

Использование когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении зависимости от персонального компьютера, видеоигр, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему

Пережогин Л.О. д.м.н., доцент, ведущий научный сотрудник

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России
Москва, Россия

Цель: изучение эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) зависимости от персонального компьютера, видеоигр, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, разработка и апробирование сценария групповой КПТ подростков 13–16 лет, обнаруживающих клинические признаки интернет-зависимости.

Методы. Анализ клинических данных, полученных в ходе диагностики у 44 несовершеннолетних (9 девочек, 13,8±0,9 лет, 35 мальчиков, 15,1±0,6 лет) обратившихся в 2015–2019 гг. за психотерапевтической помощью в КДЦ Морозовской ДГКБ ДЗМ; анализ данных участников двух психотерапевтических групп (24 человека) (клинико-психопатологический метод).

Результаты. Предложена концепция и сценарий проведения групповой КПТ подростков 13–16 лет, обнаруживающих клинические признаки интернет-зависимости.

Заключение. Рассмотрены подходы к когнитивно-поведенческой психотерапии зависимости от персонального компьютера, интернет и мобильных устройств, обеспечивающих сетевой доступ и сетевую активность во всех ее проявлениях, включая видеоигры, социальные сети, сетевые покупки и др. Дано описание сценария групповой когнитивно-поведенческой терапии интернет-зависимости на примере группы подростков 13–16 лет.

Ключевые слова: интернет, интернет-зависимость, зависимость от мобильных устройств, когнитивно-поведенческая теория возникновения, дети, подростки, когнитивно-поведенческая психотерапия, групповая психотерапия.

Для цитирования: Пережогин Л.О. Использование когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении зависимости от персонального компьютера, видеоигр, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему. *Психическое здоровье* 2020; (7): 23-31.

DOI: 10.25557/2074-014X.2020.07.23-31

Автор для корреспонденции: Пережогин Лев Олегович; **e-mail:** drlev.ru@yandex.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

Поступила: 07.04.2020.

Using cognitive behavioral psychotherapy in the treatment of depending from personal computer, video games, internet, and mobile devices, providing access to it

Perezhogin L.O.

National Medical Center of Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky
Moscow, Russia

Aim: to study the effectiveness of cognitive behavioral psychotherapy (CBT) of dependence on a personal computer, video games, the Internet and mobile devices that provide access to it, to develop and test the scenario of group CBT of 13–16-year-olds who show clinical signs of Internet addiction

Methods: literature analysis; analysis of clinical data obtained in the course of diagnostics of 44 minors (9 girls, 13.8±0.9 years, 35 boys, 15.1±0.6 years) who applied for psychotherapy in 2015–2019 at the Morozovskaya dscb DZM, data analysis of participants in two psychotherapy groups made up of these adolescents (24 people) (clinical and psychopathological method)

Results: the concept and scenario of group CBT is proposed for 13–16-year-olds who show clinical signs of Internet addiction

Conclusion: the cognitive-behavioral hypothesis of dependence formation is analyzed. Approaches to cognitive-behavioral psychotherapy of dependence on a personal computer, the Internet and mobile devices that provide network access and network activity in all its manifestations, including video games, social networks, network purchases, etc. are considered. the scenario of group cognitive-behavioral therapy of Internet addiction is described on the example of a group of teenagers 13–16 years old.

Keywords: Internet, Internet addiction, mobile device addiction, cognitive behavioral theory of origin, children, adolescents, cognitive behavioral psychotherapy, group psychotherapy.

For citation: Perezhogin L.O. Using cognitive behavioral psychotherapy in the treatment of dependend from a personal computer, video games, Internet and mobile devices that providing access to it. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental health]* 2020; (7): 23-31.

DOI: 10.25557/2074-014X.2020.07.23-31

Corresponding author: Perezhogin Lev; **e-mail:** drlev.ru@yandex.ru

Conflict of interest. Author declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Accepted: 07.04.2020.

