151

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского" Министерства здравоохранения Российской Федерации

СОЦИАЛЬНАЯ И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА, ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ УДАЛЕННЫЙ СЕТЕВОЙ ДОСТУП

(клиника, диагностика, лечение)

Методические рекомендации

Л.О. Пережогин
В.Ф. Шалимов
Б.А. Казаковцев

Москва 2018

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского" Министерства здравоохранения Российской Федерации

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА, ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ УДАЛЕННЫЙ СЕТЕВОЙ ДОСТУП

(клиника, диагностика, лечение)

Методические рекомендации

Москва - 2018

УДК 616.89-053.6
ББК 56.14
П27

Методические рекомендации подготовлены в отделении социальной психиатрии детей и подростков ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского" Минздрава России доктором медицинских наук **Л.О. Пережогиным**, доктором медицинских наук **В.Ф. Шалимовым**, доктором медицинских наук, профессором **Б.А. Казаковцевым**.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского" Минздрава России 20 ноября 2017 г., протокол №9.

Рецензенты:

Н.В. Симашкова – доктор медицинских наук, заведующая Отделом детской психиатрии ФБГНУ "Научный центр психического здоровья" РАН;

Н.А. Мазаева – доктор медицинских наук, профессор, руководитель клинического Отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФБГНУ "Научный центр психического здоровья" РАН;

А.А. Портнова – доктор медицинских наук, руководитель Отдела клинической психиатрии детского возраста ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского" Минздрава России.

П27 Пережогин Л.О., Шалимов В.Ф., Казаковцев Б.А. **Зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ (клиника, диагностика, лечение):** Методические рекомендации. – М.: ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского" Минздрава России, 2018. – 28 с.

Рассмотрены теоретические и практические аспекты клинической диагностики, фармакологической терапии и психотерапии зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ, у детей и подростков. Разработаны оригинальные инструменты скрининговой диагностики зависимости (тест и компьютерная программа). Описаны подходы к психофармакологическому и психотерапевтическому лечению.

Для врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, клинических психологов.

ББК 56.14

ISBN 978-5-86002-215-7

© Л.О. Пережогин, В.Ф. Шалимов, Б.А. Казаковцев, 2018.
© ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского" Минздрава России, 2018.

Список сокращений

АТ – аутогенная тренировка, АТ-I – первой ступени, АТ-II – второй ступени

БОС – биологическая обратная связь

ДЗМ – Департамент здравоохранения г. Москвы

КДЦ – консультативно-диагностический центр

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

ОРВИ – острая респираторно-вирусная инфекция

ПК – персональный компьютер

ППК – планшетный персональный компьютер

ПО – программное обеспечение

РШС – расстройства шизофренического спектра

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ФГБУ – Федеральное государственное бюджетное учреждение

IP-адрес – Internet Protocol Address, уникальный числовой код ПК в сети

PSP – PlayStation portable – портативная игровая консоль (Sony inc.)

ВВЕДЕНИЕ

Зависимость от персонального компьютера (ПК), интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, стала в последние годы одной из актуальнейших проблем современной аддиктологии. За рубежом с конца 1990-х годов, а в России – с начала 2000-х годов ведутся исследования по верификации клинических критериев этого психического расстройства, изучению патогенетических механизмов, индивидуально-личностных характеристик зависимых лиц, а также методов фармакологической терапии и психотерапии. В то же время многие исследователи ограничиваются осмыслением данного феномена с сугубо теоретических позиций, а число наблюдений за зависимыми лицами в процессе терапии (по объективным причинам) оказывается небольшим. Проведение исследований в значительной степени осложняется по той причине, что большинство лиц, обращающихся за психиатрической и психотерапевтической помощью по поводу зависимости от ПК и мобильных устройств, обнаруживают преморбидную психическую патологию, включая эндогенные психические расстройства, расстройства личности и поведения, органическую церебральную патологию и другие формы зависимого поведения. Это во многих аспектах трансформирует общую картину поведения и меняет подходы к терапии. Цель настоящих рекомендаций – дать представление о клинической картине зависимости от ПК и интернета, о технике терапевтического вмешательства и показать предварительные результаты психотерапевтического воздействия на преморбидно психически здоровых несовершеннолетних.

Рекомендации основаны на результатах исследования, проведенного в ФГБУ "Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского" МЗ РФ на клинической базе неврологического отделения КДЦ

Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ. В исследование было включено 220 несовершеннолетних в возрасте от 9 до 17 лет (133 юноши и 97 девушек), обратившихся в 2013–2016 гг. за психотерапевтической помощью, обнаруживающих признаки зависимого от интернета поведения. Основными методами исследования были клинико-феноменологический и клинико-психопатологический, в ряде случаев для верификации психического состояния использовался экспериментально-психологический метод.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАВИСИМОСТИ

За основу описания клинической картины зависимости от персонального компьютера, интернета и средств доступа к нему были взяты общие критерии МКБ-10, описывающие синдром зависимости. Согласно этой классификации, диагноз считается валидным, если из 6 общих критериев как минимум три обнаруживались в течение года.

В качестве основной характеристики синдрома химической зависимости МКБ-10 определяет **влечение к веществу, вызвавшему зависимость**, как "потребность (часто сильную, иногда непреодолимую) принять психоактивное вещество". У лиц с нехимической зависимостью имеет место влечение к взаимодействию с сетью или устройствами – персональным компьютером (ПК), планшетным компьютером (ППК), мобильным телефоном.

