

УДК 616-053.5

Л.О. ПЕРЕЖОГИН

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского МЗ РФ, г. Москва

Программа психотерапевтической помощи несовершеннолетним, обнаруживающим признаки зависимости от интернета и мобильных устройств

Контактная информация:**Пережогин Лев Олегович** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник**Адрес:** 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., 23, **тел.:** +7-495-773-93-06, **e-mail:** drlev.ru@yandex.ru

В статье представлены результаты психотерапевтической работы с подростками, обнаружившими зависимость от интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему. Психотерапевтическая работа осуществлялась в два этапа – индивидуальный этап (2 месяца) включал 6–8 встреч, проводилось обучение приемам аутогенной тренировки 1 степени, вырабатывалась индивидуальная формула, обеспечивающая контроль за влечением, подавление абстинентной симптоматики, общую релаксацию; групповой этап (2 месяца) включал 8 групповых сессий, в рамках которых применялись полученные навыки аутогенной тренировки и приемы поведенческой терапии, направленные на достижение эмоциональной нейтральности стимулов-триггеров, запускающих сетевую активность, формирование независимого «Я» пациента. Стойкая ремиссия 6 месяцев была достигнута в 82% случаев.

Ключевые слова: интернет, интернет-зависимость, игровая зависимость, зависимость от сетевых игр, зависимость от смартфона, зависимость от социальных сетей, лечение, психотерапия.

(Для цитирования: Пережогин Л.О. Программа психотерапевтической помощи несовершеннолетним, обнаруживающим признаки зависимости от интернета и мобильных устройств. Практическая медицина. 2019. Том 17, № 3, С. 96-99)

DOI: 10.32000/2072-1757-2019-3-96-99

L.O. PEREZHOGIN

National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Program of psychotherapeutic aid for adolescents with signs of the internet and mobile devices addiction

Contact details:**Perezhogin L.O.** – D. Sc. (medicine), Leading Researcher**Address:** 23 Kropotkinskiy pereulok, Moscow, 119034, **tel.:** +7-495-773-93-06, **e-mail:** drlev.ru@yandex.ru

The article describes the results of psychotherapeutic work with adolescents who demonstrated dependence on the Internet and the mobile devices that provide access to it. The psychotherapeutic work was carried out in two stages – an individual stage (2 months) included 6–8 meetings, in which the adolescents learned 1 stage autogenous training methods an elaborated the individual formula providing control of addiction, suppression of withdrawal symptoms, and general relaxation; a group stage (2 months) included 8 group sessions, in which the adolescents practiced the acquired skills of autogenous training and methods of behavioral therapy, aimed at achieving the emotional neutrality of stimuli-triggers of network activity, and at forming an independent «ego» of the patient. Persistent remission during 6 months was achieved in 82% of cases.

Key words: Internet, Internet addiction, online gaming addiction, addiction to online gaming, smartphone addiction, addiction to social networking, treatment, psychotherapy.

(For citation: Perezhogin L.O. Program of psychotherapeutic aid for adolescents with signs of the internet and mobile devices addiction. Practical Medicine. 2019. Vol. 17, № 3, P. 96-99)

Зависимость от персонального компьютера, игр, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему (Internet addiction, videogaming addiction, smartphone addiction, Facebook addiction, etc.), известна научному сообществу более 20 лет. Международные базы данных научных публикаций ежегодно пополняются тысячами статей [1, 2], посвященных разработке критериев зависимости, определению клинических границ ее отдельных вариантов, клиническим описаниям отдельных типичных и казуистических случаев и, разумеется, подходами к фармакологической и психотерапевтической помощи [3]. Год от года у специалистов, занимающихся исследованиями, меняются приоритеты. Так, например, если несколько лет назад среди препаратов, рекомендуемых для купирования влечения к сетевой активности доминировали антидепрессанты группы СИОЗС – эсциталопрам, флувоксамин и сертралин [6], то в последние годы их место прочно заняли бупропион – атипичный антидепрессант, селективный ингибитор обратного захвата норадреналина и дофамина и амфетамины [7]. В психотерапии интернет-аддикции в последние годы большинство работ посвящено когнитивно-поведенческой терапии, однако встречаются работы, в которых хорошие результаты были достигнуты с использованием тренингов, семейной терапии, в военно-спортивных лагерях, в рамках терапии творческим самовыражением [4, 8].

Цель исследования – описание разработанного оригинального подхода к психотерапии детей и подростков, обнаруживающих зависимость от интернета.

