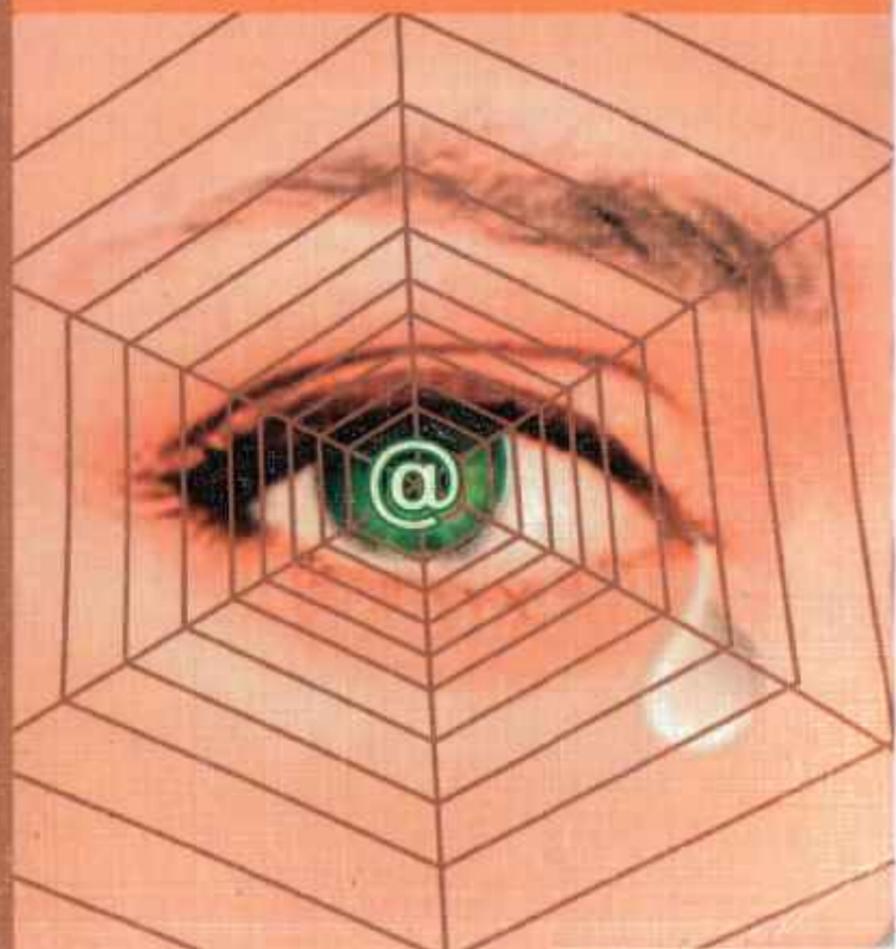


Л.Н.Юрьева Т.Ю.Большот

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

формирование, диагностика,
коррекция и профилактика



Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Больбот

***Компьютерная зависимость:
формирование, диагностика,
коррекция и профилактика***

Монография

Днепропетровськ
«Пороги»
2006

УДК 616.89-008:004-036-07-084

ББК 56.14:32.97

Ю 8 5

Рецензенты: заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Донецкого государственного медицинского университета им. Горького, доктор медицинских наук, профессор **В. А. Абрамов**;

заведующий сектором пограничных и психосоциальных расстройств отдела социальной и экстремальной психиатрии Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии, доктор медицинских наук **О. С. Чабан**

Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Больбот

Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика: Монография.— Днепропетровск: Пороги, 2006.—196 с.

ISBN 966-525-697-1

Монография Л. Н. Юрьевой и Т. Ю. Больбот является первым монографическим исследованием в Украине, посвященным компьютерной зависимости. В книге описана динамика формирования компьютерной аддикции и специфические для каждого этапа ее развития психологические и клинические особенности. Представлены разработанные авторами технологии первичной профилактики и дифференцированная, поэтапная система коррекции психических и поведенческих расстройств у лиц молодого возраста, работающих с компьютерами.

Книга представляет большой интерес не только для психиатров, наркологов и психологов, но она будет полезной также для учителей, учащихся и их родителей и для всех пользователей персональными компьютерами.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	6
Введение. От Homo Faber к Homo Informaticus	7
Глава 1. Формирование компьютерной субкультуры (от кинописи к Интернету).	11
Глава 2. Аддиктивное поведение	17
2.1. Факторы, потенцирующие развитие аддиктивного поведения.	20
2.2. Патологическая склонность к азартным играм.	21
2.2.1. Факторы, способствующие развитию патологической склонности к азартным играм.	23
2.2.2. Этапы развития патологической склонности к азартным играм (по R.L. Custer).....	24
2.2.3. Принципы терапии и коррекции патологи- ческой склонности к азартным играм.	25
Глава 3. Компьютерная зависимость	27
3.1. Компьютерная зависимость: дефиниции.	31
3.2. Психологические механизмы ухода в виртуальную реальность.	32
3.3. Роль компьютерных игр в развитии компьюте- розависимого поведения.	39
3.3.1. Классификация компьютерных игр.	41
3.3.2. Стадии формирования игровой зависимости	44
3.4. Киберсексуальная зависимость.	45
3.5. Социально-демографические и культуральные характеристики компьютерных аддиктов.	48
3.6. Компьютерная зависимость — клиническая реаль- ность или особое психологическое состояние?.	52
Глава 4. Факторы риска развития компьютерной зависимости у подростков	63

4.1.	Компьютерная деятельность и ее влияние на психоэмоциональное состояние лицейстов.	66
4.2.	Психологические особенности учащихся на этапе риска формирования компьютерной зависимости.	79
Глава 5.	Клинические особенности пациентов с компьютерной зависимостью.	87
5.1.	Общая характеристика больных с синдромом компьютерной зависимости.	90
5.2.	Клиническая характеристика пациентов с компьютерной зависимостью.	98
5.3.	Этапы развития компьютерной зависимости.	103
5.4.	Психологические характеристики пациентов с компьютерной зависимостью.	111
Глава 6.	Диагностика компьютерной зависимости	131
6.1.	Способ диагностики Интернет-зависимости (Kimberly Young, 1996).	133
6.2.	Способ диагностики Интернет-зависимости В. Лоскутовой (русскоязычная адаптация опросника Kimberly Young).	134
6.3.	Критерии диагностики компьютерной зависимости (Ivan Goldberg, 1996).	136
6.4.	Критерии диагностики компьютерной зависимости (Maressa Hecht Orzack, 1999).	137
6.5.	Способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости (Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Ботьбот, 2005).	138
Глава 7.	Профилактика компьютерной зависимости	143
Глава 8.	Коррекция компьютерной зависимости	151
Заключение.	161
Краткий словарь терминов.	163
Библиография.	168
Contents.	188
Summary.	190

PREFACE

// gives me a great pleasure to write this preface. I first met Tanya Bol'bot in 2002 when I was speaking to the group of psychologists and psychiatrists in Mass General Hospital. Tanya had emailed me before she came to the USA and said she want to meet with me. After that she arrived to USA and we had a long talk and realised that we have a lot of common. Both of us were seeing patients who were having difficulty managing their use of time when they were playing games and other Internet related activities. We discovered that we were using many of the same methods (techniques) to treat them. We continued to correspond periodically about each of us are doing. And each time she came to Boston we managed to see each other and discuss outcome studies regarding computer/Internet addiction.

I have followed her work and was delighted to learn her sponsor, Ludmila Yur'yeva, felt that this disorder was rapidly increasing and the problem should be studied. As a result they have been able to demonstrate that it is possible to help many patients with computer addiction using the following methods: readiness to change, psychoeducation, cognitive-behavioural therapy and relapse prevention.

Unfortunately I cannot read Russian but I have discussed the content of the book with Tanya and everything that she said I found interesting and parallel to my ideas and treatment methods.

I am hoping that we will be able to collaborate in some research in the future.

Maressa Hecht-Orzack, Ph.D

Maressa HechtOrzack, PhD
Director of Computer Addiction Study Center
At McLean Hospital and assistant clinical
Professor of psychology at Harvard Medical School

ПРЕДИСЛОВИЕ

Для меня большое удовольствие написать это предисловие. Впервые я встретила Татьяну Больбот в 2002 году, когда я выступала перед группой психологов и психиатров в Mass General Hospital (Boston). Татьяна написала мне письмо перед поездкой в США и сказала, что хочет встретиться со мной. После этого она приехала в США, у нас был длинный разговор и мы поняли, что у нас много общего. Мы наблюдали пациентов, которым тяжело контролировать свое время пребывания за компьютером, когда они играют в игры или заняты другим видом активности в Интернете. Мы обнаружили, что использовали много сходных методик (техник) лечения таких пациентов. Мы продолжали переписываться периодически о том, чем мы занимаемся. И каждый раз, когда Татьяна приезжала в Бостон, нам удавалось встретиться и обсудить новые данные относительно компьютерной/Интернет-зависимости.

Я наблюдала заходом ее работы и была рада, что ее руководитель, профессор Людмила Юрьева, почувствовала, что данное расстройство набирает свои темпы, быстро распространяется среди населения, и данная проблема требует изучения.

В результате они смогли продемонстрировать, что возможно помочь многим пациентам с компьютерной зависимостью, используя следующие методы: готовность к изменениям, психообучение, когнитивно-бихевиоральная терапия и предотвращение рецидива.

К сожалению, я не читаю по-русски, но я обсудила содержание книги с Татьяной, и все, что она говорила, я нахожу интересным и параллельным моим взглядам и методам лечения.

Я надеюсь, что мы сможем сотрудничать в исследованиях и в будущем.

Maressa Hecht Orzack, PhD
Директор Центра Исследований Компьютерной Аддикции
в McLean Hospital и **профессор психологии**
в Harvard Medical School
Бостон, США

ВВЕДЕНИЕ

ОТ НОМО FABER К НОМО INFORMATICUS

Рубеж XX-XXI веков отмечен закатом постиндустриального общества (основанного на владении природными ресурсами и рынками) и формированием общества нового типа — общества, основанного на знаниях — К-общества (от knowledge — знания).

Среди трех основных измерений, которыми (согласно критериям ООН) характеризуется К-общество, индекс интеллектуальных активов общества занимает первое место. Этот индекс формируется с помощью ряда индикаторов, среди которых информационный ресурс страны является очень важным. По индексу интеллектуальных активов общества, который определялся среди 191 страны-члена ООН, Украина на конец 2005 года заняла 44-е место. При сравнении пяти стран Европы (имеющих наивысший рейтинг) и Украины, выявлено, что количество Интернет-пользователей на 10000 человек в Европе в 27 раз больше, чем в Украине.

Однако количество пользователей компьютерами и Интернетом в Украине растет очень быстро и в ближайшей перспективе приблизится к среднеевропейским показателям. Так, если в 2003 году в Украине Интернетом пользовалось только 2,5 миллиона человек (около 5% населения), то в 2004 году количество пользователей возросло до 3,8 миллиона человек (около 8% населения), количество сайтов увеличилось на 4,2% (28,8 тысячи), услуги по обеспечению доступа к сети предлагают около 300 Интернет-провайдеров.

Параллельно росту числа пользователей компьютерами изменяется и система общественных отношений. Уже в настоящее время люди, работающие с информацией, организуют виртуальный офис в домашних условиях, что вполне оправдано как с экономической, так и с технологической точек зрения. Однако при этом разрушается традиционный многовековой стиль и стереотипы межличностного общения, характерные для любой классической учебной и

профессиональной деятельности, при которых социальные отношения являются базисом, а информационная среда — только надстройкой.

В домашнем офисе все контакты возникают и поддерживаются информационно-сетевыми технологиями и всецело зависят от них. Компьютер становится не только рабочим инструментом, он начинает влиять на поведение человека, его межличностные контакты и отношения. Персональный компьютер, включенный в информационную среду, подобен пуповине, связывающей человека с внешним миром. Такой человек «растворен» в информационной среде и во многом зависит от нее. Постепенно информационная среда приобретает характер базисной среды обитания для пользователя компьютером, а межличностные и социальные взаимодействия приобретают характер вторичных, а порою и малозначимых интеракций, то есть социальная среда приобретает характер надстройки. Таким образом, система «человек-человек» постепенно заменяется системой «человек-машина», а «человек-ремесленник» превращается в «человека информационного». То есть *происходит смена среды обитания современного человека*, сопровождающаяся трансформацией сознания, рационализацией психической деятельности, эмоциональным отчуждением, десоциализацией, деструктивными изменениями психики.

Наиболее чувствительной к этим изменениям является психика детей, подростков и лиц молодого возраста. За последние 5 лет в Украине количество молодых людей, которые имеют доступ к компьютеру, возросло в 20,9 раза. Пропорционально этому возросло и количество лиц этого возраста с компьютерной зависимостью.

Но требования современного общества таковы, что отказаться от общения с компьютером невозможно. Знакомство с ним происходит уже в младенчестве, без компьютера невозможно себе представить обучение в школе и на всех последующих этапах образования, умение работать с компьютером является обязательным условием для подавляющего большинства видов деятельности в современном мире. Поэтому профилактика компьютерной зависимости является актуальнейшей проблемой общества, основанного на знаниях.

Эта монография является результатом многолетней работы авторов, посвященной изучению проблемы компьютерной аддикции. Ранее некоторые аспекты этой проблемы уже обсуждались в предыдущей монографии одного из авторов (Юрьева Л. Н., 2004).

Целью данной работы явилась разработка дифференцированной, поэтапной системы коррекции и программ профилактики психических и поведенческих расстройств у лиц молодого возраста, работающих с компьютерами. В течение 5 лет (1999-2004) мы изучали влияние компьютерной деятельности на психоэмоциональное состояние 463 школьников, обучающихся в лицее информационных технологий и в физико-математическом лицее г. Днепропетровска. В еженедельной учебной программе лицеистов 8-10 часов отводилось обязательным занятиям за компьютером. Кроме того, нами были обследованы пациенты психиатрической больницы, в клинической картине которых доминировала патологическая зависимость от компьютера.

В книге отражены результаты проведенного исследования. Описаны выявленные факторы риска развития компьютерной аддикции, психологические особенности лиц из группы риска и разработанный нами способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости. Выделены этапы развития компьютерной зависимости и описаны специфические для каждого этапа психологические и психопатологические признаки.

В монографии представлены разработанные авторами технологии первичной профилактики компьютерной зависимости, включающие информационные и образовательные программы, технологии занятости и коррекции семейных отношений. Представлена также поэтапная система коррекции компьютерозависимого поведения.

В Украине это первое монографическое исследование, посвященное компьютерной зависимости. Надеемся, что проблема психолого-психиатрических последствий общения с компьютером, поднятая авторами, заинтересует не только психиатров, наркологов и психологов, но она будет полезной также для учителей, учащихся и их родителей и для всех пользователей персональными компьютерами. Ибо, если мы не будем контролировать свою деятельность за компьютерами, то они будут контролировать нас.

**ФОРМИРОВАНИЕ
КОМПЬЮТЕРНОЙ СУБКУЛЬТУРЫ
(ОТ КЛИНОПИСИ К ИНТЕРНЕТУ)**

*«Смотри, вот это новое»,
но это было уже в веках,
бывших прежде нас.»*

Экклезиаст

Во все времена смена исторических этапов развития общества сопровождалась формированием новой системы управления и внедрением новых способов и средств коммуникации. С одной стороны, они служили орудием власти над умами и были доступны избранным. С другой стороны, они изменяли ментальность населения. Приведем лишь несколько наиболее показательных примеров.

Так, историческое развитие Шумерской цивилизации нашло свое отражение в создании земледельческих городов-государств и в изобретении пиктографического письма и клинописи (сер. IV — нач. III тыс. до н.э.), которые способствовали развитию новой культуры. Клинопись и все последующие варианты ее развития появились и тиражировались в храмах и царских дворцах и отражали идеологию именно этого слоя населения. Поэтому религиозность была одной из ведущих характеристик ментальности населения.

Период окончания Столетней войны в Европе ознаменовался изобретением книгопечатания. Иоганн Гуттенберг (около 1445 г.) изобрел новый вид коммуникации, способствующий распространенности светской образованности не только в Германии, но и во всей Европе. Именно в этот исторический период формируется культура эпохи Возрождения, распространившаяся в XIV-XVI веках из Италии по всей Европе. Изменения психологии и поведения людей в эпоху Возрождения были столь очевидны, что психологи даже ввели термин «личность эпохи Возрождения», многие черты которой считаются идеалом человека и по сей день. Гуманистическое мировоззрение, вера в творческие силы человека, обращение к

античному культурному наследию, ослабление религиозности, духовное раскрепощение, оптимизм, осознание своей свободы — основные характеристики человека эпохи Возрождения. Жизнь людей этой эпохи была тесно связана с искусством, наукой и техникой, которые в их умах заняли место, принадлежавшее в средние века, религии.

По мере развития письменности изменялись стиль общения между людьми, их психология и поведение. При этом, человечество не только приобретало новые возможности, но и теряло ряд не менее ценных качеств.

Один из самых знаменитых ученых-медиевистов мира, семиотик, специалист по массовой культуре, профессор Болонского университета и почетный доктор многих университетов Европы и Америки Умберто Эко (р. 1932) проанализировал психологические последствия внедрения новых способов и средств коммуникации на протяжении всей человеческой истории. Результаты этого анализа были им представлены в лекции «От Интернета к Гуттенбергу», прочитанной им в Колумбийском университете 12 ноября 1996 года.

Со времен Платона человечество всегда испытывало страх перед новыми средствами коммуникации и считало, что новый способ общения меняет психологию и поведение человека. Еще Платон заметил, что письменность ослабляет память и предлагает людям «окаменевшую душу».

В эпоху рукописных книг ими могли воспользоваться только единицы избранных, а остальные получали знания о мире и о своем месте в нем, созерцая фрески и росписи Средневековых соборов и слушая проповеди священников, читающих рукописи, имеющих возможность сравнивать и анализировать полученную информацию и нужную доносить до слушателей. С точки зрения современности, это была телевизионная программа с неизменным видеорядом и готовым набором суждений о мире, морали, Боге, Жизни и Смерти.

Внедрение книгопечатания способствовало редукции архаического мышления и разрушило образность и наглядность визуальной культуры. Ставшая доступной книга способствовала излишней информированности населения, отвлекала его от раздумий о вечных ценностях, побуждала к свободной интерпретации и критике Священного Писания. Мышление постепенно трансформировалось из конкретно-образного в абстрактно-логическое. Костры Инквизиции, на которых жгли еретиков и книги, так и не смогли вернуть человечество в лоно визуальной культуры. Это сделало телевидение.

В 60-х годах XX века канадский культуролог Герберт Маршалл Маклюэн написал свою Галактику Гуттенберга, где описал процесс постепенной смены линейного способа мышления, возникшего с изобретением печати, на более глобальный способ восприятия и понимания через образы телевидения и других электронных средств. Он выразил опасение, что телевидение может уничтожить потребность в печатной книге. С момента изобретения телевидения наша цивилизация вновь вернулась к зрительным образам и визуальной культуре. Особенность ее влияния на психологию человека выражается в том, что визуальные образы способны преобразовать частные, высказанные всего несколькими людьми идеи в общице, что позволяет легко убеждать телезрителей в тех идеях или проектах, которые не вызвали бы их доверия, если бы они были прочитаны (при необходимости неоднократно) и критически переосмыслены.

Глобальная ориентация на зрительные образы способствовала снижению грамотности и оживлению архаического и конкретно-образного мышления. Сегодня, когда практически все население мира получает информацию по телевидению и 80% безоговорочно ей доверяют, мы наблюдаем всплеск архаического мышления, деструктивных форм поведения и прогрессирующее нарастание безграмотности. Эти тенденции учитываются печатными изданиями, которые с каждым годом все больше напоминают детские книжки с цветными картинками. Минимум текста (как правило, примитивного) и максимум цветных фотографий (желательно возбуждающих базисные потребности) — таков интерфейс популярных изданий.

В настоящее время мы переживаем еще одну медиореволюцию исторического масштаба — *компьютеризацию*. Ее влияние на психические процессы и поведение человека уже не вызывает сомнений. И если Средневековый собор был прообразом телевидения, то книга была прообразом компьютера. Первые компьютеры использовались, как орудия письменности. Для того чтобы ими пользоваться, необходимо быть грамотным, уметь очень быстро читать, редактировать тексты и совершать ряд логически связанных между собой операций. Согласно концепции О. К.Тихомирова (1988), у пользователя компьютера преобразовывается мыслительная деятельность. Мышление приобретает абстрактно-логический характер с хорошо развитыми прогностическими функциями.

В доинтернетовскую эпоху пользователи компьютером имели дело с линейным видом письменности, то есть тексты на экране практически соответствовали таковым в книге: их мож-

но читать справа-налево, слева-направо, по диагонали, сверху-вниз, и даже пропуская целые страницы или возвращаясь к уже прочитанному. С развитием Интернета, появились гипертексты, представляющие собой принципиально новые способы подачи и переработки информации. В этой связи весьма актуальны размышления и опасения Маршалла Маклюэна: если радио и телевидение постепенно уничтожат книгу, то смогут ли гипертексты заменить ее и как это отразится на психологии и поведении людей?

Умберто Эко, размышляя над этой проблемой, предположил, что в ближайшем будущем общество разделится на два класса: тех, кто смотрит только телевидение (то есть получает готовые образцы и суждения о мире без их критического осмысления), и тех, кто работает с компьютером (то есть тех, кто обрабатывает, критически осмысляет и отбирает информацию, в том числе и для показа по телевидению). То есть, уже сейчас начинается разделение культур, поразительно напоминающее существовавшее в Средневековье: между теми, кто созерцает образы в соборе и слушает проповедника, и теми, кто способен читать рукописи, критически их оценивать и проповедовать нужные, с их точки зрения, идеи.

Сегодня в Украине около 10% населения имеет доступ в Интернет, но процесс компьютеризации постсоветских стран отличается от такового в западных странах взрывообразным характером. Минувя промежуточные этапы, пройденные западными пользователями компьютерами, отечественные в течение нескольких лет получили доступ к самым современным моделям и технологиям. Показательна динамика компьютеризации учащихся г. Одессы. Так, если в 1992 году доступ к компьютерам имели только 0,8% учащихся, то в 1997 году уже 16,7%. К сожалению, столь стремительное вхождение в новую компьютерную культуру сопровождается психическими и поведенческими расстройствами. У 15,5% обследованных школьников — пользователей ПК выявлены признаки патологической зависимости от компьютерной деятельности. В обществе с поступательным развитием компьютеризации этот показатель равен 6% [12, 115].

Современные исследователи пришли к выводу, что компьютерная зависимость является проявлением аддиктивного поведения.

ГЛАВА

2

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

«И собирание марок, и игра в покер, и большая политика, и маленькие войны с соседями — все является бегством от жизни. Не существует общих ценностей в мире. Приходится искать маленькие-маленькие цели. И жертвовать им свою жизнь».

С. Лукьяненко, 2001

Аддиктивное поведение (от англ. Addiction — склонность, пагубная привычка) характеризуется стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния химическим или нехимическим путем. Это стремление становится доминирующим в сознании человека, его поведение подчинено поиску средств, позволяющих уйти от реальности. В результате человек существует в виртуальном, сюрреалистичном мире. Он не только не решает своих насущных проблем, но и останавливается в своем развитии, вплоть до деградации.

Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриева подразделяют аддикции на нехимические и химические [22].

Классификация аддикций

I. Нехимические аддикции:

- патологическая склонность к азартным играм (гэмблинг);
- компьютерная аддикция;
- сексуальная аддикция (гомосексуализм, лесбиянство, перверсии);
- работоголизм;
- аддикция к трате денег;
- аддикции отношений (патологическая привычка к определенному типу отношений);
- ургентные аддикции (привычка находиться в состоянии постоянной нехватки времени).

2. Промежуточные формы аддикции:

- аддикция к еде:

А) нервная анорексия F 50.0;

Б) нервная булимия F 50.2.

3. Химические аддикции F 10-F19: аддикция к алкоголю, табуку, кофеину, опиатам, каннабиоидам, галлюциногенам, растворителям, транквилизаторам, барбитуратам.

2.1. Факторы, потенцирующие развитие аддитивного поведения

Наиболее склонны к аддитивным формам поведения лица, имеющие следующие психологические характеристики:

1. Воспитание в детстве

- формирование ранней тревоги, в связи с эмоциональным напряжением и тревожностью матери;
- психологические травмы в детстве (насилие, жестокое обращение, материнская и патеральная депривация).

2. Особенности личности

- сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
- скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;
- внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;
- стремление говорить неправду;
- стремление обвинять других, зная, что они невиновны;
- стремление уходить от ответственности в принятии решений;
- стереотипность, повторяемость поведения;
- зависимость;
- тревожность.

3. Социальные факторы

- дезинтеграция общества;
- дискриминация по половому, национальному, экономическому и другим признакам.

Все формы аддитивного поведения имеют, наряду с общими механизмами, свою специфику, которая по отношению к некоторым из них, изучена недостаточно. Это касается, в частности, аддитивного отношения к компьютерным технологиям.

Телекоммуникации посредством компьютерных сетей — это принципиально новый слой социальной реальности. Исследования в этой области ведутся сравнительно недавно и преимущественно в рамках зарубежной психологии.

Процесс взаимодействия компьютерной сети и человека практически сразу привлек внимание специалистов в разных отраслях, в том числе психиатров, психологов, психотерапевтов.

В литературе появился термин *«Компьютерная зависимость»* и как ее составная часть — *«Интернет зависимость»*.

Сейчас этот вид зависимости не входит в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра и в Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (fourth edition) (DSM IV). Среди описанных там расстройств наиболее близкое состояние — «патологическое влечение к азартным играм» (F63.0). Клиническая картина патологической склонности к азартным ифам, ее динамика, принципы коррекции и профилактики могут служить моделью для описания аналогичных параметров при компьютерной зависимости.

2.2. Патологическая склонность к азартным играм

Одной из характеристик ментальности советского человека было неприятие «страсти к легкой наживе», среди которой азартные ифы занимали ведущее место. Эта страсть считалась пороком, недостойным порядочного человека. Были запрещены чемпионаты по бильярду и карточным ифам, официально отсутствовали казино. Литературные произведения великих русских ифокров А. С. Пушкина и Ф. М. Достоевского, в которых сформирован романтический образ игорного заведения и блестяще описаны психологические портреты ифокров, не входили в школьную профамму. Советские психологи и психиатры практически не сталкивались с проблемой патологической склонности к азартным ифам, а в отечественной медицинской литературе отсутствовали исследования и публикации на эту тему.

Сегодня «страсть к легкой наживе» стала всеобщей, морально разрешенной и общественно одобряемой. Недавнее исследование «среднего класса» России, проведенное по инициативе журнала «Эксперт», выявило, что 80% опрошенных готово пойти на риск, чтобы добиться желаемого (Ж. Клинтон, 2000). В постсоветских странах появилась новая проблема не только для общественной морали, но и для психиатрии. С одной стороны, легализация и бесконтрольное развитие игорного

бизнеса, а с другой — высокий уровень тревожности, сопутствующий исторической социализации человека, потенцировали развитие патологической склонности к азартным играм. В психиатрической литературе неоднократно описывался феномен «переполненных игроками казино» в периоды кардинальных исторических изменений. В начале 30-х годов в период «великой депрессии» в Америке расцвел игорный бизнес и поголовное увлечение изобретенной в этот период игрой «Монополия». В условиях жесточайшего экономического кризиса склонность к азартным играм приобрела невиданный ранее размах. Игра создавала иллюзию, что разбогатеть может каждый. Страх перед жизнью отступал перед страхом проигрыша. Мотивация обращения к игре в стабильных и нестабильных обществах различна.

Автор «Энциклопедии азартных игр» Алан Вейкси, проанализировав ведущие мотивы обращения к игре среди игроков в стабильном обществе, выделил следующие (по мере убывания):

- тренировка интеллекта;
- необъяснимое возбуждение, порождаемое процессом игры;
- денежный выигрыш и попытка «одолеть фортуны»;
- потребность развеяться и побороть скуку.

Хотя азартными играми с целью поиска математических закономерностей выигрыша активно интересовались такие знаменитые ученые, как Галлилео Галлилей, Кардано, Блез Паскаль, этот мотив в нестабильном обществе практически отсутствует.

Для нестабильного общества ведущими мотивами являются:

- попытка преодолеть финансовую несостоятельность и ликвидировать долги;
- потребность в купировании эмоциональных и психологических проблем.

С точки зрения психодинамической концепции, влечение к игре является проявлением протеста и бессознательного агрессивного отношения к реальной действительности, а неадекватная уверенность в выигрыше скрывает инфантильные фантазии всемогущества и подсознательного ожидания неограниченного удовлетворения своих желаний. И фа является своеобразной психологической защитой, сублимирующей трудности реальной жизни. Игра помогает уйти от реальности происходящего и необходимости предпринимать конкретные действия. Не зря игорные заведения работают круглосуточно, в них отсутствуют настенные часы, а окна занавешены свето-

непроницаемыми портьерами. Попадая сюда, человек выпадает из реального времени и пространства.

В нашей стране отсутствуют статистические данные о частоте встречаемости патологических игроков, но Западная статистика производит гнетущее впечатление. По данным национальной Комиссии по изучению влияния азартных игр США из 13 миллионов итальянцев, регулярно тративших деньги на азартные игры, 150 тысяч считаются «патологическими игроками», более 5 миллионов американцев отнесены к «патологическим или проблемным игрокам», а 15 миллионов — к группе риска. По данным мировых эпидемиологических исследований 2-3% населения индустриально развитых стран страдают патологической склонностью к азартным играм.

«Патологическая склонность к азартным играм» выделена в отдельный диагностический таксон, отнесенный к расстройствам привычек и влечений (F63.0) в классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10).

По мнению исследователей этого клинического феномена, это расстройство генетически детерминировано и высоко коморбидно с аффективными расстройствами, но пусковым механизмом являются социально-психологические факторы. Характерные для развития всех аддиктивных расстройств санкционирующие факторы описаны выше. Специфическими факторами для развития патологической склонности к азартным играм являются следующие.

2.2.1. Факторы, способствующие развитию патологической склонности к азартным играм:

- утрата родителей в возрасте до 15 лет;
- неадекватный родительский стиль воспитания (по типу гипер-, гипопеки или непоследовательности);
- отсутствие бережливости и планирования финансов;
- ситуативная доступность азартных игр и предрасположенность к игре в подростковом возрасте;
- для мужчин характерен эмансипационный конфликт с родителями в подростковом возрасте, а в дальнейшем неприятие авторитарных фигур.

Начало расстройства совпадает, как правило, у мужчин с подростковом возрастом, а у женщин приходится на вторую половину жизни.

Признаки, характерные для лиц, склонных к азартным играм:

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.

2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой деятельности, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.

3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.

4. Появление состояний психологического дискомфорта, раздражительности, беспокойства (т.н. «сухой абстиненции») через короткие промежутки времени после очередного участия в игре с труднопреодолимым желанием приступить к игре («игровым драйвом»).

5. Увеличение частоты участия в игре и стремление ко все более высокому риску.

6. Нарастание снижения способности сопротивляться соблазну («снижение игровой толерантности») возобновить игру.

2.2.2. Этапы развития патологической склонности к азартным играм (по Я. L. Custer):

1-я стадия — стадия выигрыша. Для этого периода характерен крупный выигрыш, сопровождающийся эйфорией и формированием психологической зависимости от игры.

2-я стадия — стадия прогрессирующих проигрышей. В этот период к уже сформированной психологической зависимости присоединяется физическая. Жизнь больного сосредоточена на игре. Он не может остановиться ни после выигрыша, ни тем более после проигрыша. Ощущения эйфории, имеющие место в период между ставкой и исходом игры, подкрепляют влечение. Нарастает социальная дезадаптация: появляются финансовые проблемы, конфликты на работе и в семье, участие в рискованных мероприятиях, возможны правонарушения, направленные на добычу денег. Одновременно с этим снижаются психологические навыки в игре: появляются нерасчетливые ходы, неоправданный риск, количество проигрышей растет. Изменяется иерархия потребностей: доминирующей становится потребность в игре, вытесняя базисные физиологические потребности в еде, сексе и сне. Попытка прекратить игру сопровождается тревогой, напряжением, депрессией, нарушением сна, вегетативными нарушениями и суицидальными мыслями. В зависимости от социальных, ситуационных, личностных и интеллектуальных особенностей, вторая стадия может длиться до 10-15 лет.

3-я стадия — стадия отчаяния. Больной социально декомпенсирован, дезадаптирован и финансово несостоятелен. Выражено компульсивное влечение к игре. Реально ситуация не оценивается: проигрывается все движимое и недвижимое имущество, совершаются финансовые преступления. Критика к состоянию и всему происходящему отсутствует. При попытке прекратить игру возникает тяжелая абстиненция с выраженными депрессивными расстройствами и суицидальными попытками, а также агрессивным поведением. Выражена анозогнозия. Больные очень редко обращаются за помощью к психиатрам, как правило, на консультацию их приводят родственники.

Фазы развития игровых срывов (В. В. Зайцев, 2000):

- воздержание;
- автоматические фантазии;
- нарастание эмоционального напряжения;
- принятие решения играть;
- вытеснение решения играть;
- реализация решения играть.

2.2.3. Принципы терапии и коррекции патологической склонности к азартным играм

В некоторых случаях необходима госпитализация в стационар для купирования психопатологической симптоматики (чаще всего депрессивной) и для изоляции игрока из патогенного окружения. Специалисты считают оптимальным срок до 3 месяцев

Наиболее эффективна групповая психотерапия, участие в работе групп само- и взаимопомощи. Одни авторы считают наиболее эффективной проведение поэтапной когнитивно-поведенческой психотерапии, другие — психоаналитическую терапию (Ю. В. Попов, В. Д. Вид, 1997; В. В. Зайцев, 2000). Все исследователи отмечают эффективность групп самопомощи, среди которых наиболее перспективными являются группы Анонимных игроков (АИ), созданные в Лос-Анджелесе в 1957 году по образцу Анонимных алкоголиков. В основе работы в этих группах лежит принцип эмоциональной поддержки и пример окружающих, которым удалось преодолеть зависимость от игры. Согласно статистическим данным, каждый обратившийся туда игрок имеет в среднем долг порядка 120 тысяч долларов. Около 20% пациентов имели в анамнезе суицидальную попытку, а 80% — суицидальные мысли. Эти показатели выше, чем при тяжелой депрессии.

ГЛАВА

3

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Достаточно активные исследования в этой отрасли ведутся с начала 90-х годов и в отечественной психиатрии и психологии. И с каждым годом их интенсивность возрастает параллельно росту количества лиц, пользующихся компьютерами.

Появляются новые работы как отечественных авторов, так и зарубежных, которые посвящены следующим аспектам:

— проблеме компьютерной зависимости [12, 22, 17, 11, 52, 20];

— влиянию виртуальных взаимоотношений на личность (53, 54);

— исследованию идентичности у пользователей компьютерной сети и процессов самопрезентации в сети [55-58];

— психологическим аспектам коммуникативных процессов в сети [8, 59, 14, 25, 60, 61].

В настоящее время выделяют 5 **типов компьютерной зависимости** [12, 16, 17, 20, 22]:

- навязчивый серфинг (путешествие в сети, поиск информации по базам данных и поисковым сайтам);
- страсть к онлайн-биржевым торгам и азартным играм;
- виртуальные знакомства;
- киберсекс (увлечение порносайтами);
- компьютерные игры.

Существует разница и между типом деятельности в сети.

Компьютерные аддикты большую часть времени втянуты в социальную активность, такую как участие в новых группах, чатах, форумах, ICQ. Не аддикты большую часть времени путешествуют в сети в поисках информации на сайтах и используют свой почтовый ящик (e-mail). Ключевая разница состоит в том, что аддикты пробуют создать новые взаимоотношения в сети, в то время, как не аддикты лишь поддерживают уже существующие связи посредством почты [121, 122].