Введение

В последние годы в зарубежной и отечественной клинической практике все чаще встречаются подростки, обнаруживающие зависимость от интернет-активности в ее различных формах [5, 6]. 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) [11].

Несмотря на не утихающие 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 [4, 17, 19]. В связи с высокой опасностью интернет-зависимости для психического здоровья детей и подростков в некоторых странах были созданы специализированные клиники для ее лечения [16].

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 [8], (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) [10] и (3) использование сочетанных программ, включающих индивидуальную и групповую психотерапию и фармакологическую под-

держку. Клинический опыт показывает, что по числу достигнутых устойчивых ремиссий именно комплексные программы дают наилучший результат [6].

В последние годы наиболее эффективным и доступным видом психотерапевтической помощи во всем мире признается когнитивно-поведенческая (когнитивно-бихевиоральная) терапия (КПТ). Этот вид психотерапии эффективен в отношении широкого спектра психических расстройств, включая депрессии, тревожные и панические расстройства, расстройства пищевого поведения и зависимости. Групповая когнитивно-поведенческая терапия используется для работы с пациентами различного возраста — от дошкольников до пожилых людей, и уровня образования. Существуют адаптированные методы КПТ для групп и для семейной терапии. Основные принципы КПТ — комплексное воздействие на мышление, настроение и поведение пациентов, обучающий стиль терапии. Особое внимание, уделяемое профилактике рецидивов, краткосрочность терапии, ее ориентированность на решение конкретных терапевтических задач как нельзя лучше подходят для помощи семьям, в которых дети страдают зависимостью от интернета и устройств, обеспечивающих доступ к сети.

Целью настоящей работы стало обобщение имеющегося мирового клинического опыта КПТ интернет-зависимости и разработка собственной оригинальной программы психотерапии, базирующейся на принципах КПТ, ориентированной на подростков 13-16 лет.

В основе использования КПТ интернет-зависимости лежит когнитивно-поведенческая модель зависимости от персонального компьютера, видеоигр и интернета, предложенная в 2001 году Р. Дэвисом [13].

Концепция модели опирается на классические принципы когнитивно-поведенческой терапии А. Бека. Общие принципы модели предполагают, что у каждого человека имеются (1) определенные глубинные убеждения, формирующиеся с детства, носящие фундаментальный и глубокий характер, и зачастую — неосознаваемые; на их основе формируются (2) проме-

жуточные убеждения (отношения, предположения, правила), которые влияют на восприятие человеком жизненных ситуаций, что в свою очередь влияет на его мышление, эмоции и поведение в целом; промежуточные убеждения генерируют (3) автоматические мысли, которые приобретают вербальный или образный облик и доступны осознанию; воздействие определенных ситуаций способно через призму автоматических мыслей формировать (4) реакции, отражающиеся на эмоциональном, поведенческом и даже (через вегетативную регуляцию) на физиологическом уровне [1].

По мнению Р. Дэвиса, интернет-зависимость представляет собой патологическое использование интернета. Р. Дэвис 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 персонального компьютера, видеоигр и интернета обосновывает подходы к когнитивно-поведенческой терапии интернет-зависимости и сопровождающего ее дезадаптивного поведения. Эффективность КПТ при интернет-зависимости проведена на практике [14, 15, 18, 21].

Индивидуальная когнитивно-бихевиоральная терапия

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 [8, 10].

В ходе индивидуальной терапии значительно 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 ход. В ходе 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, мо-

жет 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 использовались элементы КПТ [8]. 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 освободившегося времени, появлялись 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 подроб-

ные инструкции, некоторые сами 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 [10].

Когнитивно-бихевиоральная терапия в группах

Групповая КБТ интернет-аддикции включает, как правило, 15–20 групповых встреч и занимает по продолжительности от 3 до 6 месяцев. Анализируя многочисленную зарубежную литературу, посвященную КБТ и другим видам терапии аддиктивного поведения [8], мы разработали собственный сценарий групповой КБТ, ориентированный на подростков 13–16 лет, и использовали его в ходе проведения терапевтических групп. В группы приглашали подростков с высокой мотивацией отказа от аддиктивного поведения, высокими показателями мышления, памяти, интеллекта, имевших до возникновения интернет-аддикции хорошую академическую успеваемость в школе, в спорте, занимавшихся творчеством или другим хобби. При отборе подростков в группу особое внимание уделялось 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 отбирались подростки, не имевшие до возникновения у них интернет-зависимости каких-либо психических расстройств, а к началу работы группы преодолевших самые тяжелые явления абстиненции.