В случаях зависимости от интернета и средств доступа к нему выявлены следующие закономерности:

(1) влечение к устройствам, обеспечивающим доступ в сеть, может носить периодический или постоянный характер; при отсутствии корреляции между продолжительностью зависимого поведения и характером патологического влечения у зависимых лиц более старшего возраста (юноши и девушки старше 16 лет) преобладает периодический характер влечения, а у детей и подростков моложе 16 лет – постоянный;

(2) влечение часто носит непреодолимый характер; молодые люди описывают сильное желание играть в компьютерные игры или "бродить по интернету" без определенной цели и внутренней логики, оставлять сообщения в социальных сетях (в большинстве своем бессмысленных или формальных, значительно отличающихся по своему содержанию от сообщений, оставленных в периоды отсутствия острого влечения); если влечение по каким-то причинам не реализуется немедленно, мысли о необходимости воспользоваться устройством, обеспечивающим выход в сеть, становятся неотступными;

(3) в случае, если влечение постоянно и имеет разную степень остроты – от крайне острого, отчетливо осознаваемого, до слабого, подспудного, воспринимаемого как беспокойство, тревога, оно осознается спустя некоторое время;

(4) многие несовершеннолетние описывают чувство предвкушения сетевой активности, нарастающее по мере приближения возможности сесть за компьютер, взять в руки мобильное устройство; это предвкушение может сопровождаться легкой ажитацией или выраженным возбуждением;

(5) в ходе реализации сетевой активности влечение резко нарастает в начале работы, а затем постепенно снижается; в случае многочасовых эксцессов к концу работы возникают чувство пресыщения, желание остановиться; вопреки этому желанию подростки могут продолжать сетевую активность до полного физического изнеможения;

(6) описанный при химической зависимости феномен нарастания признаков зависимости после относительно длительного периода воздержания наблюдается редко; у многих несовершеннолетних в силу внешних обстоятельств (например, в связи с переездом на дачу во время летних каникул) наступает длительный период вынужденного воздержания от сетевой активности, однако после ее возобновления резкого всплеска не наблюдается; отчасти этому способствует жесткий контроль со стороны родителей.

Процесс **"потребления"**, т.е. процесс сетевой активности, независимо от ее характера, сопровождается рядом характерных феноменов. В совокупности они могут быть описаны как "опьянение", на ранних стадиях проявляющееся эйфорией, моторным возбуждением, ажитацией, а в дальнейшем – появлением моторных автоматизмов, элементов дереализации и деперсонализации, метаморфопсий и аутометаморфопсий, ощущений изменения формы и длины рук, изменением чувства течения времени. Через несколько часов сетевой активности возникает заторможенность, сменяющаяся сном.

Критерий **утраты количественного контроля** в МКБ-10 описывается в виде связанных между собой феноменов: "сниженной способности контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу" и "безуспешных попыток или постоянного желания сократить или контролировать употребление вещества". В случае нехимической зависимости (от интернета и мобильных средств доступа к нему) речь идет не о "веществе", а о действиях пользователя сети, в целом же диагностический критерий соблюдается.

Особенность интернет-зависимости заключается в том, что первый из указанных феноменов в случаях зависимости от интернета и мобильных средств доступа к нему встречается регулярно, второй – значительно реже, скорее как исключение.

В случаях "сниженной способности контролировать взаимодействие" имеет место следующее:

(1) предвкушение взаимодействия с компьютером, планшетным компьютером, смартфоном тем острее, чем дольше длится период вынужденного воздержания (например, во время пребывания в школе); спустя несколько часов воздержания возникают феномены, сходные с овладевающими представлениями, во время которых переживания сродни таковым во время реальной игровой или сетевой активности. Дети непроизвольно перебирают пальцами, имитируя свои действия на клавиатуре или сенсорном дисплее; у них внезапно на доли секунды возникают чаще визуальные и реже – аудиальные образы игры или сетевого контакта;

(2) в начале игры или при входе в сеть отмечается стремление к сверхактивному использованию ресурса – к игре с несколькими удаленными партнерами сразу, к использованию нескольких окон параллельно, к хаотичному чередованию адресатов при отправлении сообщений; затем в ходе сессии напряжение и возбуждение снижаются, действия носят все более целенаправленный, логичный и контролируемый характер; чем дольше длится вынужденное воздержание, тем продолжительнее период бессмысленной активности, сопряженной с ажитацией;

(3) при необходимости завершить работу с устройством или выйти из сети (например, по требованию родителей либо в случае технической невозможности продолжать сетевую активность ввиду отсутствия связи или разрядки аккумулятора) пользователи стараются всячески оттянуть время окончания работы с сетью, что выражается как в просьбах разрешить поиграть еще немного и в стремлении обзавестись все более технически совершенными устройствами.

Желание сократить или контролировать игровое время или время, проведенное в сети, наблюдается относительно нечасто и характерно только для подростков старшего возраста и юношей. Они обходятся без смартфона или планшета. Например, во время каникул осознанно приобретают самые простые в техническом плане модели мобильных телефонов, позволяющие выполнять лишь голосовые вызовы и отправлять текстовые сообщения. Чаще же они просто выключают мобильное устройство во время посещения уроков (лекций) или в спортивных клубах, во время романтических встреч и т.д.