Зависимые от компьютера чаще испытывают дистресс как минимум в одном из пяти сфер: социальной, профессиональной, учебной, финансовой или физической. Проблемы всегда возникают как следствие зависимости от компьютера и пренебрежения различными аспектами жизни взамен на виртуальную реальность. Согласно гипотезе Griffiths (1996) развитие компьютерной зависимости может быть обусловлено разными факторами: процессом печатания, средней коммуникации, отсутствием межличностного общения, чрезмерным интересом к порнографическим сайтам, социальной активностью в сети (чаты, компьютерные игры) [126].

Ученые приводят различные вариации распространенности компьютерной зависимости среди пользователей. Ранние исследования указывали на 40-80%, а последние — на 6-14% компьютерозависимых в целом мире [56,73-75]. Разницу в процентах можно объяснить тем, что вначале ученые исследовали практически только категорию «постоянных пользователей», последние исследования указывают на распространенность компьютерной зависимости среди всех пользователей. Менее чем 15% проводят более 10 часов в неделю в сети. Фактически, 2 689 семей определили, что использование Интернета в неделю растет прямо пропорционально увеличению доступа и скорости Интернета (76, 77). Согласно исследованию клинического психолога Kimberly Young (University Pittsburgh, Bradford), распространенность Интернет аддикции подобна патологической зависимости от азартных игр. Последней страдают приблизительно 5% пользователей Интернетом. Нужно отметить, что у специалистов компьютерных технологий этот вид зависимости развивается чаще, чем у лиц гуманитарных профессий или без высшего образования [66, 78, 79].

3.1. Компьютерная зависимость: дефиниции

На сегодняшний день существуют два базовых определения расстройства, связанного с компьютером, которые имеют связь с существующими критериями диагностики патологического гэмблинга и зависимыми состояниями в DSM-IV. Первое определение Интернет-зависимости дал Ivan Goldberg в 1996 году. Под *Интернет-зависимостью* он понимал — расстройство поведения в результате использования Интернета и компьютера [19].

Kandell's (1998) дополнил к этому, что понятие «Интернет-зависимость» включает в себя любой вид деятельности в сети. Большая часть ученых согласна, что изучаемое расстройство имеет несколько источников [9, 127-133].

В настоящее время «*Интернет-зависимость*» трактуется как навязчивое или компульсивное желание войти в Интернет, находясь off-line, и невозможность выйти из Интернета, находясь on-line. Синонимы — «Интернет-аддикция», «виртуальная аддикция», «кибераддикция», «нетаголизм».

Доктор Kimberly Young презентовала второе понятие — проблемное использование Интернета (ПИИ) (1998). «Интернет-зависимость» — это широкое понятие, которое обозначает большое количество проблем поведения и контроля над влечением.

Главная проблема определений данной аддикции — это то, что они никак не связаны с коморбидными состояниями (как причинный фактор), не выделяют главные и дополнительные критерии, не определяют время пребывания в сети, не отграничивают норму от патологии. Безусловно, есть указание на этиологический фактор (компьютер), но отсутствует последующая теоретическая трактовка данного вопроса.

Davis (1999) предложил когнитивно-бихевиоральную модель для ПИИ, а именно выделил такие категории, как специфическое патологическое использование Интернета (СП И И) и генерализованное патологическое использование Интернета (ГПИИ) [57, 71]. Первое включает в себя активацию уже существующих специфических видов компьютерных аддикций — гэмблинг или порнографические сайты, а второе — все виды компьютерных технологий (чаты, поиск информации и другое). То есть Davis дополнил определение Young, выделил главное содержание, коморбидность, показал, что патологическое использование Интернета может активизировать уже существующую патологию или выступить как отдельный вид зависимости.

Alex S. Hall и Jeffrey Parsons (2001) представили третий термин - Интернет-зависимое поведение (ИЗП). Они согласны с тем, что избыточное использование Интернета может навредить когнитивной, поведенческой и аффективной сферам, то есть повлиять на состояние здоровья человека, но они не поддерживают патологическую этиологию этой проблемы [72]. В контрасте с двумя первыми определениями ученые представляют избыточное использование Интернет «доброкачественным» расстройством, которое рассматривается как компенсация недостатков поведения в реальной жизни. Считают, что данная патология может быть компенсирована за счет когнитивно-бихевиоральных взаимоотношений.

3.2. Психологические механизмы ухода в виртуальную реальность

Изучение законов психического отражения и психического развития в условиях использования компьютеров позволило выявить ряд важных закономерностей психологии взаимодействия человека и компьютера. Компьютеризация может вызывать как позитивные, так и негативные эффекты [63-65].

Позитивные эффекты взаимодействия человека и компьютера:

- развитие логического, прогностического и оперативного мышления;

- усиление интеллектуальных способностей при решении все более сложных и неординарных задач;
- адекватная специализация познавательных процессов — восприятия, мышления, памяти;
- повышение самооценки и уверенности в себе;
- формирование позитивных личностных черт: деловая активность, точность и аккуратность, уверенность в себе.

Негативные эффекты взаимодействия человека и компьютера:

- снижение интеллектуальных способностей при решении примитивных задач (например, использование функции «Проверка орфографии», «математические действия» и т.п. способствуют редукции элементарных школьных знаний);
- при длительной работе с компьютером — снижение гибкости познавательных процессов;
- чрезмерная психическая вовлеченность в работу или игры с компьютером порождают зависимое поведение;
- деформация личностной структуры;
- деструктивные формы поведения.

Однако взаимодействие человека и компьютера не ограничивается только позитивными и негативными эффектами. Оно гораздо глубже и деструктивнее.

Широкое распространение компьютеров дает основание говорить о том, что наступает эпоха киберкультуры (Leary, 1994). Николай Носов в своей книге «Виртуальная психология» (2000) [64] отмечает, что современная культура сейчас вступила в очередной виток повышенного интереса к необычным явлениям человеческой психики. Этот интерес находит свое выражение в самых разных формах: от изучения и практикования различных эзотерических систем до увлечения трансперсональной психологией, мистикой, астрологией и т.д. вплоть до широкого употребления наркотиков. Наличие этого интереса является проявлением определенной потребности. Виртуальная компьютерная технология вполне может стать таким средством. В психологии был описан особый тип психических состояний, существующих только актуально. Этот тип психологических состояний был назван «виртуальными состояниями».

Идея виртуальности становится все более признанной, а социальная потребность в новых способах объяснения мира и управления им продолжает существовать. Выделены следующие специфические свойства виртуальной реальности

независимо от ее «природы» (физическая, психологическая, социальная, техническая и проч.): порожденность, актуальность, автономность, интерактивность [64].

Порожденность. Виртуальная реальность продуцируется активностью какой-либо другой реальности, внешней по отношению к ней.

Актуальность. Виртуальная реальность существует актуально, только «здесь и теперь», только пока активна порождающая реальность.

Автономность. В виртуальной реальности свое время, пространство и законы существования. В виртуальной реальности для человека, в ней находящегося, нет внеположного прошлого и будущего.

Интерактивность. Виртуальная реальность может взаимодействовать со всеми другими реальностями, в том числе и с порождающей как онтологически независимая от них.

Интересную интерпретацию психологической виртуальной реальности (internally generated virtual reality) дает известный американский психолог Чарлз Тарт. Он написал статью о возможности интерпретации природы психики как виртуальной. Проводя аналогии с компьютерно генерируемой виртуальной реальностью, он рассматривает психологическую виртуальную реальность как образ мира, заново порождаемый в каждый момент времени, существующий лишь актуально в данный момент времени. Психологическая виртуальная реальность — это не постоянная, а переменная составляющая образа ситуации (воспринимаемого объекта). Помимо психологической виртуальной реальности существует также как актуальное образование Процессуальный Стимулятор Мира (the World Simulation Process). Ч.Тарт различает виртуальную реальность и ординарную реальность, существующую стабильно относительно виртуальной реальности и «нормально» относительно измененных состояний.

Можно указать еще на один случай употребления термина «виртуальный» в современной психологии. Крупнейший советский психолог А.Н. Леонтьев (1972), решая проблему существования высших психических функций, пришел к выводу, что в веществе мозга они не могут находиться: «Виртуально Мозг заключает в себе не те или иные специфические человеческие способности, а лишь способность к формированию этих способностей».

Из понятия виртуальности следует, что человек может осуществить полноценно свою жизнь только на своей родине, Понимая ее в виртуальном смысле. Человек может жить своей

жизнью и умереть своей смертью только там, где жизнь его виртуальна, т.е. там, где все центрировано на нем, там, где он может сам строить свою жизнь, — это и будет его родиной. **Так, может, киберпространство и становится для многих этой «родиной»?**

Много работ посвящено изучению психологических особенностей взаимодействия человека с компьютерами. Интернет-зависимость является одним из средств аддиктивной реализации, характерной для лиц, которые имеют определенный преморбидный фон (то есть особенности, способствующие формированию собственно аддиктивной личности, или аддиктивной реализации с помощью Интернета в уже сформированного аддикта).

Определен ряд факторов, которые делают Интернет привлекательным, как средство ухода от реальности и получения удовольствия, то есть аддиктивным агентом.

Первый из них — *это уход в виртуальную реальность*. Бурная жизнь в сети легко заменяет реальное существование: люди там влюбляются, ссорятся, радуются и волнуются легче и чаще, чем в «реале». Представления заполняют пустоту, оставленную чувствами. Интернет заменяет реальную жизнь. Особенно это важно для тех людей, жизнь которых по разным (внешним или внутренним) причинам межличностно обеднена. А в сети имеется эксклюзивная возможность поиска нового собеседника, который отвечает любым критериям. Важно отметить, что нет необходимости удерживать внимание одного человека, потому что в любой момент можно найти нового. Как отмечал Sh. Turkle (1997), «компьютеры создают иллюзию товарищеских отношений без требования дружбы» [54].

Н. А. Носов (1997) для виртуальной реальности ввел «принцип меланжевой нити». «Меланжевая нить — это нить одного цвета, в которую постепенно вплетается нить другого цвета, так что в начале новый цвет практически незаметен, но его становится все больше и больше, а старого цвета — все меньше и меньше, и, в конце концов, новый цвет полностью вытесняет старый». Таким же образом одна реальность может плавно, без видимых «стыков» переходить в другую — виртуальную, и наоборот [64].

Виртуал, в отличие от других психических производных типа воображения, характеризуется тем, что человек воспринимает и переживает его не как порождение своего собственного ума, а как объективную реальность. Выделено **восемь свойств виртуала [64]**.

Непривыкаемость. Сколько бы раз виртуал не возникал, каждый раз он переживается как необычное и непривычное событие.

Спонтанность. Нет временной границы довиртуального и виртуального режима, как, впрочем, нет грани виртуального и послевиртуального режима. Возникновение виртуала не контролируется сознанием и не зависит от воли (намерений и желаний) человека. Другими словами, переход в виртуал не фиксируется человеком — он всегда либо «здесь», либо уже «там».

Фрагментарность. У человека, находящегося в виртуале, появляется ощущение какой-то отделенности, отдельности частей своего тела от себя (в таком случае говорят, например, что руки не слушаются или же, наоборот, руки все делают сами). Виртуал порождается фрагментом человеческой деятельности, а переживается всем человеческим существом.

Объективированность. О чем бы человек не говорил — об изменениях в протекании деятельности, о наплыве чувств, о затемнении сознания и т.п. — он говорит о себе не как об активном начале, от которого исходят эти события, эти мысли, эти действия, а как об объекте, которого охватывают мысли, переживания, действия. Рассказ идет о том, что происходит с человеком, о том, чему он оказывается подвластным.

Измененность статуса телесности. В виртуале изменяются ощущение собственного тела и ощущение внешнего пространства. В гратуале (от латинского *gratus* — «привлекательный») тело человека становится легким и приятным, а пространство, в котором человек действует, расширяется и переживается как привлекательное, аттрактивное. В ингратуале (от латинского *ingratus* — «непривлекательный») тело становится чужим, неподвластным, человек замыкается в каком-то отдельном фрагменте собственного тела, а пространство, в котором он действует, становится вязким, тяжелым и переживается как непривлекательное.

Измененность статуса сознания. В виртуале меняется характер функционирования сознания. В гратуале сфера деятельности человека расширяется — человек легко схватывает и перерабатывает весь необходимый объем информации. В ингратуале сфера деятельности уменьшается — информация схватывается и перерабатывается с трудом. Находясь в гратуале, говорят о предельной ясности сознания, об обострении чувства прогнозирования и т.п. Находясь в ингратуале, говорят о сознании сузившемся, «темном»; мышление становится при этом вязким, внимание — рассеянным и т.п.

Измененность статуса личности. В виртуале человек иначе оценивает себя и свои возможности. В гратуале при сверхэффективной и чрезвычайно легко текущей деятельности у

человека появляется чувство своего могущества: возможность преодолеть все препятствия, свернуть горы, ощущение окрыленности. В инградуале же при очень трудно текущей деятельности у человека появляется чувство своего бессилия, ощущения подавленности.

Измененность статуса воли. В виртуале меняется роль воли в деятельности человека. В градуале деятельность совершается без волевых усилий со стороны человека, как бы самопроизвольно, кажется текущей сама собой, становится самодействующей силой. В инградуале, напротив, осуществление деятельности возможно только с помощью напряжения волевых усилий, деятельность «не идёт», «сопротивляется», тело человека «не слушается» и т.п.

В каждом конкретном случае каждое из этих свойств может проявляться с различной степенью интенсивности.

В сети существует возможность создания новых образов «Я», оригинальных вариантов самопрезентаций; воплощения представлений, и/или фантазий, невозможных в повседневной жизни. Чаще всего это киберсекс, ролевые игры в чатах, разные варианты представления идентичности и социальных ролей. В Интернете существует возможность анонимных социальных интеракций. Особенное значение имеет ощущение безопасности при их осуществлении, включая использование электронной почты, ICQ и тому подобное. Используя Интернет, человек может включаться в разные виртуальные социальные звенья, и, как следствие, имеет возможность получения какого-либо социального статуса (поиск самоутверждения). Этот фактор имеет большое значение для тех, кто не смог достичь желаемого положения в обществе в реальной жизни.

Кроме подмены реальности, привлекает внимание и своеобразие средств общения, принятых в Интернете. Разница между людьми в виртуальной среде скрыта, нет затормаживаемого влияния невербальных компонентов реального общения. Невзирая на то, что человек посредством компьютера в своих представлениях взаимодействует с другим человеком (людьми), в действительности он видит перед глазами фрагменты текста с комбинациями символов, условно принятых в виртуальной среде для отображения эмоций (например «:)» — «смайлик», от англ. «smile» — улыбка означает хорошее настроение, или «;)» — «подмигнуть»). Таким образом, происходит выход за границы повседневного «Я», включая обычное ролевое поведение.

Представляется достаточно интересным тот факт, что подобные особенности письменной речи более ста лет назад наблюдал и изучал итальянский психиатр Цезарь Ломброзо. В своей работе «Гениальность и помешательство» Ломброзо убедительно доказал, что подобная форма письма обуславливается «потребностью дополнить значение слова или рисунка, в отдельности недостаточно сильных для выражения данной идеи с желаемой ясностью и полнотой» (Ц. Ломброзо, 1892). Оказывается, подобное письмо было характерно для многих древних культур с доминирующим мифологическим сознанием. Важную роль при этом играет возможность для реализации представлений, фантазий с обратной связью. В древнеегипетской культуре подобным символам присвоили даже специальное название — «определительные» [207].

Иными словами, письменность современных пользователей компьютерных сетей, в силу определенных причин, приобрела атавистические особенности, некогда характерные для всей древней письменной культуры.

Если обратить внимание на саму речь, а не на форму ее записи, то можно отметить следующие особенности: краткость, разорванность высказываний, по большей части, отсутствие четких, структурированных, законченных диалогов или смысловых единиц. То есть, наблюдаются выраженные регрессивные тенденции.

Следующая удивительная особенность психики, которая проявляется в Интернете, называется «эффект дрейфа цели». Во время поиска информации («информационный вампиризм») первоочередная цель замещается другой, более или менее связанной с предыдущей, но отмечается информационная нагрузка, нарушение ощущения времени, отвлечения от окружающей среды. Авторы отмечают одновременное возникновение «эффекта азарта», то есть привлечение в сам процесс поиска информации, во вред ее изучению, анализу и синтезу. Акцент смещается с аналитической деятельности на поисковую активность, которая является более архаичной и менее энергоемкой.

Новая информационная среда, в отличие от физической, характеризуется значительно меньшей жесткостью барьеров и ограничений и допускает значительно больше степеней свободы для своих «жителей». «В виртуальной среде вы можете быть кем угодно, выглядеть, как угодно, быть существом любого пола по выбору, словом, у вас нет ограничений, характерных для реального мира», — определяет доктор Kelly (1997) [58]. Некоторые действия возможны и в нашей жизни, но нуждаются в

значительных расходах и усилиях, другие — невозможны в принципе.

Имеет место и вуайеристический аспект — «электронное подслушивание» чужих личных переживаний, эмоциональных состояний, например, во многих чатах, где люди общаются, обмениваются личными переживаниями, дают и получают эмоциональную поддержку, ряд посетителей не принимают участия в «беседах», отдавая предпочтение «подслушивать» других участников.

Анализ разных форм общения в Интернете позволяет сделать вывод, что Интернет, благодаря своим особенностям, является удобным средством для изучения идентичности. Среди таких особенностей авторы выделяют анонимность, доступность, невидимость, множественность, безопасность, простоту использования [143, 147, 175].

Формирование основной недостаточности приводит к аддиктивному развитию личности. Аддикция может стать временной точкой кристаллизации, вокруг которой человек попытается собрать себя, консолидируя «Я» (self) вокруг этой точки. Это стремление набирает экзистенциально-витальный характер. Построенная таким образом личность может быть названа аддиктивной. Восприятие и мироощущение аддиктивной личности включает себя: других, систему ценностей, преимуществ, своеобразное мышление, эмоции, мечты (в том числе *addictive dream* — «предчувствие»). На фоне новой консолидации предыдущая жизнь по контрасту кажется дефектной, серой, жухлой [207].

К сожалению, пока еще тяжело представить, к чему в будущем приведут психологические изменения и изменения поведения пользователей Интернетом.

3.3. Роль компьютерных игр в развитии компьютерозависимого поведения

Данные научных исследований свидетельствуют о неуклонно возрастающей распространенности компьютерных игр, причем не только среди детей, но и среди представителей более старших возрастных групп. Современные компьютерные игры все совершеннее имитируют реальность, а с каждым скачком в области компьютерных технологий растет количество людей, которых называют «компьютерными фанатами» или «гэймерами» (от англ. *Game* — игра). Полностью погружаясь в игру и достигая в ней определенных успехов, человек таким образом виртуально реализует большую часть существу-

ющих потребностей. По данным А. Г. Шмелева (1988), процент «заядлых игроков» составляет 10-14%, а доктор Orzack приводит большую цифру — 40-80% игроков [8]. Юноши увлекаются играми более интенсивно, чем девушки; частота и продолжение игры снижается с возрастом и с ростом образованности игрока. Funk (1993) сделал опрос 357 американских подростков и выявил, что две трети девушек играют в компьютерные игры и заняты этим, как минимум, два часа в сутки; среди ребят процент «игроков» значительно выше (90%). Кроме того, юноши расходуют на компьютерные игры, в среднем, в два раза больше времени.

Ученые обращают внимание на опасность бесконтрольной игровой компьютерной деятельности. С. Е. Enes (1997) отмечает, что компьютерные игры приводят к развитию таких эффектов, как усиление процессов метаболизма, интенсификации деятельности сердечно-сосудистой системы [183]. Возможно развитие таких признаков девиантного поведения, как переменчивость, повышенная раздражительность, склонность к противоправным действиям, ведет к враждебному восприятию окружающего социального мира. У игроков утеряно стремление к действиям в ситуации риска, внутреннего психического напряжения, они не умеют выходить из стрессовых ситуаций. «Заинтересованных игроков» отличает эмоциональная внешняя холодность, эгоцентризм, конфликтность, постоянное фантазирование, отсутствие интереса к чему бы то ни было. Оживляются они лишь тогда, когда тема касается компьютеров, но их знания в этой области, как правило, неглубокие. Имеют место данные, согласно которым негативное влияние компьютерной деятельности указывает на сужение круга интересов подростка, устремление к созданию личного мира, отход от реальности. По мнению некоторых авторов, занятия с компьютером один на один часто приводят к нарушению общения, к социальной изоляции и трудностям в создании межличностных контактов [184-189].

Данные отечественных ученых свидетельствуют о том, что компьютерные игры способствуют формированию донозологических состояний у детей. Использование метода анализа корреляционных матриц показало, что компьютерная игра приводит к разбалансированию, дискоординации нервной системы, повышению ее лабильности. И фа с навязчивым ритмом, например, Doom2, имеет более выраженный агрессивный характер, что подтверждается ростом числа дисфункций ЦНС после игры, а также изменением психологического статуса игрока (выражено нарастание тревожности).

Ученые г. Луганска отмечают, что с ростом нагрузки увеличивается компьютерная зависимость, которая формируется уже после 6 месяцев увлечения игровыми автоматами. Все это приводит к развитию делинквентных расстройств и выраженной социальной дезадаптации [11].

3.3.1. Классификация компьютерных игр

Компьютерные игры были классифицированы впервые в 1988 году А. Г. Шмелёвым. Михаил Иванов (2003) [16] разделил игры еще на два класса — на ролевые и неролевые, каждая из которых имеет свои специфические черты.

1. Ролевые компьютерные игры. Основная их особенность — наибольшее влияние на психику играющего, наибольшая глубина «вхождения» в игру, а также мотивация игровой деятельности, основанная на потребностях принятия роли и ухода от реальности. Выделяются три типа этих игр: они разделяются по характеру своего влияния на играющего, силе «затягивания» в игру, и степени выраженности психологической зависимости.

/. **Игры с видом «из глаз» «своего» компьютерного героя.** Этот тип игр характеризуется наибольшей силой «затягивания» или «вхождения» в игру. Специфика здесь в том, что вид «из глаз» провоцирует играющего к полной идентификации с компьютерным персонажем, к полному вхождению в роль. Через несколько минут игры (время варьируется в зависимости от индивидуальных психологических особенностей и игрового опыта играющего) человек начинает терять связь с реальной жизнью, полностью концентрируя внимание на игре, перенося себя в виртуальный мир. Играющий может совершенно серьезно воспринимать виртуальный мир и действия своего героя считает своими. У человека появляется мотивационная включенность в сюжет игры.

2. Игры с видом извне на «своего» компьютерного героя. Этот тип игр характеризуется меньшей по сравнению с предыдущим силой вхождения в роль. Играющий видит «себя» со стороны, управляя действиями этого героя. Отождествление себя с компьютерным персонажем носит менее выраженный характер, вследствие чего мотивационная включенность и эмоциональные проявления также менее выражены по сравнению с играми с видом «из глаз». Если в случае с последними человек в критические секунды жизни своего героя может бледнеть и ерзать на стуле, пытаясь увернуться от ударов или выстрелов компьютерных «врагов», то в случае вида извне внешние проявления более

умеренны, однако неудачи или гибель «себя» в облике компьютерного героя переживается играющим не менее эмоционально.

3. Руководительские игры. Тип назван так потому, что в этих играх играющему предоставляется право руководить деятельностью подчиненных ему компьютерных персонажей. В этом случае играющий может выступать в роли руководителя самой различной спецификации: командир отряда спецназа, главнокомандующий армиями, глава государства, даже «Бог», который руководит историческим процессом. При этом человек не видит на экране своего компьютерного героя, а сам придумывает себе роль. Это единственный класс ролевых игр, где роль не задается конкретно, а воображается играющим. Вследствие этого «глубина погружения» в игру и свою роль будет выраженной только у людей с хорошим воображением. Однако мотивационная включенность в игровой процесс и механизм формирования психологической зависимости от игры не менее сильны, чем в случае с другими ролевыми играми. Акцентирование предпочтений играющего в игры этого типа можно использовать при диагностике, рассматривая как компенсацию потребности в доминировании и власти.

II. Не ролевые компьютерные игры. Основанием для выделения этого класса игр является то, что играющий не принимает на себя роль компьютерного персонажа, вследствие чего психологические механизмы формирования зависимости и влияние игр на личность человека имеют свою специфику и в целом менее сильны. Мотивация игровой деятельности основана на азарте «прохождения» и (или) набирания очков. Выделяется несколько типов:

/ Аркадные игры. Этот тип совпадает с аналогичным в жанровой классификации. Такие игры еще называют «приставочными», т.к., в связи с невысокой требовательностью к ресурсам компьютера, широко распространены на игровых приставках. Сюжет, как правило, примитивный, линейный. Все, что нужно делать играющему — быстро передвигаться, стрелять и собирать различные призы, управляя компьютерным персонажем или транспортным средством. Эти игры в большинстве случаев весьма безобидны в смысле влияния на личность играющего, т.к. психологическая зависимость от них чаще носит кратковременный характер.

2. Головоломки. К этому типу игр относятся компьютерные варианты различных настольных игр (шахматы, шашки, нарды и т.д.), а также разного рода головоломки, реал и юваинные в виде

(Компьютерных программ. Мотивация, основанная на азарте, сопряжена здесь с желанием обыграть компьютер, доказать свое превосходство над машиной.

3. *Игры на быстроту реакции.* Сюда относятся все игры, в которых играющему нужно проявлять ловкость и быстроту реакции. Отличие от аркад в том, что они совсем не имеют сюжета и, как правило, совершенно абстрактны, никак не связаны с реальной жизнью. Мотивация, основанная на азарте, потребности «пройти» игру, набрать большее количество очков, может формировать вполне устойчивую психологическую зависимость человека от этого типа игр.

4. *Традиционно азартные игры.* Мы употребляем в названии слово «традиционные», поскольку нельзя назвать тип просто «азартными играми», т.к. практически все не ролевые компьютерные игры по своей природе являются азартными. Сюда входят компьютерные варианты карточных игр, рулетки, имитаторы игровых автоматов, одним словом — компьютерные варианты игрового репертуара казино. Психологические аспекты формирования зависимости от этих компьютерных игр и их реальных аналогов весьма сходны и поэтому мы не будем акцентировать на этом внимание.

Итак, ролевые компьютерные игры в наибольшей мере позволяют человеку «войти» в виртуальность, отрешиться (минимум на время игры) от реальности и попасть в виртуальный мир. Вследствие этого ролевые компьютерные игры оказывают существенное влияние на личность человека: решая проблемы «спасения человечества» в виртуальном мире, человек приобретает проблемы в реальной жизни.

Групповые ролевые игры в сетевом исполнении с конца 70-х годов стали называться MUD. Это аббревиатура любого из двух возможных названий: Многопользовательское подземелье (Multi-User Dungeons), или Многопользовательское измерение (Multi-User Dimension). Аббревиатура MUD была введена в 1978 г. английским студентом Р. Трабшоу (R. Trubshaw). Распространенной разновидностью многопользовательских игр являются MOO — объективно-ориентировочные MUD, включающие дополнительные программные способы конструирования виртуальных объектов (например, персонажей, помещений, предметов).

Сам механизм формирования компьютерной зависимости основан на уходе от реальности и потребности в принятии роли. Игра превращается в средство компенсации жизненных проблем, личность начинает реализовываться в игровом мире, а не реальном. Безусловно, это приводит к серьезным проблемам в

развитии личности, в формировании самооценки и самосознания, а также к морально-этическим проблемам.

Любители компьютерных игр привыкают находиться в так называемом «пассивном возбуждении», когда удовольствие достигается без волевых усилий, просто путем возбуждения подкорковых структур, заведующих этой эмоцией. Это деморализует человека и он утрачивает в реальном мире желание проявлять какую-либо инициативу.

3.3.2. Стадии формирования игровой зависимости

Исследования показывают, что формирование игровой психологической зависимости проходит четыре стадии [16].

1. *Стадия легкой увлеченности.* После того, как человек поиграл один или несколько раз в ролевую компьютерную игру, он начинает «чувствовать вкус», так как компьютер позволяет ему с максимальным приближением к реальности достичь своей мечты. Игрок чувствует удовольствие от игры, получая позитивные эмоции. Особенность этой стадии в том, что игра имеет ситуационный характер.

2. *Стадия увлечения.* Фактором, который способствует переходу к этому этапу, есть появление иерархии новой потребности — компьютерной игры. Истинная сущность, которая зависит от индивидуально-психологических особенностей самой личности. Игра принимает систематический характер. Если человек не имеет постоянного доступа к компьютеру, возможны активные действия по устранению фрустрирующих обстоятельств.

3. *Стадия зависимости.* Эта стадия характеризуется не только сдвигом потребности на нижний уровень пирамиды потребностей, но и другими, не менее серьезными изменениями — в ценностно-смысловой сфере личности. По данным А. Г. Шмелёва (2000), происходит интернализация локуса контроля, изменение самооценки и самосознания [14].

Зависимость может формироваться в одной из двух форм: социализированной и индивидуализированной. Социализированная форма характеризуется сохранением социальных контактов. Такие люди очень любят играть вместе с другими в сети. Игровая мотивация носит характер соревнований. Эта форма зависимости менее пагубна в своем влиянии на психику человека, чем индивидуализированная форма и реже сопровождается психическими и соматическими нарушениями. У лиц с индивидуализированной формой зависимости и нарушается основная функция психики — она начинаю оубражагь не

влияние объективного мира, а виртуальную реальность. Такие люди часто играют в одиночку, потребность в игре находится у них на одном уровне с физиологическими потребностями. Для них компьютерная игра — это своего рода наркотик. Если в течение какого-то времени игрок «не принимает дозу», то он начинает испытывать неудовлетворенность, негативные эмоции, тревогу, дисфорию. Формируется депрессивный симптомокомплекс.

4. Стадия привязанности. Эта стадия характеризуется угасанием игровой активности человека, сдвигом психологического содержания личности в сторону нормы. То есть человек «держит дистанцию» с компьютером, однако полностью оторваться от психологической привязанности не может. Это может продолжаться в течение долгих лет. Следует отметить, что возможен кратковременный рост игровой зависимости вследствие появления новых интересных игр.

3.4. Киберсексуальная зависимость

По статистике зарубежных исследователей 35% детей с 7 до 11 лет хотя бы раз заходили на порносайт. 38% подростков с 12 до 18 лет являются постоянными посетителями порнографических сайтов. В порнографических чатах общаются с друзьями и знакомыми — 44% опрошенных подростков, выборочно — 23%, с незнакомыми людьми — 33%. Впоследствии, при встрече в реальном мире, большинство из них испытывают психологический шок, что может привести к психическим расстройствам. Описаны случаи, когда после подобных встреч дети попросту исчезали. Впоследствии порнофото и порнофильмы с их участием встречались во всемирной паутине.

Признаки киберсексуальной зависимости у взрослых людей

1. Изменения в режиме сна. Чаты и другие места встреч в виртуальном мире оживают ближе к ночи, поэтому неверному супругу придется задерживаться допоздна, чтобы участвовать в этом. Часто такие люди отправляются в постель уже утром или, наоборот, встают на несколько часов раньше, чтобы обменяться романтическими письмами со своими партнерами.

2. Потребность в скрытности. Если кто-то начинает лгать в реальной жизни, то это может быть симптомом того, что он пытается скрыть свои виртуальные отношения от семьи. В первую очередь, это может выражаться в попытках организовать секс-

ретность вокруг компьютера и информации. Компьютер может быть перенесен в дальний угол комнаты, закрываться на ключ. Также должна насторожить смена паролей и любое другое окружение его секретностью. Если такого человека потревожить в то время, когда он будет находиться он-лайн, то это может вызвать у него злобную или защитную реакцию.

3. Игнорирование домашних забот. С возрастанием времени, проведенного он-лайн, время, отведенное на выполнение домашних обязанностей, уменьшается и они часто остаются невыполненными. Это не является автоматическим знаком киберзависимости, но если домашние дела остаются не сделанными, то это должно послужить знаком, что внимание человека обращено на что-то другое. Обычно в семьях обязанности разделены между ее членами, и их невыполнение означает, что, возможно, у человека возникли какие-то постоянные отношения, которые он ставит выше семейных.

4. Очевидная ложь. Сюда можно отнести такие моменты, как сокрытие счетов от провайдера, телефонных счетов за звонки «виртуальным» любовникам и ложь о необходимости использовать Интернет в таком большом объеме. Многие лгут, чтобы скрыть свои виртуальные связи.

5. Изменения в характере. У киберзависимых людей наблюдаются заметные отличия в настроении, поведении по сравнению с поведением до начала использования Интернета. Например, нежная и ласковая жена может стать холодной и безучастной, а веселый и жизнерадостный муж — спокойным и серьезным. Если их спросить о таких изменениях, то ответом, скорее всего, окажется какое-нибудь рациональное объяснение или же ответа не будет вовсе. Для людей, которые пристрастились к Интернету, подобные разговоры будут казаться лишь досадной помехой, которая мешает им проводить время так, как они хотят.

6. Потеря интереса к сексу. Некоторые киберзависимости превращаются в занятие сексом по телефону и другие сексуальные развлечения. Когда кто-то из супругов неожиданно теряет интерес к сексу, это может быть индикатором того, что появился какой-то другой выход сексуальных эмоций. Это может выражаться в вялости, безразличию к ухаживаниям и потере энтузиазма.

7. Общее безразличие к семейным отношениям. Эти люди просто не хотят участвовать в семейной жизни, предпочитая ей Интернет. Они выполняют свои обязанности, как какие-то ритуалы, безо всякого интереса. Они избегают говорить о каких-либо долгосрочных планах, не получают удовольствия от

совместных поездок на природу. Часто они проводят свое время с кем-то другим и все их мысли сосредоточены на своих кибер-партнерах, а не на реальных людях.

Dan Velea (1996) считает, что «порнографический фактор» доминирует у 30% Интернет-зависимых во Франции [148].

Greenfield (1999) указывает на то, что мужчины более склонны к развитию компьютерной зависимости, чем женщины. Более того, они используют Интернет чаще для сексуального возбуждения, что, по-видимому, связано с разными средствами получения сексуального удовольствия с физиологической точки зрения (визуальная стимуляция более характерна для мужчин, вербальная и тактильная — для женщин) [117].

Интернет-зависимость и киберсексуальное влечение обычно являются симптомами скрытой проблемы, которая присутствует в семье еще до того, как Интернет вошел в жизнь супругов. Эта проблема может включать в себя:

- недостаточное общение;
- сексуальная неудовлетворенность;
- разногласия в подходах к воспитанию детей;
- отказ от поддержки семьи и друзей;
- финансовые проблемы.

После того, как кого-либо из супругов удастся избавить от киберзависимости, главной целью семейной терапии становится восстановление доверия и теплой обстановки в семье. Знание тревожных симптомов, приведенных выше, поможет вовремя заметить возникновение киберзависимости. Семьи с проблемами наиболее подвержены риску. Виртуальные отношения легко идеализируются, что впоследствии разрушает отношения семейные и усиливает старые проблемы. Чтобы спасти такие семьи, психологи должны помочь супругам воссоздать атмосферу интимности и доверия. При этом надо аккуратно обратить особое внимание на роль компьютера в семейных неудачах.

Согласно высказыванию российского психолога Д.В. Иванова (2001): «Компьютерная стимуляция — это киберпротез общества» [195]. Чем дальше, тем больше развивается игровая индустрия, тем больше лиц подросткового периода подвержены игровой аддикции. По мнению ученых, зависимость от компьютерных игр и киберсексуальная зависимость являются составляющими компьютерной зависимости (наряду с Интернет-аддикцией и зависимостью от работы с компьютером).

3.5. Социально-демографические и культуральные характеристики компьютерных аддиктов

Поданным ряда авторов, возраст, пол, образование и этнокультурные особенности влияют на развитие компьютерозависимого поведения [51, 52, 100,].

В отечественной литературе большое внимание уделяется возрастному фактору в формировании психических и поведенческих расстройств. В исследованиях компьютерной зависимости группы обследованных чаще составляют лица разного возраста — от 8 до 45 лет и старше [80-88].

Возрастному фактору принадлежит важная, а при многих формах заболеваний, как например пограничных состояниях, ведущая роль в патогенезе психических расстройств у детей и подростков. Особое внимание уделяется пубертатному периоду [89-95].

