

Преступления в интернет-среде с участием несовершеннолетних и их медико-психологическая профилактика

Аналитический обзор

Заведующая редакцией Н.Б. Гончарова

Редактор Л.Б. Абрамова

Компьютерная верстка М.М.Абрамовой

Подписано в печать 16.07.2021 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 3,5.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
“Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации
119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

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

Л.О. Пережогин, В.Д. Бадмаева,
Е.В. Макушкин, Е.А. Урдина

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
И РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ,
ЗАВИСИМЫХ ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА,
ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ,
ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ДОСТУП В СЕТЬ

Методические рекомендации



Москва - 2021

УДК
ББК
П 27

Методические рекомендации подготовлены в Отделе социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России доктором медицинских наук **Л.О. Пережогиным**, доктором медицинских наук **В.Д. Бадмаевой**, доктором медицинских наук, профессором **Е.В. Макушкиным**, младшим научным сотрудником **Е.А. Урдиной**

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России «___» _____ 2021 года, Протокол № ____ .

Рецензенты:

Харитонов Н.К. – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России;

Злоказова М.В. – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России.

П27 Пережогин Л. О., Бадмаева В. Д., Макушкин Е. В., Урдина Е. А.
Психотерапевтическая помощь и реабилитация несовершеннолетних, зависимых от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ в сеть: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2021. – с.

Рассмотрены теоретические и практические аспекты психотерапевтической лечебной помощи и реабилитации детей и подростков при зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ. Разработаны оригинальные программы клинической психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии, которые могут быть использованы также на отдаленных этапах лечения в качестве реабилитирующих и ресоциализирующих техник.

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

ББК

© Пережогин Л. О., Бадмаева В. Д.,
Макушкин Е. В., Урдина Е. А., 2021

© ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В. П. Сербского»
Минздрава России, 2021.

Список сокращений

АТ – аутогенная тренировка
АТ-I – аутогенная тренировка первой ступени
АТ-II – аутогенная тренировка второй ступени
БОС – биологическая обратная связь
ВУЗ – высшее учебное заведение
ДЗМ – Департамент здравоохранения г. Москвы
КДЦ – консультативно-диагностический центр
КДО – консультативно-диагностическое отделение
КПТ – когнитивно-поведенческая терапия
МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра
ОРВИ – острая респираторно-вирусная инфекция
ПК – персональный компьютер
ППК – планшетный персональный компьютер
ПАВ – психоактивные вещества
ПО – программное обеспечение
РАС – расстройства аутистического спектра
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. В клинической практике все чаще встречаются подростки, обнаруживающие зависимость от интернет-активности в ее различных формах. Доминирующими видами злоупотребления интернетом являются многопользовательские видеоигры, социальные сети и мессенджеры, просмотр в сети порнографической продукции, совершение бессмысленных покупок в онлайн-магазинах, азартные игры (включая сетевые казино). 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. Несмотря на неутрачивающиеся среди исследователей споры о природе ассоциированного с интернет-аддиктивного поведения, специалисты в области детской и подростковой психиатрии все чаще вынуждены решать сугубо практические задачи: оказывать помощь вовлеченным в зависимое поведение детям и подросткам. Распространенность интернет-зависимости в последние годы достигает по самым оптимистичным оценкам 1-2% населения (в среднем в исследованиях фигурируют цифры 6-8% среди детей и подростков), это состояние обнаруживает высокую коморбидность с другими видами зависимого поведения, с депрессиями, расстройствами пищевого поведения, высокими показателями суицидального риска. В связи с высокой опасностью интернет-зависимости для психического здоровья детей и подростков в некоторых странах созданы специализированные клиники для ее лечения. Современная концепция терапии интернет-зависимости базируется на трех основных принципах: 1) использование фармакологической терапии, направленной на купирование острого влечения к сетевой активности и проявлений синдрома отмены, 2) использование групповой психотерапии, в частности, групп встреч (по аналогии с группами встреч у «Анонимных алкоголиков»), групп полимодальной психотерапии, тренинговых групп (в основном – профилактической направленности) и 3) использование сочетанных программ, включающих индивидуальную и групповую психотерапию и фармакологическую поддержку. Клинический опыт показывает, что по числу достигнутых устойчивых ремиссий именно комплексные программы дают наилучший результат.

