наявні дослідження свідчать про зростання інтернет-залежності серед молоді, що може вказувати на тенденцію до згладжування гендерних відмінностей у використанні цифрових технологій. Наприклад, дослідження О.В. Смертенюк аналізує специфіку виникнення та прояву інтернет-залежності в молодих людей, зокрема з урахуванням гендерних та вікових відмінностей. Авторка зазначає, що інтернет-залежність стає поширеним явищем серед молоді, незалежно від статі (Smerteniuk, 2023).

Інше дослідження, проведене І. С. Юськів (Yuskiv), виявило, що основними мотивами інтернет-залежної поведінки серед молодих людей є соціальний комфорт (58,7%) та знижений рівень самоконтролю (52,9%). Це свідчить про те, що молодь обох статей використовує інтернет як засіб уникнення реальних соціальних взаємодій та регуляції емоційного стану.

Висновки до розділу І

У першому розділі дипломної роботи здійснено теоретичний аналіз понять стресу, тривожності, фрустрації та їхнього впливу на формування схильності до адиктивної поведінки в осіб раннього дорослого віку. Аналіз дозволив виявити ключові закономірності, психологічні механізми, взаємозв’язки між досліджуваними феноменами, а також окреслити вікову специфіку цього періоду розвитку особистості.

По-перше, було з’ясовано, що стрес, тривожність і фрустрація є взаємопов’язаними станами, які утворюють єдину емоційно-мотиваційну систему реагування особистості на несприятливі умови. Кожен з цих феноменів має власну природу й функції, проте в реальному житті вони часто перетинаються, посилюючи один одного.

По-друге, уточнено, що стрес розглядається як неспецифічна реакція організму на надмірне фізичне або психоемоційне навантаження, яке сприймається як загрозливе. Він може мати як адаптивну, так і деструктивну функцію залежно від тривалості, сили впливу та індивідуальних особливостей реагування. У контексті формування залежної поведінки стрес особливо небезпечний у хронічному варіанті.

По-третє, було розглянуто поняття тривожності як особливого емоційного стану, що пов'язаний із відчуттям невизначеності, загрози чи внутрішньої нестабільності. Наявність високого рівня тривожності обмежує когнітивну гнучкість, ускладнює емоційну саморегуляцію та є передумовою

формування поведінкових компенсаторних стратегій, зокрема адиктивного характеру.

По-четверте, встановлено, що фрустрація викликає широкий спектр афективних переживань — від гніву до апатії, — і супроводжується зниженням контролю за поведінкою. Особливо уразливими до фрустраційного реагування є особи з низькою стресостійкістю, невисоким рівнем саморегуляції та досвідом попередніх емоційних втрат.

П’яте узагальнення стосується специфіки раннього дорослого віку (20–40 років) як сенситивного періоду у розвитку особистості. У таких умовах будь-яке порушення емоційного балансу або невдача в реалізації важливих цілей може спричинити фрустрацію, тривожність чи стрес, що, за відсутності ефективних копінг-стратегій, підвищує ризик звернення до адиктивної поведінки.

РОЗДІЛ ІІ
МЕТОДИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн та організація дослідження.

Дослідження складалося з чотирьох етапів – підготовчий, констатувальний, експериментальний, заключний. Кожен з етапів відповідав вирішенню поставлених завдань.

На підготовчому етапі був проведений пошук та підбір наукової літератури й психодіагностичних методик, створення електронної форми опитувальної анкети, а також організація вибірки дослідження. Підбір наукової літератури відбувався у мережі інтернет: в електронних бібліотеках (таких як Google Scholar).

Створення електронних форм психодіагностичних методик відбувалось за допомогою сервісу Google Forms - була розроблена єдина електронна анкета з поділом на частини, кожна з яких відповідала окремій методиці, а також з окремою частиною для збору анамнестичних даних учасників дослідження. Дослідження повністю проводилось в онлайн форматі. За допомогою розповсюдження гугл-форми у соціальних мережах та особистих повідомленнях повна вибірка була зібрана.

Констатувальний етап складався з теоретико-методологічного аналізу об’єкта та предмета дослідження та систематизації отриманої інформації.

На експериментальному етапі було здійснене поширення опитувальників серед учасників дослідження, отримання даних та їх аналіз за допомогою математико-статистичних методів обробки інформації у програмі Jamovi.

Заключний етап складався з інтерпретації даних, написання висновків та розробки рекомендацій з урахуванням отриманих результатів дослідження. Рекомендації грунтувались на існуючих психологічних методах та техніках корекції та плекання психічного здоров’я.

2.2. Характеристика методів дослідження.

У цій роботі були застосовані теоретичні методи дослідження з метою узагальнення інформації та виявлення закономірностей досліджуваних явищ. До них належать:

1. Аналіз – за допомогою цього методу здійснювався збір інформації з подальшим розподілом за критеріями (ключовими словами, новизною тощо), а також теоретичне розчленування зібраного матеріалу на окремі складові. Даний метод дав змогу здійснити збір і теоретичну обробку інформації про предмет дослідження, його складові елементи та взаємозв’язки.
2. Синтез – застосовувався для об’єднання проаналізованої інформації в єдине ціле. Це дало змогу виявити внутрішні зв’язки між явищами та краще зрозуміти об’єкт і предмет дослідження у контексті їхньої цілісності, що забезпечило об’єктивне відображення реальності та її закономірностей у теоретичному матеріалі.
3. Індукція та дедукція – використовувалися на всіх етапах дослідження для переходу від загального до часткового і навпаки. Під час добору джерел, методик, їх аналізу, створення теоретичної та емпіричної моделі, проведення математико-статистичного аналізу й інтерпретації результатів – ці методи були необхідними, як і у будь-якому науковому дослідженні.
4. Порівняння – як загальнонауковий теоретичний метод застосовувалося для аналізу подібних явищ та конструкцій, а також окремих компонентів.
5. Моделювання – як теоретичний підхід використовувалося під час створення теоретичної моделі досліджуваного феномену.

В роботі було використано 5 психодіагностичних методик в якості емпіричних методів дослідження. Методики були представлені окремими

субшкалами, що дозволило сформувати загальну емпіричну модель. Це наступні методики:

1. Короткий п'яти факторний опитувальник особистості TIPI (TIPI-UKR.) в адаптації М. Кліманської, І. Галецької.
2. Шкала сприйняття стресу PSS-10.
3. Опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7.
4. Методика діагностики схильності до різних видів залежності (за Г. В. Лозовою).
5. Шкала діагностика рівня соціальної фрустрованості (розроблена Л. І. Вассерманом і модифікована В. В. Бойком).

Короткий п'яти факторний опитувальник особистості TIPI (TIPI-UKR.) в адаптації М. Кліманської, І. Галецької) є однією із багатьох методик, які мають на меті виявити і виміряти глибинні психологічні риси особистості. П’ять фундаментальних вимірів для опису і оцінки особистості: екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду розуміються як універсальні, надкультуральні та наддемографічні, найбільш загальні характеристики, що дозволяють отримати повні та всебічні характеристики особистості (Klimanska & Haletska, 2021), (додаток А).

PSS-10 (Perceived Stress Scale) – це коротка, валідна та широко використовувана психометрична шкала, розроблена Sheldon Cohen та колегами у 1983 році. Вона вимірює рівень суб’єктивно сприйманого стресу за останній місяць та має ціль: оцінити, наскільки ситуації в житті респондента здаються йому непередбачуваними, неконтрольованими або перевантажуючими (Додаток Б). Також шкала вимірює суб’єктивне відчуття стресу, а не об’єктивну наявність стресових подій. Також відбувається когнітивна оцінку подій – тобто, як людина інтерпретує труднощі у своєму житті. Шкала є важливим індикатором психологічного благополуччя. PSS-10 містить 10 тверджень, що описують думки та почуття, які люди зазвичай

мають у стресових ситуаціях. Вони охоплюють тривогу, напругу, впевненість у собі, відчуття контролю над життям. Головними перевагами даної шкали є:

- простота та швидкість заповнення (3–5 хв);
- вона підходить для наукових досліджень, клінічного скринінгу, оцінки ефективності втручань;
- валідована для різних мов та культур (включно з українською).

GAD-7 – це короткий клінічний опитувальник для самооцінки симптомів тривоги. Розроблений Spitzer et al. (2006), цей інструмент використовується для скринінгу, діагностики, моніторингу симптомів генералізованого тривожного розладу (ГТР), а також оцінки тяжкості тривоги (Додаток В). Шкала GAD-7 застосовується у медичній, психологічній та дослідницькій практиці для швидкої оцінки тривожності, зокрема генералізованого тривожного розладу (ГТР). За її допомогою часто проводять перший скринінг на наявність тривожного розладу (особливо GAD — Generalized Anxiety Disorder), визначають необхідність подальшої діагностики або направлення до психіатра/психотерапевта, виявляють супутні тривожні симптоми при інших розладах (депресія, ПТСР, панічний розлад) і проводять оцінку ефективності лікування (до і після психотерапії або медикаментозної терапії). Головна ціль даної шкали - визначити частоту симптомів генералізованої тривоги за останні 2 тижні. Шкала має наступні переваги:

- швидке заповнення (менше ніж 2 хв);
- простота підрахунку;
- перекладено і адаптовано для багатьох мов (у т.ч. української).

Методика схильності до різних видів залежності (за Лозовою Г. В.) (далі в роботі буде використовуватися скорочення МСЗ-Лоз для зручності) розроблена авторкою у 2003 році та з 2022 року використовується Головним управлінням морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України (а саме Науково-дослідницьким центром гуманітарних проблем ЗСУ) для

діагностика схильності військовослужбовців до різних видів залежностей (Lozova, 2004). Лозова Г. В. є доцентом і кандидатом психологічних наук, яка займається вивченням девіантної поведінки, і особливо адиктивної. Методика складається з 70 питань, які містять у собі 14 шкал, із яких 13 шкал згруповані за різними видами адикцій та 1 шкала за загальною схильністю до адикцій, що дозволяють оцінити схильність людини до тих чи інших залежностей (додаток Г). Також вона дозволяє діагностувати загальну схильність до залежностей (в дужках вказане умовне позначення, що використовується при аналізі та інтерпретації результатів):

- алкогольна залежність;
- інтернет і комп'ютерна залежність;
- любовна залежність;
- наркотична залежність;
- ігрова залежність;
- нікотинова залежність;
- харчова залежність;
- залежність від міжстатевих відносин;
- трудоголізм;
- телевізійна залежність;
- релігійна залежність;
- залежність від здорового способу життя;
- лікарська залежність;
- загальна схильність до залежностей.

На підставі результатів тестування не можна ставити діагноз, методика є орієнтовною і показує загальну схильність до тієї чи іншої залежності. Обробка даних за даною методикою включає в себе:

- підрахунок балів за 14 шкалами (включаючи 13 видів адикцій та загальну адикцію);
- розшифровка умовних норм (5-11 балів – низька; 12-18 – середня; 19-25 – високий ступінь схильності до залежностей);
- інтерпретацію з різних видів залежної поведінки.

Шкала діагностика рівня соціальної фрустрованості спрямована на оцінку ступеня незадоволеності/задоволеності соціальними досягненнями в різних сферах життєдіяльності. Розроблена Л.І. Вассерманом і модифікована В.В. Бойком (Kokun et al., 2011) (Додаток Д). Ця шкала призначена для вимірювання ступеня соціальної фрустрованості, тобто незадоволеності людини різними аспектами свого соціального життя, а саме – її реальним становищем у суспільстві порівняно з особистими очікуваннями й прагненнями. Також вона вимірює ступінь розриву між бажаним і наявним у таких сферах як освіта, професійна діяльність, стосунки з людьми, матеріальні умови, особисте життя, житлові умови, дозвілля, тощо. Таким чином, шкала виявляє психологічне напруження та ймовірність деструктивних переживань, які виникають через невідповідність очікувань і реального соціального стану. Складається з 20 тверджень, кожне з яких стосується певної соціальної сфери (робота, сім’я, гроші, навчання, медичне обслуговування тощо). Респондент має відповісти, наскільки задоволений він кожним із пунктів. Шкала застосовується у клінічній психології (для оцінки психоемоційного стану клієнтів); у психодіагностиці в освіті (наприклад, студентів і викладачів); в організаційній психології (оцінка рівня задоволеності умовами праці); у наукових дослідженнях для вивчення впливу соціальних чинників на самопочуття.

На початку алалізу оцінемо доцільність та актуальність використання методик у відношенні до даної вибірки опитуваних. Дані наведені у Табл.2.1.

Табл.2.1.

Надійність обраних методик для даної вибірки

Методика	Середнє значення	Стандартне відхилення	α Кронбаха	ω МакДональда
TIPI	8,81	1,23	0,415	0,445
PSS-10	18,7	6,23	0,573	0,667
GAD-7	7,9	5,33	0,915	0,920
МСЗ-Лоз	10,2	1,8	0,63	0,674
Соц-Фр	1,52	0,628	0,891	0,896

Методика TIPI демонструє низький рівень надійності у межах цієї вибірки, що підтверджується значеннями α Кронбаха (0,415) та ω МакДональда (0,445). Незважаючи на те, що ці показники є нижчими за рекомендований рівень 0,7, це узгоджується з особливостями самої методики: TIPI є скороченим інструментом, у якому кожен фактор особистості оцінюється лише двома пунктами. У зв’язку з цим обмеженням подібні значення внутрішньої узгодженості є типовими та допустимими при використанні TIPI як скринінгового інструменту.

Методика PSS-10 (шкала сприйняття стресу) продемонструвала помірний рівень надійності, що підтверджується значеннями α Кронбаха (0,573) та ω МакДональда (0,667). Обидва показники дещо нижчі за загальноприйнятий поріг у 0,7, що може свідчити про неоднорідність відповідей респондентів або труднощі зі сприйняттям інверсованих тверджень. Попри це, отримані результати свідчать про загалом прийнятний рівень внутрішньої узгодженості, достатній для використання шкали у дослідницьких цілях.

Методика GAD-7, призначена для виявлення симптомів генералізованої тривожності, показала високий рівень надійності. Значення α Кронбаха

(0,915) та ω МакДональда (0,920) свідчать про дуже добру внутрішню узгодженість усіх пунктів шкали. Це дозволяє стверджувати, що опитувальник надійно вимірює цільову психологічну характеристику та може використовуватися як у дослідницькій, так і в клінічній практиці.

Методика МСЗ-Лоз (діагностика схильності до різних видів залежності) показала середній рівень внутрішньої узгодженості, з α Кронбаха на рівні 0,63 та ω МакДональда — 0,674. Ці показники наближаються до рекомендованого рівня та вказують на достатню надійність методики для дослідження схильності до адиктивної поведінки. Варто враховувати, що методика охоплює кілька видів залежностей, що може знижувати загальний рівень узгодженості.

Методика Соц-Фр (діагностика рівня соціальної фрустрованості) продемонструвала високий рівень надійності, про що свідчать значення α Кронбаха (0,891) та ω МакДональда (0,896). Такі результати вказують на хорошу внутрішню узгодженість шкали та дають підстави стверджувати про її ефективність як інструменту для дослідження рівня соціального невдоволення та фрустрації.

Таким чином, усі використані методики демонструють прийнятний або високий рівень надійності, за винятком TIPI, який, попри нижчі показники α та ω, зберігає свою практичну цінність завдяки короткому формату та можливості швидкої оцінки базових рис особистості. Методики GAD-7 та Соц-Фр є найбільш надійними у межах цієї вибірки, тоді як PSS-10 та МСЗ-Лоз демонструють достатню, хоча й не оптимальну внутрішню узгодженість.

2.3. Характеристика вибірки.

Для проведення дослідження було обрано одну вибірку - для узагальнення результатів та проведення аналізу. Основним критерієм відбору вибірки був вік респондентів - від 20 до 40 років (згідно з періодизацією Г.

Крайга). В опитуванні брали участь жінки та чоловіки. Середній вік опитувальних неможливо виділити числовим значенням, адже для дослідження були взяті групування (менше 20 років, 20-24 роки, 25-29 р., 30-34 р., 35-40 р., більше 40 років). Кількість вибірки - 71 особа. Учасники дослідження на момент дослідження перебували як на території України, так і за її межами.

Проаналізуємо розподіл вибірки за різними критеріями.

На Рис.2.1. представлено розподіл респондентів за статтю, що дозволяє візуально оцінити співвідношення між чоловіками та жінками у вибірці. Згідно з наведеними даними, жінки становлять 66,2% усіх учасників дослідження, тоді як чоловіки — 33,8%. Отже, частка жінок удвічі перевищує кількість чоловіків серед респондентів. Такий гендерний дисбаланс є суттєвим і вказує на переважання жіночої аудиторії в межах зібраних даних. Водночас такий розподіл може мати вагоме значення для подальшої статистичної обробки результатів. Зокрема, оскільки вибірка не є повністю гендерно репрезентативною, загальні висновки, зроблені на її основі, можуть бути зумовлені домінуванням жіночої точки зору або особливостей жіночого досвіду. Якщо стать респондентів буде розглядаєтися як змінна, що потенційно впливає на результати (наприклад, рівень тривожності, стресу, фрустрації чи схильність до адиктивної поведінки), доцільно розглядати отримані дані з урахуванням цього чинника. Таким чином, врахування статевої структури вибірки є важливим компонентом інтерпретації емпіричних результатів і підвищення валідності дослідження.

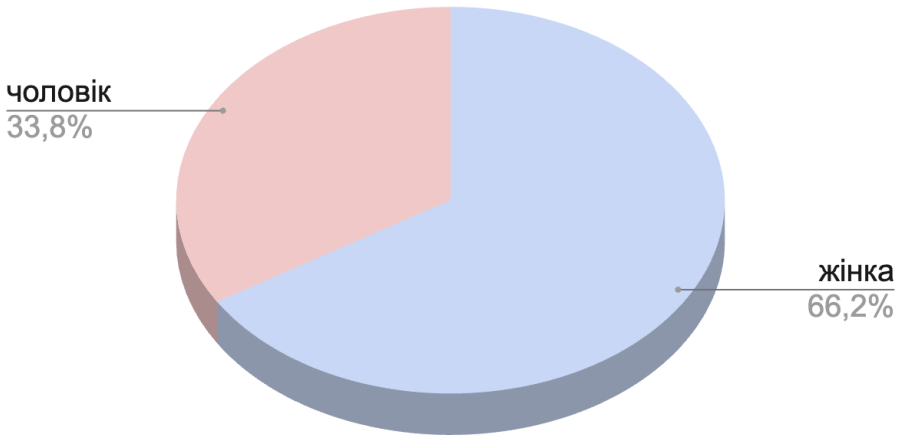

Рис.2.1. Розподіл респондентів за статтю

На Рис.2.2. представлено віковий розподіл респондентів у дослідженні. Учасники поділені на чотири вікові групи. На основі кругової діаграми можна зробити висновок, що найбільшу частку респондентів становлять особи віком 30–34 роки — 42,3%. Це свідчить про домінування цієї вікової групи у вибірці. Друге місце займають респонденти віком 35–40 років — 32,4%, що також вказує на значну представленість старшої частини раннього дорослого віку. Особи віком 25–29 років складають 15,5% опитаних, а найменшу частку — лише 9,9% — становлять респонденти у віці 20–24 роки. Таким чином, більшість вибірки зосереджена у вікових межах 30–40 років, що може впливати на характер отриманих результатів дослідження, зокрема у контексті вивчення вікових особливостей адиктивної поведінки.