Материал и методы

Исследование проведено в ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ на клинической базе Неврологического отделения КДЦ Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ. Исходную эмпирическую базу исследования составили 220 несовершеннолетних в возрасте от 9 до 17 лет (133 юноши и 97 девушек), обнаруживающих признаки зависимости от интернета поведения. Основными методами исследования были клинично-феноменологический и клинично-психопатологический, в ряде случаев для верификации психического состояния использовался экспериментально-психологический метод. В психотерапевтическую работу были включены 88 подростков в возрасте от 11 до 17 лет (61 юноша и 27 девушек). Критериями включения являлись наличие интернет-зависимости 1 или 2 стадии (со сформированным влечением к сетевой активности и устройствам, обеспечивающим сетевой доступ, с утратой контроля за сетевой активностью, с наличием (у 34 подростков) признаков абстиненции, с повышением толерантности и элементами социальной депривации) и отсутствие иных психических расстройств, а также согласие несовершеннолетних и их родителей на терапию. Терапевтическая работа включала в среднем 6–8 индивидуальных встреч и групповую программу из 8 встреч. Общая продолжительность терапевтической работы с каждым участником программы составила 4 месяца.

Результаты

Психотерапевтическая работа проводилась в два этапа. На первом этапе (6–8 индивидуальных

встреч) проводилось обучение несовершеннолетних аутогенной тренировке 1 степени (АТ-1). Хорошо зарекомендовала себя модификация АТ-1 по М.С. Лебединскому и Т.Л. Бортник с рядом изменений. Занятия продолжались по 1 ч, 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 осуществляется работа в технике дыхательной гимнастики «Океан» по В.В. Макарову, параллельно использовались техники мышечной релаксации, что позволяло быстрее приобретать навыки АТ. На первой встрече основное время уделялось обучению консолидации внимания и вызыванию чувства тепла и тяжести в конечностях и во всем теле. В качестве усиливающего компонента применяется техника прогрессивной мышечной релаксации. Вторая и третья встреча были посвящены регуляции вегетативных проявлений (темпа дыхания, сердечный ритм). На четвертой и пятой встрече большинство подростков уже достигали состояния аутогенного погружения с высоким уровнем внутреннего контроля, активной концентрацией внимания, целенаправленным, сфокусированным на аспектах своего состояния мышлением, выраженной, глубокой релаксацией. В данном состоянии становилась возможной эффективная аутосуггестия, проявляющаяся 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-седьмой встрече в работу включались элементы АТ-2, в первую очередь визуализация образов, связанных с позитивным мировосприятием, подростки задавали образам вопросы экзистенциального характера. Последняя встреча данного этапа терапии была посвящена анализу врачом совместно с ребенком (возможно – с привлечением родителей) дневниковых записей, с ребенком, переходящим на групповой этап работы, составлялся терапевтический договор (обязанности ребенка, желаемые результаты терапии). После успешного выполнения программы первого этапа подростки включались в состав терапевтической группы. Из 88 подростков, приступивших к индивидуальной терапии, на групповой этап были переведены 74. Причины отказа от терапии (как правило, после 2–3 индивидуальных встреч) были в основном связаны с организационными проблемами у родителей (далеко добираться до клиники, нет возможности отпрашиваться с работы и т. д.), реже – с категорическим отказом детей проходить терапию (5 случаев).

Дети, подошедшие ко второму этапу терапии и включенные в терапевтическую группу, к этому моменту уже претерпевали существенную положительную динамику. Во-первых, у них существенно сокращалось время, проведенное в работе с ПК. В ходе 1,5–2 месяцев индивидуальной терапии перед детьми ставилась задача перевода сетевой активности с мобильного устройства на ПК. В этот же период усилиями родителей и третьих лиц (в том числе педагогов) у ребенка формировались навыки альтернативного взаимодействия с компьютером (дети, за редким исключением, не владели программами, позволяющими заниматься творчеством, хобби, не знали простых алгоритмов

для пользования поисковыми системами и т. д.). В среднем к концу индивидуального периода терапии дети проводили за экраном 1,5–2 ч ежедневно (это время превышает допустимое по гигиеническим нормам), вместо 6–8 ч в начале терапии, причем на игры, социальные сети приходилось не более половины этого времени. Сетевая активность контролировалась взрослыми членами семьи, внутрисемейный договор регламентировал систему положительных и отрицательных подкреплений. Во-вторых, у детей, в силу освобожденного времени, появились другие, не связанные с ПК занятия, в том числе творчество и спорт. В ходе живого общения со сверстниками происходила структуризация личностных запросов, своего рода «ревизия» точек аутоидентификации. Ко второй стадии терапии дети подходили со сформированным запросом, они сознательно нацеливались на определенный, строго индивидуальный, личностно определенный характер изменений.

В ходе терапевтической работы родители получали подробные инструкции, некоторые (по собственной инициативе) сами обучались АТ и вели дневники. Заинтересованное и неравнодушное отношение родителей приносило свои плоды – поведение детей, родители которых включались в терапевтическую работу, стабилизировалось быстрее, абстинентные реакции протекали мягче и были короче.

На втором этапе (8 групповых встреч) в начале каждой встречи проводился групповой сеанс АТ. Затем проводилась групповая встреча, в рамках которой участники обсуждали свое текущее состояние, проговаривали свои переживания, сообщали об успехах и неудачах лечебного процесса, отчитывались о выполнении домашних заданий.