Нужно отметить концепцию, которая была сформулирована Г. Е. Сухаревой (1965), согласно которой критический характер развития в период пубертата объясняется незаконченностью развития разных органов и систем, интенсивностью и неравномерностью созревания, а также повышенной ранимостью, что обуславливает чрезвычайную чувствительность к психотравмирующим факторам [96,97]. Г. Е. Сухарева предложила называть возрастные кризисы «периодами повышенного восприятия к разнообразным вредным факторам».

Профессор Л. А. Булахова (1985) отмечает, что возрастной фактор часто имеет не только патопластическое значение, а также и патогенетическое, определяя множественность клинических проявлений психических и поведенческих расстройств и тенденцию мультидисциплинарного подхода в диагностике и лечении нервно-психических заболеваний детского возраста [5, 98]. У детей и подростков преобладают синдромы, которые отображают не столько нозологическую природу заболевания, сколько тип нервно-психического реагирования, характерный для данного возрастного периода [97,98]. Одним из таких является синдром однонаправленных сверхценных интересов и увлечений, которые имеют аффективно заряженный, сверхценный, однонаправленный, нередко абстрактный характер и связаны с усиленным влечением. Сверхценное увлечение компьютерами, как правило, возникает при знакомстве с ними незрелой личности (дети, подростки, лица молодого возраста). Максимум увлечений (как и для злоупотребления психоактивными веществами, так и для других видов аддиктивного поведения) приходится на подростково-юношеский возраст, на

период высокой активности и формирования средств ее поддержки и реализации [94,99].

Статистики, касающейся Украины, о детях, которые стали «заложниками» компьютера, а также их интересов в Интернете, к сожалению, пока нет. Но есть конкретные примеры, когда подросток ограбил квартиру родителей, чтобы иметь деньги на Интернет-кафе. Другой мальчик, проживающий в Киеве, убил своего одноклассника, с целью присвоения нового велосипеда, который сразу же продал за 50 гривен и потратил их в Интернет-кафе. Также известны неоднократные случаи побега детей из дома и школы, для того, чтобы провести время в Интернете, или за компьютерными играми.

Возникновению зависимости от сверстников, с которыми ребенок общается в сети, способствует хорошо известный специалистам по психологии развития феномен «воображаемого друга», характерный для игрового возраста. Развитие символической игры и активного воображения в это время приводит к появлению (по некоторым данным у 65% детей) «воображаемых друзей» (животных, сверстников, живых или неживых существ). Они выполняют несколько функций: являются компаньонами в игре воображения, появляются в отсутствие реальных друзей или в ситуациях вынужденного или добровольного уединения, становятся конфидентами для выражения детьми своих сокровенных чувств и оказываются вовлеченными в обсуждение моральных норм и санкций.

Существуют серьезные опасности, с которыми дети встречаются непосредственно в Сети:

- доверие к «воображаемому другу», который может соблазнить на совершение непристойных действий;
- доступ к порнографическим сайтам. Дети могут наткнуться на порнографию ввиду ее широкого распространения в Сети. К сожалению, программное обеспечение, ограничивающее доступ детей на такие сайты, не всегда доступно для потребителей, либо работает некорректно в Украине;
- доступ к сайтам с деструктивным содержанием, например, с инструкциями по изготовлению бомбы. Родителям следует интересоваться сайтами, которые посещают дети, и быть внимательными к любым изменениям поведения ребенка;
- дети, много играющие в игры 3D action (DOOM, QUAKE), сетевые игры с сюжетами насилия, ведут себя более агрессивно. Родителям надо знать, в какие игры играет ребенок, быть готовыми предложить конструктивную альтернативу.

В жизни подростка увлечение чатами становится доминирующим. Круг иных интересов сужается. Заинтересованность и эмоциональное оживление в беседе возникает лишь при затрагивании компьютерной темы: в этот момент подросток преображается - у него учащается дыхание, появляется блеск в глазах и краснеет лицо. Диалог превращается в монолог: он может подолгу рассказывать о преимуществах той или иной системы, о возможностях, открывающихся при работе с компьютером. Подростки почти не замечают окружающего, не откликаются на реакции собеседника (элементы аффективно суженного сознания), в ситуациях выбора в подавляющем большинстве случаев предпочтение отдается деятельности, имеющей отношение к компьютеру. Общение с реальными сверстниками ограничивается, они начинают делиться, прежде всего, по признаку наличия компьютера. Все свободное время и карманные деньги тратятся на аксессуары. Широко распространены случаи, когда подростки остаются голодными, откладывая деньги, даваемые родителями на обед, на покупку очередного компакт-диска или какой-то детали для модернизации компьютера. Непосредственно перед ночным сном отмечаются трудности засыпания, чрезмерная экзальтация. Попытки родителей ограничить общение подростков с компьютером вызывает бурную реакцию протеста («За компьютер дети стоят насмерть»). При вынужденном перерыве возникает чувство опустошенности, скуки («не знаю, куда себя деть», «как будто спрыгнул с мчащегося поезда»). Чат приобретает характер сверхценного увлечения с явным ущербом другим видам деятельности, прежде всего общению с реальными людьми и выраженным аффективным напряжением.

Аналогичные тенденции характерны и для проявлений зависимости в юношеском возрасте. Отдаление от сверстников и сужение круга интересов прогрессируют. Мотив заработка денег с использованием компьютера, появляющийся в это время, увеличивает время работы на нем, а заработанные деньги тратятся на усовершенствование и обеспечение компьютера. Отмечаются значительные трудности во взаимоотношениях с противоположным полом, крайне низкой оказывается мотивация создания собственной семьи.

В молодом возрасте чрезмерное увлечение компьютерной деятельностью становится характерным для лиц с выраженными чертами инфантилизма, такими как слабо развитое чувство долга, ответственности, стремление к развлекательным мероприятиям, незамедлительному удовлетворению своих желаний и т.д. Например, взрослый мужчина, проживая с женой и

ребенком в одной комнате, может играть на компьютере ночи напролет, не обращая внимание, что создает неудобства для остальной семьи. Или психолог-консультант в рабочее время запирается в кабинете и часами играет на компьютере, в то время как его безуспешно разыскивают клиенты.

Компьютерозависимое поведение чаще определяется среди лиц молодого возраста или хорошо образованных взрослых. Например, длительное исследование Интернет-пользователей среди 93 семей показало, что подростки выходят в Интернет чаще, чем их родители, а лица старшего и преклонного возрастов менее заинтересованы Интернетом [100, 101]. Также отмечено, что люди старшего возраста, даже контролируя время в Интернете, испытывают меньший дистресс, чем подростки, от использования Интернета [102].

Доказано, что всемирная сеть привлекает хорошо образованную часть популяции. Лица, которые излишне используют Интернет, имеют в среднем 15летобразования[103,104,105-110].

Последние исследования не подтверждают предыдущих выводов о том, что мужчины более подвержены развитию компьютерной зависимости [111, 112]. U.S. Census (2000) свидетельствует, что сейчас женщины составляют половину лиц, которые излишне используют Интернет, и что это равенство с мужчинами, по-видимому, связано с растущим количеством женщин в Интернете в целом. Фактически, только 6% вариаций пользователей может быть объяснено влиянием пола [44, 73, 113].

Orzack (1999) отмечает, что аддикты старшего возраста и женщины чаще общаются в чатах, где они имеют возможность анонимно обмениваться частными сообщениями, особенно на сексуальные темы. Молодые аддикты и мужчины чаще играют в игры (например, взаимодействующие ролевые игры) и путешествуют по порнографическим сайтам [144].

Таким образом, ученые приходят к выводу, что компьютерными аддиктами не обязательно становятся только хорошо образованные в настоящее время мужчины светлой расы, использующие компьютер только в поисках информации. Современные данные указывают на то, что компьютерные аддикты могут быть любой расы, пола, в возрасте от 18 до 55 лет, в среднем с 15-летним стажем образования. Зависимыми от компьютера оказываются больше по социальным причинам, чем интеллектуальным. Компьютерные технологии становятся все более доступными и разнообразными, поэтому вскоре такие характеристики как возраст и образование также утратят значение [71, 114-118].

Как свидетельствуют данные исследований, значительные социальные и профессиональные проблемы возникают, если использовать Интернет в течение 20-25 часов в неделю [54,66, 114].

У зависимых людей возникают и финансовые проблемы. Например, в 1996 году одна женщина потратила около \$800 за один месяц за оплату он-лайн счетов. Вместо того, чтобы уменьшить количество времени, проведенного в Сети, чтобы избежать таких расходов, люди не останавливаются до тех пор, пока на счету не закончатся все деньги. Однако на сегодня эта проблема отходит на второй план. Тогда как провайдеры в США предоставляют неограниченный доступ в среднем всего за \$ 15 в месяц или вообще бесплатно. С другой стороны, снижение цен ведет к возрастанию времени, проведенного в Интернете, потому что люди больше не должны платить за каждую минуту.

Независимые пользователи проводят 2-5 часов в неделю в Интернете [114, 118]. Интернет-зависимые тратят в среднем от 8 до 40 часов в неделю. Nie and Erbring (1998) выделили позитивную корреляционную связь между количеством лет, то есть стажем работы в Сети, и количеством потраченных на Интернет часов в неделю [119].

Оптимальная продолжительность пребывания за компьютером:

— для детей 5-6 лет — 10-15 мин.;

— для детей 7-12 лет — не более 30 мин.;

— для подростков до 16 лет — не более 1 часа в день (данные Интернет-ресурса).

3.6. Компьютерная зависимость — клиническая реальность или особое психологическое состояние?

Если долговременные последствия зависимости от алкоголя и наркотиков изучены достаточно хорошо, то изучение долгосрочных последствий компьютерной зависимости находится на начальном этапе. Большая часть компьютерозависимых лиц - не считают себя больными и не пытаются покончить с пагубной привычкой [13, 17, 120].

Доказано, что компьютерная аддикция формируется не так, как другие виды зависимости. Например, развивается она намного быстрее, чем другие аддиктивные расстройства. По данным Kimberly Young (1996), 25% больных приобрели зависимость на протяжении полугода после начала работы с компьютером, 58% — в течение второго полугодия, 17% — через год [20].

Обзор литературы показал, что многочисленные данные о компьютерной зависимости сосредоточены на исследованиях доктора Kimberly Young [20, 134, 135]. Она впервые получила результаты анкетирования большого количества пользователей Интернетом и предложила критерии диагностики компьютерной зависимости (см. главу 6). Ее работа была представлена на 104-м и 105-м конгрессах Американской психологической ассоциации.

Используя критерии, подобные патологическому гэмблингу, доктор Young допустила, что проблемное использование Интернета ближе к расстройству импульсного контроля, чем к зависимым состояниям.

В 1996 году в исследованиях Kimberly Young было показано, что 396 из 496 регулярных пользователей Интернетом являются Интернет-зависимыми [79]. Young писала, что последние исследования оправдывают ее результат, и что вокруг появляются центры лечения этого вида аддикции. Но другие психологи и психиатры имели другую точку зрения.

Shaffer (1996) и его коллеги нашли только 20 аддиктов из 809 пользователей Интернетом [130]. Они имели все необходимые критерии аддиктивного поведения (повышение толерантности, потеря контроля, синдром абстиненции и другие).

Mark Griffiths (1996) делит Интернет зависимых на две группы: аддикты (зависимые) первого и второго порядков. Аддикты первого порядка чувствуют себя в повышенном настроении во время игры, любят играть группами в Сети, получают позитивное подкрепление со стороны группы, когда становятся победителями и именно это является для них главным. Компьютер для них — средство получить социальное вознаграждение [52].

Аддикты второго порядка используют компьютер для побега от проблем в своей жизни, и их зависимость от ПК — симптом более глубоких проблем (например, физические недостатки, низкое самоуважение и т.д.).

Ряд авторов считают, что Интернет-зависимость — не является самостоятельным заболеванием [136–139]. Это сразу несколько опасных для человека психопатологических состояний, объединенных в один комплекс. Они отличаются по степени опасности и областям действия, и единственное, что их объединяет, это пагубное влияние на человеческую психику.

Развитие аддикции рано или поздно приводит к изменениям образа жизни, нарушению режимов сна/бодрствования и отдыха/нагрузки, в результате чего страдает не только производительность труда, но и физическое здоровье. Длительное пре-

бывание в сидячем положении, специфическая нагрузка на глаза, позвоночник, мышцы верхних конечностей (особенно правой), пренебрежение регулярностью питания, адекватной физической нагрузкой (за счет централизации времени на использование Интернета) — все это приводит к ухудшению здоровья. В результате нарушения психофизиологических норм и эргономических потребностей к деятельности за компьютером, увеличивается усталость, появляется риск возникновения физических нарушений — симптомов патологического использования компьютера, к которым относятся: мигреноподобная головная боль и боль в позвоночнике, сухость в глазах, синдром карпального канала (онемение и боль в руках).

В Японии и Англии у нескольких детей, которые с раннего детства излишне увлекались компьютерными играми, врачи выявили новый вид заболевания — синдром видеоигровой эпилепсии [73, 114]. Это расстройство проявляется в виде неврозоподобной головной боли, парциальных миоклонических приступов, со спазмами мышц лица. Во шикают также нарушения зрения. Синдром хоть и не приводит к угасанию умственных способностей ребенка, но способствует формированию таких типичных для эпилепсии отрицательных черт личности, как подозрительность, агрессивное отношение к близким, импульсивность и разгоряченность. Данные большинства исследований, в которых изучалось функционирование ЦНС и зрительного анализатора при работе с компьютерами, достоверно свидетельствуют о процессах перенапряжения. Это то, что может привес і и к переутомлению, то есть патологическим изменениям в коре головного мозга и зрительном анализаторе.

По данным В. А. Лоскутовой (2000) приблизительно 80% пользователей Интернета заявляют о том, что чувствуют ни с чем не сравнимое чувство интеллектуальной воли, когда «странствуют» по виртуальному миру [140]. Но никто не отдает себе отчета в том, что виртуальная реальность может породить только виртуальное чувство воли, которое обладает наркотическим свойством зависимости и требует постоянного подкрепления. Пользователь, который проводил по несколько часов в день в Интернете и внезапно лишился возможности доступа к конкретной информации, подобен наркоману в состоянии «ломки» — вплоть до некоторого подобия симптомов: обеспокоенность, суматоха, рассеянное внимание, повышенная возбудимость, раздражительность и другие. Кроме того, при относительно длительном пребывании вданном состоянии субъект начинает испытывать чувство неполноценности и

интеллектуальной инвалидности, влекущее за собой снижение самооценки [141, 142].

Н. И. Алтухов и К. Ю. Галкин выделяют следующие признаки и симптомы компьютеромании:

- изменение актуального психического состояния в сторону эйфории при контакте с компьютером или «предвкушении» контакта;
- исчезновение контроля времени, проводимого за компьютером;
- стремление к увеличению времени взаимодействия с компьютером;
- раздражение, угнетенность, ощущение «пустоты» при невозможности контакта с компьютером;
- использование компьютера или игровой приставки для изменения актуального психического состояния со знака «-» на знак «+»;
- возникновение проблем во взаимоотношениях в микро-социальных группах;
- вегето-висцеральные признаки (сухость глаз, запоры, исчезновение аппетита).

Исследование динамики частоты сердечных сокращений (ЧСС) до и во время работы за компьютером показали достоверный рост ЧСС в среднем на $8,2 \pm 0,4\%$ при взаимодействии с компьютером. Усиление влияния симпатического отдела нервной системы также наблюдалось во время работы в Интернете (12).

Доктор Maressa Necht Orzack выделила ряд психологических и физических симптомов, характерных для патологического использования компьютера (Pathological Computer Users — PCU)(1999)|143|:

Психологические симптомы:

- хорошее самочувствие или эйфория за компьютером;
- невозможность остановиться, увеличение количества времени, проводимого за компьютером;
- пренебрежение семьей и друзьями;
- ощущение пустоты, депрессии, раздражения вне компьютера;
- неправда работодателям или членам семьи о своей деятельности;
- проблемы с работой или обучением.

Физические симптомы:

- синдром карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц);

- сухость в глазах; головная боль по типу мигрени;
- боль в спине;
- нерегулярное питание;
- пренебрежение личной гигиеной;
- расстройства сна, изменение режима сна.

Maressa Hecht Orzack, клинический психиатр в Harvard Medical School (MA, USA), работает с разными формами компьютерной зависимости в течение долгих лет. Она отмечает, что видит каждый день лиц с компьютерной зависимостью, и уверена, что Интернет-аддикция может заострить существующие психологические или психиатрические расстройства. У многих компьютерозависимых пациентов выявлена коморбидность с социальными фобиями, компульсивными расстройствами, расстройством концентрации внимания и другими видами аддикций [144].

Young (1998) установила связь данного вида аддикции с депрессивными состояниями (79). Больные с депрессивными расстройствами, которые намного больше других чувствуют страх предательства и нуждаются в социальной поддержке, используют Интернет, чтобы преодолеть трудности межличностных взаимоотношений в реальности. Аутодеструктивный драйв, будучи замаскированным, проявляется уходом от биологической стороны жизни. Человек пренебрегает сном, личной гигиеной, питанием, а также домашними делами и трудом/обучением. Драйв самосохранения становится притуплённым, возникают депрессивные эпизоды разного регистра, суицидальные мысли. Стремясь заполнить внутреннюю пустоту и избегая решения проблем, аддиктивная личность, которая выбрала Интернет как средство ухода от действительности, решает, что это и есть выход. На деле оказывается, что выхода нет. Крах надежд приводит к суициду. Не последнюю роль играет и большая открытость при опосредованном компьютерном общении, которая приводит к большей эмоциональной ранимости.

Здесь на первый план выходит стремление аддикта к побегу от реальности, к отключению от существующих переживаний. Чем активнее этот драйв, тем деструктивнее и тяжелее протекает аддикция. На той стадии развития аддикции, когда посредством данного аддиктивного агента — Интернета — становится невозможным изменение психического состояния, растёт риск осуществления аддиктом суицидальной попытки.

Scherer (1997) выявил коморбидность компьютерной аддикции с шизоидным расстройством личности к списку доктора Orzack, объяснив это тем, что такие пациенты склонны

к дистанцированию от людей в реальном мире, а Интернет дает возможность общения и новый виртуальный мир [145].

Shapira (1998) указывает на 100%-ную распространенность расстройств влечения среди ее Интернет-зависимых пациентов, и на низкую связь компьютерной зависимости с обсессивно-компульсивным расстройством (15%). Также она связывает этот феномен с депрессивными и биполярными расстройствами. «Поэтому, если мы будем лечить ассоциируемые расстройства настроения (mood disorder), мы сможем возобновить контроль относительно пользования Интернетом», — заверяет Dr. Shapira [21].

Orzack (1999) указывает, что люди становятся зависимыми по различным причинам [144]:

1. Поиск новых ощущений, новых идентификаций.
2. Снятие напряжения.
3. Общение.
4. Поиск друзей, поддержки (чаще это одинокие люди).

Существует много общего между зависимостью от алкоголя, наркотиков, компьютерной аддикцией, патологическим использованием Интернета. Но имеются черты, характерные только для Интернет-аддикции — это чувство дома, свободы и безграничности.

Большинство авторов, анализируя полученные данные, пришли к выводу, что избыточное увлечение компьютерами в значительной степени отвечает критериям аддиктивного поведения и может рассматриваться как его самостоятельный вид, отличаясь по своей структуре и особенностям от общепризнанного вида аддиктивной реализации, связанного с участием в азартных играх, включая компьютерные. Специфика компьютерной зависимости изучена еще недостаточно.

Данные литературы и клинический опыт показали, что проблема патологической зависимости появляется тогда, когда аддиктивное поведение начинает доминировать в сознании [12, 16, 17]. В его основе лежит стремление уйти из реальности за счет изменения своего психического состояния. Человек заменяет решение проблемы «здесь и сейчас» аддиктивной реализацией, откладывает существующие задания «на потом», достигая тем самым психологического комфорта. Это люди, для которых виртуальная жизнь становится более значимой, чем реальная и они перестают отличать «Я-виртуальное» от «Я-реального» — это и есть потенциальные и действительные Интернет-аддикты.

При увлечении компьютерами имеет место изменение личного психического состояния, достигнутого сосредоточением

на определенном предмете (компьютере) и связанной с ним деятельностью, что сопровождается развитием субъективно приятных эмоциональных состояний: чувства эмоционального возбуждения, волнения, подъема или релаксации. Таким образом, достигается начало желаемых эмоциональных изменений, возникает ощущение контроля над собой и ситуацией, чувство удовлетворенности жизнью. Увлечение компьютером становится стилем жизни, доминирует и вытесняет другие виды деятельности. Если в обычных ситуациях люди используют компьютеры утилитарно, для удобства, комфорта, то для «сверх увлеченных» тот же компьютер, который вовлекается в аддиктивное звено, становится все более значимым, все более удовлетворяющим эмоциональные потребности аддиктов. Эмоциональные отношения с людьми нарушаются. Это отражается в уменьшении дружелюбности, в отходе от реальности, в росте изоляции от других людей, которые не входят в круг подобных любителей компьютерной техники. Сужается круг интересов. Происходит процесс, во время которого человек не только не решает важных для себя проблем (например, бытовых, социальных), но и останавливается в своем личностном развитии. Важно отметить, что аддиктивная реализация включает в себя как аддиктивные действия, так и мысли о возможности ухода от реальности [159-163].

По мнению Ц. П. Короленко (1991), развитие компьютерной зависимости полностью укладывается в основные этапы развития аддиктивного поведения. Он подчеркивает базовый характер аддиктивной мотивации: «точка кристаллизации», становление аддиктивного ритма, ее формирование как интегральной части личности, полное доминирование аддиктивного поведения [22].

Важной особенностью зависимого поведения является возможность легкого перехода от одной формы аддикции к другой, с сохранением основных аддиктивных механизмов. Достаточно часто наблюдается одновременное существование разнообразных видов зависимости. Так, японские ученые описали синдром «ОТАКУ» [otaku]. Это синдром, при котором подростки и юноши проводят свою жизнь, погружаясь в виртуальную реальность, видеоигры и музыку из стереофонических наушников, игнорируют социальные взаимоотношения, необходимость ухода за собой, образование и достижение полного развития личности.

Традиционно аддиктивные расстройства рассматривались как заболевание полифакторной природы без четкого доминирования социальных и биологических факторов.

В. А. Лоскутова (2000) считает, что этому процессу могут действовать биологические (например, индивидуальный способ реагирования), психологические (личностные особенности, психотравмы) и социальные (семейные и внесемейные взаимоотношения) факторы [17].

Имеют место доказательства в пользу наследственной склонности к развитию аддиктивного поведения [12, 120, 169]. Возможно, одной из причин аддиктивного расстройства является своеобразный обмен серотонина и других нейромедиаторов. Существует гипотеза о механизме «сценарного подражания», согласно которой человек (в основном бессознательно) выбирает ту или другую модель поведения по образу и подобию какой-либо значимой личности из своего детского окружения.

Ученые Кореи попытались подтвердить тесную взаимосвязь между психологическим состоянием человека (одиночество, депрессия, компульсивность) и развитием Интернет-зависимости [73, 114]. Они использовали модифицированную шкалу определения компьютерной зависимости доктора Young. В исследовании принимали участие 13 588 пользователей (7 878 мужчин и 5 710 женщин) Интернетом, 3,5% из которых были диагностированы как Интернет-зависимые (первая группа); 18,4% — как возможно Интернет-зависимые (вторая группа); остальные составили третью группу — не аддикты. Ученые исследовали возможные поведенческие стратегии после стрессовых и проблемных ситуаций на работе. Результаты исследования подтвердили взаимосвязь компьютерной аддикции с развитием дисфункционального социального поведения. Было доказано, что Интернет-зависимые чаще имеют желание уйти из реального мира в виртуальный, чем возможно Интернет-аддикты или независимые, особенно после стрессовых ситуаций на работе или дома.

Группа Интернет-зависимых отмечала больший процент одиночества, сниженного настроения и склонности к компульсивным действиям по сравнению с двумя другими группами, что подтверждает влияние психологического состояния на формирование компьютерной зависимости. Также аддикты имеют больше проблем с установлением взаимоотношений, более закрыты для общения или беседы. Во время анализа первых действий, при возвращении домой, большая разница была установлена между Интернет-аддиктами и не аддиктами — первые имели самый высший процент ответов «сразу иду к компьютеру», что на 15% выше, чем во второй группе, и в три раза выше, чем в третьей [174].

Е. Marc Pratarelli, D. Ph., L. Blaine, M.S. Browne, (1999, 2002) провели факторный анализ Интернет-зависимости и предложили теоретическую модель взаимоотношений между Интернет-зависимостью (1), сексуальным фактором (2) и фактором пользователя (3). Исследование показало, что лица, которые излишне увлечены Интернетом, вероятно, имеют проблемы личностного характера или проблемные взаимоотношения. Они также более склонны выходить в сеть, чем другие случайные пользователи Интернетом [175, 176].

Ряд авторов сообщают, что большая часть аддикций развивается на фоне девиаций поведения, которые, в свою очередь, рассматриваются рядом авторов как разновидность аддиктивных расстройств [196, 199]. Как показывают данные литературы, компьютерная зависимость связана с кражами, курением, эпизодическим употреблением токсичных веществ.

Результаты исследований свидетельствуют о выраженной активности и эмоциональном возбуждении обследованных в период работы за компьютером. По их словам, именно это состояние и является особенно привлекательным при взаимодействии с компьютером. Возрастные и индивидуальные особенности проявляются в выборе конкретных видов компьютерной деятельности, способствующих достижению описанного положения (игровые, коммуникационные, информационные). Имеют место элементы модуляции функционального состояния мозга. Е. В. Мельник (1998), учитывая высокий активационный потенциал работы с компьютерной техникой, ее частое доминирование в структуре интересов у лиц подростково-юношеского возраста, предложила использовать работу с компьютером для замены девиантных видов деятельности и формирования социально одобренной структуры интересов у детей и подростков с девиациями поведения. Работа с компьютером оказалась крепким подкрепляющим фактором. Возможно это еще одна из позитивных сторон компьютерной деятельности [12].

Отмеченная тенденция обуславливает важность изучения факторов риска, клинико-психопатологической структуры, особенностей психического состояния и психических нарушений у лиц данной группы с последующим созданием программ коррекции и профилактики этого состояния. Важно выявить пользователей с повышенным риском развития компьютерной зависимости, оценить их психологические особенности и направленно использовать профилактические мероприятия. Следует оценить влияние биологических и окружающих

факторов, особенности формирования и динамики аддиктивного процесса при компьютерной зависимости.

Подводя итог обзора литературы по проблеме компьютерной аддикции, можно констатировать, что подавляющее большинство исследователей отмечают патогенный характер компьютерной зависимости (особенно в юношеском возрасте) и считают первостепенной задачей разработку дифференцированных программ коррекции и профилактики зависимости от компьютерных технологий.



ГЛАВА

4

**ФАКТОРЫ РИСКА
РАЗВИТИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ**

«Мы превратили виртуальный мир в пародию на реальную жизнь... Но мы не можем изменить мир. И эта пародия лишена смысла. Она — не рывок вперед, а лишь шаг в сторону».

С. Лукьяненко, 2001

В 2003-2004 гг. нами было обследовано 463 учащихся Днепропетровского областного лицея-интерната физико-математического профиля (ДОЛИФМП), лицея информационных технологий (ЛИТ), которые по ходу своей учебной деятельности имели значительную нагрузку (8-10 часов в неделю) от работы за компьютером. Среди них было 295 (63,7%) лицеистов мужского пола, 168(36,3%) —женского пола в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст ($M \pm s$) $15,2 \pm 0,97$). Для оценки факторов риска формирования компьютерной аддикции были изучены социально-демографические характеристики лицеистов и проведено их анкетирование. Помимо этого, учащиеся исследовались экспериментально-психологическими методами: тестом Штура, тестом Айзенко, Шмишека, Т. Лири, методикой Дембо-Рубинштейн. Таблицу Анфимова использовали для исследования особенностей распределения концентрации и стойкости внимания. Следует отметить, что результаты социально-демографического исследования данного контингента легли в основу «Способа скрининговой диагностики компьютерной зависимости» (патентна изобретение (11) 72366 А (51) 7 G09B3/00, G09B3/08, G09B3/00, A61B10/00 15.02.2005. Бюл. № 2).

По результатам скрининговой диагностики компьютерной зависимости все ученики (463 чел.) были распределены по группам:

1-я группа — без риска развития компьютерной зависимости (15 баллов и меньше) - 189 (40,82%);

2-я группа — стадия увлечения (16-22 балла) — 209 (45,14%);

3-я группа — стадия риска развития компьютерной зависимости (начальный этап формирования компьютерной зависимости) (23-37 баллов) — 65 (14,04%).

Учеников с компьютерной зависимостью (38 и более баллов) выявлено не было. Лица мужского пола составили 295 (63,7%), женского пола — 168 (36,3%). В группе риска мальчиков в 6 раз больше, чем девочек — 86,15% и 13,85% соответственно ($\chi^2=22,23$) ($p<0,001$). Распределение учеников по возрасту и полу по группам представлено в табл. 4.1., 4.2.

Таблица 4.1. Распределение респондентов по возрасту согласно выделенным группам (в %)

Возраст, годы	Группы респондентов			Всего п=463
	1 п=189	2 п=209	3 п=65	
1	2	3	4	5
13	1,59	1,44	0	1,30
14	26,98	24,40	20,00	24,84
15	35,45	31,10	33,85	33,26
16	24,87	35,89	38,46	31,75
17	11,11	6,70	7,69	8,64
Всего	100	100	100	100

Таблица 4.2. Гендерное распределение респондентов согласно выделенным группам (в %)

Группа	Мужчины	Женщины
1	53,97	46,03
2	65,55	34,45
3	86,15	13,85
Всего	63,71	36,29

4.1. Компьютерная деятельность и ее влияние на психоэмоциональное состояние лицеистов

Первое знакомство лицеистов с компьютером происходило преимущественно в возрасте 7-Юлет (50,98 %) (в среднем 9,0 ± 2,7 лет) и не отличалось по группам исследования. Параметр

длительности действия аддиктивного агента занимает важное место и изображен на рис. 4.1. Большая часть респондентов группы риска пользуется компьютером более трех лет (6 лет и больше — 33,85 %). В среднем, опыт работы за персональным компьютером (ПК) составляет $4,8 \pm 2,6$, что помогает дифференцировать проявления компьютерной аддикции от интенсивного изучения возможностей компьютерных технологий, которые открылись новому пользователю. В рамках данного исследования не отслеживался такой параметр, как длительность наличия симптомов компьютерной зависимости.

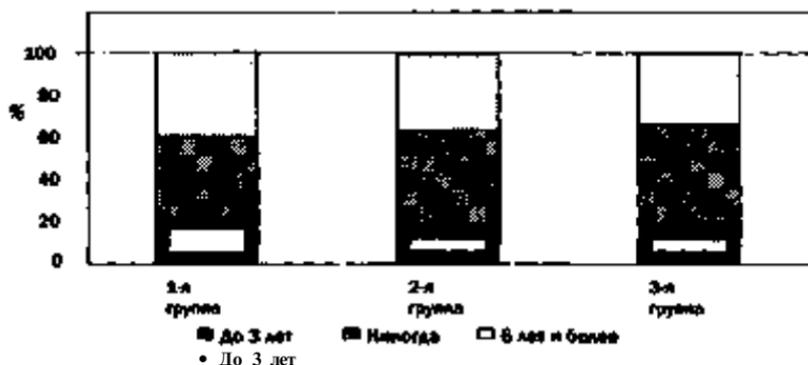


Рис. 4.1. Распределение респондентов по стажу использования компьютеров согласно выделенным группам

Известно, что научными работниками на сегодняшний день выделены 5 типов компьютерной аддикции: навязчивый серфинг (путешествие в сети), страсть к онлайн-новым биржевым торгам и азартным играм, виртуальные знакомства, киберсекс (увлечение порносайтами) и компьютерные игры, поэтому ученикам было предложено выбрать преимущественный вид деятельности за компьютером. Первое место занимают игры (26,5%), на втором — Интернет (12,4%) и на третьем — поиск информации на WEB-сайтах (7,8%). Существует прямая корреляция между риском развития компьютерной зависимости и беседами в СНАТ и поиском информации в сети ($p < 0,05$). Следует вспомнить о возможном «эффекте дрейфа цели» и «эффекте азарта», то есть привлечение в сам процесс поиска информации, во вред ее изучению, анализу и переработке; возникает смещение акцента с аналитической деятельности на поисковую активность, которая является генетически древней и менее энергоемкой. В 3-й группе лицеисты отдавали предпочтение играм и беседам в СНАТ (35,4% и 13,8%) соответственно ($\chi^2=6,46$) ($p < 0,05$) (рис. 4.2).

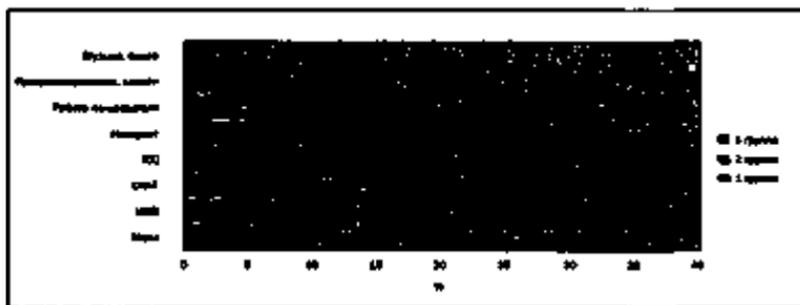


Рис 4.2. Распределение лицеев по доминирующему виду деятельности за компьютером согласно выделенным группам (в %)

Около половины (52,13%) пользователей, которые вошли в первую группу, работают за компьютером еженедельно (2-3 раза в неделю), в отличие от второй и группы риска ($p < 0,001$), где подавляющее большинство используют ПК ежедневно — 65,07% и 82,81% соответственно.

Длительность аддиктивной реализации дольше ожидаемого времени является одним из ее характерных признаков. Лидеры часто занимают оборонительную позицию и скрывают от окружающих, и прежде всего от родителей, время проведения за ПК, а также то, чем они занимаются.

Как показало исследование, одним из факторов, характерных для обследуемых, является проведение за компьютером большего времени, чем планировалось ($p < 0,001$). Это происходит часто у респондентов третьей группы — 84,61%; 56,46% и 37,03% во второй и первой группах соответственно. При корреляционном анализе проведения большего времени за ПК, чем планировалось, и уходом с головой в компьютерные игры (мысли о ПК, пренебрежение другими делами, невозможностью самостоятельно остановиться) найдена связь ($r = 0,32$; $r = 0,35$; $r = 0,39$; $r = 0,44$ соответственно).

Неправда работодателям и членам семьи о количестве времени, проведенном за компьютером, является неотъемлемой составной частью любого аддиктивного процесса. Около 40% лиц из группы риска делают это часто или очень часто.

В группе риска работают за ПК по 10-20 часов (38,46%) и по 20-40 часов (35,38%) в неделю, что достоверно чаще, чем в 1-й и 2-й группах ($p < 0,001$). При корреляционном анализе длительности работы за ПК и пренебрежением сном, приемом еды найдена связь ($r = 0,43$; $r = 0,35$ соответственно).

Почти 90% компьютерных аддиктов проявляют негативное отношение к попыткам окружающих прервать пребывание за компьютером — аддиктивную реализацию. Как правило, первыми обращают внимание на избыточное времяпровождение за ПК окружающие (родители, учителя). У самого человека критика к своему поведению сниженная или отсутствует. Зависимые считают, что контролируют время и могут остановиться в любое мгновение. Но много респондентов сознаются, что «дают себе еще минутку, пять минут и так продолжается в течение часа и больше» (со слов обследуемых). Попытки ограничить время проведения за компьютером являются неуспешными, в 43% респондентов 3-й группы против 6,8% и 13,2% из 1-й и 2-й групп соответственно (рис. 4.3.).