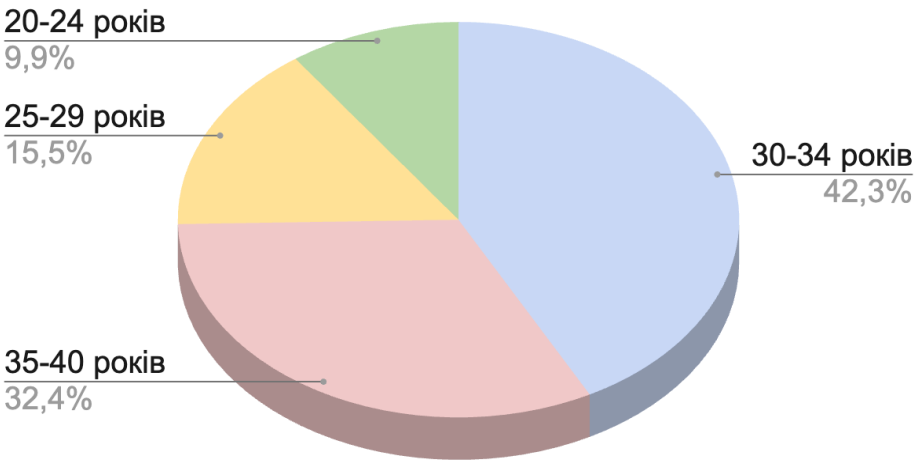

Рис.2.2. Розподіл респондентів за віком

На Рис.2.3. представлено розподіл респондентів за психологічними рисами на основі Короткого п'ятифакторного опитувальника TIPI. Згідно з результатами, найвищі показники мають риси дружелюбність (21,89%) та відкритість новому досвіду (21,89%). Це свідчить про те, що значна частина респондентів демонструє готовність до соціальної взаємодії, емпатійність, довірливість, а також схильність до креативності, пізнавальної допитливості та прийняття новизни. Також на досить високому рівні представлена добросовісність — 20,97%, що вказує на відповідальність, самоорганізованість та старанність респондентів. Показник екстраверсії складає 20,29%, що є дещо нижчим порівняно з попередніми рисами, проте все ще в межах високого рівня. Це означає, що учасники схильні до соціальної активності, комунікабельності та ініціативності, хоча не в усіх це виражено однаково сильно. Найнижчим серед усіх показників є рівень емоційної стабільності — лише 14,96%. Це може свідчити про підвищену емоційну чутливість, тривожність, схильність до стресу та менш розвинені навички емоційної саморегуляції у значної частини вибірки. З огляду на це, можна припустити, що досліджувана група має більшу вразливість до

психоемоційного напруження, що може бути релевантним, адже дослідження стосується тем тривожності, стресу або адиктивної поведінки.

Загалом аналіз демонструє переважання соціально адаптивних і когнітивно відкритих рис особистості серед респондентів, проте також вказує на потенційну зону психологічної вразливості, пов'язану з емоційною стабільністю. Такий профіль може мати значення для подальшої інтерпретації результатів у рамках психологічного дослідження.

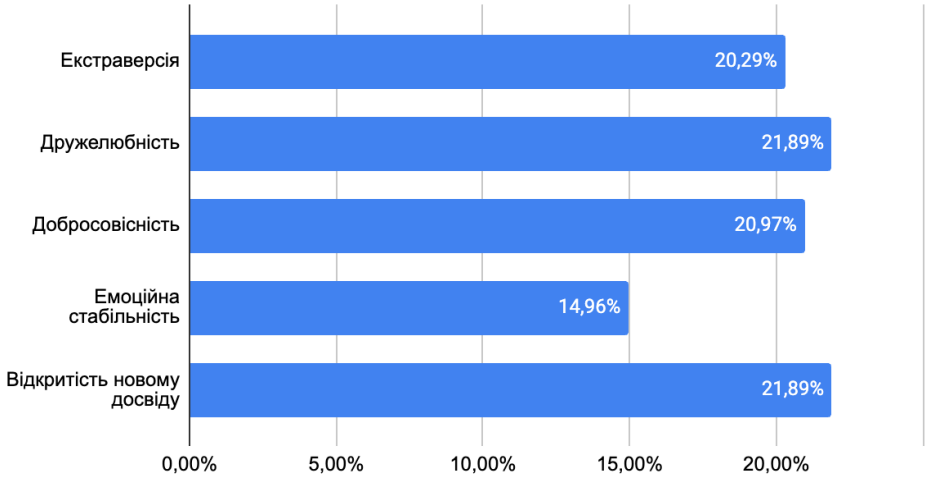

Рис.2.3. Розподіл респондентів за психологічними рисами

Вибірка показників за шкалою PSS-10 має нормальний розподіл - W=0.968, p=0.071), що дозволяє використовувати параметричні методи статистичного аналізу у подальшій обробці результатів (Рис.2.4). Основна частина даних зосереджена в діапазоні від приблизно 15 до 25 балів, що вказує на домінування помірного рівня стресу серед респондентів. Розподіл має майже симетричну форму з незначною правобічною асиметрією, яка проявляється у вигляді трохи подовженого правого "хвоста". Водночас на графіку видно незначну кількість спостережень із дуже низькими або дуже високими значеннями (3–5 та 35–38 балів відповідно), однак вони не спотворюють загальний характер розподілу.

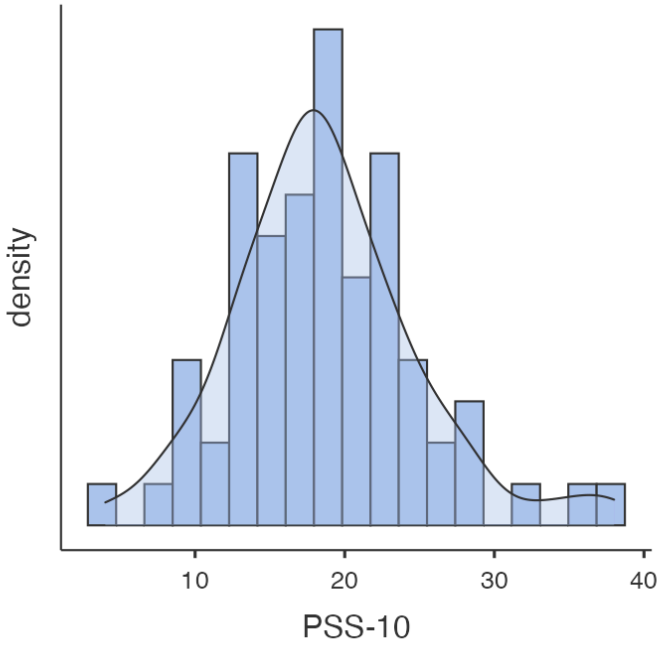

Рис.2.4. Гістограма розподілу респондентів за шкалою PSS-10

Для вибірки щодо показників за шкалою GAD-7 нульову гіпотезу про нормальний розподіл слід відхилити (W=0.912, p менше 0.001). Тобто, розподіл балів за шкалою GAD-7 не відповідає нормальному і має статистично значущі відхилення від нього (Рис.2.5). Візуальний аналіз розподілу вказує на його помітну асиметрію: більшість результатів зосереджена в нижній частині шкали, з поступовим зменшенням частоти у напрямку до вищих значень. Це свідчить про переважання респондентів із низьким або помірним рівнем тривожності та наявність меншої частки осіб із високими тривожними проявами. Графік має виражений лівобічний пік у межах 3–7 балів, а також протяжний правобічний "хвіст", що охоплює значення до 21–22 балів. Така форма розподілу є типовою для клінічних опитувальників, де більшість респондентів демонструє відносно низькі рівні вираженості симптомів, а крайні значення трапляються рідше.

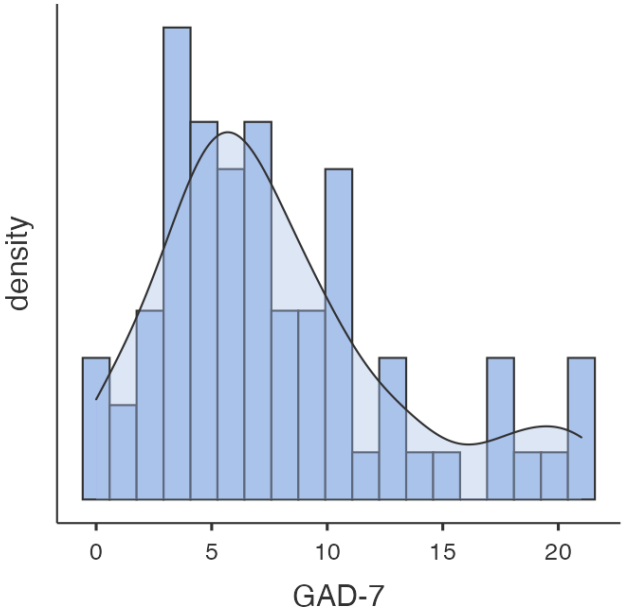

Рис.2.5. Гістограма розподілу респондентів за шкалою GAD-7

На Рис.2.6. представлено розподіл респондентів за типом схильності до різних видів залежностей на основі методики Г. В. Лозової. Найвищі показники мають такі форми залежностей, як любовна залежність (9,39%), залежність від здорового способу життя (9,07%) та харчова залежність (8,99%). Це свідчить про те, що саме ці типи поведінкових проявів найчастіше відзначаються серед опитаних як потенційно проблемні або домінуючі в повсякденному житті. Також високий рівень демонструє загальна схильність до залежностей (8,76%), що може вказувати на схильність значної частини респондентів до формування різних видів залежної поведінки в залежності від контексту та умов. Порівняно високими є також показники трудової залежності (7,93%), залежності від алкоголю (7,47%) та наркотичної залежності (7,09%). Ці результати дозволяють припустити, що у частини вибірки можуть бути присутні ознаки хімічних або поведінкових залежностей, що становлять ризик для психоемоційного стану та функціонування. Водночас найнижчі показники спостерігаються у таких сферах, як релігійна залежність (4,23%), ігрова залежність (4,99%) та телевізійна залежність (6,03%). Це може свідчити або про меншу

поширеність відповідних практик у житті респондентів, або про те, що ці форми залежності менш усвідомлювані самими учасниками як потенційно проблемні. Середньо вираженими є також лікарська залежність (6,53%), залежність від комп'ютера/соцмереж (6,63%) та залежність від куріння (6,17%).

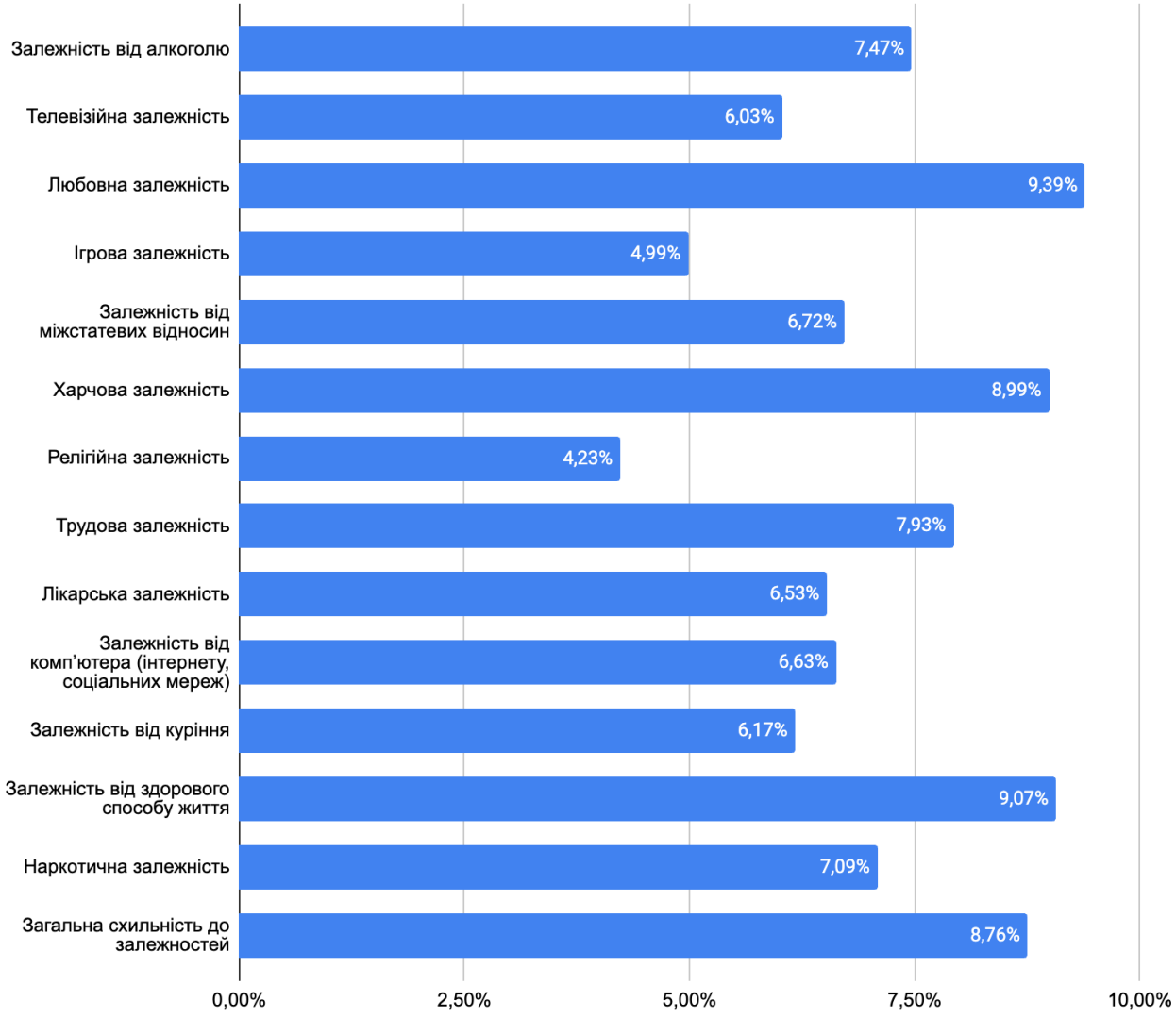

Рис.2.6. Розподіл респондентів за типом схильності до залежності

Розподіл показників за шкалою діагностики рівня соціальної фрустрованості у вибірці не відповідає нормальному і має виражену асиметрію (W=0.957, p=0.016). Це означає, що відхилення від нормального розподілу є статистично значущими, і нульову гіпотезу про нормальність слід

відхилити (Рис.2.7). Візуальний аналіз гістограми демонструє асиметричний розподіл, зосереджений переважно в діапазоні від 1 до 2 балів, що вказує на загалом невисокий рівень фрустрованості у більшості респондентів. У правій частині розподілу спостерігається витягнутий «хвіст» із поодинокими вищими значеннями, що свідчить про наявність меншої групи осіб із вираженим відчуттям фрустрації.

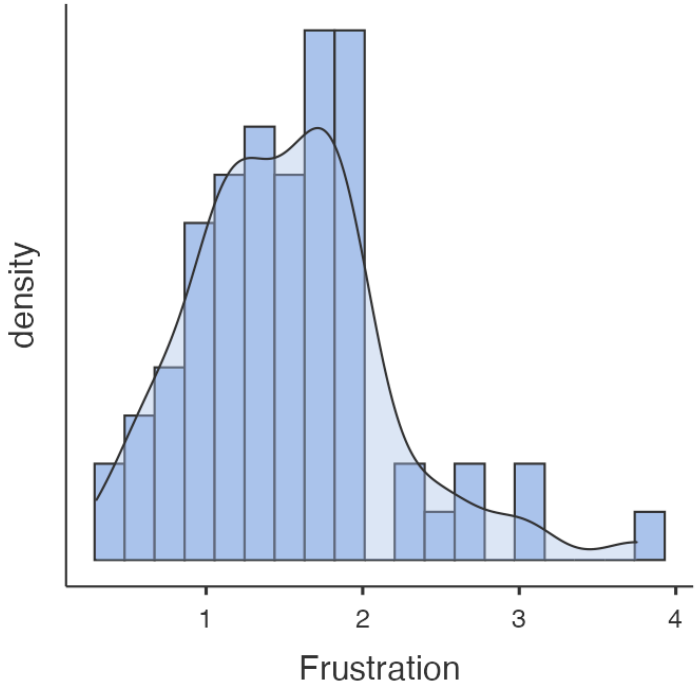

Рис.2.7. Гістограма розподілу респондентів за шкалою діагностики рівня соціальної фрустрованості

Висновки до розділу II

У другому розділі було представлено дизайн та організацію емпіричного дослідження, охарактеризовано вибірку, методи збору та обробки даних, а також проведено аналіз валідності та надійності обраних психодіагностичних методик.

Вибірка складалась із 71 особи віком від 20 до 40 років — саме ця вікова категорія є центральною для дослідження, оскільки відповідає періоду

ранньої дорослості. Гендерний розподіл вибірки виявив дисбаланс на користь жінок (66,2%), що слід враховувати під час інтерпретації результатів. У віковому розрізі найбільшою була група респондентів віком 30–34 роки.

У дослідженні використано п’ять психодіагностичних методик: TIPI-UKR, PSS-10, GAD-7, методику Лозової (МСЗ-Лоз), та шкалу соціальної фрустрованості. Всі інструменти, за винятком TIPI, продемонстрували прийнятний або високий рівень надійності відповідно до показників α Кронбаха та ω МакДональда. TIPI, попри нижчу внутрішню узгодженість, була визнана прийнятною як скринінговий інструмент.

Результати первинного статистичного аналізу засвідчили, що більшість шкал (зокрема GAD-7 та шкала соціальної фрустрованості) мають розподіли, що відхиляються від нормальних, що потребує обережності у виборі статистичних методів. Було виявлено помірний рівень суб’єктивного стресу, переважання низької та помірної тривожності, а також схильність до окремих видів поведінкових залежностей, зокрема любовної, харчової та трудової. Водночас більшість респондентів демонструють низький рівень соціальної фрустрованості, що може вказувати на відносну стабільність їх соціального функціонування.

Таким чином, отримані результати дозволяють визнати емпіричну базу дослідження репрезентативною та методично обґрунтованою, що дає змогу перейти до подальшого аналізу взаємозв’язків між психоемоційними станами та схильністю до адиктивної поведінки у ранньому дорослому віці.

РОЗДІЛ ІІІ
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.

При проведенні аналізу ми сфокусували свою увагу на перевірці гіпотез, які відповідають зазначеним в роботі дослідницьким питанням.

Для виявлення того, **які форми адиктивної поведінки найчастіше проявляються у осіб раннього дорослого віку із різним рівнем стресу та тривожності** були використані такі методи статистичного аналізу як описова статистика (по всіх шкалах методики діагностики типів залежності) та метод ANOVA.

Першим кроком була категоризація балів - який рівень стресу та тривоги слід вважати низьким, легким, помірним та високим. Для цього ми застосували градацію балів представлену в у Табл.3.1.

Табл.3.1.

Категоризація рівнів стресу та тривожності за шкалами PSS-10 та GAD-7

Бали за шкалами	Рівень проявленності			
	низький	легкий	помірний	високий
PSS-10	0-10	11-20	21-30	31-40
GAD-7	0-4	5-9	10-14	15-21

Проведений описовий аналіз дозволив **виявити специфіку проявів різних типів адиктивної поведінки серед респондентів із різними рівнями стресу** (за шкалою PSS-10) (Додаток Е). Зокрема, результати свідчать про те, що найвищі середні значення окремих форм залежностей спостерігаються саме у групі з високим рівнем стресу (Табл.3.2).

Табл.3.2.

Описова статистика (середні значення) за шкалами адиктивної поведінки у групах з різним рівнем стресу (PSS-10)

Тип залежності	Рівень стресу			
	низький	легкий	помірний	високий
алкогольна залежність (L1)	11.3	10.2	11.6	11.0
телевізійна залежність (L2)	6.67	8.86	9.16	6.33
любовна залежність (L3)	12.2	13.0	**13.9**	**19.7**
ігрова залежність (L4)	8.17	7.19	6.89	6.33
залежність від міжстатевих відносин (L5)	10.8	9.21	10.4	8.67
харчова залежність (L6)	12	12.5	**14.4**	11.0
релігійна залежність (L7)	5.67	6.07	5.89	**8.0**
трудова залежність (L8)	9.33	10.8	**12.5**	17.0
лікарська залежність (L9)	5.00	8.87	11.4	**14.0**
залежність від комп'ютера (інтернету, соціальних мереж) (L10)	7.83	9.42	9.74	12.7
залежність від куріння (L11)	5.17	7.98	12.0	9.0
залежність від здорового способу життя (L12)	12.0	**13.3**	12.4	**14.7**
наркотична залежність (L13)	10.0	10.3	10.3	7.33
загальна схильність до залежностей (L14)	11.8	**12.4**	13	**13.7**

Так, в учасників із високими показниками стресу було зафіксовано значно вищі бали за шкалами любовної залежності (M = 19.7), залежності від здорового способу життя (M = 14.7), лікарської залежності (M = 14.0) та загальної схильності до залежностей (M = 13.7).

