

**МИНИСТРЕСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«Национальный исследовательский Нижегородский государственный
университет им. Н.И.Лобачевского»

В.В.ПУШИНА

**ПСИХОДИАГНОСТИКА ЗАВИСИМОГО
И СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано методической комиссией факультета социальных наук для
студентов ННГУ, обучающихся по направлениям подготовки
37.05.01 «Клиническая психология» и 37.05.02 «Психология служебной
деятельности»

Нижегород

2024

УДК 159.9(075.8)

ББК 88.532.я73

П91

П91 Пушина В.В. ПСИХОДИАГНОСТИКА ЗАВИСИМОГО И СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ: Учебно-методическое пособие. – Нижний Новгород: Нижегородский государственный университет им.Н.И.Лобачевского, 2024. – 115 с.

Рецензент: заведующая кафедрой психологии управления факультета социальных наук, доктор психологических наук, профессор Захарова Л.Н.

В настоящем пособии изложен материал, относящийся к разделу «Психодиагностика зависимого и созависимого поведения» в рабочей программе дисциплины «Психология зависимости». Материал включает описание химических, нехимических и пищевых зависимостей и разнообразные методики психологической диагностики зависимого и созависимого поведения.

Рекомендовано методической комиссией факультета социальных наук для студентов, обучающихся по направлениям подготовки 37.05.01 «Клиническая психология» (квалификация выпускника «специалист»), 37.05.02 «Психология служебной деятельности» (квалификация выпускника «специалист»).

УДК 159.9(075.8)

ББК 88.532.я73

В.В.Пушина

© Нижегородский государственный университет им. Н.И.Лобачевского, 2024.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
РАЗДЕЛ 1. ПСИХОДИАГНОСТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ	
1.1. Психологическая зависимость.....	5
1.2. Психодиагностика химических зависимостей.....	9
1.3. Психодиагностика нехимических зависимостей.....	24
1.4. Психодиагностика пищевых зависимостей.....	40
РАЗДЕЛ 2. ПСИХОДИАГНОСТИКА СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ	
2.1. Созависимое поведение.....	47
2.2. Методы диагностики созависимого поведения.....	49
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	50
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ.....	51
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	55

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проблема зависимостей остается одной из главных в решении вопроса здоровья и формирования гармоничной личности молодого поколения России. В связи с их разнообразными видами распространенности и трудностью преодоления, специалистам, необходимо, своевременно уметь выявлять признаки зависимости, владеть методами и методиками диагностики.

Природная сущность ставит человека в зависимость от пищи, воды, воздуха и является физиологической потребностью в принадлежности, любви, уважении, составляет основу жизнедеятельности человека, его личностного и профессионального становления. Другие выраженные зависимости имеют деструктивную сущность и влекут зависимое поведение, как подчиненность другим, чужой воле, чужой власти при отсутствии самостоятельности и свободы.

Психологический механизм зависимостей выступает в стремлении ухода от реальной жизни путем искусственного изменения психического состояния посредством приема психоактивных веществ (ПАВ) или занятий определенным видом деятельности с целью поддержания интенсивных эмоций. Основным мотивом личности, склонной к зависимости является изменение неудовлетворяющего психического состояния, которое рассматривается человеком как «серое», «скучное», «монотонное». Для его исполнения мотив стремления ухода от реальности начинает превалировать в сознании над другими, подчиняя мысли, желания и поведение. Форм зависимостей (аддикций) множество, так Коринн Свит систематизировал зависимости от их источника, как химические и нехимические. В нашем материале все зависимости разделены на химические, нехимические и пищевые. Большой интерес среди ученых вызывают и созависимые отношения, которые рассматриваются в которых случаях основной причиной зависимого поведения.

Первый раздел нашего пособия посвящен как психодиагностике химических зависимостей от различных психоактивных веществ, включая алкогольные напитки, так и нехимическим, пищевым зависимостям.

Второй раздел включает информацию о со-зависимых отношениях и методиках ее психодиагностики.

Существование различных зависимостей определяет сложность их определения и требует от специалиста широких знаний, умений и навыков в первую очередь в психологическом диагностировании степени или уровня зависимого поведения у конкретного человека. Именно по результатам психодиагностики составляется та или иная психокоррекционная программа, в виду этого стоит острая необходимость правильной диагностики зависимого поведения и требует консолидации усилий различных специалистов для решения острых проблем аддиктивного поведения. На решение этой основной задачи и направлено данное пособие.

РАЗДЕЛ 1. ПСИХОДИАГНОСТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

1.1. Психологическая зависимость

В психологии зависимость рассматривается как сильное, подавляющее влечение к предмету, человеку или явлению. Ей подвержены люди любого возраста и социального статуса. Сама по себе зависимость не является основной проблемой, она, как симптом глубинного заболевания. Бесконтрольной потребностью получить эмоциональное насыщение от объекта зависимости человек восполняет чувство потери. Не имея возможности получить желаемое, он заменяет его на доступный аналог. Психологическая аддикция в легкой форме не доставляет проблем, но людям со слабой силой воли сложно себя контролировать, они рискуют полностью раствориться в своей проблеме. В тяжелых случаях человек теряет связь с реальностью, становится социально опасным. Поэтому важно вовремя заметить симптомы и прибегнуть к помощи как медикаментозной терапии, так психокоррекции и психотерапии.

Как понять, есть ли у человека зависимость или еще нет? Психологам помогут методы наблюдения и опроса пациента и методики психодиагностики. Рассмотрим основные признаки психологической аддикции и симптомы или жалобы зависимых людей.

Выделяют следующие симптомы: беспокойство, апатия, повышенная раздражительность, агрессия, тревога, дискомфорт, нарушения сна, перепады настроения, чувство вины. Симптомы проявляются комплексно: неосознаваемая психическая зависимость влияет на поведение и настроение индивида, оно становится алогичным и неуправляемым.

Отличить зависимого индивида можно по характерным признакам личности:

- инфантильность, безответственное поведение;
- стремление переложить обязанности на других;
- эгоцентризм, потребность во внимании;
- детский комплекс эмоций: капризы, частые обиды, нестабильность;
- желание получить все без усилий;
- частая смена эмоций, зависимость самооценки от мнения окружающих;
- импульсивные поступки, иррациональность;
- неумение планировать дальнейшую жизнь;
- неспособность просчитать последствия принятых решений;
- эгоистичные потребности;
- неразвитость абстрактно-логического мышления;

- стремление к самообману;
- снижение порогов психогенного реагирования и толерантность к фрустрации;
- низкая устойчивость к стрессу.

Для выявления психологической диагностики склонности к зависимости применяется методика «Диагностика общей склонности к зависимостям» (Г. В. Лозовая). Предложенная диагностика выявляет склонность человека к 14 видам зависимостей:

1. Алкогольная зависимость.
2. Интернет и компьютерная зависимость.
3. Любовная зависимость.
4. Наркотическая зависимость.
5. Игровая зависимость.
6. Никотиновая зависимость.
7. Пищевая зависимость.
8. Зависимость от межполовых отношений.
9. Трудоголизм.
10. Телевизионная зависимость.
11. Религиозная зависимость.
12. Зависимость от здорового образа жизни.
13. Лекарственная зависимость.
14. Общая склонность к зависимостям.

Инструкция: «Вам предлагается тестовый материал, состоящий из 70 вопросов. Внимательно прочитайте утверждение и, не раздумывая очень долго, выберите один из вариантов ответа». Тестовый материал данной методики представлен в приложении 1.

1. Нет – 1 балл.
2. Скорее нет – 2 балла.
3. Ни да, ни нет – 3 балла.
4. Скорее да – 4 балла.
5. Да – 5 баллов.

Обработка результатов теста: суммируйте баллы по отдельным видам склонностей к зависимостям:

1. Зависимость от алкоголя: 1, 15, 29, 43, 57.
2. Телевизионная зависимость: 2, 16, 30, 44, 58.
3. Любовная зависимость: 3, 17, 31, 45, 59.
4. Игровая зависимость: 4, 18, 32, 46, 60.
5. Зависимость от межполовых отношений: 5, 19, 33, 47, 61.
6. Пищевая зависимость: 6, 20, 34, 48, 62.
7. Религиозная зависимость: 7, 21, 35, 49, 63.
8. Трудовая зависимость: 8, 22, 36, 50, 64.
9. Лекарственная зависимость: 9, 23, 37, 51, 65.
10. Зависимость от компьютера (Интернета, социальных сетей): 10, 24, 38, 52, 66.

11. Зависимость от курения: 11, 25, 39, 53, 67.
12. Зависимость от здорового образа жизни: 12, 26, 40, 54, 68.
13. Наркотическая зависимость: 13, 27, 41, 55, 69.
14. Общая склонность к зависимостям: 14, 28, 42, 56, 70.

Интерпретация:

5–11 баллов – низкая склонность к зависимостям;

12–18 – средняя склонность к зависимостям;

19–25 – высокая степень склонности к зависимостям.

Аддиктивное поведение представляет собой попытку бегства от реальности при помощи изменения своего психического состояния, обеспечивающего мнимую безопасность и эмоциональный комфорт.

Несмотря на кажущиеся внешние различия, зависимые формы поведения имеют принципиально схожие психологические механизмы. В связи с этим выделяют общие признаки аддиктивного поведения. Прежде всего, зависимое поведение личности проявляется в ее устойчивом стремлении к изменению психофизического состояния. Данное влечение переживается человеком как импульсивно-категоричное, непреодолимое, ненасыщаемое. Внешне это может выглядеть как борьба с самим собой, а чаще – как утрата самоконтроля.

Аддиктивное поведение появляется не вдруг, оно представляет собой непрерывный процесс формирования и развития зависимости. Аддикция имеет начало (нередко безобидное), индивидуальное течение (с усилением зависимости) и исход. Мотивация поведения различна на различных стадиях зависимости. Длительность и характер протекания стадий зависят от особенностей объекта (например, вида наркотического вещества) и индивидуальных особенностей аддикта (например, возраста, социальных связей, интеллекта, способности к сублимации).

Еще одной характерной особенностью зависимого поведения является его цикличность. Далее цикл повторяется с индивидуальной частотой и выраженностью.

Фазы одного цикла:

- наличие внутренней готовности к аддиктивному поведению;
- усиление желания и напряжения;
- ожидание и активный поиск объекта аддикции;
- получение объекта и достижение специфических переживаний;
- расслабление;
- фаза ремиссии (относительного покоя).

Зависимое поведение совсем не обязательно приводит к заболеванию или смерти, но закономерно вызывает личностные изменения. На основании результатов тестирования нельзя ставить диагноз, методика является ориентировочной и показывает общую склонность к той или иной зависимости.

Модифицированный интегрированный тест Н.Н. Телеповой, представляет собой «Опросник для определения уровня аддиктивного

поведения», целью которого является диагностика признаков аддиктивного поведения. Интегрированный тест на выявление представляет собой опросник, состоящий из 32 утверждений, которые соответствуют тому или иному признаку аддиктивного поведения. Каждый испытуемый сам для себя определяет свое «личное пристрастие» (ЛП), которое он чаще всего использует в качестве модели поведения в ситуациях внутреннего дискомфорта или каких-либо личностных и/или социальных проблем.

Процедура проведения теста предполагает, как индивидуальные формы работы, так и групповые; как очные, так и заочные. При организации групповых или заочных форм работы существует необходимость отдельно пояснять алгоритм проводимой процедуры для некоторых испытуемых. Испытуемые получают бланки, содержащие тест и инструкцию к заполнению. При очном проведении теста инструкция зачитывается вслух.

Инструкция: прочитайте способы, к которым человек прибегает в ситуациях стресса, внутреннего дискомфорта и психолого-социальных проблем.

1. Подумайте, к какому поведению вы склонны в ситуациях стресса, внутреннего дискомфорта и психолого-социальных проблем (если вы для себя определили несколько моделей поведения, выберите для начала что-то одно). В тесте эта модель поведения обозначена аббревиатурой ЛП (личное пристрастие) - поведение, к которому вы прибегаете в ситуациях стресса, внутреннего дискомфорта и психолого-социальных проблем.

2. Оцените свое ЛП с помощью опросника. На место аббревиатуры ЛП в опроснике поставьте модель поведения, которой вы следуете в ситуациях стресса и внутреннего дискомфорта. Своё отношение к предлагаемым утверждениям оцените по шкале: да, иногда, крайне редко, нет, ставя значок «V» в соответствующем столбце.

После заполнения бланки собираются, производится подсчет результатов. Интерпретация результатов: в результате обработки результатов осуществляется количественный анализ уровня аддиктивного поведения. Чтобы определить наличие, а также диапазон влияния аддикции на поведение испытуемого, необходимо подсчитать общее количество баллов и сравнить полученные величины со стандартными интервалами. Сумма набранных баллов определяет выраженность изучаемого признака. Максимальная выраженность - 96 баллов. Минимальная выраженность признака - 0 баллов. Полученные показатели соотносятся со шкалой уровневой оценки, построенной на основе стандартизации результатов измерений, осуществленных в ходе исследований. Анализ всего массива данных позволяет выделить четыре уровня проявления аддиктивного поведения. С учетом статистических различий каждого уровня аддиктивного поведения в зависимости от количества набранных баллов их можно обозначить следующим образом: 1-30 баллов - аддиктивное поведение не прослеживается; 31-50 баллов - начальная стадия проявления аддиктивного поведения; 51-70 баллов - стадия развития аддиктивного

поведения; больше 70 баллов - стадия интенсивного развития аддикции и деградации личности.

Для того, чтобы определить автономный или зависимый человек, нам поможет методика «Автономность – зависимость» Г.С. Прыгиной (см. Приложение 1). Данная методика диагностирует два основных типа людей: «автономный» и «зависимый», а также выделяет третью группу – «неопределенных». Последних нельзя с достаточной степенью определенности отнести ни к «автономным», ни к «зависимым», так как у них примерно в равной степени выражены особенности, свойственные как первому, так и второму типу. «Автономные» проявляют следующие качества: настойчивость, целеустремленность, развитый самоконтроль, уверенность в себе, склонность к самостоятельному выполнению работы и т. д. Для «зависимых» же характерно то, что эти качества у них почти не обнаруживаются, их деятельность строится в основном с опорой на указания со стороны других людей, с ориентацией на советы, подсказки.

1.2. Психодиагностика химических зависимостей

Химическая зависимость – это хроническое, прогрессирующее заболевание, которое разрушает все сферы жизнедеятельности человека и может привести к летальному исходу. Симптоматика зависимости с течением времени усугубляется и по оценкам ВОЗ до 96% людей с химической зависимостью погибают. Понимание химической зависимости в обыденном сознании все еще считается, что если человек злоупотребляет алкоголем или употребляет наркотики, то причина кроется не в болезни, а в его слабой воле, безответственности или вообще порочности.

Алкогольная зависимость

Систематическое злоупотребление алкоголем людьми, не имевшими соответствующих преморбидных особенностей, предрасполагавших к зависимости, приобретает склонность к преодолению эмоционального стресса с помощью спиртных напитков.

Для того, чтобы понять, что данное употребление может в последствии привести к болезни, необходимо ответить на несколько простых вопросов:

1. Я хотя бы изредка, но иногда выпиваю.
2. У меня нет аллергии на спиртное.
3. Могу выпить в хорошей компании для поднятия настроения.
4. Спиртной напиток (какой-нибудь) расслабляет меня.

Если хотя бы на один из этих вопросов исследуемый ответил «Да», то потенциально при стечении определенных обстоятельств он может стать часто употребляющим алкоголь и зависимым.

Определить склонность к алкоголю, так и зависимость или отсутствие алкоголизма, может помочь MAST-тест (Michigan Alcoholism Screening Test).

Инструкция: На вопросы данного теста необходимо отвечать «да» или «нет» (см. Приложение 2).

За ответы на вопросы начисляется определенное количество баллов:

«да» на 5, 9 и 16 вопросы – по 1 баллу;

«да» на 2, 3, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21 и 24 вопросы – по 2 балла;

«да» на 8, 19 и 20 вопросы – по 5 баллов;

«нет» на 1, 4, 6 и 7 вопросы – по 2 балла.

Расшифровка теста:

от 1 до 4 баллов – алкоголизма нет;

от 5 до 7 баллов – вы склонны к алкоголизму;

8 и больше баллов – у вас высокая вероятность алкоголизма, необходима помощь специалистов наркологического центра.

Выявление риска к зависимым формам поведения, в частности употребление алкоголя или табака, можно провести с помощью теста - опросника Корчагиной Ю.В. (см. Приложение 3).

Инструкция: Отметьте утверждения в случае вашего согласия. Каждый положительный ответ равен 1 баллу. После выполнения теста подсчитайте общую сумму баллов. Материал текста опросника в приложении 3.

Результаты теста:

До 13 баллов - риск зависимого поведения не выражен (НВ).

От 14 до 16 баллов - умеренно выраженный риск зависимого поведения (УВ.)

От 17 баллов и более - выраженные признаки склонности к зависимому поведению (СВ).

Как определить и выявить алкоголизм у близкого человека? В данном случае надо за него ответить на CAGE-опросник, состоящий всего из 4 вопросов. Если на предыдущие тесты должен отвечать только человек с алкогольной зависимостью, то в данном случае за него это может сделать член семьи.

1. Ощущаете ли вы, что вам необходимо снизить количество употребляемого алкоголя?
2. Раздражаетесь ли вы, когда люди предлагают вам выпить?
3. Было ли у вас чувство вины из-за спиртного?
4. Приходилось ли вам употреблять алкоголь утром, чтобы опохмелиться?

Ответ «да» на 3 и более вопроса вместе с последним – у вас сформировалась алкогольная зависимость, необходима помощь специалистов и возможно кодирование от алкоголизма.

Ответ «да» на 3 вопроса за исключением последнего – следует посетить нарколога, чтобы уточнить наличие зависимости от алкоголя.

Ответ «да» на 2 вопроса – вы умеренно употребляете алкоголь.

Есть еще одна разработка американских специалистов, позволяющая выявить проблемы с алкоголем у себя – это TWEAK-тест. Для этого надо ответить на следующие вопросы:

1. Какое количество рюмок водки, кружек пива или бокалов вина вам необходимо, чтобы опьянеть?
2. Ваши родственники и друзья проявляют беспокойство из-за вашего пристрастия к алкоголю?
3. Вы употребляете алкоголь с утра, чтобы облегчить состояние после вчерашней пьянки?
4. Вы напивались до такого состояния, чтобы не помнить о том, что происходило во время пьянки?
5. Вы считаете, что вам необходимо уменьшить количество употребляемого спиртного?

Расшифровка теста:

Если на вопрос №1 вы ответили – 3 и более рюмок, кружек или бокалов (порций) – 2 балла, если менее трех порций – 0 баллов.

Ответ «да» на вопрос №2 – 2 балла, «нет» - 0 баллов.

Ответ «да» на вопросы №3, 4 и 5 – по 1 баллу, «нет» - по 0 баллов.

Если после суммирования всех баллов у вас получилось более 2-х баллов, то у вас высокий риск алкогольной зависимости.

Алкоголизм является экзогенным психическим заболеванием, которое при постоянном или рецидивирующем течении приводит к формированию прогрессивного органического психосиндрома и алкогольной деградации личности. Различают три стадии алкоголизма:

1. Начальная стадия характеризуется психической зависимостью от алкоголя, нарастанием толерантности к спиртному, появлением палимпсестов, проявляющихся в частичном забывании отдельных событий и своего поведения в состоянии опьянения. В этой стадии совершается переход от эпизодического пьянства к систематическому.
2. Развернутая стадия характеризуется неудержимым, импульсивным влечением к алкоголю. Толерантность к алкоголю достигает максимума. Формируется абстинентный синдром. Появляется и физическая зависимость от алкоголя. Отмечаются выраженные нарушения сна. Возможны алкогольные психозы.
3. Конечная стадия характеризуется снижением толерантности к алкоголю и преобладанием физической зависимости от него по сравнению с психической. Наибольшей выраженности достигают психические проявления абстинентного синдрома.

Понятие алкогольной деградации относится не только к заключительной стадии алкоголизма. Ее первые проявления наблюдаются в начале заболевания, а с течением алкоголизма они приобретают все более прогрессивный и необратимый характер. Для определения стадии зависимости применяется «Тест на определение зависимости от алкоголя» (см. Приложение 3).

Подсчет баллов: За каждый утвердительный ответ испытуемый прибавляет 1 балл».

1–5 баллов – начальная стадия алкогольной зависимости. Начальная стадия алкоголизма – достаточно длительный этап, которые многие называют «культурным» (за столом, по праздникам, понемногу). Этот этап может продолжаться от одного года до пятнадцати лет. Предрасположенные к алкоголизму люди проходят этот этап очень быстро, порой всего за несколько месяцев, далее наступает период малокультурного питья. То есть, по сути, первая стадия алкоголизма.

6–10 баллов – первая стадия алкоголизма. Человек увлекается спиртным, но пить не умеет, теряя контроль над собой. Для первой стадии характерны провалы в памяти или выпадение из памяти отдельных случаев опьянения. Одновременно увеличивается устойчивость к потреблению спиртного. Исчезают тошнота и рвота. Многие потребители алкоголя этим гордятся, указывая на крепость своего организма. На самом деле гордиться тут нечем. Просто у человека снижается способность борьбы с алкогольной интоксикацией. Первая стадия продолжается несколько лет. Считается, что после нее переход во вторую стадию неотвратим. Однако, есть и другая точка зрения – на этом этапе можно остановиться и без внешнего вмешательства, а только за счет силы воли человека.

11–20 баллов – вторая стадия алкоголизма. Во второй стадии алкоголизма возникает целый ряд качественно новых проявлений – в первую очередь, формирование физической зависимости от алкоголя, которая проявляется в форме синдрома похмелья или, если говорить более научно, абстинентного синдрома. Процесс опохмеления «рано с утра» говорит о переходе алкоголизма в запойную стадию. Во второй стадии толерантность к алкоголю становится устойчиво высокой, а алкоголь теперь является частью обмена веществ у человека. Его отсутствие для пьющего человека приводит к болезненному состоянию. У человека начинается алкогольная деградация, утрата интереса ко всему окружающему, обостряются физические заболевания, либо возникают новые болезни. Например, болезни печени, желудка, сердца, центральной нервной системы.

21–29 баллов – третья стадия алкоголизма. Третья стадия алкоголизма является финалом заболевания и характеризуется падением устойчивости к алкоголю, снижением психической и усилением физической зависимости. Люди начинают пьянеть уже от минимальной дозы. Больные перестают испытывать чувство радости от спиртного, они полностью теряют ситуационный контроль. Именно в этих случаях возможны употребления

суррогатов алкоголя, так как больной готов на все, лишь бы снова выпить. При этом чувство самосохранения резко снижается.

Для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, применяется тест (АУДИТ) (см. Приложение 4). Тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification) представляет собой анкету из десяти пунктов, одобренную Всемирной организацией здравоохранения для проверки пациентов на предмет опасного (рискованного) и вредного употребления алкоголя. Тест был разработан на основе многостранового совместного исследования ВОЗ и широко используется в качестве сводного показателя употребления алкоголя и связанных с ним проблем. Он нашел широкое применение в наркологических клиниках и стационарных отделениях и хорошо работает. Данный тест выявляет расстройства, связанные с употреблением алкоголя (DSM-5) и алкогольную зависимость. Тест состоит из десяти вопросов, все из которых прямо касаются алкоголя:

- В вопросах 1-3 спрашивается о потреблении алкоголя (частота, количество или типичные случаи употребления алкоголя, а также потребление, которое может вызвать нарушения);
- Возможная зависимость от алкоголя (вопросы 4-6);
- Вредное употребление алкоголя, включая озабоченность, выражаемую другими (Вопросы с 7 по 10).

Каждый вопрос оценивается от 0 до 4 баллов в зависимости от ответа, таким образом, общий балл колеблется от 0 до 40. На основе ответов в первоначальном многоцентровом исследовании ВОЗ 8 или более баллов являются порогом для выявления опасного или вредного употребления алкоголя, 15 или более баллов указывают на вероятную алкогольную зависимость и 20 или более баллов указывают на вероятную серьезную зависимость и вред. Используя пороговую точку 8, его результаты в первоначальном совместном исследовании ВОЗ показали чувствительность 92% и специфичность 94% для диагностики опасного и вредного употребления алкоголя.