В подростковых и юношеских компаниях находит распространение своеобразная игра в "мобильную молчанку", когда проигравшим считается тот участник, который первый воспользуется мобильным устройством (протянет к нему руку, вспомнит о его существовании).

Состояния отмены (абстинентный синдром) наблюдаются почти у половины детей, обнаруживающих зависимость от интернета и устройств, обеспечивающих доступ к нему. Это

вполне соотносится с существующими в наркологии представлениями о последовательности формирования состояний зависимости, о стадийности развертывания клиники зависимого поведения. В МКБ-10 абстинентный синдром характеризует вторую (среднюю) стадию зависимости, поэтому можно предположить, что многие из детей, у которых выявлены признаки зависимости от интернета, находятся на начальной ее стадии.

Как правило, абстинентная симптоматика развивается после того, как родители силой или обманом лишают ребенка возможности находиться в сети, отнимают мобильное устройство или отключают (блокируют паролем) персональный компьютер. Чаще всего, по признанию родителей, это выстраданное, но спонтанно осуществленное решение, которое является для ребенка неожиданностью. Абстинентные реакции в значительной степени отличаются у преморбидно психически здоровых детей и детей, обнаруживающих психические расстройства, на фоне которых сформировалось зависимое поведение. Для абстинентного синдрома у детей, не обнаруживающих признаков иных психических расстройств, кроме зависимости от интернета и средств доступа к нему, характерно:

(1) первые признаки абстиненции появляются уже через 2–3 часа после начала вынужденного воздержания от использования сети (как правило, родители отнимают мобильное устройство) и проявляются в нарастании раздражительности, во внезапно возникающих эпизодах тревоги, вегетативных реакциях, "летучих" болях в мышцах и в области сердца, желудка, которые сопровождаются чувством тяжести в теле и часто воспринимаются педиатрами как продромальные явления ОРВИ; головные боли, преимущественно стягивающего, давящего характера ("словно на голове обруч") сопровождаются трудностью сосредоточения, тяжестью в голове, снижением настроения;

(2) на второй-третий день отмечаются эпизоды ажитации, дети мечутся по дому, ища спрятанное родителями мобильное устройство, звонят сверстникам с просьбой принести им телефон, планшет, PSP ("писю", "пиху"),

некоторые дети в заместительных целях используют примитивные электронные игры; характерны выраженные вегетативные нарушения – покраснение или побледнение кожных покровов, озноб, тремор, усиленное потоотделение;

(3) детьми отчетливо осознаются острое влечение к сетевой активности, желание немедленно воспользоваться мобильным устройством; они устраивают родителям скандалы, демонстративно угрожают суицидом, бьют посуду, рвут книги, выбрасывают школьные принадлежности, отказываются от еды; если родители остаются непреклонны, довольно быстро успокаиваются; реальных суицидальных попыток не предпринимают;

(4) на третий-четвертый день большинство детей ведут себя спокойно, жалуются на усталость, сонливость, многие засыпают и спят по 10–14 часов подряд, проснувшись, испытывают чувство голода;

(5) на пятый-шестой день острота влечения резко снижается, настроение выравнивается, вегетативные расстройства нивелируются; повышается работоспособность; дети выполняют полученные в школе домашние задания; следует отметить, что родители преморбидно психически здоровых детей с зависимостью от интернета никогда не пытаются самостоятельно назначать своим детям психотропные препараты, ограничиваясь, как максимум, валерианой, пустырником, таблетками глицина.

У детей, у которых зависимость возникала на фоне психических расстройств, течение абстинентных реакций существенным образом отличается. Наблюдаются два основных сценария.

При шизофрении, расстройствах шизофренического спектра (РШС) основу симптоматики абстинентного состояния составляют симптомы депрессии. Депрессивная симптоматика развивается медленно, вначале снижается аппетит, возникает некоторая моторная и идеаторная заторможенность, в дальнейшем появляются идеи собственной ненужности, малоценности, высказывания о “даром прожитой жизни”, “бесцельном

существовании". Имеют место и другие симптомы депрессии: сопутствующее снижению аппетита снижение веса, тревога, снижение активности, работоспособности. Продолжительность депрессивных эпизодов может составлять несколько месяцев, их глубина колеблется в пределах легкой–средней степени выраженности. В то же время дети настойчиво, монотонно, порой по несколько раз в день требуют от родителей вернуть им мобильное устройство, часто, услышав очередной отказ, начинают плакать, формально соглашаясь с доводами родителей. У некоторых детей абстинентное состояние совпадает с обострением шизофренического процесса, что приводит к госпитализации в психиатрический стационар. В связи с тем, что практически у всех детей этой группы шизофрения была диагностирована задолго до формирования зависимости от интернета, они получают поддерживающую терапию нейролептиками. Второй ведущий симптомокомплекс абстиненции при РШС – неврозоподобные состояния. Они проявляются страхами, тревогой, раздражительностью, носят нестойкий характер. У нескольких детей зафиксировано навязчивое мытье рук.