Група з помірним рівнем стресу демонструє помітно виражені тенденції до любовної (M = 13.9), трудової (M = 12.5) та харчової залежності

(M = 14.4), що може свідчити про схильність до адиктивної поведінки, яка пов’язана із соціально схвалюваними формами (праця, їжа, стосунки).

У респондентів із легким рівнем стресу спостерігаються відносно нижчі середні значення по більшості шкал, однак на цьому рівні залишаються відносно високими показники залежності від здорового способу життя (M = 13.3) та загальної схильності до залежностей (M = 12.4), що може свідчити про приховану компенсаторну активність у межах нормативної поведінки.

Найменш виражені показники спостерігаються у респондентів із низьким рівнем стресу, де середні значення більшості типів залежностей залишаються на порівняно низькому рівні, що, ймовірно, пов’язано з більш адаптивними формами емоційного реагування та ефективною саморегуляцією.

Загалом отримані дані дозволяють зробити попередній висновок про наявність тенденції до підвищення інтенсивності окремих видів адиктивної поведінки (особливо любовної, лікарської, харчової та трудової) у респондентів із зростанням рівня стресу.

Ця тенденція була перевірена наступним кроком за допомогою статистичних критеріїв значущості (ANOVA). За результатами ANOVA (Додаток Ж) було виявлено статистично значущі відмінності для двох типів залежностей: трудової залежності (L8) та залежності від куріння (L11). Зокрема, для трудової залежності було отримано значення df1= 3, df2 = 8.03, F = 5.139, p = 0.028, що вказує на наявність істотних відмінностей між групами з різним рівнем стресу. Для залежності від куріння значення (відповідно - 3, 8.70, 7.113, 0.010), що також підтверджує статистично значущу різницю.

Подальший post-hoc аналіз за критерієм Games–Howell дозволив з'ясувати характер міжгрупових відмінностей. Було встановлено, що рівень трудової залежності значно вищий у респондентів із високим рівнем стресу,

порівняно з тими, хто має низький стрес (p = 0.047). Це може свідчити про використання праці як способу емоційного "відволікання" або компенсації при перевантаженні психіки.

У випадку залежності від куріння, виявлено достовірно вищі показники серед осіб із легким (p = 0.014) та помірним (p = 0.008) рівнем стресу порівняно з групою респондентів із низьким рівнем стресу. Цей факт може свідчити про частіше звертання до куріння як до засобу короткочасного зняття напруги чи самоуспокоєння в умовах підвищеного психологічного тиску.

Для решти шкал (залежність від алкоголю, любовна залежність, харчова, ігрова, релігійна, комп’ютерна, лікарська тощо) не було виявлено статистично значущих відмінностей між групами. Значення p > 0.05 свідчать про те, що рівень стресу сам по собі не є суттєвим предиктором для вираженості цих форм залежної поведінки в межах цієї вибірки.

Проведений описовий аналіз дозволив **виявити специфіку проявів різних типів адиктивної поведінки серед респондентів із різними рівнями тривожності** (за шкалою GAD-7) (Додаток Е). Результати аналізу середніх значень показали певні варіації у рівнях залежностей (Табл.3.3.).

Табл.3.3.

Описова статистика (середні значення) за шкалами адиктивної поведінки у групах з різним рівнем тривожності (GAD-7)

Тип залежності	Рівень тривожності			
	низький	легкий	помірний	високий
алкогольна залежність (L1)	10.1	11.2	8.92	12.8
телевізійна залежність (L2)	7.74	8.61	10.3	8.56
любовна залежність (L3)	13.2	13.1	13.7	**15.2**
ігрова залежність (L4)	7.58	6.97	6.67	7.56
залежність від міжстатевих відносин (L5)	8.37	10.2	9.83	10.1
харчова залежність (L6)	10.9	14.0	**15.0**	10.7
релігійна залежність (L7)	5.63	6.19	6.33	6.22
трудова залежність (L8)	9.68	11.1	12.3	**14.9**
лікарська залежність (L9)	6.74	9.52	10.8	**12.4**
залежність від комп'ютера (інтернету, соціальних мереж) (L10)	8.58	9.55	9.42	11.4
залежність від куріння (L11)	8.42	8.0	9.33	**12.1**
залежність від здорового способу життя (L12)	13.5	12.8	**14.0**	11.6
наркотична залежність (L13)	9.37	10.5	11.8	8.56
загальна схильність до залежностей (L14)	11.4	12.7	13.9	12.8

Зокрема, найвищі середні бали любовної залежності (L3) та трудової залежності (L8) були характерні для респондентів із високим рівнем тривожності (M = 15.2 та M = 14.9 відповідно), що перевищує показники інших груп. Схожі тенденції спостерігалися також щодо лікарської залежності (L9) та залежності від куріння (L11), які демонстрували поступове зростання середніх балів із підвищенням рівня тривожності.

Водночас, залежність від здорового способу життя (L12) та харчова залежність (L6) показали стабільно високі середні значення у групах з помірною та високою тривожністю, тоді як їх рівень у групі з низькою тривожністю був нижчим.

Дані щодо залежності від алкоголю (L1) та релігійної залежності (L7) не виявили чіткої тенденції до зростання або зниження залежно від рівня тривожності. Аналогічно, значення стандартних відхилень свідчать про помірну варіативність результатів у межах груп.

Отримані попередні дані дозволяють припустити, що тривожність може бути пов’язана із посиленням окремих форм залежної поведінки, особливо тих, що виконують функцію психологічного заспокоєння (трудоголізм, куріння, любовні прив’язаності). Проте для перевірки статистичної значущості цих відмінностей доцільно застосувати дисперсійний аналіз (One-Way ANOVA), що було здійснено на наступному етапі.

За результатами однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA (Додаток Ж) було виявлено статистично значущі відмінності між групами респондентів із різним рівнем тривожності за трьома шкалами: харчова залежність (L6), трудова залежність (L8) та лікарська залежність (L9). Зокрема, для харчової залежності отримано наступні значення: df1 = 3, df2 = 25.7, F = 4.930, p = 0.008. Для трудової залежності (відповідно: df1 = 3, df2 = 24.6, F = 4.616, p = 0.011), а для лікарської залежності — df1 = 3, df2 = 23.6, F = 5.104, p = 0.007. Ці результати свідчать про наявність істотних відмінностей у рівнях зазначених форм адиктивної поведінки залежно від рівня тривожності.

Подальший post-hoc аналіз за критерієм Games–Howell дозволив виявити міжгрупові відмінності. Зокрема, для харчової залежності (L6) спостерігаються статистично значущі відмінності між групами з низьким та легким рівнем тривожності (p = 0.029), а також низьким і помірним (p =

0.031). Це дозволяє припустити, що зростання тривожності супроводжується підвищенням схильності до харчової адикції, можливо, як до способу самозаспокоєння через їжу.

У випадку трудової залежності (L8) було виявлено достовірну різницю між низьким і високим рівнем тривожності ($p = 0.009$), а також між легким і високим рівнем тривожності ($p = 0.048$). Цей результат може свідчити про тенденцію до «втечі в роботу» серед осіб із підвищеним рівнем тривожності, що використовується як компенсаторний механізм уникання негативних емоцій.

Для лікарської залежності (L9) зафіксовано статистично значущу різницю між респондентами з низьким та легким рівнем тривожності ($p = 0.044$). Це може свідчити про те, що навіть помірне підвищення тривожності сприяє частішому звертанню до медикаментозних засобів як способу подолання психоемоційного дискомфорту.

Для решти форм залежностей (зокрема, алкогольна, любовна, ігрова, релігійна, комп'ютерна, куріння, залежність від ЗСЖ, наркотична, загальна схильність до залежностей) статистично значущих відмінностей не виявлено. Значення $p > 0.05$ свідчать про відсутність достовірних зв'язків між рівнем тривожності та цими типами адиктивної поведінки в межах досліджуваної вибірки.

Наступним дослідницьким кроком було з'ясування того, **яким чином рівень особистісної тривожності пов'язаний зі схильністю до певних типів залежної поведінки**.

Для цього першим кроком було проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена, оскільки розподіли як шкали GAD-7, так і більшості шкал залежностей не відповідали нормальному. Результати аналізу виявили декілька статистично значущих або тенденційно значущих позитивних кореляцій між рівнем тривожності та окремими типами адиктивної

поведінки. На Рис.3.1. представлено узагальнені результати аналізу, кореляційна матриця представлена в Додатку К.

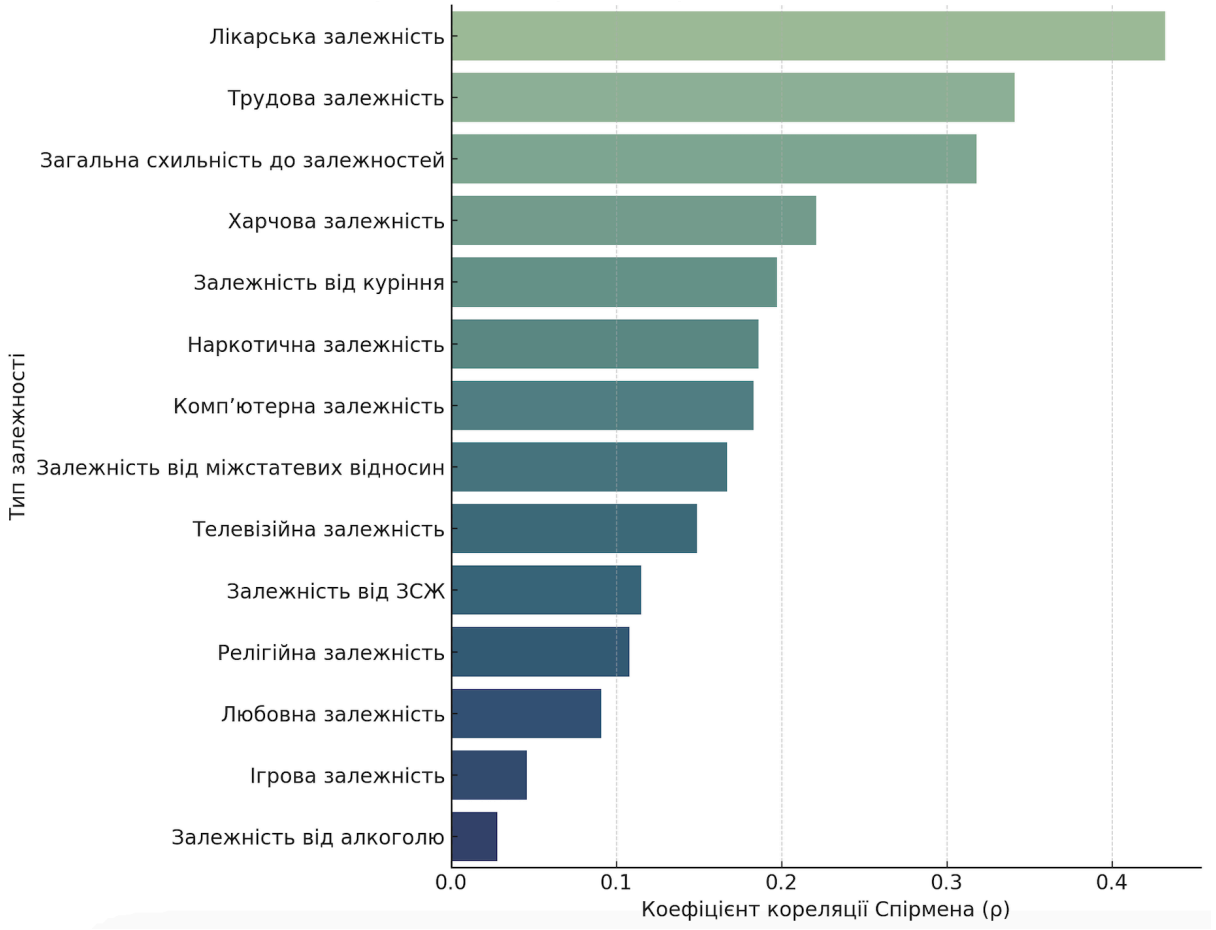

Рис.3.1. Кореляція між рівнем тривожності та типами залежностей

Найсильніший зв'язок був встановлений для лікарської залежності ($\rho = 0.432$; $p < 0.001$), що може свідчити про схильність осіб із підвищеною тривожністю до частішого звертання до медикаментів — можливо, для зменшення тривожних симптомів або зняття психоемоційної напруги. Така поведінка може набувати характеру компульсивного самолікування.

Також помірний позитивний зв'язок зафіксовано для трудової залежності ($\rho = 0.341$; $p = 0.003$), що може вказувати на використання трудової активності як способу уникнення емоційного дистресу, спроби впоратись із тривожністю через надмірну зайнятість або контрольованість.

Загальна схильність до залежностей ($\rho = 0.318$; $p = 0.007$) також значимо корелює з тривожністю. Це підкріплює гіпотезу про те, що тривожні

особистості можуть мати ширшу загальну вразливість до розвитку залежної поведінки в різних формах.

Дещо слабший, але близький до статистично значущого зв’язок виявлено між тривожністю та харчовою залежністю ($\rho = 0.221$; $p = 0.060$), а також з курінням ($\rho = 0.197$; $p = 0.096$). Це може свідчити про наявність тенденції використання їжі або нікотину як засобу тимчасового зниження напруження чи регуляції настрою в умовах внутрішньої тривоги.

Крім того, спостерігались позитивні, хоч і незначущі на рівні $p < 0.05$, кореляції з комп’ютерною ($\rho = 0.183$), наркотичною ($\rho = 0.186$) та залежністю від міжстатевих відносин ($\rho = 0.167$). Хоча ці зв’язки не досягли критичного рівня значущості, вони можуть свідчити про наявність латентної тенденції до поведінкових форм уникнення у контексті тривожного фону.

Водночас інші форми залежностей — такі як алкоголізм, любовна, ігрова, релігійна та залежність від здорового способу життя — не продемонстрували суттєвих кореляцій з тривожністю ($\rho < 0.15$; $p > 0.2$), що може свідчити про меншу залученість саме цього емоційного фактору у формуванні зазначених патернів поведінки.

Загалом результати вказують на те, що особистісна тривожність може бути релевантним предиктором до деяких видів залежної поведінки, особливо тих, що пов’язані із самолікуванням, прагненням уникнення або компенсації тривожного стану. Тому, наступним кроком в нашій роботі є тестування прогностичної сили тривожності як фактора схильності до різних типів залежностей. Для аналізу ми обрали типи залежностей, які на попередньому дослідницькому кроці мали найвищі кореляційні показники - трудова залежність (L8), лікарська (L9), загальна схильність до залежностей (L14), харчова (L6), залежність від куріння (L11). Результати аналізу представлені в Додадку Л.

Для трудової залежності (L8) модель виявилася статистично значущою: $F= 10.2$; $p = 0.002$, що свідчить про наявність лінійного зв’язку між рівнем

тривожності та інтенсивністю проявів трудової залежності. Індекс детермінації $R^2 = 0.129$, а скориговане Adjusted $R^2 = 0.116$, тобто рівень тривожності пояснює приблизно 12.9% варіації у рівні трудової залежності серед учасників вибірки. Хоча ефект є помірним, він статистично достовірний. Коефіцієнт регресії становив: B = 0.270, SE = 0.0844, t = 3.20, p = 0.002, а стандартизоване $\beta = 0.359$, що вказує на середню силу впливу. Таким чином, вищі рівні тривожності пов'язані з більш вираженою трудовою залежністю. Це може бути зумовлено тим, що у контексті підвищеного психоемоційного напруження індивіди схильні компенсувати внутрішню тривогу через надмірне занурення в роботу. Праця в такому випадку може виконувати роль захисного механізму — як форма уникнення тривожних переживань або способу підвищити контроль над життєвими обставинами.

Для лікарської залежності (L9) модель виявилася статистично значущою: F = 10.5; p = 0.002, тобто є підстави вважати, що між рівнем тривожності та проявами лікарської залежності існує статистично значущий зв'язок. Коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.132$, а скориговане Adjusted $R^2 = 0.120$, що свідчить про те, що рівень тривожності пояснює 13.2% варіації показників лікарської залежності серед опитаних. Коефіцієнт регресії: B = 0.315, SE = 0.0972, t = 3.25, p = 0.002, а стандартизований коефіцієнт $\beta = 0.364$, що вказує на помірну силу предикції. Це може бути обумовлено тим, що особи з підвищеним рівнем тривожності частіше вдаються до самостійного приймання заспокійливих, анальгетичних, снодійних або інших препаратів, аби зменшити психічний дискомфорт. Таким чином, медикаменти можуть сприйматися як швидкий і доступний засіб емоційної регуляції, що потенційно формує ризик залежності.

Для загальної схильності до залежностей (L14) модель виявилася статистично незначущою: F = 1.49; p = 0.226, що свідчить про відсутність переконливих доказів зв'язку між рівнем тривожності та загальним рівнем залежної поведінки в межах вибірки. Коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.0211$, а

скоригований Adjusted $R^2 = 0.00696$ — це свідчить про те, що тривожність пояснює лише 2.1% варіації загального рівня залежностей, тобто зв'язок є слабким і нерепрезентативним. Коефіцієнт регресії був також незначущим: B = 0.0934, SE = 0.0765, t = 1.22, p = 0.226, а стандартизований $\beta = 0.145$, що вказує на дуже слабкий зв'язок. Таким чином, отримані дані свідчать про те, що вибіркове зростання рівня тривожності не є достовірним предиктором загальної схильності до залежної поведінки, принаймні в межах цієї вибірки. Це може вказувати на те, що вплив тривожності більш чітко виявляється на рівні окремих форм залежностей, ніж на рівні узагальненого індексу.

Для харчової залежності (L6) модель виявилася статистично незначущою: F = 0.088, p = 0.768. Коефіцієнт детермінації був надзвичайно низьким: $R^2 = 0.00127$, скоригований Adjusted $R^2 = -0.0132$, що свідчить про практично повну відсутність пояснювальної сили моделі: тривожність не прогнозує варіації у показниках харчової залежності. Коефіцієнт регресії також не був значущим: B = 0.0278, SE = 0.0937, t = 0.297, p = 0.768, стандартизоване β становило лише 0.0357, тобто зв'язок є слабким і статистично незначущим. Таким чином, в межах цієї вибірки не виявлено зв'язку між рівнем тривожності та схильністю до харчової залежності. Це може свідчити про те, що такі залежності, як харчова, формуються під впливом інших чинників (наприклад, емоційної нестабільності, порушень самооцінки, соціального оточення) та не є безпосередньо пов'язаними з тривожністю в її особистісному вимірі.

Для залежності від куріння (L11) результати регресійної моделі показали, що загальна модель не досягає статистичної значущості на рівні $p < 0.05$, хоча демонструє тенденцію до значущості: F = 3.03, p = 0.086. Коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.0420$, а скориговане значення Adjusted $R^2 = 0.0282$. Це означає, що рівень тривожності пояснює близько 4.2% варіації у показниках залежності від куріння, що є відносно слабким показником. Коефіцієнт для змінної GAD-7 також не досягає рівня статистичної

значущості (p = 0.086), хоча і близький до нього: B = 0.248, SE = 0.142, t = 1.74, стандартизоване значення β = 0.205. Хоча формально результат не є статистично значущим, отримані дані можуть свідчити про потенційний зв’язок між тривожністю та схильністю до тютюнозалежності, який потребує подальшого вивчення. Можливо, у вибірках з більшою кількістю учасників або при використанні додаткових предикторів (наприклад, рівень стресу, рівень підтримки тощо), цей зв’язок міг би досягти вищої прогностичної сили.