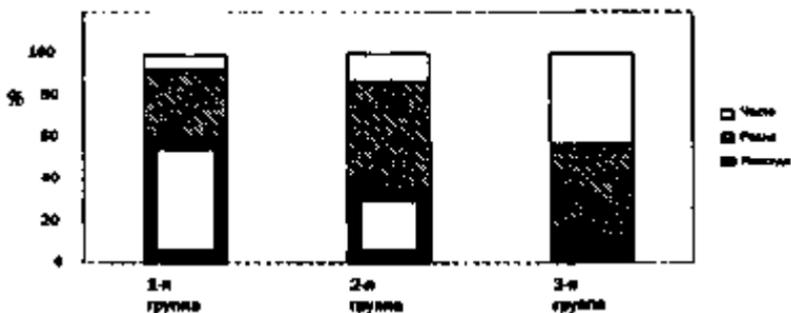


Рис. 4.3. Распределение респондентов выделенных групп по результатам ответа на вопрос: «Как часто вам не удается прекратить деятельность за компьютером?»

Увлечение компьютерными технологиями приводит к изменению режима сон/бодрствование, постепенно время работы становится как дневным, так и ночным. Потенциальные компьютерные аддикты используют ПК днем и ночью (72,31%). Лицейсты, которые вошли в группу риска (3-я группа), преимущественно пользуются компьютером дома ($p < 0,001$) или в компьютерном клубе ($p < 0,05$). При корреляционном анализе длительности работы за ПК и наличием компьютера дома найдена связь ($r = 0,46$).

Количество респондентов, использующих ПК в лицее, равномерно распределено по 3 группам. Обращает на себя внимание, что чаще всего потенциальные компьютерные аддикты используют ПК при первой удобной возможности. Несмотря на вышеизложенное, на вопрос о роли компьютеров

в жизни человека большинство респондентов трех групп ответили, что можно прожить без них (73,38% из числа тех, кто ответил). Неадекватность ответа респондентов из группы риска можно объяснить тем, что аддикт боится осуждения в связи с его аддиктивной реализацией.

Трата денег и невозможность контролировать свои расходы являются одним из признаков аддиктивного поведения. Полученные данные свидетельствуют о том, что потенциальные компьютерные аддикты тратят много денег на компьютер, а именно 40% обследованных в 3-й группе, 8,6% — во 2-й и только 3,2% — в 1-й группе ($p < 0,001$). Решение финансового вопроса по поводу оплаты пользования ПК приблизительно одинаково решается в трех группах — ученики либо просят деньги у родителей, либо пользуются ПК бесплатно. Потенциальные аддикты пытаются найти деньги различными путями (одажживают, воруют, берут, не спрашивая) ($p < 0,05$). При корреляционном анализе посещения компьютерного клуба и вымоганием денег у родителей найдена связь ($r = 0,41$).

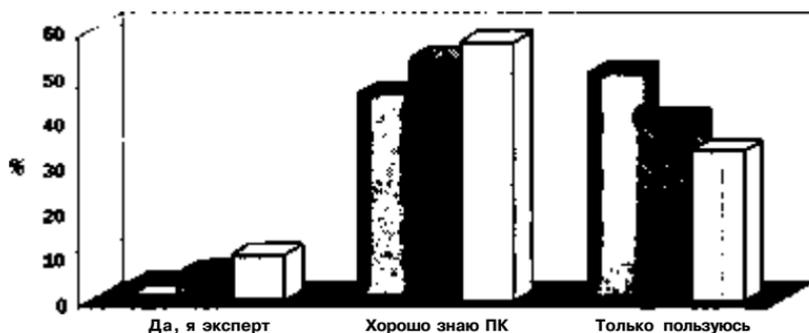


Рис. 4.4. Распределение респондентов выделенных групп согласно субъективно определенному ими уровню профессионализма в области компьютерных технологий

Специалистами в области информационных технологий считают себя 3,72% участников первой группы и 9,52% потенциальных аддиктов. Хотя, по данным ряда исследователей, среди компьютерозанисимых лиц в большей степени преобладают гумпигарии, и сравнении со специалистами в области информационных технологий. Необходимо уточнить, что субъективная мысльоспособей квалификации может не отвечать реальному положению пещей, а свидетельствовать лишь о неадекватно завы-

шенной самооценке респондента. На рис. 4.4. четко видно, что больший процент «экспертов» и хорошо ориентирующихся в информационном мире составляют лицеисты группы риска (начало формирования компьютерной зависимости).

Фиксация на аддитивном агенте сопровождается эмоциональным подъемом (эйфория, психическая релаксация, ощущение «взлета», беззаботности, свободы, усиления воображения). Как это видно из табл. 4.3., потенциальные аддикты испытывают хорошее настроение, удовольствие и азарт, находясь за компьютером. Любопытство и заинтересованность испытывают все лицеисты в равной степени. 60% из 3 групп чувствуют счастье за компьютером часто или очень часто, тогда как 77,28% из 1-й группы — никогда или редко. При корреляционном анализе степени заинтересованности ПК и рядом получаемых ощущений найдена связь ($r = 0,42$).

Таблица 4.3. Распределение респондентов выделенных групп в зависимости от субъективных ощущений за компьютером

Субъективные ощущения	Группа, %			Всего, %
	1-я	2-я	3-я	
Решительность	2,12	5,77	10,94*	4,99
Удовольствие	9,52	10,58	20,31**	11,50
Хорошее настроение	12,70	17,31	25,00**	16,49
Всесилие	4,23	10,58	17,19*	8,89
Азарт	0	0	1,56**	0,22
Восторг	2,65	5,29	7,81	4,56
Заинтересованность	23,81	19,23	28,13	22,34
Любопытство	17,99	14,42	18,75	16,49
Взволнованность	3,70	2,88	4,69	3,47
Радость	4,23	6,73	10,94	6,29
Безразличие	1,06	1,92	4,69	1,95
Отдых и другое	6,89	6,72	3,12	6,3
Неудовлетворение	1,59	0,96	3,13	1,52

Примечания:

1. * — достоверность отличий от показателей 1-й группы более 99% ($c_2 = 8,3; 11,2, p < 0,01$).
2. ** — достоверность отличий от показателей 1-й группы более 95% ($c_2 = 5,8; 5,4; 6,2, p < 0,05$).

Находясь вне компьютера, компьютерные аддикты чувствуют скуку, подавленность, депрессию, раздраженность. В нашем исследовании видно, что почти 40% из группы риска уже чувствуют дискомфорт в реальном мире. Подавленность исчезает, как только они возвращаются назад к компьютеру. Аддиктивная реализация создает иллюзию возможности легко изменить свое психическое состояние посредством компьютерной игры или Интернета, лишиться неприятных эмоций и ощущений. Развитие аддикции требует все большего времени проведения за компьютером, чтобы достичь желаемого эффекта.

Обязательной частью аддиктивной реализации является «присутствие» аддикции и вне последней, а именно это мысли о деятельности за компьютером, возможность и средство воплощения этого действия. Как видно на рис. 4.5., респонденты предчувствуют то, чем они будут заниматься за ПК, в Интернете или фантазируют о сети (рис. 4.6.). То есть, в реальном мире имеются мысли пойти в виртуальный мир, желая изменить свое психическое состояние на другое.

Предчувствие следующего сеанса в сети или следующей работы за компьютером часто ощущают 7,94% в первой группе, 30,55% и 70,76% во второй и третьей группах соответственно. При корреляционном анализе предчувствия работы за ПК и подавленностью вне ПК, неудовлетворением, когда запрещают пользоваться компьютером, найдена связь ($r=0,32$; $r=0,34$ соответственно).

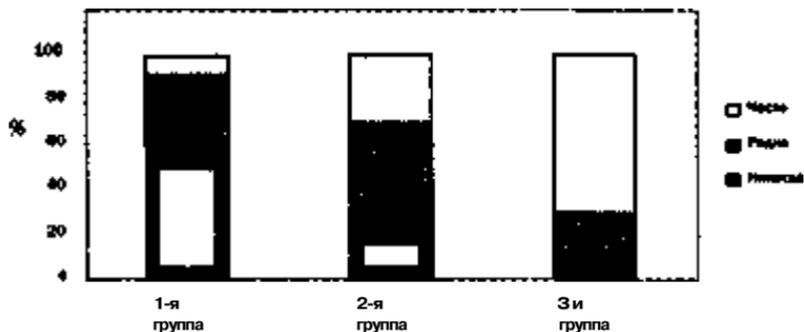


Рис. 4.5. Распределение респондентов выделенных групп по результатам ответа на вопрос: «Как часто вы предчувствуете пребывание за компьютером?»

Фантазируют и думают о том, чем они будут заниматься за компьютером, 32,3% респондентов группы риска, 16,7% и 2,1%

во второй и первой группах соответственно ($p < 0,001$) (рис. 4.6.). При корреляционном анализе предчувствия пребывания за ПК и проведением за ПК больше времени, чем планировалось, найдена связь ($r = 0,45$).

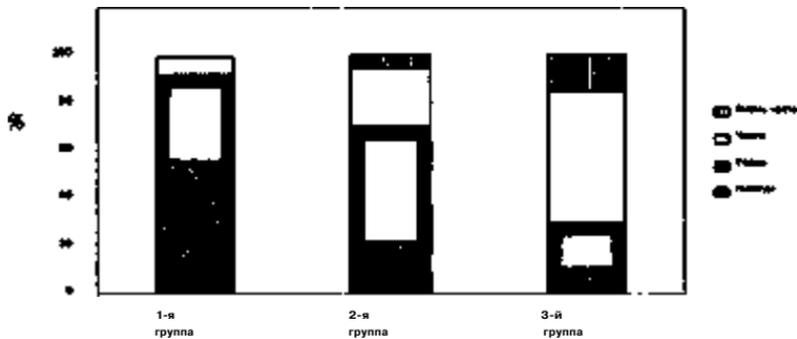


Рис. 4.6. Распределение респондентов выделенных групп по результатам ответа на вопрос: «Как часто вы фантазируете и думаете о компьютере?»

Новые, волнующие и многообещающие взаимоотношения в Интернете являются для аддикта более привлекательными, чем общение с людьми в реальной жизни. Интернет-зависимые лица часто заводят новые знакомства с другими пользователями, а Интернет-независимые — предпочитают поддерживать в сети уже существующие отношения. Данные нашего исследования показывают, что лица, входящие в группу риска, еще не получают большего удовольствия от общения в сети, чем от личного общения в реальном мире ($p < 0,001$). При проведении корреляционного анализа выявлена связь между параметрами заведения новых знакомств в сети и анонимным общением и возможностью найти и быстро изменить партнера ($r = 0,35$, $r = 0,38$ соответственно).

Интернет как средство аддиктивной реализации достаточно уникально, но лишь этим фактом нельзя объяснить появление Интернет-аддикции. Доказано, что развитие аддиктивного поведения зависит от определенных личностных особенностей. «Комплекс недостаточности» (низкая самооценка, недовольство собой), склонность к фантазиям, стыдливость, наличие социальной фобии, осознание недостатка социального статуса или внимания к своей персоне — это черты личности, которые могут приводить к возникновению компьютерной зависимости.

Обращает на себя внимание тот факт, что в первой группе лицеисты работают в Интернете в связи с необходимостью,

более того, работа им даже не нравится. Лицеисты 3-й группы, на этапе формирования компьютерной зависимости, отмечают, что они испытывают потребность ухода от реальных проблем в Интернет (16,92%) ($p < 0,01$) (рис. 4.7.).

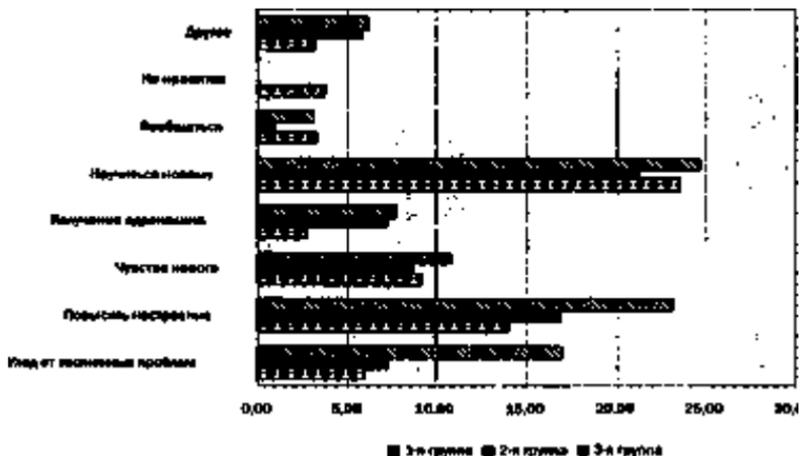


Рис. 4.7. Распределение респондентов выделенных групп согласно доминирующим причинам, побуждающим к работе в Интернете.

В сети имеется возможность анонимных социальных интеракций. При этом особое значение имеет ощущение безопасности при их осуществлении, включая использование электронной почты, СНАТ, ICQ и т.п. В Интернете существует возможность создавать новые образы «Я», варианты самопрезентации; воплощения представлений, и/или фантазий, не возможных для реализации в обычном мире, например, киберсекс, ролевые игры в чатах и т.д.; разные варианты представления идентичности и социальных ролей.

В Интернете существует эксклюзивная возможность поиска нового собеседника, что отвечает практически любым критериям. При этом нет необходимости удерживать внимание одного собеседника, поскольку в любой момент можно найти нового. С получением доступа в Интернет распространяется возможность включения человека в разные виртуальные социальные звенья, и, как следствие, возможность получения какого-либо социального статуса (поиск самоутверждения). Этот фактор имеет особенное значение для тех, к т не достиг желаемого социального статуса в реальной жизни.

Не последнюю роль играет и неограниченный доступ к информации («информационный вампиризм»), поскольку в основном опасность стать зависимым от Интернета подстерегает тех, для кого компьютерные сети оказываются иногда единственным средством общения. 90,9% и 81,2% пользователей из 1-й и 2-й групп соответственно устраивает реальный мир. Но все-таки больший процент (63,1%) в 3-й группе часто предпочитают оставаться в сети, чем общаться в реальном мире.

Таким образом, социальные контакты в виртуальном содружестве имеют специфическую природу, соединяя такие качества, как выборочность, анонимность и доступность. Подобное поведение отвечает критериям аддикции: аддиктивная реализация продолжается, несмотря на социальные, учебные проблемы с родителями. В процессе формирования компьютерной аддикции происходит централизация использования компьютера за счет другой деятельности, в том числе домашней работы (рис. 4.8.).

Большая часть обследованных отмечала влияние компьютерной деятельности на домашние дела, обучение, производственную деятельность. Проводя много времени за компьютером, у аддиктов не остается времени на что-то другое. Пренебрежения домашних дел часто отмечают 53,8% респондентов 3-й группы, 22,1% и 4,8% во второй и первой группах ($p < 0,001$). При корреляционном анализе между снижением успехов в обучении и расходом денег на ПК, невозможностью самостоятельно остановить деятельность за ПК найдена связь ($r = 0,37$, $r = 0,39$ соответственно).

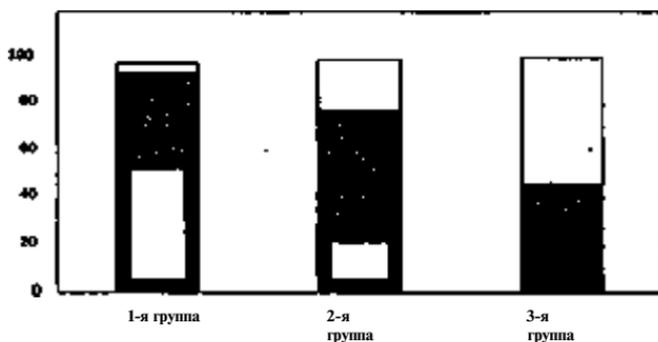


Рис. 4.8. Распределение респондентов выделенных групп по результатам в зависимости от ответа на вопрос: «Как часто вы пренебрегаете домашними делами в связи с деятельностью за компьютером?»

Исследование связи между успехами в обучении и компьютерной зависимостью показало, что у лиц 1-й и 2-й групп их компьютерная деятельность мешала обучению. Это влияло на результат только в 4,7% и 9,5% случаях, а в 3-й группе этот показатель составил 41,5% ($p < 0,001$). Пренебрежения труда часто выявляют 49,2 % обследованных третьей группы, 16,3% — второй группы и лишь 3,7% первой группы соответственно ($p < 0,001$).

Развитие аддиктивного поведения постепенно приводит к нарушению режимов сон-бодрствование и отдых-нагрузка. В результате, это отражается на физическом здоровье. Специфическая нагрузка на глаза, позвоночник, мышцы рук, особенно на правой верхней конечности, пренебрежение регулярностью питания, ночным отдыхом, адекватными физическими упражнениями — все это негативно отражается на физическом состоянии. В результате нарушения психофизиологических нормативов и эргономичных требований к деятельности за компьютером появляется риск возникновения головной боли по типу мигрени, боли в позвоночнике, сухость в глазах, онемение и боль в пальцах кисти (синдром карпального канала). Человек пренебрегает личной гигиеной, употреблением еды, сном, а со временем даже нормальный сон изменяется (часто просыпается ночью, не может долго заснуть, видит кошмары).

Результаты исследования указывают на то, что 50,8% в группе риска (8,9% — в первой группе и 27,3% — во второй) пренебрегают употреблением пищи, когда пользуются компьютером. Лишь 7,9% и 8,6% респондентов в первой и второй группах соответственно отмечают влияние работы ПК на сон, что намного отличается от результатов в группе риска — 64,6% учеников пренебрегают сном в связи с работой за ПК.

Все большую распространенность в обществе, по данным многих авторов, приобретают компьютерные игры среди всех возрастных групп. Среди обследованных 23,9% лиц полностью «погружаются» в компьютерные игры, значительная часть из них приходится на группу риска — 55,4% (рис. 4.9.). Обследуемые не находились на учете у психиатра и/или невропатолога. Формирование личностной неполноценности потенцирует ее аддиктивное развитие. Аддикция может стать временной точкой кристаллизации, вокруг которой человек пытается собрать себя, как бы консолидируя «Я» (self) вокруг этой точки.

Восприятие и мироощущение аддиктивной личности включает себя, других, систему ценностей, преимуществ, одобряемые решения, мышление, эмоции, мечты (в том числе addictive dream — «предчувствие»).

Факторы риска развития компьютерной зависимости у подростков



Рис. 4.9. Распределение респондентов выделенных групп по результатам ответа на вопрос «Как часто вы погружаетесь в компьютерные игры?»

В отличие от поиска острых ощущений, риск при Интернет-аддикции не биологический. Аутодеструктивный драйв, будучи замаскированным, оказывается уходом от биологической стороны жизни. Зависимые пренебрегают сном, личной гигиеной, питанием, а также домашними делами и работой/обучением. Драйв самосохранения оказывается подавленным, возникают депрессивные эпизоды разного регистра, суицидальные мысли.

По нашим данным, не выявлено достоверной корреляции между группой риска и признанием суицидальных мыслей, как это видно на табл. 4.4. Возможно, такая тенденция больше характерна для полностью сформированных аддиктов, что подтверждает предположение об активации у Интернет-зависимых аутодеструктивного драйва, вплоть до суицидальных тенденций.

Таблица 4.4. Распределение респондентов выделенных групп по результатам ответа на вопрос «Бывают ли у вас суицидальные мысли?»

Ответ	Группа, %		
	1-я	2-я	3-я
Никогда	81,48	71,77	64,62
Редко	16,93	25,36	27,69
Часто	1,59	2,87	6,26
Всего	100	100	100

Во время развития у человека компьютерной зависимости существует еще одна опасность, о которой необходимо помнить: когда первично формируется аддиктивная личность, уже не так важно, с чего все началось — с Интернета, азартных игр, шопинга или какой-либо химической аддикции. На определенном этапе возникает ситуация, когда человек пытается лишиться одной аддиктивной реализации, но попадает в другую. Отмечали в своей жизни периоды злоупотребления алкоголем, наркотиками или другими психоактивными веществами, 6,2% опрошенных из группы риска (1-я группа — 2,7%, 2-я группа — 2,4%). Это подтверждает предположение о наличии полиаддиктивных проявлений (вданном вопросе идет речь о химических аддиктивных реализациях) у компьютерозависимых ($p < 0,001$) (табл. 4.5.). Выявлено сочетание компьютерной аддикции с другими формами аддиктивного поведения: компьютерным гемблингом, сексуальной аддикцией, работоголизмом.

Таблица 4.5. Распределение респондентов выделенных групп по результатам ответа на вопрос: «Как часто вы злоупотребляли алкоголем, наркотиками или любыми другими веществами, что изменяют состояние сознания, в прошлом?»

Ответ	Группа, %		
	1-я	2-я	3-я
Никогда	87,23	81,25	60
Редко	10,11	16,35	32,31
Часто	2,66	2,4	6,16
Всего	100	100	100

Анализ полученных сравнительных данных позволяет выделить ряд *факторов* риска формирования компьютерной зависимости:

- мужской пол ($p < 0,001$);
- длительность работы за компьютером (20–40 часов в неделю и/или больше) ($p < 0,001$);
- эмоциональная депривация (неполные семьи, воспитание по типу гипопеки, родительская депривация) ($p < 0,01$);
- склонность к аддиктивному поведению ($p < 0,001$).

4.2. Психологические особенности учащихся на этапе риска формирования компьютерной зависимости

Данные, полученные в результате экспериментально-психологического исследования, позволили выявить ряд психологических особенностей учащихся на этапе риска формирования компьютерной зависимости. Посредством психодиагностического инструментария было обследовано 63 лицеиста (основная группа), которые вошли в группу риска (два ученика из группы риска не принимали участие в психологическом исследовании в связи с переходом в другое учебное заведение). Их психологические показатели сравнивались с аналогичными характеристиками учеников контрольной группы (63 лица). По основным демографическим характеристикам группы были идентичными. В связи с тем, что все лицеисты были в подростковом возрасте, который обычно характеризуется как переломный, переходный, критический, в данном исследовании были учтены психологические особенности этого периода [28, 29].

Известно, что подростковый возраст насыщен стрессами и конфликтами, в нем доминируют нестабильность, энтузиазм, потребность в понимании, при отсутствии которого наблюдается контрастность в поведении. Избыточная активность может привести к истощению, безумная веселость сменяется печалью, уверенность в себе переходит в стыдливость и недоверчивость, эгоизм соединяется с альтруизмом, страсть к общению сменяется замкнутостью, тонкая чувствительность переходит в апатию, а живая любознательность — в однообразную деятельность [38, 195].

Классик отечественной психологии Л. С. Выготский (1988) детально рассматривал проблему интересов в переходном возрасте и называл ее «ключом ко всей проблеме психологического развития подростка». Он писал, что все психологические функции человека на каждой степени развития, в том числе и в подростковом возрасте, действуют не стихийно, не автоматически, не случайно, а в определенной системе и направляются конкретными стремлениями, влечениями и интересами, что сформировались в личности. В подростковом возрасте, подчеркивал Л. С. Выготский, имеет место период разрушения и отмирания старых интересов, а также и период созревания новой биологической основы, на которой в дальнейшем развиваются новые интересы. Он писал: «Если в начале фаза развития интересов стоит под знаком романтических стремлений, то конец фазы знаменуется реалистичным и

практическим выбором одного самого стойкого интереса, преимущественно непосредственно связанного с основной жизненной линией, которая выбирается подростком» [267].

Л. С. Выготский, как и Ж. Пиаже, особое внимание обращал на развитие мышления в подростковом возрасте [267]. Главное в развитии мышления - овладение подростком процессов образования понятий, которое ведет к высшей форме интеллектуальной деятельности, новым способам поведения. По словам Л. С. Выготского, функция образования понятий лежит в основе всех интеллектуальных изменений в этом возрасте. «Понимание действительности, понимание других и понимание себя — вот что приносит с собой мышление в понятиях», — писал он.

В результате учебной деятельности происходит «поворот» от направленности на мир к направленности на самого себя. Решение вопроса: «Что я такое?» может быть найдено только путем столкновения с действительностью. Особенности развития подростка в этом возрасте определяются в следующих симптомах: возникают трудности в отношениях со взрослыми (негативизм, упрямство и т.п.); поиски друга или того, кто может его заменить; поиск свободного пристанища, где никто и ничто его не утруждает, а воображимый самому себе подросток свободно и независимо выражает и реализует свои переживания. Все перечисленное свидетельствует об обращении к самому себе и поиске ответа на вопрос: «Кто Я?» и «Какой Я?».

В данном исследовании при анализе ответов на эти вопросы и изучении свойств темперамента подростков установлено, что в контрольной группе и в группе риска показатели экстраверсии (общительности) и нейротизма (нервозности, эмоциональной нестабильности) находятся в пределах статистической нормы, соответствующей подростковому возрасту.

Если средняя экстраверсия в контрольной группе равняется 16 баллам (макс. 24 балла), то в группе риска — 15,7 балла. При этом уровень нейротизма равняется соответственно 10 и 12 баллам (макс. 24 балла). Высокий уровень экстраверсии (более 15 баллов) зафиксирован в 69,8 % обследованных лицеистов контрольной группы и в 65,1% подростков — группы риска.

Повышенная интраверсия (замкнутость, сдержанность, осторожность) отмечена у 11,1% лицеистов контрольной группы и у 9,5% школьников группы риска. При изучении нейротизма повышенный его уровень (более 15 баллов) выявлен у 19% лицеистов контрольной группы и у 38,1% подростков группы риска. Этот показатель имеет достоверное отличие от аналогичного в контрольной группе ($p < 0,05$). Кроме того, сле-

Факторы риска развития компьютерной зависимости у подростков

дует также отметить достоверное отличие этой характеристики и по диапазону средних оценок (9-14 баллов). В контрольной группе выявлено 42,2% обследованных с такими показателями, тогда как в группе риска — 28,6% ($p < 0,05$). При корреляционном анализе уровня экстраверсии и общением в СНАТ выявлена связь (коэффициент корреляции Чупрова, $\gamma = 0,32$).

Изучение личностных акцентуаций подростков по тесту Шмишека в обеих группах показало, что наиболее яркое проявление среди них имеют следующие (рис. 4.10, табл. 4.6):

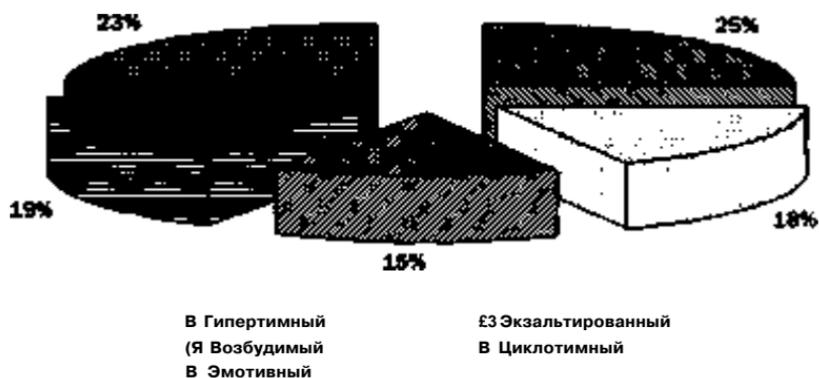


Рис. 4.10. Распределение лицеистов по типам личностных акцентуаций (тест Шмишека)

Таблица 4.6. Распределение акцентуаций по количеству баллов по группам

Акцентуация	Группа, баллы	
	контрольная	риска
Гипертимный тип (активность, самостоятельность)	16,5	16,6
Эмотивный тип (эмоциональная чувствительность, чуткость, впечатлительность)	13,8	16,0
Возбудимый тип (импульсивность, гневливость)	14,2	15,0

Акцентуация	Группа, баллы	
	контрольная	риска
Циклотимный тип (частые изменения настроения)	14,2	15,0
Экзальтированный тип (увлеченность, потребность в пози- тивных эмоциях)	15	17,3

Таким образом, лицеисты группы риска (начало развития компьютерной зависимости) имеют более выраженные по эмоциональной расцветке указанные типы личностных акцентуаций.

Если учитывать степень проявления каждой акцентуации в обеих группах, исходя из того, что 1-я степень отвечает 13-15 баллам, 2-я — 16-18 баллам, 3-я — 19-21 баллу, а 4-я — 22-24 баллам, то заметна разница по каждому типу акцентуации.

Особенно значимыми оказались характеристики по эмотивному типу личностной акцентуации в обеих группах. Так, 1-я степень этой акцентуации зафиксирована у каждого второго лицеиста контрольной группы (50,8%), тогда как в группе риска аналогичная характеристика установлена у каждого четвертого подростка (25,4%) ($p < 0,05$). При этом в группе риска 4-я степень эмотивности отмечена у 6,3% обследованных, а в контрольной группе наивысшая степень проявления этой характеристики не наблюдается ни у одного человека ($p < 0,05$). Кроме того, 3-я степень возбудимости выявлена у 14,3% школьников группы риска и у 3,2% лицеистов контрольной группы ($p < 0,05$).

При корреляционном анализе демонстративной акцентуации и заинтересованности компьютером найдена связь (коэффициент корреляции Чупрова, $r = 0,33$).

Анализ интеллектуальных показателей подростков показал, что уровень общего развития школьников в обеих группах хороший и составляет в среднем 94,8 балла в контрольной и 89,4 балла в группе риска.

Если оценивать интеллектуальные характеристики лицеистов по шкальным оценкам, где 70-79 баллов отвечают среднему уровню, 80-99 баллов — хорошему, а 100 и более баллов — высокому, то в этом случае имеются достоверные отличия в уровнях интеллектуального развития подростков обеих групп.

Хороший (более 90) результат интеллекта выявлен у каждого третьего ученика (35%) контрольной группы и каждого второго (54%) из группы риска ($p < 0,05$). Но удельный вес исследуемых с высоким интеллектом составляет 48% у подростков контрольной группы и 25,4% у учеников из группы риска ($p < 0,05$).

Аналогичная картина наблюдается и по такому показателю как концентрация внимания. 38% исследуемых группы риска имеют хороший уровень развития концентрации внимания. Этот показатель достовернее отличается от результата контрольной группы, где такой же уровень развития концентрации внимания показали 14% учеников ($p < 0,05$). Что касается высокого уровня развития этой характеристики, то ее имеют 41,3% лицеистов контрольной группы и 22,2% исследуемых из группы риска ($p < 0,05$). При корреляционном анализе концентрации внимания и общением в сети найдена связь (коэффициент корреляции Чупрова, $r = 0,38$).

При изучении социально-психологических характеристик подростков и, в частности, такой как тип межличностных отношений, авторитарный стиль отношений ярче проявляется у подростков контрольной группы.

Высокая степень властности, стремление отдавать приказы другим (по самооценкам респондентов) присущи 16% исследуемых из группы риска и около 5% из контрольной группы ($p < 0,05$).

В межличностных отношениях ученики группы риска чаще пытаются быть независимыми, чем ученики контрольной (20,7% и 12,7% соответственно). У них в 2 раза чаще проявляется агрессивность и стремление обвинять других в своих проблемах и неудачах (14,3% и 7,9% соответственно). Кроме того, у них ярче проявляется тенденция к подозрительности, вражде, обману (17,5%), чем у учеников контрольной группы (6,3%). Вместе с тем эти ученики более податливы (11,1%; в контрольной группе — 4,8%); более старательны (11,1% — в группе риска и 6,3% в контрольной группе); и более великодушны (25,4% в группе риска и 12,7% — в контрольной группе). При корреляционном анализе подозрительности в отношениях и ощущением счастья за ПК найдена связь (коэффициент корреляции Чупрова, $r = 0,31$).

И в своих характеристиках «идеального» человека ученики группы риска в большей степени ориентированы на образ человека очень послушного (10,3% в группе риска и 0% в контрольной), дружелюбного (18,0% и 5,1% соответственно) и великодушного (17,4% и 7,7% соответственно). Самооценка респондентов в большинстве случаев адекватна по всем шкалам

(счастье, здоровье, удовлетворенность собой, удовлетворенность отношениями с людьми).

В группе риска респонденты (72%) имеют еще телесно-материальные (занятие спортом, управление авто), интеллектуально-эстетические (занятие музыкой, написание стихотворений) и азартные (игровые автоматы) увлечения.

Таким образом, лицеисты группы риска развития компьютерной зависимости имеют хороший уровень результата по интеллекту и высокий уровень нейротизма. Около 2/3 учеников имеют высокий уровень экстраверсии. У учеников группы риска преобладают гипертимный, возбудимый, циклотимный, экзальтированный и эмотивный типы акцентуации; особенно нужно отметить большую эмотивность исследуемых ($p < 0,05$). Отмечается также хороший уровень концентрации внимания.

В межличностных отношениях для них характерна высокая степень собственности, стремление доминировать над другими (по самооценкам респондентов) ($p < 0,05$). В межличностных отношениях ученики группы риска чаще пытаются быть независимыми, и у них в 2 раза чаще проявляется агрессивность и стремление обвинять других в своих проблемах и неудачах. Определяется тенденция к подозрительности, враждебности, обману. Вместе с этим, эти ученики более послушны, доброжелательны, исполнительны и великодушны по сравнению с контрольной группой. Самооценка в группе риска в большинстве случаев адекватна, имеет место сочетание заинтересованности компьютерными технологиями с другими увлечениями.

Клинико-психопатологическими признаками в начале формирования зависимости от компьютера (группа риска) выступают эмоционально-волевые нарушения: потеря ощущения времени, фиксация на аддиктивном агенте, которая сопровождается эмоциональным подъемом (эйфория, психическая релаксация, ощущение «взлета», беззаботности, свободы, усиления воображения), предчувствия, фантазии и мечты о пребывании за компьютером, получение позитивных ощущений, эмоций и удовольствия от деятельности за ПК и испытание психоэмоционального напряжения (скука, подавленность, раздраженность) вне работы за ПК; расходование денег на компьютерное оборудование.

На первичном этапе аддиктивного процесса наблюдаются первые признаки *дезактуализации базовых потребностей* — сна, отдыха, употребления пищи, личной гигиены. «Увлечение» компьютерными технологиями приводит к изменению образа жизни, нарушению режимов сон-бодрствование и от-

дых-нагрузка, постепенно время работы становится как дневным, так и ночным ($p < 0,001$). Определяется снижение мотивации относительно целеустремленного использования компьютера по назначению. В процессе формирования компьютерной аддикции происходит централизация работы за компьютером за счет другой деятельности, в том числе обучения, домашней работы, социальных взаимоотношений, но это не приводит к социальной дезадаптации. Отмечаются первые признаки ухудшения успеваемости при обучении ($p < 0,001$), нарушается обычный стереотип взаимоотношений с ребятами такого же возраста. Следует считать, что деятельность за компьютером позволяет реализовать неосознанные потребности *в принятии роли и уходе от реальности* (механизмы формирования компьютерной зависимости). На данном этапе отсутствуют физические симптомы (головная боль по типу мигрени, боль в позвоночнике, сухость в глазах, онемение и боль в пальцах кисти (синдром карпального канала), общение в сети еще не полностью вытесняет личные взаимоотношения в реальном мире ($p < 0,001$).

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости разработки программ первичной профилактики, направленной на улучшение психической адаптации учеников, межличностных отношений, ознакомление с особенностями развития компьютерной зависимости и возможными ее последствиями.

ГЛАВА 5

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПАЦИЕНТОВ С КОМПЬЮТЕРНОЙ
ЗАВИСИМОСТЬЮ**

«Принцип медицинской диагностики состоит в том, что все проявления болезни должны получить свое описание в рамках одного диагноза».

К. Ясперс, 1997

Крупномасштабные эпидемиологические исследования, позволяющие судить о распространенности и заболеваемости компьютерной аддикцией в Украине не проводились. Нами был проведен анализ первичного поступления в Клиническое Учреждение «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница» пациентов с компьютерной зависимостью в течение 5 лет (1999-2004). Был проанализирован также удельный вес пациентов с этим расстройством в общей структуре больных, поступивших в КУ «ДОКПБ» (табл. 5.1.)

Таблица 5. /. Удельный вес пациентов с компьютерной зависимостью среди поступивших в КУ «ДОКПБ» в 1999-2004 гг.