Цель настоящих рекомендаций – дать представление о клинической картине зависимости от ПК и интернета, о технике терапевтического вмешательства и показать результаты психотерапевтического воздействия на преморбидно психически здоровых несовершеннолетних. Кроме того, техники когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) могут быть широко

использованы в рамках профилактических тренингов и занятий в группах реабилитации.

Рекомендации основаны на результатах исследования, проведенного в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ на клинической базе неврологического отделения КДЦ Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ и на базе КДО ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ¹. 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 ПК, 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 – 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,

¹ Основные результаты данных исследований изложены в работе **Пережогин Л. О., Шалимов В. Ф., Казаковцев Б. А.** Зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ (клиника, диагностика, лечение) // Российский психиатрический журнал № 2 - 2018. - с. 19-30.

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 возникает 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, метаморфозий и аутометаморфозий, 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, ПК, 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, использованию нескольких окон параллельно, 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, так 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

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) ПК. 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 следующее:

- 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 («пису», «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) клиническую основу 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 проявления депрессии: сопутствующее снижению аппетита, потеря веса, тревога, понижение 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 психическое расстройство было диагностировано 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. В некоторых случаях зафиксировано навязчивое мытье рук.

При формирующихся расстройствах личности и 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 дисгармонии преобладают симптомы демонстрации многочисленных «соматических» жалоб 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 у подростков часто возникают дисфорические состояния, сопровождающиеся резким изменением настроения, с агрессией и аутоагрессией, реальными суицидальными попытками. При преобладании астенических личностных черт проявления абстиненции ограничиваются вегетативной симптоматикой и снижением физической активности, 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;
- 2) 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 астено-невротических 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.

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 ПК, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, построенная по

феноменологическому принципу (феноменологический опросник)². 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. Важным аспектом является то, что данная Шкала *не предназначена для самодиагностики*. Отвечать на вопросы, поставленные в Шкале 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 клиническая практика, может существенно различаться.

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 препаратов СИОЗС, а среди них – 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, который запрещен к применению в РФ. Клиническую альтернативу ему 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

² Подробное изложение принципов скрининговой оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, содержится в публикациях: **Пережогин Л. О.** Выявление детей и подростков группы риска по формированию зависимости от интернет и мобильных средств доступа к нему // Вопросы наркологии № 6 -2 017. - с. 124-126.

купирования острого влечения доказан эффект карбамазепина и вальпроатов в средних дозах³.

В целом отмечается устойчивая тенденция использовать сочетанную терапию, применяя на раннем этапе фармакологические средства в высоких и средних дозах, по мере купирования острых состояний – психотерапию в сочетании со средними и низкими дозами тех же препаратов.

Из методов психотерапии лидером в лечебной практике является КПТ в индивидуальной (чаще) или групповой форме. Типичная программа КПТ включает от 8 до 28 терапевтических сессий продолжительностью от одного до 3-4 часов. Программа психотерапии, 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 и 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 и 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.

³ Подробное изложение принципов терапии зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, содержится в публикациях: Пережогин Л.О. Интернет-зависимость в фокусе клинической психиатрии: итоги 20 лет клинических исследований // Образование личности № 3 - 2017. - с. 19-34; Пережогин Л.О. Интернет-зависимость в фокусе биологической психиатрии. Итоги 20 лет нейробиологических исследований. // Психическое здоровье № 12 - 2018. - с. 75-83.