Узагальнюючи результати тестування гіпотези, можна стверджувати, що тривожність не є універсальним предиктором усіх типів залежностей, проте її роль є суттєвою для окремих форм поведінки, які пов’язані зі спробами психологічної компенсації чи уникнення тривоги. Це дає підстави розглядати тривожність як один із факторів ризику формування певних залежностей, особливо в умовах хронічного стресу чи нестачі ефективних стратегій емоційної регуляції.

Переходячи до дослідження того, **чи механізм фрустрації опосередковує вплив стресу та тривожності на формування адиктивних патернів**, було почато з кореляційного аналізу між показниками соціальної фрустрації (за шкалою Л.І. Вассермана у модифікації В.В. Бойка) та рівнем схильності до різних типів залежної поведінки (Додаток М). Результати аналізу засвідчили наявність статистично значущих позитивних кореляцій між рівнем соціальної фрустрації та такими формами залежностей:

- Харчова залежність (ρ = 0.374; p = 0.001) - можна припустити, що фрустровані респонденти частіше звертаються до їжі як до засобу короткочасного емоційного полегшення.
- Трудова залежність (ρ = 0.295; p = 0.013) - вказує на можливу субститутивну функцію праці, яка використовується як стратегія подолання незадоволеності соціальними досягненнями.

- Лікарська залежність ($\rho = 0.386$; $p < 0.001$) - має найвищий рівень кореляції серед усіх шкал: фрустрація може стимулювати самолікування або звернення до медикаментів для компенсації внутрішнього напруження.
- Комп'ютерна залежність ($\rho = 0.420$; $p < 0.001$) - імовірно, фрустровані особи можуть уникати реальності через цифрову взаємодію — зокрема, віртуальне середовище, ігри чи соціальні мережі.
- Загальна схильність до залежностей ($\rho = 0.366$; $p = 0.002$) - підтверджує гіпотезу, що фрустрація може бути загальним чинником ризику для розвитку широкого спектра адиктивних патернів.

Натомість інші типи залежностей, такі як алкогольна (L1), любовна (L3), релігійна (L7), наркотична (L13) та залежність від здорового способу життя (L12), не продемонстрували статистично значущого зв'язку з рівнем фрустрації ($p > 0.05$). Це вказує на те, що не всі форми залежної поведінки однаково чутливі до впливу соціальної незадоволеності.

Загалом результати дають підстави стверджувати, що фрустрація дійсно може виступати як один із психологічних механізмів, що опосередковує вплив стресу та тривожності на формування окремих типів адиктивної поведінки. Найбільш виражено це проявляється у поведінках, які мають компенсаторний або ескапістський характер — зокрема у трудовій, комп'ютерній, харчовій та лікарській залежностях.

З метою виявлення гетерогенних психологічних профілів серед досліджуваних осіб було проведено кластерний аналіз методом k-середніх за стандартизованими значеннями шкал PSS-10 (стрес), GAD-7 (тривожність), шкали фрустрації (Frustration) та загальної схильності до залежностей (L14). Було апріорно задано 3 кластери відповідно до результатів попереднього аналізу оптимальної кластеризації (Gap-статистика).

На основі отриманих центрів кластерів (Рис.3.2.) було виокремлено три профілі:

- Кластер 1 (n = 14): характеризується високими показниками тривожності (GAD7 = 1.613) та стресу (PSS10 = 1.000), а також помірно підвищеним рівнем фрустрації (0.320). Водночас, загальна схильність до залежностей у цьому кластері є середньою (L14 = 0.023). Цей кластер можна охарактеризувати як *"психоемоційно перевантажений із стриманою адиктивністю"*. Імовірно, респонденти з даного кластеру використовують інші механізми адаптації, що не пов'язані з проявами залежної поведінки, або ж перебувають на компенсованій стадії стресу й тривожності.
- Кластер 2 (n = 31): демонструє невисокі значення стресу (–0.129) і тривожності (–0.169), однак помірно підвищену фрустрацію (0.511) та найвищу серед кластерів загальну схильність до залежностей (L14 = 0.579). Цей кластер відображає тип *"латентної адиктивності на тлі фрустраційного фону"*. Можна припустити, що у цих респондентів фрустрація, пов'язана з незадоволенням соціальних потреб, виступає ключовим тригером розвитку залежної поведінки, навіть за відносно стабільного емоційного стану.
- Кластер 3 (n = 26): має найнижчі стандартизовані значення по всіх шкалах — стрес (–0.565), тривожність (–0.667), фрустрацію (–0.782) та загальну схильність до залежностей (–0.703). Цей профіль можна умовно назвати *"психоемоційно благополучним"*, оскільки він демонструє адаптований стан без виражених психоемоційних дестабілізаторів чи тенденцій до залежної поведінки.

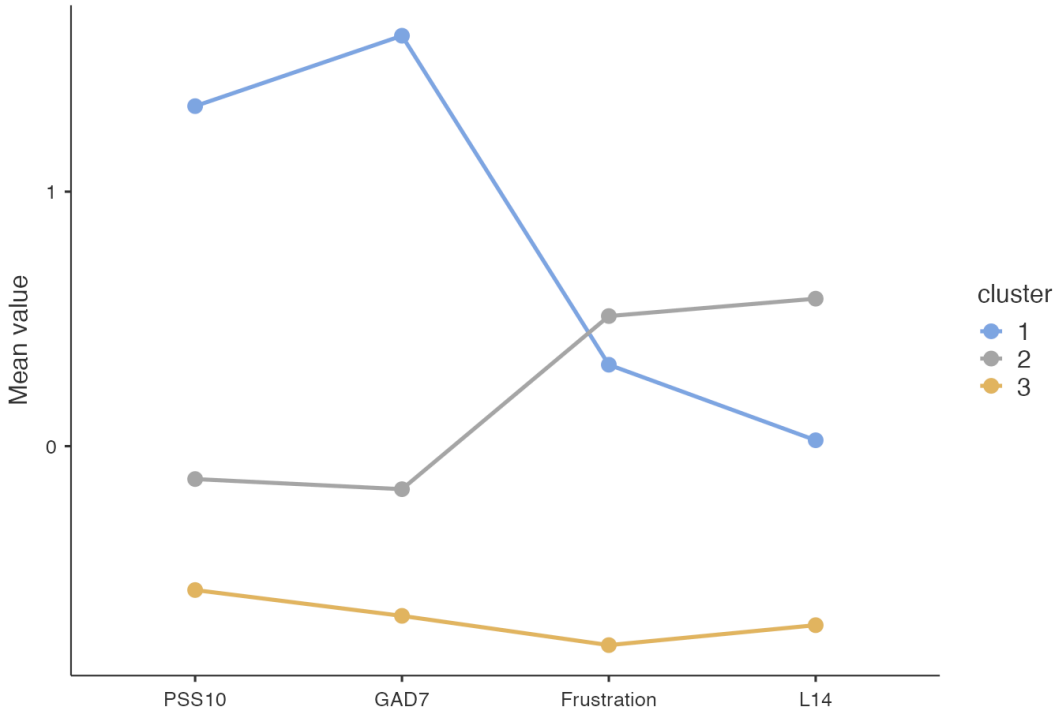

Рис.3.2. Графік результатів кластерного аналізу за тривожністю, стресом, рівнем фрустрації та загальною схильністю до адиктивної поведінки

Кластерна візуалізація (Рис.3.3) підтверджує помірну сегрегацію респондентів за виявленими кластерами, хоча певне накладання між групами також має місце. Це свідчить про часткову перехідність психологічних профілів та можливу динаміку змін залежно від зовнішніх і внутрішніх умов. Детальні результати кластерного аналізу наведені в Додатку Н.

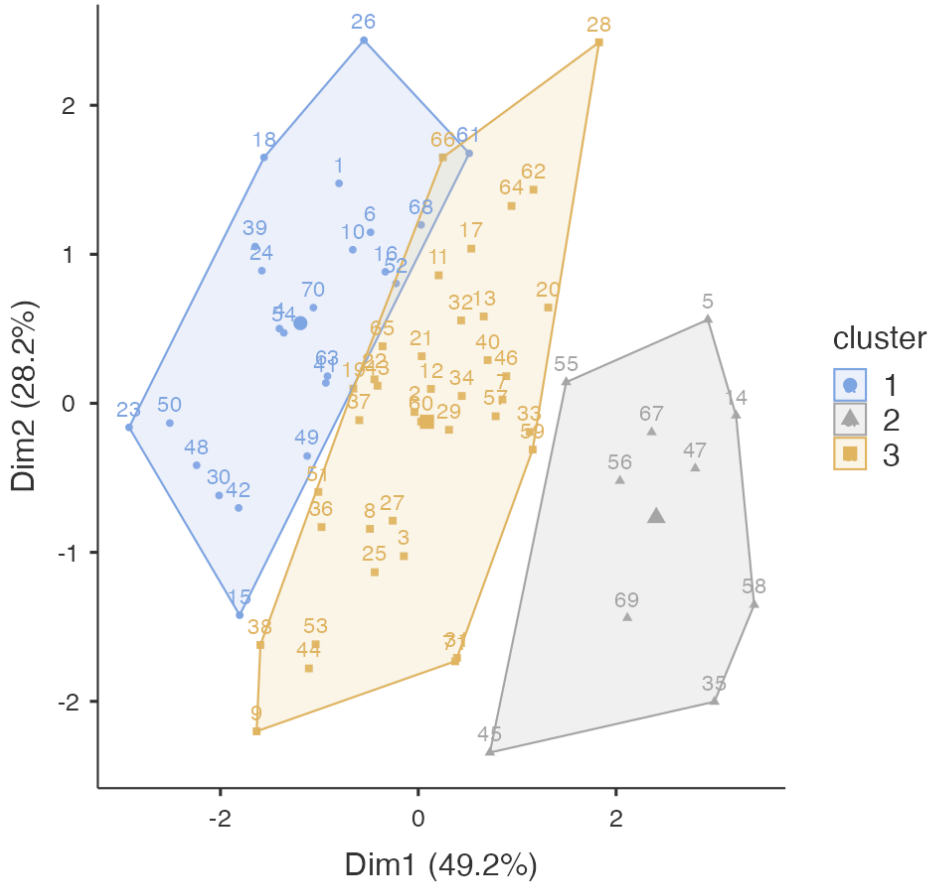

Рис.3.3. Кластерна діаграма за тривожністю, стресом, рівнем фрустрації та загальною схильністю до адиктивної поведінки

Отримані результати дозволяють припустити, що рівень фрустрації виступає окремим, самостійним чинником у формуванні адиктивної поведінки, незалежно від загального рівня тривожності та стресу. Цей факт підкреслює важливість урахування не лише емоційної напруги як такої, а й когнітивно-мотиваційних аспектів незадоволеності потреб, які можуть призводити до дезадаптивних форм компенсації. Водночас видно, що високий рівень тривожності не завжди супроводжується підвищеною схильністю до залежностей, що вказує на опосередковувальну роль інших психологічних чинників — таких як індивідуальні копінг-стратегії, рівень саморегуляції, особистісна толерантність до фрустрації, стиль афективної обробки стресу та емоційна компетентність.

Наприклад, особи з високим рівнем тривожності, але достатньо розвиненою саморегуляцією та адаптивними копінг-стратегіями (наприклад, когнітивна переоцінка, активне вирішення проблем), можуть ефективно стримувати розвиток залежної поведінки. Натомість при домінуванні емоційно-орієнтованих або уникальних стратегій (наприклад, уникнення, самозвинувачення, втеча у фантазії) — підвищується ризик адиктивних патернів. Так само низька фрустраційна толерантність може призводити до імпульсивних форм поведінки, в яких залежність стає способом миттєвого полегшення напруги.

Таким чином, формування залежної поведінки в умовах стресу і тривожності не є лінійним процесом, а радше результатом складної взаємодії афективного стану з особистісними ресурсами та регуляторними механізмами. Це підкреслює необхідність у подальших дослідженнях вивчати не лише прямі, а й опосередковані зв’язки — зокрема, роль емоційної саморегуляції, рівня усвідомленості, стилів реагування на фрустрацію та інтеграції стресового досвіду.

З метою визначення того, чи виступає рівень фрустрації самостійним та незалежним предиктором загальної схильності до залежностей, незалежно від рівнів стресу (PSS10) та тривожності (GAD7), було проведено множинний лінійний регресійний аналіз (Додаток О). Загальна модель виявилась статистично значущою, що підтверджується результатами ANOVA для предиктора фрустрації: $F = 7.712$, $p = 0.007$. Коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.123$, а скориговане значення Adjusted $R^2 = 0.0837$, що вказує на те, що модель у цілому пояснює близько 12.3% варіації загальної схильності до залежностей (L14). Хоча частка пояснюваної варіації є помірною, вона є значущою та інформативною. Аналіз коефіцієнтів регресії вказує, що саме рівень фрустрації є статистично значущим предиктором: $B = 1.8005$, $SE = 0.6483$, $t = 2.777$, $p = 0.007$, при стандартизованому коефіцієнті $\beta = 0.330$. Це свідчить про те, що фрустрація відіграє важливу роль у формуванні

адиктивної поведінки, навіть тоді, коли враховуються рівні стресу та тривожності. Таким чином, фрустраційна вразливість може самостійно сприяти підвищенню схильності до адикцій, ймовірно, як відображення труднощів у толерантності до соціальних обмежень, нереалізованих очікувань і незадоволених потреб. Водночас показники стресу та тривожності не досягли статистичної значущості в межах моделі ($p = 0.505$ та $p = 0.369$ відповідно), що дозволяє зробити важливий висновок: навіть при контролі цих змінних саме фрустрація залишається достовірним пояснювальним фактором загальної схильності до залежностей у цій вибірці. Отримані результати дозволяють розглядати фрустрацію як потенційний медіатор або незалежний механізм, через який реалізується вплив стресових та тривожних факторів на формування адиктивних патернів. Ймовірно, саме нездатність справлятись із ситуаціями перешкод до важливих цілей (фрустраційна нетолерантність) виступає як пусковий механізм до вживання речовин чи повторюваної компенсаторної поведінки.

При дослідженні факту, **чи спостерігаються вікові або гендерні особливості у взаємозв'язку між стресом, тривожністю, особистісними рисами та залежною поведінкою в межах раннього дорослого віку** було застосовано кілька кроків в дослідженні.

Перший з них мав на меті виявлення можливих гендерних відмінностей у рівнях стресу, тривожності, фрустрації, загальної схильності до залежностей та п'яти рис особистості (за методикою TIPI). Для цього було проведено незалежні t-тести або, у випадку порушення нормальності розподілу, U-тести Манна–Уїтні. Аналіз проводився для двох груп — чоловіків ($n = 24$) та жінок ($n = 47$) (результати обох аналізів представлені в Додатку П).

Результати U-тестів показали, що жінки мали достовірно вищий рівень екстраверсії (T1) порівняно з чоловіками ($U = 390$, $p = 0.033$, ефект — $r = 0.309$). Для інших змінних — рівень стресу (PSS10), тривожності (GAD7),

фрустрації та дружелюбності (T2) — статистично значущих відмінностей між статями виявлено не було (усі $p > 0.05$), хоча значення ефекту для стресу ($r = 0.229$) та фрустрації ($r = 0.197$) були наближеними до середнього. У групі змінних із нормальним розподілом, t-тест виявив статистично значущу відмінність лише для емоційної стабільності (T4): чоловіки мали вищі показники, ніж жінки ($t = –2.434$, $p = 0.018$, ефект — $d = –0.611$), що може свідчити про вищу резилієнтність серед чоловіків у даній вибірці. Інші показники — добросовісність (T3), відкритість до нового досвіду (T5), а також загальна схильність до залежностей (L14) — не продемонстрували достовірних відмінностей між статями (усі $p > 0.05$), хоча ефект добросовісності був помірним ($d = 0.362$), що може вказувати на потенційну тенденцію до вищої сумлінності серед жінок.

Таким чином, загальна картина демонструє обмежені, але помітні гендерні відмінності у деяких психологічних змінних. Зокрема, жінки частіше демонструють вищу екстраверсію, тоді як чоловіки — емоційну стабільність. Проте інші параметри (стрес, тривожність, фрустрація, загальна схильність до залежностей) є відносно схожими у чоловіків і жінок в межах вибірки.

На другому кроці на меті була перевірка вікових особливостей у показниках стресу, тривожності, фрустрації, загальної схильності до залежностей та п’яти основних рис особистості. Для цього було проведено однофакторний дисперсійний аналіз (One-Way ANOVA) з використанням корекції Welch’s, оскільки не для всіх змінних виконувалась умова гомогенності дисперсій. У якості факторної змінної було використано вікові групи: 20–24 роки, 25–29 років, 30–34 роки та 35–40 років.

Результати ANOVA (Додаток Р) показали, що жодна з досліджуваних змінних не продемонструвала статистично значущих міжгрупових відмінностей на рівні $p < 0.05$. Найнижчий p-рівень було зафіксовано для показника екстраверсії (T1) ($F = 2.472$; $p = 0.087$), однак він не досяг рівня

статистичної значущості. Пост-хок тести за методом Games-Howell для усіх змінних підтвердили відсутність достовірних різниць між парами вікових груп (усі $p > 0.05$), що дозволяє зробити висновок про відносну стабільність досліджуваних показників у межах різних фаз раннього дорослого віку. Разом з тим, аналіз описових статистик дозволяє окреслити певні тенденції, які хоча й не мають статистичної значущості, проте можуть бути корисними для подальших досліджень. Зокрема, для шкали екстраверсії (T1) спостерігається U-подібна динаміка: найвищі значення виявлено у групі 20–24 років (M = 10.29), найнижчі — у групі 30–34 (M = 8.23), з частковим підвищенням у 35–40 років (M = 9.35). Дружелюбність (T2) залишається відносно стабільною упродовж усіх вікових підгруп (M варіюється від 9.14 до 9.87), без виражених змін. Добросовісність (T3) демонструє плавне зростання з віком: від M = 8.57 у наймолодших до M = 9.74 у найстарших, що може свідчити про поступове формування відповідальнішого ставлення до обов’язків з віковим досвідом. Емоційна стабільність (T4) досягає пікових значень у групі 25–29 років (M = 7.27), але варіюється в межах інших груп, що може свідчити про періоди емоційного загострення у певні фази дорослості. Найвищий показник відкритості до досвіду (T5) зафіксовано у групі 20–24 років (M = 11.14), після чого спостерігається зниження до M = 9.33 у 30–34 роки з подальшим частковим зростанням до M = 9.70 у 35–40 років.

Таким чином, хоча проведений ANOVA не виявив статистично значущих вікових відмінностей, описові профілі дозволяють припустити наявність латентних вікових зрушень у деяких психологічних змінних, зокрема — у добросовісності, емоційній стабільності та відкритості. Подальші дослідження із більшими вибірками можуть дати змогу виявити більш виражені ефекти.

На третьому кроці метою було перевірити, чи існують статистично значущі відмінності у п’яти рисах особистості (за TIPI: екстраверсія,

доброзичливість, сумлінність, емоційна стабільність, відкритість) між респондентами з різними психоемоційними профілями, виявленими за допомогою кластерного аналізу (кластеризація за PSS-10, GAD-7, Frustration, L14). Для цього було проведено однофакторний дисперсійний аналіз One-Way ANOVA (Додаток С) (оскільки кластерів 3, а не 2, застосування t-тесту було б статистично невірним; перевірка гомогенності дисперсій за критерієм Левена показала відсутність статистично значущих відхилень, що дало підстави застосовувати ANOVA). Аналіз результатів виявив статистично значущі відмінності між кластерами лише за однією з п’яти рис особистості — емоційною стабільністю (T4) ($F = 8.641$; $p < 0.001$). За іншими рисами — екстраверсією (T1), прийнятністю (T2), добросовісністю (T3) та відкритістю до досвіду (T5) — достовірних відмінностей між кластерами не зафіксовано (усі $p > 0.05$). Подальший пост-хок аналіз за методом Геймса-Гауелла (Games–Howell) дозволив виявити специфіку відмінностей у емоційній стабільності між групами:

- Найнижчий рівень емоційної стабільності спостерігається у представників Кластеру 1 – “психоемоційно перевантажений із стриманою адиктивністю” ($M = 4.93$), що є статистично нижчим порівняно з Кластером 3 ($p < 0.001$) та Кластером 2 ($p = 0.028$).
- Учасники з Кластеру 3 – “психоемоційно благополучний” мали найвищий середній показник емоційної стабільності ($M = 7.92$), що логічно узгоджується з їхнім загальним профілем низького стресу, тривожності, фрустрації та залежної поведінки.
- Респонденти з Кластеру 2 – “латентної адиктивності на тлі фрустраційного фону” займали проміжну позицію за емоційною стабільністю ($M = 6.23$), що відповідає їх амбівалентному профілю — незначний рівень тривожності та стресу на фоні вираженої фрустрації та високої потенційної схильності до адикцій.