При формирующихся расстройствах личности и при невротических расстройствах у детей и подростков в клинической картине абстинентного состояния преобладают психопатоподобные и острые аффективные реакции. В течение одного-двух дней дети относительно бессимптомно переживают лишение сетевой активности, а затем у них внезапно возникают аффективные вспышки. В зависимости от типа личностной деформации преобладают симптомы демонстрации с многочисленными "соматическими" жалобами, с приступами удушья и сердцебиения, страхом смерти, что во многом похоже на панические атаки. Однако такого рода реакции после 1–3 эпизодов исчезают на фоне психотерапевтического воздействия; при эмоционально-неустойчивом типе личности возникают дисфорические состояния, сопровождающиеся резким изменением настроения, с агрессией и аутоагрессией, с реальными суицидальными попытками. При преобладании астенических личностных черт проявления абстиненции ограничиваются вегетативной симптоматикой и снижением физической ак-

тивности, однако без других слагаемых клинической картины депрессии. Аффективные нарушения наблюдаются в течение 1–2 недель, а затем исчезают.

Согласно МКБ-10, для синдрома зависимости характерным признаком является **повышение толерантности**, которое проявляется "в необходимости повышения дозы для достижения желаемых эффектов" и в том, "что хронический прием одной и той же дозы приводит к ослабленному эффекту". В случае зависимости от интернета и средств доступа к нему рост толерантности проявляется в увеличении времени работы в сети и в изменении характера этой работы:

(1) у детей и подростков по мере формирования зависимости неуклонно увеличивается время, проведенное в сети; ежедневно, до формирования зависимости, оно составляет не более 2 часов; в течение нескольких месяцев с момента формирования зависимости (в случае отсутствия контроля со стороны родителей) оно может достигать 6–8 часов в сутки; перерывы носят вынужденный характер (принуждение со стороны родителей, необходимость идти в школу или ложиться спать); и при малейшей возможности сетевая активность возобновляется;

(2) на рост толерантности может указывать начало сетевой активности в двух и более окнах параллельно; в частности, у подростков наиболее часто наблюдается сочетание игр и работы в социальных сетях, сочетание социальных сетей и поисковой активности, например, поиска фотографий; отмечается и параллельная работа на нескольких подключенных к сети устройствах;

(3) по мере роста толерантности и работы в нескольких окнах или на нескольких устройствах отмечается значительное усиление феномена метаперсонификации, достигающей формирования нескольких параллельных аутоидентификаций.

Следующим критерием химически зависимого поведения, по МКБ-10, является **"поглощенность потреблением"**, которая проявляется как в отказе от альтернативных форм наслаждения или интересов, так и в больших затратах времени

на поиск вещества, его употребление и восстановление от его эффектов. При зависимости от интернета и средств доступа к нему выявлены:

(1) резкое сужение круга интересов, фиксация на игре или сетевой активности, сопровождающиеся эмоциональной вовлеченностью, поглощенностью своими игровыми успехами или накоплением виртуальных друзей на своей странице в социальной сети, которые значительно превосходят реакции на успех или неуспех в учебе, реальные контакты с группой сверстников; вопреки общим законам психологии подросткового возраста значимость сверстников в реальных контактах очень низка, в качестве референтной группы выступает сетевое окружение, как правило, весьма неоднородное по возрасту и полу;

(2) отмечается перенос в поле сетевой активности большинства социальных контактов, включая биологические по своей природе, в частности, относящихся к творческой активности, просмотру кинофильмов и прослушиванию музыки, установлению дружеских и партнерских отношений; многие подростки старшего возраста указывают на свое предпочтение сетевых контактов сексуальным; у нескольких юношей наблюдался распад длительных партнерских отношений;

(3) в связи с многочасовой ежедневной сетевой активностью, требующей значительных психических и физических усилий, отмечаются выраженное переутомление, формирование астеноневротических реакций.

Последним из общих критериев зависимости, по МКБ-10, является **"продолжающееся употребление вопреки явным признакам вредных последствий"**. Несмотря на констатируемые лицами из ближайшего окружения очевидные негативные последствия игровой или иной деятельности, связанной с сетевой активностью, критическое отношение у зависимых лиц к своему состоянию отсутствует. Даже в случае формального признания того или иного неблагополучия оно никогда не соотносится субъектом с последствиями работы с сетью и устройствами, обеспечивающими доступ в сеть.

СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАВИСИМОСТИ

Диагностика зависимости от ПК, интернета и мобильных устройств при клиническом осмотре ребенка, чьи законные представители обращаются за помощью к психиатру, не вызывает больших трудностей. Куда большее значение имеют скрининговая диагностика, позволяющая выявлять во время массовых обследований детей с зависимостью для последующего решения вопроса о направлении на консультацию к психиатру, а также выявление детей группы риска для немедленного осуществления профилактических мер. С этой целью разработана Шкала оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, построенная по феноменологическому принципу (феноменологический опросник) (см. Приложение).

Данная Шкала – инструмент скрининговой и предварительной диагностики, не подменяющая собой визит к врачу. С ее помощью невозможно установить достоверный клинический диагноз, она служит лишь для выявления детей и подростков, относящихся к группе риска по формированию интернет-аддикции либо имеющих сформированную зависимость. Шкала никоим образом не предназначена для самодиагностики! Отвечать на вопросы шкалы должны родители или другие близкие люди, хорошо знающие особенности поведения ребенка или подростка, внимательные и наблюдательные. Шкала также не предназначена для диагностики взрослых, поскольку заложенные в ней клинические феномены аддиктивного поведения изучались на детях и подростках, а клиническая картина зависимости у взрослых и детей, как показывает опыт, может существенно различаться.