ПРОГРАММА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Классической формой психотерапевтической работы с детьми и подростками является полимодальная клиническая психотерапия. Следует учитывать факт, что полимодальная терапия имеет ряд противопоказаний, поэтому приступать к ней необходимо строго после завершения психиатрической диагностики и назначения врачом-психиатром лечения, направленного на купирование влечения и проявлений синдрома отмены. Несовершеннолетним с РИПС, РАС, иными расстройствами психотического регистра, эпилепсией, выраженными на клиническом уровне некупированными расстройствами аффективного спектра, несовершеннолетним, злоупотребляющим алкоголем или употребляющим ПАВ, подросткам, категорически отказывающимся от психотерапевтической помощи, в том числе – по настоянию родителей или в силу своеобразных религиозных убеждений – клиническая психотерапия не показана. Идеальной мишенью для полимодальной клинической психотерапии являются несовершеннолетние, обнаруживающие зависимость от ПК и интернета, сформировавшуюся на почве преморбидного психического здоровья.

Психотерапевтическую работу в рамках полимодальной клинической психотерапии 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 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 нейтрализующего (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 к 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 значительно 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 равнодушное 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 ПК 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 большинство 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).

В основе использования КПТ интернет-зависимости лежит когнитивно-поведенческая модель зависимости от ПК, видеоигр и интернета, предложенная в 2001 году Р. Дэвисом. Концепция модели опирается на классические принципы КПТ А. Бека.

По мнению Р. Дэвиса, интернет-зависимость представляет собой патологическое использование интернета. Он различает специфическое патологическое использование интернета, когда объектом зависимости является какая-либо его отдельная функция, как правило, имитирующая или дублирующая аналогичные аспекты поведения лица, страдающего зависимостью, осуществляемые и вне интернета – гэмблинг, просмотр порнографии, обмен фотографиями, чтение новостей и т.д. и генерализованное патологическое использование интернета, когда интернет начинает использоваться без каких-либо специальных целей – социальные сети, чаты, электронная почта и т.д. Для развития и поддержания патологического использования интернета в рамках когнитивно-поведенческой модели выделяются 2 группы факторов: 1) проксимальные факторы, т.е. исходная когнитивно-поведенческая дезадаптация и 2) дистальные факторы, т.е. имеющиеся психические расстройства, включая эндогенную патологию, депрессии, тревожные расстройства, зависимости. В основе зависимости лежат, таким образом, глубинные убеждения о своей неполноценности, уязвимости, необходимости создать себе надежное укрытие, получить защиту или возможность действовать скрытно и анонимно. В результате у лиц с формирующейся зависимостью возникает общее ощущение, что интернет – единственное место, где можно чувствовать себя хорошо. Одними из важнейших элементов, обуславливающих формирование зависимости, становится снижение уровня внутренней тревоги во время работы в сети и утрата чувства течения времени, что позволяет не испытывать на субъективном уровне восприятия проблем вследствие тотальной прокрастинации. Когнитивно-поведенческая модель зависимости от ПК, видеоигр и интернета обосновывает подходы к КПТ интернет-зависимости и сопровождающего ее дезадаптивного поведения. Несмотря на тенденциозность модели, попытки Р. Дэвиса соотносить все проявления зависимого поведения исключительно с постулатами КПТ, эффективность КПТ при интернет-зависимости доказана на практике.

Клинический опыт показывает, что индивидуальная терапия, в том числе с использованием ресурсов семьи зависимого от интернет ребенка, предшествующая терапии в группе, существенно улучшает итоговые терапевтические результаты. В ходе индивидуальной терапии значительно легче и быстрее формируется терапевтический альянс. Вместе с работой над основной проблемой – дезадаптивным и дисфункциональным использованием интернета – вскрываются и частично прорабатываются коморбидные состояния. Индивидуальные сеансы (как правило 8-10 встреч) и последующая групповая работа сохраняют цельную, последовательную логику терапии. Ряд зарубежных работ, посвященных КПТ интернет-зависимости, предполагают параллельное использование индивидуальных и групповых сессий. По мнению авторов, индивидуальные встречи позволяют прорабатывать те индивидуально-значимые аспекты зависимости, которые не удалось полноценно осветить в ходе групповой терапии.