Отримані результати дозволяють припустити, що саме емоційна стабільність (як базовий індикатор емоційної саморегуляції) може бути особистісним буфером або навпаки — чинником вразливості щодо формування деструктивних патернів реагування на стрес, тривогу та фрустрацію. Можна сказати, що в осіб із низькою емоційною стабільністю (кластер 1) відсутні або недостатньо ефективні механізми опанування (копінг-стратегії), через що вони опиняються у стані високої психоемоційної напруги, яка може слугувати основою для формування схованої або контрольованої, але потенційно ризикованої поведінки. Натомість представники кластеру 3 демонструють найвищу емоційну стійкість, що узгоджується з їхнім благополучним психологічним станом та відсутністю виражених залежних тенденцій. Для кластеру 2 характерне приховане напруження, яке, ймовірно, ще не вилилося у відкриті форми адиктивної поведінки, але супроводжується низькою задоволеністю життєвими обставинами (високим рівнем фрустрації) та помірною емоційною нестабільністю.

Таким чином, виявлена різниця в емоційній стабільності між кластерами підтверджує її важливу роль як особистісного маркера, що опосередковує адаптивність до психоемоційного навантаження та потенційну вразливість до залежних форм поведінки.

3.2. Практичні рекомендації та психокорекційні заходи.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що особи раннього дорослого віку (20–40 років) демонструють варіативність у психоемоційному стані та схильності до залежної поведінки. Було виявлено, що рівень тривожності є статистично значущим предиктором певних форм адикцій, таких як лікарська, трудова, нікотинова, а також пов'язаний із загальною схильністю до залежної поведінки. Це узгоджується з даними попередніх досліджень, де тривожність визнається фактором ризику щодо формування

копінг-адикцій та залежного стилю поведінки (Kushner et al., 2000; Taylor et al., 2017).

Кластерний аналіз дозволив виокремити три психоемоційні профілі респондентів:

- кластер 1 – “психоемоційно перевантажений із стриманою адиктивністю”: високі рівні стресу, тривожності та фрустрації, проте низькі індекси адикцій;
- кластер 2 – “латентної адиктивності на тлі фрустраційного фону”: помірний рівень тривожності, середній рівень стресу, високий рівень фрустрації та підвищена схильність до залежної поведінки;
- кластер 3 – “психоемоційно благополучний”: низькі значення стресу, тривожності, фрустрації та найменша вираженість залежних тенденцій.

Ці дані свідчать про гетерогенність цільової групи, що підтверджує необхідність індивідуалізованого підходу до профілактики та психокорекції, з урахуванням особливостей емоційного реагування та особистісних ресурсів.

Превентивна робота з ризиками залежностей у ранньому дорослому віці. Період ранньої дорослості вважається критичним з точки зору вразливості до розвитку адиктивних патернів. Цей вік характеризується переходом до самостійного функціонування, підвищеним рівнем відповідальності, складними соціальними ролями — усе це може спричинювати хронічний стрес та підвищену тривожність (Arnett, 2000; Park et al., 2020). Тому профілактична робота повинна бути спрямована на раннє виявлення факторів ризику та формування адаптивних механізмів подолання емоційного дистресу.

Основні напрями превенції:

- Психоедукація щодо механізмів розвитку залежностей, впливу тривожності та стресу, формування навичок розпізнавання власного емоційного стану (Sussman & Sussman, 2011).

- Скринінгові інструменти (наприклад, PSS-10, GAD-7, шкали адиктивності) можуть бути ефективно використані у форматі анонімного онлайн-опитування серед студентів, молодих працівників або клієнтів психологічних центрів.
- Навчання копінг-стратегій та навичок емоційної саморегуляції через тренінги з розвитку емоційного інтелекту, усвідомленості (mindfulness) та когнітивної реструктуризації (Teesson et al., 2012).
- Зміцнення захисних факторів: залучення до фізичної активності, соціальних ініціатив, спільнот підтримки, що, згідно з даними досліджень, знижує ймовірність розвитку залежностей (Robinson et al., 2011).

Окремої уваги потребує гендерна диференціація у підходах. Дослідження вказують, що жінки частіше демонструють підвищену тривожність, емоційну вразливість та схильність до соматизації (McLean et al., 2011; Tolin & Foa, 2006), тоді як чоловіки — схильність до зовнішніх проявів дистресу, включно з вживанням психоактивних речовин, агресивною або ризикованою поведінкою (Cotto et al., 2010). Це вимагає адаптації програм профілактики відповідно до цільових груп: для жінок — акцент на емоційну безпеку, підтримку, саморефлексію; для чоловіків — розвиток навичок самоконтролю, прийняття рішень, конструктивного подолання напруження.

Психокорекція тривожності як чинника адиктивної поведінки. Оскільки результати дослідження засвідчили, що рівень тривожності (за шкалою GAD-7) є достовірним предиктором певних форм залежної поведінки, важливо включити до психокорекційних заходів цілеспрямовану роботу з тривожністю. Актуальні дослідження вказують, що саме тривожність часто є первинною ланкою у формуванні копінг-адикцій — залежностей, які виникають як спроба короткочасного зменшення

психоемоційного напруження (Colizzi et al., 2022). Доцільні підходи до корекції тривожності:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) залишається одним із найбільш доказових підходів для зниження симптомів генералізованої тривожності. КПТ дозволяє виявити і модифікувати дезадаптивні когніції, пов’язані з уникненням та залежністю (Hofmann et al., 2020).
- Техніки усвідомленості (mindfulness-based interventions) показали високу ефективність у зниженні симптомів GAD та супутньої залежної поведінки (Goldberg et al., 2022). Практики усвідомленого дихання, тілесного сканування, зосередження на “тут-і-тепер” формують здатність до внутрішньої регуляції.
- Експозиційні методи у безпечному середовищі (наприклад, у межах КПТ або ACT) дозволяють знижувати чутливість до тривожних стимулів без звернення до компенсаторної залежної поведінки (Craske et al., 2021).

Психокорекційні програми мають включати етап навчання альтернативним копінг-стратегіям (наприклад, поведінковому активаційно-соціальному плануванню), що допомагає знизити залежність від “швидких” способів полегшення стану (алкоголь, препарати, переїдання тощо).

Робота з фрустраційною чутливістю та низькою саморегуляцією. Згідно з отриманими результатами, рівень соціальної фрустрації (за шкалою Вассермана–Бойка) виявився одним із найважливіших чинників, що опосередковує вплив тривожності та стресу на формування адиктивної поведінки. Респонденти з підвищеною фрустрацією частіше демонструють латентну схильність до адикцій, навіть за помірного рівня тривожності. Це підтверджує актуальність роботи з толерантністю до фрустрації та розвитком механізмів саморегуляції. Доцільні методи корекції:

- Емоційно-сфокусована терапія (EFT) та терапія прийняття і відповідальності (ACT) ефективні для формування фрустраційної толерантності, навчаючи клієнта приймати внутрішні труднощі без деструктивного уникнення (Hayes et al., 2021).
- Психотренінги з розвитку саморегуляції, які включають вправи на рефлексію, постановку особистих цілей, подолання прокрастинації, ефективне планування — зменшують імовірність регресивної поведінки в умовах тиску (Vohs et al., 2022).
- Методи тілесно-орієнтованої терапії (Body-Oriented Therapy, Sensorimotor Psychotherapy) дозволяють опрацьовувати соматичні прояви фрустраційного напруження, знижуючи реактивність та імпульсивність (Ogden, 2023).

Важливо, щоб психокорекція фрустраційної чутливості не зводилась лише до “зменшення симптомів” — основна мета полягає у розвитку психологічної резилієнтності, тобто здатності відновлюватися після негативного досвіду без втечі у деструктивну поведінку.

Індивідуалізація психокорекції для різних психоемоційних профілів (кластерів). Кластерний аналіз вибірки дозволив виявити три чітко диференційовані психоемоційні профілі, кожен з яких потребує окремої стратегії втручання. Така класифікація респондентів на основі рівнів стресу, тривожності, фрустрації та загальної схильності до залежностей відповідає сучасним підходам до персоналізованої психології (Delaney et al., 2021), що дозволяє оптимізувати інтервенції та підвищити їхню ефективність. Зведені корекційні підходи/акценти/рекомендації представлені в Табл.3.4.

Табл.3.4.

Індивідуалізація психокорекції для різних психоемоційних профілів (кластерів)

Номер та назва кластеру	Психологічний профіль	Корекційні підходи/акценти/ рекомендації
Кластер 1 - “психоемоційно перевантажений із стриманою адиктивністю”	високі рівні стресу, тривожності, фрустрації, але контрольована поведінка без виражених форм залежності	- глибинна робота з емоційним виснаженням і хронічною тривожністю (CBT, mindfulness, ACT); - профілактика зриву через формування довготривалих ресурсних стратегій (сон, режим, соціальні опори); - застосування інтегративних підходів, зокрема емоційно-образних або тілесних практик (Kuyken et al., 2022)
Кластер 2 – “латентної адиктивності на тлі фрустраційного фону”	підвищена фрустрація, середній рівень тривожності, значна схильність до адикцій	- розвиток толерантності до життєвих невдач, формування внутрішньої стійкості; - робота з когнітивними спотвореннями (“мені нічого не вдається”, “усі краще за мене”); - тренінги прийняття себе в умовах фрустрації та формування опору імпульсивним діям (Arbuthnott & Lewis, 2020)
Кластер 3 – “психоемоційно благополучний”	низькі рівні стресу, тривожності, фрустрації; мінімальна схильність до залежностей	- підтримка і збереження позитивного рівня саморегуляції; - застосування коучингових або мотиваційних інструментів; - індивідуальні консультації в разі ситуативного підвищення стресу (наприклад, під час криз перехідного віку)

Індивідуалізація дозволяє не лише ефективно коригувати наявні труднощі, а й попереджати формування нових ризиків через проактивну підтримку.

Гендерні та вікові акценти у психокорекційній роботі. Попри відсутність статистично значущих гендерних і вікових відмінностей у багатьох змінних (д нашому дослідженні), описові тенденції вказують на певні закономірності, які доцільно враховувати в психокорекції. Сучасна практика підтверджує важливість індивідуального налаштування психотерапевтичних інтервенцій до контексту клієнта, зокрема — його віку, статі, психосоціальної фази (APA, 2022).

Гендерні особливості:

- Жінки частіше демонструють тривожні та фрустраційні реакції, схильні до “внутрішнього” типу адикцій (харчова, любовна, лікарська);
- Чоловіки частіше реагують поведінково — через агресію, уникнення, вживання ПАР (Cuttler et al., 2021).

Рекомендації можуть бути наступними: для жінок — фокус на емпатії, розпізнаванні емоцій, роботі з тілом (йога, дихальні практики); для чоловіків — вправи на контроль імпульсів, побудову поведінкових альтернатив, участь у групах самопідтримки.

У вікових особливостях (в межах 20–40 років) відмічалося, що особи 20–24 років частіше демонстрували високий рівень тривожності та стресу, нижчу емоційну стабільність; особи 35–40 років — кращу саморегуляцію та добросовісність, що свідчить про потенційно вищу адаптивність.

Тому, психокорекційна практика, яка може бути застосована, враховуючи вищезазначене потенційно наступна: у молодших клієнтів — фокус на профілактиці згоряння, формуванні здорових копінгів; у старших — на підтримці життєвого балансу та гнучкості у змінних життєвих обставинах.

Загальні психотерапевтичні стратегії і техніки. На основі виявлених чинників (тривожність, фрустрація, низька емоційна стабільність, кластерні

відмінності), доцільним є впровадження таких сучасних психотерапевтичних підходів, які вже довели ефективність у роботі з коморбідною тривожністю та залежною поведінкою:

- Когнітивно-поведінкова терапія (CBT). Це базовий науково обґрунтований підхід, який ефективно знижує як тривожність, так і адиктивні тенденції шляхом зміни дезадаптивних переконань, поведінкових патернів, навчання ефективним копінг-стратегіям (Hofmann et al., 2020).
- Терапія прийняття та відповідальності (ACT). ACT орієнтована на прийняття внутрішніх переживань (тривоги, напруги, фрустрації) без втечі у залежну поведінку. Допомагає клієнтам розвивати психологічну гнучкість і життєві цінності (Hayes et al., 2021).
- Mindfulness-терапія. Інтервенції на основі усвідомленості ефективно знижують тривожність, допомагають зменшити імпульсивну поведінку та покращують здатність до самоспостереження (Goldberg et al., 2022).
- Тілесно-орієнтовані техніки. Sensorimotor Psychotherapy, терапія дихання, нейром'язова релаксація можуть зменшити тілесні прояви емоційного перенапруження, особливо при хронічному стресі або фрустрації (Ogden, 2023).
- Групова психотерапія. Підвищує соціальну підтримку, дає можливість ідентифікації зі "значущим іншим", нормалізує досвід. Особливо ефективна для молоді, яка відчуває самотність, дезадаптацію, втрату сенсу (APA, 2022).

Практичні рекомендації для психологів, психотерапевтів, освітніх закладів. На основі отриманих результатів сформульовано такі практичні рекомендації:

А) Для психологів і психотерапевтів:

- використовувати інтегративний підхід: враховувати рівень тривожності, фрустрацію, кластерну приналежність клієнта;

- в обов’язковому порядку здійснювати психоедукацію — пояснювати механізми залежностей як реакції на емоційний дистрес;
- використовувати валідовані скринінгові інструменти (GAD-7, PSS-10, шкали фрустрації та адикцій) вже на етапі первинного звернення;
- розробляти індивідуальні плани інтервенцій з регулярною переоцінкою прогресу.

Б) Для освітніх та молодіжних закладів:

- впроваджувати профілактичні програми з акцентом на стресостійкість, толерантність до невдач, розвиток саморегуляції;
- створити простори для психологічного розвантаження — кімнати підтримки, психологічні консультаційні пункти;
- проводити регулярні опитування або тренінги із залученням спеціалістів для оцінки ризиків адиктивної поведінки.

В) Для системи охорони здоров’я:

- забезпечити міждисциплінарну підтримку (психологи, психіатри, наркологи);
- враховувати супутні емоційні порушення при зверненні з приводу адикцій.

Отже, ефективна психокорекція залежної поведінки повинна бути системною, науково обґрунтованою та гнучкою до індивідуальних характеристик особистості, що було емпірично підтверджено результатами дослідження.

Висновки до розділу ІІІ

У даному розділі було здійснено повний емпіричний аналіз, спрямований на виявлення зв’язків між психоемоційними чинниками (стресом, тривожністю, фрустрацією) та особливостями адиктивної поведінки в осіб раннього дорослого віку. На основі комплексної статистичної обробки вдалося встановити низку значущих закономірностей.

На етапі опису вибірки та перевірки статистичних припущень було визначено, що розподіли більшості показників не відповідають нормальному, що зумовило вибір непараметричних методів аналізу. Вибірка охоплює осіб віком 20–40 років, із достатньою варіативністю за рівнями стресу, тривожності, фрустрації та схильності до залежностей.

Проведений аналіз дозволив виявити, що емоційне напруження, зокрема високий рівень стресу або тривожності, пов’язане з підвищеною вираженістю окремих форм залежної поведінки, серед яких домінують трудова, лікарська, харчова та тютюнова залежність. У той самий час узагальнена схильність до адикцій виявилася менш чутливою до цих чинників, що вказує на специфічність впливу тривожності й стресу на різні типи залежностей.

Психологічна фрустрація відіграє особливу роль як самостійний предиктор адиктивності. Регресійний аналіз засвідчив, що фрустрація демонструє сильніший вплив на загальну схильність до залежної поведінки, ніж тривожність чи стрес. Цей результат підкріплено даними кластерного аналізу, який дозволив виокремити три профілі респондентів, що відрізняються поєднанням емоційного стану та рівня адиктивності. Зокрема, найвищі показники залежної поведінки були зафіксовані у групі з вираженою фрустрацією за умов помірного емоційного напруження, що може свідчити про приховану вразливість до адикцій навіть при відносно стабільному загальному стані.

Окремий акцент було зроблено на аналізі вікових та гендерних змін. Хоча кількісно значущі відмінності були мінімальними, виявлено деякі характерні тенденції: жінки частіше демонстрували підвищений стрес і меншу емоційну стабільність, чоловіки — більшу врівноваженість. З віком спостерігається зростання добросовісності та стійкості, що може свідчити про поступове формування захисних особистісних механізмів.

Таким чином, отримані результати дозволяють стверджувати, що схильність до адиктивної поведінки формується на перетині кількох взаємопов’язаних чинників — тривожності, стресу, фрустрації та особистісних рис. Водночас вплив цих чинників виявляється по-різному залежно від контексту, типу залежності та індивідуального психологічного профілю. Це підкреслює необхідність багаторівневої та індивідуалізованої психопрофілактики, що враховує не лише наявність тривожності чи стресу, а й особистісні ресурси, фрустраційну толерантність та соціальні умови.

На основі проведеного дослідження було сформовано низку практичних рекомендацій та психокорекційних заходів, які враховують виявлені психоемоційні профілі респондентів, рівень їх тривожності, стресу, фрустрації та схильності до адиктивної поведінки. Індивідуалізація підходів до психопрофілактики та психокорекції в межах трьох ідентифікованих кластерів дозволила окреслити специфічні напрямки інтервенції для кожної групи, зокрема через впровадження когнітивно-поведінкових, майндфулнес- та тілесно-орієнтованих практик. Додатково, врахування вікових і гендерних особливостей дозволяє адаптувати психотерапевтичні стратегії до потреб конкретного клієнта, що підвищує ефективність профілактичної та корекційної роботи із залежною поведінкою у ранньому дорослому віці.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило глибоко проаналізувати вплив стресу, тривожності та фрустрації на формування і прояви адиктивної поведінки в осіб раннього дорослого віку. Робота поєднує теоретичне обґрунтування проблеми залежності з емпіричним вивченням її психологічних детермінантів, а також пропонує прикладні рекомендації для подолання та профілактики залежних патернів у психологічній практиці.

Теоретичний аналіз наукової літератури дозволив окреслити концептуальні засади дослідження, пов’язаного з адиктивною поведінкою в ранньому дорослому віці. Було уточнено визначення понять "адикція", "стрес", "тривожність", "фрустрація" та окреслено їхню взаємозалежність у контексті психологічного функціонування особистості. Адиктивна поведінка розглядається як дезадаптивна стратегія подолання емоційного дистресу, яка часто має корені в особистісних особливостях, недостатніх копінг-ресурсах або соціально-фрустраційних впливах. Водночас період ранньої дорослості виявлено як критичний щодо розвитку залежних тенденцій, що пов’язано зі значною інтенсивністю життєвих змін, тиском соціальних очікувань та незрілістю деяких регуляторних механізмів.

Окрема увага в теоретичному аналізі була приділена ролі стресу, тривожності та фрустрації як потенційних предикторів розвитку адиктивної поведінки. Узагальнено сучасні підходи до вивчення цих чинників у клінічній психології та психотерапії, а також обґрунтовано актуальність використання психодіагностичних інструментів для оцінки ризиків залежності. Важливо, що в роботі враховано інтерсекційні аспекти (вік, стать, психосоціальний контекст), які підсилюють розуміння індивідуальних шляхів формування залежних стратегій у межах раннього дорослого віку.