АУДИТ является надежной и валидной мерой в выявлении расстройств, связанных с употреблением алкоголя, опасного потребления и вредного употребления алкоголя (потребление, приводящее к реальному вреду), а также было установлено, что он является валидным показателем тяжести алкогольной зависимости.

Для определения патологического влечения к алкоголю используется шкала, разработанная в ННЦ наркологии в 1994 г В.Б. Альтшулером. Основная задача шкалы — количественно выразить качественные характеристики синдрома ПВА. Шкала состоит из оценочного глоссария, в котором все симптомы ранжированы в соответствии с определённым «весом» каждого из них, выраженном в относительных единицах (баллы)

(Альтшулер В.Б., 1994). Таким образом, оценка заключается не в определении степени выраженности симптома, а в констатации его наличия. Данная шкала хорошо зарекомендовала себя в практической наркологии при проведении клинических исследований зависимости от алкоголя, её используют чаще всего (см. Приложение 5).

Рассмотрим динамику формирования зависимости алкоголя от первых признаков изменения познавательных процессов до деформации психологических особенностей личности и формирования органического психосиндрома в зависимости от стадии заболевания.

В I стадии у больных алкоголизмом обнаруживаются изменения в протекании познавательных процессов. Это главным образом относится к ослаблению памяти. Вначале более явным оказывается снижение удержания в памяти, а затем запоминания. Ассоциативная память страдает обычно при наличии алкогольного слабоумия. Недостаточность механического запоминания (не смысловые звуко сочетания) опережает ослабление логически-смысловой памяти. Нарушения памяти во многом зависят от недостаточности внимания, его сосредоточения и особенно устойчивости. Во многом их характер определяется преобладанием в клинике функциональных или органически-деструктивных компонентов. Это находит отражение в характере кривой запоминания 10 слов: в I и II стадиях алкоголизма она зигзагообразная, на фоне удовлетворительных достижений мнестической функции отмечаются ее спады.

В III стадии кривая запоминания носит торпидный, инертный характер и отличается крайне невысоким уровнем достижений. Такая динамика расстройств памяти отражает формирование органического психосиндрома.

Таким образом, для выявления первых признаков формирования зависимости от алкоголя и динамику можно применить методику «10 слов» и пробу на ассоциативную память.

Для определения типа личности зависимых от алкоголя с помощью полученных результатов по патопсихологическим показателям можно выделить 4 основных типа личности больных алкоголизмом:

1. Интровертированно-нейротический (неврозоподобный) тип. Этим больным присуще значительное увеличение показателя по шкале нейротизма, выраженная интровертированность, ситуационно-депрессивная самооценка со склонностью к самообвинению, нестойкость, хрупкость уровня притязаний. Возникновение неврозоподобных проявлений связано как с интоксикацией и ее астенизирующим влиянием, так и с реакцией больного на изменение его социального статуса и присущей ему системы отношений при известной сохранности критичности к своему состоянию и пессимистическими прогностическими установками, присущими ему вне состояний

опьянения. Здесь существенную роль играет и усиление преморбидных личностных свойств больного.

II. Экстравертированно-нейротический (психопатоподобный) тип характеризуется выраженной экстравертированностью, высоким показателем нейротизма. Здесь также часты неадекватные ситуации личностные реакции. Личностные изменения более стабильны и носят характер стойких аномальных поведенческих реакций. Хрупкость уровня притязаний в эксперименте сочетается с повышенной раздражительностью. При исследовании самооценки по Дембо — Рубинштейн отсутствуют мотивы самообвинения, интерпретации самооценки сводятся к отысканию и порицанию фрустрирующих факторов вне больного и его жизнедеятельности. При этом типе личностных изменений в процессе исследования самооценки обнаруживаются своеобразные проявления механизма психологической защиты, сводящиеся к клише «все пьют» и «я не такой уж пьяница». Клинически типы психопатоподобного поведения чаще всего оформляются как астенический, истерический, эксплозивный и апатический синдромы.

III. Экстравертированно-анозогнозический тип. Здесь экстраверсия становится малосодержательной, побудительным стимулом для экстравертированно оформленных личностных реакций оказываются совершенно несущественные факторы окружающей действительности. На первый план выступают алкогольная анозогнозия, беспечное отношение к своему настоящему состоянию и к будущему. Самооценка становится грубо неадекватной. Особенно выражены механизмы психологической защиты, приобретающие явно патологический характер и заключающиеся в безоговорочной тенденции самооправдания. Самооценка этих больных нередко очень противоречива, все они характеризуют себя как людей с выраженной синтонностью, но в то же время отмечают у себя эксплозивность, возбудимость, аффективную лабильность. В механизмах психологической защиты больных алкоголизмом выделяют две стороны: «внутренняя» объясняется первичными изменениями критичности, эмоциональности, воли; «внешняя» связана с влиянием группы — компании алкоголиков, с принятой в ней аргументацией, оценочными стереотипами. С механизмами патологической психологической защиты, несомненно, связан своеобразный алкогольный юмор — плоский.

IV. Апатически-интровертированный тип является выражением грубой алкогольной деградации личности и характеризуется аспонтанностью в сочетании с «пустой» интровертированностью, свидетельствующей об утрате социальных контактов, об уходе от

реальной действительности, о совершенном отсутствии интереса к происходящему. Предлагаемая выше систематика типов личностных изменений при алкоголизме не может, как и всякая другая, претендовать на исчерпывающий характер. Однако, учитывая то, что выделенные типы личностных изменений отражают картину алкогольной психической деградации не столько в поперечном сечении, сколько в динамике, они могут способствовать определению стадии заболевания, степени и характера психического дефекта. Установление типа личностных изменений может быть использовано для психотерапевтической и реабилитационной работы, включающей и психокоррекционные занятия, проводимые психологом.

Для психодиагностики данных типов личности применяются следующие методики:

- методика исследования экстраверсии-интроверсии и нейротизма была создана Г. Айзенком;
- методика изучения самооценки Дембо-Рубинштейн;
- самооценка уровня притязаний по методике Шварцландера;
- шкала астенического состояния, ШАС (Л. Д. Малкова, Т. Г. Чертова);
- тест для диагностики механизмов психологической защиты (опросник Плутчика – Келлермана – Конте);
- методика «Алкогольная анозогнозия» представляет собой опросник, предназначенный для комплексной экспресс-оценки алкогольной анозогнозии у больных алкогольной зависимостью. Разработан в НИПНИ им. Бехтерева в 2011 году коллективом авторов: Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, В.В. Бочаров, А.Я. Вукс
- шкала диагностика апатии (А.А. Золотарёва);
- методика «Тревожность и Депрессия (ТиД)» (Чарльз Спилбергер).

Наркотическая зависимость

Наркомания — это одна из разновидностей деструктивного поведения, при котором человек стремится уйти от реальности, изменив своё психическое состояние с помощью психоактивных веществ (ПАВ). Это сопровождается развитием зависимости от употребляемых наркотиков [16].

Наркотическая зависимость проявляется непреодолимой тягой к употреблению наркотических веществ, которая связана с психологической и физической зависимостью. В научной литературе различают позитивную наркотическую зависимость и негативную.

Позитивная наркотическая зависимость — это тяга к употреблению наркотических веществ для получения приятного эффекта: достижения эйфории, экстаза.

Негативная наркотическая зависимость — это тяга к употреблению наркотических веществ для снятия негативного эффекта: напряжения, депрессии, плохого самочувствия (абстинентный синдром — «ломка»).

Наркотическая зависимость (наркомания) считается очень тяжелой болезнью, наносящей непоправимый ущерб здоровью и без своевременной квалифицированной помощи, часто приводит к летальному исходу. Наркотическое вещество является наркотическим, если соответствует следующим критериям:

- медицинскому критерию, если вещество обладает психоактивными свойствами, когда при однократном приёме вызывает положительные эмоции, а при систематическом употреблении — физическую и психическую зависимость;
- социальному критерию, если вещество принимается не в лечебных целях большим количеством людей и его употребление становится социально-значимой проблемой;
- юридическому критерию, если вещество включено в список наркотических средств и запрещено к употреблению, хранению и распространению.

Рассмотрим основные факторы влияющие на формирование зависимости от наркотических веществ:

- биологические, которые в первую очередь связаны с генетической предрасположенностью (можно проверить путём скрининга риска), достоверно выделяют опиоидную наркоманию, которая возникает из-за врождённого нарушения работы опиоидной системы и мю-рецепторов; чаще развивается у пациентов с психическими нарушениями: биполярным, тревожным или депрессивным расстройством. Часто наркомания формируется при хроническом болевом синдроме из-за нерационального приёма обезболивающих препаратов. Если беременная женщина принимает наркотики, то через кровоток ребенок получает эти наркотические вещества, то у него высока вероятность получить зависимость.
- психологические (склонность к импульсивности, низкая самооценка, неумение справляться со стрессом при низкой стрессоустойчивости, созависимое поведение);
- социальные (чаще подвержены риску люди из низших социальных классов, мигрантов, жертв насилия и др. [14]).

Наркомания классифицируется в МКБ -11 по употреблению психоактивных веществ, следующим образом:

- 6C41 Расстройства вследствие употребления каннабиса.
- 6C42 Расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов.

- 6C43 Расстройства вследствие употребления опиоидов.
- 6C44 Расстройства вследствие употребления седативных и снотворных или анксиолитических средств.
- 6C45 Расстройства вследствие употребления кокаина.
- 6C46 Расстройства вследствие употребления стимуляторов, включая амфетамины, метамфетамин или меткатинон.
- 6C47 Расстройства вследствие употребления синтетических катинонов.
- 6C48 Расстройства вследствие употребления кофеина.
- 6C49 Расстройства вследствие употребления галлюциногенов.
- 6C4C Расстройства вследствие употребления МДМА (экстази) или сходных наркотических веществ, включая МДА.
- 6C4D Расстройства вследствие употребления диссоциативных наркотических веществ, включая кетамин и фенциклидин [PCP].

Рассмотрим основные симптомы наркотической зависимости:

1. Синдром наркотического опьянения, который возникает у человека в момент употребления наркотического вещества с нарушением мышления, восприятия и эмоциональных реакций. В данном состоянии человек ощущает временную эйфорию ("кайф"), прилив сил или расслабленность и сонливость. Например: при употреблении кокаина или амфетамина человек становится настороженным, у него возникают вегетативные проявления в виде учащения сердцебиения и дыхания, расширения зрачков (или сужения при употреблении опиатов), усиления потоотделения, может возникнуть тремор рук или всего тела.

2. Большой наркоманический синдром, который связан с изменением реактивности организма и повышением толерантности. Формируется психическая зависимость с труднопреодолимым очень "навязчивым" влечением к приёму наркотического вещества и у человека возникает борьба мотивов: употребить наркотик или сохранить семейные отношения, работу. Дальнейшее употребление формирует у человека физическую зависимость с компульсивным характером, который может не вспомнить как оказался в наркотическом опьянении, его сознание сужается и воспоминания утрачиваются. Например, употребление опиоидов у человека быстро вызывает физическую зависимость, а природные каннабиоиды очень редко. При резком прекращении употребления наркотического вещества или снижении дозы начинается абстиненция или синдромом отмены и зависимый старается облегчить свои страдания снова принятием наркотика. Данный человек без критики относится к своему употреблению с анозогнозическим отношением к своим последствиям интоксикации.

3. Синдром последствий хронической интоксикации проявляется как соматическими нарушениями, так и синдромом психической деградации личности в виде сужения круга интересов, моральных и социально-культурных ценностей, психическими осложнениями в виде острых психозов, которые в дальнейшем могут трансформироваться в психическое

заболевание (шизофрению и биполярное аффективное расстройство). Для галлюциногенов в DSM-V (Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам) описано ещё и хроническое расстройство восприятия (сленговое название — "бесконечный трип"). Это расстройство психосенсорного синтеза и восприятия в виде нарушений схемы тела, ощущение деперсонализации (нарушения самовосприятия) и дереализации (отрешённости от реальности), визуального снега (по типу "ряби перед глазами"), которые долгое время не прекращаются, даже если галлюциногены уже давно не употреблялись [20].

Очень важно заметить первые признаки употребления наркотических веществ, чтобы быстрее и на ранних стадиях оказать помощь употребляющему наркотическое вещество, необходимо знать внешние признаки, на которые следует обратить внимание. Если употребление инъекционно, то видны следы уколов в области вен. При курении поражается слизистая рта, желтеют зубы. Употребление наркотического вещества через нос, вызывает поражение слизистой носа, появляются постоянные выделения и развивается хронический ринит. В головном мозге у человека нарушается биохимический обмен, он становится заторможенным или возбужденным, тревожным, агрессивным, быстро утомляемым с нарушением сна, конфликтным в кругу общения. Со стороны нейрофизиологии употребление наркотических веществ рассматривается в основном как результат дисфункции центра подкрепления, который при приеме ПАВ вызывает эффект сильных позитивных эмоций и префронтальной коры, которая не может справиться с осознанием контроля импульсов влечения. За развитие синдрома отмены отвечает миндалевидное тело и другие отделы эмоционального мозга [1].

Наркотическая зависимость не возникает одномоментно. Развитию зависимости предшествует этап, который называют употреблением с вредными последствиями, т. е. причинением ущерба собственному здоровью. Ущерб может быть физическим или психическим. Формулировка была введена в МКБ-10 взамен диагностического термина "употребление без зависимости".

Стадии наркотической зависимости весьма условны, поскольку развитие болезни зависит от типа наркотика и индивидуальных особенностей человека. Выделяют три стадии:

- Психологическая зависимость: нарастает толерантность к наркотику, но потребность в нём ещё неустойчива, зависимый часто вспоминает прошлый приём и думает о будущем, предвкушая эйфорию.
- Физическая зависимость: толерантность достигает максимума — наркотик принимается не для удовольствия, а чтобы снять ломку, формируется выраженный синдром отмены. В погоне за прежней эйфорией часто случаются передозировки, зависимый начинает переходить на более тяжёлые наркотики.

- Деградация личности: разрушается целостность и основные черты личности, ухудшается мышление и развивается маразм.

Осложнения и причины смерти при наркомании

Одним из наиболее часто встречаемых осложнений при наркотической зависимости является психотическое расстройство, которое проявляется в виде утраты способности чётко различать как внешний мир, так и свою субъективную реальность. У зависимого появляется состояние, которое может проявляться чаще бредом (ложными умозаключениями, не поддающимися разубеждению), галлюцинациями и психомоторным возбуждением. Частота таких психотических нарушений чаще зависит от вида, употребляемого психоактивного вещества, например,:

- при кокаиновой зависимости они выявляются почти у каждого второго наркомана;
- при зависимости от метамfetамина и амfetамина — приблизительно у каждого третьего;
- при зависимости от природных каннабиноидов — около 1-2 %, от синтетических — до 40 %.

Наиболее часто клиническая картина психотических расстройств встречается в виде параноидного психоза с немотивированным страхом, ощущением преследования, влияния, инсценировки происходящего вокруг зависимого и т. п. Данное состояние чаще сопровождается пугающими галлюцинациями угрожающего или обвиняющего содержания, с возникновением психических автоматизмов.

Данные психотические нарушения могут иногда оставаться и после отказа от повторного употребления наркотиков и переходить в полноценные психиатрические расстройства. Научное исследование в Дании показало, что люди перенесшие психоз, связанный с наркотиками, имеют наибольшую долю около 40% перехода в шизофрению из-за употребления каннабиноидов, у зависимых от кокаина и опиоидов в 30 % случаев, у зависимых от амfetамина и галлюциногенов — в 20 % случаев через 20 лет употребления. Наибольший риск трансформации в биполярное аффективное расстройство давали каннабис и амfetамин — около 50 %. На втором месте оказались опиоиды, галлюциногены и кокаин — около 30 % [21].

В настоящее время смертность среди зависимых от наркотиков очень часто происходит от травм, полученных во время наркотического опьянения, передозировки, самоубийства и по криминальным причинам. Зависимые, употребляющие современные психостимуляторы, например соли и спайсы, чаще погибают от септического шока, случаев и самоповреждения. Анафилактический шок или передозировка могут возникнуть и от одной затяжки спайса, которые требуют срочной реанимация.

Клиническая и психологическая диагностика наркомании

Основное значение для постановки диагноза имеет заключение врача психиатра-нарколога. Положительные тесты на наркотики не могут означать, что тестируемый человек зависимый по следующим причинам:

- тесты могут быть ложноположительными, например: при употреблении некоторых препаратов для лечения наркоманий;
- употребление наркотического вещества могло быть однократным, оно могло произойти под давлением или принуждением.

Тестирование на наркотики является инструментальным методом, который направлен на обнаружение ПАВ или его метаболитов (продуктов, получившихся при распаде наркотиков) в биологических средах организма. Для исследований наиболее часто берут мочу и кровь, иногда используют ногти и волосы.

Методики для выявления употребляемых наркотиков делятся на несколько типов:

- иммунологические — когда используются специальные тест-полоски, дающие реакцию на определённую группу наркотиков;
- хроматографические — более точные тесты: масс-спектрометрия, газовая хроматография, высокоэффективная жидкостная хроматография и др.

Диагностика наркомании должна быть клинической [10] и не подменяться только тестированием.

Специалисту необходимо собрать разносторонний анамнез (по данным самого пациента, его родственником и близких) и на основании своих компетенций и сравнительного опыта, полученных в процессе профессиональной подготовки, выносит заключение о наличии или отсутствии наркомании.

Для психологической диагностики наркотической зависимости применяют шкалу, разработанную в ННЦ наркологии в 1999 г М.А. Винниковой и опробованную на 354 больных с героиновой зависимостью (Винникова М.А., 2004). Шкалу широко используют при проведении клинических исследований среди больных наркоманией на различных этапах заболевания. Шкала отражает психопатологическую структуру данного синдрома. Она состоит из четырёх "больших" диагностических критериев: выраженность идеаторного (мысли, воспоминания, представления о наркотике), аффективного (сниженный фон настроения, тоска, дисфория, эмоциональная лабильность), поведенческого компонентов и нарушений сна; а также четырёх "малых" диагностических критериев: соматовегетативные нарушения, установка на лечение, критика к заболеванию, сновидения с наркотической тематикой. "Большие" диагностические критерии оценивают по 3-балльной шкале: 1 - слабо

выраженный симптом, 2 - умеренно выраженный симптом, 3 - ярко выраженный симптом.

Для диагностики патологического влечения к наркотику достаточно (как минимум) трёх "больших" критериев или двух "больших" и двух "малых" критериев. Суммарный балл 8-11 свидетельствует о средней степени выраженности влечения к наркотику, которое носит осознанный характер, даже если пациент это отрицает. Сумма баллов выше 11 свидетельствует о тяжёлой степени влечения. Соответственно, сумма ниже 8 баллов позволяет говорить о влечении лёгкой степени (см. Приложение 5).

Отрицание проблем, связанных с употреблением наркотиков, у зависимых — это один из основных симптомов заболевания. Учитывая, что самостоятельно наркозависимые обращаются к наркологу довольно редко, а вот к психологу им согласиться на прием легче. Основной задачей психолога в данном случае будет мотивировать обратившихся на диагностику и на лечение. В настоящее время существуют специальные методики, которые повышают мотивацию человека к началу лечения. Наиболее известной является мотивационное интервью. Его главной целью является неконфронтующее мотивирование человека к изменениям, исключаящее всяческую критику и осуждение. Для описания процесса изменений используется модель Прохазка — Ди.

«Токсикомания»

Токсикомания – один из самых злокачественных видов наркомании, вызывающем серьезное разрушение организма и сильную зависимость. Токсикомания отличается от наркомании, тем что она вызывается употреблением веществ, не отнесенных Минздравом к группе наркотиков и на нее не распространяются, действующие в отношении наркоманов правовые и уголовные акты.

Токсикомания – это вдыхание «летучих наркотически действующих веществ» (ЛНДВ) – чаще детьми и подростками, средний возраст 8-15 лет.

Основной психологической причиной является желание быть независимым и делать то, что запрещают взрослые. Среди социальной причины отмечается неблагополучная семья или семья с либеральным стилем воспитания. Стремление не отставать от сверстников, любопытство к испытанию новых ощущений также может влиять на развитие токсикоманической зависимости.

Группу риска составляют дети и подростки, если они:

- имеют низкий уровень образованности;
- не умеют организовывать свой досуг;
- поддаются влиянию окружения;
- растут в неблагополучной семье;
- заводят друзей-наркоманов.

В опьянении токсическими веществами выделяют три фазы:

- первая фаза похожа на алкогольное опьянение: приятный шум

в голове, подъем настроения, в теле тепловая расслабленность. Сознание сужено, но пробудить опьяневшего очень легко.

- вторая фаза – фаза благодушного веселья, беспечности и легкости, сознание утрачивает ясность. Реальное окружение воспринимается как иллюзия, предметы меняют свою форму, краски кажутся яркими, глубокими, звуки искажаются, становятся необычными. Тело ощущается легким, части могут как увеличиваться, так и укорачиваться. Координация сильно нарушена, теряется равновесие.
- третья фаза «мультиков», при дальнейшем употреблении возникает наплыв галлюцинаций, в основном зрительных. Галлюцинации яркие, подвижные, мелких размеров, проецируются вовне. Возникают слуховые обманы.

К признакам токсикомании относят:

- резкую смену настроения;
- подверженность депрессиям;
- частое состояние, похожее на опьянение;
- дезориентацию в пространстве;
- отсутствующий взгляд;
- изменение цвета кожи;
- расширенные зрачки.

В зависимости от типа вещества разделяют разные виды токсикомании, каждая из которых опасна для физического и психического здоровья.

Токсикомания бензином

В состав бензина входит толуол, бензол и ксилол, которые вызывают на первом этапе раздражение дыхательных путей, першение в горле и кашель. Вследствие действия наблюдаются покраснение лица, учащение пульса, расширение зрачков, нарушение координации движений и речи, походка становится шаткой. Следующий этап действия паров бензина заключается в наступление эйфории, которая при продолжении вдыхания токсинов приводит к психическому расстройству – делирию, который сопровождается галлюцинациями и бредом. Если вдыхание паров бензина прекращается, то минут через 20–30 наркотическое состояние отступает, но возникают головная боль, вялость, апатия, раздражительность.

Токсикомания ацетоном

Данный вид токсикомании характеризуется легкой эйфорией, на фоне которой возникают красочные галлюцинации и дезориентация во времени. Подросток во время такого опьянения сидит с опущенной головой и полузакрытыми глазами, никак не реагируя на окружающее. Длительное вдыхание паров ацетона может привести к коме. При выходе из опьянения появляется полная апатия, сильная слабость, тошнота, рвота, раздражительность.

Токсикомания клеем

На начальном этапе вдыхания паров клея возникает легкая эйфория, которая сменяется галлюцинациями. Смертельная опасность вдыхания клея

заключается в том, что в состоянии наркотического опьянения нет возможности снять пакет с головы и может наступить удушье. После выхода из опьянения токсинами возникает слабость, головная боль, тошнота, рвота.

Токсикомания растворителями нитрокрасок

Вдыхание паров растворителей для нитрокрасок вызывает расстройство сознания, повышение подвижности, резкую смену состояния экстаза невероятной злобой, далее развивается делирий, сопровождающийся зрительными и слуховыми галлюцинациями. При этом ощущается легкость в теле и душевный подъем, которые через время уходят, а на смену им приходят сильная слабость и головная боль, тошнота и рвота.

Лекарственная токсикомания

Лекарственная зависимость возникает из-за привыкания к разным лекарственным препаратам: снотворным и успокоительным, анальгетикам и транквилизаторам и др. У человека при прекращении приема лекарства возникает озноб, агрессия, бессонница и нарушения невротического характера.

Любой вид токсикомании может привести к следующим нарушениям, которые могут появиться у человека через различное время вдыхания летучих наркотически действующих веществ» (ЛНДВ):

- начинается расстройство зрения;
- случается нарушение речи;
- быстрая утомляемость;
- возможна потеря самоконтроля;
- серьезные нарушения психики.

При вдыхании растворителей один-два месяца, разрушаются внутренние органы, головной мозг, нервная система. Через один-два года вдыхания этих веществ человек может стать инвалидом. Любое средство из группы ЛНДВ вызывает разрушение мозга, гибель нервных тканей, цирроз печени, почечную недостаточность [17, 18].