Год	Общее число больных, поступивших в текущем году	Число пациентов с КЗ	% от всех поступивших в текущем году
1999	16 724	1	0,006
2000	16 039	5	0,03
2001	16 177	16	0,098
2002	16 309	6	0,04
2003	16 738	2	0,012
2004	14 492	8	0,055
Всего	96479	38	0,039

Анализ динамики первичного поступления пациентов в КУ «ДОКПБ» с компьютерной зависимостью показывает, что их количество изменяется каждый год. Так, за последние пять лет (1999–2004) количество пациентов, которые поступили в психиатрическую больницу с компьютерной зависимостью, увеличилось в восемь раз. В 1999 году в больницу поступил только один больной (2,6%) от всех поступивших за 6 лет пациентов с компьютерной зависимостью, в 2004 году — 8 лиц (21%). Нужно отметить, что максимум поступления пациентов сланным видом аддикции приходился на 2001 год, когда их количество составило 16 лиц (42%).

5.1. Общая характеристика больных с синдромом компьютерной зависимости

Учитывая тот факт, что возрастному фактору принадлежит важная роль в патогенезе психических расстройств у детей и подростков, мы исследовали возраст, в котором впервые появился «повышенный» интерес к компьютеру. Как видно на рис. 5.1, 52% составляют обследованные в возрасте П-14 лет. По 16% представлены другие возрастные группы.

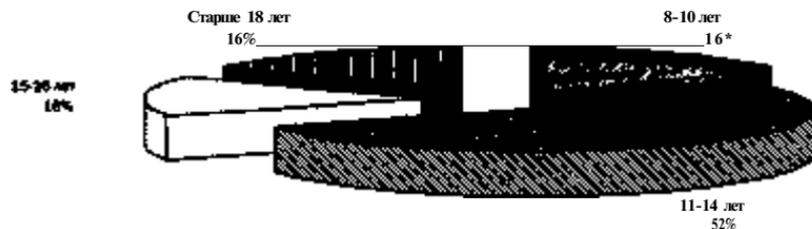


Рис. 5.1. Распределение больных в зависимости от возраста, в котором впервые возник «повышенный» интерес к компьютеру

Поданным историй болезней, наибольшую часть составляют подростки в возрасте от 12 до 14 лет — 39%, то есть аддиктивное поведение формировалось в течение третьего возрастного криза. Промежуток от 8 до 12 лет совпадал с межкризисным периодом.

В 55% (21 человек) случаев симптомы компьютерной зависимости сформировались через год после начала работы за компьютером. Двое обследуемых стали аддиктами через 2 года, 11 пациентов — через 6 месяцев, а 4 человека — через полтора года (табл. 5.2).

Таблица 5.2. Зависимость развития компьютерной аддикции от длительности работы за компьютером

Длительность	Количество больных	
	абс.	%
6 месяцев	11	29
1 год	21	55
1,5 года	4	11
2 года	2	5
Всего	38	100

По нашим данным, в 34,2% (13 человек) случаев психотравмирующие ситуации предшествовали началу увлечения компьютером: развод родителей (46%), переход в новую школу (15%), переезд в новый город (15%), конфликты с учителями, в семье, с одноклассниками (24%). Вместо решения проблем у обследованных возникало желание «с головой» погрузиться в компьютерный мир ($p < 0,001$).

Компьютерная игра, особенно ролевая, оказывается одним из средств так называемой «аддиктивной реализации», то есть ухода от реальности. 32 (84%) пациента отдавали предпочтение компьютерным играм (рис. 5.12). Игры подразделяются на ролевые и неролевые. К первой группе относятся «квесты» (quest), «руководящие», «игры из глаз» компьютерного героя. Ко второй группе принадлежат игры, где нужно достичь цели, «пройти» игру и набрать очки, поэтому игрок не принимает на себя роль компьютерного персонажа. Учащиеся в возрасте 9-14 лет интересовались ролевыми играми. Длительность работы за компьютером составляла сначала 3-4 часа в сутки, потом увеличивалась до 10-14 часов в сутки. Подростков с легкой степенью умственной отсталости (F 70) привлекали только игры. Там, в другой среде, они «сильные, решительные, смелые, имеют власть и успех, руководят и побеждают» (со слов больных) (рис. 5.2).

Среди пациентов старшего возраста (16 лет и старше) играми интересовались 26% лиц. В большей степени их внимание привлекает также возможность общаться с «людьми из любого уголка планеты», «тусовки» в «Chat Rooms», беседы в ICQ, изучение и модернизация возможностей компьютера, работа в Интернете, творческая деятельность с целью создания личных программ или открытия сайта. В целом, уже через месяц ежедневной работы с компьютером это увлечение занимает лидирующее место в жизни молодых людей.

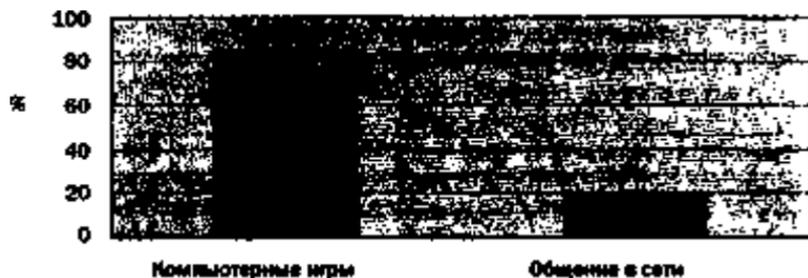


Рис. 5.2. Распределение обследуемых в зависимости от преобладающего вида деятельности за компьютером

Пациент Сергей, 20 лет, искал информацию о событиях в мире по сайтам, отсылал письма незнакомым людям из других стран, предлагая свои идеи и программы, а также постоянно был главным объектом внимания в Chat Room. Хотелось сделать все больше и больше нового, попробовать все возможности компьютера. Заинтересованность и эмоциональное оживление во время беседы возникает лишь при обсуждении компьютерной темы. В это мгновение пациент меняется: дыхание становится чаще, появляется блеск в глазах, гиперемия лица. Диалог превращается в монолог преимуществ той или другой системы, о возможностях, которые раскрываются при работе с компьютером. Это доходило до гипоманиакального состояния. Длительность «общения с компьютером» росла с каждым днем, до 10-12 часов в сутки.

Один из обследуемых сказал: «За месяц я так привык посещать компьютерный клуб, что и дня не мог прожить без него».

Молодые люди создают «свою» виртуальную личность, наделяя ее именем — «nickname». В нашей группе встречаются такие, как Хакер, Монстр, Магнат, Red Rider, или личные имена и их производные: Бодя, Андрик, Андриуха. Полностью погружаясь в игру и достигая в ней определенных успехов, каждый реализует таким образом большую часть существующих потребностей и игнорируют другие.

22 (58%) человека посещали компьютерный клуб. Из них у 12 (31,5%) подростков время работы за компьютером было дневным. Учитывая то, что в компьютерном клубе в ночное время можно играть за меньшую плату, то другие 10 (26,3%) пациентов играли не только днем, а еще и ночью. 16 человек (42%) имели свой личный компьютер и играли дома, из них 13 (34%) — сидели за компьютером как днем, так и ночью.

Один из пациентов рассказывал: «Сначала я засиживался не долго, но потом время шло так незаметно, что день быстро сменялся ночью, и идти домой уже было поздно, поэтому и оставался в клубе дальше. Потом не мог перебороть свое влечение к компьютеру, прервать волевым усилием. Мог целую неделю не спать ночью, «сидеть» в Интернете, мог не есть».

Все свободное время и карманные деньги расходуются на компьютер и сопутствующие товары. Подростки часто остаются голодными, откладывают деньги, которые дают родители на обед и покупки. 13 (34%) лиц выносили без разрешения ценные вещи из дома (золото, серебро, теле-, радио-, аудиоаппаратуру). Вещи продавали по низким ценам, а на полученные деньги посещали компьютерный клуб или покупали оборудование для компьютера. В 6 (16%) случаях родители давали ограниченное количество денег, на 2-3 часа работы. Два пациента зарабатывали деньги самостоятельно. Один мальчик выполнял домашнюю работу, помогал матери по хозяйству, но с одной целью — получить плату и пойти в компьютерный клуб. Второй — мыл машины на улицах, один пациент просил деньги (900-1600 грн.) по Интернету у своих друзей за границей, а затем расходовал их на азартные компьютерные игры.

Таким образом, с болезненно усиленным увлечением связаны такие девиации, как кражи и бродяжничество, потому что после них многие боялись возвращаться домой.

Попытки родителей ограничить общение детей с компьютером вызывают бурную реакцию протеста. Общее количество игрового времени увеличивалось все больше как на протяжении суток, так и в течение недели.

Трое больных имели возможность играть на компьютере у друзей и соседей, поэтому деньги использовали только на дополнительные вещи к компьютеру (диски, детали). «Одни курят, вторые — нюхают, третьи — пьют — с ними не интересно, а в школе нудно», — такое объяснение своему поведению дают обследуемые. Круг знакомых сужается. Ровесники, которые не имеют доступа к компьютеру, становятся неинтересными, общение с ними ограничивается. Друзьями выступают такие же энтузиасты компьютерного мира, так называемые «компьютероманы». Имеют место нарушения подвижности и целенаправленности мышления (резонерство, детализация). Общение в сети постепенно полностью вытесняет личные взаимоотношения в реальном мире.

Молодые люди характеризуют свое состояние за компьютером, как наплыв позитивных эмоций, повышение уверенности, решительности, могущества, «можно быть самим собой или со-

здавать новые образы», «превращаться и опять возвращаться», «делать что угодно». Эмоциональный подъем (заинтересованность, удовольствие, восторг, хорошее настроение, ощущение свободы, силы и власти, «получение адреналина»), постоянные мысли и фантазии о компьютерной деятельности отмечали 35 (92%) пациентов. 3 (8%) человека получали внутреннее равновесие и успокоение, общаясь в сети и путешествуя по сайтам.

Вынужденный перерыв или уменьшение времени работы за компьютером воспринимались негативно. У 19 (50%) пациентов появлялись признаки психомоторного возбуждения (раздражительность, немотивированное внешними причинами возбуждение, агрессия, грубость). Стали эмоционально лабильными 6 (16%) человек, агрессивными к близким родственникам — 5 (13%) пациентов. Навязчивые мысли об Интернете, компьютере и движения, подобные движениям во время работы с компьютером, голосовые тики появились у 3 (8%) пациентов; склонность ко лжи, нарушение поведения, бродяжничество — 3 (8%) пациентов. Снижение настроения, пессимистические мысли, рассеянное внимание, нарушения сна отмечались у 2 (5%) лиц. Данные представлены в табл. 5.3.

Таблица 5.3. Признаки синдрома актуализации компульсивного влечения при компьютерной зависимости (в порядке частоты их встречаемости)

Признаки	Количество больных	Частота встречаемости, (%)
Психомоторное возбуждение	19	50
Эмоциональная лабильность	6	16
Агрессивность	5	13
Навязчивые мысли и голосовые тики	3	8
Нарушения поведения	3	8
Снижение настроения, пессимистические мысли	2	5
Всего	38	100

Пациенты отмечали, что после работы за компьютером, непосредственно перед ночным сном, тяжело засыпать, чувствуется некоторое возбуждение. Это наблюдалось у 16 (42%) обследуемых. У одного пациента появились страх, тревога, нару-

шили сон и аппетит, навязчивые мысли о компьютерах не «выходили из головы», он похудел на 4 килограмма. Следует заметить, что у подростков с органическим поражением головного мозга возникала головная боль во время перерыва работы на компьютере.

Если рассматривать всю группу обследуемых в целом, то становится очевидным, что снижение успеваемости в обучении присуще каждому пациенту (100%). **Пропуски занятий, нарушения поведения, бродяжничество, конфликты с родственниками, учителями, снижение успеваемости обучения, работоспособности, изменения психического и физического состояния являются последствиями зависимости от компьютера.** Другие интересы и увлечения исчезали, что свидетельствовало о ранних признаках развития нарушения адаптации пациентов.

В процессе обследования больных, которые поступили на лечение, мы изучали анамнез жизни (в том числе внутрисемейную патологию, патогенные факторы в течение беременности матери, протекание родов, раннее развитие обследуемого и перенесенные соматические и инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы).

Известную этиопатогенетическую роль может играть генетическая предрасположенность к аддиктивному поведению. По нашим данным, наследственность, отягощенная азартными играми, психическими и поведенческими расстройствами в результате злоупотребления алкоголем, наркотиками, табаком, психическими заболеваниями (пограничные расстройства, шизофрения, расстройства личности, аффективные расстройства) наблюдалась в 60% (у 23 лиц) случаев (рис. 5.3).

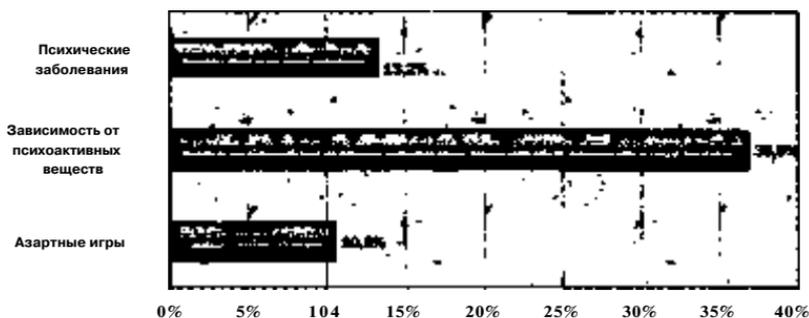


Рис. 5.3. Частота встречаемости внутрисемейной патологии у пациентов с компьютерной зависимостью

Внутрисемейная патология может быть этиологической в ряду клинических проявлений характерологических особенностей у лиц молодого возраста и создавать определенную почву в формировании аддиктивных форм поведения, а под воздействием негативной микросоциальной среды происходит формирование патохарактерологических особенностей личности, что имеют ту или другую акцентуацию характера.

Перинатальное поражение мозга — актуальная проблема современной медицины, потому что они в 60-80% случаев могут быть причиной разных неврологических, психосоматических отклонений, социальной дезадаптации.

Остается недостаточно изученным вопрос о вредном влиянии эмоциональных расстройств беременной женщины на формирование плода. Известно, что спазм сосудов, который в этих случаях всегда считается присущим только сосудам головного мозга, может распространяться и на резко увеличенные сосуды матки, и тогда ишемические расстройства влияют на формирование плода и его нервной системы. В психотравмирующих условиях беременность протекала у десяти (26%) матерей.

К факторам, что осложняют нормальное внутриутробное развитие нервной системы плода, принадлежат токсикозы I и II половины беременности. На фоне токсикоза и с угрозой срыва беременность имела место у 18 (47%) матерей.

Анализируя антенатальные и интранатальные повреждающие факторы, было выявлено, что патологические роды (стремительные роды, кесарево сечение, стимуляция родов) наблюдались у 15 (40%) матерей.

Характерно, что действие повреждающих экзогенно-органических факторов приходится на ранние детские периоды (перинатальный, ранний детский возраст), что обуславливает последующее, диспропорциональное развитие.

Черепно-мозговые травмы в анамнезе имели только 7 (18,4%) обследуемых. Судорожный синдром в анамнезе отмечался в 3 (8%) случаях. 1 пациент перенес 3 операции в детстве под общей анестезией.

Изучая вопрос о влиянии микросоциальных факторов на становление клинических вариантов компьютерозависимых форм поведения, обращено внимание на целостность семьи: большая часть (79%) пациентов были из полных семей, но в 7 — отец был зависимым от алкоголя; 8 (21%) пациентов воспитывались в неполных семьях.

Учитывая тот факт, что семья может выступать источником психогений у подростков, неблагоприятная этиологическая роль отклонений характера у них выступает в тесной взаимосвязи с

взаимоотношениями в семье. При этом наблюдается не просто «добавление» неблагоприятного влияния двух факторов. В подростковом возрасте семья выступает как один из важных факторов декомпенсации характерологического нарушения. Взаимоотношения в семье были охарактеризованы пациентами: хорошие отношения между ребенком и семьей — в 14 (37%) случаях, нейтральные — в 16 (42%), напряженные отношения — в 8 (21%). Следует отметить, что для полных семей характерны хорошие и нейтральные взаимоотношения, в то время как в неполных семьях, особенно с отцом и опекунами, отношения были более конфликтными и напряженными. Данные исследования были использованы при построении системы коррекции с пациентами на этапе семейной психотерапии.

Неправильное воспитание при акцентуациях характера приводит к развитию патохарактерологических реакций и формированию психопатического развития. Кроме того, оно может играть роль провоцирующего фактора для развития эндогенных психических заболеваний. За основу бралась классификация А. Е. Личко (1985) [88].

Воспитание по типу гипоопеки имели 23 (61%) подростка, гармонический тип — 13 (33%) пациентов, и по 1 (3%) ребенку воспитывалось в условиях гиперопеки и жестоких взаимоотношений (табл. 5.4).

Таблица 5.4. Частота встречаемости различных типов воспитания у пациентов с компьютерной зависимостью

Тип воспитания	Количество больных	Частота встречаемости, (%)
Гипоопека	23	61
Гармоничный	13	33
Гиперопека	1	3
Жестокий	1	3
Всего	38	100

Из данных анамнеза известно, что на учете у психиатра состояло 3 (8%) исследуемых, у невропатолога — 3 (8%), в детской комнате милиции (ДКМ) — 2 (5%) пациента, что было связано с асоциальным поведением.

Нами был изучен тип реагирования детей на просьбу или наказание. Следует отметить, что лишь 15,8% пациентов позитивно реагировали на советы других, 84,2% больных игнорировали их или давали реакцию протеста (рис. 5.4).



Рис. 5.4. Распределение лиц с компьютерной зависимостью по типу реакции на наказание

Суицидальное поведение у подростков встречается как при расстройствах личности, так и при личностных акцентуациях. Частота завершенных суицидов в подростковом возрасте небольшая: на один завершённый суицид приходится до 100 суицидальных попыток [254-257]. Суицидальное поведение по демонстративно-шантажному типу встречалось в 4 (10,5%) случаях.

Большинство аддикций раскрывается на фоне девиаций поведения, которые, в свою очередь, рассматриваются рядом авторов как разнообразные аддиктивные расстройства [22, 178].

Около 10% детей начинают курить с 10 лет, но наибольшее количество курильщиков приходится на возраст 12-14 лет — 17 чел. (45%) из 30 (80%) пациентов. Курить они начинают чаще «за компанию», чтобы не отставать от своих друзей (рис. 5.5).

В 6 (16%) случаях курение совмещалось с употреблением алкогольных напитков. Алкоголизация носила эпизодический характер. Психоактивные вещества употребляли 5 человек: 4 — курили марихуану, 1 — употреблял амфетамины.

Таким образом, проведенный анализ позволил установить связь социально-демографических факторов с формированием компьютерной аддикции.

5.2. Клиническая характеристика пациентов с компьютерной зависимостью

Согласно критериям МКБ-10 психическое состояние исследуемых нами пациентов с компьютерной зависимостью было квалифицировано следующим образом [26, 283]:

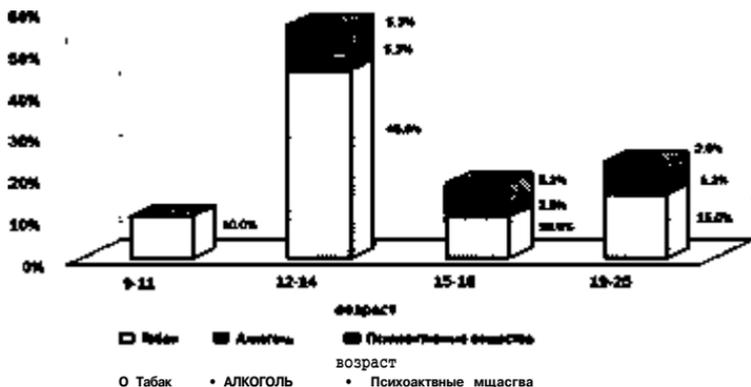


Рис. 5.5. Распределение пациентов с компьютерной аддикцией по типам зависимости от психоактивных веществ и по возрасту

1. Социализированные и несоциализированные расстройства поведения (F 91.1 — 91.2) — 21 чел. (55%);
2. Органическое тревожное расстройство и органическое расстройство личности (F 06.4 — 07) — 6 чел. (16%);
3. Легкая умственная отсталость (F 70) — 4 чел. (11 %);
4. Другие — 7 чел.(18%) (острое полиморфное психотическое расстройство, психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением амфетаминов, аффективные расстройства, адаптационное расстройство).

На основании проведенного клинико-психопатологического обследования пациентов с компьютерной зависимостью было выявлено преобладание социализированных и ^социализированных расстройств. 74% пациентов были впервые госпитализированы в психиатрический стационар.

Ведущим синдромом в клинической картине всех больных выступал синдром сверхценных интересов и увлечений, в котором первое место принадлежит аффективно заряженному стремлению к компьютерной деятельности, что опирается на болезненно усиленное влечение. Верхняя возрастная граница встречаемости синдрома однонаправленных сверхценных интересов и увлечений, по данным Л. Б. Дубницкого, составляет 25 лет [258J.

В стационар пациенты поступали по инициативе родителей или родственников, которые основными причинами обращения к психиатру называли «повышенную заинтересованность» компьютером, нарушение поведения, расходование денег, способность к вымыслу, нежелание учиться, работать, готовить домашние задания, а также изменения настроения, рас-

стройства сна, отсутствие аппетита, головную боль, навязчивые движения. В школьных характеристиках отмечался утраченный интерес к обучению, уходы из школы и из дома, бродяжничество, раздражительность, кражи, приводящие к социальной дезадаптации или социализированному расстройству у детей и подростков. Больные имели формальную критику к собственному психическому состоянию и жалоб не высказывали. Обращает на себя внимание односторонне направленное влечение с подавляющими вербальными проявлениями агрессивной деятельности в 74% лиц, в случаях лишения их доступа к компьютеру. Участие выраженного аффективного компонента, охваченность сверхценной деятельностью, почти вполне занимающей подростка, убедительно свидетельствуют о важной роли болезненно усиленных влечений в возникновении сверхценных интересов и увлечений.

Этому синдрому почти в половине случаев (45%) сопутствовали психопатоподобные расстройства, в 32% — уходы и бродяжничества (рис. 5.6). Также имели место аффективные синдромы (депрессивный и гипоманиакальный) (8%), и по 5% были представлены невротоподобные, полиаддиктивные расстройства и бредово-галлюцинаторные синдромы.

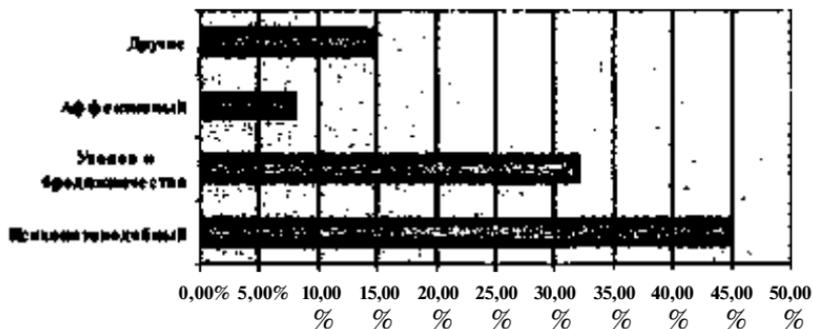


Рис 5.6. Частота встречаемости некоторых психопатологических синдромов у больных с компьютерозависимым поведением

У детей и подростков (45%) с психопатоподобным синдромом стойкие изменения поведения послужили причиной обращения к психиатру. Первое место занимало аффективно заряженное увлечение компьютерами. Аффективная возбудимость часто мешала в учебном процессе и отношениях с родственниками, психическая неустойчивость, импульсивность, раздражительность, асоциальные поступки были

ведущими симптомами. При этом отсутствовали как понимание своей вины, так и критика к своим действиям. Чаще эти дети и подростки были стеничными, выявляли свою агрессию во вне, настроение менялось в сторону дистимий. Аффективные вспышки заканчивались вегетативными реакциями (изменения ЧСС, АД, бледность или покраснение кожи). В связи с эмоционально-волевой незрелостью они не контролировали своих эмоций и поведения, недостаточно осмысливали ситуацию и свою реакцию на нее. Интересы были примитивными, поверхностными.

Синдром уходов и бродяжничества составляет 32% случаев и проявляется в компульсивно возникающих уходах из дома или со школы в компьютерный клуб, к работе за ПК у друзей. Такое поведение сопровождается кражами, нежеланием учиться, болезненно повышенным увлечением компьютерами, отсутствием полноценного сна, навязчивыми мыслями о компьютере, непослушанием, склонностью к вымыслу. Дети и подростки в связи с болезненно повышенным увлечением компьютерами не ночуют дома до 2-5 суток, проводят время в компьютерном клубе или у друзей. Сначала они расходуют все деньги, что имеют, потом начинают выносить вещи из дома, воруют деньги у родителей. Такое поведение тесно связано с «сенсорной жаждой», то есть с особенной потребностью в новых впечатлениях, что постоянно меняются, а также с усиленным стремлением к удовольствию и развлечению. В динамике синдрома появляется своеобразный патологический стереотип поведения в виде уходов, которые постепенно подкрепляются тревогой и ужасами быть наказанными родителями за это поведение. Синдром уходов на данном этапе обусловлен патологически повышенным увлечением. Указанное поведение приводит к социальной дезадаптации.

Аффективный синдром был ведущим у трех лиц (8%). Два пациента имели признаки депрессивного синдрома, ситуационно обусловленного. Они отмечали снижение настроения, пессимистические мысли, «потерю ощущений», «потерю ощущения реальности», плохой сон, шум в ушах, напряжение глаз. Нужно отметить, что в одном случае депрессивная симптоматика предшествовала увлечению компьютером (пациент не сдал экзамен в университете), а в другом случае — выступала следствием сверхценного увлечения в виде компьютерной деятельности (траты большого количества денег на компьютерные игры). Клиническая картина гипоманиакального синдрома была у одного больного, который имел повышенную активность, эйфоричное настроение, постоянные разговоры на компьютерную тематику, снижение

массы тела, как следствие игры за компьютером в течение пяти месяцев. Но сам пациент жалоб на здоровье не высказывал.

Неврозоподобный синдром выявлен у 2 (5%) больных. Как известно, в возникновении невроза навязчивостей у лиц молодого возраста главная роль принадлежит длительно существующим психотравмирующим ситуациям, связанным с конфликтом между желанием и чувством долга, эмоциональным напряжением, обусловленным сознательной ответственностью, повышенными требованиями. Общими особенностями клинической картины неврозоподобного синдрома были голосовые и двигательные навязчивые движения головой, плечевым поясом, носом, монотонность и относительная стереотипность клинических проявлений, переживание конфликта, тики, заикание, навязчивости в поведении, нарушение сна после деятельности за компьютером в течение долгого времени. У одного пациента после длительной (в течение недели) игры на компьютере появилось навязчивое желание выкрикивать слово «Лея», нецензурные слова, возникло вздрагивание рук и ног, что сопровождалось негативными аффективными переживаниями. В другом случае имеют место навязчивые мысли «остаться одному», «о ненужности родственникам». Расставание с девушкой, долги выступили как следствие патологического увлечения компьютером на протяжении полугода. Стабильный характер симптоматики содействовал госпитализации больных.

Галлюцинаторно-бредовый синдром отмечался в 2 (5%) случаях. В первом варианте сверхценное увлечение компьютером было обусловлено усложненной ситуацией в семье, наблюдаясь аутичное поведение, «отход в мир своих переживаний, в виртуальный мир». Постепенно после работы за компьютером появились идеи отношения в адрес родственников, окружающих, что сопровождалось снижением успеваемости в школе, агрессивным поведением вне компьютера, тревогой, трудностями к концентрации, нарушением сна, ощущением «неприятных взглядов, подозрительного внимания». Отмеченная симптоматика способствовала обращению к врачу. Во втором случае, у пациента за шесть месяцев изменилось поведение, стал замкнутым, невеселым, потерял предыдущие интересы, увлекся компьютерными играми. Долго сидел за ПК, ходил в компьютерный клуб, не общался с друзьями. Через шесть месяцев появились слуховые псевдогаллюцинации, которые приказывали «убить, предать, сказать гадость», идеи отношения к родителям, соседям. Внешний вид «зомби», речь замедленная. Описанные выше изменения сопровождаются тратой денег, эмоциональной тусклостью.

Синдром зависимости был диагностирован у 2 (5%) пациентов и выступал признаком первичной компьютерной аддикции: проведение по 12-14 часов в сутки за компьютером, нежелание учиться, расстройства сна, нарушение аппетита, головные боли, раздражительность, агрессия вне компьютера. Во втором случае имеет место полиаддиктивное расстройство: употребление амфетаминов и алкоголя в прошлом. Появились раздражительность, замкнутость, кражи денег. Нужно отметить, что один вид аддикции сменялся другим у уже сформированной аддиктивной личности. Оба пациента имели органическое поражение головного мозга в анамнезе. Все больные были соматически здоровы.

Независимо от ведущего клинического симптомо-комплекса у многих пациентов во время работы за компьютером отмечались различные вегетативные нарушения в виде сердцебиения, нерезких колебаний частоты пульса, артериального давления, чувство холода в нижних конечностях, затрудненного вдоха. Сосудистая лабильность проявлялась в окраске кожных покровов лица (бледность, покраснение). Полученные данные свидетельствуют о выраженной активированности и эмоциональном возбуждении пациентов в период работы за компьютером.

Таким образом, увлечение компьютером у пациентов приобретает патологический характер. Кроме того, синдром сверхценных интересов и увлечений нередко сопровождается рудиментарными продуктивными симптомами (аффективные расстройства, навязчивые мысли о компьютерной деятельности, которые часто связаны с резонерством, детализацией, неологизмами, ужасами; явления деперсонализации, гипногагические галлюцинации), а также негативные проявления в виде эмоциональной притупленности, агрессии, грубости и жестокости по отношению к родственникам, учителям; снижение успеваемости и продуктивности других видов социальной деятельности.

5.3. Этапы развития компьютерной зависимости

Результаты проведенного нами исследования позволили выделить следующие *этапы развития компьютерной зависимости*:

1-й этап — этап риска развития компьютерной зависимости;

2-й этап — этап сформированной компьютерной зависимости (эмоционально-волевые нарушения, психическая зависимость);

3-й этап — этап тотальной компьютерной зависимости (психическая и физическая зависимость, синдром актуализации компульсивного влечения).

Основными характеристиками *эта/фа риска развития компьютерной зависимости* являются увеличение времени, проводимого для достижения поставленной цели и работы за компьютером, потеря ощущения времени, получение эмоционального удовольствия за компьютером, расходование большего количества денег на компьютерную деятельность, первые признаки социальной дезадаптации.

Этап сформированной компьютерной зависимости характеризуется существованием в иерархии новой потребности — деятельности за компьютером, которая имеет систематический характер, аффективный заряд в основе. При этом преобладают эмоционально-волевые нарушения, отмечается рост толерантности к компьютеру: необходимость во все большем количестве времени работы за компьютером для достижения удовольствия; значительное снижение эффекта от пребывания за ПК в течение того же промежутка времени, что и раньше, навязчивые мысли о компьютере и фантазирование, что сопровождается эмоциональным подъемом (эйфория, психическая релаксация, ощущение «взлета», беззаботности, свободы, усиления воображения) во время деятельности за компьютером, и испытанием психо-эмоционального напряжения (раздражительность, подавленность, скука, снижение настроения, ситуационная тревога) вне работы за ПК. Наблюдается дезактуализация базовых потребностей — сна, отдыха, употребления пищи, личной гигиены. Нарушаются режимы сон-бодрствование и отдых-нагрузка, время работы за компьютером — дневное и ночное. На данном этапе деятельность за ПК происходит за счет обучения, труда, домашней работы, социальных и личных взаимоотношений. С одной стороны, пациенты полностью ориентированы в компьютерных технологиях, с другой стороны, имеет место своеобразная форма инфантилизма, практически полная беспомощность в мире социальных норм и отношений.

На третьем этапе — *тотальной компьютерной зависимости* — наблюдаются признаки как психической, так и физической зависимости. Отмечается постоянное «злоупотребление» компьютерными играми, беседами в СНАТ, ICQ и другими видами деятельности за компьютером, несмотря на существующие проблемы социального и личного характера, остаются безуспешными попытки контролировать работу за ПК. В структуре синдрома актуализации компульсивного

влечения имеют место агрессивность, злобность, психомоторное возбуждение, рассеянное внимание, произвольные «печатаящие движения» пальцев рук, встречается депрессивный синдром. На данном этапе присутствуют физические симптомы: головная боль по типу мигрени, боль в позвоночнике, сухость в глазах, онемение и боль в пальцах кисти (синдром карпального канала). Появляются признаки дезадаптации, социальные и психологические проблемы, связанные с обучением, отношением с родителями, друзьями. Периоды легкой дезориентации и зрительные эффекты после компьютерных игр свидетельствуют о существенном влиянии избыточной работы за компьютером. Возможно присутствие вегетативной симптоматики (изменения ЧСС, АД, бледность или покраснение кожи). Однонаправленное увлечение приводит к возникновению выраженной социальной дезадаптации.

На основе результатов исследования нужно отметить, что у данной группы пациентов увлечение компьютерными технологиями носит сверхценный характер, часто имеет признаки гиперкомпенсаторных образований, что, в свою очередь, приводит к выраженной социальной дезадаптации и в результате является непродуктивным увлечением.

Ограничение этапов риска развития компьютерной зависимости от уже сформировавшейся компьютерной зависимости является наименее разработанной проблемой клинической психиатрии и аддиктологии. Основываясь на проведенных исследованиях, нами были разработаны критерии дифференциальной диагностики риска развития компьютерной зависимости и уже существующей компьютерной зависимости, представленные в табл. 5.5.

Таблица 5.5. Дифференциально-диагностические критерии ограничения этапов риска развития и сформировавшейся компьютерной зависимости

Признак	Риск развития компьютерной зависимости	Сформированная компьютерная зависимость
Характер увлечения	Психологически понятен, не носит сверхценного характера	Носит сверхценный характер, является гиперкомпенсаторным образованием

Продолжение таблицы 5.5.

Признак	Риск развития компьютерной зависимости	Сформированная компьютерная зависимость
Результат увлечения	Продуктивность компьютерной деятельности	Непродуктивность компьютерной деятельности
Время работы за компьютером	Тенденция к увеличению времени, проводимого для достижения поставленной цели, и работы за компьютером	Больше 40 часов в неделю
Социальная адаптация лиц	Социально адаптированы, появляются первые признаки семейной дезадаптации	Выраженная социальная дезадаптация вследствие компьютерной деятельности
Семейная адаптация	Появляются первые признаки семейной дезадаптации в связи с деятельностью за компьютером	Семейная дезадаптация вследствие компьютерной деятельности
Школьная адаптация	Нарушения успеваемости, нарушения обычного стереотипа взаимоотношений с одноклассниками вследствие компьютерной деятельности	Школьная дезадаптация, пропуски занятий вследствие компьютерной деятельности
Физические симптомы	Почти отсутствуют, могут быть боли в глазах и спине	Головная боль по типу мигрени, боль в спине, сухость в глазах, онемение и боль в пальцах кисти (синдром карпального канала)

Продолжение таблицы 5.5.

Признак	Риск развития компьютерной зависимости	Сформированная компьютерная зависимость
Навязчивые мысли о работе за компьютером	Отсутствуют	Имеют место навязчивые мысли о компьютерной деятельности
Бродяжничество	Отсутствует	Уходы из дома в связи со сверхценным увлечением компьютерами
Делинквентность	Отсутствует	Склонность к делинквентным формам поведения, обычно связанная с добыванием денег для компьютерных Иф
Круг интересов	Круг интересов суживается	Имеет место только увлечение компьютерами, общаются только с подобными «компьютероманами»
Вегетативные реакции	Адекватны психоэмоциональной нагрузке	Выражены, сила их проявления прямопропорциональна компьютерной деятельности
Настроение	Колебания настроения психологически мотивированы, адекватны ситуации	Изменения настроения четко коррелируют с компьютерной деятельностью, иногда неадекватны ситуации или обусловлены невозможностью ее реализации

Продолжение таблицы 5.5.