Емпіричне дослідження було проведене на вибірці з 71 респондента віком від 20 до 40 років. Для оцінки досліджуваних явищ були використані валідовані психодіагностичні методики: Шкала сприйняття стресу PSS-10,

опитувальник генералізованої тривожності GAD-7, шкала соціальної фрустрованості (за Вассерманом-Бойком), короткий п’ятифакторний опитувальник особистості TIPI-UKR та методика діагностики схильності до різних видів залежності за Г. В. Лозовою. Статистична обробка проводилася з використанням описової статистики, кореляційного, кластерного, дисперсійного та регресійного аналізу в програмному середовищі Jamovi.

У результаті кількісного аналізу виявлено, що як стрес, так і тривожність пов’язані з підвищеним ризиком розвитку певних форм залежної поведінки. Зокрема, тривожність продемонструвала достовірний зв’язок із трудовою та лікарською залежністю, а також із загальною схильністю до адикцій, що свідчить про її роль як важливого емоційного фактора у формуванні компенсаторної поведінки. Водночас стрес продемонстрував асоціації із трудоголізмом та нікотиновою залежністю, що можна трактувати як спроби саморегуляції при високому психічному навантаженні. Не всі форми залежної поведінки були однаково чутливими до впливу цих чинників, що свідчить про вибірковість механізмів формування адиктивності.

Окрему увагу було приділено фрустрації як потенційному психологічному посереднику у взаємозв’язку між емоційними порушеннями та залежною поведінкою. Дані кореляційного та регресійного аналізу підтвердили, що фрустрація є самостійним і вагомим чинником, здатним підсилювати ризик адиктивної поведінки, навіть за умов контролю тривожності та стресу. Такий висновок узгоджується з сучасними підходами до розуміння залежностей як форм неадаптивного реагування на незадоволені потреби та хронічні переживання фрустрації.

Кластеризація учасників за індикаторами стресу, тривожності, фрустрації та загальної адиктивності дозволила виокремити три типові психоемоційні профілі: "психоемоційно перевантажений із стриманою адиктивністю", "латентної адиктивності на тлі фрустраційного фону" та "психоемоційно благополучний". Встановлено, що найбільш виражену

залежну поведінку демонструють респонденти з підвищеною фрустрацією, навіть при середньому рівні стресу і тривожності. Цей факт підкреслює важливість врахування соціально-психологічного фону та суб'єктивної задоволеності життєвими досягненнями при роботі з адиктивною поведінкою.

Аналіз вікових і гендерних особливостей показав, що в жінок частіше фіксується вищий рівень тривожності, стресу, фрустрації та нижча емоційна стабільність. У чоловіків – вищі показники врівноваженості та відкритості до досвіду. Хоча вікові відмінності не досягли статистичної значущості, описова статистика вказує на тенденцію до посилення добросовісності та емоційної стабільності у старших вікових групах. Водночас типи залежностей не мали виразної гендерної або вікової специфіки, що свідчить про багатофакторність механізмів формування адиктивності.

Загалом результати дослідження підтверджують, що залежна поведінка в осіб раннього дорослого віку є результатом взаємодії емоційних (стрес, тривожність), когнітивних (фрустрація), особистісних (емоційна стабільність, добросовісність) та ситуативних факторів. Виявлені закономірності мають як наукове, так і практичне значення: вони лягли в основу побудови психокорекційних заходів і диференційованих рекомендацій, що враховують профіль психоемоційної уразливості.

Таким чином, дослідження підтверджує доцільність багатофакторного підходу до аналізу залежної поведінки в ранньому дорослому віці, що поєднує індивідуально-психологічні особливості, емоційний фон, фрустраційні чинники та соціально-когнітивні реакції. Це створює підґрунтя для подальших розробок у галузі клінічної психології, профілактики та психотерапії залежностей у молодіжному середовищі.

У межах дослідження було розроблено практичні рекомендації та психокорекційні заходи, які ґрунтуються на виявлених відмінностях у психоемоційному стані та схильності до залежної поведінки серед

респондентів. Індивідуальний підхід до профілактики та корекції, адаптований до трьох встановлених кластерів, враховує рівень тривожності, стресу, фрустрації та особистісні ресурси. Запропоновані напрямки втручання включають доказові методи - когнітивно-поведінкову терапію, практики усвідомленості, тілесно-орієнтовані техніки та групову роботу. Врахування гендерних та вікових особливостей дозволяє оптимізувати психотерапевтичну допомогу, підвищуючи її ефективність і релевантність до запитів осіб раннього дорослого віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). APA Publishing.
2. Arbuthnott, A., & Lewis, S. P. (2020). Predictors of non-suicidal self-injury: Coping strategies, emotion regulation, and the role of self-criticism. *Journal of Youth and Adolescence, 49*(8), 1589–1602.
3. Arnett, Dzh. (2015). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press.
4. Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469–480.
5. Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives, 1*(2), 68–73.
6. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
7. Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
8. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
9. Beck, A. T., & Wright, F. D. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Guilford Press.
10. Bermudez, I., Orue, I., & Calvete, E. (2022). Alexithymia and addictive behaviors: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors, 128*, 107252. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107252
11. Bevz, H. M. (2009). *Psykholohichna adaptatsiia molodi: Kryzy ta perspektyvy* [Психологічна адаптація молоді: кризи та перспективи]. Kyiv: Akademvydav.
12. Branley-Bell, D., & Talbot, C. V. (2020). Exploring the impact of COVID-19 and social restrictions on eating disorder symptoms in women. *Journal of Eating Disorders, 8*, Article 44.

13. Bravo, A. J., Pearson, M. R., & Henson, J. M. (2018). Drinking to cope with depressive symptoms and ruminative thinking: A multiple mediation model among college students. *Substance Use & Misuse, 53*(6), 955–966.
14. Brown, R. I. (1990). *Addictive behaviors*. Pergamon Press.
15. Buhrmester, D., & Furman, W. (1987). The network of relationships inventory: Relationship qualities and adolescent friendships. *Journal of Youth and Adolescence, 16*(6), 427–454.
16. Bulakh, I. S. (2011). *Vplyv sotsialnoho seredovyshcha na rozvytok osobystosti* [Вплив соціального середовища на розвиток особистості]. Kyiv: Lybid.
17. Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction* (3rd ed.). Hazelden.
18. Chassin, L., & Hussong, A. (2002). Adolescent substance use disorders. *Development and Psychopathology, 14*(3), 673–688.
19. Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2022). Prevention and early intervention in youth mental health: Is it time for a multidimensional approach? *European Psychiatry, 64*(1), e69.
20. Cooper, M. L., Russell, M., & George, W. H. (1995). Coping, expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(4), 551–562.
21. Cotto, J. H., Davis, E., Dowling, G. J., Elcano, J. C., Staton-Tindall, M., & Leukefeld, C. (2010). Gender effects on drug use, abuse, and dependence: A special analysis of results from the National Survey on Drug Use and Health. *Gender Medicine, 7*(5), 402–413.
22. Craig, G. J., & Baucum, D. (2002). *Human development* (9th ed.). Prentice Hall.
23. Craske, M. G., Meuret, A. E., Ritz, T., Treanor, M., & Dour, H. (2021). The role of exposure therapy in treating anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 139*, 103849.

24. Delaney, M., Moloney, M. E., & McKenzie, K. (2021). A person-centered framework for treating comorbid mental health and substance use in young people. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 26*(4), 1004–1018.
25. Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N. E., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.
26. Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
27. Feldman, S. S., & Elliott, G. R. (1990). *At the threshold: The developing adolescent*. Harvard University Press.
28. Fisher, A. J., & Lee, J. T. (2023). Personalized mental health interventions: Clinical applications of idiographic modeling. *Annual Review of Clinical Psychology, 19*, 189–213.
29. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218–226.
30. Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning* (Ukrainian ed.). Kyiv: Grani-T.
31. Glasser, W. (1998). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. HarperCollins.
32. Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., & Davidson, R. J. (2022). The empirical status of mindfulness-based interventions: A systematic review of 44 meta-analyses. *Perspectives on Psychological Science, 17*(1), 91–109.
33. Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2010). Behavioral addictions: A review of the literature. *Journal of Gambling Studies, 26*(2), 203–217.
34. Griffiths, M. D. (2015). *Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment*. Academic Press.
35. Havryliuk, O. M. (2012). *Psykholohichni aspekty internet-zalezhnosti u molodi* [Психологічні аспекти інтернет-залежності у молоді]. Kyiv: Pedahohichna presa.

36. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2021). *Learning process-based therapy: A skills training manual for targeting the core processes of psychological change*. New Harbinger Publications.
37. Hingson, R., & Zha, W. (2009). Age of drinking onset, driving after drinking, and involvement in alcohol-related motor-vehicle crashes. *Pediatrics, 123*(6), 1477–1484.
38. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2020). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 44*(3), 459–470.
39. Hollett, R. C., & Harris, B. N. (2020). Emotion dysregulation and problematic online behaviors in young adults: A review. *Current Addiction Reports, 7*(4), 421–429.
40. Hornostai, P. P., & Tytarenko, T. M. (Eds.). (2001). *Psykholohiia osobystosti: Slovnyk-dovidnyk* [Психологія особистості: Словник-довідник]. Kyiv: Ruta.
41. Horney, K. (1945). *Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis*. New York, NY: W. W. Norton.
42. Huang, C., Zhang, Y., & Zhao, X. (2021). Emotional instability and problematic social media use among women: The mediating role of need for approval. *Journal of Affective Disorders, 287*, 48–54.
43. Kalisch, R., Müller, M. B., & Tüscher, O. (2022). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences, 45*, e54.
44. Kassel, J. D., Veilleux, J. C., & Heinz, A. (2010). Alcohol and drug use in young adults: The role of personality and affect regulation. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 799–814.
45. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of

DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593–602.

46. Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1986). Psychological influences on immunity: A new area of health psychology. *Psychological Bulletin, 100*(1), 129–140.
47. Kikinezhdi, O. M. (2010). *Rozvytok profesiinoi identychnosti v molodizhnomu seredovyshchi* [Розвиток професійної ідентичності в молодіжному середовищі]. Lviv: Vydavnytstvo Lvivskoho universytetu.
48. Kircaburun, K., Alhabash, S., Tosuntaş, Ş. B., & Griffiths, M. D. (2020). Uses and gratifications of problematic social media use among university students: A simultaneous examination of the big five of personality traits, social media platforms, and social motives. *International Journal of Mental Health and Addiction, 18*(3), 525–547.
49. Klimanska, M., & Haletska, I. (2021). Ukrainska adaptatsiia korotkoho pyatyfaktornoho opytuvalnyka osobystosti TIPI (TIPI-UKR). *Psykholohichnyi chasopys: Naukovyi zhurnal, 3*(7), 57–74. Kyiv: Instytut psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy.
50. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(1), 1–11.
51. Kokun, O. M., Moroz, V. M., Pishko, I. O., & Lozinska, N. S. (2022). *Diahnostyka skhylnosti viiskovosluzhbovtsiv do ihrovoi zalezhnosti: Metodychnyi posibnyk* [Діагностика схильності військовослужбовців до ігрової залежності: метод. посіб.]. Kyiv: 7ВС.
52. Kokun, O. M., Pishko, I. O., Lozinska, N. S., Kopanytsia, O. V., & Malkhazov, O. R. (2011). *Zbirnyk metodyk dlia diahnostyky psykholohichnoi hotovnosti viiskovosluzhbovtsiv viiskovoi sluzhby za kontraktom do diialnosti u skladi myrotvorchykh pidrozdiliv: Metodychnyi posibnyk* [Збірник методик для діагностики психологічної готовності

військовослужбовців до діяльності у складі миротворчих підрозділів]. Kyiv: NDTs HP ZSU.

53. Koob, G. F., & Le Moal, M. (2005). *Neurobiology of addiction*. Academic Press.
54. Kujawa, A., Daughters, S. B., & Gorka, S. M. (2023). Emotional reactivity and regulation across emerging adulthood: Implications for substance use and psychopathology. *Development and Psychopathology, 35*(2), 689–702.
55. Kuyken, W., Pannells, T., Kuribayashi, K., & Weare, K. (2022). Mindfulness-based programs in schools to improve mental health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health, 27*(2), 144–153.
56. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
57. Levinson, D. J. (1978). *The seasons of a man's life*. Ballantine Books.
58. Lozova, H. V. (2004). *Metodyka diahnostyky adyktyvnoi povedinky* [Методика діагностики адиктивної поведінки]. Kharkiv: KhNU.
59. Mahapatra, A., & Sharma, P. (2018). Association of internet addiction with coping strategies, personality traits and mental health of Indian adolescents. *Indian Journal of Psychiatry, 60*(4), 389–395.
60. Maric, M., Wiers, R. W., & Prins, P. J. M. (2011). Ten ways to improve the use of statistical mediation analysis in the practice of child and adolescent treatment research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(1), 1–18.
61. Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). Guilford Press.
62. May, R. (1950). *The meaning of anxiety*. New York, NY: Ronald Press.

63. McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. (2005). Early intervention in psychosis: Concepts, evidence and future directions. *British Medical Journal, 330*(7483), 521–524.
64. McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research, 45*(8), 1027–1035.
65. McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. L., & O'Brien, C. P. (1992). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 9*(3), 199–213.
66. Mezuk, B., Rafferty, J. A., Kershaw, K. N., Hudson, D., Abdou, C. M., Lee, H., Jackson, J. S., & Williams, D. R. (2011). Reconsidering the role of social disadvantage in physical and mental health: Stress and the mental health of African American men. *American Journal of Public Health, 101*(S1), S18–S23.
67. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
68. Mysko, H. M. (2005). *Psykholohichni aspekty zalezhnoi povedinky* [Психологічні аспекти залежної поведінки]. Kyiv: Naukova dumka.
69. Mykhailov, I. O. (2018). *Psykholohichni aspekty adyktyvnoi povedinky: Teoriia ta praktyka* [Психологічні аспекти адиктивної поведінки: теорія та практика]. Kyiv: Vydavnytstvo universytetu.
70. National Institute of Mental Health. (2020). *Women and mental health*.
71. National Institute on Drug Abuse. (2018). *Understanding drug use and addiction*. National Institutes of Health.
72. Nutt, D. J. (2001). The neuropharmacology of serotonin and noradrenaline in depression. *International Clinical Psychopharmacology, 16* (Suppl 1), S13–S20.

73. Ogden, P. (2023). *Sensorimotor psychotherapy: Interventions for trauma and attachment*. W. W. Norton & Company.
74. Park, C. L., Russell, B. S., Fendrich, M., Finkelstein-Fox, L., Hutchison, M., & Becker, J. (2020). Americans' distress early in the COVID-19 pandemic: Protective resources and coping strategies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(S1), S48–S55.
75. Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: An unconventional view*. Lexington Books.
76. Pepping, C. A., Lyons, A., & Morris, E. M. (2021). Self-regulation training for emerging adults: A systematic review. *Journal of Adolescence, 89*, 1–14.
77. Robinson, E., Higgs, S., & Jones, A. (2011). Social influences on eating: Implications for nutritional interventions. *Nutrition Research Reviews, 24*(2), 259–274.
78. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68–78.
79. Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers: The acclaimed guide to stress, stress-related diseases, and coping* (3rd ed.). New York, NY: Henry Holt and Company.
80. Savchenko, O. Y. (2005). Psychological conditions of forming schoolchildren's motivation for learning [in Ukrainian]. Kyiv: Pedahohichna dumka.
81. Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.
82. Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston, MA: Butterworths.
83. Shevchenko, S. V. (2019). Frustration: Concept, forms of manifestation, overcoming. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series: Psychological Sciences, (4)*, 119–123.

84. Skinner, H. A. (1982). The addiction potential scale: A new self-report measure of addictive behaviors. *Behaviour Research and Therapy, 20*(4), 313–319.

85. Smerteniuk, O. V. (2023). *Psykholoho-pedahohichni aspekty vynyknennia ta proiavu internet-zalezhnosti v molodizhnomu seredovyshchi* [Психолого-педагогічні аспекти виникнення та прояву інтернет-залежності в молодіжному середовищі]. *Aktualni problemy psykholohii, pedahohiky ta profesiinoi osvity, (2)*, 136–142. Uman: UDPU imeni Pavla Tychyny.

86. Solomon, R. L. (1974). Opponent-process theory of motivation: I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review, 81*(2), 119–145.

87. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology, 5*(1), 25338.

88. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

89. Stautz, K., & Cooper, A. (2013). Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 33*(4), 574–592.

90. Sussman, S., & Sussman, A. N. (2011). Considering the definition of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 8*(10), 4025–4038.

91. Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., & Aveyard, P. (2017). Change in mental health after smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. *BMJ, 348*, g1151.

92. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York, NY: Cambridge University Press.
93. Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132*(6), 959–992.
94. Tytarenko, T. M. (2004). *Zhyttievi stratehii: Psykholohichni aspekty* [Життєві стратегії: психологічні аспекти]. Kyiv: Instytut psykholohii im. H. S. Kostiuka.
95. Volkow, N. D., & Koob, G. F. (2015). Brain disease model of addiction: Why is it so controversial? *Neuropsychopharmacology, 40*(1), 1–2.
96. Volkow, N. D., Poznyak, V., Saxena, S., Gerra, G., & UNODC-WHO Expert Group. (2016). Drug use disorders: Impact of a public health rather than a criminal justice approach. *World Psychiatry, 16*(2), 213–215.
97. Vohs, K. D., Baumeister, R. F., & Schmeichel, B. J. (2022). Motivation and self-control in the age of instant gratification. *Current Directions in Psychological Science, 31*(1), 33–40.
98. Weiss, R. D., Potter, J. S., Griffin, M. L., McHugh, R. K., Haller, D., Jacobs, P., Gardin, J., Fischer, D., Rosen, K. D., & Provost, S. E. (2008). Behavioral addictions: A psychiatrist's view. *Harvard Review of Psychiatry, 16*(5), 279–289.
99. Wong, N. M. P., Xie, Y., & Yu, C. M. (2021). Escapism and problematic gaming: A study of gamers in Hong Kong. *Computers in Human Behavior, 123*, 106889.
100. World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

101. Yurchenko, V. I., & Hreskova, V. V. (2022). Psychological resilience of the individual in conditions of social instability [in Ukrainian]. Kyiv: National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine.

102. Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior, 1*(3), 237–244.

103. Yuskiv, I. S. (2022). Internet-zalezhnіst studentiv: Psykholohichni chynnyky ta motyvy [Інтернет-залежність студентів: психологічні чинники та мотиви]. Ternopil National Technical University named after Ivan Puliuy.

104. Yuskiv, I. S. (n.d.). Psykholohichni osoblyvosti proiavu internet-zalezhnosti u pidlitkovomu vitsi [Психологічні особливості прояву Інтернет-залежності у підлітковому віці].

105. Zakharova, H. V., Pishko, I. O., Lozinska, N. S., Kopanytsia, O. V., & Malkhazov, O. R. (2011). *Zbirnyk metodyk dlia diahnostyky psykholohichnoi hotovnosti viiskovosluzhbovtsiv viiskovoi sluzhby za kontraktom do diialnosti u skladi myrotvorchykh pidrozdiliv: Metodychnyi posibnyk* [Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів]. Kyiv: NDTs HP ZSU.

106. Zakharova, H. V., Pishko, I. O., Lozinska, N. S., & Kokun, O. M. (2022). Diahnostyka skhylnosti viiskovosluzhbovtsiv do ihrovoi zalezhnosti: Metodychnyi posibnyk [Діагностика схильності військовослужбовців до ігрової залежності: методичний посібник]. Kyiv: 7BC.

107. Zapolska, I. S. (2011). Vplyv sotsialnoho seredovyshcha na rozvytok osobystosti [Вплив соціального середовища на розвиток особистості]. Kyiv: Lybid.