Наш клинический опыт показал, что сочетание индивидуальной и групповой терапии – тактически верный терапевтический подход. В процессе индивидуальной терапии могут обсуждаться темы, которые напрямую не имеют отношения к интернет-зависимости, но очень важны, например – проблемы в учебе, выбор профессии, отношения с родителями. Работа над этими темами помогает усиливать мотивацию подростков. В рамках индивидуальной терапии могут обсуждаться и такие вопросы, которые пациентам неловко обсуждать в группе, например, интимные отношения с партнерами, использование сетевой порнографии, семейные ссоры. Поскольку пациент и терапевт в ходе терапии постоянно взаимодействуют друг с другом, они совместно вырабатывают и корректируют план терапии, обсуждают текущее состояние пациента и его достижения. Стержневым элементом терапии на данном этапе является сокращение времени дисфункционального использования интернета, исключение действий, обладающих самым высоким аддиктивным потенциалом (в частности, сетевых видеоигр), осознание своего поведения в сети как эго-дистонического. Пациенты всячески поощряются к активному поиску и обсуждению причин изменения поведения и способов, которыми изменения могут произойти с их точки зрения. Самостоятельное планирование изменений и высокая включенность в процесс терапии повышает самооценку пациентов. Индивидуальная терапия, за счет более глубокого терапевтического альянса, может оказаться важным элементом для формирования у пациентов мотивации на лечение, в том числе – на участие в групповой терапии. В процессе индивидуальной терапии решаются следующие цели и задачи: пациенту и его законным представителям разъясняется порядок терапевтической работы, ставятся условия, без выполнения которых терапия будет обречена на неуспех; в ходе сеансов осуществляется поиск автоматизированных мыслей, устанавливается их связь с настроением и характером влечения к интернет и обусловленным зависимостью действиям в нем, выявляются триггеры, отвечающие за запуск патологического поведения, происходит дистанцирование от мыслей и убеждений, характеризующих зависимую личность, осуществляется формирование новых убеждений.

Наш собственный опыт индивидуальной терапевтической работы больше соответствовал полимодальной терапии, использующей приемы и техники из различных терапевтических направлений, среди которых часто применялись элементы КПТ.

Важной особенностью КПТ является возможность ее использования в качестве лечебной, профилактической и реабилитационной терапии. В рамках профилактической работы акцент в группе смещается на формирование навыков утилитарного использования интернета и развитие альтернативных способов получать удовольствие, повышать свою значимость в референтной группе, добиваться успеха. В рамках реабилитационной работы КПТ выполняет роль поддержки, и по сути,

является пролонгированной формой индивидуального и/или группового терапевтического опыта.

Групповая КПТ интернет-аддикции включает в себя, как правило, 15-20 групповых встреч и занимает по продолжительности от 3 до 6 месяцев. Анализируя многочисленную зарубежную литературу, посвященную КПТ и другим видам терапии аддиктивного поведения, нами разработан собственный сценарий групповой КПТ, ориентированный на подростков 13-16 лет, который использовали в ходе проведения терапевтических групп. В группы приглашали подростков с высокой мотивацией отказа от аддиктивного поведения, достаточным уровнем абстрактного мышления, хорошей памятью, высокими показателями интеллекта, имевших до возникновения интернет-аддикции хорошую академическую успеваемость в школе, в спорте, занимавшихся творчеством или другим хобби. Особое внимание уделялось при отборе подростков в группу поддержке, которую подростку оказывали члены его семьи. С подростком и с его законными представителями предварительно проговаривались цели и задачи работы в терапевтической группе, разъяснялись принципы терапии, правила групповой работы. В группу принципиально отбирались подростки, не имевшие до возникновения у них интернет-зависимости каких-либо психических расстройств, а к началу работы, преодолевшие самые тяжелые явления абстиненции.