1.3. Психодиагностика нехимических зависимостей

Нехимическими (поведенческими) называются аддикции, где объектом зависимости становится какая-либо форма влечения или поведенческий акт, а не психоактивное вещество.

Нехимические аддикции классифицируются по А.Ю. Егорову (2006) на следующие группы:

1. Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг).
2. Эротические аддикции:
 - 2.1. Любовные аддикция.
 - 2.2. Сексуальные аддикция.
 - 2.3. Любовно-сексуальная аддикция.
3. «Социально приемлемые» аддикции:

- 3.1. Работоголизм.
- 3.2. Аддикция упражнений (спортивная аддикция).
- 3.3. Аддикция отношений.
- 3.4. Аддикция к покупкам (компульсивный шопинг).
- 3.5. Аддикция к модификации собственного тела.
- 3.6. Религиозная аддикция.
4. Технологические аддикции:
 - 4.1. Интернет-аддикции.
 - 4.2. Аддикция к мобильным телефонам.
 - 4.3. Другие технологические аддикции (телевизионная аддикция, тамагочи-аддикция и др.).
5. Пищевые аддикции:
 - 5.1. Аддикция к перееданию.
 - 5.2. Аддикция к голоданию [8].

Гемблинг (игромания)

Патологическое влечение к азартным играм (F63.0) в МКБ - 10 описывается как «постоянно повторяющееся участие в азартной игре, несмотря на социальные последствия, такие как нарушение внутрисемейных взаимоотношений и личной жизни».

Критерии, которые являются подтверждением гемблинга в DSM-5 (4 и более критериев в течение 12 месяцев):

- Частая поглощенность гемблингом: постоянное возвращение в мыслях к прошлому опыту гемблинга, предвкушение и готовность к реализации очередной возможности гемблинга, обдумывание способа достать денежные средства для игры.
- Продолжение игры при возрастающем подъеме ставок, чтобы достичь желаемой остроты ощущений.
- Наличие в прошлом неоднократных, но безуспешных попыток контролировать свое пристрастие к гемблингу, играть реже или совсем прекратить.
- Появление беспокойства и раздражительности при попытке играть реже или совсем отказаться от игры.
- Обращение к игре связано с дистрессом (ощущение беспомощности, чувство вины, тревоги, депрессии). Возвращение к игре на следующий день, чтобы отыграться.
- Лживость по отношению к семье, врачу и другим людям, чтобы скрыть степень вовлеченности в гемблинг.
- Наличие криминальных действий — таких, как подлог, мошенничество, кража, присвоение чужого имущества с целью обеспечения средств для гемблинга. Надо отметить, что поведение не может быть объяснено маниакальным состоянием.

Выделяют три стадии развития гемблинга (R. Custer et al., 1989):

- Стадия выигрышей: случайная игра, частые выигрыши, воображение предшествует и сопутствует игре, более частые случаи игры, увеличение

размера ставок, фантазии об игре, очень крупный выигрыш, беспричинный оптимизм.

- Стадия проигрышей: игра в одиночестве, хвастовство выигрышами, размышления только об игре, затягивающиеся эпизоды проигрышей, неспособность остановить игру, ложь и сокрытие от друзей своей проблемы, уменьшение заботы о семье или супруге, уменьшение рабочего времени в пользу игры, отказ платить долги, изменения личности — раздражительность, утомляемость, необщительность, тяжелая эмоциональная обстановка дома, одалживание денег на игру, очень большие долги, созданные как законными, так и незаконными способами, неспособность оплатить долги, отчаянные попытки прекратить играть.

- Стадия разочарования: потеря профессиональной и личной репутации, значительное увеличение времени, проводимого за игрой, и размера ставок, удаление от семьи и друзей, угрызения совести, раскаяние, ненависть к другим, паника, незаконные действия, безнадежность, суицидальные мысли и попытки, арест, развод, злоупотребление алкоголем, эмоциональные нарушения, уход в себя [12].

В.В. Зайцев, А.Ф. Шайдулина (2003) выделяют следующие фазы игрового цикла:

- Фаза воздержания характеризуется воздержанием от игры из-за отсутствия денег, давления микросоциального окружения, подавленности, вызванной очередной игровой неудачей.
- Фаза «автоматических фантазий», когда учащаются спонтанные фантазии об игре. Гемблер проигрывает в своем воображении состояние азарта и предвкушение выигрыша, вытесняет эпизоды проигрышей. Фантазии возникают спонтанно либо под влиянием косвенных стимулов.
- Фаза нарастания эмоционального напряжения. В зависимости от индивидуальных особенностей возникает тоскливо-подавленное настроение, либо отмечаются раздражительность, тревога. Иногда это настроение сопровождается усилением фантазий об игре. В ряде случаев оно воспринимается пациентом как бессодержательное и даже направленное в сторону от игры и замещается повышением сексуального влечения, интеллектуальными нагрузками. Фаза принятия решения играть. Решение приходит двумя путями. Первый из них состоит в том, что пациент под влиянием фантазий в «телеграфном стиле» планирует способ реализации своего желания. Это «очень вероятный для выигрыша», по мнению гемблера, вариант игрового поведения. Характерен для перехода первой стадии заболевания во вторую. Другой вариант — решение играть приходит сразу после игрового эпизода. В его основе лежит иррациональное убеждение в необходимости отыграться. Этот механизм характерен для второй и третьей стадий заболевания.

- Фаза вытеснения принятого решения. Интенсивность осознаваемого больным желания играть уменьшается, и возникает «иллюзия контроля» над своим поведением. В это время может улучшиться экономический и социальный статус гемблера. Сочетание этих условий приводит к тому, что пациент без осознаваемого риска идет навстречу обстоятельствам, провоцирующим игровой срыв (большая сумма денег на руках, прием алкоголя, попытка сыграть для отдыха и т. д.).
- Фаза реализации принятого решения. Для нее характерно выраженное эмоциональное возбуждение и интенсивные фантазии о предстоящей игре. Часто гемблеры описывают это состояние как «транс», «становишься как зомби». Несмотря на то, что в сознании пациента еще возникают конструктивные возражения, они тут же отменяются иррациональным мышлением. У игрока доминируют ложные представления о возможности контролировать себя. Игра не прекращается, пока не проигрываются все деньги. Затем начинается фаза воздержания и запускается новый цикл.

Рассмотрим влияние генетики на развитие гемблинга. Близнецовое исследование показало общую генетическую уязвимость для гемблинга и алкоголизма, которая составляет от 12% до 20% риска возникновения этой патологии на генетическом уровне (Slutske WS, Eisen S, 2000). Наследственные факторы объясняют существенную часть разнообразия симптомов гемблинга; существует единый континуум генетических дефектов, который лежит в основе разных вариантов гемблинга. Коморбидность гемблинга с расстройствами поведения, антисоциальным расстройством личности, алкогольной зависимостью частично объясняется патологическими генами, которые влияют на возникновение как гемблинга, так и перечисленных психических расстройств (Eisen et al., 2001). У ближайших родственников патологических гемблеров достоверно чаще встречались случаи алкоголизма, других форм химической зависимости, антисоциального расстройства личности и каких-либо других психических расстройств (Black et al., 2006).

А.О. Бухановский (2002) отмечает влияние нейробиологии на формирование гемблинга, выделяя особое значение в формировании болезней зависимого поведения (включая патологическую зависимость от азартной игры) придает органической неполноценности ЦНС, что способствует слабости тормозных процессов, гипервозбудимости, ригидности и застреванию психических процессов. МРТ исследования показали снижение стриатумной и вентро-медиальной префронтальной активации у гемблеров, по сравнению с контролем, причем, чем выраженнее аддикция, тем ниже активация структур, связанных с «системой награды» (Reuter et al., 2005). Когнитивный дефицит и импульсивность напрямую связаны с патологической активностью орбито-фронтальных и лимбических структур, которая отмечается у лиц с патологическим

гемблингом (Patterson et al., 2006). Левшество и амбидекстрия у гемблеров отмечалась в 43% случаев, недоминантность левого полушария по речи – в 52%. ЭЭГ показала дисфункциональную активность у 65 % игроков. Высказывается предположение, что патологический гемблинг является следствием повреждения мозга, особенно фронто-лимбической системы (Regard et al., 2003).

Выделяют гендерные особенности гемблинга:

- Наблюдаемое соотношение мужчин-женщин в группах ГА («Анонимные игроки») 7:1; 10:1.
- В тоже время изучение распространенности среди всего население показывает соотношение мужчин и женщин 2:1 или 3:1.
- Женщины втягиваются в опасное увлечение игрой в три раза быстрее, чем мужчины и тяжелее поддаются психотерапии.
- Гемблингу у женщин чаще сопутствовало депрессивное расстройство, а у мужчин — алкоголизм (Tavares et al., 2003).
- У мужчин-гемблеров чаще встречался алкоголизм и антисоциальное расстройство личности, а у женщин – аффективные расстройства и случаи физического насилия (Ibanez A. et al., 2003.).

Основные последствия гемблинга:

- Серьезные социальные и финансовые проблемы патологических игроков - 23% игроков имеют серьезные финансовые проблемы, 35% разведены, у 80% нарушены межличностные отношения в браке (Ciarrocchi, 2002).

- Распространенность противоправных действий - до 60% среди зависимых от азартных игр совершают правонарушения (Thompson WN et al., 1996; Lesieur HR, et al., 1995).

- Высокий суицидальный риск - от 13 до 40% патологических игроков совершают попытки самоубийства, у 32-70% отмечаются суицидальные мысли (Егоров, Волкова, 2006; Frank M.L. et al., 1991; Kausch O., 2003; Thompson W.N. et al., 1996).

Для диагностики выявления игровой зависимости можно применить тест Такера (см. Приложение 6). Если результат теста 0 баллов – нет никаких проявлений игровой зависимости; 3–7 баллов – человек играет в азартные игры на уровне, который со временем приводит к негативным последствиям; 8–21 балл – контроль над пристрастием к азартным играм уже потерян, высока вероятность патологического гемблинга.

Любовная и сексуальная аддикции

Любовная и сексуальная аддикции - это аддикции отношений с фиксацией на другом человеке. Термин «любовная аддикция» может быть применим к лицам, которые навязчиво добиваются восстановления

прежнего, доставляющего удовольствия уровня отношений с бывшим объектом любви (Timmreck, 1990).

Д. Кук (Cook, 2007) в своем исследовании сообщил, что это любовная аддикция - это самая распространенная аддикция и встречается более чем у ¼ выборки студентов колледжей.

В. Макларен и Л. Бэст (MacLaren V. V., Best 2010) среди студентов колледжей обнаружили любовную аддикцию в варианте аддикции избегания в 11.9% случаев. В одном из последних исследований приводится цифра 34.3%: так оцениваются проявления любовной аддикции у американских старших школьников в течение предыдущей жизни (Sussman S с коллег., 2014). Большинство исследователей оценивают распространенность любовной и сексуальной аддикции в популяции взрослых людей от 3% до 6% (Freimuth et al., 2008; Sussman, 2010).

Вариантом любовной аддикции, которое проявляет собой варианты поведения, включающие повторные и продолжающиеся попытки навязать другому человеку нежелательное для него знакомство и/или контакт называется сталкерство (stalking).

Выделяют следующие общие признаки эротических аддикций:

- Постоянный поиск сексуального партнера или новых романтических отношений.
- Неспособность или неудобство от пребывания в одиночестве.
- Постоянный выбор партнеров, которые жестоки и эмоционально не подходят.
- Использование секса, обольщения или интриги, чтобы «подцепить» или удержать партнера.
- Использование секса или интенсивных чувств, чтобы противостоять негативному опыту или эмоциям.
- Неуместные сексуальные связи или романтические отношения.
- Игнорирование интересов семьи, карьеры, чтобы поддержать и сохранить сексуальные или романтические отношения.
- Когда отношения существуют, ощущают себя обделенным и несчастным, а вне отношений – ощущение безнадежности и одиночества.
- Неоднократные попытки избегать секса и любовных отношений в течение длительного времени, чтобы «решить проблему».
- Неспособность прекратить нездоровые отношения, несмотря на многочисленные клятвы и обещания себе и другим.
- Возврат к прежним нездоровым отношениям, несмотря на многочисленные клятвы и обещания себе и другим.

Вариантом любовной аддикции могут стать повторные и продолжающиеся попытки навязать другому человеку нежелательное для него знакомство и/или контакт.

Сексуальная аддикция - это существующий и усиливающийся паттерн или паттерны сексуального поведения, которые продолжают

реализовываться несмотря на все более и более серьезные негативные последствия для себя и для других.

Сексуальная аддикция может реализовываться в следующих формах проявления сексуальной активности: мастурбация, одновременные или повторные последующие сексуальные контакты, порнография, киберсекс, секс по телефону, большое количество незнакомых партнеров, пренебрежение безопасным сексом, восприятие партнера только в качестве сексуального объекта, стрип-клубы и секс-шопы, проституция [9].

Выделяют следующие признаки сексуальной аддикции (Irons, Schneider, 1999):

- потеря контроля при реализации сексуального поведения, т.е. человек не в состоянии остановиться несмотря на все попытки и обещания;
- это поведение продолжается несмотря на существенные негативные последствия такие как потеря работы и разрыв отношений с постоянным партнером, разоблачение, риск заражения, арест и публичное осуждение;
- все возрастающее количество времени тратится на фантазии и навязчивые мысли о сексе вообще и своей сексуальной активности, в частности.

Сексуальная аддикция у женщин может проявляться в следующих проявлениях:

- чрезмерный флирт, участие в танцах с вызывающим макияжем для соблазнения;
- ношение провоцирующей одежды;
- изменение внешности посредством интенсивных диет и упражнений и/или пластической хирургии;
- демонстрация себя из окон квартиры, машины;
- сексуальные предложения молодым клиентам или тем, кто занимает более низкие позиции;
- поиск сексуальных партнеров в рискованных местах;
- многочисленные внебрачные связи;
- безразличие к принятым условностям, например, рассматривает женатого мужчину, начальника, своего врача как объект сексуального влечения;
- расплата сексом за наркотики, помощь, любовь, деньги, социальные связи, власть и т.д.
- иметь секс с человеком, с которым только что познакомился на вечеринке, в баре или по Интернету;
- компульсивная мастурбация;
- причинение боли во время секса и усиление желания во время болевых ощущений.

Перечислим преимущества киберсекса (Cordonnier, 2006), как той деятельности, которая дает наибольшее удовлетворение. Выбирают киберсекс люди, которым самостоятельно сложнее реализовывать свои желания. Они чувствуют, что они более привлекательны сидя за экраном

монитора. У них больше свободы выражения своих сексуальных фантазий. Интернет реально изменяет их сексуальность, им проще участвовать в ролевых играх. Секс благодаря Интернету стал для них более привычным, у них возникают фантазии, которые не могут быть реализованы в обычной жизни.

В психологической диагностике на выявление любовных аддикций применяется тест «Выявление любовных аддикций» (общество анонимных любовных аддиктов). В результатах ответов при согласии с 5–10 утверждениями можно говорить о любовной аддикции; с 11 и более утверждениями – вероятность любовной аддикции очень высока (см. Приложение 7).

Для диагностики сексуальных аддикций применяется тест «Сексуальная аддикция» (Carnes P.). Положительный ответ на 13 вопросов позволяет диагностировать сексуальную аддикцию (см. Приложение 7).

Трудоголизм или работоголизм

Трудоголизм – самая респектабельная форма аддикции. Основными характеристиками трудоголика, являются:

- ригидное мышление;
- уход от действительности;
- прогрессирующая вовлеченность;
- отсутствие критики. (Porter G., 1996).

Рассмотрим, чем отличается трудолюбивый человек от трудоголика. Трудолюбивый человек всегда имеет перед собой цель, ему важен результат своего труда, для него профессиональная деятельность всего лишь часть жизни, способ самовыражения и средство самообеспечения и создания материальных благ. У человека- трудоголика нет смысла в результате работы. Для него работа - это способ заполнения времени, он нацелен на производственный процесс. Семейные отношения и сама семья трудоголиком воспринимаются как помехи, которые отвлекают от работы и вызывают раздражение и досаду.

Ц.П. Короленко, Т.А. Шпикс (2011) выделяют следующие признаки работоголизма:

1. Изменение отношения к работе (все мысли и представления начинают центрироваться на теме «работа»).
2. Повышение толерантности к психологическому эффекту работы (чтобы достичь желаемого психического состояния или состояния измененного сознания, необходимо работать все больше и больше).
3. Появление потери контроля к выполняемой работе (неспособность определить и ограничить длительность и объем работы).
4. Наступление симптомов отнятия при отсутствии работы (снижение настроения, раздражительность, апатия, бессонница, вегетативные симптомы).

5. Непереносимость отсутствия работы, субъективно воспринимаемая как невозможность пережить какое-то время без работы.

6. Развитие психосоциальных нарушений (исчезновение глубокого интереса к людям, потеря друзей, устранение от решения семейных проблем, забота о семье часто сводится только к зарабатыванию денег и др.).

Для определения данной зависимости применяется тест Б.Киллинджера на выявление работоголизма (см. Приложение 8). Положительный ответ на 20 и более вопросов позволяет диагностировать работоголизм (Killinger, 1992).

Аддикция упражнений

Аддикция упражнений (спортивная) - тяга к физической активности в свободное время, которая выражается в неконтролируемых, чрезмерных занятиях спортом и проявляется физиологическими (напр., толерантность/отмена) и/или психологическими (напр., тревога, депрессия) симптомами.

Коморбидность аддикции упражнений отмечает, что у спортивных аддиктов существует повышенный риск развития химической зависимости (Bell, Doege, 1987; Carrier, 1993; Furst, Germone, 1993). По данным научных исследований 48% женщин, страдающих нервной анорексией, были выявлены признаки аддикции упражнений (Klein et al., 2004). У 12% бегунов, 14% велосипедистов и 18% гребцов имелось расстройство пищевого поведения (Yates et al., 2003).

Психофизиологические объяснения спортивной аддикции (Murphy, 1994) предполагают гермогеническую гипотезу в том, что упражнения увеличивают температуру тела, что снижают тонус мышц и снижают соматическую тревогу. Катехоламиновая и эндорфиновая гипотезы находятся в русле современных воззрений на нейрофизиологическую и нейрофармакологическую природу возникновения всех химических зависимостей.

Признаками аддикции упражнений (D. Veale, 1987; 1995) могут быть:

- Толерантность – потребность во все увеличивающемся количестве тренировок для достижения желаемого эффекта или ослабление эффекта прежнего объема тренировок.

- Симптомы отмены (тревога, утомление), для устранения которых требуется привычный (или даже больший) объем физической нагрузки.

- Эффекты намерения – когда человек выполняет более интенсивную или длительную физическую нагрузку, чем намеревался.

- Потеря контроля – настойчивое желание или неудачные попытки снизить объем тренировок или взять их под контроль.

- Время – огромное количество времени тратится на деятельность, необходимую для получения физической нагрузки.

- Конфликт – сокращение важной деятельности, направленной на общение, работу или отдых, потому что она препятствует запланированному объему тренировок.

- Продолжительность – тренировки продолжаются, несмотря на знание о существовании физических или психологических проблем, которые были вызваны этими тренировками или усугублены ими.

На выявление спортивной аддикции применяется тест на выявление аддикции упражнений (Exercise Addiction Inventory M.D Griffiths, A. Szabo, A. Terry). Опросник направлен на выявление специфической формы аддикции – аддикции физических упражнений и представляет собой одномерную шкалу аддикции от упражнений. Так несмотря на огромную пользу спорта, существует неформальный консенсус, что физическая активность может вредна. Из негативных эффектов спорта исследователи больше отмечают аддикцию упражнений. Наибольший аддиктивный потенциал приносит спорт высших достижений и экстремальный спорт. Описание аддикции упражнений включает поведенческие (например, частота тренировок), психологические (патологическая приверженность) и физиологические факторы (напр., толерантность).

Инструкция к опроснику аддикции упражнений (Exercise Addiction Inventory M.D Griffiths, A. Szabo, A. Terry): Ответьте на вопросы используя следующую шкалу:

1 – полностью не согласен

2 – не согласен

3 - сомневаюсь

4 - согласен

5 – полностью согласен

Вопросы теста аддикции упражнений (Exercise Addiction Inventory M.D Griffiths, A. Szabo, A. Terry) в приложении 9.

Аддикция к покупкам (компульсивный шопинг)

С.И. Ворошилин (2014) выделяет следующие варианты аддикции к покупкам [5]:

- Компульсивное влечение к покупкам (компульсивный шопинг).
- Аддиктивное коллекционерство.
- Патологическое накопительство:
 - Патологическое накопительство, синдром Плюшкина (как вариант – синдром Диогена).
 - Патологическое собирание мусора.
 - Патологическое собирание животных.
 - Клептомания.

Основными критериями аддикции к покупкам являются:

- Часто возникает озабоченность покупками или внезапные порывы что-либо купить, ощущаемые как непреодолимые, навязчивые и/или бессмысленные.

- Регулярно совершаются покупки не по средствам, часто покупаются ненужные вещи, или хождение по магазинам занимает значительно больше времени, чем изначально планировалось.

- Озабоченность покупками, внезапные порывы купить или связанные с этим особенности поведения сопровождаются ярко выраженным дистрессом, неадекватной тратой времени, становятся серьезной помехой как в повседневной жизни, так и в профессиональной сфере, или влекут за собой финансовые проблемы (напр., долги или банкротство).

- Чрезмерное увлечение покупками или хождением по магазинам необязательно проявляется в периоды гипомании или мании. (McElroy et al., 1994, 1995).

Последствиями компульсивного шопинга, по научным исследованиям, могут быть:

- накопление больших долгов (58.3%);
- неспособность погашать задолженность (41.7%);
- негативная реакция окружающих (33.3%);
- судебные и финансовые последствия (8.3%);
- криминальные проблемы с законом (8.3%);
- чувство вины (45.8%).

В психологической диагностике по выявлению шопоголизма применяется обсессивно-компульсивная шкала Ейла-Брауна, модифицированная для выявления компульсивного шопинга (см. Приложение 10).

Аддикция отношений (болтаголизм)

Аддикция отношений характеризуется привычкой человека к определенному типу отношений. Аддикты отношений создают чаще «группу по интересам». Члены этой группы постоянно и с удовольствием встречаются, ходят друг к другу в гости, где проводят много времени. Жизнь между встречами сопровождается постоянными мыслями о предстоящем свидании с друзьями.

Диагностические критерии «болтаголизма» (Walther, 1999):

- Сверхценность проявляется в том, что коммуникация является первой и самой важной деятельностью для человека. Человек постоянно думает о том, о чем он будет говорить во время следующего разговора.

- Изменения настроения заключаются в том, что человек наслаждается разговором как будто он занят деятельностью, которая улучшает его настроение.

- Толерантность у болтаголика проявляется тем, что он говорит беспрерывно. Верхний лимит времени, проводимым за разговорами, не

может быть установлен. За разговорами проводятся рабочие часы, время сна отдается разговорам, а некоторые даже продолжают разговаривать во сне.

- Симптомы отмены заключаются в дискомфорте, который болтаголик испытывает, когда вынужден молчать.

- Конфликт заключается в социальных проблемах, возникающих из-за неспособности болтаголика слушать других, из-за непродуктивного расходования времени.

- Рецидив происходит в том числе и вследствие того, что к болтаголизму в обществе достаточно толерантное отношение и никто его не лечит. Кроме того, попытки болтаголиков самостоятельно уменьшить свою коммуникативную активность оказываются безуспешными.

Основные функции модификаций тела (Медникова М.Б., 2007; Раш Дж. Э., 2011):

- (1) маркирующая – обозначение возраста, гендера, социальной или этнической принадлежности носителя;
- (2) ритуально-социализирующая;
- (3) эстетическая;
- (4) апотрическая – функция оберега;
- (5) средство очищения, так как многие из них направлены на удаление пограничных зон тела (крайней плоти, клитора, зубов и т.д.);
- (6) – как маркер изменения социального статуса своего носителя.

Классификация модификаций тела (Ворошилин С.И., 2012; 2014) [5]:

1. Обратимые:

- ношение одежды;
- ношение украшений;
- раскраска тела (макияж, боди-арт);
- манипуляции с волосами (прически, бороды, усы) и ногтями;
- изменение массы тела.