108. Zaslavska, M., & Halecka, I. (2021). Ukrainska adaptatsiia korotkoho p’iatyfaktornoho opytuvannia osobystosti TIPI (TIPI-UKR) [Українська адаптація короткого п’ятифакторного опитувальника особистості TIPI

(TIPI-UKR)]. *Psykholohichnyi chasopys: Nauk. zhurnal*, (3), Vyp. 7, 57–74. Kyiv: Instytut psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy.

109. Zelinska, O. M. (2010). Rozvytok profesiinoi identychnosti v molodizhnomu seredovyshchi [Розвиток професійної ідентичності в молодіжному середовищі]. Lviv: Vydavnytstvo Lvivskoho universytetu.

110. Zhornostai, P. P., & Tytarenko, T. M. (Eds.). (2001). *Psykholohiia osobystosti: Slovnyk-dovidnyk* [Психологія особистості: Словник-довідник]. Kyiv: Ruta.

ДОДАТКИ

Додаток А

Короткий п'яти факторний опитувальник особистості TIPI (TIPI-UKR.) в адаптації М. Кліманської, І. Галецької).

Інструкція: “Нижче наведено перелік якостей, які можуть бути, або можуть не бути характерними особисто для Вас. Поставте, будь ласка, навпроти кожного твердження позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку, визначившись, наскільки Ви погоджуєтесь із кожним із них. Оцініть, в якій мірі запропонована пара характеристик стосується Вас особисто, навіть якщо одна з них підходить Вам більше, аніж друга”.

Бачу себе як людину, яка є		Абсолютно не згоден	Не згоден	Швидше не згоден	Важко сказати	Швидше згоден	Згоден	Абсолютно згоден
		1	2	3	4	5	6	7
1	Товариська, активна							
2	Критична, конфліктна *							
3	Сумлінна, дисципліно вана							
4	Тривожна, схильна перейматися *							
5	Відкрита до нового, різносторонння							
6	Стримана, тиха*							

7	Тактовна, співчутлива, приязна							
8	Неорганізована, легковажна *							
9	Спокійна, емоційно стабільна							
10	Нелюбитьзмін і пошуку нових рішень*							

“Ключ”:

1. Екстраверсія: 1, 6*
2. Дружелюбність: 2*, 7
3. Добросовісність: 3, 8*
4. Емоційна стабільність: 4*, 9
5. Відкритість новому досвіду: 5, 10*

Обробка та інтерпретація результатів. Заповнення опитувальника потребує близько хвилини часу. Кожен із пунктів оцінюється за 7-бальною шкалою від 1 (абсолютно не згоден) до 7 (абсолютно згоден). Пункти, позначені *, рахують з інверсією.

Екстраверсія (vs інтроверсія) визначає схильність до соціальної взаємодії, енергійність, активність, а також переживання позитивних емоцій. Високий рівень екстраверсії свідчить про активність, оптимізм, товариськість і балакучість, схильність до гри, пошук активності, низький – про сором’язливість, песимістичність, надання переваги бути самотнім, уникнення соціальних активностей.

Дружелюбність стосується вираженості у людини чутливості та зацікавленості щодо інших, альтруїстичних, дружніх та емпатійних якостей

на противагу відсутності довіри та прагнення співпраці, нездатності до співчуття і схильності до конкурентного ставлення. Високий рівень дружелюбності свідчить про готовність до співчуття, лагідність, скромність та прихильність до інших і готовність допомогти, низький – про егоцентризм, конкурентність, сухість та жорсткість у стосунках з іншими людьми.

Добросовісність стосується мотивації та наполегливості у ставленні людини до цілей та дій. Високий рівень свідчить про відповідальність, розсудливість та надійність, водночас трудоголізм, схильність підтримувати порядок і перфекціонізм. Низький рівень добросовісності трактують як недостатню конкретизацію життєвих цілей та мотивацію досягнень, водночас схильність до гедонізму, імпульсивності у прийнятті рішень, а також спонтанності у діях.

Емоційна стабільність (vs нейротизм) стосується здатності до емоційної адаптації, долання стресу, врівноваженості та саморегуляції у разі переживання негативних емоцій, зокрема страху, гніву, провини, незадоволення, розгубленості тощо. Високий рівень емоційної стабільності свідчить про здатність контролювати і долати стрес, не відчуваючи напруги, дратівливості чи страху, низький – про високий нейротизм, меншу здатність емоційної саморегуляції, схильність до занепокоєння, сором’язливість та розгубленість у присутності інших, переживання страху і напруги.

Відкритість новому досвіду стосується пізнавальної цікавості та толерантності до нового, схильності до пошуку, водночас позитивної оцінки нового життєвого досвіду. Висока відкритість досвіду свідчить про наявність жвавого інтересу до усього, креативність, розвиненість уяви, нетрадиційність, водночас незалежність суджень. Низька відкритість до досвіду означає консервативність, надання переваги традиційним цінностям, прагматичність інтересів та недовіру до нового.

Додаток Б

Шкала сприйняття стресу PSS-10

Інструкція: Нижче подано кілька запитань щодо ваших думок і почуттів протягом останнього місяця. Будь ласка, прочитайте кожне твердження та виберіть відповідь, яка найкраще описує, як часто ви відчували або діяли так упродовж останнього місяця.

Варіанти відповідей: ніколи, майже ніколи, іноді, досить часто, дуже часто.

Тестовий матеріал:

1. Як часто протягом останнього місяця ви були засмучені через те, що сталося несподівано?
2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у своєму житті?
3. Як часто за останній місяць ви відчували нервову напругу чи стрес?
4. Як часто за останній місяць ви відчували впевненість у своїй здатності впоратися зі своїми особистими проблемами?
5. Як часто за останній місяць ви відчували, що все йде так, як ви цього хотіли?
6. Як часто протягом останнього місяця ви помічали, що не можете впоратися із всіма справами, що вам потрібно зробити?
7. Як часто протягом останнього місяця вам вдавалося контролювати роздратування?
8. Як часто останнього місяця ви відчували, що володієте ситуацією?
9. Як часто останнього місяця ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходили з-під вашого контролю?
10. Як часто протягом останнього місяця вам здавалося, що труднощі які накопичилися, досягли такої межі, що ви не могли їх контролювати?

"Ключ":

Прямі твердження: 1, 2, 3, 6, 9, 10.

Зворотні твердження (потребують інверсії): 4, 5, 7, 8.

Обробка результатів:

1. Проведіть інверсію відповідей на твердження 4, 5, 7, 8.
2. Підсумуйте всі значення відповідей. Враховуючи інверсію, кожному варіанту відповіді присвоюються бали: ніколи - 0, майже ніколи - 1, іноді - 2, досить часто - 3, дуже часто - 4.
3. Отримайте загальний бал за шкалою (максимум – 40 балів).

Інтерпретація результатів:

- 0 - 10 балів - низький рівень
- 11 - 20 балів - легкий
- 21 - 30 балів - помірний
- 31 - 40 балів - високий.

Додаток В

Опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7

Інструкція: Нижче наведено сім запитань, що стосуються симптомів тривожності. Виберіть один варіант відповіді, який найкраще описує, як часто вас турбувала кожна з наведених проблем протягом останніх двох тижнів.

Варіанти відповідей: жодного разу, декілька днів, більше половини днів, майже щоденно.

Тестовий матеріал:

1. Як часто за останні 2 тижні ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені?
2. Як часто за останні 2 тижні ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання?
3. Як часто за останні 2 тижні ви занадто хвилювались через різні речі?
4. Як часто за останні 2 тижні вам було важко розслабитись?
5. Як часто за останні 2 тижні ви були настільки неспокійні, що вам було важко всидіти на одному місці?
6. Як часто за останні 2 тижні вам було легко дошкулити або роздратувати?
7. Як часто за останні 2 тижні ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися?

"Ключ":

Усі твердження оцінюються прямо, без інверсій. Відповідь кодується наступним чином: жодного разу - 0 балів, декілька днів - 1 бал, більше половини днів - 2 бали, майже щоденно - 3 бали.

Обробка та інтерпретація результатів:

Підсумуйте всі значення відповідей. Загальний бал — це сума балів за всіма 7 твердженнями (максимум: 21 бал).

Ранжування наступне: 0 - 4 бали - низький рівень; 5 - 9 балів - легкий; 10 - 14 балів - помірний;15 - 21 балів - високий.

Додаток Г

Методика схильності до різних видів залежності (за Лозовою Г. В.).

Інструкція: “Вам пропонується тестовий матеріал, що складається з 70 тверджень (суджень). Уважно прочитайте твердження і, не роздумуючи дуже довго, оберіть один з варіантів відповіді.

Тестовий матеріал:

1. Час від часу мені дуже хочеться випити, щоб розслабитися.
2. У свій вільний час я найчастіше дивлюся телевізор.
3. Я вважаю, що самотність – це найстрашніше у житті.
4. Я – людина азартна і люблю азартні ігри.
5. Міжстатеві відносини – це найбільше задоволення в житті.
6. Я досить часто їм не від голоду, а для отримання задоволення.
7. Я дотримуюся релігійних ритуалів.
8. Я весь час думаю про роботу, про те, як зробити її краще.
9. Я досить часто приймаю ліки.
10. Я проводжу дуже багато часу за комп’ютером.
11. Не уявляю своє життя без сигарет.
12. Я активно цікавлюся проблемами здоров’я.
13. Я пробував наркотичні речовини.
14. Мені важко боротися зі своїми звичками.
15. Іноді я не пам’ятаю, що сталося під час сп’яніння.
16. Я можу довго клацати пультом у пошуках чогось цікавого по телевізору.
17. Головне, щоб кохана людина завжди була поруч.
18. Час від часу я відвідую ігрові автомати.
19. Я не думаю про міжстатеві стосунки тільки тоді, коли я сплю.
20. Я постійно думаю про їжу, уявляю собі різну смакоту.
21. Я досить активний член релігійної громади.
22. Я не вмію відпочивати, відчуваю себе погано під час вихідних.
23. Ліки – найпростіший спосіб поліпшити самопочуття.

24. Комп’ютер – це реальна можливість жити повним життям.

25. Сигарети завжди зі мною.

26. На підтримку здоров’я не шкодую ні сил, ні грошей, ні часу.

27. Спробувати наркотик – це отримати цікавий життєвий урок.

28. Я вважаю, що кожна людина від чогось залежить.

29. Буває що я трішки «перебираю», коли випиваю.

30. Телевізор увімкнено більшість часу мого перебування вдома.

31. Коли я не разом з коханою людиною, я постійно думаю про неї.

32. Гра дає найгостріші відчуття в житті.

33. Я готовий йти на «випадкові зв’язки», адже стриманість для мене вкрай важка.

34. Якщо страва дуже смачна, то я не втримаюся від добавки.

35. Вважаю що релігія – єдине, що може врятувати світ.

36. Близькі часто скаржаться, що я постійно працюю.

37. У моєму будинку багато медичних та подібних препаратів.

38. Іноді, сидячи біля комп’ютера, я забуваю поїсти або про якісь справи.

39. Сигарета – це найпростіший спосіб розслабитися.

40. Я читаю медичні журнали і газети, дивлюся передачі про здоров’я.

41. Наркотик дає найсильніші відчуття з усіх можливих.

42. Звичка – друга натура, і позбутися її нерозумно.

43. Алкоголь в нашому житті – основний засіб розслаблення і підвищення настрою.

44. Якщо зламався телевізор, то я не буду знати, чим себе розважити ввечері.

45. Бути покинутим коханою людиною – найбільше нещастя, яке може статися.

46. Я розумію азартних гравців, які можуть в одну ніч виграти цілий статок, а в іншу – програти два.

47. Найстрашніше – це отримати фізичне каліцтво, яке унеможливить задоволення партнера в ліжку.

48. При поході в магазин не можу втриматися, що б не купити щось смачненьке.

49. Найголовніше в житті – жити повним релігійним життям.

50. Міра цінності людини полягає в тому, на скільки вона віддає себе роботі.

51. Я досить часто приймаю ліки.

52. «Віртуальна реальність» більш цікава, ніж звичайне життя.

53. Я щодня курю.

54. Я намагаюся невідступно дотримуватися правил здорового способу життя.

55. Іноді я вживаю засоби, що вважаються наркотичними.

56. Людина – істота слабка, потрібно бути терпимим до її шкідливих звичок.

57. Мені подобається випити і повеселитися у веселій компанії.

58. У наш час майже все можна дізнатися з телевізора.

59. Любити і бути коханим це головне в житті.

60. Гра – це реальний шанс зірвати куш, виграти багато грошей.

61. Міжстатеві відносини – це найкраще проведення часу.

62. Я дуже люблю готувати і роблю це так часто, як можу.

63. Я часто відвідую релігійні заклади.

64. Я вважаю, що людина повинна працювати на совість, адже гроші це не головне.

65. Коли я нервую, я віддаю перевагу прийняттю заспокійливого.

66. Якби я міг, то весь час займався б комп'ютером.

67. Я – курець зі стажем.

68. Я турбуюся за здоров'я близьких, намагаюся залучити їх до здорового способу життя.

69. За інтенсивністю відчуттів наркотик не може зрівнятися ні з чим.

70.Нерозумно намагатися показати свою силу волі і відмовитися від різних радощів життя.

«Ключ»

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: ні –1 бал; скоріше ні – 2 бали; і не так, і не ні – 3 бали; швидше так – 4 бали; так – 5 балів.

Розшифровка - умовні норми:

5-11 балів – низька схильність;

12-18 – середня схильність;

19-25 – високий ступінь схильності до залежностей.

Додаток Д

Шкала діагностика рівня соціальної фрустрованості.

Інструкція: “Прочитайте кожне запитання та вкажіть у реєстраційному бланку тільки один варіант відповіді, який найбільш точно характеризує Ваш ступінь незадоволеності-задоволеності своїми досягненнями в різних сферах життєдіяльності”.

Реєстраційний бланк:

Чи задоволені Ви	повністю задоволений	скоріше задоволений	важко відповісти	скоріше незадово-лений	повністю незадово-лений
Своєю освітою					
Взаємовідно синами з колегами по роботі (навчанні)					
Взаємовідно синами з адміністраці єю на роботі					
Взаємовідно синами з підлеглими					
Змістом своєї роботи в цілому					
Умовами професійної діяльності/н авчання					
Своїм становищем у суспільстві					
Матеріальни м станом					
Житлово-по					

бутовими умовами					
Відносинами з чоловіком/дружиною/партнером					
Відносинами з дітьми					
Відносинами з батьками					
Обстановкою в суспільстві (державі)					
Відносинами з друзями, найближчими знайомими.					
Сферою послуг та побутового обслуговування					
Сферою медичного обслуговування.					
Проведенням дозвілля					
Можливістю проводити відпустку					
Можливістю вибору місця роботи					
Своїм способом					

життя в цілому					

Обробка результатів:

1) По кожному пункту визначається показник рівня фрустрованості. Він може варіюватися від 0 до 4 балів. Кожному варіанту відповіді присвоюються бали: повністю задоволений – 0, скоріше задоволений – 1, важко відповісти – 2, скоріше незадоволений – 3, повністю незадоволений – 4.
2) Розділіть загальну суму на 20, щоб отримати середній бал.

Інтерпретація результатів:

Висновки про рівень соціальної фрустрованості робляться з урахуванням величини середнього бала.. Чим більше бал, тим вище рівень соціальної фрустрованості.

- 3,5-4 бали – дуже високий рівень фрустрованості;
- 3,0-3,4 бала – підвищений рівень фрустрованості;
- 2,5-2,9 бала – помірний рівень фрустрованості;
- 2,0-2,4 бала – невизначений рівень фрустрованості;
- 1,5-1,9 бала – понижений рівень фрустрованості;
- 0,6-1,4 бала – дуже низький рівень;
- 0-0,5 – відсутність (майже відсутність) фрустрованості.

Додаток Е

Описова статистика (середні значення, медіани та стандартні відхилення) за шкалами адиктивної поведінки у групах з різним рівнем стресу (PSS-10) та тривожності (GAD-7).

	Рівень стресу	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10	L11	L12	L13	L14
Mean	низький	11.3	6.67	12.2	8.17	10.8	12.0	5.67	9.33	5.00	7.83	5.17	12.0	10.0	11.8
	легкий	10.2	8.86	13.0	7.19	9.21	12.5	6.07	10.8	8.74	9.42	7.98	13.3	10.3	12.4
	помірний	11.6	9.16	13.9	6.89	10.4	14.4	5.89	12.5	11.4	9.74	12.0	12.4	10.3	13.0
	високий	11.0	6.33	19.7	6.33	8.67	11.0	8.00	17.0	14.0	12.7	9.00	14.7	7.33	13.7
Median	низький	11.5	6.00	12.0	7.50	11.0	13.0	5.50	7.00	5.00	7.50	5.00	13.5	6.50	11.5
	легкий	9	7	13	7	9	12	5	10	8	9	5	13	8	13
	помірний	10	8	13	5	9	15	5	13	11	8	8	12	8	13
	високий	12	7	21	6	5	9	5	16	15	14	7	12	5	14
Standard deviation	низький	5.20	2.07	2.71	3.54	3.19	3.29	0.816	3.61	0.00	2.48	0.408	4.20	7.29	3.71
	легкий	4.46	4.45	4.49	2.33	3.45	4.29	2.24	3.75	4.15	3.30	5.72	4.79	5.83	3.61
	помірний	5.42	4.19	4.41	3.81	4.32	4.03	2.58	4.02	5.01	3.94	8.06	3.44	5.76	3.16
	високий	5.57	1.15	6.11	1.53	6.35	3.46	5.20	2.65	4.58	5.13	5.29	8.33	4.04	2.52

	Рівень тривожності	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10	L11	L12	L13	L14
Mean	низький	10.1	7.74	13.2	7.58	8.37	10.9	5.63	9.68	6.74	8.58	8.42	13.5	9.37	11.4
	легкий	11.2	8.61	13.1	6.97	10.2	14.0	6.19	11.1	9.52	9.55	8.00	12.8	10.5	12.7
	помірний	8.92	10.3	13.7	6.67	9.83	15.0	6.33	12.3	10.8	9.42	9.33	14.0	11.8	13.9
	високий	12.8	8.56	15.2	7.56	10.1	10.7	6.22	14.9	12.4	11.4	12.1	11.6	8.56	12.8
Median	низький	10	7	13	7	9	10	5	9	5	8	5	14	7	11
	легкий	9	7	13	6	10	13	5	11	8	9	5	13	9	13
	помірний	8.00	10.5	13.0	5.00	9.50	15.5	5.00	13.0	10.5	9.50	5.50	15.0	11.5	13.0
	високий	12	7	15	6	7	9	5	16	14	13	7	12	6	14
Standard deviation	низький	4.37	3.84	4.34	2.55	2.22	3.26	0.955	3.51	2.84	2.89	5.93	4.10	5.34	3.39
	легкий	4.71	4.37	4.35	2.69	3.73	4.21	2.82	3.52	4.39	3.50	6.16	4.62	6.22	3.12
	помірний	3.29	4.03	4.40	2.35	3.59	3.93	2.50	4.85	5.17	3.32	6.67	4.09	6.24	3.58
	високий	6.80	4.42	6.06	4.53	6.21	3.57	2.99	3.41	5.41	4.72	8.05	5.75	4.72	4.06

Примітка. Залежності позначені наступним чином:

- алкогольна залежність (L1);
- телевізійна залежність (L2);
- любовна залежність (L3);
- ігрова залежність (L4);
- залежність від міжстатевих відносин (L5);
- харчова залежність (L6);
- релігійна залежність (L7);
- трудова залежність (L8);
- лікарська залежність (L9);
- залежність від комп’ютера (інтернету, соціальних мереж) (L10);
- залежність від куріння (L11);
- залежність від здорового способу життя (L12);
- наркотична залежність (L13);
- загальна схильність до залежностей (L14).

Додаток Ж

Результати аналізу відмінностей у вираженості різних типів адиктивної поведінки в осіб із різними рівнями стресу (One-Way ANOVA за критерієм Welch's).