На **первом сеансе** происходило знакомство, ставились задачи интеграции в группе всех пациентов, чтобы предотвратить уходы из группы, формировалась мотивация на воздержание от злоупотребление интернетом, особенно – играми. Необходимо отметить, что многие подростки высказывали желание продолжить пользоваться интернетом, предполагая, что будут использовать его продуктивно – для учебы, хобби, просмотра фильмов. Этот вопрос детально обсуждался в группе. На наш взгляд, не следует в качестве цели терапии ставить полный отказ от интернета, напротив, необходимо ограничивать лишь от патологических форм его использования, формируя установку на применение сетевого доступа в качестве средства связи, рабочего инструмента (утилитарное пользование).

Учитывая, что продолжительность абстинентного периода у детей и подростков составляет от 2 до 8 недель, в этот период необходимо обеспечить подросткам дополнительные психотерапевтические встречи в индивидуальном режиме и психофармакологическую терапию (по необходимости).

Анализ проблем, возникающих при воздержании, удобнее проводить с заполнением терапевтического дневника. Чем подробнее описывается обычное, рутинное, ежедневное поведение (которое обычно осуществляется спонтанно, автоматически), тем выше достигается уровень самоконтроля. Особенное внимание необходимо уделять спонтанному (5-10 раз за день) контролю за мыслями и чувствами («О чем я сейчас думаю? Что я чувствую?»), содержанию сновидений и физическому самочувствию. Анализ

содержания дневниковых записей очень важен как для оценки общего состояния пациентов, в частности, для выявления аффективных нарушений, суицидального риска, так и для оценки риска рецидивов, обнаружения триггерных механизмов, запускающих процесс реализации влечения к сетевой активности. Многие подростки отмечают, что ведение протокола сетевой активности резко снижает влечение к ней. В то же время часто случается, что пациенты младшего подросткового возраста (12-14 лет), формально выполняя все указания врача, манкируют домашними заданиями, включая ведение дневника, что иногда свидетельствует о низкой мотивации, а иногда – об общем нарушении самоорганизации, характерной для всех сфер жизни подростка. В данном случае желательно подключить к терапии родителей, возложив на них ответственность за совместное выполнение домашних заданий, обсуждение самочувствия, инициативу по организации альтернативной деятельности. В то же время в рамках индивидуальной терапии важно проработать с такими подростками вопросы развития самостоятельности, ответственности, проявления инициативы.

На **втором сеансе** основной темой обсуждения в группе являются триггеры интернет-аддикции. Пациентам объясняется патогенез аддиктивного поведения и роль влечения к совершению аддиктивно-обусловленных действий. Необходимо научить пациентов понимать, какие их поступки и обстоятельства приводят к обострению влечения и запуску аддиктивного поведения. Зависимость от интернета меняет внутреннее восприятие пациентов, аддиктивное поведение воспринимается часто как особый процесс, подросток испытывает чувства, близкие по характеру к экстатическим: ощущает себя могущественным, наделенным волшебными силами, исключительно эротически привлекательным, мудрым, прозорливым. С этими ощущениями не хочется расставаться и нелегко справиться. Подросткам следует в доступной форме объяснить биологические механизмы этих процессов и социальные последствия зависимого поведения. Анализ дневниковых записей позволяет довольно быстро выявить типичные ситуации, которые провоцируют аддиктивное поведение. Более того, при тщательном анализе удастся выявить три вида триггеров: триггеры, которым пациент относительно легко способен противостоять; триггеры, которым он может противостоять, используя все ресурсы для внутреннего сопротивления (концентрация внимания на этих ресурсах составляет бесценный индивидуальный опыт пациента) и триггеры, противостоять которым пока не удастся. Пациент должен научиться их избегать, но также и пытаться распространить на них свой опыт преодоления других триггеров. Пациенты, которым за неделю удалось справиться с некоторыми триггерами, должны поделиться своим успехом. В случае, если у кого-то из пациентов случился рецидив, этот вопрос следует обсудить в контексте поднятия самооценки этих пациентов.