На первом сеансе происходило знакомство членов группы, ставились задачи интеграции в группе всех пациентов с целью предотвращения уходов 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 использования интернета, напротив, необходимо отказываться лишь от патологических форм его использования, формируя установку на использование сетевого доступа в качестве средства связи, рабочего инструмента (утилитарное использование).

Учитывая, что продолжительность абстинентного периода у детей и подростков составляет от 2 до 8 недель [7], в этот период необходимо обеспечить подрост-

кам возможность дополнительных психотерапевтических встреч в индивидуальном режиме и психофармакологическую терапию (по необходимости).

Анализ проблем, возникающих при воздержании, удобнее проводить с использованием 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, выявления триггерных механизмов, запускающих процесс реализации влечения к сетевой активности. Многие подростки отмечают, что ведение протокола сетевой активности резко снижает вовлеченность в сетевую активность и 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 свидетельствует иногда о низкой мотивации, а иногда — всего лишь 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. Пациентам объясняется патогенез аддиктивного поведения и роль влечения к совершению аддиктивно-обусловленных действий [3]. Необходимо научить пациентов понимать, какие их поступки, какие 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 экстастическим: 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 удается. 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 группа обсуждает проблему 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 других интернет-зависимость далеко не самая тяжелая. Обсуждаются проблемы, связанные как с влечением, так и с воздержанием. Объясняется происхождение и характер абстинентного син-

дрома и механизм действия препаратов, которые используются 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 индивидуальных сдерживающих факторов. Каждый участник группы должен понять, что его состояние — результат взаимодействия многих факторов, делающих его случай во многом не похожим на случаи других участников группы. 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 вопросы, такие как: «Как я стал играть / злоупотреблять социальными сетями?», «Почему я получаю от этого удовольствие?» и «Что является лично для меня главным фактором, затрудняющим отказ от аддиктивного поведения?».

На *шестом и седьмом сеансах* основное время посвящается анализу автоматических мыслей. Это один из ключевых подходов КБТ [1, 2]. Автоматические мысли могут быть связаны с эмоциональными переживаниями (бегство от конфликта), или с 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 негативно-го 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), вытесняющих реалистическое переживание собственного «Я», в том числе благодаря поддержке сетевого сообщества, адресованной сконструированному образу в значительно большей степени, чем реальному. Наряду с описанной техникой нами разработана и несколько иная стратегия работы. Важным терапевтическим приемом явилась заимствованная из практики поведенческой терапии техника десенсибилизации «*in sensu*». Мишенью работы по десенсибилизации были ситуации разлучения с персональным компьютером или мобильным устройством. После достижения состояния расслабления 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* [12].

Работа с образами продолжается и на *восьмом сеансе*. В ходе сеанса 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 – бороться с внутренним критицизмом, подвергать свои негативные мысли анализу, вытесняя их позитивными суждениями, подкрепляя последние действиями.

На *десятом и одиннадцатом сеансах* группа обсуждает развитие личности участников. Поскольку в группе участвуют 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 в группе 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* обсуждаются проблемы возникновения рецидивов и стратегии их предотвращения. Акцент делается на соблюдение режима дня, поддержание социальных контактов, здоровый сон, заня-

тия спортом и хобби. Участники группы рассказывают о своих ежедневных занятиях. Обсуждается 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 группы, 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. Обсуждаются 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. Пациенты получают итоговые рекомендации от терапевта. Для ряда пациентов, в индивидуальном режиме назначаются терапевтические встречи (в частности, для пациентов, получающих поддерживающую фармакологическую терапию). После завершения групповой терапии с подростками обязательно проводится итоговое родительское собрание, на котором подростки не присутствуют.