Для обеспечения свободного доступа всех желающих к диагностической шкале создана диагностическая программа. Воспользоваться ею можно на сетевом ресурсе drlev.ru (тестирование бесплатное). По завершению тестирования результат выводится на экран. Тестирование носит анонимный характер. Никакие личные данные, включая IP-адрес компьютера пользователя, не сохраняются. Полученные результаты в обезличенном виде используются для статистической обработки в

целях исследования зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, а также для дальнейшего совершенствования самой шкалы как диагностического инструмента.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ

Ни в отечественной, ни в зарубежной клинической практике нет единых взглядов на принципы терапии интернет-зависимости. В большинстве клинических описаний акцент делается на симптоматической фармакологической терапии либо на лечении ведущего психического расстройства, на фоне которого сформировалась зависимость. В то же время непосредственно для купирования острого влечения к ПК и мобильным устройствам доказан эффект группы СИОЗС, а среди нее – флувоксамина в дозах до 200 мг в сутки и сертралина до 150–200 мг в сутки. Взрослым и подросткам с симптомами гиперактивного поведения за рубежом наряду с СИОЗС также назначается метилфенидат (запрещен в России), клиническую альтернативу которому могут составить препараты ноотропного ряда с выраженным стимулирующим эффектом (пирацетам) или нейролептики (эглонил) в индивидуально подобранных дозах. Взрослым пациентам для купирования влечения часто назначают антагонисты опиатных рецепторов (налтрексон до 200 мг в сутки). Иногда эффективными оказываются атипичные нейролептики (клоназепам, рисперидон, оланзапин) в невысоких и средних дозах. Также для купирования острого влечения доказан эффект карбамазепина и вальпроатов в средних дозах.

В целом отмечается устойчивая тенденция использовать сочетанную терапию, используя на раннем этапе фармакологические средства в высоких и средних дозах, а по миновании острых состояний – психотерапию в сочетании со средними и низкими дозами тех же препаратов. Из методов психотерапии лидером в лечебной практике является когнитивно-поведенческая терапия в индивидуальной (чаще) или групповой форме. Типичная программа включает от 8 до 28 терапевтических сессий продолжительностью от 1 до 3–4 часов. Программа пси-

хотерапии, как правило, включает несколько этапов: (1) выявление типов устройств и программ, вызывающих особенно острое влечение, (2) изучение личности зависимого, его быта, досуга, окружения, выявление терапевтических ресурсов, (3) установление принципов терапии, принципов здорового поведения, (4) поиск замены аддиктивному поведению (в том числе и в процессе работы с компьютером), (5) прекращение аддиктивного поведения, (6) развитие личности. Весьма популярным направлением психотерапии является работа с семейными группами в различных вариантах: традиционная семейная терапия, работа с семьей в составе группы поддержки, смешанные группы в составе членов семьи и эмоционально значимых лиц. В случае терапии подростков в состав группы желательно включать педагогов. Особое внимание уделяется коммуникативной практике. Основными звеньями психотерапевтической программы являются (1) семья с интернет-зависимым; (2) взаимодействие со старшими членами семьи; (3) коммуникация в контексте проблемы; (4) навыки обучения правильному поведению; (5) чувство удовлетворенности жизнью, реализация себя в семейных отношениях; (6) совместное ожидание здорового поведения от члена семьи. Сессии продолжаются на протяжении 1,5–2 лет. Зарубежные специалисты-реабилитологи отдают предпочтение комбинированной терапии, как правило, в форме сочетания медикаментозной терапии с психокоррекцией, психотерапией, биологической терапией (массаж, акупунктура, электропунктура, БОС-терапия). Есть основания полагать, что комбинированная терапия значительно улучшает прогноз.

ПРОГРАММА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Психотерапевтическую работу целесообразнее проводить в два этапа.

На первом этапе (6 индивидуальных встреч) проводится обучение несовершеннолетних аутогенной тренировке 1-й ступени (АТ-1). Хорошо зарекомендовала себя модификация АТ-1 по М.С. Лебединскому и Т.Л. Бортник с некоторыми изменениями.

Занятия продолжаются в течение 1-го часа, 1 раз в неделю. Во время каждого занятия совместно с врачом проговаривается вся формула АТ-1. Между встречами с врачом дети ежедневно занимаются самостоятельно. Для усиления эффекта АТ перед занятием проводится дыхательная гимнастика "Океан", по В.В. Макарову. На первой встрече основное время уделяется обучению консолидации внимания и осознанию чувства тепла и тяжести в конечностях и во всем теле. В качестве усиливающего компонента применяется техника прогрессивной мышечной релаксации. Вторая и третья встреча посвящены регуляции вегетативных проявлений (темп дыхания, сердечный ритм). На четвертой и пятой встрече большинство подростков достигают состояния аутогенного погружения с высоким уровнем внутреннего контроля, активной концентрацией внимания, целенаправленным, сфокусированным на аспектах своего состояния мышлением, выраженной, глубокой релаксацией. В данном состоянии становилось возможным проведение эффективной аутосуггестии, с использованием структурных элементов формулы АТ-1 нейтрализирующего (направленного на влечение к ПК и мобильным устройствам) и поддерживающего (направленного на сознательно выбранный ребенком тип активности) характера. На шестой встрече используются элементы АТ-2, в первую очередь – визуализация образов, связанных с позитивным мировосприятием, вопросы этим образам. В заключение первого этапа терапии врачом совместно с ребенком (возможно с привлечением родителей) анализируются дневниковые записи, составляется терапевтический договор (обязанности ребенка, желаемые результаты терапии). В случае успешного выполнения программы первого этапа дети включаются в терапевтическую группу.