На **третьем сеансе** работа строится вокруг поисков альтернативных видов деятельности, которым могут посвятить себя пациенты; также

продолжается работа с триггерами и с поиском ресурсов для преодоления влечения. Обсуждаются успешные попытки воздержания от сетевой активности, модели поведения при взаимодействии с членами семьи и с друзьями, в том числе – в контексте избегания сетевой активности, спровоцированной ими. Особое внимание уделяется поиску факторов, усиливающих персональное чувство успеха, ощущение выполненных целей и задач, собственной социальной важности, значимости. Обсуждается поведение в ситуации риска рецидива: индивидуальные стратегии отказа, использования личных «убежищ» (спортивный зал, поход в кинотеатр, велопрогулки, походы в лес, рыбная ловля). Удачные стратегии обязательно следует обсудить на индивидуальных встречах. Часто альтернативное поведение начинает восприниматься подростками негативно, поскольку требует определенных усилий (спорт, хобби) или не приносит ощущения успеха, социального признания. В данном случае поддержка со стороны группы имеет решающее значение.

На **четвертом сеансе** в группе обсуждается проблема зависимого поведения в целом. Можно провести сравнение зависимости от наркотиков, алкоголя и интернет. Отдельные феномены зависимости обсуждаются в группе – как общее явление и как индивидуально пережитые феномены. Задача данного этапа – сформировать более глубокое понимание личных проблем, а также показать, что в сравнении с рядом состояний интернет-зависимость далеко не самая тяжелая. Обсуждаются проблемы, связанные как с влечением, так и с воздержанием, объясняется происхождение и характер абстинентного синдрома и механизм действия препаратов, которые используют в качестве терапии поддержки. Полезно проанализировать позитивные и негативные стороны зависимого поведения и воздержания, например, в форме групповой «экономической» игры.

На **пятом сеансе** прорабатывается модель развития зависимости в контексте противопоставления индивидуальных факторов риска и сдерживающих факторов. Каждый участник группы должен понять, что его состояние – результат взаимодействия многих факторов, делающих его случай во многом непохожим на случаи других участников. Разъясняется один из ведущих элементов патогенеза – стрессогенный эффект интернет, объясняется и обсуждается индивидуальное реагирование на определенные стимулы. Можно провести опыт, выполняя *in sensu* определенные действия (этот опыт можно использовать в рамках индивидуальной терапии для десенсибилизирующих упражнений), и фиксируя колебания пульса и артериального давления, как четкие индикаторы стресса. Индивидуальные особенности реагирования можно обсудить в группе. Это поможет каждому участнику группы ответить на такие вопросы: «Как я стал играть / злоупотреблять социальными сетями?», «Почему я получаю от этого удовольствие?», «Что является лично для меня главным фактором, затрудняющим отказ от аддиктивного поведения?».