2. Необратимые:

- декорирование кожи татуировками, шрамированием, вживлением инородных предметов (микродермалы, трансдермалы, имплантация);
- пирсинг;
- оперативные модификации зубов, языка, половых органов, пальцев рук и ног, вплоть до влечения к ампутациям конечностей;
- подвешивание;
- повторные косметические операции.

Общие признаки модификаций:

- ведущим мотивом модификаций является получение индивидуумом удовольствия от производимого изменения облика, который частично связан с сексуальным отношением к другому полу;
- удовлетворение в собственных глазах;

- данное влечение сближается с проявлениями полового фетишизма и в первую очередь с фетишистским трансвестизмом;

Модификация тела как нехимическая аддикция:

- возникает не столько из социальных обстоятельств, сколько из особенностей личности;
- обсессивно-компульсивный характер влечения, невозможность его самостоятельно корригировать;
- поведение человека не соответствует представлениям общества о том, что приемлемо или неприемлемо. (С.И. Ворошилин, 2012).

Религиозная аддикция

Религиозная аддикция – это проблема зависимости от религиозных организаций. Религиозная зависимость отличается устойчивой потребностью переложить ответственность за свои взаимоотношения с Богом на сильного наставника. Аддикция к секте представляет большую опасность, поскольку чаще вызывает психические нарушения шизофреноформного характера у религиозных аддиктов (Короленко, Дмитриева, 2001).

Общие черты религиозных аддиктов (Ryan D., VanVonderen J.):

- Настроение повышается во время исполнения религиозных действий и снижается, когда нельзя посещать церковь, ежедневно читать Библию, молиться в достаточном количестве.
- Предпочитаются люди, чьи религиозные предпочтения близки; отвергаются прошлые друзья или даже семья, если не разделяют религиозных взглядов.
- Посещаются церкви и собрания вместе с людьми, верящими в те же культы, принимают участие в мероприятиях, которые спонсируются «близкими по духу».

Культовая травма - это комплекс воздействий, используемый в деструктивных культах и направленный на изменение сознания индивида.

Последствия вовлечения в тоталитарные культы (Ворошилин С.И., 2014):

- Психические последствия (утрата прежних связей, разобщенность вне культа, изменения личности, неспособность самостоятельно принимать решения, суициды, невротические расстройства, психозы).
- Соматические проблемы (ухудшение физического состояния, снижение иммунитета, преждевременная смерть из-за отсутствия квалифицированной помощи, сексуальные проблемы).
- Социальные проблемы (нарушение семейных и иных связей, нарушение отношений с обществом, финансовые последствия, криминальные последствия).

В каждом случае надо разобраться первична ли социально приемлемая аддикция или вторична и какой урон она причиняет пациенту и во что может перейти данная аддикция.

Геджет-аддикция

Данная аддикция реализуется посредством высоких технологий. Основными признаками геджет-аддикции являются:

- Отчетливая, осознаваемая связь настроения с использованием геджета.
- Прогрессивное возрастание времени использования геджета.
- Прогрессивное возрастание материальных затрат на геджет.
- Чувство вины, связанное с использованием геджета.
- Сужение интересов до тех, которые связаны с использованием геджета.
- Физические, психологические, семейные и профессиональные проблемы, связанные с использованием геджета.

Могут проявляться следующие предвестники интернет-зависимости (Young, 1998):

- Навязчивое стремление постоянно проверять электронную почту.
- Предвкушение следующего сеанса он-лайн.
- Увеличение времени, проводимого он-лайн.
- Увеличение количества денег, расходуемых на интернет.

Критерии интернет-аддикции (К. Янг, 2000):

- всепоглощенность Интернетом;
- потребность проводить в сети все больше и больше времени;
- повторные попытки уменьшить использование Интернета;
- при прекращении пользования Интернетом возникают симптомы отмены, причиняющие беспокойство;
- проблемы контроля времени;
- проблемы с окружением (семья, школа, работа, друзья);
- ложь по поводу времени, проведенном в сети;
- изменение настроения посредством использования Интернета.

Выделяют пять типов Интернет-аддикции (Young, 1998):

- Компьютерная зависимость (computer addiction): обсессивное пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности).

- Компульсивные навигаторы сети (net compulsions): компульсивная навигация по WWW, поиск в удаленных базах данных.

- Перегруженные информацией (information overload): патологическая привязанность к опосредованным Интернетом азартным играм, он-лайнovým аукционам или электронным покупкам.

- Кибер-коммуникативная зависимость (cyber-relational addiction): Зависимость от социальных применений Интернета, то есть от общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, что может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными.

- Кибер-сексуальная зависимость (cybersexual addiction): зависимость от «киберсекса», то есть от порнографических сайтов в Интернете, обсуждения сексуальной тематики в чатах или закрытых группах «для взрослых».

Когнитивно-поведенческую модель патологического использования Интернета (R. Davis, 2001) включает:

- Специфическое патологическое использование Интернета представляет собой зависимость от какой-либо специфической функции Интернета (онлайн-сексуальные службы, онлайн-аукционы, онлайн-продажа акций, онлайн-гемблинг). Тематика аддикции сохраняется, а также может быть реализована и вне Интернета.
- У Интернет-зависимых людей могут проявляться скрытые формы других аддикций, например: сексуальная аддикция может переходить в «киберсекс»; коммуникативные зависимости проявляются в «кибернет-отношениях»; пристрастие к азартным играм находит выход в своеобразном Интернет-гемблинге (Менделевич, 2003).

Д. Гринфилд (Greenfield, 1999) подчеркивает, что зависимости от Интернета очень часто (в 20% случаев, по его данным) сопутствует сексуальная аддикция. Большое количество патологических пользователей Интернета отвечают также критериям патологического влечения к ПАВ (Anderson, 2001; Bai et al., 2001), которое часто сочетается с паттернами других поведенческих аддикций, например: патологического гемблинга. Обследование 2,5 тыс. студентов колледжей выявило Интернет-аддикцию у 12,3% и злоупотребление алкоголем у 6,6 %, причем часто обе аддикции сочетались. У полиаддиктов отмечалась депрессия (Ju-Yu Yen et al., 2009).

Интернет аддикции могут быть связаны:

- с психическими расстройствами, особенно аффективными, включая депрессию, тревожные расстройства (ГТР, социальное тревожное расстройство), а также СДВГ (Weinstein, Lejoyeux, 2010).
- с высокими показателями депрессии, тревоги, а также со снижением социальной успешности, включая школьную успеваемость (Reukert et al., 2010).
- с СДВГ, а в подростковом возрасте с депрессией и единичными случаями шизофрении и обсессивно-компульсивного расстройства (Ha et al., 2006).

Частота типов акцентуации среди Интернет-аддиктов (Егоров и др., 2005): шизоидные (29,8%), истероидные (19,3%), лабильные (12,3%), эпилетоидные (12,3%), неустойчивые (7%), психастеники (7%), астено-невротические (5,3%), гипертимные (3,5%).

Злоупотребление интернетом, зачастую связано с потерей чувства времени и подавлением базисных психологических установок. При отсутствии доступа к компьютеру проявляется абстинентный синдром в виде чувство злости, напряженности и/или депрессивного состояния. Появляется потребность приобретать все более продвинутое компьютеры, ставить все больше программ или проводить перед компьютером все больше времени. Негативными последствиями злоупотребления интернетом могут быть склонность спорить и врать, общее снижение результативности, социальная изоляция и усталость (Block JJ, 2008).

Психологическая диагностика может начинаться с анкеты на выявление гаджет аддикции, далее можно использовать тест Кимберли Янг на интернет-зависимость (см. Приложение 11).

Аддикция к мобильным телефонам (SMS зависимость)

Зависимость к мобильным телефонам характеризуется потребностью к общению посредством мобильных сообщений, число которых в течение суток может составлять несколько десятков и заменяет реальное общение. В отсутствие сообщений зависимый испытывает тревогу, раздражительность, у него снижается настроение, в результате длительного использования клавиатуры мобильного телефона отмечаются боли в суставе, может возникнуть воспаление и гипертрофия мышц пальцев.

Основными признаками TV-аддикции (Kaufman, 2005) являются:

- невозможность смотреть меньше времени телевизор даже при желании, пытаетесь ограничивать время, проводимое у телевизора, но безуспешно;
- испытываете тревогу, где нет телевизора, думаете о нем, когда не смотрите его;
- телевизор заменяет вам другую важную деятельность, такую как общение в семье и с друзьями.

Рекомендациями для снятия зависимости от телевизора могут быть (Kaufman, 2005):

- Воспользуйтесь поддержкой у друзей и семьи.
- Уберите телевизор из дома.
- Прекратите подписку на кабельные каналы и снимите антенну.
- Приобретите маленький черно-белый телевизор и поставьте его в неудобное для просмотра место.
- Остерегайтесь компенсировать аддикцию за счет просмотра видео или фильмов по компьютеру.
- Начните вести дневник, куда ежедневно заносите время просмотра.
- Подумайте о том, зачем вы слишком много смотрите телевизор и зачем хотите остановиться.
- Научитесь использовать время, которое раньше шло на просмотр телепередач.

Для психологической диагностики аддикции к мобильным телефонам (SMS зависимость) применяется методика «Диагностика мобильной зависимости» (М. Г. Галичина, М. В. Буянова) (см. Приложение 12).

1.4. Психодиагностика пищевых зависимостей

Пищевая зависимость – это нехимическая зависимость, при которой человек использует пищу не для утоления голода, а с целью справиться с тревогой и волнением, развлечь себя и получить приятные эмоции.

По мнению Е. В. Змановской, пищевая зависимость является опасной универсальной формой аддиктивного поведения. Она указывает на то, что пища – самый доступный объект злоупотребления. Пища служит повышению настроения и самочувствия. Систематическое переедание или, напротив, навязчивое стремление к похуданию, вычурная избирательность в еде, изнурительная борьба с «лишним весом», увлечение все новыми и новыми диетами – эти и другие формы пищевого поведения весьма распространены в наше время.

Признаки пищевой аддикции:

- постоянные мысли о еде;
- сложность контролировать себя;
- импульсивное желание пищи;
- желание «заесть» неприятное событие;
- поощрение себя пищей;
- отсутствие пищи приводит к «ломке».

Нарушения пищевого поведения (НПП) выражаются в дисгармоничном отношении к своему телу и пище, но по выраженности не достигают заболевания клинического спектра. Нарушенное пищевое поведение, прежде всего, может быть связано с нарушенными ранними отношениями со значимыми объектами, с переживанием дефицита защищенности и любви. Личность как бы изначально утрачивает способность ощущать сытость и удовлетворенность. Пища, подобно наркотикам, бессознательно выбирается для защиты от инфантильных аффектов (например, депрессии и страха). Вследствие этого затрудняется контроль над употреблением пищи. Человек может неконтролируемо поглощать пищу или, напротив, тратить все силы на то, чтобы контролировать свой аппетит. Данное поведение формируется на фоне того, что современные средства массовой информации буквально навязывают в качестве идеала образ худощавой красавицы. Во многих культурах еда очень изобильна, что также создает условия для неадекватного пищевого поведения. По мере повышения уровня жизни увеличивается и частота нарушений пищевого поведения. В целом пищевые аддикции не представляют серьезной опасности для личности и общества.

Аддикция к еде возникает тогда, когда еда используется в виде аддиктивного агента, применяя который человек уходит от субъективной

реальности (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000). Нервная анорексия и булимия не являются пищевыми аддикциями (Егоров А.Ю., 2005). Расстройства пищевого поведения свойственны в большей степени для женщин. Данное поведение не зависит от культуры и этапов возрастного развития [15].

Все расстройства питания и пищевого поведения являются психическими заболеваниями, включенные в МКБ-11 (БЛОК L1-6B8) и характеризуются ненормальным потреблением пищи и негативно отражаются на физическом и психическом здоровье человека:

6B80 Нервная анорексия.

6B81 Нервная булимия.

6B82 Патологическое переедание.

6B83 Патологическое избирательно-ограничительное потребление пищи.

6B84 Пика.

6B85 Патологическое пережевывание и срыгивание.

Нервная анорексия: проявления и причины

Нервная анорексия – расстройство приема пищи, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым или поддерживаемым самим пациентом в целях похудения или для профилактики набора лишнего веса. Как пишет А. Ю. Егоров, анорексия может встречаться при большом количестве психических расстройств: шизофрении, депрессии, истерии, алкоголизме, разных формах слабоумия и др. В основе феноменологии анорексии лежат дисморфофобические переживания по поводу излишнего веса [8].

Анорексия представляет собой комплекс расстройств пищевого поведения с тремя ключевыми особенностями: отказ поддерживать здоровый вес тела, сильный страх набрать вес, искаженное восприятие тела.

Выделяют (В. М. Коркина) четыре стадии нервной анорексии:

- 1) инициальная;
- 2) активной коррекции;
- 3) кахексии;
- 4) редукции синдрома.

В инициальной стадии индивид выражает недовольство преимущественно избыточной, по его мнению, полнотой либо всей фигуры, либо отдельных частей тела (живота, бедер, щек). Он ориентируется на выработанный идеал, стремится к похуданию с целью подражания кому-либо. На стадии активной коррекции, когда нарушения пищевого поведения становятся очевидными для окружающих и происходит становление девиантного поведения, индивид начинает прибегать к различным способам похудения. Прежде всего он выбирает ограничительный пищевой стереотип, исключая из пищевого рациона отдельные высококалорийные продукты, склоняется к соблюдению строгой диеты, начинает использовать

различные физические упражнения и тренировки, принимает большие дозы слабительных средств, использует клизмы, искусственно вызывает рвоту с целью освобождения желудка от только что съеденной пищи. Ценность питания снижается, при этом индивид не способен контролировать свое речевое поведение и постоянно в общении возвращается к теме похудения, обсуждения диет и тренировок. На стадии кахексии могут появляться признаки дистрофии: снижение массы тела, сухость и бледность кожных покровов и иные симптомы.

Последствия анорексии

К последствиям анорексии относятся:

- перепады настроения;
- депрессия;
- недостаток энергии и слабость;
- замедление мышления, плохая память;
- сухая, желтоватая кожа и ломкие ногти;
- запоры и вздутие живота;
- разрушение зубов и повреждение десен;
- головокружение, обмороки и головные боли;
- тонкие, ломкие волосы.

У большинства аддиктов отмечаются утрата контроля, расстройство схемы тела (это касается чаще всего наиболее чувствительных областей – таких, как живот, ягодицы, верхняя часть бедер). С течением времени утрачивается восприятие голода и насыщения. Почти всегда имеет место низкая самооценка. В ходе заболевания и нарастающей кахексии круг интересов сужается, исчезают социальные связи и нарастает депрессивный сдвиг настроения. Наблюдаются также выраженные ритуалы приема пищи и навязчивые мысли, касающиеся в основном еды и калорий. Проявляется незначительный интерес к сексу и чрезмерное стремление к успехам. Семья аноректической личности внешне может выглядеть как гармоничная. В то же время для семьи в целом характерны чрезмерная ориентация на социальный успех, напряженность, вязкость, чрезмерная заботливость и гиперопека, уход от решения конфликтов. Нарушенное поведение может представлять протест против чрезмерного контроля в семье. Как видно, нервная анорексия и нервная булимия имеют ряд общих черт, вследствие чего можно говорить о едином комплексе нарушений пищевого поведения.

В. Д. Менделевич отмечает, что нервная булимия в отличие от анорексии чаще входит в структуру аддиктивного поведения. Если отказ от пищи играет роль болезненного противостояния реальности (существенный параметр патохарактерологического и психопатологического типов девиантного поведения), то непреодолимое влечение к пище может отражать как противостояние (снятие симптомов тревоги, депрессии при невротических расстройствах), так и уход от реальности. При аддиктивном

поведении происходит повышение ценности процесса питания и переедание становится единственным удовольствием в скучной, однообразной жизни. Человек избирает для себя питание как альтернативу повседневной жизни с ее требованиями, обязанностями, регламентациями. У него формируется феномен «жажды острых ощущений» в виде изменения пищевого поведения. Например, такой индивид может получать новые необычные ощущения от количества и качества пищи, сочетания несочетаемых ингредиентов (огурцов с сахаром, торта с горчицей). Мотивом становится бегство от «опостылевшей» реальности в мир вечного «пищевого удовольствия». Для выявления проявлений анорексии применяется психологический тест «Диагностика анорексии» (см. Приложение 13).

Булимия: проявления и причины

Нервная булимия – расстройство приема пищи, для которого характерны два основных признака: непреодолимая тяга к перееданию и рвота, которую намеренно вызывают у себя больные (иногда в сочетании со злоупотреблением слабительными), чтобы воспрепятствовать увеличению массы тела. Выделяют следующие формы булимии:

- приступообразное поглощение большого количества пищи (аппетит при этом появляется внезапно);
- постоянное питание (человек ест, не переставая);
- ночное питание (приступы голода случаются ночью).

К причинам развития булимии относят:

- психологическую травму; стресс, тревожность;
- низкую самооценку;
- дисбаланс химических веществ и гормонов в головном мозге;
- наследственность.

Булимические личности обычно используют межличностные отношения как способ самонаказания. Источником потребности в наказании может быть бессознательная агрессия, направленная против родительских фигур. Эта ярость смещается на пищу, которая поглощается. Люди с пищевой зависимостью в целом не могут регулировать удовлетворительным образом свои отношения, так что они смещают конфликты во взаимоотношениях на пищу. Если анорексические личности удерживают контроль над своими агрессивными чувствами по отношению к людям отказом есть, то булимические – символически разрушают людей путем переедания до тошноты и рвоты. Булимическая семейная система включает в себя сильнейшую потребность каждого ее члена воспринимать себя как «полностью хорошего». Неприемлемые качества в родителях часто проецируются на булимического ребенка, который становится накопителем всего «плохого». Бессознательно идентифицируясь с этими проекциями, ребенок становится носителем семейной жадности или импульсивности. В результате фокус внимания смещается с конфликтов между родителями на «проблемного» ребенка.

Исследования подтверждают, что переедание действительно является защитой против бессознательного страха потерять контроль и быть покинутым. Можно выделить следующие симптомы булимии:

- разрушение зубной эмали и проблемы с деснами;
- обезвоживание;
- царапины на одном или нескольких пальцах;
- воспаление пищевода и околоушной слюнной железы в связи с частой рвотой;
- симптомы нарушений функции печени и почек;
- дисбаланс электролитов (минералов и солей), который может обуславливать судороги и подергивания мышц;
- различные расстройства кишечника (из-за избыточного употребления слабительных средств);
- внутренние кровотечения в некоторых случаях;
- нерегулярный менструальный цикл;
- заболевания сердца.

Профилактика булимии – это здоровый психологический климат в семье, стабильная и безопасная обстановка, воспитание здоровой самооценки у ребенка. Не следует использовать еду как способ вознаграждения и наказания у детей.

Показания к стационарному лечению:

- мысли о самоубийстве;
- сильное истощение и тяжелые сопутствующие заболевания;
- депрессия;
- сильное обезвоживание;
- булимия, не поддающаяся лечению в домашних условиях;
- во время беременности, когда есть угроза для жизни ребенка.

Булимия может встречаться в рамках как нервной анорексии, так и в качестве самостоятельной патологии.

Компульсивное или патологическое переедание

Обжорство или компульсивное переедание является расстройством пищевого поведения, которое характеризуется периодическими эпизодами поедания большого количества пищи с чувством утраты контроля над собой и процессом приема пищи. В отличие от булимии при обжорстве после эпизодов переедания не следуют эпизоды чистки или голодание. Люди, страдающие от компульсивного переедания, часто имеют избыточный вес или страдают ожирением. Они часто испытывают чувство вины и стыда, которое может привести к еще большим приступам обжорства. У людей, страдающих компульсивным перееданием, нередко имеются сопутствующие психические расстройства, такие, как тревога, депрессия,

расстройства личности, а также соматические заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы.

Эмоциогенное переедание отличается от приступообразного тем, что контроль над процессом питания сохраняется. Данное переедание используется для улучшения эмоционального состояния и относится к нарушениям поведения.

Компульсивное обжорство (binge eating disorder) имеет следующие особенности:

- повторяющиеся эпизоды принятия существенно большего количества пищи в течение короткого времени, по сравнению с количеством пищи, съедаемым большинством людей в таких же обстоятельствах;
- данные эпизоды сопровождаются ощущением утраты контроля;
- лица с компульсивным обжорством могут поглощать пищу слишком быстро, даже если они не голодны;
- пациент с таким расстройством может испытывать чувство вины, смущения или отвращения;
- заболевание связано с выраженным дистрессом и эпизоды обжорства происходят не менее одного раза в неделю в течение трех месяцев.

Причины переедания как пищевой аддикции:

- пища обладает аддиктивным потенциалом, если в ней содержится повышенное содержание карбонгидрата, который усиливает выработку серотонина в мозгу, тем самым повышая настроение (Wurtman, Wurtman, 1992);
- употребление пищи активирует и эндогенную опиоидную систему, поскольку прием блокаторов опиатных рецепторов снижает аппетит и объем поедаемой пищи, а также гедонистическое восприятие вида и запахов еды. (Pelchat, 2002).

Рассмотрим сходство механизмов химической и пищевой аддикций:

- Эндогенные опиоидные и каннабиноидные системы играют ключевую роль, определяющую подкрепляющее действие пищи: они отвечают за гомеостатическую и гедонистическую стороны пищевого поведения (Cota et al., 2006).
- При сниженном уровне эндорфинов избыточное переедание, как и голодание, приводит к усилению их выброса, что обеспечивает положительное подкрепление (Lienard, Vamecq, 2004).
- Пристрастие к ПАВ связано со сниженной чувствительностью к дофамину системы награды (см. Nikolaus S et al., 2007). Это характерно для лиц с гиперфагией (Wang GJ et al., 2007).
- С помощью ФМРТ идентифицированы зоны, активирующиеся при крейвинге (nucleus caudatus, hippocampus, insula), одинаковые при пищевой и химической зависимостях (см. Pelchat ML, 2009).
- Сходные модели пищевых и химических аддикций на животных (Corwin, Grigson, 2009). M. Lutter и N.J. Nestler (2009) показали, что синдром

отмены после высокожирной диеты у крыс сопровождается такими же нейрохимическими изменениями как при отмене ПАВ.

Коморбидность пищевых аддикций:

- Лица, страдающие тяжелыми пищевыми расстройствами, достоверно чаще имеют наследственную отягощенность алкоголизмом (Redgrave et al., 2007) и другими химическими зависимостями (von Ranson et al., 2003).

- Ужесточение диеты положительно коррелирует с усилением употребления алкоголя, сигарет и марихуаны. У лиц, страдающих булимией и увлекающихся строгими диетами, отмечалась сходная интенсивность потребления алкоголя (Krahn et al., 1991).

- Больше половины лиц, страдающих расстройствами пищевого поведения, являются регулярными потребителями психотропных веществ (Corcos et al., 2001).

- Пищевые аддикции часто сочетаются с ожирением, ранней прибавкой веса, депрессией, тревогой и злоупотреблением ПАВ (Avena et al., 2009)

Патологическое избирательно-ограничительное потребление пищи – характеризуется ограничением или избеганием потребления пищи, что приводит к недостатку поступления энергии и важных питательных веществ в организм и сказывается на психологическом и физическом здоровье человека. Данное пищевое поведение не связано с озабоченностью фигурой и весом, с недоступностью питания или с наличием других заболеваний.

Расстройство Пика – связано с характерным выраженным употреблением в пищу несъедобных (земля, бумага, металл, мел, пластик и т.д.) и сырых веществ (много муки, соли и пр.) в возрасте более двух лет.

Патологическое пережевывание и срыгивание заключается в повторном потреблении ранее проглоченной (рвота) или выплеванной пищи и должно проявляться на протяжении нескольких недель и не быть следствием других заболеваний у лиц старше двух лет.

Расстройства пищевого поведения могут переходить от одного вида в другой вид, как в прямом, так и в обратном представленном порядке: анорексия, анорексия с очищением, анорексия атипичная, булимия, булимия атипичная, приступообразное переедание. Такие переходы могут происходить как в процессе развития болезни, так и в процессе выздоровления.

Диагностику пищевого расстройства предлагаю начинать с алгоритма сбора анамнеза у клиента на основе интервью-оценки по К.Фейрнберну и опыта работы по данной проблеме А.Редюк: (алгоритм сбора анамнеза у клиента с РПП).