Признак	Риск развития компьютерной зависимости	Сформированная компьютерная зависимость
Реакция на замечания, советы	В большинстве случаев адекватна	Неадекватна
Критика	Критичен к ситуации	Некритичен
Коррекция	Возможна коррекция интеллектом, поддается вербальной коррекции	Не поддается вербальной коррекции
<i>Психологические характеристики</i>		
Интеллект	Соответствует возрасту и полученному образованию	В большинстве случаев соответствует возрасту и полученному образованию, редко имеют место случаи легкой умственной отсталости
Личностная акцентуация	Имеют место все типы акцентуаций, но преобладают возбудимый, циклотимный, экзальтированный, гипертимный и эмоциональный типы акцентуаций	Преобладают гипертимный, возбудимый или гипертимно-возбудимый типы; совсем не встречаются педантичный, тревожный
Эмоционально-волевая сфера	Эмоционально-волевая неустойчивость не мешает учебной деятельности	Эмоционально-волевая незрелость, лабильность, эмоциональная неустойчивость, эгоистичность, оторванность от реальности

Окончание таблицы 5.5.

Признак	Риск развития компьютерной зависимости	Сформированная компьютерная зависимость
Самооценка	Адекватная	Неадекватная: завышена или занижена
Личностная сфера	Стабильность уровня притязаний и самооценки, равнозначность игровых и учебных мотивов	Нестабильность уровня притязаний и самооценки, недостаточная подвижность психических процессов, с доминированием игровых мотивов над другими

С целью изучения внутренней организации исследуемых параметров как единой системы нами был проведен факторный анализ.

Организовывалась факторная структура показателей компьютерной зависимости, что объяснялось большим количеством значимых корреляционных связей между изучаемыми параметрами. Характеристика компьютерного аддикта была организована 4 факторами.

Первый фактор, который имел наибольшую информационную нагрузку (3,46 — 50%), представлен показателями удовлетворения от присутствия за компьютером, предчувствия и мыслей о деятельности за ПК и показателями пустоты, раздраженности вне компьютера, потребности вернуться к любимому занятию для достижения внутреннего комфорта, в связи с чем был интерпретирован, как фактор психологического состояния.

Второй факторе информационной нагрузкой 1,24 — 18% — был организован показателями пола, невозможностью самостоятельно прекратить работу за ПК, появлением физических симптомов усталости организма в связи с работой за компьютером, поэтому был интерпретирован как фактор физического состояния и волевого решения.

К третьему фактору, информационная нагрузка которого составила 1,22 — 17,5%, был отнесен показатель времени, про-

водимого за ПК, трата денег для компьютерной деятельности, показатель пренебрежения социальных и семейных обязанностей, нарушение взаимоотношений с родственниками, друзьями, что предоставило возможность интерпретировать его как социальный фактор.

Четвертый фактор с информационной нагрузкой 1,02 — 14,5% был представлен показателем возраста и, вероятно, определяет собой фактор возраста компьютерного аддикта (табл. 5.6).

Таблица 5.6. Факторная структура показателей компьютерной аддикции (7 интераций)

Показатели	Факторы			
	1	2	3	4
Собственные значения, абс. %	3,4624 50	1,2449 18	1,2209 17,5	1,0233 14,5
возраст	0,0139	0,0434	-0,0009	0,8974
пол	-0,1063	0,6493	0,2866	0,1286
Чувство удовлетворения за ПК	0,7374	0,0566	-0,0382	-0,0423
Предвкушение пребывания за ПК	0,7957	-0,0171	-0,1160	-0,0528
Проведение времени за ПК и трата денег	0,3134	-0,0122	-0,4217	0,2741
Остановка работы за ПК	0,2093	-0,5047	-0,1449	0,3057
Плохие ощущения вне ПК	0,5232	-0,0751	-0,3548	0,0853
Потребность использования ПК для изменения психического состояния	0,7178	-0,1336	-0,2072	0,1941
Пренебрежение социальными обязанностями	0,1007	-0,1598	-0,7172	0,0985
Скрывание количества проведенного времени за ПК	0,2120	-0,1480	-0,6037	-0,1516
Влияние ПК на жизнедеятельность	0,1947	-0,0713	-0,7568	-0,0301
Возникновение физической симптоматики	0,2050	0,6709	-0,3365	0,0757
Нарушения сна	0,0169	0,2325	-0,5636	0,0908

Анализируя вышеприведенные данные, следует отметить, что наибольший удельный вес в формировании компьютерной зависимости несут на себе факторы, характеризующие психический, физический и социальный аспекты пациента. Вместе с тем, прослеживается четкая взаимосвязь с возрастным фактором. Степень риска развития компьютерозависимого поведения в отдельных возрастных группах различна.

Таким образом, компьютерная зависимость формируется у склонной к аддиктивному поведению личности. Оно формируется соответственно динамике, характерной для классического аддиктивного процесса, или является новой аддиктивной реализацией у уже сформированного аддикта.

5.4. Психологические характеристики пациентов с компьютерной зависимостью

Учитывая тот факт, что аддиктивное поведение представляет собой сложный феномен, в происхождении которого играют роль не только клинические и социальные факторы, нами были изучены психологические особенности данной категории пациентов.

Как показали исследования интеллектуальной деятельности лиц с компьютерной зависимостью, их уровень обобщений и исключений достаточный. Выполняя задание «исключения предметов», 28 (74%) пациентов объединяли в группы предметы по родовому понятию, исключая один, который не принадлежит к данному родовому понятию. Предъявленные задания были выполнены верно. При классификации предметов для пациентов было характерным использование анализа и синтеза для распределения существенных признаков на общие для нескольких объектов и на такие, которые их отличают. При определении понятий называли признаки и выделяли тот, в котором были родовое и видовое отличия, что свидетельствовало о достаточном уровне обобщения в пределах возрастной нормы. Усвоив инструкцию к методике «простые аналогии», пациенты без затруднений справились с заданием, легко выделяли пары слов по аналогии. 28 (74%) обследуемых верно объясняли переносный смысл предложенных им метафор и пословиц. У обследованных было хорошо развито абстрактно-логическое мышление.

Пациенты быстро находили числа по таблицам Шульте, качество работы улучшалось до конца выполнения заданий, что свидетельствует о хорошей концентрации внимания. Проявляли заинтересованность заданиями игрового плана.

Во время исследования наблюдалась изменчивость параметров психической деятельности в зависимости от направленности интересов и уровня мотиваций. При представлении материала учебного характера отмечался низкий уровень притязаний и низкая самооценка, а также быстрое насыщение. При нейтральном содержании заданий, особенно представленных в игровой форме, наоборот, отмечались завышенный уровень притязаний и завышенная самооценка пациентов. Полученные результаты свидетельствуют об алогичности, противоречивости выбора линии поведения подростком в сложной ситуации.

Нужно отметить психологические особенности 6 (16%) пациентов с органическим поражением головного мозга. При классификации предметов они самостоятельно выделяли один признак, при переходе на другой принцип работы была выявлена выраженная психическая инертность, они опять начинали раскладывать материал по одному признаку, несмотря на оказанную помощь. При изменении принципа работы на аналогичное задание 4(11%) больных нуждались в посторонней помощи, словесные формулировки были затруднены. При выполнении задания «простые аналогии» пациенты чувствовали затруднение при выделении признаков подобия, в выделении главного и второстепенного. Респонденты верно объясняли смысл предложенных им метафор и пословиц. Объясняя переносный смысл пословиц и поговорок, эти пациенты посредством вспомогательных вопросов могли воспроизвести ситуацию, аналогичную той, которая содержится в пословице, и не могли дать объяснения пословицам в обобщенном виде. Ближе к концу обследования для них было характерным снижение производительной интеллектуальной деятельности. У 1 ребенка появлялась головная боль, внимание рассеивалось. Определялся инфантильный характер интересов, стремление лишиться трудоёмких заданий. Деятельность и поведение во время исследования отличаются непродуманностью, слабой осознанностью отдельных действий и поступков. В процессе обследования у лиц с черепно-мозговыми травмами в анамнезе определялось быстрое истощение психической деятельности. Внимание концентрируемое, переключаемое, но способное к пресыщению. Испытуемые легко теряют цель, интерес, отвлекаются. При выполнении заданий по таблицам Шульте результаты в конце ухудшаются, хоть объективно задание выполнять становится легче, что свидетельствует о повышенной истощаемости, отмечаются колебания внимания.

Психологические особенности имели и 4 (11 %) пациента со сниженным интеллектуальным показателем (IQ) в пределах легкой умственной отсталости (IQ= 60-69).

Уровень обобщений и исключений предметов у них недостаточен. При выполнении задания «исключения предметов» дети и подростки данной группы не могли справиться с предложенными вариантами заданий.

Классификация предметов, задание «простые аналогии» вызывали затруднение. Пациенты данной группы не могли объяснить переносный смысл пословиц и поговорок в связи со снижением абстрактного мышления, а также не использовали процессы анализа и синтеза при выполнении заданий.

Таким образом, в результате когнитивного дефицита на первом месте находятся навыки конкретного характера, особенно связанные с интересами пациента.

Темп сенсомоторных реакций замедлен, пациенты тратят более минуты на каждую таблицу Шульце. Внимание концентрируемое, отвлекаемое у всех лиц этой группы, имеет игровую направленность.

При исследовании личностных акцентуаций с помощью теста Шмишека было выявлено доминирование гипертимно-возбудимого типа в 32% (12 лиц). Гипертимный вариант имели 10 (26%) пациентов. Также были выделены следующие типы личностных акцентуаций: возбудимый — 5 (13%) чел., застревающий — 3 (8%) чел., эмотивный — 1 (3%) человек, циклотимный — 3 (8%) человека. У 4(10%) пациентов был выявлен неопределенный тип акцентуации. Эти данные отображены на рис. 5.7.

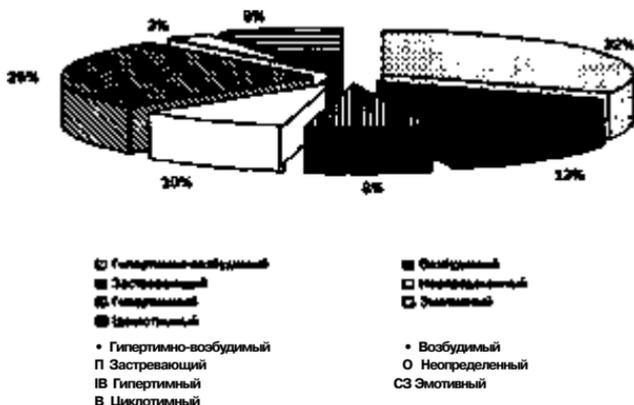


Рис. 5.7. Распределение пациентов по типу личностной акцентуации (тест Шмишека)

К делинквентности склонны 15 (40%) респондентов. Выраженная реакция эмансипации была в 11 (29%) случаях, среднюю конформность имели 6 (16%) человек.

При изучении психологических особенностей пациентов с компьютерной зависимостью мы обращали внимание на развитие мышления. Логическое, последовательное мышление было выявлено в большинстве случаев (25 лиц — 66%). Тугоподвижное, инертное мышление отмечалось у 6 (16%) лиц; логическое, с элементами конкретизации и резонерства — у 5 (13%) больных. Пациент с острым полиморфным расстройством имел амбивалентное, парадоксальное мышление, и 1 респондент с депрессивным синдромом — медленное, конкретно-образное.

Следует отметить, что все подростки были более активны в игровой деятельности и пассивны во время выполнения учебных заданий. Отмечалась слабость эмоционального реагирования на негативную оценку, недовольство собой и своим социальным положением.

В межличностных отношениях (тест Л ири) у пациентов проявляется склонность к независимости, агрессивности и стремлению обвинять других в своих проблемах и неудачах, так как и в группе риска (17,3% и 17,9% соответственно) ($p > 0,05$). Кроме того, в своих характеристиках «идеального» человека пациенты с компьютерной зависимостью отмечают такие черты как самостоятельность (12,5% в группе аддиктов и 3,2% в группе риска), значимость (18,4% и 8,9% соответственно), дружелюбие (18,4% и 18,0% соответственно).

При анализе самооценки аддиктов было выявлено, что адекватная самооценка была лишь у 6 (15%) больных. В других случаях, пациенты имели завышенную или заниженную оценку своих возможностей — 12 (32%) и 16 (42%) соответственно. Необъективную характеристику продемонстрировали 4 (11%) человека.

В данном исследовании был проведен анализ увлечений пациентов. Нужно отметить, что азартные увлечения, которые связаны с посещениями компьютерных клубов, являются ведущими у всех исследуемых. Интеллектуально-эстетичные увлечения (посещение кино, театров, дискотек, просмотр любимых телепрограмм, изобретательство и рационализаторство) и накопительные увлечения (например, коллекционирование вкладышей от жевательных резинок и календариков) были выявлены в единичных случаях. Наши пациенты не демонстрировали также увлечения спортом с целью укрепить силу или выносливость. Информативно-коммуникативное хобби сохранялись только в рамках компьютерной темы.

Таким образом, почти все пациенты (34 лиц — 89%) имели достаточный уровень обобщений, исключений, хорошо развитое абстрактно-логическое мышление. Преобладали гипертимный и возбудимый типы личностных акцентуаций. Отсутствуют педантичный и тревожный типы личностных акцентуаций ($p < 0,05$). Характерна эмоциональная неустойчивость, концентрируемое внимание. Следует подчеркнуть, что в личностной сфере преобладает нестабильность уровня требований и самооценки, недостаточная подвижность психических процессов, с доминированием игровых мотивов над другими. Самооценка аддиктов в большинстве случаев неадекватная (завышенная или заниженная) по шкалам «счастье», «здоровье», «удовлетворенность собой». В межличностных отношениях имеет место склонность к независимости, агрессивности и стремлению обвинять других в своих проблемах и неудачах, так же как и в группе риска ($p > 0,05$). К делинквентному поведению склонны 15 (40%) пациентов, в 29% (11 лиц) случаев с выраженной реакцией эмансипации. Большая часть аддикций разворачивается на фоне девиаций поведения, которые, в свою очередь, рассматриваются рядом авторов как разновидность аддиктивных расстройств. Все пациенты имели только азартные увлечения, связанные с посещением компьютерных клубов и игрой на компьютере ($p < 0,05$).

Приводим несколько клинических примеров историй болезни пациентов с компьютерной зависимостью

1. Клинический пример истории болезни пациента с симптоматической компьютерной зависимостью на фоне органического поражения центральной нервной системы

Андрей, 1982 года рождения, работает за компьютером с 14 лет (с 9-го класса).

Анамнез жизни

Ребенок от первой беременности, которая проходила на фоне токсикоза первой половины. Роды ускорены, после стимулирования.

Родился доношенным, в срок, массой 3450 г, 54 см, с желтухой новорожденных. Грудное кормление с 5-х суток. Развитие: в 6 мес. — сидит, в 1 год — ходит, в 1,5 года — фразовая речь. Энурез до 8 лет. В детстве был расторможенным, активным. С 2 лет посещал детский сад, в школу пошел в 7 лет, где учился хорошо. Конфликтов с одноклассниками и преподава-

телями не наблюдалось. Школу закончил с золотой медалью, после чего успешно поступил в вуз. Воспитанием преимущественно занимается мать.

Со слов матери, в 1989 г. сын был консультирован в Харьковском НИИ неврологии и психиатрии им. Протопопова, где был поставлен диагноз: Неустойчивая психопатия. Другие непсихотические расстройства в результате эпилепсии (301.8 с 310.83) и назначена седативная и общеукрепляющая терапия. Рекомендованы общеукрепляющие и тонизирующие занятия, режим дня, избегать просмотра телевидения. После проведенного курса лечения в динамике отмечалось улучшение состояния: мальчик стал спокойнее, более уравновешенным, послушным.

Наследственность отягощена: отец и дед по линии отца были зависимыми от алкоголя, дядя отца имел зависимость от алкоголя и совершил два суицида, второй — завершённый; дед по линии матери страдал психопатией с агрессией, бытовым пьянством, двоюродный брат матери имел завершённый суицид.

Из перенесенных операций:

в 2 года — паховая грыжа под общим наркозом;

в 8 лет — аппендэктомия под общим наркозом;

в 17 лет — коррекция искривления перегородки носа под общим наркозом.

Анамнез заболевания

С 9 лет Андрей играл на приставке. В 9-м классе родители купили сыну компьютер. Последние 2,5 года (с сентября 2001 года, с 3-го курса университета) Андрей стал увлекаться компьютерными играми.

Сначала сидел за компьютером по 3–6 часов в сутки, играл в компьютерные игры, «почувствовал вкус». Затем время пребывания за компьютером увеличилось до 8 часов в сутки. Родители стали беспокоиться за состояние сына, но думали, что смогут справиться сами. Андрей слушал советы мамы и папы, но как только садился играть — обо всем забывал. В школе пробовал курить гашиш, пить алкоголь. После алкоголизации появлялась головная боль и головокружение, а курение «не приносило удовольствия». Через полгода время, посвящаемое компьютерным играм, достигло 13–15 часов в сутки. Родители обратились в психиатрическую клинику, где Андрею назначили амитриптилин (по 25 мг в сутки), финлепсин (по 200 мг 3 раза в сутки), леварин в течение 3 месяцев. Пациент также посещал занятия с психологом. Летом наступило временное

улучшение состояния: время, проводимое за компьютером, составляло 4–6 часов в сутки, нормализовалось поведение.

В сентябре 2002 года перешел на 4-й курс университета, посещал занятия, учился отлично. Потом «опять стало скучно учиться», «ничего любопытного вокруг» и симптоматика возобновилась. «Когда я сажусь играть, то обо всем забываю. Это другой мир, другие ощущения. Это затягивает, как алкоголь, наркотики», — говорит Андрей. На вопрос «Что чувствуешь?» отвечает так: «Чувствую, что побеждаю, силу, уверенность, собственную мощность. Лучше бороться с компьютерными героями, чем с живыми». Предпочитает играть в U-Rally-2, Stronghold, Corky12, Quake-2, Counter Strike.

Со слов матери, «когда сын за компьютером — он весь светится, горит», «появляется блеск в глазах, учащается дыхание».

Постепенно время игры за компьютером увеличилось — просыпался в 13–14 часов дня, садился играть, сидел до 24–2 часов ночи. Перестал убирать за собой, пишу мать приносила прямо к компьютеру, иначе Андрей не ел совсем. Перестал заниматься физическими упражнениями, следить за собой, с девочками и друзьями встречаться желания не было. А объяснялось это так: «Нужно что-то делать, рассказывать им, напрягаться, расходовать деньги, а так сел и играешь...» Появились боли в спине, тики левого глаза. Андрей ясно видел все изменения в его жизни под воздействием компьютера, однако — «я могу бросить играть на компьютере, а не хочу. Стоит ли это делать, и зачем, я все равно к нему вернусь». Говорит, что не пожелает другим такого увлечения, знает, что компьютерные игры плохо влияют на зрение, меняют отношения с людьми, мировоззрение.

Попытки родителей ограничить общения сына с компьютером (забирали мышку, клавиатуру, другие части компьютера, кричали, воспитывали) вызывали бурную реакцию протеста («за компьютер стоял насмерть»). Андрей спал или «барабанил» по кнопкам пульта от телевизора, переключая каналы. Его раздражительность, гнев, агрессивность (со слов мамы «как зверюга») серьезно тревожили родителей. Ночью смотрел телевизор, днем спал, употреблял в пищу только сладкое и фрукты, настроение было сниженным. Со слов Андрея, при вынужденном перерыве возникало «ощущение опустошения, скуки», «вроде бы что-то внутри обрывается». Вышеизложенная симптоматика возобновилась через три дня.

В октябре 2002 года родители обратились за помощью на кафедру психиатрии факультета последипломного образования Днепропетровской медицинской академии, где были проведе-

ны анкетирование, психопатологическое, психологическое и нейрофизиологическое (компьютерная энцефалография) обследования.

Скрининговый способ диагностики компьютерной зависимости показал наличие у пациента компьютерной зависимости (39 баллов). В результате анкетирования было выявлено, что Андрей чувствует за компьютером увлечение, любопытство, величие и могущество. Считает, что возможна реализация своих фантазий и желаний, создание новых образов, новых представлений в виртуальном мире, что невозможно в реальном мире (быть не собой); «можно почувствовать что-то новенькое, повысить настроение». Оказалось, что для него «войти» в игру психологически намного легче, чем «выйти» из нее. А. написал, что чувствует себя счастливым, находясь за компьютером, и получает больше удовольствия от общения в сети, чем в реальном мире. При этом сознался, что иногда чувствовал легкую дезориентацию и зрительные эффекты после компьютерных игр.

Пациент посещал сеансы психотерапии и принимал amitriptilin (50 мг в сутки), феварин (100 мг в сутки).

Во время сеансов он соглашался с тем, что компьютерные игры действительно влияют на психику, на физическое здоровье и забирают много времени. Компьютерная игра является высоко эмоциональной формой общения. «Предложите мне что-либо еще, что заинтересовало бы меня, и тогда я подумаю!».

Но он не представлял себе свою жизнь по-другому, не видел, чем можно заниматься еще, хотя в беседе звучало желание пойти работать, посещать спортзал. Но последующего развития эти идеи не получали. Появились проблемы с обучением, пропуски занятий, задолженности по предметам. Через время он отказался пить лекарства, объясняя это сонливостью и невозможностью играть. Появился негативизм к родителям и врачам.

Ситуация обострилась, когда в январе 2003 года сломался компьютер. В первые сутки у пациента отмечалось психомоторное возбуждение. Андрей бросал в сервант вазы, выбрасывал книги, грубил, исцарапал холодильник. На вторые сутки появилась аффективная симптоматика: снизилось настроение, исчез аппетит, непосредственно перед ночным сном отмечались трудности засыпания; тревога и напряжение росли. Некоторое время сидел перед телевизором, «щелкал каналы по 12 часов в сутки». По вечерам стал принимать горячие ванны, объясняя это желанием расслабиться и укрепить организм, после чего чувствовал облегчение. Пациента ничто не радовало,

все мысли были только о компьютере. На 3-й — 4-е сутки наблюдалась суицидальная тенденция. Андрей сообщил матери, что не «хочет больше жить» и просил дать яд, чтоб не «чувствовать больше этой скуки». Голос был монотонным, взгляд тусклым, периоды сниженного настроения сочетались с агрессией и злобностью, тревогой. На 5-е сутки был назначен rispoleпт в дозе 1 мг в сутки и амитриптилин в дозе 50 мг в сутки. Первую неделю пациент не отмечал улучшения. Через неделю уменьшились тревога и напряжение, улучшились настроение, сон и аппетит, нормализовалось поведение. В динамике через 3 месяца наблюдалось значительное улучшение состояния пациента: исчезла потребность во все большем времени работы за компьютером, появился контроль поведения и времени, нормализовался ритм «сон-бодрствование».

Андрей пошел в университет, сдал долги по предметам, и впереди было написание курсовой работы. До апреля 2003 года состояние стабилизировалось, время работы за компьютером составляло 4-5 часов в день, позже 23.00 уже не играл.

В дальнейшем проводились телефонные консультирования, пациент приезжал на консультации на кафедру. До июня 2003 года эмоциональные реакции во время компьютерных игр уменьшились, исчезли тики левого глаза, возобновился режим дня.

Психологическое обследование

Тест Штур на определение интеллекта показал IQ=109. По типу темперамента — сангвиник (тест Айзенка). Уравновешенные интра- и экстравсртированные тенденции.

По методике определения акцентуации личности (тест Шмишека) определяется тенденция к формированию гипертимной, демонстративной и циклотимной личностной акцентуации. Отмечается эгоцентризм, потребность в признании и одобрении, свойственны частые изменения настроения, а также зависимость от внешних событий, склонен к депрессии. Самооценка далека от объективности, склонен к повышенной раздражительности.

По методике диагностики межличностных отношений (тест Лири) на первый план в определении «Я-реального» выходит агрессивный тип (9 баллов). В 11-м классе для пациента была характерна пониженная самооценка, направленность на активную наглядную деятельность, негативно окрашенные эмоции, неуверенность, пассивность. Стандарт и конформность мыслей и установок, обоснованность и обдуманность в принятии решений. Агрессивность по отношению к вышестоящим. Лег-

кость в возникновении ощущения страха, опасности, недоверие. Повышенный уровень тревожности. Сенситивизованный опросник для определения рукости показал выраженную праворукость (+20 баллов).

Нейрофизиологическое обследование (энцефалограмма)

Достаточно давно у пациента на EEG отмечались признаки эпилептического механизма мозгового функционирования в виде очаговой пароксизмальной активности слева в височно-теменной части, умеренных общемозговых изменений ирритативного характера.

Проведено компьютерное электроэнцефалографическое исследование с использованием аппаратно-технического комплекса ДХ-2000 до и после предложенной пациенту его любимой компьютерной игры, в которую он играл в течение 15 минут. Определялся превалирующий патологический механизм мозгового функционирования и его динамика в процессе обследования. Рассматривался индекс пароксизмальности, а также особенности средних компонент зрительных вызванных потенциалов.

Методика проведения исследования

Проводилась регистрация суммарной биоэлектрической активности головного мозга по 16 отведениям в течение следующих временных интервалов длительностью в 30 секунд: фоновая запись ЭЭГ с открытыми глазами, 3-минутная гипервентиляционная нагрузка, фотостимуляция 2 и 20 Гц. Была проведена также регистрация зрительных вызванных потенциалов после рандомизированной фотостимуляции с частотой 2 Гц, оценивались амплитудные показатели негативных и позитивных волн N100 и P300 в каждом из 16 электроэнцефалографических отведений и их динамика в процессе обследования.

Были получены следующие результаты. На фоновой ЭЭГ при гипервентиляционной нагрузке до компьютерной игры у пациента была найдена патологическая активность в виде острых волн, с амплитудой до 120-150 мкв, и полифазных комплексов острых волн с амплитудным превалированием в височно-теменной области справа; суммарный индекс пароксизмальности в этой зоне мозга на фоновой записи составил 5%, а при гипервентиляции — 18%. После компьютерной игры индекс пароксизмальности в правой височно-теменной области на фоновой записи составил 4%, а при гипервентиляционной нагрузке — 12%.

После проведения записи зрительных вызванных потенциалов были получены следующие результаты, представленные в табл. 5.7.

Таблица 5.7. Амплитудные характеристики (мкв) волн ВП N100 и P300 до и после компьютерной игры пациента

Отведение EEG (система 10-20%)	До компьютерной игры		После компьютерной игры	
	N100	P300	N100	P300
Fp1	3	4	3	3
Fp2	3	5	2	3
F3	2	3	2	3
F4	3	6	2	4
C3	4	4	3	4
C4	3	4	3	3
Cz	4	5	3	4
T1	6	6	3	3
T2	8	8	9	5
T3	5	7	3	6
T4	7	11	9	6
T5	4	3	4	4
T6	7	12	9	6
P3	5	5	4	4
P4	4	7	4	5
O1	6	8	7	4

Данные свидетельствуют о значительном снижении амплитуды позитивной волны P300 в правой височно-теменной области после компьютерной игры пациента по сравнению с фоновыми величинами, а также о некотором повышении амплитуды негативной волны N100 в отведениях правой височно-теменной области. Полученные результаты исследования свидетельствуют о снижении степени выраженности патологического механизма мозгового функционирования у пациента после компьютерной игры (уменьшение показателей индекса пароксизмальности в височно-теменной области справа при гипервентиляционной нагрузке на 6%). Результаты, полученные посредством методики ЗВП, отображают значи-

тельное снижение амплитуды волны P300 в височно-теменных отделах мозга, особенно справа и в некотором смысле, умеренно выраженное повышение амплитуды негативной волны N100 в тех же зонах головного мозга. Это свидетельствует об уменьшении разрядных возбудимых процессов в височно-теменной области, что может быть связано с усилением процессов десинхронизации биоэлектрической активности головного мозга и уменьшением явлений синхронизации после компьютерной игры. Некоторое повышение амплитуды негативной волны может свидетельствовать об умеренном повышении активности тормозных процессов в височно-теменных отделах мозга с подавляющей правосторонней латерализацией после компьютерной игры.

Таким образом, подводя итоги результатов исследования, можно прийти к выводу, что у обследованного пациента компьютерная игра привела к повышению уравновешенности возбудимых и тормозных процессов в головном мозге, что проявлялось, с одной стороны, в снижении степени выраженности пароксизмальной активности, уменьшении количества и длительности ее разрядов, а с другой стороны, в улучшении общего баланса между неспецифическими активирующими и тормозными системами головного мозга.

Обсуждение

У пациента формирование игровой компьютерной зависимости проходило поэтапно. Сначала игра за компьютером носила ситуационный характер и позволяла реализовать неосознаваемые потребности в принятии роли (механизм формирования зависимости). Это был период легкого увлечения и он продолжался полгода. В дальнейшем наступил этап сформированной компьютерной зависимости (2-й этап), который характеризовался появлением в иерархии потребностей новой потребности — игры за компьютером, принимающей систематический характер. На этом этапе преобладали эмоционально-волевые расстройства, отмечался рост толерантности к компьютеру: потребность во все большем количестве времени работы за компьютером для достижения удовольствия; значительное снижение эффекта от пребывания за компьютером в течение того же промежутка времени, что и раньше.

На 3-м этапе зависимости наблюдаются признаки как психической, так и физической зависимостей. Постоянное «злоупотребление» компьютерными играми, безуспешные попытки контролировать работу за компьютером. В структуре

синдрома актуализации компульсивного влечения преобладают агрессивность, злобность, психомоторное возбуждение, произвольные «печатающие движения» пальцев рук, имеет место депрессивный синдром. Появились признаки дезадаптации, социальные и психологические проблемы, связанные с обучением, отношением с родителями, друзьями. Периоды легкой дезориентации и зрительные эффекты после компьютерных игр свидетельствуют о существенном влиянии избыточной работы за компьютером. В дальнейшем клиническая картина характеризовалась снижением толерантности к компьютеру при сохранении постоянства работы за ним, а также наличием психопатологической симптоматики неврозоподобного и аффективного регистров. В процессе лечения пациента rispолептом и амитриптилином нам удалось достичь ремиссии, которая согласно катамнестическим исследованиям продолжается уже в течение полутора лет. Анализируя приведенные данные, следует выделить ряд санкционирующих компьютерозависимое поведение факторов: генетическую отягощенность (алкоголизм и суициды у родственников), органический фон (перенесенные операции под общим наркозом), диагноз в детстве (неустойчивая психопатия, другие непсихотические расстройства в результате эпилепсии), характерологические особенности (эмоциональная неустойчивость, изменения настроения).

Следует отметить интересный момент, выявленный при нейрофизиологическом (электроэнцефалографическом) исследовании нашего пациента. Сначала в состоянии абстиненции на ЭЭГ были отмечены более выраженная пароксизмальная активность, преимущество возбуждаемых процессов над тормозными (по вызванным потенциалам), а также повышенная активность медиобазальных структур височных областей мозга. Мы купировали абстиненцию пациента, предоставив возможность играть в компьютерную игру, время игры составляло 30 минут, после чего наблюдали следующие изменения на ЭЭГ: уменьшились проявления пароксизмальной активности, увеличились явления десинхронизации за счет повышения активности неспецифических активирующих систем мозга, были уравновешены тормозные и возбуждаемые процессы, несколько снизилась общая активность медиобазальных структур головного мозга.

С целью коррекции поведения, когнитивных функций и стабилизации настроения мы применяли сочетание медикаментозной (рисполепт и амитриптилин) терапии и системы поэтапной коррекции компьютерной аддикции.

2. Клинический пример истории болезни пациента с первичной компьютерной зависимостью

Максим, 1991 года рождения. Работает за компьютером с 10 лет (с 4-го класса).

Анамнез жизни

Родился в семье рабочих единственным ребенком. Беременность протекала на фоне сильного токсикоза. Роды своевременные, стремительные. Вес при рождении — 3250 г, рост — 52 см. До года находился на грудном вскармливании. Психомоторное развитие соответственно возрастным нормам. В 6 мес. — сидит, в 1 год 2 мес. — ходит. Первые слова — до года, фразовая речь — в два года.

С детства был общительным, имел несколько близких друзей. Воспитывался дома, детский садик не посещал. Родного отца мальчик не помнит, потому что отец ушел из семьи, когда сыну был 1 год. Через год мать вышла замуж второй раз. Отношения с отчимом были хорошими. Мальчик считал его своим отцом, очень его полюбил.

В школу пошел в 6 лет на Кубани. Учился хорошо, старательно, был любимым учеником в классе. Одно время пробовал заняться боксом — не понравилось. Родители ничего мальчику не запрещали. До 8 лет был страх темноты, поэтому спал со включенным светом. Когда Максиму исполнилось Юлет, родители решили расстаться. В разводе он обвиняет обоих родителей, но позже смирился с этим.

В 1997 году Максим с матерью переехали к бабушке в г. Днепропетровск, где он и пошел в новую школу. Не имел заинтересованности к обучению, «тосковал» за старой школой, учился удовлетворительно. В компании одноклассников научился курить, алкоголем не интересовался. Со слов матери, сын по характеру спокойный, добрый, общительный, немного застенчивый. Наследственность психическими заболеваниями, алкоголизмом не отягощена. До трех лет болел ОРЗ, перенес ларингит, тонзиллит; в 1993 году — ветрянную оспу.

Анамнез заболевания

С начала 2000 года Максим начал пропускать занятия в школе, «было неинтересно», стал посещать компьютерный клуб.

«Компьютер я полюбил сразу, как только попал в клуб», — говорит Максим. Сначала деньги просил у матери — 2,50 грн. за час. С каждым днем все больше хотелось проводить времени за компьютером, играл в разные игры, искал информацию, изучал управление компьютером, возможности

Интернета. Начал ходить в клуб по ночам, а днем отдыхал, следовательно, учебные занятия не посещал. Общался с такими же «компьютерщиками». Несмотря на беседы с бабушкой и мамой, он убегал с уроков, не ночевал дома, хоть и обещал приходить вовремя. Мог взять деньги без разрешения, а затем начал выносить вещи. На вырученные деньги от продажи посещал компьютерный клуб. Стал эмоционально лабильным, кричал по ночам. Мать обратилась к психиатру. В марте 2000 года в городском ПНД амбулаторно было проведено лечение (седативная терапия, психотерапия), после чего мальчик стал спокойнее, более уравновешенным.

С начала 2001 года Максим опять начал выносить деньги без разрешения, выносил вещи из дома, на вырученные деньги посещал компьютерный клуб. Мальчик хоть и считает себя общительным человеком в реальном мире, но говорит, что «в Интернете намного интереснее: можно общаться с людьми из разных уголков планеты, быть не собой, никто не видит, какой я в действительности; познаешь много любопытного, нового». Максим имел свое имя в клубе — «хакер», что ему очень нравилось («звучит сильно»).

«Сначала я сидел за компьютером недолго, но время пробежало так быстро, что ночь сменяла день, а ехать домой было уже поздно, поэтому и оставался в клубе». Позже, Максим уже не мог остановить свое влечение, прервать волевым усилием. Бегал в клуб. Мог не спать целыми ночами, «сидеть» за компьютером по 12-14 часов в сутки. Не было времени даже кушать, иногда друзья угощали чем-то. Когда не было еды, курил по 4-5 сигарет, но если пропускал компьютерный клуб, то курил по 15-20.

Мать всячески пыталась ограничить эти посещения: то игнорировала молчанием, то кричала. Однажды зафиксировала мальчика к батарее наручниками и оставила его дома. Каким-то образом ему удалось вытянуть руку, натянув рукав свитера, и пойти в Интернет-клуб. Тогда мать решила сделать по-другому, она попросила охранника клуба под любым предлогом не пускать ее сына. Каково же было удивление охранника, когда ночью на улице он увидел сидящего Максима на цементной поверхности под дверью клуба. Увиденное настолько его поразило, что он пустил мальчика к «предмету увлечения».

Было время, когда компьютерный клуб не работал два дня. Парень переживал неприятные ощущения, стал плаксивым, эмоционально лабильным, по ночам кричал, настроение было сниженным. Было только одно желание — скорее сесть за компьютер. Когда Максим вернулся к компьютеру, то

раздражительность, обида исчезли, настроение нормализовалось.

III и IV четверти 7-го класса в школу не ходил совсем. Мать привела сына в конце года сдавать зачеты и экзамены по всем предметам. С целью решения вопроса о последующем обучении в школе и диагностике состояния Максим был направлен в КУ «МКПНЦ». При госпитализации были жалобы (со слов матери) на пропуски школы, уходы из дома, раздражительность, кражи денег дома, нарушения сна.