В ходе терапии формировалась 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 сводилась к диссоциации «Я», в основе которой лежала трансформация «Эго-синтонической позиции» по отношению к зависимости в «Эго-дистоническую позицию», когда индивид может самостоятельно контролировать свое влечение, сознательно контролировать свое состояние и бороться с абстинентной симптоматикой. Особенно важным терапевтическим приемом являлась заимствованная из практики поведенческой терапии техника десенсibilизации «insensu», мишенью работы по десенсibilизации были ситуации разлучения с персональным компьютером или мобильным устройством. После достижения состояния расслабления (подростки, освоившие АТ-1, легко достигают его за 1–2 мин) пациенты вызывали (визуализировали) образы ПК, мобильного устройства, сцены игр, детали интерфейса сетевых сервисов. Главная задача на данном этапе была научиться наблюдать их без напряжения, без тревоги, без возбуждения – нейтрально и отстраненно. В случае возникновения тревоги, ажитации пациент открывал глаза, снова достигал полного расслабления, снова визуализировал образ. В ряде случаев десенсibilизации было необходимо подвергать целый ряд значимых образов, например «компьютер – включенный компьютер – запуск

игры – типичные сцены игры (их может быть несколько) – победа в игре». Использовались техники «пресыщения» *insensu*. Как правило, в план работы группы включались 1–2 поведенческих тренинга, направленных на отработку навыков установления межличностных отношений. После окончания каждой групповой встречи для подростков и родителей проводились краткие индивидуальные консультации в свободном режиме.

После окончания терапии в группах все без исключения подростки и их родители отмечали существенные позитивные изменения в состоянии. Во-первых, время, проводимое ежедневно за компьютером, составляло теперь в среднем около 1 ч в день. Во-вторых, работа за компьютером стала носить характер необходимой и достаточной: выполнялись в основном те действия, в которых компьютер и его ПО выполняют инструментальную роль. В-третьих, взаимодействие со сверстниками происходило теперь в режиме реального общения. Кроме школы большинство детей посещали спортивные секции, клубы по интересам, многие часто ходили с друзьями на прогулки, катались на велосипеде и т. д. В-четвертых, улучшилась академическая успеваемость, появились хобби, со слов педагогов, улучшилось и поведение на уроках. По данным катмнеза, через полгода стойкая ремиссия сформировалась у подростков, обнаруживавших 1 стадию зависимости, в 91% (41 ребенок из 45 в данной группе) случаев, у обнаруживавших вторую стадию зависимости – в 82% случаев (24 ребенка из 29 в данной группе). Причины рецидивов – стрессовые ситуации, ссоры с друзьями и партнерами, конфликты в школе и дома, в одном случае – длительная соматическая болезнь (вынужденная изоляция).

Выводы

Таким образом, нами был разработан доступный для клинического использования и показавший высокую эффективность метод краткосрочной высокочастотной психотерапии зависимости от интернета и мобильных устройств, обеспечивающих сетевой доступ. Подобное психотерапевтическое вмешательство может быть использовано в работе с подавляющим большинством преморбидно психически здоровых детей и подростков, обнаруживающих интернет зависимость.

Пережогин Л.О.

<http://orcid.org/0000-0002-6872-4457>

ЛИТЕРАТУРА

1. Пережогин Л.О. Интернет-зависимость в фокусе биологической психиатрии. Итоги 20 лет нейробиологических исследований // Психическое здоровье. – 2018. – № 12. – С. 75–83.
2. Пережогин Л.О. Интернет-зависимость в фокусе клинической психиатрии: итоги 20 лет клинических исследований // Обращение личности. – 2017. – № 3. – С. 19–34.
3. 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. – 2018. – № 2. – С. 19–30.
4. Lee H., Seo M.J., Choi T.Y. The effect of home-based daily journal writing in Korean adolescents with smartphone addiction // Journal of Korean Medical Science. – 2016. – № 31 (5). – P. 764–769.
5. Park J.H., Lee Y.S., Sohn J.H., Han D.H. Effectiveness of atomoxetine and methylphenidate for problematic online gaming in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder // Human Psychopharmacology. – 2016. – № 31 (6). – P. 427–432.
6. Santos V.A., Freire R., Zugliani M., Cirillo P., Santos H.H., Nardi A.E., King A.L. Treatment of internet addiction with anxiety disorders // JMIR Research Protocols. – 2015. – № 4 (1). – P. 87–95.



7. Song J., Park J.H., Han D.H., Roh S., Son J.H., Choi T.Y., Lee Y.S. Comparative study of the effects of bupropion and escitalopram on internet gaming disorder // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2016. – № 70 (11). – P. 527–535.

8. Yang X., Zhu L., Chen Q., Song P., Wang Z. Parent marital conflict and Internet addiction among Chinese college students: The mediating role of father-child, mother-child, and peer attachment // *Computers in Human Behavior*. – 2016. – № 59. – P. 221–229.

**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ЖУРНАЛА
«ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»
В КАТАЛОГЕ «ПРЕССА РОССИИ»
АГЕНСТВА «КНИГА-СЕРВИС» 37140**