РАЗДЕЛ 2. ПСИХОДИАГНОСТИКА СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

2.1. Созависимое поведение

В современной психологической литературе созависимость определяется как эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, развившееся в результате длительной подверженности стрессу, концентрированности на проблемах человека, зависимого от алкоголя и использования правил, которые не позволяют открыто выражать свои чувства, а также прямо обсуждать свои личностные и межличностные проблемы [6]. Созависимые полностью поглощены непреодолимым желанием управлять поведением зависимого человека и совершенно не заботятся об удовлетворении своих собственных жизненноважных потребностей [7].

Термин «созависимость» применяется к родителям, супругам и зависимым людям. Важным является то, что созависимому наносится эмоциональный, когнитивный или поведенческий ущерб в результате незащищённости взаимодействия с зависимым [4].

Химическая зависимость одного из членов семьи неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения. Члены семьи большую часть своей жизни поглощены эмоционально, социально и даже физически созависимостью, которая может являться фактором риска рецидива химической зависимости у самого больного, по научным данным около 50-70% процентов случаев рецидива (возвращения зависимого обратно к употреблению) после успешной программы лечения от зависимости вызвано созависимыми отношениями его семьи. Созависимость может быть фактором риска возникновения различных нарушений в потомстве, в первую очередь риска химической зависимости, почвой для развития психосоматических заболеваний и депрессии. Для распознавания созависимого поведения, необходимо, знать его основные критерии:

- Навязчивая сосредоточенность мыслей на другом человеке.
- Ощущение необходимости контроля другого, компульсивное стремление контролировать.
- Готовность нести ответственность за проблемы другого, решать их, спасать.
- Готовность к самопожертвованию.
- Панический страх расставания.
- Стыд и вина за поведение другого.
- «Эмоциональный маятник» (от наивной надежды, что все исправится до разочарования и отчаяния).
- Длительные пребывания в зоне негативных эмоций (страх, вина, обида, стыд, злость), хронический стресс.

- Попытки доминировать и брать на себя все обязанности, связанные с домашней жизнью.
- Сексуальные проблемы.
- Злость и сварливость, вспыхивающие по малейшему поводу и без него, которые чередуются с сонным отупением и жалостью к себе.
- Отрицание и др. психологические защиты своего состояния.
- Низкая самооценка, сильно зависящая от других.
- Неопределенность психологических границ.
- Ощущение своего бессилия что-либо изменить в деструктивных отношениях.
- Ригидность (испытание значительных трудности при необходимости изменения привычной линии поведения) и др.

Химическая зависимость является семейным заболеванием, поэтому помощь необходима как зависимому, так и другим родственникам, проживающим совместно с ним. Существует два крайних пути генеза взаимодействия по типу «созависимый-зависимый» в паре:

- образование зависимости у одного из участников, будет активировать «родительскую» деятельность у другого участника, а со временем такие паттерны взаимодействия закрепятся как ведущие.
- первичное созависимое поведение у одного из членов, будет провоцировать развитие зависимости у другого.

При данном генезе можно выделить три стадии:

- на первой стадии зависимое (или созависимое) поведение одного из участников взаимодействия провоцирует развитие компламентарного к нему созависимого (или, соответственно, зависимого) поведения другого участника.
- на второй стадии совместная деятельность по типу «созависимый-зависимый» становится ведущей во взаимодействии пары. При этом паттерны «зависимости» и «созависимости» патологически поддерживают друг друга, и попытки одного из участников отношений перестроить со своей стороны взаимодействие на тип «взрослый-взрослый» будут вызывать активное сопротивление другого из участников.
- на третьей стадии взаимодействие по типу «созависимый-зависимый» не может уже поддерживать отношения, и они распадаются.

Для выздоровления зависимости и созависимости надо сосредоточиться на личном выздоровлении каждого члена семьи. Созависимость считается вторичным заболеванием, как реакцией на первичную болезнь - химическую зависимость и через модели поведения в семье перейти к детям и даже внукам и правнукам.

2.2. Методы диагностики созависимого поведения.

Для того, чтобы понять есть или нет созависимые отношения у членов семьи, необходимо ответить на вопросы шкалы общей оценки созависимости, разработанной С.А. Кулаковым (2002). «Член семьи» – это любой член семьи, потребляющий ПАВ; «другие люди» – близкие и другие окружающие люди. Варианты ответа: 0 – нет, 1 – иногда, 2 – да. Высоким считается показатель свыше 12 баллов (см. Приложение 14).

Созависимость – это болезнь, которая повреждает личную жизнь и жизнь семьи, детей, друзей и родственников. Усложняет профессиональную деятельность и карьеру, ухудшает здоровье и духовный рост.

Для того, чтобы лучше понять созависимые отношения рекомендуется посмотреть видео материалы: Видеокурс лекций В. Новиковой «Зависимость и Созависимость как болезни», «Как помочь наркоману», «Дисфункциональная семья» Видеокурс лекций В. Иванова "Созависимость и ее лечение".

Для психологической диагностики созависимости применяются следующие тесты: «Оценим свой образ мыслей» [13], «Шкала общей оценки созависимости» (С.А. Кулаков), «Шкала созависимости» Спан-Фишер [2], Тест на созависимость по Уайнхолду [19] (см. Приложение 14).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Зависимое поведение в современном мире оказывается едва ли не самым трудноразрешимым из всех стоящих перед обществом проблем. Актуальность данного пособия объясняется тем, что чем раньше будет выявлено с помощью психологической диагностики зависимое или созависимое поведение у человека, тем быстрее можно его скорректировать. Наше общество стремится иметь здоровых, образованных людей, имеющих цели в жизни и способных их осуществлять.

В последнее время люди сталкиваются с различными трудностями, особенно финансовыми, которые приводят их к агрессивности, фрустрации и необходимому поиску выхода из них. Чтобы пережить негативное состояние и расслабиться, люди используют различные способы. Если человек не использует свои внутренние ресурсы: хобби, работа, спорт, не имеет поддержки со стороны близкого человека, то может прийти к возникновению зависимого поведения.

Безусловно, существует необходимость в первую очередь качественной психодиагностики зависимого (аддиктивного) поведения, так как в современном мире появилось огромное количество видов аддиктивного поведения, которые способны перетекать из одной формы в другую и может иметь ряд критических последствий, таких как снижение работоспособности, криминальные поступки.

Актуальность данной информации определяется не только стремительным ростом количества людей с химической зависимостью, но и с новыми видами зависимости, активно развивающимися наряду с информационными технологиями. Нехимические зависимости имеют большой риск для психологического состояния и благополучия, поэтому возникает необходимость модификации имеющихся подходов к психологической диагностике.

По результатам научных исследований диагностики зависимостей выявлено, что у юношей преобладает больше склонность к любовной, пищевой, наркотической, курению, межполовым отношениям. У девушек выявлена больше склонность к пищевой, любовной, игровой, алкогольной. Вышеизложенное обуславливает необходимость организации данных исследований и на базе результатов диагностики необходимо разрабатывать профилактическую или психокоррекционную программу стратегий аддиктивного поведения.

Данное пособие содержит психологический материал диагностики, выявляющей как склонности, так и явные признаки химической, нехимической и пищевой зависимости. Отдельно посвящен материал диагностики созависимого поведения, которое может быть причиной формирования любой зависимости.

Настоящее пособие поможет разобраться в проблеме диагностики видов зависимого поведения, узнать особенности его формирования, протекания и выявления.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ

1. Анохина И. П. Нейрохимические механизмы психических заболеваний/ И.П. Анохина. — М.: Медицина, 1975. — 320 с.
2. Бердичевский А. А., Падун М. А., Гагарина М. А. Апробация модифицированной версии методики «Шкала созависимости Спенн–Фишер» // А.А. Бердичевский, М.А. Падун, М.А. Гагарина.- Журнал «Клиническая и специальная психология», 2019. №1.
3. Бердичевский А. А., Падун М. А., Гагарина М. А., Архипова М. В. Регуляция эмоций у лиц, находящихся в созависимых отношениях // А.А.Бердичевский, М.А.Падун, М.А.Гагарина, М.В.Архипова. – Журнал «Клиническая и специальная психология», 2021. №4.
4. Варга А.Я."Семьи с нарушением внутрисемейных отношений"/ А.Я. Варга. – Москва: Эксмо, 2010. – 235 с.
5. Ворошилин С.И. Нехимические поведенческие аддикции: пороки, грехи, соблазны или болезни [Текст] / Ворошилин С. И., М-во здравоохранения Российской Федерации, ГБОУ ВПО Уральский гос. мед. ун-т. - Екатеринбург : УГМУ, 2014. - 458 с.
6. Гатальская Г.В. Психологическое консультирование студентов – взрослых детей алкоголиков / Г.В. Гатальская. - Минск: Псіхалогія. - 2010. - №4. - с.14-18.
7. Гатальская Г.В., Короткевич О.М. Модель психологической помощи взрослым детям алкоголиков / Г.В. Гатальская, О.М. Короткевич. – Минск: Псіхалогія. - 2011. - №3. - с.13-20
8. Егоров, А. Ю. Нехимические зависимости / А. Ю. Егоров. – СПб.: Речь, 2007. – 190 с.
9. Егоров А. Ю. «Сексуальные аддикции: обзор литературы»/ Ф.Ю. Егоров. – Режим доступа : <http://www.narcom.ru/publ/info/1126>
10. Малин Д. И., Медведев В. М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках: учеб. Пособие/ Д.И.Малин, В.М. Медведев. — 4-е изд. — М.: Вузовская книга, 2013. — 172 с.
11. Мандель, Б. Р. Психология зависимости (аддиктология) / Б. Р. Мандель. – М. : Вузовский учебник : ИНФРА-М, 2012. – 320 с.
12. Мехтиханова, Н. Н. Психология зависимого поведения: учеб. пособие / Н. Н. Мехтиханова . – М. : МПСИ, 2008. – 160 с.
13. Москаленко В.Д.. Зависимость: Семейная болезнь./ В.Д. Москаленко. - Издательство: Издатель Базенков И.Л., 2023. – 360 с.
14. Наркология: национальное руководство / Под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 944 с.
15. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихологического развития. Статистическая классификация. – М: «КДУ», «Университетская книга» - 2021. – 432 с.
16. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.

17. Сахаров А. В., Говорин Н. В. Наркомании и токсикомании / учебное пособие. — Чита: ИИЦ ЧГМА, 2011. — 118 с.
18. Симатова, О. Б. Психология зависимости / О. Б. Симатова. – Чита: изд-во ЗабГГПУ, 2006. – 308 с.
19. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости / Берри Уайнхолд, Джерней Уайнхолд/Перевод с английского А.Г. Чеславской — М.: Независимая фирма “Класс”, 2002. — 224 с.
20. Halpern J. H., Lerner A. G., Passie T. A Review of Hallucinogen Persisting Perception Disorder (HPPD) and an Exploratory Study of Subjects Claiming Symptoms of HPPD // Curr Top Behav Neurosci. — 2018. — Vol. 36. — P. 333-360. [ССЫЛКА](#)
21. Starzer M. S. K., Nordentoft M., Hjorthøj C. Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis // American Journal of Psychiatry. — 2018. — Vol. 175 (4). — P. 343-350
22. J. Fischer, L. Spann, D. Crawford. Measuring codependency // Alcoholism Treatment Quarterly, 1991. 8,1

Тезаурус:

Алкоголизм - это прогрессирующее заболевание, вызванное злоупотреблением алкоголем, проявляющееся непреодолимым влечением к спиртному, формированием зависимости от него (психической или физической), изменением толерантности организма к алкоголю и влекущее за собой социальную дезадаптацию и морально-этическую деградацию

Абстинентный синдром - группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема психоактивного вещества либо снижении его дозы после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления.

Химическая зависимость — это первичное, хроническое, прогрессирующее, неизлечимое и смертельное заболевание, которое разрушает все сферы жизнедеятельности человека: биологическую, психологическую, социальную и духовную.

Детоксикация – комплекс медицинских процедур по обезвреживанию и выведению из организма алкоголя, наркотических и других вредных веществ.

Наркомания — это одна из разновидностей деструктивного поведения, при котором человек стремится уйти от реальности, изменив своё психическое состояние с помощью психоактивных веществ (ПАВ).

Зависимость – невозможность прекратить употребление психоактивных веществ даже при наличии желания или в соответствии с требованиями значимого окружения.

Созависимость – это патологическая форма взаимоотношений, характеризующаяся глубокой поглощенностью и всесторонней вовлеченностью в жизнь другого человека, чаще всего зависимого от алкоголя, наркотиков, азартных игр.

Компульсивность - (от лат. *compellō* — «принуждаю», англ. *compulsive* — «навязчивый», «принудительный») — симптом, представляющий собой периодически возникающее навязчивое поведение, ритуалы или ментальные акты. Действия, которые, как человек чувствует, он вынужден выполнять. Невыполнение этих действий повышает тревожность у человека до тех пор, пока он не отказывается от сопротивления позыву.

Психическая зависимость – это осознанная или неосознанная потребность в употреблении психоактивного вещества для снятия психического напряжения и достижения состояния психического комфорта. Выделяют два типа психической зависимости: позитивный (наркотик применяется для достижения и поддержки субъективно принятого эффекта (эйфории, чувства бодрости, повышенного настроения) и негативный (наркотик необходим, чтобы избавиться от пониженного настроения и плохого самочувствия).

Физическая зависимость - адаптивное состояние, которое проявляется интенсивными физическими расстройствами: организм адаптируется к приему наркотических веществ, наркотик как бы «вплетается» в обмен

веществ, и прекращение приема наркотического вещества ведет к различным функциональным расстройствам.

ПАВ/Психоактивное вещество - любое вещество (или смесь) естественного или искусственного происхождения, которое влияет на функционирование центральной нервной системы, приводя к изменению психического состояния иногда вплоть до изменённого состояния сознания.

Постабстинентный синдром (ПАС) - это проявления нарушений работы нервной системы в отсутствии ПАВ в виде признаков опьянения или абстинентного синдрома. ПАС еще называют сухим срывом, сухим запоем, сухим похмельем, сухим кумаром, сухим употреблением. Это состояние, которое может возникнуть у человека, уже длительное время воздерживающегося от употребления наркотиков.

Потеря контроля – обозначает ту черту, за которой злоупотребление превращается в зависимость. Например, увеличивая количество принимаемого алкоголя, человек в то же время постепенно переходит с элитных сортов на денатурат. Из процесса употребления исчезают все интересы и смыслы, кроме стремления употребить и получить быстрое удовольствие от употребления.

Ремиссия (лат. remissio «уменьшение, ослабление») — период течения хронической болезни, который проявляется значительным ослаблением (неполная ремиссия) или исчезновением (полная ремиссия) её симптомов (признаков заболевания). Период воздержания от употребления алкоголя, наркотиков, психотропных и др. веществ способных менять сознание.

Рецидив - возобновление болезни после кажущегося полного выздоровления (ремиссии), т.е. возврат к употреблению ПАВ.

Толерантность - получение вещества закрепляется в сознании как единственный способ получения удовольствия. В фармакологии означает снижение реакции на повторное введение лекарств, наркотиков или психоактивных веществ; привыкание организма, ввиду чего требуется всё большая и большая доза для достижения присущего веществу эффект.

Нехимическая зависимость – это специфическая тяга, причиной которой становится определённый поведенческий акт или форма влечения, при этом человек не употребляет веществ, изменяющих сознание.

Пищевая зависимость — это разновидность нехимической аддикции, при которой человек употребляет большое количество пищи не с целью утолить голод, а для получения приятных эмоций.

Трудоголизм — это патологическое состояние, при котором человек страдает от непреодолимой потребности работать и постоянно стремится к выполнению задач и присутствию на работе в ущерб физическому и психическому здоровью, личной и социальной жизни.

Диагностика общей склонности к зависимостям (Г. В. Лозовая)

Предложенная диагностика выявляет склонность человека к 14 видам зависимостей.

1. Алкогольная зависимость.
2. Интернет и компьютерная зависимость.
3. Любовная зависимость.
4. Наркотическая зависимость.
5. Игровая зависимость.
6. Никотиновая зависимость.
7. Пищевая зависимость.
8. Зависимость от межполовых отношений.
9. Трудоголизм.
10. Телевизионная зависимость.
11. Религиозная зависимость.
12. Зависимость от здорового образа жизни.
13. Лекарственная зависимость.
14. Общая склонность к зависимостям.

На основании результатов тестирования нельзя ставить диагноз, методика является ориентировочной и показывает общую склонность к той или иной зависимости.

Инструкция: «Вам предлагается тестовый материал, состоящий из 70 вопросов. Внимательно прочитайте утверждение и, не раздумывая очень долго, выберите один из вариантов ответа».

1. Нет – 1 балл.
2. Скорее нет – 2 балла.
3. Ни да, ни нет – 3 балла.
4. Скорее да – 4 балла.
5. Да – 5 баллов.

Тестовый материал

1. Время от времени мне очень хочется выпить, чтобы расслабиться.
2. В свое свободное время я чаще всего смотрю телевизор.
3. Я считаю, что одиночество – это самое страшное в жизни.
4. Я – человек азартный и люблю азартные игры.
5. Межполовые отношения – это самое большое удовольствие в жизни.
6. Я довольно часто ем не от голода, а для получения удовольствия.
7. Я соблюдаю религиозные ритуалы.
8. Я все время думаю о работе, о том, как сделать ее лучше.
9. Я довольно часто принимаю лекарства.
10. Я провожу очень много времени за компьютером.
11. Не представляю свою жизнь без сигарет.
12. Я активно интересуюсь проблемами здоровья.
13. Я пробовал наркотические вещества.

14. Мне тяжело бороться со своими привычками.
15. Иногда я не помню произошедшего во время опьянения.
16. Я могу долго щелкать пультом в поисках чего-нибудь интересного по телевизору.
17. Главное, чтобы любимый человек всегда был рядом.
18. Время от времени я посещаю игровые автоматы.
19. Я не думаю о межполовых отношениях только, когда я сплю.
20. Я постоянно думаю о еде, представляю себе разные вкусности.
21. Я довольно активный член религиозной общины.
22. Я не умею отдыхать, чувствую себя плохо во время выходных.
23. Лекарства – самый простой способ улучшить самочувствие.
24. Компьютер – это реальная возможность жить полной жизнью.
25. Сигареты всегда со мной.
26. На поддержание здоровья не жалею ни сил, ни денег, ни времени.
27. Попробовать наркотик – это получить интересный жизненный урок.
28. Я считаю, что каждый человек от чего-то зависим.
29. Бывает, что я чуть-чуть перебираю, когда выпиваю.
30. Телевизор включен большее время моего пребывания дома.
31. Когда я не вместе с любимым человеком, я постоянно думаю о нем.
32. Игра дает самые острые ощущения в жизни.
33. Я готов идти на «случайные связи», ведь воздержание для меня крайне тяжело.
34. Если кушанье очень вкусное, то я не удержусь от добавки.
35. Считаю, что религия – единственное, что может спасти мир.
36. Близкие часто жалуются, что я постоянно работаю.
37. В моем доме много медицинских и подобных препаратов.
38. Иногда, сидя у компьютера, я забываю поесть или о каких-то делах.
39. Сигарета – это самый простой способ расслабиться.
40. Я читаю медицинские журналы и газеты, смотрю передачи о здоровье.
41. Наркотик дает самые сильные ощущения из всех возможных.
42. Привычка – вторая натура, и избавиться от нее глупо.
43. Алкоголь в нашей жизни – основное средство расслабления и повышения настроения.
44. Если сломался телевизор, то я не буду знать, чем себя развлечь вечером.
45. Быть покинутым любимым человеком – самое большое несчастье, которое может произойти.
46. Я понимаю азартных игроков, которые могут в одну ночь выиграть состояние, а в другую проиграть два.
47. Самое страшное – это получить физическое увечье, которое сделает невозможным удовлетворить партнера в постели.
48. При походе в магазин не могу удержаться, чтобы не купить что-нибудь вкусненькое.
49. Самое главное в жизни – жить наполненной религиозной жизнью.

50. Мера ценности человека заключается в том, на сколько он отдает себя работе.
51. Я довольно часто принимаю лекарства.
52. «Виртуальная реальность» более интересна, чем обычная жизнь.
53. Я ежедневно курю.
54. Я стараюсь неотступно соблюдать правила здорового образа жизни.
55. Иногда я употребляю средства, считающиеся наркотическими.
56. Человек – существо слабое, нужно быть терпимым к его вредным привычкам.
57. Мне нравится выпить и повеселиться в веселой компании.
58. В наше время почти все можно узнать из телевизора.
59. Любить и быть любимым – это главное в жизни.
60. Игра – это реальный шанс сорвать куш, выиграть много денег.
61. Межполовые отношения – это лучшее времяпровождение.
62. Я очень люблю готовить и делаю это так часто, как могу.
63. Я часто посещаю религиозные заведения.
64. Я считаю, что человек должен работать на совесть, ведь деньги – это не главное.
65. Когда я нервничаю, я предпочитаю принять успокоительное.
66. Если бы я мог, то все время занимался бы компьютером.
67. Я – курильщик со стажем.
68. Я беспокоюсь за здоровье близких, стараюсь привлечь их к здоровому образу жизни.
69. По интенсивности ощущений наркотик не может сравниться ни с чем.
70. Глупо пытаться показать свою силу воли и отказаться от различных радостей жизни.

**Модифицированный интегрированный тест Н.Н. Телеповой
«Опросник для определения уровня аддиктивного поведения»**

Утверждения	Да	Иногда	Крайне редко	Нет
1. ЛП портит мою репутацию				
2. Я чувствую себя несчастным из-за ЛП				
3. Я трачу время, предназначенное для работы(учебы, семейных обязанностей), на ЛП				
4. Я прибегаю к ЛП, чтобы повысить настроение				
5. Когда я начинаю ЛП, то времени на это у меня				

уходит больше, нежели я изначально планировал				
6. Для того, чтобы отвлечься от неприятностей, я прибегаю к ЛП				
7. ЛП выбивает меня из режима сна				
8. Я решаю «взять себя в руки и сегодня отдаться ЛП в последний раз»				
9. Из-за ЛП у меня возникают проблемы с близкими людьми				
10. Я испытываю сильное побуждение повторить ЛП				
11. В случаях, когда ЛП не оправдывает себя (не дает чувства удовлетворенности), я стремлюсь повторить его.				
12. Я меняю свои ранее определенные планы ради удовлетворения возникшего желания прибегнуть к ЛП				
13. Мне трудно понять людей, которые равнодушны ко всему, связанному с этим ЛП				
14. Я считаю, что имею полное право употребить на мое ЛП освободившиеся деньги, силы, время				
15. Я считаю, что многие люди, когда им плохо, прибегают к такому же ЛП, следовательно, ЛП скорее норма, чем проблема				
16. Когда ЛП овладевает мною, меня не могут остановить ни мысли о причинении вреда себе, ни нарушение благополучия моих близких людей				

17. Я говорю, что в любой момент могу перестать пользоваться ЛП в ситуациях, когда мне плохо				
18. Из-за ЛП у меня возникают проблемы со здоровьем				
19. Я делаю попытки отвлечься на занятия чем либо другим, чтобы ЛП меня не затыгивало				
20. Я испытываю потребность прекратить практиковать свое ЛП				
21. Я понимаю, что мое ЛП уже деструктивно				
22. Мне не интересно с теми, кто не практикует такое же ЛП				
23. Мне становится скучно, если меня лишают ЛП				
24. Я совершаю импульсивные действия, не задумываясь о том, как они повлияют на окружающих				
25. Я сконцентрирован на будущем более, нежели на настоящем				
26. Я имею склонность создавать для себя и других экстремальные ситуации или попадать в таковые				
27. Моя жизнь без моего ЛП теряет в моих глазах насыщенность и краски				
28. Без доступа к моему ЛП я испытываю уныние и раздражение				
29. Когда ЛП «тянет» меня, я не в состоянии противостоять				
30. Люди с подобным ЛП столь значимы для меня, что ради совместной				

деятельности с ними я готов отказаться от ранее намеченных планов				
31. Если ЛП нет в зоне достижимости, мне трудно контролировать свои эмоции				
32. Я завидую тем, кто равнодушен к такому ЛП				

Методика «Автономность – зависимость» Г.С.Прыгина

Инструкция: «Вам нужно охарактеризовать себя. Для этого предлагаем вам нижеследующие утверждения».