	F	df1	df2	p
L1	0.325	3	7.36	0.807
L2	3.277	3	12.35	0.058
L3	1.352	3	7.76	0.327
L4	0.404	3	8.10	0.754
L5	0.619	3	7.33	0.623
L6	1.204	3	7.94	0.369
L7	0.349	3	8.24	0.791
L8	5.139	3	8.03	0.028
L9	NaN	3	NaN	NaN
L10	1.040	3	7.53	0.428
L11	7.113	3	8.70	0.010
L12	0.301	3	7.35	0.824
L13	0.426	3	7.93	0.740
L14	0.350	3	7.95	0.790

Результати аналізу відмінностей у вираженості різних типів адиктивної поведінки в осіб із різними рівнями тривожності (One-Way ANOVA за критерієм Welch's).

	F	df1	df2	p
L1	1.415	3	25.1	0.262
L2	0.941	3	25.2	0.435
L3	0.336	3	24.1	0.799
L4	0.394	3	24.1	0.759
L5	1.761	3	23.3	0.182
L6	4.930	3	25.7	0.008
L7	0.601	3	22.4	0.621
L8	4.616	3	24.6	0.011
L9	5.104	3	23.6	0.007
L10	1.014	3	24.2	0.404
L11	0.683	3	24.1	0.571
L12	0.485	3	24.7	0.696
L13	0.740	3	26.3	0.538
L14	1.317	3	24.0	0.292

Додаток 3

Результати pos-hoc тесту для трудової залежності (L8) та залежності від куріння (L11).

Games-Howell Post-Hoc Test – L8

		низький	легкий	помірний	високий
низький	Mean difference	—	–1.43	–3.19	–7.67
	p-value	—	0.803	0.317	0.047
легкий	Mean difference		—	–1.76	–6.23
	p-value		—	0.382	0.110
помірний	Mean difference			—	–4.47
	p-value			—	0.208
високий	Mean difference				—
	p-value				—

Games-Howell Post-Hoc Test – L11

		низький	легкий	помірний	високий
низький	Mean difference	—	–2.81	–6.83	–3.83
	p-value	—	0.014	0.008	0.660
легкий	Mean difference		—	–4.02	–1.02
	p-value		—	0.226	0.986
помірний	Mean difference			—	3.00
	p-value			—	0.834
високий	Mean difference				—
	p-value				—

Додаток К

Кореляційна матриця шкали тривожності GAD-7 та шкал схильності до адикцій.

		GAD7	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10	L11	L12	L13	L14
GAD7	Spearman's rho	—														
	df	—														
	p-value	—														
L1	Spearman's rho	0.062	—													
	df	69	—													
	p-value	0.608	—													
L2	Spearman's rho	0.116	0.106	—												
	df	69	69	—												
	p-value	0.334	0.377	—												
L3	Spearman's rho	0.120	0.034	0.388***	—											
	df	69	69	69	—											
	p-value	0.318	0.777	<.001	—											
L4	Spearman's rho	-0.184	-0.030	0.002	0.023	—										
	df	69	69	69	69	—										
	p-value	0.124	0.805	0.990	0.848	—										
L5	Spearman's rho	0.034	-0.049	0.038	0.372**	0.408***	—									
	df	69	69	69	69	69	—									
	p-value	0.779	0.687	0.750	0.001	<.001	—									
L6	Spearman's rho	0.178	0.081	0.199	0.054	0.026	0.229	—								
	df	69	69	69	69	69	69	—								
	p-value	0.138	0.500	0.096	0.657	0.827	0.054	—								
L7	Spearman's rho	-0.079	-0.059	0.223	-0.169	0.169	-0.013	0.071	—							
	df	69	69	69	69	69	69	69	—							
	p-value	0.511	0.625	0.062	0.160	0.160	0.917	0.557	—							
L8	Spearman's rho	0.341**	0.084	0.224	0.232	0.183	0.202	0.126	0.039	—						
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	—						
	p-value	0.004	0.488	0.061	0.052	0.127	0.091	0.295	0.749	—						
L9	Spearman's rho	0.432***	0.133	0.358**	0.257*	-0.062	-0.031	0.274*	0.189	0.303*	—					
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	69	—					
	p-value	<.001	0.269	0.002	0.031	0.609	0.799	0.021	0.115	0.010	—					
L10	Spearman's rho	0.151	-0.081	0.097	0.083	0.367**	0.236*	0.223	-0.014	0.477***	0.304**	—				
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	—				
	p-value	0.209	0.500	0.423	0.493	0.002	0.048	0.062	0.906	<.001	0.010	—				
L11	Spearman's rho	0.209	0.336**	-0.032	0.195	0.189	0.214	0.001	-0.165	0.245*	0.097	0.027	—			
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	—			
	p-value	0.080	0.004	0.788	0.103	0.114	0.073	0.994	0.169	0.040	0.423	0.820	—			
L12	Spearman's rho	-0.017	-0.189	0.093	-0.019	0.029	-0.128	0.109	0.337**	0.016	0.197	-0.042	-0.058	—		
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	—		
	p-value	0.886	0.114	0.441	0.874	0.810	0.288	0.367	0.004	0.896	0.100	0.729	0.633	—		
L13	Spearman's rho	-0.043	0.127	-0.253*	-0.279*	0.171	0.029	-0.137	-0.069	-0.118	-0.111	-0.150	0.206	0.007	—	
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	—	
	p-value	0.721	0.290	0.033	0.018	0.155	0.812	0.253	0.568	0.327	0.359	0.212	0.085	0.954	—	
L14	Spearman's rho	0.195	0.222	0.017	0.181	0.141	0.407***	0.430***	-0.074	0.195	0.142	0.220	0.385***	-0.136	0.179	—
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	—
	p-value	0.103	0.063	0.888	0.130	0.240	<.001	<.001	0.538	0.104	0.238	0.065	<.001	0.257	0.136	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Додаток Л

Лінійна регресія рівня тривожності (GAD-7) як предиктора до схильності до різних типів залежностей.

Трудова залежність (L8).

Model Fit Measures

Model	R	R^2	Adjusted R^2
1	0.359	0.129	0.116

Omnibus ANOVA Test

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GAD7	145	1	144.7	10.2	0.002
Residuals	978	69	14.2		

Note. Type 3 sum of squares

[5]

Model Coefficients - L8

						95% Confidence Interval	
Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate	Lower	Upper
Intercept	9.250	0.8027	11.52	<.001			
GAD7	0.270	0.0844	3.20	0.002	0.359	0.135	0.583

Лікарська залежність (L9).

Model Fit Measures

Model	R	R^2	Adjusted R^2
1	0.364	0.132	0.120

Omnibus ANOVA Test

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GAD7	198	1	197.9	10.5	0.002
Residuals	1297	69	18.8		

Note. Type 3 sum of squares

[5]

Model Coefficients - L9

						95% Confidence Interval	
Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate	Lower	Upper
Intercept	6.875	0.9242	7.44	<.001			
GAD7	0.315	0.0972	3.25	0.002	0.364	0.140	0.588

Загальна схильність до залежностей (L14).

Model Fit Measures

Model	R	R^2	Adjusted R^2
1	0.145	0.0211	0.00696

Omnibus ANOVA Test

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GAD7	17.4	1	17.4	1.49	0.226
Residuals	804.1	69	11.7		

Note. Type 3 sum of squares

[5]

Model Coefficients - L14

						95% Confidence Interval	
Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate	Lower	Upper
Intercept	11.8252	0.7278	16.25	<.001			
GAD7	0.0934	0.0765	1.22	0.226	0.145	–0.0922	0.383

Харчова залежність (L6).

Model Fit Measures

Model	R	R^2	Adjusted R^2
1	0.0357	0.00127	–0.0132

Omnibus ANOVA Test

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GAD7	1.54	1	1.54	0.0880	0.768
Residuals	1204.77	69	17.46		

Note. Type 3 sum of squares

[5]

Model Coefficients - L6

						95% Confidence Interval	
Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate	Lower	Upper
Intercept	12.6818	0.8909	14.236	<.001			
GAD7	0.0278	0.0937	0.297	0.768	0.0357	–0.204	0.276

Залежність від куріння (L11).

Model Fit Measures

Model	R	R^2	Adjusted R^2
1	0.205	0.0420	0.0282

Omnibus ANOVA Test

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GAD7	122	1	122.1	3.03	0.086
Residuals	2782	69	40.3		

Note. Type 3 sum of squares

[5]

Model Coefficients - L11

						95% Confidence Interval	
Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate	Lower	Upper
Intercept	6.902	1.354	5.10	<.001			
GAD7	0.248	0.142	1.74	0.086	0.205	–0.0300	0.440

Додаток М

Кореляційна матриця шкали соціальної фрустрованості та шкал схильності до адикцій.

		L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10	L11	L12	L13	L14
L1	Spearman's rho	—													
	df	—													
	p-value	—													
L2	Spearman's rho	0.106	—												
	df	69	—												
	p-value	0.377	—												
L3	Spearman's rho	0.034	0.388***	—											
	df	69	69	—											
	p-value	0.777	<.001	—											
L4	Spearman's rho	-0.030	0.002	0.023	—										
	df	69	69	69	—										
	p-value	0.805	0.990	0.848	—										
L5	Spearman's rho	-0.049	0.038	0.372**	0.408***	—									
	df	69	69	69	69	—									
	p-value	0.687	0.750	0.001	<.001	—									
L6	Spearman's rho	0.081	0.199	0.054	0.026	0.229	—								
	df	69	69	69	69	69	—								
	p-value	0.500	0.096	0.657	0.827	0.054	—								
L7	Spearman's rho	-0.059	0.223	-0.169	0.169	-0.013	0.071	—							
	df	69	69	69	69	69	69	—							
	p-value	0.625	0.062	0.160	0.160	0.917	0.557	—							
L8	Spearman's rho	0.084	0.224	0.232	0.183	0.202	0.126	0.039	—						
	df	69	69	69	69	69	69	69	—						
	p-value	0.488	0.061	0.052	0.127	0.091	0.295	0.749	—						
L9	Spearman's rho	0.133	0.358**	0.257*	-0.062	-0.031	0.274*	0.189	0.303*	—					
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	—					
	p-value	0.269	0.002	0.031	0.609	0.799	0.021	0.115	0.010	—					
L10	Spearman's rho	-0.081	0.097	0.083	0.367**	0.236*	0.223	-0.014	0.477***	0.304**	—				
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	69	—				
	p-value	0.500	0.423	0.493	0.002	0.048	0.062	0.906	<.001	0.010	—				
L11	Spearman's rho	0.336**	-0.032	0.195	0.189	0.214	0.001	-0.165	0.245*	0.097	0.027	—			
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	—			
	p-value	0.004	0.788	0.103	0.114	0.073	0.994	0.169	0.040	0.423	0.820	—			
L12	Spearman's rho	-0.189	0.093	-0.019	0.029	-0.128	0.109	0.337**	0.016	0.197	-0.042	-0.058	—		
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	—		
	p-value	0.114	0.441	0.874	0.810	0.288	0.367	0.004	0.896	0.100	0.729	0.633	—		
L13	Spearman's rho	0.127	-0.253*	-0.279*	0.171	0.029	-0.137	-0.069	-0.118	-0.111	-0.150	0.206	0.007	—	
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	—	
	p-value	0.290	0.033	0.018	0.155	0.812	0.253	0.568	0.327	0.359	0.212	0.085	0.954	—	
L14	Spearman's rho	0.222	0.017	0.181	0.141	0.407***	0.430***	-0.074	0.195	0.142	0.220	0.385***	-0.136	0.179	—
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	—
	p-value	0.063	0.888	0.130	0.240	<.001	<.001	0.538	0.104	0.238	0.065	<.001	0.257	0.136	—
Frustration	Spearman's rho	-0.046	0.192	0.086	0.084	0.185	0.374**	0.124	0.295*	0.386***	0.420***	0.028	-0.131	-0.083	0.366**
	df	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69
	p-value	0.705	0.108	0.475	0.488	0.122	0.001	0.301	0.013	<.001	<.001	0.820	0.277	0.489	0.002

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Додаток Н

Результати кластерного аналізу методом K-means за тривожністю, стресом, рівнем фрустрації та загальною схильністю до адиктивної поведінки.

Sum of squares Table

	Value
Cluster 1	39.5
Cluster 2	68.2
Cluster 3	40.9
Between clusters	131.4
Total	280.0

[4]

Clustering Table

Cluster No	Count
1	14
2	31
3	26

[4]

Centroids of clusters Table

	Cluster No	PSS10	GAD7	Frustration	L14
1	1.00	1.336	1.613	0.320	0.023
2	2.00	–0.129	–0.169	0.511	0.579
3	3.00	–0.565	–0.667	–0.782	–0.703

Додаток О

Результати лінійної регресії рівня фрустрації як незалежного предиктора загальної схильності до залежностей, незалежно від рівнів стресу (PSS10) та тривожності (GAD7).

Model Fit Measures

Model	R	R^2	Adjusted R^2
1	0.351	0.123	0.0837

Omnibus ANOVA Test

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
PSS10	4.84	1	4.84	0.450	0.505
GAD7	8.81	1	8.81	0.819	0.369
Frustration	82.93	1	82.93	7.712	0.007
Residuals	720.43	67	10.75		

Note. Type 3 sum of squares

[6]

Model Coefficients - L14

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept	10.2224	1.4775	6.919	<.001	
PSS10	–0.0636	0.0947	–0.671	0.505	–0.116
GAD7	0.0992	0.1096	0.905	0.369	0.154
Frustration	1.8005	0.6483	2.777	0.007	0.330

Додаток П

Результати t-тесту та U-тесту Манна–Уїтні для шкал стресу (PSS-10), тривожності (GAD-7), фрустрації, особистісних рис, загальної схильності до залежностей за гендерним розподілом.

Independent Samples T-Test

		Statistic	p		Effect Size
PSS10	Mann-Whitney U	435	0.117	Rank biserial correlation	0.2287
GAD7	Mann-Whitney U	509	0.506	Rank biserial correlation	0.0975
Frustration	Mann-Whitney U	453	0.179	Rank biserial correlation	0.1968
T1	Mann-Whitney U	390	0.033	Rank biserial correlation	0.3094
T2	Mann-Whitney U	554	0.902	Rank biserial correlation	0.0186

Note. $H_a\ \mu_{жінка} \neq \mu_{чоловік}$

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
PSS10	жінка	47	19.43	19.00	5.644	0.8233
	чоловік	24	17.21	16.50	7.144	1.458
GAD7	жінка	47	8.00	7.00	4.991	0.7281
	чоловік	24	7.71	6.00	6.054	1.236
Frustration	жінка	47	1.48	1.40	0.671	0.0979
	чоловік	24	1.62	1.67	0.535	0.109
T1	жінка	47	9.40	10.00	2.203	0.3214
	чоловік	24	8.04	8.00	2.545	0.519
T2	жінка	47	9.62	10.00	1.714	0.2500
	чоловік	24	9.71	10.00	1.989	0.406

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
L14	Student's t	–1.362	69.0	0.178	Cohen's d	–0.342
T3	Student's t	1.441 [a]	69.0	0.154	Cohen's d	0.362
T4	Student's t	–2.434	69.0	0.018	Cohen's d	–0.611
T5	Student's t	–0.790	69.0	0.432	Cohen's d	–0.198

Note. $H_a\ \mu_{жінка} \neq \mu_{чоловік}$

[a] Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the assumption of equal variances

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
L14	жінка	47	12.17	12.00	3.58	0.522
	чоловік	24	13.33	13.00	3.03	0.619
T3	жінка	47	9.53	9.00	2.08	0.304
	чоловік	24	8.67	9.00	2.91	0.595
T4	жінка	47	6.09	6.00	2.22	0.325
	чоловік	24	7.58	7.00	2.86	0.583
T5	жінка	47	9.51	9.00	2.24	0.327
	чоловік	24	9.92	9.50	1.59	0.324

Додаток Р

Результати перевіркии вікових особливостей у показниках стресу, тривожності, фрустрації, загальної схильності до залежностей та п’яти основних рис особистості (One-Way ANOVA за критерієм Welch's).

One-Way ANOVA (Welch's)

	F	df1	df2	p
PSS10	0.330	3	19.4	0.804
GAD7	0.675	3	19.1	0.578
Frustration	1.298	3	20.7	0.302
L14	0.612	3	19.8	0.615
T1	2.472	3	23.4	0.087
T2	0.287	3	20.1	0.834
T3	0.719	3	19.9	0.553
T4	0.802	3	21.5	0.506
T5	1.181	3	20.8	0.341

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

	F	df1	df2	p
PSS10	1.0299	3	67	0.385
GAD7	2.1499	3	67	0.102
Frustration	0.0656	3	67	0.978
L14	1.2306	3	67	0.305
T1	1.2664	3	67	0.293
T2	0.5192	3	67	0.671
T3	0.8484	3	67	0.472
T4	0.2535	3	67	0.859
T5	1.1388	3	67	0.340

Group Descriptives

	age	N	Mean	SD	SE
PSS10	20-24	7	21.43	9.325	3.524
	25-29	11	17.27	6.828	2.059
	30-34	30	18.63	6.043	1.103
	35-40	23	18.57	5.203	1.085
GAD7	20-24	7	10.00	7.303	2.760
	25-29	11	9.09	7.120	2.147
	30-34	30	7.83	4.907	0.896
	35-40	23	6.78	4.210	0.878
Frustration	20-24	7	1.07	0.630	0.238
	25-29	11	1.53	0.606	0.183
	30-34	30	1.59	0.577	0.105
	35-40	23	1.57	0.684	0.143
L14	20-24	7	10.71	4.461	1.686
	25-29	11	12.18	3.710	1.119
	30-34	30	12.73	3.321	0.606
	35-40	23	13.09	3.103	0.647
T1	20-24	7	10.29	1.604	0.606
	25-29	11	9.18	2.040	0.615
	30-34	30	8.23	2.445	0.446
	35-40	23	9.35	2.516	0.525
T2	20-24	7	9.14	2.268	0.857
	25-29	11	9.64	1.859	0.560
	30-34	30	9.87	1.776	0.324
	35-40	23	9.52	1.729	0.360
T3	20-24	7	8.57	2.637	0.997
	25-29	11	9.45	3.045	0.918
	30-34	30	8.93	2.392	0.437
	35-40	23	9.74	2.072	0.432
T4	20-24	7	5.57	2.370	0.896
	25-29	11	7.27	2.370	0.715
	30-34	30	6.40	2.647	0.483
	35-40	23	6.83	2.552	0.532
T5	20-24	7	11.14	2.340	0.884
	25-29	11	9.45	1.635	0.493
	30-34	30	9.33	1.863	0.340
	35-40	23	9.70	2.265	0.472

Додаток С

Результати аналізу One-Way ANOVA особистісних відмінностей між респондентами з різними психоемоційними профілями з урахуванням кластерного поділу.

One-Way ANOVA (Welch's)

	F	df1	df2	p
T1	1.408	2	33.1	0.259
T2	1.678	2	35.1	0.201
T3	1.012	2	34.7	0.374
T4	8.641	2	37.0	<.001
T5	0.691	2	33.9	0.508

Group Descriptives

	Clustering	N	Mean	SD	SE
T1	1	14	8.36	2.76	0.738
	2	31	8.71	2.41	0.433
	3	26	9.54	2.12	0.416
T2	1	14	9.36	1.78	0.476
	2	31	9.35	1.84	0.330
	3	26	10.15	1.71	0.336
T3	1	14	9.07	2.46	0.659
	2	31	8.87	2.39	0.429
	3	26	9.77	2.41	0.472
T4	1	14	4.93	1.98	0.529
	2	31	6.23	2.28	0.409
	3	26	7.92	2.50	0.490
T5	1	14	10.00	2.22	0.593
	2	31	9.32	2.02	0.363
	3	26	9.85	1.99	0.391

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

	F	df1	df2	p
T1	1.098	2	68	0.339
T2	0.363	2	68	0.697
T3	0.143	2	68	0.867
T4	0.346	2	68	0.708
T5	0.392	2	68	0.677