

Синдром отмены при зависимости от Интернета и мобильных средств доступа к нему

ПЕРЕЖОГИН Л.О. д.м.н., ведущий научный сотрудник; e-mail: drlev.ru@yandex.ru

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; 119992, Москва, Кропоткинский пер., 23

В работе на основании 110 клинических наблюдений предпринята попытка клинического описания синдрома отмены при зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных средств доступа к нему в подростковом возрасте. Выявлены существенные различия в протекании абстинентных реакций у исходно психически здоровых детей и детей с психическими расстройствами, осложнёнными зависимостью от Интернета.

Ключевые слова: дети, подростки, интернет, зависимость, мобильные средства доступа, психотерапия, синдром отмены, фармакотерапия

Несмотря на то, что интернет-зависимость не включена пока в перечень психических расстройств МКБ-10, большинство исследователей признают существование этого клинического феномена [1—3, 6, 9, 10]. Однако до настоящего времени продолжают споры относительно того, к какой категории психических расстройств его следует отнести — к расстройствам поведения (F 91), к расстройствам влечения (F 63) или к расстройствам, связанным с употреблением ПАВ (категория F 1x.2). Весомые доводы в пользу своей позиции имеются у всех спорящих сторон.

Однако, анализируя критерии зависимости от интернета и персонального компьютера, предложенные зарубежными авторами [8, 10—12], первыми начавшими изучать этот феномен, невольно обнаруживаешь их сходство с критериями первой стадии зависимостей, описываемых МКБ-10 (утрата контроля за использованием, эмоциональная поглощённость, безуспешные попытки самоконтроля, эйфоризирующее воздействие), в то время как в наших собственных исследованиях [4, 5], выполненных на несколько лет позже, преобладают критерии, соответствующие более второй и третьей стадиям зависимости по МКБ-10 (невозможность обходиться без сетевой активности, компульсивное влечение к сетевой активности, деградация социальных связей и т.д.). Складывается впечатление, что за те несколько лет, что разделяют во времени эти работы, интернет-аддикция у пользователей сети эволюционировала в точности с общими законами прогрессирования зависимого поведения, описанными в классической клинической наркологии, что и обусловило преобладание в конце 1990-х годов более лёгких, а в конце 2000-х годов уже более выраженных клинических форм. Если наше предположение справедливо, следовательно, в клинике должны наблюдаться отчётливые прояв-

ления синдрома отмены (абстинентного синдрома, ведущий клинический признак второй стадии зависимости, F 1x.3).

Настоящее исследование проведено в ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России на базе Неврологического отделения КДЦ Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ.

В 2012—2014 гг. клинко-психопатологически обследовано 110 несовершеннолетних в возрасте от 9 до 17 лет (54 девочки и 56 мальчиков), обнаруживающих признаки зависимого от Интернет поведения. В качестве средства доступа к Интернет большинством детей использовался не персональный компьютер, а планшеты и мобильные телефоны, что, с одной стороны, ограничивало технические возможности работы с сетью, а с другой, позволяло находиться в сети сколь угодно долго и не исключало при этом иной деятельности. В частности, все дети без исключения посещали школу, хотя две трети (71 чел.) обнаруживали при этом крайне низкую успеваемость, резко контрастирующую с их сохранными интеллектуальными способностями.

По своему психическому состоянию несовершеннолетние распределились следующим образом: 53 чел. (48,2%, 32 девочки — 59,3% и 21 мальчик — 37,9%) были психически здоровы (различия статистически достоверны, $p \geq 0,05$); 26 детей (23,6%, (10 девочек — 18,5% и 16 мальчиков — 28,6%*) обнаруживали различные психические расстройства невротического регистра; у 16 несовершеннолетних (14,5%, 5 девочек — 9,3% и 11 мальчиков — 19,6%*) обнаруживались формирующиеся расстройства личности и расстройства поведения; шизофрения и шизотипическое расстройство диагностировались у 14 детей (12,7%, 6 девочек — 11,1% и 8 мальчи-

ков — 14,3%). У одной девочки была диагностирована умственная отсталость. Большинство детей выборки имело органическую неврологическую патологическую почву, не оказывающую в обычных условиях существенного влияния на их поведение.

У всех без исключения детей *ограничение взаимодействия с сетью приводило к абстинентным реакциям*. Как правило, абстинентная симптоматика развивалась после того, как родители силой или обманом лишали ребёнка возможности находиться в сети — отнимали мобильное устройство или отключали (блокировали паролем) персональный компьютер. Чаще всего, по признанию родителей, это было выстраданное, но спонтанно осуществлённое решение, которое являлось для ребёнка неожиданностью. Протекание абстинентных реакций в значительной степени различалось у преморбидно здоровых (53 чел. — 48,2% в нашем исследовании, 21 мальчик (37,9%), 32 девочки (59,3%)), различия статистически достоверны, $p \geq 0,05$) детей и детей, обнаруживающих психические расстройства, на фоне которых сформировалось зависимое поведение.