1. Окружающие люди считают меня уверенным в себе человеком.
2. Перед началом работы я привык анализировать условия, в которых мне необходимо будет работать.
3. При выполнении любой работы я привык оценивать не только ее конечный результат, но и те результаты, которые получаются в процессе работы.
4. Я склонен отказаться от задуманного, если другим кажется, что я начал не так.
5. Даже при выполнении ответственной работы мне не нужен контроль со стороны.
6. Я с одинаковым старанием выполняю как интересную, так и неинтересную для меня работу.
7. Для успешного выполнения ответственной работы необходимо, чтобы меня контролировали.
8. Обычно мой рабочий день проходит бессистемно.
9. При возможности выбора я предпочитаю делать работу менее ответственную, но и менее интересную.
10. После того как я завершил какую-нибудь работу, я привык обязательно проверить, правильно ли я ее сделал.
11. Я обязательно возвращаюсь к начатому делу даже тогда,

когда меня никто не контролирует.

12. Сомнения в успехе часто заставляют меня отказываться от намеченного дела.

13. Мне часто не хватает упорства для достижения поставленной цели.

14. Мои планы никогда не расходятся с моими возможностями.

15. Как правило, любые решения я принимаю, советуясь с кемнибудь.

16. Мне часто бывает трудно заставить себя сосредоточиться на какой-нибудь задаче или работе.

17. Когда я поглощен какой-нибудь работой, мне трудно бывает переключиться на выполнение другой работы.

18. Я склонен отказаться от работы, которая «не клеится».

Ключ к опроснику: «да»: 1, 5, 11, 14; «нет»: 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18.

Обработка результатов: за каждое совпадение ответа с ключом испытуемому дается 1 балл.

Набравшие 11 баллов и больше относятся к группе «автономных».

Набравшие 7 баллов и меньше относятся к группе «зависимых».

Набравшие 8–10 баллов относятся к группе «неопределенных».

Приложение 2

MAST-тест (Michigan Alcoholism Screening Test)

На вопросы этого теста необходимо отвечать «да» или «нет». За ответы на вопросы начисляется определенное количество баллов:

«да» на 5, 9 и 16 вопросы – по 1 баллу;

«да» на 2, 3, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21 и 24 вопросы – по 2 балла;

«да» на 8, 19 и 20 вопросы – по 5 баллов;

«нет» на 1, 4, 6 и 7 вопросы – по 2 балла.

1. Считаете ли вы, что употребляете алкоголь не чаще, чем другие?

5. Сличалось ли такое, чтобы на утро после пьянки, вам не удавалось вспомнить, что происходило вчера?

6. Переживают ли близкие по поводу вашего пристрастия к спиртному?

7. Можете ли вы остановиться после употребления нескольких рюмок алкоголя?

8. Возникало ли у вас чувство стыда из-за употребления спиртного?

9. Считают ли ваши близкие, что вы пьете не больше, чем другие люди?
10. Можете ли вы прекратить пить в любой момент, когда захотите?
11. Вы когда-нибудь были на встрече Анонимных Алкоголиков?
12. Ввязывались ли вы в драку на фоне употребления алкоголя?
13. Случаются ли у вас скандалы с близкими на фоне употребления спиртного?
14. Обращались ли ваши родственники за помощью, чтобы избавить вас от алкогольной зависимости?
15. Теряли ли вы друзей из-за алкоголя?
16. Случали ли проблемы на работе из-за пьянства?
17. Пьянство когда-нибудь было причиной увольнения?
18. Вы когда-нибудь не ходили на работу больше двух дней подряд из-за пьянства?
19. Вы употребляете спиртное в первой половине дня?
20. Если ли у вас проблемы с печенью?
21. Случались ли у вас галлюцинации (слух, зрение) после приема алкоголя?
22. Обращались ли вы за помощью, чтобы избавиться от пристрастия к спиртному?
23. Проходили ли вы лечение в клинике по поводу пьянства?
24. Хотя бы раз вы были пациентом наркологической или психиатрической клиники на фоне пьянства?
25. Случалось ли вам прибегать к помощи специалистов наркодиспансера, психиатра, социального работника или священнослужителя, чтобы они помогли решить психологические проблемы, вызванные алкоголем?
26. Управляли ли вы автомобилем в пьяном состоянии?
27. Задерживали ли вас в состоянии опьянения правоохранительные органы?

Расшифровка теста:

от 1 до 4 баллов – алкоголизма нет;

от 5 до 7 баллов – вы склонны к алкоголизму;

8 и больше баллов – у вас высокая вероятность алкоголизма, необходима помощь специалистов наркологического центра.

Приложение 3

Тест - опросник (Корчагина Ю.В.)

Цель: Выявление склонности к зависимым формам поведения (употребление алкоголя, табака)

Инструкция: Отметьте утверждения в случае вашего согласия. Каждый положительный ответ равен 1 баллу. После выполнения теста подсчитайте общую сумму баллов

Утверждение

1. Если человек в меру и без вредных последствий употребляет возбуждающие и влияющие на психику вещества - это нормально
2. Человек должен иметь право выпивать, сколько он хочет и где он хочет
3. Некоторые правила и запреты можно отбросить, если чего-нибудь сильно захочешь
4. Мне бы понравилась работа официантки в ресторане, дегустатора вин
5. Я часто испытываю потребность в острых ощущениях
6. Среди моих знакомых есть люди, которые пробовали одурманивающие токсические вещества
7. Правы люди, которые в жизни следуют высказыванию «Если нельзя, но очень охотится, то можно»
8. Бывало, что я случайно попадал(а) в неприятную историю или драку после употребления спиртных напитков
9. Были случаи, когда мои родители, другие люди высказывали беспокойство по поводу того, что я немного выпил(а)
10. Когда люди стремятся к новым, необычным ощущениям и переживаниям, это нормально
11. Чтобы получить удовольствие, стоит нарушить некоторые правила и запреты
12. Мне нравится бывать в компаниях, где в меру выпивают и веселятся
13. Бывало, что у меня возникало желание выпить, хотя я понимал(а), что сейчас не время и не место
14. Сигарета в трудную минуту меня успокаивает
15. Удовольствие - это главное, к чему стоит стремиться в жизни
16. Вредное воздействие на человека алкоголя и табака сильно преувеличивают
17. Секс должен занимать в жизни молодежи одно из главных мест
18. Я бы попробовал(а) какое-нибудь одурманивающее вещество, если бы твердо знал(а), что это не повредит моему здоровью и не повлечет наказания
19. Мои друзья рассказывали, что в некоторых ситуациях они испытывали необычные состояния: видели интересные, красочные галлюцинации, слышали странные, необычные звуки и др.
20. В последнее время я замечаю, что стал(а) много курить. Это как-то помогает мне, отвлекает от забот и тревог
21. Бывало, что по утрам (после того как я накануне употреблял(а) алкоголь) у меня дрожали руки, а голова просто раскалывалась
22. Не могу заставить себя бросить курить, хотя знаю, что это вредно
23. Часто в состоянии опьянения я испытывал(а) чувство невесомости, отрешенности от окружающего мира, нереальности происходящего
24. Мне неприятно вспоминать и говорить о ряде случаев, которые были связаны с употреблением алкоголя
25. Мои друзья умеют хорошо расслабиться и получить удовольствие

26. В последнее время, чтобы не сорваться, я вынужден(а) был(а) принимать успокаивающие препараты
27. Я пытался (пыталась) избавиться от некоторых пагубных привычек
28. Употребляя алкоголь, я часто превышал(а) свою норму
29. Мне нравится состояние, которое возникает, когда немного выпьешь
30. У меня были неприятности в школе в связи с употреблением алкоголя

Результаты теста:

До 13 баллов - риск зависимого поведения не выражен (НВ)

От 14 до 16 баллов - умеренно выраженный риск зависимого поведения (УВ)

От 17 баллов и более - выраженные признаки склонности к зависимому поведению (СВ).

Тест на определение зависимости от алкоголя

Инструкция: «На каждый вопрос дайте ответ «да» или «нет».

В последнее время я стал(а) замечать, что:

1. Пью, чтобы поднять себе настроение.
2. Не считаю пиво алкогольным напитком.
3. Мое желание выпить возникает (усиливается) в пятницу вечером.
4. Мне скучно в непьющей компании.
5. Ищу любой повод для того, чтобы выпить.
6. Перспектива скорой выпивки поднимает мне настроение.
7. Могу выпить в случайной компании.
8. Выпиваю (пусть даже немного) практически каждый день.
9. Выпиваю большие дозы алкоголя, чем раньше.
10. Пью, чтобы почувствовать себя более уверенно.
11. Все проблемы и неприятности обостряют желание выпить.
12. Очень часто чувствую раздражительность и агрессивность по отношению к людям.
13. Из-за выпивок у меня часто возникают конфликты в семье, на работе, в компании друзей.
14. Обещаю себе не пить, но часто не сдерживаю обещания.
15. Мне нравится пить как в компании, так и в одиночку.
16. Из-за выпивки откладываю дела, забываю про назначенные встречи.
17. Могу пить дольше трех дней подряд.
18. После выпивки возникают провалы в памяти.
19. Пью, пока не закончится спиртное.
20. Все чаще пью, не закусывая.
21. Могу сесть за руль в нетрезвом состоянии.
22. Протрезвев, испытываю укоры совести.
23. У меня возникало желание опохмелиться на следующий день.
24. Злюсь, когда близкие говорят, что надо бросать пить.

25. У меня участились приступы уныния.
26. Люди стали ко мне хуже относиться.
27. Испытываю отвращение к себе.
28. Все чаще возникает желание бросить пить.
29. Были безуспешные попытки «завязать» с алкоголем.

Приложение 4

Тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Тест является разработкой ВОЗ, его эффективность проверялась на пациентах шести стран. Проведенные исследования показали, что тест наиболее точен для людей, относящихся к молодой и средней возрастной группе.

		0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Частота употребления спиртного		не употребляю	не более 1 раза в месяц	от 2 до 4 раз в месяц	от 2 до 3 раз в неделю	4 и более раз в неделю
Количество употребляемого алкоголя в день	водка	от 40 до 75 мл	от 75 до 150 мл	от 150 до 200 мл	от 200 до 300 мл	300 мл и больше
	вино крепленое	от 75 до 200 мл	от 200 до 300 мл	от 300 до 500 мл	от 500 до 750 мл	750 мл и больше
	вино сухое	от 75 до 300 мл	от 300 до 500 мл	от 500 до 700 мл	от 700 до 1000 мл	1 л и больше
	пиво	от 250 до 750 мл	от 1,5 до 2 бутылки	от 2 до 3 бутылок	от 3 до 5 бутылок	5 бутылок и больше
Частота употребления водки – больше 180 мл, вина – больше 750 мл, пива – больше 1 л		не употребляю	реже, чем 1 раз в месяц	ежемесячно, 1 раз в месяц	еженедельно, 1 раз в неделю	каждый день или почти каждый день
Количество раз в течение последнего года, когда, начав употреблять алкоголь, вы не смогли остановиться						

Количество раз в течение последнего года, когда употребление спиртного помешало выполнить свои обязанности					
Количество раз в течение последнего года, когда утром потребовалось опохмелиться спиртным напитком, чтобы облегчить плохое самочувствие					
Количество раз в течение последнего года, когда из-за употребления алкоголя возникало чувство вины					
Количество раз в течение последнего года, когда после выпитого спиртного вы не могли вспомнить происходящие события					
Случалось ли такое, что вы ввязывались в драку в состоянии опьянения?					
Случалось ли такое, что семья или медики были обеспокоены вашим пристрастием к спиртному?			да, но более года назад		да, в этом году

Теперь необходимо просуммировать баллы, полученные за ответы:

От 1 до 7 – употребление спиртного является безопасным.

От 8 до 15 – употребление алкоголя несет угрозу, в будущем возможны проблемы со здоровьем. Зависимости от алкоголя нет, но возможно появление проблем из-за спиртного.

От 16 до 19 – вред от употребления спиртного. Наличие физических и психологических проблем. Формируется абстинентный синдром. Случаются кратковременные запои.

От 20 и более – сформировалась зависимость от алкоголя. Употребление спиртного уже не получается контролировать. Алкоголю отводится ведущее место в жизни. Необходимо лечение алкогольной зависимости.

Приложение 5

Таблица 1. Шкала патологического влечения к алкоголю (Альтшулер В.Б., 1992)

Компоненты и клинические признаки ПВА	Баллы, дни				
	0	10	30	60	90
Идеаторный компонент:					
<p>✓ 1 балл - эпизодически возникающие мысли (воспоминания) о спиртном, формальная критика к болезни, сомнения в необходимости лечения;</p> <p>✓ 2 балла - частые возвращения к мыслям о спиртном, частичная критика к болезни, пациент считает дальнейшее лечение нецелесообразным;</p> <p>✓ 3 балла - постоянные размышления о спиртном, отсутствие критики к болезни, уверенность в ненужности и бессмысленности лечения</p>					
Аффективный компонент					
Депрессивная симптоматика:					
<p>✓ 1 балл - пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость;</p> <p>✓ 2 балла - необщительность, отсутствие интересов, бездеятельность, медлительность, вялость, фиксация на жизненных невзгодах и перенесённых обидах, жалобы на скуку, однообразие жизни;</p> <p>✓ 3 балла - подавленность, жалобы на плохое настроение, безразличие к окружающему и утрату эмоциональных контактов, нежелание чем-либо заниматься, стремление лежать в постели, неряшливость</p>					
Тревога:					
✓ 1 балл - озабоченность по различным поводам					

<p>V 2 балла - мрачные предчувствия, пугающая неопределённость будущего, неуверенность в собственных силах</p> <p>V 3 балла - напряжённое ожидание надвигающегося "срыва", ощущение беспомощности; пациент не находит себе места, неусидчив, беспокоен, назойлив</p>					
<p>Эмоциональная лабильность:</p> <p>V 1 балл - слёзы и мрачность только при обсуждении неприятных для пациента вопросов; перепады настроения незначительны и непродолжительны;</p> <p>V 2 балла - взволнованность и слёзы в течение всей беседы и некоторое время после неё;</p> <p>V 3 балла - обидчивость, ворчливость, капризность в течение всего дня</p>					
<p>Дисфория:</p> <p>V 1 балл - недовольство, ворчливость, угрюмый вид, мрачное настроение;</p> <p>V 2 балла - напряжённость, раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетённости;</p> <p>V 3 балла - подавленность, напряжённость, непредсказуемость, агрессивность</p>					
<p>Вегетативный компонент</p>					
<p>Алкогольные сновидения:</p> <p>V 1 балл - спокойная констатация сновидения с алкогольной тематикой, возможны трудности при его воспроизведении;</p> <p>V 2 балла - яркое алкогольное сновидение, оставляющее сильное впечатление, оживление мимических реакций при воспроизведении сновидения;</p> <p>V 3 балла - яркие будоражащие алкогольные сновидения, поверхностный сон, частые просыпания</p>					
<p>Мимические реакции:</p> <p>V 0 баллов - нет;</p>					

√ 1 балл - есть					
Изменение аппетита:					
√ 1 балл - неустойчивость аппетита;					
√ 2 балла - стойкое снижение или повышение аппетита;					
√ 3 балла - анорексия, булимия, жажда					
Поведенческий компонент:					
√ 1 балл - смакование алкогольной тематики в беседах, гиперактивность и хлопотливость как способ отвлечься от мыслей о спиртном, просьбы о дополнительном лечении, горячность, показной пафос в осуждении пьянства, несобранность, забывчивость, непоседливость;					
√ 2 балла - стремление уклониться от лечения, недовольство режимом, желание ускорить выписку из больницы, изменение круга общения - предпочтение тех пациентов, которые не настроены на лечение, непоследовательность и переменчивость в повседневных делах, суетливость, рассеянность, пациент не сразу включается в беседу, медленно осмысливает вопросы;					
√ 3 балла - враждебность и оппозиционность к лицам, навязывающим трезвость, попытки принять спиртное, "эксперименты" с алкоголем, жалобы на тягу к спиртному					
Всего:					

**Шкала патологического влечения к
наркотику
(М.А. Винникова, 2002)**

Компоненты и клинические признаки ПВН	Баллы
I. ИДЕАТОРНЫЙ КОМПОНЕНТ ПВН	
Наличие мыслей о желании употребить наркотик	
Их выраженность колеблется в течение дня, четких разграничений нет. Присутствие мыслей уже говорит о достаточно выраженном влечении к наркотику. Однако для	

удобства можно формально разделить данную категорию расстройств:	
2 балла - периодически возникающие мысли о наркотике.	
3 балла - постоянные, достаточно интенсивные мысли о наркотике, воспоминания, представления, не поддающиеся волевому усилию.	
II. АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ	
1. Снижение настроения	
1 балл - скука, вялость, пассивность, неразговорчивость, медлительность. Пациент самостоятельно может об этом не говорить, диагностируется только при тщательном расспросе	
2 балла - заметное снижение настроения, диагностируемое не только по предъявляемым жалобам, но и на невербальном уровне: выражение лица, поза, мимика	
3 балла - тоска (с витализацией или без), пациент самостоятельно предъявляет жалобы.	
2. Тревога	
1 балл - аморфная настороженность, беспричинные опасения, озабоченность	
2 балла - нервозность, напряженность, неспособность расслабиться, раздражительность. Пациент самостоятельно предъявляет жалобы, отражается на общем поведении, общении	
3 балла - неусидчивость, тревожная ажитация	
3. Дисфория	
1 балл - высказывание недовольства, брюзгливость	
2 балла - раздражительность, злобность	

3 балла - агрессивность, напряженность	
4. Эмоциональная лабильность	
2 балла - перепады настроения в течение суток (очень характерный симптом, как правило, наблюдается ухудшение настроения к вечеру)	
3 балла - обидчивость, слезливость	
III. НАРУШЕНИЯ СНА В ДИНАМИКЕ	
Позднее мучительное засыпание, многократные пробуждения в течение ночи с последующим быстрым/долгим засыпанием; ранние пробуждения с последующим быстрым засыпанием или невозможностью в дальнейшем заснуть	
2 балла - нарушения сна играют существенную роль в диагностике ПВН, как правило, эти симптомы появляются одними из первых при обострении ПВН, всегда говорят о достаточной глубине нарушений.	
3 балла - длительно (в течение нескольких дней) существующие нарушения сна, трудно поддающихся медикаментозной коррекции.	
IV. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ (ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ) РАССТРОЙСТВА	
На проявление поведенческих нарушений оказывает влияние индивидуальный личностный радикал, поэтому данные нарушения трудно поддаются ранжированию. Однако можно выделить общие характерные признаки	
1 балл - просьбы о дополнительных назначениях или каких-либо процедурах, недовольство режимом отделения, оговаривание сроков выписки	
2 балла - враждебность, агрессивность, негативизм	
3 балла - возбуждение, двигательная ажитация (двигательная ажитация - всегда говорит о высокой степени выраженности ПВН)	

V. Соматовегетативные нарушения	
Блеск глаз (сухой); потливость; бледность или покраснение кожных покровов; колебания пульса и АД; сердцебиения; внутренняя дрожь; озноб; гастроинтестинальные симптомы; респираторные симптомы; болевая симптоматика.	
Балльная оценка не приводится	
VI. СНОВИДЕНИЯ.	
Являются маркером обострения ПВН.	
2 балла - единичные	
3 балла - многократно повторяющиеся (в течение нескольких дней)	
VII. УСТАНОВКА НА ЛЕЧЕНИЕ	
0 баллов - есть;	
1 балл - нет.	
VIII. Критика к болезни	
0 баллов - есть;	
1 балл - нет.	
Всего:	

Выше 11 баллов - выраженное влечение,
8 - 11 баллов - средне выраженное влечение
Менее 8 баллов - слабо выраженное влечение

Приложение 6

Тест Такера на выявление игровой зависимости

Инструкция: «Выберите один вариант ответа, отвечать следует, имея в виду последние 12 месяцев».

1. Ставили ли вы на кон больше, чем могли позволить себе потерять?

а) никогда;

б) иногда;

в) чаще всего;

г) почти всегда.

2. В последние 12 месяцев требовалось ли вам тратить на более крупную сумму, чтобы достичь той же степени возбуждения?

а) никогда;

б) иногда;

в) чаще всего;

г) почти всегда.

3. Когда вы играли, возвращались ли вы на другой день к игре, чтобы отыграть проигранные деньги?

а) никогда;

б) иногда;

в) чаще всего;

г) почти всегда.

4. Одалживали ли вы когда-либо деньги или продавали имущество, чтобы иметь возможность играть?

а) никогда;

б) иногда;

в) чаще всего;

г) почти всегда.

5. Чувствовали ли вы когда-либо, что у вас могут быть проблемы с азартными играми?

а) никогда;

б) иногда;

в) чаще всего;

г) почти всегда.

6. Являлась ли когда-либо азартная игра причиной ваших проблем со здоровьем, включая стресс и беспричинное беспокойство?

а) никогда;

- б) иногда;
- в) чаще всего;
- г) почти всегда.

7. Критиковали ли вас за ваше пристрастие к азартным играм

или говорили вам, что у вас проблемы с азартными играми, независимо от того, считали ли вы эти замечания справедливыми?

- а) никогда;
- б) иногда;
- в) чаще всего;
- г) почти всегда.

8. Являлось ли когда-либо ваше пристрастие к азартным играм

причиной финансовых проблем для вас или вашей семьи?

- а) никогда;
- б) иногда;
- в) чаще всего;
- г) почти всегда.

9. Ощущали ли вы когда-либо вину за то, как вы играете, или за

то, что происходит во время вашей игры?

- а) никогда;
- б) иногда;
- в) чаще всего;
- г) почти всегда.

Подсчет баллов: «никогда» – 0 баллов; «иногда» – 1 балл; «чаще всего» – 2 балла; «почти всегда» – 3 балла. Баллы за все ответы суммируются.

Интерпретация: если вы набрали 0 баллов – нет никаких проявлений игровой зависимости; 3–7 баллов – человек играет в азартные игры на уровне, который со временем приводит к негативным последствиям; 8–21 балл – контроль над пристрастием к азартным играм уже потерян, высока вероятность патологического гемблинга.

Тест на выявление любовных аддикций (общество анонимных любовных аддиктов)

Инструкция: «Если вы согласны с утверждением, поставьте знак “+”, если не согласны “-“».

1. Вы человек, очень нуждающийся в романтических отношениях.
2. Вы очень быстро и довольно легко влюбляетесь.
3. Когда вы влюблены, то не можете прекратить мечтать, даже занимаясь серьезными вещами. Вы не способны контролировать себя.
4. Иногда, когда вы ищете отношений, вы снижаете свои требования и соглашаетесь на меньшее, нежели вы хотите или заслуживаете.
5. В отношениях вы склонны подавлять, «душить» своего партнера.
6. Иногда вы вступаете в отношения с человеком, который вам совершенно не подходит, в надежде, что он изменится.
7. Если вы вступили с кем-то в отношения, то не можете уйти.
8. Когда вам кто-то нравится, вы игнорируете все сигналы о том, что этот человек вам не подходит.
9. При выборе партнера самым важным для вас является первичная симпатия.
10. Когда вы влюблены, вы доверяете людям, которые не заслуживают доверия. В результате у вас из-за этого возникают сложности.
11. Когда отношения заканчиваются, вы чувствуете, что жизнь подошла к концу. Не менее двух раз вы подумывали о самоубийстве в связи с разрывом.
12. Чтобы сохранить отношения, вы брали на себя большую часть ответственности.
13. Единственная вещь, которая вас интересует, – это любовные отношения.
14. В некоторых ваших отношениях любили только вы.
15. Вы очень страдаете от одиночества, если не влюблены или

не имеете отношений с кем-либо.

16. Вы не можете оставаться в одиночестве, собственное общество вас не устраивает.

17. Не менее двух раз вы вступали в отношения с совершенно неподходящим для вас человеком из-за страха остаться в одиночестве.

18. Вы приходите в ужас от мысли, что у вас может не быть партнера.

19. Вы чувствуете неудовлетворенность, если не находитесь в отношениях с кем-либо.

20. Вы не можете сказать «нет», если влюблены или партнер угрожает уйти от вас.

21. Вы очень стараетесь быть таким, каким вас хочет видеть партнер. Вы будете делать все, чтобы доставить партнеру удовольствие, даже если при этом придется принести в жертву свои желания, потребности и ценности.