Состояние детей, подошедших ко второму этапу терапии и включенных в терапевтическую группу, к этому моменту уже претерпевает существенную положительную динамику. Во-первых, у них существенно сокращается время, проведенное в работе с ПК. На протяжении полутора месяцев индивидуальной терапии реализуется задача по переводу сетевой активности с мобильного устройства на ПК. В этот же период усилиями

родителей и третьих лиц (в том числе педагогов) у ребенка формируются навыки альтернативного взаимодействия с компьютером (дети, за редким исключением, не владеют программами, позволяющими заниматься творчеством, хобби, не знают простых алгоритмов для пользования поисковыми системами и т.д.). В среднем к концу индивидуального периода психотерапии ребенок проводит за экраном 1,5–2 часа ежедневно (это время превышает допустимое по гигиеническим нормам), вместо 6–8 часов в начале терапии, причем на игры, социальные сети приходится не более половины этого времени. Сетевая активность контролируется взрослыми членами семьи, внутрисемейный договор регламентирует систему положительных и отрицательных подкреплений. Во-вторых, у детей, в силу освободившегося времени, появляются другие, не связанные с ПК занятия, в том числе творчество и спорт. В ходе живого общения со сверстниками происходит структуризация личностных запросов, своего рода "ревизия" точек аутоидентификации. Ко второй стадии терапии дети подходят со сформированным запросом, они сознательно нацеливаются на определенный характер изменений.

По ходу терапевтической работы родители получают подробные инструкции, некоторые (по собственной инициативе) сами обучаются АТ и ведут дневники. Заинтересованное и неравнодушное отношение родителей приносит свои плоды – поведение детей быстрее стабилизируется, абстинентные реакции протекают мягче и быстрее.

На втором этапе (8 групповых встреч) в начале каждой встречи проводится групповой сеанс АТ. Затем проводится групповая встреча, в рамках которой участники обсуждают свое нынешнее состояние, проговаривают свои переживания, сообщают об успехах и неудачах лечебного процесса, отчитываются о выполнении домашних заданий.

В ходе терапии формируется диссоциация в структуре аддиктивной личности двух *Я*: одно *Я* – слабое, зависимое от ПК, от игры, не знающее альтернативных форм работы с компьютером; другое *Я* – сильное, знающее цену своему слову, принявшее на себя ответственность, соблюдающее договор.

Основная задача этого этапа, по сути, сводится к диссоциации *Я*, в основе которой лежит трансформация "Эго-синтонической позиции" по отношению к зависимости в "Эго-дистоническую позицию", когда индивид может самостоятельно контролировать свое влечение, сознательно управлять своим состоянием и бороться с абстинентной симптоматикой. Особенно важным терапевтическим приемом являлась заимствованная из практики поведенческой терапии техника десенсибилизации "in sensu", мишенью работы по десенсибилизации были ситуации "разлучения" с персональным компьютером или мобильным устройством. После достижения состояния расслабления (подростки, освоившие АТ-1, легко достигают его за 1–2 минуты) пациенты вызывают (визуализируют) образы ПК, мобильного устройства, сцены игр, детали интерфейса сетевых сервисов. Главная задача на данном этапе – научиться наблюдать их без напряжения, без тревоги, без возбуждения – нейтрально и отстраненно. В случае возникновения тревоги, ажитации пациент открывает глаза, снова достигает полного расслабления, снова визуализирует образ. В ряде случаев десенсибилизации необходимо подвергать целый ряд значимых образов, например, "компьютер – включенный компьютер – запуск игры – типичные сцены игры (их может быть несколько) – победа в игре". Используются техники "пресыщения" in sensu. Как правило, в план работы группы включаются 1–2 поведенческих тренинга, направленных на отработку навыков установления межличностных отношений. После окончания групповой встречи для подростков и родителей проводятся краткие индивидуальные консультации в свободном режиме.

После окончания терапии в группах все без исключения подростки и их родители отмечают существенные позитивные изменения в состоянии. Во-первых, время, проводимое ежедневно за компьютером, составляет теперь в среднем около 1 часа. Во-вторых, работа за компьютером носит характер необходимой и достаточной: выполняются в основном те действия, в которых компьютер и его ПО выполняют инструментальную роль. В-третьих, взаимодействие со сверстниками происходит теперь в режиме реального общения. Кроме школы большин-

ство детей посещают спортивные секции, клубы по интересам, многие часто ходят с друзьями в кино, на прогулки, катаются на велосипеде и т.д. В-четвертых, повышается академическая успеваемость, появляются хобби, со слов педагогов, улучшается поведение на уроках. По данным катамнеза, через полгода стойкая ремиссия формируется у подростков, обнаруживавших первую стадию зависимости, в 89,5% случаев, у обнаруживавших вторую стадию зависимости, – в 76,5% случаев. Причины рецидивов – стрессовые ситуации, ссоры с друзьями и партнерами, конфликты в школе и дома, значительно реже – длительная соматическая болезнь (вынужденная изоляция).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Частота случаев достижения полугодовой ремиссии (более чем в 80% случаев) свидетельствует о высокой эффективности разработанных методов психотерапевтической помощи и программы психотерапевтической помощи. Предложенный тест-опросник, с учетом простоты его использования и возможности получения дифференцированной оценки степени риска, позволяет проводить скрининговую диагностику больших групп детей и подростков быстро и с минимальными финансовыми затратами.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Шкала оценки зависимости от персонального компьютера, Интернет и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему

Вопросы предъявляются в случайном порядке. Оценка производится в баллах в соответствии с выбранным респондентом вариантом ответа. Набранные баллы группируются в 4 субшкалы, в зависимости от набранных по ним баллов выводится итоговая оценка.