В первые дни пребывания в детском отделении у пациента отмечались эмоциональная лабильность, волнение, раздражительность. Было тяжело заснуть, просыпался ночью, «думал о компьютере». Отмечал, что «желает действовать самостоятельно и свободно, чтобы иметь возможность отдаваться своим увлечениям, делать все, что сам считает правильным, заслуживающим внимания». Настроение было сниженным, общался избирательно. На занятиях заинтересованности к обучению не проявлял. Скрининговый способ диагностики компьютерной зависимости показал наличие у пациента компьютерной аддикции (38 баллов). Было проведено психологическое и нейрофизиологическое обследования.

Психический статус: выглядит соответственно возрасту. Опрятен, одет чисто. Внешне несколько ослаблен, напряжен. Во время беседы с интересом оглядывается вокруг, глазной контакт поддерживает. Взгляд бегающий. Блеск в глазах проявляется при упоминании о компьютере. Мимика живая, соответствует содержанию вопроса. Ориентация при контакте прямая, дистанцию изменить не пытался. Движения быстрые, адекватные теме беседы за интенсивностью и содержанием. Зашел в кабинет, сел на предложенный стул. Осанка непринужденна, поступь свободна, ритмична. Занял всю поверхность сидения стула. Положил ногу на ногу, периодически качает ногой; руки на бедрах. Во время обсуждения «неприятных» тем меняет позу, склоняет голову книзу. Иногда движения становятся более живыми, жестикулирует (направленность жестов вверх), когда речь заходит о виртуальном мире. Доступен речевому контакту. Охотно вступает в беседу, на вопрос отвечает по существу. В подробностях описывает свое увлечение компьютером, свои ощущения, интересы в сети. Говорит, что «получает большое удовольствие от компьютера», «чувствует себя могущественным, сильным». Не отказывается от пропусков занятий. Если не возможен контакт компьютером, «появляется ощущение пустоты». Темп речи — средний, голос умеренной громкости, модулируемый. К обследованию отно-

сится напряженно. Понимает, что госпитализация вызвана тем, что он не ходит в школу, нарушал дисциплину, заинтересован компьютерами. Самостоятельно контролировать свое поведение не может. Настроение снижено, эмоционально лабилен. Обманов восприятия не отмечается. Мышление логичное, последовательное. Продуктивных расстройств мышления нет. Окружающее воспринимает адекватно и четко. Верно ориентирован в месте, времени и в личности. Уровень школьных знаний низок, не отвечает нужному уровню образования. В то же время хорошо ориентируется в социальных ситуациях, в компьютерах. Память не нарушена. Внимание отвлекаемое. Критика к своему состоянию частична. Соглашается с тем, что его называют больным, но «серьезных признаков болезни не видит». Пассивно согласен на лечение.

Соматический статус: среднего роста, нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, слизистые бледно-розового цвета. Лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание свободное, через нос, ЧД 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритмичные. АД=110 и 60 мм рт.ст. Пульс симметричный на лучевых артериях, одинаковый, полный, 80 за 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: лицо симметричное. Зрачки одинакового размера, фотореакция живая. Сухожильные рефлексы равнозначные, живые, патологические рефлексы не вызываются. Менингеальных знаков нет. Все виды чувствительности сохранены. В позе Ромберга устойчив, координаторные пробы выполняет уверенно.

Психологическое обследование. При психологическом обследовании наблюдается изменчивость параметров психической деятельности в зависимости от направленности интересов и уровня мотивации. Во время выполнения заданий учебного характера — низкие притязания и самооценка, быстрая пресыщаемость. При нейтральном содержании заданий, особенно в игровой форме, завышенные притязания и самооценка.

Аналитико-синтетическая деятельность на уровне восприятия имеет достаточное развитие (X ст.), моторно-зрительная координация не нарушена (XII ст). Невербальное мышление характеризуется достаточным развитием кратковременной и оперативной памяти (VI ст). При запоминании 10 слов отмечаются колебания внимания. Уровень абстрагирования и

объединения в норму. На наглядном уровне устанавливает причинно-следственные связи и выделяет главную идею рассказа в картинках. Нет трудностей в запоминании литературных текстов со скрытым содержанием.

Интеллектуальный показатель (IQ) составляет 85. В личностной сфере наблюдаются элементы незрелости (нестабильность уровня притязаний и самооценки). Уровень знаний по школьной программе низкий в связи с пропусками занятий. При изучении личностной акцентуации посредством теста Шмишека был выставлен гипертимный тип, средняя конформность и умеренная эмансипация.

При нейрофизиологическом исследовании (ЭЭГ) были выявлены выраженные изменения с диффузным усилением медленно-волнового спектра, преобладание медленно-волнового спектра слева, снижение уровня функциональной активности мозга.

Обсуждение

В процессе клинического исследования, анализа анамнестических данных и результатов психологического исследования, были выделены следующие признаки психического расстройства: стойкое, стереотипное поведение; пропуски школьных занятий, уходы из дома, кражи вещей и денег, которые повторяются; постоянная и фа за компьютером, которая имеет систематический характер. На этом этапе преобладали эмоционально-волевые расстройства, отмечался рост толерантности к компьютеру: потребность во все большем количестве времени работы за компьютером для достижения удовольствия; значительное снижение эффекта от пребывания за компьютером в течение того же промежутка времени, что и ранее.

Наблюдаются признаки психической зависимости. Постоянное «злоупотребление» компьютерными играми, безуспешные попытки контролировать работу за компьютером. В структуре синдрома актуализации компульсивного влечения при компьютерной зависимости преобладают раздражительность, нарушение сна, непослушание, изменения настроения. Появились признаки дезадаптации, социальные и психологические проблемы, связанные с обучением, отношениями с родственниками, друзьями.

Таким образом, на основе критериев МКБ-10, можно поставить диагноз: Социализированное расстройство поведения, зависимость от компьютера (F 91.2).

Основным методом лечения было проведение поэтапной коррекционной работы. Использовали когнитивно-бихевио-

ральную психотерапию в виде систематической десенсибилизации и рациональных влияний, аутогенную тренировку в модификациях, направленных на развитие и усиление процессов саморегуляции, самоконтроля и самообладания. При проведении психокоррекционной работы значительное внимание уделялось ликвидации и дезактуализации психотравмирующих факторов и ситуаций.

Дополнительно были назначены ридазин, пиррацетам, витамины. На фоне проведенной терапии пациент стал спокойнее, улучшилось настроение. Появились реальные планы на продолжение обучения в школе. С матерью решили поехать весной к отцу в Россию, что очень обрадовало Максима. Нормализовался сон, быстро засыпал и ночью не просыпался. В процессе лечения пациента нам удалось достичь ремиссии, которая согласно катамнестическим данным данным продолжается уже на протяжении трех лет.

Анализируя приведенные данные, следует выделить ряд санкционирующих компьютерозависимое поведение факторов: психотравмирующие факторы (развод родителей, переезд в новое место, смена школы, окружения), характерологические особенности (эмоциональная неустойчивость, изменения настроения, нестабильность уровня притязаний и самооценки, незрелость личности).

ГЛАВА

6

**ДИАГНОСТИКА
КОМПЬЮТЕРНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ**

«Тяжелую болезнь вначале легко вылечить, но трудно распознать, когда же она усилилась, ее легко распознать, но уже трудно вылечить».

И. Макиавелли

Формирование правильного диагноза относительно компьютерной зависимости часто осложняется отсутствием официальных критериев для определения степени привязанности к Интернету или компьютерным развлечениям.

Так Kimberly Young приводит четыре симптома (предсказателя, опасных сигнала) компьютерной зависимости [66,78]:

- навязчивое желание проверять электронную почту;
- постоянное ожидание следующего выхода в Интернет;
- жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени за компьютером;
- жалобы окружающих на то, что человек расходует слишком много денег на деятельность за компьютером.

Kimberly Young разработала опросник из восьми вопросов, который является модификацией критериев диагностики патологического влечения к азартным играм.

6.1. Способ диагностики Интернет-зависимости (Kimberly Young, 1996)

Краткий тест, с помощью которого можно определить степень зависимости от Интернета.

1. Чувствуете ли Вы себя озабоченным Интернетом (думаете ли Вы о предыдущих он-лайн сеансах и предвкушаете ли последующие)?

2. Ощущаете ли Вы потребность в увеличении времени, проведенного в Сети?

3. Были ли у Вас безуспешные попытки контролировать, ограничить или прекратить использование Интернета?

4. Чувствуете ли Вы себя усталым, угнетенным или раздраженным при попытках ограничить или прекратить пользование Интернетом?

5. Находитесь ли Вы он-лайн больше, чем предполагали?

6. Были ли у Вас случаи, когда Вы рисковали получить проблемы на работе, учебе или в личной жизни из-за Интернета?

7. Случалось ли Вам лгать членам семьи, врачам или другим людям, чтобы скрыть время пребывания в Сети?

8. Используете ли Вы Интернет для того, чтобы уйти от проблем или от дурного настроения (например, от чувства беспомощности, виновности, раздраженности или депрессии)?

Пациент считается Интернет-зависимым в случае пяти или более положительных ответов на эти вопросы.

Кимберли Янг также создала опросник из двадцати вопросов, который называется «Тест на Интернет аддикцию» и базируется на критериях диагностики компульсивного гэмблинга и алкоголизма. Доктор В. Лоскутова сделала перевод теста и адаптировала его для русскоязычного населения.

6.2. Способ диагностики Интернет-зависимости В. Лоскутовой (русскоязычная адаптация опросника Kimberly Young)

Тест на Интернет-зависимость.

1. Часто ли Вы замечаете, что проводите он-лайн больше времени, чем намеревались?

Никогда или крайне редко Иногда Регулярно Часто Всегда

2. Часто ли Вы пренебрегаете домашними делами, чтобы провести больше времени в Сети?

Никогда или крайне редко Иногда Регулярно Часто Всегда

3. Часто ли Вы предпочитаете пребывание вести интимному общению с партнером?

Никогда или крайне редко Иногда Регулярно Часто Всегда

4. Часто ли Вы заводите новые знакомства с пользователями Интернет, находясь он-лайн?

Никогда или крайне редко Иногда Регулярно Часто Всегда

5. Часто ли окружающие интересуются количеством времени, проводимым Вами в сети?

Никогда или крайне редко Иногда Регулярно Часто Всегда

6. Часто ли страдают Ваши успехи в учебе или работе, так как Вы слишком много времени проводите в сети?

Никогда или крайне редко Иногда Регулярно Часто Всегда

7. Часто ли Вы проверяете электронную почту, раньше чем сделать что-то другое, более необходимое?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

8. Часто ли страдает Ваша производительность труда из-за увлечения Интернетом?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

9. Часто ли Вы занимаете оборонительную позицию и скрываете, когда Вас спрашивают, чем Вы занимаетесь в сети?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

10. Часто ли Вы блокируете беспокоящие мысли о Вашей реальной жизни, утешительными мыслями об Интернете?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

11. Часто ли Вы обнаруживаете себя предвкушающим, как вновь окажетесь в Интернете?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

12. Часто ли Вы ощущаете, что жизнь без Интернета скучна, пуста и безрадостна?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

13. Часто ли Вы ругаетесь, кричите или иным образом выражаете свою досаду, когда кто-то пытается отвлечь Вас от пребывания в сети?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

14. Часто ли Вы пренебрегаете сном, засиживаясь в Интернете допоздна?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

15. Часто ли Вы предвкушаете, чем займетесь в Интернете, находясь офф-лайн, или фантазируете о пребывании он-лайн?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

16. Часто ли Вы говорите себе «еще минутку», находясь он-лайн?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

17. Часто ли терпите поражение в попытках сократить время, проводимое в сети?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

18. Часто ли Вы пытаетесь скрыть количество времени, проводимое Вами в сети?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

19. Часто ли Вы выбираете провести время в Интернете, вместо того, чтобы выбраться куда-либо с друзьями?

Никогда или крайне редко **Иногда** **Регулярно** **Часто** **Всегда**

20. Часто ли Вы испытываете депрессию, подавленность или нервозность, будучи вне сети и отмечаете, что это состояние проходит, как только Вы оказываетесь он-лайн?

Никогда или крайне редко Иногда Регулярно Часто Всегда

Положительные ответы на 7 и более вопросов свидетельствуют о том, что необходимо обратиться к специалисту.

Более развернутую систему критериев диагностики компьютерной зависимости привёл Ivan Goldberg в 1996 году [19]. Эти критерии в большей степени отвечают медицинской модели диагностики аддиктивного поведения и оперируют такими категориями, как «толерантность», «абстиненция», симптомы психической и физической зависимости.

6.3. Критерии диагностики компьютерной зависимости (Ivan Goldberg, 1996)

I. Толерантность:

А. Потребность во все большем количестве времени работы в сети для достижения удовольствия;

Б. Значительное снижение эффекта от пребывания в сети в течение того же промежутка времени, что и ранее.

II. Абстиненция:

А. Наличие 2 или более симптомов, что возникают в период от нескольких дней до 1 месяца после прекращения или уменьшения длительности работы в сети:

1) психомоторное возбуждение;

2) тревога;

3) навязчивые мысли об Интернете;

4) фантазии или мечты о сети;

5) произвольные или непроизвольные «печатающие» движения пальцев рук.

Б. Наличие симптомов раздела (А) является причиной нарушений в служебной, семейной и/или других сферах социального функционирования;

В. Возобновление работы в Интернете или подобных on-line службах способствует уменьшению или исчезновению симптомов абстиненции.

III. Периоды работы в сети оказываются более частыми и/или более длительными, чем планировалось.

IV. Наличие непреодолимого желания и/или безуспешные попытки прекратить или контролировать работу в сети.

V. Большое количество времени, посвящаемое имеющей отношение к Интернету деятельности (покупка соответствующей

литературы, поиски новых www браузеров, формирование файлов и т.д.).

VI. Актуальные ранее виды социальной деятельности (семейные, служебные, развлекательные и т.д.) прекращаются или сокращаются в связи с увлечением Интернетом.

VII. Использование сети продолжается, несмотря на очевидные и осознаваемые социальные и психологические проблемы, связанные с работой в Интернете (депривация сна, супружеские проблемы, опоздание на работу и утренние встречи, пренебрежение служебными обязанностями и т.п.).

Расстройство имеет место, если присутствуют три или больше признаков, выявленных в течение последних 12 месяцев.

Причины, которые препятствуют достижению ожидаемого точного результата, мотивируются, по большей части, характером заложенных ответов, что адаптированы лишь к социально-общественной сфере США, дискретным форматом заложенных ответов по типу «никогда» или «очень часто», что граничит с получением неточных представлений относительно симптоматики компьютерной зависимости и невозможностью детальной интерпретации состояния личности.

Учитывая неоднородность и отсутствие официальных критериев диагностики данного вида аддикции, нами был предложен скрининговый способ диагностики компьютерной зависимости.

6.4. Критерии диагностики компьютерной зависимости (Maressa Hecht Orzack, PhD, 1999)

Наличие как минимум пяти из ниже перечисленных симптомов свидетельствуют о наличии компьютерной зависимости:

- получение удовольствия, волнения или облегчения за компьютером. Увеличение времени, проводимого за компьютером, и возрастание денежных расходов на компьютерную деятельность;
- покупка нового программного и аппаратного обеспечения для компьютера;
- изменения настроения вне компьютера / Интернета;
- появление тревоги, злости и депрессии вне компьютера/ Интернета;
- ощущение потери контроля и подавленности вне компьютера/ Интернета;
- постоянные мысли о компьютере или Интернете вне компьютера/ Интернета;

- неудачные попытки контролировать время, проводимое за компьютером;
- использование компьютера с целью ухода от текущих проблем;
- игнорирование своих обязанностей вследствие использования компьютера;
- потеря весомых взаимоотношений вследствие использования компьютера;
- ложь о количестве времени, проводимом за компьютером/в Интернете;
- ложь о деятельности, проводимой за компьютером/в Интернете;
- возникновение финансовых трудностей, возникших в результате злоупотребления компьютером / Интернетом;
- проблемы на работе или в учебе вследствие компьютерной деятельности;
- проблемы со здоровьем вследствие компьютерной деятельности.

**6.5. Способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости (Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Бояьбот)
(патент на изобретение (11) 72366 А (51) 7 G09В3/00,
G09В3/08, G09В3/00, А61В10/00 15.02.2005. Бюл. №2)**

1. Как часто Вы ощущаете оживление, удовольствие, удовлетворение или облегчение, находясь за компьютером (в сети)?

(1)- никогда (2)- редко (3)- часто (4)- очень часто

2. Как часто Вы предвкушаете пребывание за компьютером (в сети), думая и размышляя о том, как окажетесь за компьютером, откроете определенный сайт, найдете определённую информацию, заведете новые знакомства?

(1)- никогда (2)- редко (3)- часто (4)- очень часто

3. Как часто Вам необходимо всё больше времени проводить за компьютером (в сети) или тратить все больше денег для того, чтобы получить те же ощущения?

(1)- никогда (2)- редко (3)- часто (4)- очень часто

4. Как часто Вам удаётся самостоятельно прекратить работу за компьютером (в сети)?

(4)- никогда (3)- редко (2)- часто (1)- очень часто

5. Как часто Вы чувствуете нервозность, снижение настроения, раздражительность или пустоту вне компьютера (вне сети)?

(1)- никогда (2)- редко (3)- часто (4)- очень часто

6. Как часто Вы ощущаете потребность вернуться за компьютер (в сеть) для улучшения настроения или ухода от жизненных проблем?

(1)- никогда (2)- редко (3)- часто (4)- очень часто

7. Как часто Вы пренебрегаете семейными, общественными обязанностями и учебой из-за частой работы за компьютером (пребывания в сети)?

(1)- никогда (2)- редко (3)- часто (4)- очень часто

8. Как часто Вам приходится лгать, скрывать от родителей или преподавателей количество времени, проводимого за компьютером (в сети)?

(1)- никогда (2)- редко (3)- часто (4)- очень часто

9. Как часто существует актуализация или угроза потери дружеских и/или семейных отношений, изменений финансовой стабильности, успехов в учёбе в связи с частой работой за компьютером (пребыванием в сети)?

(1)- никогда (2)- редко (3)- часто (4)- очень часто

10. Как часто Вы отмечаете физические симптомы, такие как: онемение и боли в кисти руки, боли в спине, сухость в глазах, головные боли; пренебрежение личной гигиеной, употребление пищи около компьютера?

(1)- никогда (2)- редко (3)- часто (4)- очень часто

11. Как часто Вы отмечаете нарушения сна или изменения режима сна в связи с частой работой за компьютером (в сети)?

(1)- никогда (2)- редко (3)- часто (4)- очень часто

Оценка результатов:

До 15 баллов — 0% риска развития компьютерной зависимости;

16-22 балла — стадия увлеченности;

23-37баллов — риск развития компьютерной зависимости (необходимость проведения профилактических программ в последующем);

более 38 баллов — наличие компьютерной зависимости!

В основу изобретения была поставлена задача создать такой способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости, который путем адаптации вариантов ответов к национальной социально-общественной сфере деятельности повышает объективность конечного результата при использовании.

Способ содержит 11 вопросов относительно проявлений эмоционального состояния личности за компьютером или в Интернете, рассуждений относительно реализации замыслов и предчувствия удовольствия, количества времени пребывания за компьютером и материальных расходов, связанных с этим, волевых свойств, ощущений, получаемых во время проведения компьютерного досуга, ассоциативного характера восприятия получаемого удовольствия, влияния увлечения компьютером на социально-бытовые обязанности, роли социальных обязательств в повседневном быте, влияния компьютера на психофизическое состояние, режим сна и бодрствования. При этом возможным ответам «никогда», «редко», «часто» или «очень часто» присваивают баллы 1, 2, 3 и 4, соответственно. При оценке результатов оценивают стадию сформированной компьютерной зависимости, если сумма составляет 38 и больше баллов;

— стадию риска компьютерной зависимости, если сумма достигает 23-37 баллов;

— стадию увлеченности, если сумма равняется 16-22 баллам;

— отсутствие риска развития компьютерной зависимости, если 15 баллов и меньше.

Отличительными признаками предложенного способа является использование промежуточных вариантов ответов, а именно — «редко» и «часто», как дополнительных оценочных критериев, присвоение баллов, например от 1 до 4, как показателей симптоматических проявлений компьютерной зависимости. Это выводит ожидаемые ответы к более достоверной области, содействует гибкой интерпретации состояния личности, поэтому позволяет дать объективный конечный результат.

Косвенным образом результаты тестирования позволяют выделить «группу риска» с признаками компьютерной зависимости с целью применения эффективных профилактических программ, которые направлены на предупреждение развития психических и поведенческих расстройств.

Использование способа в психиатрии доказало, что оценка эмоционального состояния, волевых качеств, потребительских аспектов, способностей контролировать поведение, физического и психологического влияний на пользователя, которые отражены в вопросах при помощи расширенного ряда «адаптированных» показателей симптоматики компьютерной зависимости, позволяет дифференцировать исходные данные между стадиями «зависимости», «увлечения» и «риска возникновения», что информирует о повышении объективности результатов диагностики.

Таким образом, внедрение данного способа поможет проводить эффективную скрининг-диагностику компьютерной зависимости как среди отдельных личностей, так и в группе пользователей компьютерными технологиями, а также одновременно оценить эмоциональное состояние личности, ее волевые свойства, способности к самоконтролю поведения, физическое и психологическое состояние. Высокая объективность конечного результата, которая обусловлена адаптацией вариантов ответов к национальной социально-общественной сфере деятельности посредством весьма простых средств, информирует о соответствии предложенного решения задачи диагностики.

ГЛАВА

7

**ПРОФИЛАКТИКА
КОМПЬЮТЕРНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ**

«Если мы вас лечим, мы помогаем вам сейчас. Если мы вас учим — мы помогаем вам всю жизнь».

Правило ВОЗ

Вопросы профилактики Интернет-зависимости в настоящее время практически не разработаны. Ряд зарубежных исследований авторы предлагают использовать для профилактики и коррекции Интернет-аддикции (зависимости) online-психотерапию, другие исследователи считают недопустимым использование компьютерных технологий и применение компьютера в процессе коррекции и лечения компьютерных аддиктов.

В большинстве случаев людей, которые больны «компьютерной» болезнью, лечат точно так же, как наркоманов, в таких же клиниках и подобными методиками. Существуют и другие подходы к проблеме, но они не всегда являются достаточно эффективными.

Недостаточная эффективность профилактических и коррекционных программ обусловлена тем, что родственники пользователей и сами пользователи компьютеров не расценивают признаки, характеризующие риск развития компьютерной зависимости, как предболезненное состояние и обращаются к специалистам только на этапе уже сформированной компьютерной зависимости.

Кроме того, пользователи компьютеров, их родители и учителя не достаточно осведомлены как о первых признаках формирующейся зависимости, так и о профилактических мерах, направленных на ее предотвращение.

Специалисты рекомендуют родителям использовать следующие стратегии для профилактики развития компьютерной зависимости:

1. Показывать личный положительный пример. Важно, чтобы слова не расходились с делом. И если отец разрешает сыну

играть за компьютером не более часа в день, то и сам он не должен играть по три-четыре часа.

2. Ограничить время работы с компьютером, объяснив, что компьютер — не право, а привилегия, поэтому общение с ним подлежит контролю со стороны родителей. Резко запрещать работать на компьютере нельзя. Если ребенок склонен к компьютерной зависимости, он может проводить за компьютером два часа в будний день и три — в выходной. Обязательно с перерывами.

3. Предложить другие возможности времяпровождения. Можно составить список дел, которыми можно заняться в свободное время. Желательно, чтобы в списке были совместные занятия (походы в кино, на природу, и фа в шахматы и т. д.).

4. Использовать компьютер как элемент эффективного воспитания, в качестве поощрения (например, за правильно и вовремя сделанное домашнее задание, уборку квартиры и т. д.).

5. Обращать внимание на игры, в которые играют дети, так как некоторые из них могут стать причиной бессонницы, раздражительности, агрессивности, специфических страхов.

6. Обсуждать игры вместе с ребенком. Отдавать предпочтение развивающим играм. Крайне важно научить ребенка критически относиться к компьютерным играм, показывать, что это очень малая часть доступных развлечений, что жизнь гораздо разнообразней, что игра не заменит общения.

7. В случаях, если родители самостоятельно не могут справиться с проблемой, обращаться к психологам, в специализированные центры.

Профилактика аддиктивного поведения приобретает особую значимость в подростковом возрасте. Но особенно нужно уделять внимание тем, у кого уход от реальности еще не нашел своего яркого выражения, кто только начинает усваивать аддиктивные паттерны поведения в тяжелых спорах с потребностями среды, кто потенциально может быть вовлечен в разные виды аддиктивной реализации.

В соответствии с терминологией ВОЗ, выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику. Предупреждение развития патологического использования компьютеров относится к заданиям первичной профилактики. Она осуществляется по четырем основным направлениям и представляет, во-первых, широкую воспитательную работу среди молодежи, во-вторых, санитарно-гигиеническое воспитание населения, в-третьих — общественные мероприятия по работе с компьютерными технологиями, в-четвертых, административно-законодательные мероприятия.

Первичная профилактика направлена на улучшение психической адаптации учеников, их межличностных отношений, на ознакомление с признаками развития компьютерной зависимости и возможными ее последствиями.

Так, с учетом полученных данных о факторах риска развития данного расстройства и характеристики респондентов в начале формирования компьютерной зависимости нами были выделены следующие технологии первичной профилактической работы (табл. 7.1).

Таблица 7.1. Технологии первичной профилактики компьютерной зависимости

Технологии	Характеристики
Информационные	— публикации; — телефон доверия; — психологическая служба; — социальная поддержка;
Образовательные	— просветительские программы; — программы обучения родителей; — программы обучения педагогов, психологов, социальных работников; — программы обучения работников компьютерных клубов; — обучающие программы для учащихся школ, лицеев и колледжей;
Занятости	— клубная работа; — дополнительное обучение; — временное трудоустройство;
Коррекции семейных отношений	— формирование взаимоотношений, способствующих полноценному воспитанию ребенка; — общие интересы всех членов семьи, эмоциональная поддержка, психологическая защита;
Религиозные	— культура религиозных чувств, осознание высшей духовной и моральной силы

Целью информационных мероприятий является заполнение информационного вакуума, что включает в себя необходимые регулярные публикации по профилактике компьютерной зависимости, телефон доверия, работа со специалистами, профессиональными психологами, создание «психологической службы» в сети. Информационный этап представляет собой также повышение компетенции подростков в таких сферах, как культура межличностных отношений, технология общения, способы преодоления стрессовых ситуаций, конфликтология и проблемы аддиктивного поведения с рассмотрением основных аддиктивных механизмов, видов аддиктивной реализации, динамики развития аддиктивного процесса и последствий. Рекомендованы тренинги личностного роста с элементами коррекции отдельных личностных особенностей и форм поведения, которые включают формирование и развитие навыков работы над собой.

В структуре образовательных технологий есть обучающие программы по проблеме чрезмерного использования Интернета или компьютера вообще для всего населения; программы обучения родителей учеников общеобразовательных школ, колледжей и лицеев. Главная цель последней — научить родителей строить свои взаимоотношения с детьми, избегая аддиктивных стереотипов, с акцентом на эмоциональной поддержке. Образовательное направление включает в себя программы обучения педагогов, психологов и социальных работников, работающих в учебных заведениях, обучение работников компьютерных клубов, установления норм и правил (суточная нагрузка, возрастные нормы) работы с компьютером. Следует сделать акцент на первых признаках зависимого поведения от компьютера (K. S. Young, 1998) [66,78]:

1. Навязчивое желание деятельности за компьютером.
2. Постоянное ожидание следующей работы за компьютером.
3. Жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени за компьютером.
4. Жалобы окружающих на то, что человек расходует слишком много денег на Интернет, на работу компьютера.

Учебные программы для учеников школ, лицеев, техникумов, студентов вузов должны повысить уровень знаний учеников относительно использования персональных компьютеров. В связи с тем, что проблема аддиктивного поведения становится все актуальнее, целесообразно регулировать учебную нагрузку и активнее внедрять личностно ориентированный подход к образованию.

Нужно отметить значимость технологий занятости. Для подросткового возраста характерен поиск себя в мире. Клубная работа — спортивные секции, художественные кружки, дополнительное образование, факультативы; кружки уменьшают запас свободного времени и увеличивают количество заданий, которые требуют, не только времени, но и занимают внимание подростка. Временное или частичное трудоустройство молодого человека поможет найти свое предназначение в жизни.

Большое значение имеют семейные технологии. Формирование гармоничных взаимоотношений в семье, доверительные отношения между родителями и детьми, общие интересы всех членов семьи — неотъемлемая часть полноценного развития ребенка. Подросток нуждается в умеренном контроле над его действиями и умеренной опеке с тенденцией к развитию самостоятельности и умения принимать ответственность за свою личную жизнь.

Неоценимый вклад в профилактику аддикции может внести культура религиозных чувств, если она ориентирована не на отход от реальности существующего мира, а, напротив, наделяет человека высшей духовной и этической силой для противостояния трудностям и аддиктивным влечениям. Духовное развитие также имеет значение для формирования почтительного отношения к своей личности и окружающим, что выступает крепким фундаментом для построения межличностных отношений.

Вторичная профилактика основана на познании личности компьютерных аддиктов с учетом генеза и механизмов их поведения и направлена на предупреждение развития компьютерной зависимости и возобновление личностного и социального статуса пациента.

Отмеченные профилактические технологии были применены по отношению к ученикам лицеев и лично к 63 ученикам группы риска с целью предупреждения последующего формирования компьютерной зависимости. Все ученики из группы риска согласились на участие в проведении беседы на тему «Проблема компьютерной зависимости», где обсуждались вопросы факторов риска, первых признаков формирования компьютерной зависимости, роль индивидуальных особенностей и характерные признаки аддиктивной личности. Почти все лицеисты вступили в контакт с дополнительными вопросами о компьютерной зависимости, некоторые ученики просили дать рекомендации психотерапевта в городе проживания. Лишь у пяти (8%) учеников через полгода (данные клинико-катамнестического метода) были выявлены признаки психической

Глава 7

зависимости, характерные для второго этапа развития компьютерной аддикции. Участие в исследовании и беседе помогло многим респондентам критически оценить свою ситуацию и принять меры по изменению своего поведения.

Была проведена беседа на тему компьютерной зависимости с учителями и родителями учеников. Нужно отметить, что, в основном, матери респондентов обратили внимание и предложили провести беседу с детьми отдельно. Характерно, что большинство респондентов спрашивали о возможности проведения психокоррекции в сети и получили в ответ объяснение о нецелесообразности и невозможности такого варианта терапии и предложение обратиться к квалифицированному психотерапевту в городе проживания. Программа профилактики компьютерной зависимости апробирована и внедрена в работу психологов с учениками в лицеях.

ГЛАВА

8

**КОРРЕКЦИЯ
КОМПЬЮТЕРНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ**

«У каждого времени свои невроты - и каждому времени требуется своя психотерапия».

В. Франкл, 1990

Количество работ, посвященных проблеме компьютерной зависимости, растет с каждым днем, но лишь в некоторых из них предлагаются соответствующие средства коррекции или лечения этого состояния. Это когнитивно-бихевиоральная терапия, 12-шаговая программа и экспрессивная арт-терапия. Доктор Kimberly Young представляет книгу для пользователей компьютеров, в которой описаны варианты самопомощи. Эта книга называется «Caught in Net» («Потерянные в сети») [20].

Ряд ученых считают, что компьютерная зависимость отличается от курения, наркотиков и увлеченности азартными играми тем, что в какой-то момент времени может наступить пресыщение компьютером. Дальше человек либо занимается этим профессионально, либо компьютер перестает иметь значение в его жизни. Но этот вопрос остается открытым, потому что неизвестно, когда у аддикта наступит момент насыщения. Не будет ли очень поздно продолжать учиться или догонять уже упущенное. Не потеряет ли он социального статуса, находясь в эйфории компьютерных игр, а именно отчисление со школы или высшего учебного заведения, увольнение с работы, потеря звания или положения. Нет никаких гарантий, что за период «чрезмерной заинтересованности» компьютером психика ребенка не будет повреждена [228-232].

Поэтому в настоящее время очень важным является определение, как критериев диагностики компьютерной зависимости, так и средств коррекции этого вида аддикции.

Все аддиктивные расстройства имеют общие психологические механизмы, поэтому коррекция Интернет-аддикции не может ограничиваться лишь элиминацией данного средства

аддиктивной реализации. В случае компьютерной зависимости большинство специалистов рекомендуют индивидуальную и/или групповую психотерапию, с акцентом на работе с образами, эмоциями, потому что аддикты, как правило, имеют значительные затруднения в эмоциональном плане. Учитывая определенные трудности в осуществлении межличностных взаимоотношений и социальной адаптации у лиц с компьютерной зависимостью, в лечении лучше всего использовать именно групповые виды терапии.

Задачи групповой терапии:

- повышение самооценки и самосознания;
- усиление контроля над импульсами;
- увеличение стабильности межличностных отношений;
- социальная адаптация.

Перспективно также применение семейной психотерапии, так как очень часто в основе компьютерной аддикции лежит семейная дисфункция и неадекватный стиль воспитания и взаимоотношений с ребенком. Кроме того, ученые предлагают обращаться к службе анонимной помощи или к виртуальной психологической службе врунете [66, 105, 108].

В настоящее время многие исследователи считают очень перспективным применение когнитивно-бихевиоральной терапии с целью коррекции компьютерозависимого поведения.

Alex S. Hall и Jeffrey Parsons (2001) рекомендуют использовать когнитивную терапию по двум причинам: это классически и доступно, не нуждается в дополнительных тренингах [72].

Когнитивно-бихевиоральная терапия, или моделирование поведения, будучи синтезом поведенческих методов с теорией информационных действий, является поучительной практикой, направленной на формирование у пациентов новых паттернов поведенческих реакций [238].

Но в некоторых случаях необходима госпитализация в стационар для купирования абстинентного синдрома. Акцент в лечении делают на психокоррекционные методы [239, 240]. При необходимости к психотерапевтическим методам воздействия необходимо присоединить психофармакотерапию препаратами, которые снимают психоэмоциональное напряжение: антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захватасеротонина), анксиолитики и/или седативные препараты.

Maressa Hecht Orzack, Andrew C. Voluse, John Hennen (2000) свидетельствуют, что доступность, вседозволенность и анонимность при использовании Интернета приводят к развитию еще одного вида компьютерной зависимости — сексуальной компьютерной аддикции [128]. Было установлено, что применение комбинации таких методов терапии, как «готовность измениться» (Readiness to change), когнитивно-бихевиоральная терапия (Cognitive-Behavioral Therapy) и «повышение мотиваций» (Motivational Enhancement Therapy) для лечения группы мужчин с проблематичным сексуальным поведением в сети имеет позитивный эффект. Такая терапия способствует редукции сексуального аддиктивного поведения в Интернете, уменьшению депрессии и увеличению качества жизни этих пациентов. Также такое лечение особенно эффективно для больных с тревожными и биполярными расстройствами.

Виртуальная реальность — это нематериальность влияния, условность параметров и эфемерность, это не есть жизнь, а лишь вторичная часть жизни, параллельный, но не основной процесс. Нет смысла игнорировать компьютерные возможности, необходимо их использовать по мере необходимости, а развлечения в виде компьютерных игр необходимо комбинировать с активными действиями в реальном мире.

Лечение нехимических и химических аддикции имеют общие этапы: оценка, диагностика, план лечения, вмешательства, оценка эффективности выбранного метода лечения.

В ходе нашей работы тактика мероприятий уточнялась в зависимости от особенностей личности и вида компьютерной зависимости (симптоматическая или первичная компьютерная зависимость). Применялись медикаментозные и не медикаментозные средства на основе существующих стандартов лечения. Все аддиктивные расстройства имеют общие психологические механизмы, поэтому элиминация данного средства аддикции недостаточно. Коррекция аддиктивного поведения с патологическим использованием компьютера нуждается в длительном лечении психотерапевтом лично или в группе. Главное место принадлежит психотерапевтическим средствам коррекции разной направленности.