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 I 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) [12]. Кроме того, очевидно, что итоги психотерапевтической работы существенным образом зависят от использования медикаментозной терапии (при сочетании психотерапии с фармакологической терапией результаты лечения лучше), возраста участников группы (у подростков старшего возраста эффективность терапии выше). При проведении КПТ в группах подростков 13–16 лет предварительные данные (нами на текущий момент обследовано нерепре-

зентативное количество подростков) 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.

Литература

1. Бек Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство. М.: «И.Д. Вильямс», 2018. 400 с.
2. Бернс Д. Терапия настроения. Клинически доказанный способ победить депрессию без таблеток. М.: Алипина Паблишер, 2019. 550 с.
3. Пережогин Л.О. Зависимость от персонального компьютера, видеоигр, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему: теории возникновения и модели реализации. Сборник научных статей и материалов международной конференции «Цифровое общество как культурно-исторический контекст развития человека: от цифровой культуры к киберкультуре», 12-14 февраля 2020, Коломна. Коломна: ГСГУ, 2020. С.309-324.
4. Пережогин Л.О. Интернет-аддикция и коморбидные ей состояния у детей и подростков. *Наркология* 2016; (8): 68-70.
5. Пережогин Л.О. Интернет-зависимость в фокусе биологической психиатрии. Итоги 20 лет нейробиологических исследований. *Психическое здоровье* 2018; (12): 75-83.
6. Пережогин Л.О. Интернет-зависимость в фокусе клинической психиатрии: итоги 20 лет клинических исследований. *Образование личности* 2017; (3): 19-34.
7. Пережогин Л.О. Клиника абстиненции при зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных средств доступа к нему. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» 23-26 сентября 2015 года. Казань, 2015. С. 228-229
8. Пережогин Л.О. Комплексное лечение интернет-зависимости: синтез фармакологии и психотерапии. *Психическое здоровье* 2019; 5: 64-70.
9. Пережогин Л.О. Полимодальная психотерапия зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных средств доступа к нему *Образование личности* 2016; (3): 22-28.
10. Пережогин Л.О. Программа психотерапевтической помощи несовершеннолетним, обнаруживающим признаки зависимости от интернета и мобильных устройств. *Практическая медицина* 2019; 17(3): 96-99.
11. 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): 19-30.
12. Пережогин Л.О., Шалимов В.Ф., Казаковцев Б.А. Зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации. М., 2018. 28 с.

13. Davis R.A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human behavior* 2001; 17(2): 187-195.
14. Du Y.S, Jiang W, Vance A. Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44:129-134.
15. Ge L, Ge X, Xu Y, Zhang K, Zhao J, Kong X. P300 change and cognitive behavioral therapy in subjects with Internet addiction disorder. A 3-month follow-up study. *Neur Regenerat Res.* 2011; 6: 2037-2041.
16. Koh Y.S. The Korean national policy for Internet addiction. In: Montag C, Reuter M, editors. Internet addiction. Neuroscientific approaches and therapeutic interventions. London: Springer, 2015. pp. 219-234
17. Kuss D.J, Griffiths M.D. Internet addiction in psychotherapy. London: Palgrave. 2015.
18. Kuss D.J, Griffiths M.D. Internet Gaming Addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health & Addiction.* 2012; (10): 278-296.
19. Lo S.K, Wang C.C, Fang W. Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. *Cyberpsychology & Behavior.* 2015; 8(1): 15-20.
20. Potenza M.N. Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. *Addict. Behav.* 2014; (39): 1-2.
21. Wöllfling K, Beutel M.E, Dreier M, Müller K.W. Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *Biomed Res Int.* 2014; 1: 42-59.
22. Yau Y.H.C., Crowley M.J., Mayes L.C., Potenza M.N. Are Internet use and video-game-playing addictive behaviors? Biological, clinical and public health implications for youths and adults. *Minerva Psichiatr.* 2012; (53): 153-170.