На **шестом и седьмом сеансах** основное время посвящено анализу автоматических мыслей. Это один из ключевых подходов КПТ. Автоматические мысли могут быть связаны с эмоциональными переживаниями (бегство от конфликта) или желанием приобрести известность (например, благодаря социальным сетям), или иметь характер «разрешений» (например, поиграть час-другой после школы). Поскольку игра и другие формы сетевой активности сопровождаются эйфорией, запускается механизм формирования зависимости, распознавание автоматических когнитивных и поведенческих процессов и их нивелирование в процессе терапии может быстро привести к распаду патологического цикла. Еще одним важным элементом терапии на данном этапе является разрушение аутоидентификации со своим сетевым образом, что может достигаться и путем визуальной переработки. В зарубежной литературе описано формирование негативного отношения к своему сетевому поведению с использованием скриншотов собственных сетевых действий, включая свои аватары (так называемая экспозиционная терапия). Рассматривание скриншотов своего сетевого поведения позволяет оценить, как когнитивные реакции на взаимодействие с сетевыми ресурсами, так и эмоциональные переживания, в том числе вследствие высокого сродства с аватарами, выполняющими по сути роль образов «Я-идеального» (феномен метаперсонификации), вытесняяющих реалистическое переживание собственного «Я», в том числе – благодаря поддержке сетевого сообщества, адресованной сконструированному образу в значительно большей степени, чем реальному. Наряду с описанной техникой мы разработали и несколько иную стратегию работы: важным терапевтическим приемом являлась заимствованная из практики поведенческой терапии техника десенсибилизации «in sensu», мишенью работы по десенсибилизации были ситуации разлучения с ПК или мобильным устройством. После достижения состояния расслабления пациенты вызывают (визуализируют) образы ПК, мобильного устройства, сцены игр, детали интерфейса сетевых сервисов. Главная задача на данном этапе научиться наблюдать их без напряжения, тревоги и возбуждения – нейтрально и отстраненно. В случае возникновения тревоги, ажитации, пациент открывает глаза, снова достигает полного расслабления и визуализирует образ. Порой 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.

Работа с образами продолжается и **на восьмом сеансе**. В ходе его поднимаются важные вопросы, требующие терапевтической переработки, в частности, содержание индивидуальных переживаний при работе с образом, позитивная или негативная оценка образа в целом или его деталей, характер желаемых изменений, возможности трансформации образа в плане приобретения им большей реалистичности. Параллельно в целях

профилактики рецидивов пациентам предлагается перенос своих позитивных ощущений от сетевой активности на реальную жизнь: друзей, членов семьи, одноклассников, занятия спортом, творчество, учебный процесс. В зарубежной литературе на данном этапе терапии часто рекомендуют использовать «ритуалы прощания», например, «прощальные письма», адресованные своему зависимому поведению, сожжение заранее заготовленных распечаток аддиктивных действий и т.д. Следует заметить, что по нашему опыту, подобные действия обычно стимулируют у подростков резкие аффективные реакции, как правило, депрессивного характера, и прежде, чем использовать такой прием, терапевт должен быть уверен, что справится с последствиями его применения.

На **девятом сеансе** фокус внимания сосредоточен на укреплении самооценки и создании собственного позитивного образа вне сетевого поведения. В дальнейшем, по мере развития этого образа и формирования навыков самопрезентации он может быть использован для отработки навыков установления социальных контактов. Это очень важно, поскольку степень зависимости от интернет напрямую коррелирует с низкой самооценкой. Таким образом, достижение общественного признания через альтернативные действия, снижает влечение к аддиктивным действиям в интернет. Одним из важных когнитивных открытий, совершаемых в ходе терапии, является факт, что чем больше действий совершает ребенок вне сети, тем выше у него шансы на достижение признания в обычной жизни. В качестве домашнего задания подросткам поручают расспросить своих друзей и знакомых, каких реальных поступков от них ждут, и каким будут особенно рады. С одной стороны, ставится задача сосредоточиться на своих позитивных мыслях, действиях, с другой стороны – бороться с внутренним критицизмом, подвергать свои негативные мысли анализу, вытесняя их позитивными суждениями, подкрепляя последние действиями.

На **десятом и одиннадцатом сеансах** обсуждают развитие личности участников. Поскольку в группе подростки 13-16 лет, то особенно актуальными темами для обсуждения становятся взросление, самостоятельная жизнь после окончания школы, создание собственной семьи (установление партнерских отношений), работа, достижения в будущей профессии, карьера. Многие подростки признаются, что мысли о будущем заставляют их переживать неприятные эмоции: они склонны тревожиться относительно событий, связанных с окончанием школы, выпускными экзаменами, поступлением в ВУЗы, поиском работы. Большинство честно сообщают, что стоят перед непростым выбором: приобретать все больше самостоятельности, свободы, что требует и соответствующего уровня ответственности за собственные решения, или оставаться в рамках детских поведенческих стереотипов, сохраняя зависимость от родителей, ведя пассивный, часто паразитический образ жизни, но избегая бремени принятия решений. Парадоксально, но именно второй сценарий оказывается более сильным стрессором и способствует формированию зависимого поведения.