22. Когда вы влюблены, то видите только то, что хотите видеть.

Вы искажаете реальность, чтобы справиться с тревогой и подкрепить свои фантазии.

23. Вы готовы терпеть пренебрежение, страдать от депрессии, одиночества, лжи и даже зависимости только для того, чтобы избежать боли от расставания.

24. Не менее двух раз в жизни вы испытывали неразделенную любовь, и это было очень мучительно.

25. У вас было несколько романтических отношений одновременно, несмотря на то, что приходилось кого-то обманывать.

26. Вы продолжаете отношения и с жестокими людьми.

27. Мечты о ком-то, кого вы любите, даже если он или она недоступны, более важны для вас, чем обращение к реальности, поиск доступных партнеров.

28. Вы приходите в ужас от мысли, что вас могут бросить.

29. Вы добиваетесь любви людей, которые вас отвергли, и настойчиво пытаетесь изменить их мнение.
30. В состоянии влюбленности вы испытываете повышенное чувство собственности в отношении партнера и очень ревнивы.
31. Случалось, что из-за отношений с партнером вы пренебрегали интересами друзей или членов семьи.
32. В состоянии влюбленности вы крайне импульсивны.
33. Вами овладевает желание проверять своего партнера.
34. Случалось, что вы шпионили за человеком, которого любите.
35. Вы добиваетесь человека, которого любите, даже если он или она имеет другого партнера.
36. Если вы являетесь частью любовного треугольника, то верите, что «в любви и на войне все средства хороши». Вы не уходите.
37. Любовь – самая важная для вас вещь на земле.
38. Даже когда у вас нет отношений, вы постоянно фантазируете о любви: о ком-то, кого вы когда-то любили, или об идеальном партнере, который когда-нибудь может появиться в вашей жизни.
39. Насколько вы помните, вы всегда были озабочены, поглощены мыслями о любви и романтическими фантазиями.
40. Вы чувствуете беспомощность, когда влюблены, так, как будто находитесь в состоянии транса или под воздействием чар. Вы теряете свою способность принимать мудрые решения.

Скрининг-тест на выявление сексуальной аддикции П. Карнеса (Carnes, 1989)

1. Подвергались ли вы сексуальным домогательствам в детском или подростковом возрасте?
2. Являлись ли вы когда-либо подписчиком или приобретали регулярно журналы откровенно сексуальной направленности?
3. Были ли у ваших родителей отклонения в сексуальном поведении?
4. Часто ли вас занимают мысли сексуального характера?

5. Ощущаете ли вы, что ваше сексуальное поведение ненормально?
6. Вызывает ли ваше сексуальное поведение озабоченность или жалобы у вашего супруга/супруги (или другого близкого вам человека)?
7. Можете ли вы с легкостью отказаться от той или иной линии своего сексуального поведения, если осознаете его неадекватность?
8. Испытываете ли вы когда-либо неприятные чувства в отношении своего сексуального поведения?
9. Возникали ли у вас или у членов вашей семьи когда-либо проблемы, связанные с вашим сексуальным поведением?
10. Обращались ли вы когда-либо за помощью по поводу своего сексуального поведения?
11. Вызывали ли у вас когда-либо беспокойство люди, интересующиеся вашим сексуальным поведением?
12. Было ли когда-либо ваше сексуальное поведение оскорбительным для кого-нибудь?
13. Совершаете ли вы какие-либо сексуальные действия, вступающие в противоречие с законом?
14. Давали ли вы себе когда-нибудь обещание отказаться от каких-либо форм своего сексуального поведения?
15. Предпринимали ли вы когда-нибудь попытки радикально изменить свое сексуальное поведение, которые в результате ни к чему не привели?
16. Приходится ли вам скрывать некоторые формы проявления своего сексуального поведения от других людей?
17. Пытались ли вы отказаться от каких-либо видов своих сексуальных действий?
18. Чувствовали ли вы себя когда-нибудь униженным вследствие своего сексуального поведения?
19. Являлся ли когда-либо для вас секс попыткой уйти от проблем?
20. Бывали ли вы когда-нибудь в подавленном настроении, после того как

занимались сексом?

21. Испытывали ли вы когда-нибудь потребность отказаться от той или иной формы проявления сексуального поведения?

22. Мешало ли когда-либо ваше сексуальное поведение семейной жизни?

23. Были ли у вас когда-нибудь сексуальные партнеры нетрадиционной сексуальной ориентации

171

24. Можете ли вы контролировать свое сексуальное желание?

25. Кажется ли вам иногда, что ваше сексуальное желание выходит из-под вашего контроля?

Положительный ответ на 13 вопросов позволяет диагностировать сексуальную аддицию.

Приложение 8

Тест Киллинджер на выявление работоголизма

1. Важна ли для вас ваша работа?
2. Нравится ли вам делать вещи совершенно безукоризненно?
3. Свойственно ли для вас видеть все только в черном или белом цвете?
4. Стремитесь ли вы к конкуренции и важна ли для вас победа?
5. Важно ли для вас всегда быть правым?
6. Критичны ли вы к себе, осуждаете ли себя в случае совершения ошибки?
7. Бойтесь ли вы все время поражения?
8. Беспокойны ли вы?
9. Часто ли вам становится скучно?
10. Загоняете ли вы себя до истощения?
11. Возникает ли у вас периодически состояние чрезвычайной усталости?
12. Если вы испытываете дискомфорт, появляется ли у вас чувство вины?

13. Считаете ли вы себя необычным или отличающимся от других?
 14. Читаете ли вы постоянно материалы, связанные с работой, даже во время еды или просмотра телевизора?
 15. Составляете ли вы список того, что необходимо сделать, или ведете дневник?
 16. Обнаруживаете ли вы, что вам становится все труднее и труднее проводить свободное время в выходные, каникулы и во время отпуска?
 17. Часто ли вы чувствуете, что вам не хватает времени и вы хотите, чтобы сутки продолжались больше 24 часов?
 18. Поддерживаете ли вы контакт с коллегами или начальством во время отдыха?
 19. Относитесь ли вы к работе как к игре и выходите ли из себя, если играете плохо?
 20. Избегаете ли думать о том, что вы будете делать, когда перестанете работать?
 21. Вы ответственны на работе, но безответственны в делах личного характера?
 22. Стараетесь ли вы избежать конфликта вместо того, чтобы его разрешить?
 23. Совершаете ли вы импульсивные действия, не задумываясь о том, как они повлияют на других людей?
 24. Бойтесь ли вы критики, но сами любите осуждать и критиковать?
 25. Вы заметили, что стали хуже запоминать то, что вам говорят другие?
- 108 109
26. Выходите ли вы из себя, если вдруг все идет не так, как вы запланировали?
 27. Если дома вас отрывают от решения производственных проблем, вызывает ли это у вас раздражение?

28. Создаете ли вы безвыходные ситуации для себя и для других?
29. Сконцентрированы ли вы на событиях будущего, вместо того чтобы радоваться настоящему?
30. Не забываете ли вы и не преуменьшаете ли значение семейных событий и праздников?

Интерпретация результатов: положительный ответ на 20 и более вопросов позволяет диагностировать работоголизм.

Тест на выявление работоголизма (Killinger В.)

1. Важна ли для вас ваша работа?
2. Нравится ли Вам делать вещи совершенно безукоризненно?
3. Свойственно ли для Вас видеть все только в черном или белом цвете?
4. Стремитесь ли Вы к конкуренции и важна ли для вас победа?
5. Важно ли для Вас всегда быть правым?
6. Критичны ли Вы к себе, осуждаете ли себя в случае совершения ошибки?
7. Боитесь ли Вы все время поражения?
8. Беспокойны ли Вы?
9. Часто ли Вам становится скучно?
10. Загоняете ли Вы себя до истощения?
11. Возникает ли у Вас периодически состояние чрезвычайной усталости?
12. Если Вы испытываете дискомфорт, появляется ли у Вас чувство вины?
13. Считаете ли Вы себя необычным или отличающимся от других?
14. Читаете ли Вы постоянно материалы, связанные с работой, даже во время еды или просмотра телевизора?
15. Составляете ли Вы список того, что необходимо сделать, или ведете дневник?
16. Обнаруживаете ли Вы, что вам становится все труднее и труднее проводить свободное время в выходные, каникулы и во время отпуска?
17. Часто ли Вы чувствуете, что вам не хватает времени и вы хотите, чтобы сутки продолжались больше 24 часов?

18. Поддерживаете ли Вы контакт с коллегами или начальством во время отдыха?
19. Относите ли Вы к работе как к игре и выходите ли из себя, если Вы играете плохо?
20. Избегаете ли Вы думать о том, что вы будете делать, когда перестанете работать?
21. Вы ответственны на работе, но безответственны в делах личного характера?
22. Стараетесь ли Вы избежать конфликта, вместо того, чтобы его разрешить?
23. Совершаете ли Вы импульсивные действия, не задумываясь о том, как они повлияют на других?
24. Вы боитесь критики, но сами любите осуждать и критиковать?
25. Вы заметили, что стали хуже запоминать то, что Вам говорят другие?
26. Выходите ли Вы из себя, если все идет не так как Вы запланировали?
27. Если дома Вас отрывают от решения производственных проблем, вызывает ли это у вас раздражение?
28. Создаете ли Вы безвыходные ситуации для себя и для других?
29. Сконцентрированы ли Вы на событиях будущего, вместо того чтобы радоваться настоящему?
30. Не забываете ли Вы и не преуменьшаете ли значение семейных событий и праздников?

Положительный ответ на 20 и более вопросов позволяет диагностировать работоголизм.

Приложение 9

Тест на выявление аддикции упражнений (Exercise Addiction Inventory M.D Griffiths, A. Szabo, A. Terry).

Инструкция: «Отметьте степень своего согласия с предложенными утверждениями, используя следующую шкалу»:

- «полностью не согласен» – 1 балл;

- «не согласен» – 2 балла;
- «сомневаюсь» – 3 балла;
- «согласен» – 4 балла;
- «полностью согласен» – 5 баллов.

1. Тренировка – это самое важное в моей жизни.
2. У меня возникают конфликты с близкими из-за количества моих тренировок.
3. Я использую тренировки, чтобы изменить настроение (испытать удовольствие, забыться).
4. Объем тренировок в последнее время увеличивается.
5. Если я вынужден пропустить тренировку, я испытываю уныние и раздражительность.
6. Если я сокращаю обычный объем тренировок и снова возобновляю прежней, то потом опять пытаюсь уменьшить количество тренировок.

Интерпретация результатов: если набрано 24 и более баллов, можно предположить очень высокую вероятность спортивной аддикции.

Приложение 10

Обсессивно – компульсивная шкала Ейла – Брауна, модифицированная для

выявления компульсивного шопинга (Monahan, Black, Gabel, 1996)

Внимательно прочтите вопросы и подсчитайте количество баллов за все варианты ответов, выбранных Вами.

1. Сколько времени отнимают у вас мысли о покупках?
 - Нисколько - 0 баллов.
 - Меньше 1 часа в день, мысли появляются только при необходимости - 1

балл.

- 1 - 3 часа в день, мысли появляются часто - 2 балла.
- От 3 до 8 часов в день, мысли появляются очень часто - 3 балла.
- Больше 8 часов в день, мысли присутствуют почти постоянно - 4 балла.

2. Как часто мысли о покупках мешают вашей социальной, рабочей или личной деятельности? Бывает ли, что вы что-нибудь не выполняете из-за мыслей о покупках?

- Никогда - 0 баллов.
- Редко, иногда мысли о покупках мешают социальной или профессиональной деятельности, в целом не влияя на поведение - 1 балл.
- Часто, мысли о покупках определенно мешают социальной и профессиональной деятельности, но остаются под контролем - 2 балла.
- Очень часто, мысли о покупках существенно мешают социальной и профессиональной деятельности - 3 балла.
- Практически постоянно, мысли о покупках вызывают потерю трудоспособности - 4 балла.

3. Вызывают ли дистресс мысли о покупках?

- Стресс отсутствует - 0 баллов.
- Стресс легкий, не слишком беспокоящий - 1 балл.
- Умеренный стресс, приносящий беспокойство, но еще поддающийся контролю - 2 балла.
- Выраженный стресс, приносящий очень сильное беспокойство - 3 балла.
- Резко выраженный, почти постоянный и мешающий работе дистресс - 4 балла.

4. Какие усилия вы прикладываете, чтобы противостоять мыслям о покупках?

- Всегда могу сопротивляться, или симптомы так слабо выражены, что активного сопротивления не требуется - 0 баллов.
- Стараюсь сопротивляться большую часть времени - 1 балл.
- Требуются определенные усилия, чтобы сопротивляться - 2 балла.

- Поддаюсь мыслям без попыток контролировать их, но пытаюсь сопротивляться - 3 балла.
 - Полностью и охотно поддаюсь всем мыслям о покупках - 4 балла.
5. Насколько успешно вы можете контролировать мысли о покупках?
- Полный контроль - 0 баллов.
 - Существенный контроль, обычно могу переключиться на другие мысли при помощи небольшого усилия - 1 балл.
 - Умеренный контроль, иногда могу остановить мысли или переключиться - 2 балла.
 - Слабый контроль, редко могу успешно остановить мысли, могу только с трудом переключить внимание - 3 балла.
 - Контроль отсутствует, редко могу даже на минуту избавиться от мыслей о покупках - 4 балла.
6. Сколько времени вы тратите на покупки?
- Нисколько - 0 баллов.
 - Меньше одного часа в день - 1 балл.
 - 1 - 3 часа в день - 2 балла.
 - От 3 до 8 часов в день - 3 балла.
 - Больше 8 часов в день - 4 балла.
7. Насколько шопинг мешает вашей социальной, рабочей или личной деятельности? Бывает ли, что вы что-нибудь не выполняете из-за шопинга?
- Никогда - 0 баллов.
 - Изредка мешает социальной или профессиональной деятельности, в целом не влияя на поведение - 1 балл.
 - Определенно мешает социальной и профессиональной деятельности, но остается под контролем - 2 балла.
 - Существенно мешает социальной и профессиональной деятельности - 3 балла.
 - Вызывает потерю трудоспособности - 4 балла.
8. Как вы себя чувствуете, если не можете пойти за покупками?

- Тревога отсутствует - 0 баллов.
- Незначительная тревога - 1 балл.
- Тревога может усиливаться, но остается под контролем - 2 балла.
- Отчетливое и очень мешающее чувство тревоги - 3 балла.
- Резко выраженная, сильнейшая тревога - 4 балла.

9. Какие усилия вы прикладываете, чтобы противостоять шопингу?

- Всегда могу сопротивляться, или проявления так слабо выражены, что активного сопротивления не требуется - 0 баллов.
- Стараюсь сопротивляться большую часть времени - 1 балл.
- Требуются определенные усилия, чтобы сопротивляться - 2 балла.
- Поддаюсь мыслям без попыток контролировать их, но пытаюсь сопротивляться - 3 балла.
- Полностью и охотно поддаюсь шопингу - 4 балла.

10. Насколько сильно ваше влечение к покупкам? Можете ли вы его контролировать?

- Полный контроль, могу остановить мысли или переключиться при помощи небольшого усилия и концентрации – 0 баллов.
- Существенный контроль, имеется тяга совершить покупку, но обычно могу усилием воли контролировать свое поведение - 1 балл.
- Умеренный контроль, сильная тяга совершить покупку, которая с трудом поддается контролю - 2 балла.
- Слабый контроль, очень сильная тяга к шопингу; с трудом могу даже отложить его на время - 3 балла.
- Контроль отсутствует, редко могу даже на минуту отложить шопинг – 4 балла.

Обработка и интерпретация данных:

Если набрано 10 и более баллов, можно предположить наличие аддикции к покупкам.

Анета на выявление гаджет аддикции (1)

Пользуетесь ли Вы мобильным телефоном?

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Как давно Вы пользуетесь мобильным телефоном?

- меньше года
- год
- больше года

Интересуетесь ли Вы новинками моделей мобильных телефонов?

- Да
- Нет

На какие характеристики Вы обращаете внимание при выборе телефона:

- удобное написание sms-сообщений
- наличие mp3 звонка
- наличие фото- и видеокамеры
- чтобы просто звонил

Перечислите функции вашего телефона

Каким мобильным оператором Вы пользуетесь?

- BWC
- МТС

160

- Tele2

- Megafon

Почему Вы выбрали именно этого оператора?

Как часто Вы пользуетесь мобильным телефоном не по прямому его назначению (аудио- видео запись, фотографирование, выход в Интернет, прослушивание музыки)?

-всегда

-иногда

-часто

-никогда

Я предпочитаю телефон с его многообразными функциями реальному общению

- всегда

- часто

- иногда

- никогда

Если по телевизору предлагают закачать на свой телефон новую мелодию или картинку, я непременно пользуюсь этой услугой

- всегда

- часто

- иногда

- никогда

Часто ли Вы меняете тарифные планы и почему?

Я меняю марку телефона только потому, что появились новые телефоны с новыми функциями

- Да
- Нет

Существуют ли на Вашем тарифном плане дополнительные услуги типа «sms-free» или «простое решение»?

- Да
- Нет

Уточните _____ какая _____ именно услуга _____

161

Я не упускаю момента пообщаться с помощью sms-чата по телевизору

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Есть ли у Вас друзья или знакомые, у которых нет мобильных телефонов?

- да, много
- да, есть, но их немного
- нет, нету

Мобильный телефон в современном мире – это

- модно и стильно
- просто средство связи

Сколько денег в месяц Вы тратите на мобильный телефон?

- 100 рублей и меньше

- от 100 до 500 рублей
- от 500 до 1000 рублей
- больше 1000 рублей

Чаще всего я использую телефон не по его прямому назначению

- Да
- Нет

Как часто Вы меняете мобильные телефоны?

- 1 раз в пол года
- чаще чем 1 раз в пол года
- 1 раз в год
- меняю по мере надобности

Часто ли Вы берете телефон в руки и начинаете кому-нибудь звонить или писать, когда Вам нечем заняться/скучно или вы находитесь в транспорте?

- никогда
- иногда
- всегда
- часто

Расстаетесь ли Вы со своим телефоном на ночь, когда ложитесь спать и не используете его в качестве будильника?

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Просыпаясь утром, я, как правило, сразу думаю: «Где мой телефон?!»

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

162

Если я забываю дома телефон, то, вспомнив о нем, я непременно возвращаюсь

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Сколько sms-сообщений в день Вы отправляете?

- 5-10
- 10-100
- 100-300
- больше 300

Я очень люблю звонить по мобильному телефону

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Как долго Вы обычно разговариваете по мобильному телефону?

- несколько минут
- около получаса
- от получаса до двух часов
- несколько часов

Я очень люблю общаться с помощью sms-сообщений

- всегда
- часто
- иногда
- никогда

Бывали случаи, когда, разговаривая с человеком, у меня звонил телефон, я прерывал разговор и отвечал на звонок

- Да

- Нет

Во время занятий или работы я не прекращаю отвечать на телефонные звонки и sms-сообщения

- Да

- Нет

Я раздражаюсь, когда меня отрывают от важного телефонного разговора или написания sms-сообщения

- Да

- Нет

Я сохраняю sms-сообщения в своем телефоне

- Да

- Нет

Продолжите фразу - Мобильный телефон в моей жизни – это...

Тест на выявление гаджет аддикции

Выберите, пожалуйста, один из двух вариантов ответов (А или Б) тот, который лучше всего подходит для описания вашего поведения с мобильным телефоном и отметьте его галочкой. В этой анкете нет правильных или неправильных ответов, нам важно знать именно Ваше мнение.

1. А. Когда мне грустно или одиноко, я обычно беру в руки мобильный телефон и звоню кому-нибудь или пишу sms-сообщение

1. Б. Я не чувствую необходимости звонить или писать sms-сообщения кому-либо, когда у меня плохое настроение.

2. А. Когда у меня отключен мобильный телефон, я чувствую себя подавленно.

2. Б. Мое эмоциональное состояние не зависит от того, подключен ли мой мобильный телефон

3. А. Я чувствую, что мое увлечение мобильным телефоном мешает

моей учебе, работе или вербальным отношениям с людьми.

3. Б. Использование мобильного телефона не мешает моим вербальным отношениям с людьми, учебе или работе.

4. А. Многие мои знакомые не знают, сколько времени и денег я на самом деле трачу на мобильный телефон.

4. Б. Большинство моих знакомых знает, сколько времени и денег я трачу на мобильный телефон.

5. А. Я часто пытаюсь уменьшить количество времени, которое я отвожу на разговоры по мобильному телефону или sms-общение.

5. Б. Я не пытаюсь уменьшить количество времени, которое я отвожу на разговоры по мобильному телефону или sms-общение.

6. А. Когда у меня под рукой нет мобильного телефона, я часто думаю о том, что мог бы сделать, кому мог бы позвонит/написать, если бы он был со мной

6. Б. Когда у меня под рукой нет мобильного телефона, я редко думаю о нем.

7. А. Я предпочитаю общаться с людьми через телефонные звонки и smsки, а не в реальной жизни.

7. Б. Я далеко не всегда прибегаю к помощи мобильного телефона, когда мне нужно пообщаться.

Тест Кимберли Янг на интернет-зависимость

Тест - методика, разработанная и апробированная в 1994 году Кимберли Янг (Kimberley S. Young), профессором психологии Питсбургского университета в Брэтфорде. Тест представляет собой инструмент самодиагностики патологического пристрастия к интернету (вне зависимости от формы этого пристрастия), хотя сама диагностическая категория интернет-зависимость до сих пор окончательно не определена.

Представленная версия опросника состоит из 20 пунктов (полная версия – 40 пунктов на http://psylab.info/Тест_Кимберли-Янг_на_интернетзависимость/Бланк_опросника). На каждый вопрос испытуемый должен дать ответ в соответствии с 5-балльной Шкалой Ликкерта. Баллы по всем вопросам суммируются, определяя итоговое значение. Адаптация опросника для русского языка была произведена Лоскутовой В.

Процедура проведения

Тест предназначен для самостоятельного заполнения испытуемым, в т.ч. в форме многочисленных онлайн-версий (<http://detionline.com/test/index.html>).

Возраст: 13 лет и более

Бланк вопросов

Внимательно прочитайте каждое утверждение и выберите 1 ответ, наиболее точно соответствующий вашему состоянию:

1. Замечаете ли Вы, что проводите в интернете больше времени, чем намеревались?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

2. Пренебрегаете ли Вы домашними делами, чтобы проводить больше времени в сети?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

3. Бывает ли так, что Вы предпочитаете пребывание в сети общению с близкими?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

4. Заводите ли Вы новые знакомства с другими интернет пользователями?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

5. Высказывают ли Ваши близкие недовольство по поводу того, что Вы слишком много времени проводите в интернете?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

6. Влияет ли негативно увлечение интернетом на Вашу работу или учебу?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

7. Проверяете ли Вы электронную почту, прежде чем заняться другими важными делами?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

8. Бывает ли так, что из-за серфинга в интернете Вы не успеваете выполнить какую-либо работу?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

9. Бывает ли так, что Вы отпираетесь и скрываете, когда Вас спрашивают, чем Вы занимаетесь в сети?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

10. Замещаете ли Вы беспокоящие мысли о проблемах в реальной жизни утешительными мыслями о том, чем Вы заняты в Интернете?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

11. Бывает ли так, что Вы с нетерпением предвкушаете, что вновь окажетесь в сети?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

12. Ощущаете ли Вы, что жизнь без Интернета скучна, пуста и безрадостна?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

13. Бывает ли так, что Вы ругаетесь, кричите или иным образом выражаете свою досаду, когда кто-то пытается отвлечь Вас от пребывания в сети?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

14. Бывает ли так, что Вы недосыпаете, потому что засиживаетесь в сети допоздна?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

15. Бывает ли так, что, находясь вне сети, Вы поглощены мыслями о том, чем займетесь в Интернете или мысленно представляете, что Вы находитесь в сети?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

16. Часто ли Вы говорите себе «еще чуть-чуть, еще несколько минут»,

находясь в сети?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

17. Бывали ли у Вас неудачные попытки сократить количество времени, проводимого в Интернете?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

18. Бывало ли так, что Вы пытались скрыть от окружающих количество времени, которое Вы проводите в Интернете?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

19. Случается ли так, что Вы предпочитаете провести время в Интернете вместо того, чтобы выбраться куда-либо с друзьями?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

20. Бывают ли случаи, когда Вы не в настроении, подавлены или

нервозны, будучи вне сети и отмечаете, что это состояние проходит, как только Вы снова оказываетесь в интернете?