У преморбидно здоровых детей первые признаки абстиненции развивались через 2—3 ч после вынужденного неиспользования сети (как правило, родители отнимали мобильное устройство) и проявлялись в нарастании раздражительности, внезапно возникавших эпизодах тревоги, вегетативных реакциях, «летучих» болях в мышцах и в области сердца, желудка, которые сопровождалась чувством тяжести в теле, часто воспринимались врачами-педиатрами как продромальные явления ОРВИ. Отмечались головные боли, преимущественно стягивающего, давящего характера («словно на голову надели обруч»), сопровождавшиеся трудностью сосредоточения, тяжестью в голове, снижением настроения. На второй-третий день возникали эпизоды ажитации, дети металась по дому, пытались отыскать спрятанное родителями мобильное устройство, звонили сверстникам с просьбой принести им телефон, планшет, PSP («пису», «пиху»), некоторые дети в заместительных целях начинали использовать примитивные электронные игры. Отмечались выраженные вегетативные нарушения — покраснение или побледнение кожных покровов, озноб, тремор, усиленное потоотделение. Детями отчётливо осознавалось острое влечение к сетевой активности, желание немедленно воспользоваться мобильным устройством. Они устраивали родителям скандалы, демонстративно угрожали суицидом, били посуду, рвали дома книги, выбрасывали свои школьные принадлежности, отказывались от еды. В случае, если родители оставались непреклонны, дети успокаивались. Реальных суицидальных попыток не предпринял ни один ребёнок данной группы. На тре-

тий-четвёртый день большинство детей вело себя относительно спокойно, жаловались на усталость, сонливость, многие засыпали и спали по 10—14 часов подряд, проснувшись, испытывали голод. На пятый-шестой день острота влечения к электронным устройствам резко снижалась, настроение выравнивалось, вегетативные расстройства нивелировались. Повышалась работоспособность, дети выполняли полученные в школе домашние задания. Следует отметить, что родители преморбидно здоровых детей, обратившиеся за психотерапевтической помощью, никогда не пытались самостоятельно назначать своим детям психотропные препараты, ограничиваясь, как максимум, валерианой, пустырником, таблетками глицина.

У детей, у которых были диагностированы психические расстройства, нами наблюдались два основных сценария протекания абстинентных реакций.

При шизофрении, шизотипическом расстройстве основу клиники абстинентного состояния составляли симптомы депрессии. Депрессивная симптоматика развивалась медленно, как правило вначале появлялись снижение аппетита, небольшая моторная и идеаторная заторможенность, в дальнейшем присоединялись идеи собственной ненужности, малоценности, высказывались идеи о «даром прожитой жизни», «бесцельном существовании». В ряде случаев высказывались суицидальные мысли о «нежелании жить», однако никаких действий по подготовке суицида дети не предпринимали. Налицо были и другие депрессивные симптомы — снижение аппетита и сопутствующее ему снижение веса, тревога, снижение активности, работоспособности. Продолжительность депрессивных эпизодов могла составлять несколько месяцев, глубина колебалась в пределах лёгкой—средней степени тяжести. В то же время дети настойчиво, монотонно, порой по несколько раз в день высказывали родителям требование вернуть им мобильное устройство, часто, услышав очередной отказ, начинали плакать, формально соглашаясь с доводами родителей. У двоих детей с шизофренией абстинентное состояние совпало (спровоцировало?) с обострением шизофренического процесса, что повлекло госпитализацию в психиатрический стационар. Следует отметить, что у большинства детей этой группы (за исключением двух случаев) шизофрения была диагностирована задолго до обращения за психотерапевтической помощью, все дети получали поддерживающую терапию нейролептиками, что, вероятно, существенно влияло на клинические проявления абстинентного состояния. Вторым компонентом клиники абстиненции при расстройствах шизофренического спектра были невротоподобные состояния. Они проявлялись нелепыми и вычурными страхами, тревогой, раздражительностью, носили нестойкий характер. Часто страхи носили характер

возрастного регресса, резко контрастировали по содержанию с высоким интеллектом детей, но к ним не возникало критики; следует отметить, что у детей с зависимостью от персонального компьютера и интернета никогда не наблюдалось страхов, ассоциированных с персонажами, с сюжетом игр. У двоих детей было зафиксировано навязчивое мытье рук.