References

1. Beck J.S. Cognitive therapy: a complete guide. М.: “I.D. Williams”, 2018. 400 p. (In Russ.)
2. Burns D. Therapy mood. A clinically proven way to beat depression without pills. Moscow: Alipina publisher, 2019. 550 p. (In Russ.)
3. Perezhogin L.O. Dependence on a personal computer, video games, the Internet and mobile devices that provide access to it: theory of occurrence and implementation models. Collection of scientific articles and materials of the international conference «Digital society as a cultural and historical context of human development: from digital culture to cyberculture», 12-14 February 2020, Kolomna. Kolomna: GSU, 2020. Pp. 309-324. (In Russ.)
4. Perezhogin L.O. Internet addiction and comorbid conditions in children and adolescents. *Narcology* 2016; (8): 68-70. (In Russ.)
5. Perezhogin L.O. Internet addiction in the focus of biological psychiatry. Results of 20 years of neurobiological research. *Mental health* 2018; (12): 75-83. (In Russ.)
6. Perezhogin L.O. Internet addiction in the focus of clinical psychiatry: results of 20 years of clinical research. *Education of the individual* 2017; 3: 19-34. (In Russ.)
7. Perezhogin L.O. Clinic of abstinence in dependence on a personal computer, the Internet and mobile means of access to it. All-Russian scientific and practical conference with international participation «Psychiatry at the stages of reforms: problems and prospects» September 23-26, 2015. Kazan, 2015. Pp. 228-229. (In Russ.)
8. Perezhogin L.O. Complex treatment of Internet addiction: synthesis of pharmacology and psychotherapy. *Mental health* 2019; 5: 64-70. (In Russ.)
9. Perezhogin L.O. Polymodal psychotherapy of dependence on a personal computer, the Internet and mobile means of access to it. *Education of the individual* 2016; 3: 22-28. (In Russ.)

10. Perezhogin L.O. Program of psychotherapeutic assistance to minors who show signs of dependence on the Internet and mobile devices *Practical medicine* 2019; 17(3): 96-99. (In Russ.)
11. Perezhogin L.O., Shalimov V.F., Kazakovtsev B.A. Dependence on a personal computer, Internet and mobile devices that provide remote network access (clinic, diagnostics, treatment). *Russian psychiatric journal* 2018; 2: 19-30. (In Russ.)
12. Perezhogin L.O., Shalimov V.F., Kazakovtsev B.A. Dependence on a personal computer, Internet and mobile devices that provide remote network access (clinic, diagnostics, treatment). Methodological recommendations. Moscow, 2018. 28 p. (In Russ.)
13. Davis R.A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human behavior* 2001; 17(2): 187-195.
14. Du Y.S., Jiang W, Vance A. Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44:129-134.
15. Ge L, Ge X, Xu Y, Zhang K, Zhao J, Kong X. P300 change and cognitive behavioral therapy in subjects with Internet addiction disorder. A 3-month follow-up study. *Neur Regenerat Res*. 2011; 6: 2037-2041.
16. Koh Y.S. The Korean national policy for Internet addiction. In: Montag C, Reuter M, editors. Internet addiction. Neuroscientific approaches and therapeutic interventions. London: Springer, 2015. pp. 219-234
17. Kuss D.J, Griffiths M.D. Internet addiction in psychotherapy. London: Palgrave. 2015.
18. Kuss D.J, Griffiths M.D. Internet Gaming Addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health & Addiction*. 2012; (10):278-296.
19. Lo S.K, Wang C.C, Fang W. Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. *Cyberpsychology & Behavior*. 2015; 8(1): 15-20.
20. Potenza M.N. Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. *Addict. Behav*. 2014; (39): 1-2.
21. Wölfling K, Beutel M.E, Dreier M, Müller K.W. Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *Biomed Res Int*. 2014; 1: 42-59.
22. Yau Y.H.C., Crowley M.J., Mayes L.C., Potenza M.N. Are Internet use and video-game-playing addictive behaviors? Biological, clinical and public health implications for youths and adults. *Minerva Psichiatr*. 2012; (53): 153-170.