никогда

редко

иногда

часто

очень часто

Оценка результатов

Оцените свои ответы на каждый из вопросов по следующей шкале:

никогда - 1 балл

редко - 2 балла

иногда - 3 балла

часто - 4 балла

очень часто - 5 баллов

Интерпретация

20–49 баллов — обычный пользователь Интернета

50–79 баллов — есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом

80–100 баллов — Интернет-зависимость.

Клиническая значимость: Тест не может служить основанием для постановки диагноза, т.к. имеет слишком простую и прозрачную структуру. Кроме того, он не был валидизирован на популяции интернет - зависимых, т.к. в настоящее время такого диагноза всё ещё не существует. Между тем, тест может служить скрининговым инструментом для отбора тех лиц, которым нужна консультация специалиста.

Источник:

http://psylab.info/Тест_Кимберли-Янг_на_интернет-зависимость

Тест на выявление игровой зависимости (общество анонимных гемблеров)

1. Приходилось ли вам тратить рабочее время на игру?

2. Делал ли когда-нибудь гемблинг вашу жизнь несчастной?
 3. Портила ли игра вашу репутацию?
 4. Испытывали ли вы когда-нибудь раскаяние после игры?
 5. Играли ли вы когда-нибудь на деньги, чтобы отдать долги или решить финансовые проблемы?
 6. Вызывала ли когда-нибудь игра увеличение вашей продуктивности?
 7. После проигрыша вы чувствуете, что должны вернуться как можно скорее, чтобы отыграться?
 8. После выигрыша вы испытываете сильное побуждение вернуться и выиграть еще?
 9. Вы часто играете, пока у вас кончатся деньги?
 10. Приходилось ли вам занимать деньги на игру?
 11. Приходилось ли вам продавать что-либо, чтобы получить деньги на игру?
 12. Вы не склонны тратить «игровые деньги» на обычные расходы?
 13. Игра делает вас безразличным к вашему благополучию и благополучию, вашей семьи?
 14. Случалось ли, что вы играли дольше, чем планировали?
- 166
15. Приходилось ли вам играть, чтобы забыть про неприятности?
 16. Собирались ли вы совершить или совершали противоправные действия, чтобы достать деньги на игру?
 17. Были ли у вас проблемы со сном из-за игры?
 18. Вызывают ли у вас споры, разочарования или нереализованные желания побуждение к игре?
 19. Возникало ли у вас побуждение отпраздновать какой-либо успех несколькими часами игры?
 20. Не возникали у вас когда-либо суицидальные мысли из-за игры?

Положительный ответ на 7 и более вопросов позволяет диагностировать игровую зависимость.

Тест на интернет-зависимость С. А. Кулакова

Инструкция: «Ответьте на предложенные вопросы, используя следующую шкалу: 1 – “очень редко”; 2 – “иногда”; 3 – “часто”;

4 – “очень часто”; 5 – “всегда”».

1. Как часто вы обнаруживаете, что задержались в Сети дольше, чем задумывали?
2. Как часто вы забрасываете свои домашние обязанности, чтобы провести больше времени в Сети?
3. Как часто вы предпочитаете развлечения в Интернете близости со своим партнером?
4. Как часто вы строите новые отношения с друзьями по Сети?
5. Как часто ваши знакомые жалуются по поводу количества времени, которые вы проводите в Сети?
6. Как часто из-за времени, проведенного в Сети, страдает ваше образование или работа?
7. Как часто вы проверяете электронную почту, прежде чем заняться чем-то другим?
8. Как часто страдает ваша эффективность или продуктивность в работе из-за использования Интернета?
9. Как часто вы сопротивляетесь разговору или скрываете, если вас спрашивают о том, что вы делали в Сети?
10. Как часто вы отодвигаете на второй план неприятные мысли о своей жизни, заменяя их успокаивающими мыслями об Интернете?
11. Как часто вы чувствуете приятное предвкушение от предстоящего выхода в Сеть?
12. Как часто вы боитесь, что жизнь без Интернета станет скучной, пустой и безынтересной?
13. Как часто вы раздражаетесь, кричите, если что-то отрывает вас, когда вы находитесь в Сети?
14. Как часто вы теряете сон, когда поздно находитесь в Сети?
15. Как часто вы чувствуете, что поглощены Интернетом, когда

не находитесь в Сети, или воображаете, что вы там?

16. Как часто вы говорите, что проведете в Сети «еще пару минут...»?

17. Как часто вы пытаетесь безуспешно урезать время пребывания в Сети?

18. Как часто вы пытаетесь скрыть количество времени пребывания в Сети?

19. Как часто вы предпочитаете находиться в Сети вместо того, чтобы встретиться с людьми?

20. Как часто вы чувствуете подавленность, плохое настроение, нервничаете, когда вы не в Сети, что вскоре исчезает, стоит вам выйти в Интернет?

Обработка данных:

- если набрано 50–79 баллов, стоит учитывать серьезное влияние Интернета на жизнь испытуемого;
- если набрано 80 баллов и больше, можно диагностировать интернет-зависимость с необходимостью помощи специалиста.

Приложение 12

Диагностика мобильной зависимости (М. Г. Галичина, М. В. Буянова)

Инструкция: «Ответьте на вопросы, отметив значком наиболее подходящий для вас ответ: от 0 до 2 баллов в зависимости от интенсивности использования телефона и эмоциональных переживаний по поводу обращения с ним».

Качественные показатели:

1. Синдром отмены – главный признак психологической зависимости. Сюда относятся вопросы № 3, 4, 6, 9, 10, 13.
2. Стремление вновь пережить приятное самочувствие при использовании мобильного телефона. Вопросы № 5, 7.

Количественные показатели:

1. Количество потраченных денег на использование мобильного телефона. Вопросы № 1, 2.
2. Как часто используют мобильный телефон для дружеской переписки. Вопросы № 8, 11, 12.

Вопросы:

1. Сколько денег в месяц вы тратите на мобильный телефон?
2. Сколько сообщений в день вы обычно отправляете?
3. Испытываете ли вы тревогу, когда телефон долгое время выключен?
4. Может ли у вас испортиться настроение, когда ваш телефон долго молчит?
5. Случается ли, что вы застаете себя в ожидании, что люди позвонят или напишут вам СМС?
6. Как сильно вы расстраиваетесь, если случайно удалите не прочитанное СМС-сообщение?
7. Правда ли, что когда звонит телефон или приходит СМС, вы с удовольствием достаёте телефон? Вам интересно знать, кому же вы понадобились?
8. Как часто вы используете СМС для дружеской переписки (отметьте количество СМС, отправленных в день с целью дружеской переписки)?
9. Испытываете ли вы тревогу, когда телефон в ремонте или оставлен дома?
10. Правда ли, что когда ваш телефон долго молчит, у вас появляется чувство, что вы никому не нужны? Вы чувствуете себя брошенным?
11. Есть ли у вас друзья, с которыми общаетесь в основном с помощью СМС-сообщений?
12. Если да, то как много таких друзей?
13. Если вы забыли телефон дома, то как часто вам кажется, как будто он звонит?
14. Вздрагиваете ли вы, когда звонит мобильный телефон?

102 103

Обработка данных:

0–9 – низкий уровень психологической зависимости от средств мобильной связи;

10–18 – средний уровень психологической зависимости от средств мобильной связи;

19–28 – высокий уровень психологической зависимости от средств мобильной связи.

Приложение 13

Диагностика пищевого поведения ЕАТ-26 (Eating Attitudes Test)

Инструкция: «Прочтите утверждение и выберите один из вариантов ответа: «всегда» – 3 балла; «как правило» – 2 балла; «довольно часто» – 1 балл; «иногда, никогда» – 0. 26-й пункт теста оценивается иначе: «всегда, довольно часто» – 0 баллов; «иногда» – 1 балл; «редко» – 2 балла; «никогда» – 3».

1. Меня пугает мысль о том, что я располнею.
2. Я воздерживаюсь от еды, будучи голодным.
3. Я поглощен мыслями о еде.
4. У меня бывают приступы бесконтрольного употребления пищи, во время которых я не могу себя остановить.
5. Я делю свою еду на маленькие кусочки.
6. Я знаю, сколько калорий в пище, которую я ем.
7. Я в особенности воздерживаюсь от еды, содержащий много углеводов.
8. Я знаю, что окружающие предпочли бы, чтобы я больше ел.
9. Меня рвет после еды.
10. Я испытываю обостренное чувство вины после еды.
11. Я озабочен желанием похудеть.
12. Когда я занимаюсь спортом, я думаю о том, что сжигаю калории.
13. Окружающие считают меня слишком худым.

14. Я озабочен мыслями об имеющемся в моем теле жире.
15. На то, чтобы съесть еду, у меня уходит больше времени, чем у других людей.
16. Я воздерживаюсь от еды, содержащей сахар.
17. Я ем диетические продукты.
18. Я чувствую, что вопросы, связанные с едой, контролируют мою жизнь.
19. У меня есть самоконтроль в вопросах, связанных с едой.
20. Я чувствую, что окружающие оказывают на меня давление, чтобы я ел.
21. Я трачу слишком много времени и мыслей на вопросы, связанные с едой.
22. Я чувствую дискомфорт после того, как поем сладости.
23. Я соблюдаю диету.
24. Мне нравится ощущение пустого желудка.
25. После еды у меня бывает импульсивный позыв к рвоте.
26. Я получаю удовольствие, когда пробую новые вкусные блюда.

Интерпретация: если суммарный балл превышает 20, это указывает на наличие у вас расстройства пищевого поведения.

Диагностика анорексии

1. Иногда я чувствую себя подавленной, безжизненной.
2. Мне часто хочется лежать в тишине.
3. Я боюсь набрать вес, переживаю из-за того, что это может случиться.
4. За последний год я сильно похудела.
5. Меня часто злят окружающие люди и события.
6. Я часто раздражаюсь.

7. В последнее время я ограничила количество принимаемой пищи.
8. Я избирательна в еде.
9. Иногда я принимаю слабительное.
10. Однажды я использовала диуретическое средство, чтобы вывести лишнюю воду из организма.
11. Полные люди меня раздражают.
12. Периодически я чувствую дискомфорт в области желудка.
13. Мое артериальное давление часто понижено.
14. Я пробовала вызывать рвоту после еды из-за тяжести в желудке.
15. Мой тип кожи требует постоянного увлажнения.
16. Я заметила появление пушковых волос на своем теле.
17. Мне нравятся стройные девушки.
18. Девушки с «модельной» фигурой более успешны в жизни.
19. Я могу не опорожнять кишечник в течение нескольких дней, иногда недели.
20. Иногда мне кажется, что я потеряла контроль над количеством съеденной пищи.
21. Я считаю, что я слишком толстая.
22. Я не верю тем, кто считает мою внешность привлекательной.
23. Мои мысли поглощены подсчетом калорий в блюдах, которые я не могу себе позволить.
24. Я предпочитаю принимать пищу в одиночестве, даже если планировался семейный ужин/обед.
25. Я люблю физическую нагрузку, стараюсь быть всегда в движении.
26. Последняя менструация у меня была более двух месяцев назад.
27. Мои стопы и кисти часто мерзнут, даже если на улице и в помещении тепло.

28. У меня много друзей.
29. Я быстро нахожу язык с новыми знакомыми.
30. Мне легко удается учеба.
31. Я знаю, что недостойна хорошего будущего.
32. Мои друзья считают меня толстой.
33. Мои друзья говорят, что я худая.
34. Мои ногти часто ломаются, слоятся.
35. Мои волосы в последнее время стали ломкими, хрупкими и выпадают.
36. В последнее время у меня появились проблемы с зубами.
37. Часто я плачу без видимых причин.
38. Я стремлюсь к одиночеству.
39. Я считаю, что окружающие мне лгут.
40. Мои знакомые редко искренны со мной.
41. Я не могу контролировать себя во время приема пищи.
42. Мое настроение часто меняется без видимых причин.
43. Я люблю рассматривать свое тело в зеркале.
44. Последнее время я заметила, что мои лобковые волосы стали выпадать.
45. В подмышечных впадинах волосы у меня растут неравномерно.
46. Я считаю себя красивой.
47. Я считаю себя недостаточно красивой.
48. Я признаю, что у меня есть проблемы с пищей.

Интерпретация: положительные ответы на 12 и более утверждений говорят о наличии анорексии.

Тест на созависимость по Уайнхолду

Проверка своих личных качеств может помочь вам определить степень созависимости в вашей жизни. Ответьте на все вопросы правдиво. Обычно первый ответ, который пришел вам в голову, является самым правдивым и самым точным. Проверка своих личных качеств. Типичные характеристики созависимых людей

Поставьте цифры от 1 до 4 в скобки перед каждым вопросом:

- 1 — никогда
- 2 — иногда
- 3 — часто
- 4 — почти всегда

Вопросы:

1. Я склонен (склонна) брать на себя ответственность за чувства и/или поведение других людей.
2. Я затрудняюсь идентифицировать свои чувства, такие как счастье, злость, смущение, уныние или возбуждение.
3. Мне тяжело выражать свои чувства.
4. Я испытываю страх или беспокойство при мысли о том, как другие отреагируют на мои чувства или поведение.
5. Я свожу к минимуму проблемы и отрицаю или изменяю правду о чувствах или поведении людей, с которыми общаюсь.
6. Мне трудно устанавливать или поддерживать тесные взаимоотношения.
7. Я боюсь быть отвергнутым (отвергнутой).
8. Я стараюсь добиваться во всем совершенства и сужу себя строго.
9. Мне трудно принимать решения.
10. Я склонен (склонна) полагаться на мнения других, а не действовать по своему усмотрению.
11. Я склонен (склонна) ставить желания и потребности других людей на первый план.
12. Я склонен (склонна) ценить мнение других людей выше своего собственного.
13. Мое ощущение собственного достоинства идет извне, в зависимости от мнения или действий других людей, которые, как мне кажется, больше в этом разбираются.
14. Я нахожу, что тяжело быть уязвимым (уязвимой) и просить о помощи.
15. Я всегда подвергаюсь контролю или стремлюсь контролировать, и наоборот, всегда слежу за тем, чтобы никогда не оказаться ответственным (ответственной).
16. Я слишком лоялен (лояльна) к другим, даже в том случае, когда эта лояльность не оправдывается.
17. У меня привычка рассматривать ситуации по принципу “все или ничего”.
18. Я очень толерантен (толерантна) к непоследовательности и смешанным

поручениям.

19. В моей жизни происходят эмоциональные кризисы и хаос.

20. Я стараюсь искать взаимоотношения там, где чувствую себя “нужным” (“нужной”), и пытаюсь затем сохранять их.

Подсчет очков: чтобы получить общий результат, сложите цифры. Чтобы интерпретировать свой уровень созависимости, воспользуйтесь следующей шкалой:

60—80 — очень высокая степень созависимых моделей.

40—59 — высокая степень созависимых моделей.

30—39 — средняя степень созависимых и/или контрзависимых моделей.

20—29 — очень мало созависимых и/или высокая степень контрзависимых моделей.

«Шкала созависимости» Спан-Фишер

Инструкция: «Прочитайте утверждения и поставьте перед каждым пунктом то число, которое отражает ваше восприятие данного утверждения: 1 – “совершенно не согласен”; 2 – “умеренно не согласен”; 3 – “слегка несогласен”; 4 – “слегка согласен”; 5 – “умеренно согласен”; 6 – “полностью согласен”».

1. Мне трудно принимать решения.
2. Мне трудно сказать «нет».
3. Мне трудно принимать комплименты как что-то заслуженное.
4. Иногда я почти скучаю, если нет проблем, на которых следует сосредоточиться.
5. Я обычно не делаю для других то, что они сами могут для себя сделать.
6. Если я делаю для себя что-то приятное, то испытываю чувство вины.
7. Я не тревожусь слишком много.
8. Я говорю себе, что все у меня будет лучше, когда окружающие меня близкие изменятся, перестанут делать то, что сейчас делают.
9. Похоже, что в моих взаимоотношениях я всегда все делаю для других, а они редко что-нибудь делают для меня.
10. Иногда я фокусируюсь на другом человеке до такой степени, что предаю забвению другие взаимоотношения и то, за что мне следовало бы отвечать.
11. Похоже, что я часто оказываюсь вовлеченной во взаимоотношения, которые мне причиняют боль.

12. Свои истинные чувства я скрываю от окружающих.
13. Когда меня кто-то обидит, я долго ношу это в себе, а потом однажды могу взорваться.
14. Чтобы избежать конфликтов, я могу заходить как угодно далеко.
15. У меня часто возникает страх или чувство грядущей беды.
16. Я часто потребности других ставлю выше своих собственных.

Интерпретация: для получения суммы баллов переверните значения баллов для пунктов 5 и 7 и затем суммируйте. Суммы баллов:

16–32 – норма;

33–60 – умеренно выраженная созависимость;

61–96 – резко выраженная созависимость.

тест «Оценим свой образ мыслей»

Инструкция: «Прочитайте приведенные ниже высказывания, пользуясь следующими вариантами ответов: 1 – “никогда со мной так не бывало”; 2 – “редко так со мной бывало”; 3 – “часто так со мной бывает”; 4 – “всегда так бывает”».

Обведите ту цифру напротив вопроса, которая соответствует вашему мнению или поведению:

1. Я боюсь позволить другим людям узнать меня поближе. 1 2 3 4
2. Я боюсь неожиданностей. 1 2 3 4
3. Я ищу недостатки вместо преимуществ в большинстве ситуаций. 1 2 3 4
4. Я чувствую, что недостойна любви. 1 2 3 4
5. Я чувствую себя хуже других людей. 1 2 3 4
6. У меня есть склонность к постоянному труду, перееданию, азартным играм, употреблению алкоголя, успокоительных средств или наркотиков. 1 2 3 4
7. Я мало забочусь о себе, предпочитая заботиться о других.
1 2 3 4
8. Я не могу избавиться от переполняющих меня чувств, идущих из прошлого – таких, как гнев, страх, стыд, печаль. 1 2 3 4
9. Я добиваюсь похвалы и признания, делая людям приятное,

стремясь к совершенству и сверхдостижениям. 1 2 3 4

10. Я слишком серьезна, и мне трудно поиграть, подшутиться.

1 2 3 4

11. У меня появились проблемы со здоровьем из-за постоянных волнений, стрессов. 1 2 3 4

12. У меня сильно выражена потребность контролировать других, диктовать им свою волю. 1 2 3 4

13. Я испытываю трудности в выражении своих чувств. 1 2 3 4

14. Я не люблю себя. 1 2 3 4

15. У меня в жизни часто возникают кризисные ситуации. 1 2 3 4

16. Думаю, что я стала жертвой тяжелых обстоятельств. 1 2 3 4

17. Я боюсь быть отвергнутой теми, кого люблю. 1 2 3 4

18. Я часто резко критикую и упрекаю себя. 1 2 3 4

19. Я ожидаю худшего в большинстве ситуаций. 1 2 3 4

20. Когда я совершаю ошибку, я чувствую себя никчемным человеком. 1 2 3 4

21. Я считаю других виноватыми во всех моих трудностях. 1 2 3 4

22. Я живу воспоминаниями. 1 2 3 4

23. Я закрыта для новых идей или новых способов делать дела.

1 2 3 4

24. Я длительное время бываю расстроенной или злой из-за неприятностей. 1 2 3 4

25. Я чувствую себя одинокой и в изоляции, даже если окружена людьми. 1 2 3 4

Результаты теста. Подсчитайте общую сумму баллов.

25–54 балла – норма;

55–69 баллов – слегка смещено в сторону созависимости;

70–100 баллов – состояние созависимости.

С.А. Кулаков (2002) приводит шкалу общей оценки созависимости.

«Член семьи» – это любой член семьи, потребляющий ПАВ;

«другие люди» – близкие и другие окружающие люди.

Варианты ответа: 0 – нет, 1 – иногда, 2 – да.

1. Направляете ли вы свою энергию на решение проблем других людей?
2. Теряете ли вы сон из-за проблем и поведения других людей?
3. Чувствуете ли вы ответственность за других людей – за их чувства, мысли, действия, выбор, желания, потребности, благополучие, судьбу?
4. Чувствуете ли вы злость, когда ваша помощь оказывается неэффективной?
5. Пытаетесь ли вы доставлять удовольствие другим, вместо того чтобы получать удовольствие от жизни?
6. Даете ли вы другим советы, когда они не просят вас об этом?
7. Считаете ли вы себя жертвой, не оцененной людьми, которым помогали?
8. Чувствуете ли вы вину, если тратите деньги на себя?
9. Бойтесь ли вы отвержения близких людей?
10. Часто ли вы испытываете чувство вины?
11. Бойтесь ли вы позволить себе быть естественным?
12. Бойтесь ли вы позволить другим людям быть теми, кто они есть?
13. Беспokoитесь ли вы о том, нравитесь ли вы другим, любят ли вас другие люди?
14. Даете ли вы событиям течь естественным путем?
15. Сносите ли вы оскорбления, чтобы удержать рядом людей, которых любите?
16. Можно ли сказать, что вы не умеете говорить «нет»?
17. Избегаете ли вы говорить о себе, о своих проблемах, чувствах и мыслях?
18. Поддерживаете ли вы такие отношения, в которых люди причиняют вам страдания?
19. Бойтесь ли вы вызвать чувство гнева у других людей?
20. Стараетесь ли вы подавлять свои чувства?
21. Испытываете ли вы трудности в сексе, не решаясь попросить партнера сделать то, что вам приятно?

22. Испытываете ли вы финансовые затруднения из-за того, что член семьи употребляет ПАВ?
23. Приходится ли вам лгать, чтобы покрывать наркотизацию близкого человека?
24. Есть ли у вас ощущение, что ПАВ значат для члена вашей семьи больше, чем вы?
25. Думаете ли вы, что наркотизация члена вашей семьи связана с тем, что он дружит с определенной компанией?
26. Бойтесь ли вы огорчить члена семьи из страха, что это спровоцирует срыв?
27. Высказываете ли вы угрозы, например, такого содержания:
«Если ты не бросишь наркотики, я выгоню тебя из дома!» или другие угрозы?
28. Не кажется ли вам, что из-за наркотизации члена семьи вы не можете уехать куда-то надолго, оставив его дома одного?
29. Не приходилось ли вам думать о вызове милиции из-за агрессивного поведения члена семьи в состоянии наркотического опьянения?
30. Приходилось ли вам искать спрятанные наркотики?
31. Есть ли у вас такое чувство, что если бы член семьи вас любил, то он прекратил бы употреблять наркотики, чтобы доставить вам удовольствие?
32. Испытываете ли вы иногда чувство вины за то, что контролируете жизнь наркотизирующегося члена семьи?
33. Думаете ли вы, что если бы член семьи прекратил бы употреблять наркотики, то другие ваши проблемы были бы решены?
34. Угрожали ли вы когда-нибудь нанести себе повреждения, с тем чтобы добиться от наркомана таких слов, как «прости меня», «я люблю тебя»?
35. Относились ли вы когда-нибудь к детям, сослуживцам, родителям несправедливо только потому, что злились на кого-то, кто употребляет наркотики?
36. Есть ли у вас такое чувство, что никто на свете не понимает ваших трудностей?
37. Приобрели ли вы какую-нибудь эмоциональную или физическую болезнь в связи с проживанием с человеком, зависимым от ПАВ?

38. Пробовали ли вы разорвать взаимоотношения с людьми, которые вас неоднократно обижали?

39. Избегали ли вы контакта со специалистами, сообщавшими вам о необходимости собственного изменения?

40. Прочее (дописать свою ситуацию).

Высоким считается показатель свыше 12 баллов.

Созависимость – это болезнь, которая изнашивает душу. Она повреждает личную жизнь: семью, детей, друзей и родственников; профессиональную деятельность и карьеру; здоровье и духовный рост. Она ухудшается, и если остается без лечения, служит причиной того, что разрушает жизнь созависимого и его окружения.

Валентина Валентиновна Пушина

**ПСИХОДИАГНОСТИКА ЗАВИСИМОГО
И СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский
государственный университет им.Н.И.Лобачевского»
603022, Нижний Новгород. пр.Гагарина, 23.