При формирующихся расстройствах личности и при невротических расстройствах у детей и подростков в клинике абстинентного состояния преобладали психопатоподобные, острые аффективные реакции. В течение 1—2 дней дети относительно бессимптомно переживали лишение сетевой активности, а затем внезапно возникали аффективные вспышки. В зависимости от типа личностной деформации могли преобладать истерические демонстративные симптомы, часто сопровождающиеся многочисленными «соматическими» жалобами, приступами удушья и сердцебиения, сопровождавшимися порой страхом смерти, во многом напоминающими по клинике панические атаки; в отличие от последних, эти реакции никогда не закреплялись, после 1—3 эпизодов исчезали на фоне психотерапевтической помощи; при эмоционально-неустойчивом типе личности возникали дисфорические состояния, сопровождавшиеся резким изменением настроения, с агрессией и аутоагрессией, включая суицидальные попытки (2 наблюдения); при преобладании астенических личностных черт проявления абстиненции ограничивались преимущественно вегетативной симптоматикой и снижением физической активности, не сопровождавшимся, однако, другими слагаемыми клинической картины депрессии. Аффективные нарушения наблюдались в течение 1—2 недель, а затем исчезали. Многие родители, обращаясь за медицинской помощью (преимущественно к неврологу, реже — к психиатру) соглашались на приём их детьми препаратов транквилизирующего ряда (чаще всего назначался адаптол). Назначение адаптола было клинически оправдано в связи с отчётливыми проявлениями тревоги.

Таким образом, зависимость от Интернета, как и другие формы зависимого поведения, обнаруживает фе-

номен абстинентных состояний. У премоурбидно здоровых детей в большинстве случаев они не требуют назначения фармакологической терапии, оказать помощь удаётся психотерапевтическими средствами. Фармакологическая терапия оказывается первичным средством помощи при возникновении аддиктивного поведения на фоне шизофрении, грубой церебрально-органической симптоматики, выраженной личностной деформации. Независимо от характера исходного психопатологического состояния, фармакологическая терапия является первичной при агрессии и аутоагрессии, включая суицидальное поведение, депрессивные эпизоды.

Список литературы

1. Войсунский А.Е. Актуальные проблемы зависимости от интернета // Психологический журнал. — 2004. — Т. 25, №1. — С. 90—100.
2. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции // Аддиктология. — 2005. — №1. — С. 65—77.
3. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 328 с.
4. Пережогин Л.О. Интернет-аддикция в подростковой среде // Сборник тезисов международной конференции «Подростки и молодежь в меняющемся обществе — проблемы девиантного поведения». Москва, 2001. — М.: Новый отчет, 2001. — С. 56—68.
5. Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В. Нехимические зависимости в детской психиатрической практике // Российский психиатрический журнал. — 2009. — №4. — С. 86—91.
6. Brener V. Psychology of computer use: parameters of internet use, abuse and addiction: the first 90 days of the internet usage survey // Psychological reports. — 1997. — Vol. 80. — P. 879—882.
7. Eppright T., Allwood M., Stern B., Theiss T. Internet addiction: a new type of addiction? // Modern medicine. — 1999. — Vol. 96, №4. — P. 133—136.
8. Galanter M., Brook D. Network therapy for addiction // Int. J. Group Psychother. — 2001. — Vol. 51, №1. — P. 101—122.
9. O'Reilly M. Internet addiction: a new disorder enters the medical lexicon // CMA Journal. — 1996. — Vol. 154, №12. — P. 1882—1883.
10. Praterelli M.E., Browne B.L., Johnson K. Internet addiction: a factor analytic approach // Behav. Res. Methods. — 1999. — Vol. 31. — P. 305—314.
11. Shapira N.A., Goldsmith T.D., Keck P.E. Jr et al. Psychiatric features of individuals with problematic Internet use // J. Affect. Disord. — 2000. — Vol. 57. — P. 267—272.
12. Young K.S. Psychology of computer use: addictive use of the internet: a case that breaks the stereotype // Psychol. Rep. — 1996. — Vol. 79. — P. 899—902.

WITHDRAWAL SYMPTOMS IN DEPENDENCE FROM THE INTERNET AND MOBILE MEANS OF ACCESS TO IT

PEREZHOGIN L.O.

FSBI «Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology» MH RF

In the work on the basis of 110 clinical observations an attempt clinical descriptions of the withdrawal syndrome in addiction to personal computer, Internet and mobile means of access to him in adolescence. Revealed significant differences in the occurrence of withdrawal reactions if the source of mentally healthy children and children with mental disorders complicated by dependence on the Internet.

Key words: children, adolescents, internet, addiction, mobile means of net access, psychotherapy, withdrawal symptoms, pharmacotherapy