Также обсуждаются и другие стрессовые события: развод родителей, болезни и смерть членов семьи, переезды и смена учебных заведений, разрыв близких отношений. Стрессовые события соотносятся с развитием зависимого поведения.

На **двенадцатом сеансе** дискутируются проблемы возникновения рецидивов и стратегии их предотвращения. Акцент делается на соблюдение режима дня, поддержание социальных контактов, здоровый сон, занятия спортом и хобби. Участники группы рассказывают о своих ежедневных занятиях. Анализируется опыт участников, перенесших рецидивы в период работы в группе. Обсуждается выявление триггеров патологической активности и стратегии по их дезактуализации.

На **тринадцатом и четырнадцатом сеансах** подводятся итоги работы в группе. Проговариваются (хотя бы в общем плане, на уровне сценариев) любые вопросы, которые возникают у участников, предпринимаются попытки установить их связь с зависимым поведением (в прошлом) или его преодолением. Обсуждаются произошедшие за время работы в группе изменения – в поведении, в самооценке, в образе жизни, достижения. Подытоживаются успехи в преодолении зависимого поведения, а также сомнения и опасения, связанные со скорым завершением терапии.

На итоговом, **пятнадцатом сеансе** обсуждаются вопросы ближайшего и отдаленного (5-10 лет) будущего. Пациенты пишут итоговое эссе и «сценарий» своей жизни и личностной эволюции на ближайший год. Получают итоговые рекомендации от терапевта. Для ряда пациентов, в индивидуальном режиме назначаются терапевтические встречи (в частности, для лиц, получающих поддерживающую фармакологическую терапию). После завершения групповой терапии с подростками обязательно проводится итоговое родительское собрание, на котором подростки не присутствуют.

При проведении КППТ в группах подростков 13-16 лет предварительные данные позволяют предполагать эффективность не ниже 70%. Сходные показатели приводят и зарубежные авторы. Вероятно, среди решающих факторов, обеспечивающих успех терапии, следует выделить активное участие членов семьи подростков в их реабилитации, наличие у подростков реальных достижений в учебе, спорте и творческой деятельности. Также вероятно, что у подростков мужского пола как формирование симптомов зависимости, так и ее преодоление происходит быстрее, чем у девушек сопоставимого возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученный нами опыт психотерапевтической помощи при интернет-зависимости свидетельствует о различной степени ее успешности в зависимости от состава терапевтических групп и от выбранного вида психотерапии. При проведении полимодальной психотерапии по данным катамнеза, через полгода стойкая ремиссия формируется у подростков,

обнаруживавших 1 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). Кроме того, очевидно, что итоги психотерапевтической работы существенным образом зависят от использования медикаментозной терапии (при сочетании психотерапии с фармакологической терапией результаты лечения сравнительно лучше), возраста участников группы (у подростков старшего возраста эффективность терапии выше). Частота случаев достижения полугодовой ремиссии (более, чем в 80% случаев), свидетельствует о высокой эффективности разработанных методов и программы психотерапевтической помощи.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
И РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ,
ЗАВИСИМЫХ ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА,
ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ,
ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ДОСТУП В СЕТЬ

Методические рекомендации

Заведующая редакцией	Н. Б. Гончарова
Редактор	М. М. Игнатенко
Компьютерная верстка	М. М. Абрамова

Подписано в печать XX.XX.XXXX
Формат 60x84,16 Гарнитура
Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 2,0
Тираж XXX

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и
наркологии имени В.П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23