№	Вопросы	Варианты ответов и баллы			
		Никогда	Редко	Часто	Всегда
Субшкала 1 – Влечение					
1	Ваш ребенок в свободное от других занятий время мечтает только о том, чтобы побыстрее сесть за компьютер или взять в руки мобильное устройство	0	1	2	3
2	Ваш ребенок при возможности выбирать между разными вариантами проведения досуга останавливает свой выбор на взаимодействии с компьютером или мобильным устройством	0	1	2	3
3	Как только появляется малейшая возможность сесть за компьютер или взять в руки мобильное устройство, ваш ребенок немедленно делает это	0	1	2	3
4	Ваш ребенок готов без разбора посещать любые сайты, играть в любые игры, пользоваться любыми программами, лишь бы только пользоваться компьютером или мобильным устройством	0	1	2	3

5	Вы замечали, что, приступив к работе с компьютером или с мобильным устройством, ваш ребенок становится подвижным, возбужденным, у него дрожат руки, он пишет друзьям много сообщений, не обращая особого внимания на их смысл	0	1	2	3
6	Вы замечали, что если ребенок некоторое время (несколько дней, месяц) не мог воспользоваться компьютером или мобильным устройством, то снова получив его в свое распоряжение, он стал проводить за ним намного больше времени, чем прежде	0	1	2	3
	Минимальное число баллов – 0, максимальное – 18, группа риска – 9 и более, достоверно присутствует патологическое влечение – 12 и более.				

Субшкала 2 – Утрата контроля

7	Если ваш ребенок сел за компьютер или взял в руки мобильное устройство, чтобы поработать пять минут, он неизбежно просидит за ним час или два	0	1	2	3
8	Ваш ребенок ведет себя так, словно играет на компьютере или работает с мобильным устройством, хотя ни компьютера, ни планшета у него в настоящее время нет	0	1	2	3
9	Ваш ребенок использует для работы с интернет одновременно два или более устройств, хотя в этом нет технической необходимости*	0	1	2	3

10	Ваш ребенок использует для работы с интернет одновременно две или более программ, хотя в этом нет технической необходимости**	0	1	2	3
11	Ваш ребенок пользуется малейшей возможностью, чтобы продлить время взаимодействия с компьютером или мобильным устройством	0	1	2	3
12	Ваш ребенок всегда мечтает о приобретении нового компьютера или мобильного устройства, даже если его собственное – новое и ультрасовременное	0	1	2	3
	* – исключаются случаи, когда использование второго устройства является технически необходимым или оправданным, например, при получении на смартфон пароля для доступа к сетевым сервисам; ** – исключаются случаи, когда использование второй программы является технически необходимым или оправданным, например, использование программ-переводчиков или при импорте/экспорте содержимого из одного программного продукта в другой, при конвертации файлов				
	Минимальное число баллов – 0, максимальное – 18, группа риска – 9 и более, достоверно присутствует утрата контроля – 12 и более				

Субшкала 3 – Абстинентный синдром

13	Вы замечали, что у вашего ребенка, лишенного возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством***, меняется настроение, появляются головные боли, боли в мышцах, раздражительность, тревога****	0	2	4	6

14	Вы замечали, что ваш ребенок, лишенный возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством***, становится возбужденным, суетливым, он потеет, у него дрожат руки, он ищет компьютер (телефон) или замену им вплоть до пульта от телевизора или детской игрушки****	0	2	4	6
15	Вы замечали, что ваш ребенок, лишенный возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством***, совершает акты вандализма, рвет книги, ломает мебель, отказывается от еды, угрожает самоубийством****	0	2	4	6
16	Вы замечали, что ваш ребенок, лишенный возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством***, становится угнетенным, грустным, малоподвижным, монотонным, говорит тихим голосом, заявляет о бессмысленности своего существования****	0	2	4	6
17	Вы замечали, что ваш ребенок, лишенный возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством***, становится гневливым и агрессивным, сердитым и злым, лезет в драку и/или сам причиняет себе боль или повреждения, в том числе – опасные****	0	2	4	6

18	Вы замечали, что ваш ребенок, лишенный возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством***, становится демонстративным и капризным, жалуется на боли в разных частях тела, на удушье, головокружения, падает в обмороки, испытывает приступы страха, паники****	0	2	4	6
	*** – подразумевается, что лишение контакта с компьютером или мобильным устройством носит продолжительный характер **** – чтобы ваш ответ был утвердительным, достаточно наличия одного из перечисленных в вопросе симптомов				
	Минимальное число баллов – 0, максимальное – 36, группа риска – 12 и более, достоверно присутствует абстиненция – 18 и более				

Субшкала 4 – Рост толерантности и поглощенность активностью

№	Вопросы	Варианты ответов и баллы	
		Нет	Да
19	Ваш ребенок тратит на взаимодействие с компьютером и/или мобильным устройством в среднем более 2 часов в день и это время день за днем увеличивается*****	0	6
20	Ваш ребенок, если его не ограничивать, проводит за компьютером или с мобильным устройством все свое время, в ущерб посещению школы, питанию, ночному сну	0	6
21	Создаваемые вашим ребенком в сети виртуальные образы (в социальных сетях, на форумах, в чатах, в сетевых играх) значительно отличаются от реального (в том числе – по возрасту, полу)	0	6

22	У вашего ребенка отмечается резкое сужение круга интересов, фиксация на игре или сетевой активности, сопровождавшиеся эмоциональной вовлеченностью, поглощенностью своими игровыми успехами или накоплением виртуальных друзей на своей странице в социальной сети	0	6
23	У вашего ребенка отмечается перенос в сферу сетевой активности большинства социальных контактов и многих социальных и даже биологических по своей природе действий, в частности – творческой активности, просмотра кинофильмов и прослушивания музыки, установления дружеских и партнерских отношений, вплоть до виртуальных сексуальных контактов	0	6
24	У вашего ребенка в связи с многочасовой ежедневной сетевой активностью, требующей значительных психических и физических усилий, отмечались выраженное переутомление, формирование астено-невротических реакций (заикания, тиков, обморочных состояний, энуреза, хронической головной боли и других)	0	6

***** – исключаются случаи, когда работа за компьютером или с мобильным устройством объективно является необходимой (например, для получения высоких результатов в учебе, спорте или хобби); включаются игры, посещение сайтов развлекательной тематики, социальных сетей и т.д.

Минимальное число баллов – 0, максимальное – 36, группа риска – 12 и более, достоверно присутствует рост толерантности и поглощенность активностью – 18 и более

Варианты ответов респонденту после завершения тестирования

Вариант 1. Шкала "влечение" – меньше 9 баллов, шкала "утрата контроля" – меньше 9 баллов, шкала "абстинентный синдром" – меньше 12 баллов, шкала "рост толерантности и поглощенность" – меньше 12 баллов.

Ответ 1: В результате тестирования по шкале оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, у вашего ребенка не выявлено признаков интернет-аддикции. Если продолжаете сомневаться, обратитесь с ребенком к врачу для очной консультации.

Вариант 2. Шкала "влечение" – больше 9, но меньше 12 баллов и/или шкала "утрата контроля" – больше 9, но меньше 12 баллов, шкала "абстинентный синдром" – меньше 12 баллов, шкала "рост толерантности и поглощенность" – меньше 12 баллов.

Ответ 2: В результате тестирования по шкале оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, у вашего ребенка не выявлено достоверных признаков интернет-аддикции, однако имеется значительный риск ее формирования. Пожалуйста, обратитесь с ребенком к врачу, на данном этапе возможна успешная профилактика дальнейшего развития зависимости.

Вариант 3. Шкала "влечение" – больше 12 баллов и/или шкала "утрата контроля" – больше 12 баллов, шкала "абстинентный синдром" – меньше 12 баллов, шкала "рост толерантности и поглощенность" – меньше 12 баллов.

Ответ 3: В результате тестирования по шкале оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему у вашего ребенка с высокой вероятностью имеется интернет зависимость, предположительно 1 стадии. Пожалуйста, обратитесь с ребенком к врачу для верификации диагноза и разработки индивидуальной программы лечения и реабилитации.

Вариант 4. Шкала "влечение" – больше 12 баллов и/или шкала "утрата контроля" – больше 12 баллов, шкала "абстинентный синдром" – больше 12, но меньше 18 баллов и/или шкала "рост толерантности и поглощенность" – больше 12, но меньше 18 баллов.

Ответ 4: В результате тестирования по шкале оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему у вашего ребенка с высокой вероятностью имеется интернет зависимость, предположительно 1 стадии с намечающимся переходом во 2 стадию. Пожалуйста, обратитесь с ребенком к врачу для верификации диагноза и разработки индивидуальной программы лечения и реабилитации.

Вариант 5. Шкала "влечение" – больше 12 баллов и/или шкала "утрата контроля" – больше 12 баллов, шкала "абстинентный синдром" – больше 18 баллов и/или шкала "рост толерантности и поглощенность" – больше 18 баллов.

Ответ 5: В результате тестирования по шкале оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему у вашего ребенка с высокой вероятностью имеется интернет зависимость, предположительно 2 стадии. Пожалуйста, обратитесь с ребенком к врачу для верификации диагноза и разработки индивидуальной программы лечения и реабилитации.

Вариант 6. Шкала "влечение" – меньше 12 баллов и шкала "утрата контроля" – меньше 12 баллов, шкала "абстинентный синдром" – больше 12 баллов и/или шкала "рост толерантности и поглощенность" – больше 12 баллов.

Ответ 6: В результате тестирования по шкале оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему относительно состояния вашего ребенка получены противоречивые данные, не поддающиеся интерпретации. Пожалуйста, понаблюдайте за ребенком внимательно несколько дней и повторите тестирование или обратитесь с ребенком к врачу для очной консультации.

Зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ (клиника, диагностика, лечение)

Методические рекомендации

Заведующая редакцией *Н.Б. Гончарова*

Редактор *М.М. Игнатенко*
Компьютерная верстка *М.М. Абрамовой*

Подписано в печать 11.05.18 г.
Формат 60x84/16. Гарнитура Century Schoolbook.
Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 1,75.
Тираж 50 (май).

Федеральное государственное бюджетное учреждение
"Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского" Министерства здравоохранения Российской Федерации
119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.