Так, с учетом полученных клинико-психологических характеристик лиц молодого возраста была разработана следующая система поэтапной коррекции компьютерозависимого поведения, которая представлена в таблице 8.1.

Таблица 8.1. Поэтапная система коррекции компьютерозависимого поведения

Этапы	Цель	Методы психотерапии
I — диагностический	Преодоление воз- ражения	Индивидуальная
II — информацией но-обучающих	Осознание про- блемы	Индивидуальная, групповая
III — этап модификации поведенческих стратегий	Подготовка паци- ента к реальным действиям для изменения свое- го поведения и преодоления фрустрации с направлением на успех, моди- фикация плана действий	Индивидуальная, аутогенная тре- нировка, когни- тивно-бихевио- ральная
IV — этап коррекции семейных и социальных отношений	Предотвраще- ние возникновения рецидива, поддержка последующих попыток пациента изме- ниться	Когнитивно-бихе- виоральная, групповая пси- хотерапия
V — этап преодоления последствий компьютерной зависимости	Составление пла- на поэтапной реабилитации в социальной сфере	Групповая психо- терапия, инди- видуальная

Цель терапии: повышение самооценки и уровня самосознания, усиление контроля над импульсами, увеличение стабильности межличностных отношений, социальная адаптация.

Задачи терапии: 1. Выявление существующих проблем и проблематичных ситуаций;
2. Определение навязчивых мыслей и ощущений, которые приводят к компьютерозависимому поведению.

Принцип терапии: не лишать пользователя доступа к компьютеру, а нормализовать его компьютерную деятельность, работу с компьютерными технологиями. Каждый этап имеет свою цель и особые методические подходы.

Главной целью первого *диагностического этапа* (который в среднем продолжается 2 недели) является преодоление внутреннего сопротивления пациента, разработка медикаментозной и психотерапевтической тактики лечения. Пациент еще не готов к изменениям, может не понимать, что проблема существует. Врач должен найти мотивацию двигаться вперед, обсудить сначала позитивные черты использования компьютера, потом негативные последствия чрезмерного использования компьютера. Больной может провести связь между компьютерной деятельностью и негативными последствиями (проблемы в школе, на работе, жалобы родителей). Не нужно сразу учить и давать советы, это может вызвать возмущение пациента. Нужно определить существенные условия, представление пациента, правила и принципы жизни, оценку данной ситуации. Необходимо информировать пациента о патологическом использовании компьютера, причинах возникновения компьютерной зависимости, о характерных признаках, стадиях развития, средствах коррекции и профилактики возникновения этого состояния. Наиболее продуктивно информировать пациента о негативных последствиях работы с компьютером можно лишь тогда, когда пациент готов к изменениям.

На втором этапе — *информационно-обучающем* — пациент уже готов к изменениям, но это решение не имеет стойкой базы. Цель этого этапа — осознание проблемы. Нужно показать барьеры на пути изменений, а также позитивные моменты изменения поведения. Пациент чаще ощущает подавленность в начале этого этапа. На индивидуальных обучающих занятиях врач поддерживает пациента, показывает успех других больных с такой проблемой. При решении определенной выше задачи моделировалась эмоционально насыщенная проблемная ситуация, которая приводила к формированию новой субъективной модели проблемы. Обсуждалось соответствие личного случая общим критериям патологического использования компьютеров. Длительность этапа — 2 недели.

Третий этап — *модификация поведенческих стратегий*. Цель — подготовка пациента к реальным действиям для изменения своего поведения и преодоления фрустрации с направлением на успех, модификация плана действий. Пациент готов к определению направления и этапов изменения поведения. Он должен научиться контролировать время работы

за компьютером (посредством разных средств — часов, таймера на компьютере, перерывов на прогулки, выполнение домашних заданий, встреч с друзьями и т. п.). Тактика терапии связана с особенностями пациента. Работа с больным направлена на осознание того обстоятельства, что несмотря на решение изменить свое поведение, он не может контролировать внутренние и внешние обстоятельства, которые могут способствовать срыву. Нужно выяснить расписание пациента, нужен ли ему компьютер для работы, как часто он обращается к компьютеру, какой вид активности ему еще нравится и другое. После того, как стратегии лечения выделены, план действий сложен, проводится воплощение пациентом плана в жизнь (осознанное поведение).

Врач должен поддерживать все позитивные изменения и контролировать действия пациента. В начале пациент может фиксировать явные признаки надвигающегося срыва, усиления фантазий о компьютере, росте эмоционального напряжения. Может произойти так, что пациент начнет возвращаться к начальным стадиям работы. В этом случае ему нужно объяснить, что это нормальный процесс и необходимо немало усилий чтобы двигаться вперед, но это реально. Цель — помочь преодолеть фрустрацию и выработать стратегию поведения, направленную на успех, помочь модифицировать план действий, и продолжать поддерживать попытки пациента измениться. Эта стадия может продолжаться очень долго, потому что аддиктивное поведение необходимо преодолеть. Врач активно содействует усилиям пациента, направленным на пробуждение конструктивных мотивов его личности. Длительность этапа — около 4 недель.

Этап коррекции семейных и социальных отношений. Этот этап начинается, когда пациент уже может контролировать свое поведение. Цель — предотвратить возникновение рецидива. Можно предложить больному вести запись в журнале, где отмечать время, ощущение и события, которые провоцируют возвращение к компьютеру, то есть рецидив. Тогда вместе с пациентом будет легче разобраться, что именно приводит к провокации компьютерозависимого поведения. Очень важную роль играет социальная поддержка (родители, учителя, друзья). На данном этапе главное значение приобретает обучающая и поддерживающая работа с членами семьи. Со стороны врача необходимо довести правдивую информацию о компьютерной зависимости, пытаться решить существующие семейные конфликты и разработать адекватные стратегии нивилирования ситуаций, провоцирующих компьютерозависимое поведение

пациента. Укоры членов семьи могут уменьшать самооценку пациента и контроль над эмоциями, содействовать напряжению в аффективной сфере и приводить к поиску эмоциональной разрядки. Длительность этапа — около 2-3 недели.

Этап преодоления последствий компьютерной зависимости.

Этот этап наступает тогда, когда проблема компьютерной зависимости уже не существует. Уже не нужно контролировать время за компьютером посредством часов, врача или членов семьи. На данном этапе врач вместе с пациентом составляют план поэтапной реабилитации в профессиональной сфере, отношениях с родственниками и друзьями. Определяются возможные жизненные препятствия и способы их решения (длительность — 2-4 недели).

Заканчивая характеристику этапов коррекции компьютерной зависимости у лиц молодого возраста, следует отметить, что эта схема динамична, а продолжительность этапов индивидуальна.

Поэтапная система коррекции компьютерозависимого поведения, которая проводилась с помощью указанных методик, улучшала адаптацию компьютерных аддиктов, создавала предпосылки для более сознательного использования компьютерных технологий. При проведении психокоррекционной работы значительное внимание уделялось ликвидации и дезактуализации психотравмирующих факторов и ситуаций.

Медикаментозная терапия проводилась по необходимости препаратами, которые снимают психоэмоциональное напряжение: антидепрессантами, седативными препаратами, анксиолитиками, атипичными антипсихотиками. Терапевтическая тактика при симптоматической компьютерной зависимости определялась доминирующим психопатологическим синдромом.

Как показали данные катamnестичного исследования, представленный выше поэтапный психообучающий и когнитивно-поведенческий подход, который учитывает стадии развития компьютерной зависимости, представляет собой эффективное методическое средство для коррекции компьютерозависимого поведения.

Оценка результатов проведенной поэтапной системы коррекции показала, что из 30 пациентов, на которых были получены катamnестические данные, у 22 больных (73%) отмечались стойкие изменения: увлечение перестало носить сверхценный характер, появилась производительность компьютерной деятельности, значительно уменьшилось время

проведения за ПК (до 4-6 часов в неделю), исчезли навязчивые мысли о компьютерах, склонность к фантазированию, улучшились социальная и семейная адаптация, вернулись к школе, к обучению, отмечалась тенденция к коммуникации, начали общаться со сверстниками, улучшился сон, нормализовались режимы сон-бодрствование и отдых-нагрузка. В 16% (5 пациентов) случаев сохранялось стремление к работе на ПК, в связи с чем пациенты периодически продолжали обращаться за психотерапевтической помощью. У 3 пациентов с компьютерной зависимостью коморбидной с употреблением амфетаминов, с острым полиморфным психотическим расстройством, с тяжелым депрессивным эпизодом с психотическими симптомами, терапия была неэффективной.

Таким образом, компьютерная зависимость представляет собой новую проблему для человечества. Это расстройство нуждается в эффективных способах профилактики и коррекции не только силами родственников, психологов, психиатров и других специалистов. Весьма перспективным является создание организации взаимопомощи пациентов «Анонимные компьютерные аддикты» (по аналогии с организацией «Анонимные алкоголики»).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В XXI веке существенно возрастает роль информационной среды, а следовательно, и видов профессиональной и учебной деятельности, связанных с использованием больших объемов информации, которые уже сейчас растут экспоненциально. Такой вид деятельности невозможен без использования компьютерной техники. В настоящее время ее распространение столь масштабно, что уже сейчас правомерна постановка вопроса об индивидуально-психологических и социальных последствиях глобальной компьютеризации и информатизации.

Использование современных компьютерных технологий практически во всех сферах деятельности человека — уже свершившийся факт. Всего за несколько десятилетий сформировалась компьютерная субкультура, со своей виртуальной средой обитания, слэнгом и стилем жизни. Во многом она напоминает реальный социум. Здесь можно найти работу и, не отходя от компьютера, успешно продвигаться по службе, получать дистанционное образование, пользоваться услугами телемедицины, посещать лучшие библиотеки и музеи мира, публиковать свои произведения, вести дискуссии и переписку со всем миром, узнавать все новости on-line, совершать покупки в Интернет-магазинах и совершать банковские операции, пользоваться услугами брачных и туристических агентств, заниматься киберсексом, играть в игры и совершать преступления (хакеры), получать рекомендации по совершению суицидов, по изготовлению взрывных устройств и наркотиков и еще гигабайты другой информации.

Доказано, что от 5% до 14% пользователей Интернет страдают компьютерной зависимостью. Причем, количество зависимых растет прямо пропорционально увеличению доступа и скорости Интернета. Кроме того, у специалистов в области компьютерных технологий этот вид зависимости развивается чаще, чем у лиц гуманитарных профессий или без высшего образования.

В результате проведенных нами исследований выявлено, что компьютерная зависимость, подобно другим видам

Заключение

аддикций, бывает первичной и симптоматической. Причем симптоматическая компьютерная аддикция встречается значительно чаще, чем первичная. В 55% случаев симптоматическая компьютерная зависимость коморбидна с социализированными и несоциализированными расстройствами поведения, истоки формирования которых закладываются в родительской семье.

Нами описана динамика формирования компьютерной зависимости и специфические для каждого этапа ее развития психологические и клинические особенности. Данные литературы и наш опыт лечения пациентов с компьютерной зависимостью позволяют утверждать, что залог успеха — это выявление среди пользователей ПК лиц, составляющих группу риска, и квалифицированная профилактическая и коррекционная работа с ними на начальном (доклиническом) этапе формирования аддикций.

Знания о компьютерной зависимости необходимы всем пользователям компьютерами, особенно тем, кто переживает стадию увлечения ими. Поэтому в предложенных нами технологиях первичной профилактики компьютерной зависимости акцент сделан прежде всего на образовательных и информационных программах. Люди должны знать о психолого-психиатрических последствиях общения с компьютерами и о возможностях их минимизации.

Правило ВОЗ гласит: «Если мы вас лечим, мы помогаем вам сейчас. Если мы вас учим — мы помогаем вам всю жизнь».

Надеемся, что прочтение этой книги поможет нашим читателям и их детям безболезненно адаптироваться к жизни в современном обществе, основанном на знаниях.

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

*Абстинентный синдром (withdrawal syndrome) **** — группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, встречающихся при прекращении или уменьшении потребления психоактивного вещества, которое принималось неоднократно, обычно в течение длительного времени и/или в больших дозах. Синдром может сопровождаться признаками физиологических расстройств.

Начало и ход абстинентного синдрома ограничено во времени и связано с типом вещества и дозой, принятой непосредственно перед прекращением или уменьшением потребления.

Аддиктивное поведение (от англ. addiction — склонность, пагубная привычка) характеризуется стремлением ухода от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния химическим или нехимическим путем. Это стремление становится доминирующим в сознании человека, его поведение подчинено поиску средств, позволяющих уйти от реальности. В результате человек существует в виртуальном, сюрреалистичном мире.

*Аддикция (addiction) **** — повторяющееся потребление психоактивного вещества или веществ до такой степени, что потребитель периодически или хронически испытывает состояние интоксикации, непреодолимое влечение принимать избранное вещество и значительные трудности в добровольном прекращении или изменении потребления и проявляет намерение получать психоактивные вещества почти любыми путями. Как правило, толерантность довольно высока и при прекращении потребления наблюдается абстинентный синдром. Термин аддикция также используется в смысле того, что такое вещество оказывает определенный эффект как на общество, так и на личность.

*Виртуал*** — 1) обобщенное название для виртуальных событий, виртуальной реальности, совокупности виртуальных реальностей, фрагмента виртуальной реальности в противопоставлении себе; 2) видовое название для гратуала и ингратуала в противопоставлении консуеталу. Виртуал, в отличие от других психических производных, типа воображения, характеризуется тем, что человек воспринимает и переживает его не как порождение своего собственного ума, а как реальность.

*Виртуальный образ*** — психический образ, отражающий процессы, происходящие внутри психики, и управляющий ими; человек, имеющий виртуальный образ, считает, что репрезентант этого образа объективно существует.

*Виртуальная реальность (ВР)*** — реальность, независимо от ее природы (физическая, геологическая, психологическая, социальная, техническая и проч.) обладающая следующим рядом свойств: порожденность (ВР продуцируется активностью какой-либо другой реальности, внешней по отношению к ней; психологические ВР порождаются психикой человека), актуальность (ВР существует актуально, только «здесь и теперь», только пока активна порождающая реальность), автономность (в ВР свое время, свое пространство и свои законы существования), интерактивность (ВР может взаимодействовать со всеми другими реальностями, в том числе и с порождающей, как онтологически независимая от них).

Генерализованное патологическое использование Интернета (ГПИИ) — активация всех типов компьютерных аддикций (чаты, поиск информации и другое).

*Гратуал*** — ощущение пребывания в виртуальной реальности более высокого уровня, чем константная реальность.

Девантное поведение — поведение, противоречащее культуральным, религиозным, правовым нравственным и этическим нормам общества и проявляющееся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности и нарушения процессов самоактуализации.

*Зависимость**** — необходимость в повторяющихся дозах наркотика, для того, чтобы чувствовать себя лучше или не чувствовать хуже.

*Злоупотребление**** — «неадекватное потребление, характеризующееся ... продолжением потребления, несмотря на осознание того, что это потребление обуславливает или обостряет постоянные или временные социальные, про-

изводственные, психологические или физические проблемы или же периодическим потреблением в ситуациях, когда это физически опасно».

*Измененность статуса воли*** — измененность в виртуале роли воли в деятельности человека. В гратуале деятельность совершается без волевых усилий со стороны человека, как бы самопроизвольно, кажется текущей сама собой, деятельность становится самодействующей силой. В ингратуале, напротив, осуществление деятельности возможно только с помощью напряжения волевых усилий, деятельность «не идет», тело человека «не слушается» его и т. п.

*Измененность статуса личности*** — измененность в виртуале самооценки. В гратуале при сверхэффективной и чрезвычайно легко текущей деятельности у человека появляется чувство своего могущества: возможность преодолеть все препятствия, свернуть горы, ощущение окрыленности. В ингратуале же при очень трудно текущей деятельности у человека появляется чувство своего бессилия, ощущение подавленности.

*Измененность статуса сознания*** — измененность в виртуале характера функционирования сознания. В гратуале сфера деятельности человека расширяется — человек легко схватывает и перерабатывает весь необходимый объем информации. В ингратуале сфера деятельности уменьшается — информация схватывается и перерабатывается с трудом. Находясь в гратуале, говорят о сознании сузившемся; мышление становится при этом вязким, внимание — рассеянным.

*Измененность статуса телесности*** — измененность в виртуале статуса телесности: меняется ощущение собственного тела и ощущение внешнего пространства. В гратуале тело человека становится легким и приятным, а пространство, в котором человек действует, расширяется и переживается как привлекательное, аттрактивное. В ингратуале тело становится чужим, неподвластным, человек замыкается на каком-то отдельном фрагменте собственного тела, а пространство, в котором он действует, становится вязким, тяжелым и переживается как непривлекательное.

*Ингратуал*** — ощущение пребывания в виртуальной реальности более низкого уровня, чем константная реальность.

Интернет-зависимость — это навязчивое или компульсивное желание войти в Интернет, находясь off-line, и невозмож-

ность выйти из Интернета, находясь on-line. Синонимы — «интернет-аддикция», «виртуальная аддикция», «нетаголизм», «кибераддикция».

*Ковиртуальность*** — пребывание в единой виртуальной реальности при взаимодействии людей друг с другом.

*Константная реальность (КР)** — понятие, вводимое в сопоставлении с виртуальной реальностью. КР — привычная реальность, в которой происходит обычный, привычный ряд событий, переживаемый человеком привычным образом.

*Объективированность виртуала*** — способ выражения своих виртуальных переживаний. О чем бы человек ни говорил — об изменениях в протекании деятельности, о наплыве чувств, о затемнении сознания и т.п. — он говорит о себе не как об активном начале, от которого исходят эти события, эти мысли, эти действия, а как об объекте, которого охватывают мысли, переживания, действия. Рассказ идет о том, что происходит с человеком, о том, чему он оказывается подвластным.

*Принцип матрешки*** — возможность свертывания и развертывания виртуальных и константных реальностей друг в друга.

*Принцип меланжевой нити*** — постепенность замены одной соби другой собью в генезисе виртуального человека.

*Психическое расстройство** — болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья.

*Синдром *отаку** — описан в Японии. Синдром, при котором подростки и юноши проводят свою жизнь, погрузившись в виртуальную реальность, видеоигры и музыку стереофонических наушников, игнорируя при этом социальные взаимоотношения, необходимость ухода за собой, образование и достижение полного развития личности.

Специфическое патологическое использование Интернета (СПИН) — это активация псевдосуществующих аддикций — гэмблинг или порнографические сайты. (Davis (1999).

*Собь*** — виртуальная реальность, посредством которой человек на разных этапах онтогенеза самоидентифицируется.

*Субкультура** — субгруппа в пределах культуры, которая обладает отличающимися поведенческими, материальными

и/или идеологическими атрибутами, но не может существовать независимо от всего общества (например, этнические меньшинства, или кланы, профессиональные гильдии, религиозные секты).

*Толерантность**** — снижение реакции на дозу «наркотика» (другого химического или нехимического вещества), встречающееся при длительном употреблении.

*Феномен выполненности*** — явление уверенности в выполненности на самом деле не совершенной процедуры.

*Феномен невыполненности*** — явление уверенности в невыполненности на самом деле совершенной процедуры.

*Феномен неразличения*** — явление уверенности в выполнении одной процедуры при совершении другой процедуры.

*Эффект бинокля*** — эффект восприятия фрагмента реальности как полноценной реальности.

*Эффект гравитации*** — ощущение тяжести и неприятности нахождения в константной реальности после нахождения в гратуале.

* — термины взяты из: Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения: Лексикон психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов (2-е изд.). Лексикон терминов, относящихся к алкоголю и другим психоактивным средствам. Лексикон кросс-культуральных терминов, относящихся к психическому здоровью/Пер. с англ.; Под общ. ред. В. Б. Позняка. - К.: Сфера, 2001. - 398 с.

** — Носов Н. А. Виртуальная психология. - М.: Аграф, 2000. - 432 с.

*** — Психология зависимости: Хрестоматия / Сост. К.В.Сельченко. - Мн.: Харвест, 2004. — 592 с.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Сучасні підходи до застосування психофармакотерапії у психіатричній практиці / Табачников С. І., Літвінов В. Б., Влох І. Й. та ін. // Арх. психіатрії. - 2001. - № 3. — С. 5-8.
2. Михайлов Б. В. Сучасний стан і перспективи розвитку соціальної психіатрії, психотерапії і медичної психології в Україні // Укр. вісн. психоневрології. - 2004. - Т. 12, вип. 1. - С. 12-15.
3. Напреенко А. К., Марчук Т. Е. Посттравматическое стрессовое расстройство (обзор литературы) // Арх. психіатрії. - 2001. - Т. 9, вип. 3. - С. 33-42.
4. Абрамов В. А., Васильева А. Ю. Соматоспецифические особенности депрессивных расстройств в сети первичной медицинской помощи // Арх. психіатрії. - 2003. - № 1. — С. 71-73.
5. Детская психоневрология / Под редакцией профессора Л. А. Булаховой. - К.: Здоров'я, 2001. - 494 с.
6. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків: Клінічний посібник / Підкоритов В. С, Букреев В. І., Кузьмінов В. Н. та ін. - Х.: Фоліо, 2001.-271 с
7. Марута Н. О., Гавенко Н. В. Діагностика, первинна профілактика та корекція дезадаптивних психічних реакцій та станів у студентів-медиків молодших (І -3-х) курсів вузу // Арх. психіатрії. - 2004. - № 3. - С. 76-79.
8. Шмелев А. Г. Мир поправимых ошибок // Вычислительная техника и ее применение. Компьютерные игры. - 1988. — № 3. - С. 16-84.
9. Kandell J. J. Internet addiction on a college campus: The vulnerability of college students // CyberPsychol. Behavior.- 1998.- Vol.3, N 2. - P. 1:11-17.
10. Шапкин С. А. Компьютерная игра: новая область психологических исследований // Психол. журн. — 1999. — Т. 20.— № 1. - С. 86-102.
11. Мулик Е. О., Коломиец А. А., Мулик Ю. В. Пограничные психические расстройства у подростков, возникшие в результа-

те компьютерной зависимости // Материалы научного симпозиума. - Л., 2003, С. 73-74.

12. Мельник Э. В. О природе болезней зависимости: (алкоголизм, наркомания, «компьютеромания» и др.). — О., 1998., С. 134-159.

13. Greenfield D. Psychological characteristics of compulsive Internet use: a preliminary analysis // CyberPsychol. Behavior. - 1999. - Vol.2, N 1. - P. 403-412.

14. Жичкина А.Е., Белинская Е.П. Самопрезентация в виртуальной коммуникации и особенности идентичности подростков-пользователей Интернета // Труды по социологии образования. — 2000. — Т. 5, вып. 7. — С. 34-40.

15. Pratarelli M., Browne V. Confirmatory factor analysis of Internet use and addiction // CyberPsychol. Behavior. - 2002. - Vol. 5, N 1. - P.53-64.

16. Иванов М. Влияние ролевых компьютерных игр на формирование психологической зависимости человека от компьютера // Психол. журн. - 2003. — Т. 24, № 2. — С. 10-14.

17. Лоскутова В. А. Интернет-зависимость - патология XXI века?// Вопр. ментальной медицины и экологии. - 2000. — Т. VI, № 1. - С. 11-13.

18. Юрьева Л. Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства.—К.: Сфера, 2002. - 314 с.

19. Goldberg I. Internet addiction disorder // CyberPsychol. Behavior. - 1996. - Vol.3, N 4. - P. 403-412.

20. Young K. S. Caught in the Net. How to Recognize the signs of Internet Addiction — And a Winning strategy for Recovery. - New York: John Wiley and Sons, Inc., 1998. - 55 p.

21. Shapira N. A. Problematic internet use // Am. Psychiatric Association. - 1998. - N 4. - P. 45-49.

22. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение, общая характеристика и закономерности развития // Обзор психиатрии и мед. психологии. -1991. -№ 3. — С. 8-15.

23. Orzack M. H. Computer Addiction: What is it? // Psychiatric Times. -1999. -P. 34-38.

24. Бурова В. А., Есаулов В. И. Механизмы формирования Интернет-аддикции // Материалы XIII съезда психиатров России. - М., 2000.- С. 290-291.

25. Войскунский А. Е. Зависимость от Интернета: актуальная проблема // Журн. неврологии и психиатрии. - 2002. - № 3. - С. 79.

26. МКБ -10 / ICD 10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания

Библиография

по диагностике / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. - СПб: Оверлайд, 1994. - 297 с.

27. Общая психодиагностика / Под ред. А.А. Бодалёва. - СПб., 2000.-234 с.

28. Лучшие психологические тесты / Отв. ред. А.Ф. Кудряшов. — Петрозаводск: Петроком, 1992. - 318 с.

29. Практикум по основам психологии / Сост. В. А. Мельников. - Симферополь: Сонат, 1997. -254 с.

30. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. - Самара: ИД «БАХРАХ», 1998. - 672 с.

31. Юр'еваЛ. М., БольшотТ. Ю. Спосіб скришнгової фліаностики комп'ютерно! залежност!: Декларацийний патент на винахш (11) 72366 А (51) 7 G09В3/00, G09В3/08, G09В3/00, А61В10/00, 15.02.2005. Бюл. № 2.

32. Чуприков А. П., Линев А. Н., Марценковский И. А. Латеральная терапия. - К.: Здоров'я, 1994. - 176 с.

33. Златев С. П., Димитров И. Д. Анализ и оценка иммунного статуса при помощи матричного статистического метода // Иммунология. - 1991. - №2. - С. 46-49.

34. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. - К.: МОРИОН, 2000. - 320 с.

35. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. - М.: Медицина, 1993. - 399 с.

36. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука, 1988. - 270 с.

37. Сердюковская Г. Н., Гельница Г. Психогигиена детей и подростков. - М.: Медицина, 1985. - 224 с.

38. Асмолов А. Г. Психология личности. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990.-272 с.

39. Загальна та медична психологія: (практикум) / Пш ред. І. Д. СпіріНоТ, І. С. Вггенко. - Д.: АРТ-ПРЕС, 2002. - 176 с.

40. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. - СПб.: Питер, 1999.-720 с.

41. Чапа М. Л., Пунцева Т. В. Діалогкомп'ютеразлюдиною: НОВ можливост тренування та д(агностики психічних функцій // Актуальные проблемы современной психологии.— Харьков, 1993.-С. 455-456.

42. Ясперс К. Общая психопатология. - М.: Практика, 1997.-1056 с.

43. Biederman J., Munir K., Knee D. Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: A controled family study//J.Amer. Acad. Child. Psychiatr. — 1987. — Vol.26, N 5. - P. 724 - 727.

44. Brauner C, Giroux J. Arcade video games: proxemic, cognitive and content analyses // *J. Leisure Res.* — 1989. - Vol.21. - P. 92-105.

45. Davidson R., Walley P. Computer fear and addiction: Analysis, prevention and possible modification // *J. Organizational Behavior.* - 1984. - N 3. - P. 37-51.

46. Kiesler S., Siegel J., McGuire T. Social psychological aspects of computer-mediated communication // *Am. Psychologist.* - 1984. Vol. 39, N 7. - P. 1123-1134.

47. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. - М.: Медицина, 1986. - 272 с.

48. Братусь Б. С, Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.-144 с.

49. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). - Washington: DC. Author, 1994.-331 p.

50. Beard K. Internet addiction: Current status and implications for employees//*J. Employment Counseling.* -2002. — Vol. 39, N 1. — P. 2-11.

51. Charlton J. A factor-analytic investigation of computer addiction and engagement // *Brit. J. Psychology.* - 2002. - N 93. - P. 329-344.

52. Griffiths, M.D. Internet «addiction»: an issue for clinical psychology? // *Clin. Psychology Forum.* - 1996. — N 5. — P. 97:32-3.

53. Schewebel A., Fine M. Understanding and helping families: A cognitive-behavioral approach. - Hillsdale: N.J. Erlbaum, 1994. - 145 p.

54. Turkle Sh. Constructions and reconstructions of the Self in Virtual Reality: Playing in the MUDs : Mind., Culture, and Activity // *An Int. J.* -1997. -Vol. I. N 3. - P. 158-167.

55. Белавина И.Г. Восприятие ребёнком компьютера и компьютерных игр // *Вопр. психологии.* - 1993. - №3. - С. 62-69.

56. Brenner V. Psychology of computer use: XLVII. Parameters of Internet use, abuse, and addiction: The first 90 days of the Internet Usage Survey // *Psychol. Reports.* - 1997. - N 8 . - P. 879-882.

57. An examination of Internet usage in two colleges / Davis S.F., Smith B., Rodrigue K., Pulvers K. // *College Student J.* - 1999. - Vol. 33 , N 2 - P. 257-260.

58. Kelly P. Human Identity Part 1: Who are you? / *Netropolitan life.* E- lecture from the University course about the net. - 1997. — 78 p.

59. Гурьева Л. П. Психологические последствия компьютеризации: функциональный, онтогенетический и исторический аспекты // *Вопр. психологии.* - 1993. - № 3. — С. 5-16.

60. Влияние компьютерных игр разной направленности на адаптационный статус школьников / Л.В.Подригало, И.Н.Чеховская, Т.Ю.Мителева, И.В.Гютюнник // *Невротичш розлади удгейтапшлгпав: патогенез, кшшнка, реабииаця: Матерлали наук. симпозиуму.* — X., 2003. — С. 81-82.

61. Reid E. Cultural Formations in Text-Based Virtual Realities // A thesis submitted in fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts. Cultural Studies Program. Department of English. University of Melbourne. - Melbourne, 1994. - P. 1134-1141.

62. Войскунский А.Е. Общение, опосредованное компьютером: Автореф. дис... канд. психол. наук. - М., 1990. - 25 с.

63. Немов Р. С. Психология. Т. 3. — М.: Просвещение, 1995.-508 с.

64. Носов Н. А. Виртуальная психология. — М: Аграф, 2000.- 430 с.

65. Подкорытов В.С. Состояния и перспективные направления научных исследований по психиатрии в Украине 1995-2005гг. // *Актуальны питання психіатрії в Україні.* — 1999. — №2. - С.7-12.

66. Cyber disorders: the mental health concern for the new millennium / Young K. S., Pistner M., O'Mara J. et al. // *Cyber-Psychol. Behavior.* - 1999. - Vol. 3, N 4. - P. 475-479.

67. Griffiths, M.D. Internet addiction: Does it really exist? // *Psychol. Inter, intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications.* - 1998. -N 4. - P. 61-75.

68. Kiernan V. Some scholars question research methods of expert on Internet addiction // *Chronic. Higher Education.* - 1998. - N 5. - P. 44-49.

69. Mitchell P. Internet Addiction: Genuine diagnosis or not? // *Lancet.* - 2001. - Vol, 357. - P.355-358.

70. Gillin J., Byerley W. The diagnosis and management of insomnia // *New Engl. J. Med.* - 1999. - N 32. - P. 239-248.

71. Davis R., Flett G., Bessre A. Validation of a new scale for measuring problematic Internet use: Implications for pre-employment screening // *CyberPsychol. Behavior.* - 2002. - Vol. 5, N 4. - P. 331-345.

72. Hall A., Parsons J. Internet Addiction: Student case study using best practices in cognitive behavior therapy // *Journal of Mental Health Counseling.* - 2001. - Vol 23, N 4. - P. 312-327.

73. Ching-Chung T., Sunny L. Analysis of attitudes toward computer networks and Internet addiction of Taiwanese adolescents // *CyberPsychol. Behavior.* - 2001. - Vol. 4, N 3. — P. 373-376.

74. Greenfield D.N. Nature of Internet addiction: Psychological factors in compulsive Internet use // Presented at 107th Meeting of American Psychological Association. — Boston: MA, 1999. — P. 54-56.

75. Young K. S. What makes the Internet Addictive: potential explanations for pathological Internet use // *CyberPsychology and Behavior.* - 1999. - №1. - P. 56-60.

76. Ross C. A qualitative study of sexually addicted women // *Sexual Addiction Compulsivity.* — 1996. - N 3. — P. 43-53.

77. Psychiatric features of individuals with problematic internet use / Shapira N.A., Goldsmith T.D., Keck P.E. et al. // *J. Affective disorders.* - 2000. - N 57. - P. 267-272.

78. Young K.S. Psychology of computer use: XL. Addictive use of the internet: a case that breaks the stereotype // *Psychological reports.* - 1996. - N 79. - P. 899-902.

79. Young K., Rodgers R.C. The relationship between depression and Internet addiction // *CyberPsychol. Behavior.* - 1998. - Vol.1, N 1.-P. 56-60.

80. Актуальные проблемы социальной психиатрии и медицинской психологии в Украине / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, С. И. Табачников и др. // Платоновська читання. Проблеми екстремальної психіатрії: Матеріали наук.-практ. конф. - Харків, 2000. - С. 66-73.

81. Асанова Л. М. Нарушения поведения у детей и подростков.— М.: Медицина, 1981.— 201 с.

82. Волошин П. В., Подкорытов В. С. Современное состояние и перспективные направления научных исследований по детской психоневрологии в Украине // *Журн. психиатрии и мед. психологии.* — 1998. — № 1. - С. 11-14.

83. Вроно М. Ш. О различных подходах к изучению нарушений поведения у детей и подростков // *Педиатрия.* - 1989. - № 3. - С. 77-80.

84. Гавенко В. Л. Предболезненные психические изменения и расстройства у молодых лиц // *Соц. и клинич. психиатрия.* — 1995. - Т. 2., - N 1.-С. 70-75.

85. Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я. Психопатология подросткового возраста. - Томск, 1994. — 310 с.

86. Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф. Психогигиена детей и подростков. - М.: Медицина, 1985. - 117 с.

Бібліографія

87. Критерії діагностики і лікування психічних розладів у дітей та підлітків / Заред. П. В. Волошина, В. М. Пономаренка, В. С. Пшкоритова та ін. - Харків: Фолю, 2001. - 271 с.

88. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. - Изд. 2-е, доп. и перераб. - Л.: Медицина, 1985. - 416 с.

89. Буторина И. Е. Патологический пубертатный криз и особенности школьной дезадаптации // Актуальные вопросы невропатологии и психиатрии детского возраста. - Ташкент, 1984. - С. 156-157.

90. Буянов М. И. Беседы одетской психиатрии. - М.: Медицина, 1992. - 213 с.

91. Гройсман А. Л. Акцентуация характера и неврозы у школьников // Психол. журн. - 1984. - №5. - С. 127-136.

92. Дяткин Л., Фрежавиль А. Психопатия и пубертатный криз // Соц. и клинич. психиатрия. - 1994. - Т.4. - С. 106-111.

93. Кузнецов В. М., Чернявський В. М. Психіатрія: (Наочн. посіб. для лікарів-штершів і курсантів ін-тів удосконалення лікарів). - К.: Здоров'я, 1993. - 342 с.

94. Максимова Н. Ю., МіМОТІНа Н. Л., Шскун В. М. Основи дитячої патопсихології. - К., 1996. - 464 с.

95. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М.: Медицина, 1987. - 304 с.

96. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. - М.: Медицина, 1965. - Т. 3. - С. 34-67.

97. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. - М.: Медицина, 1974. - 319 с.

98. Справочник детского психиатра и невропатолога / Под ред. Л. А. Булаховой. - К.: Здоров'я, 1985. - 288 с.

99. Babington L. M., Christensen M. H., Patsdaughter C. A. Caught in the web of Internet addiction // Nursing spectrum. - 2000. Vol.4, N 3. - P. 10-12.

100. LaRose R., Mastro D., Eastin M. Understanding Internet usage: a social-cognitive approach to uses and gratifications // Social Computer Rev. - 2001. - Vol. 19, N 4. - P. 395-413.

101. Mitchell P. Internet Addiction: Genuine diagnosis or not? // Lancet. - 2001. - Vol, 357. - P. 355-358.

102. Buzzell K.A. The Human Brain and The Influences of Television Viewing. An Inquiry Into Meaning in the Post-Quantum World. - Denmark; Maine: Cardinal Printing Company, 1997. - 340 p.

103. Chantal Y., Vallerand R., Vallieres E. Motivation and gambling involvement // J. Soc. Psychol. - 1995. - Vol. 135, N 6. - P. 755-763.

104. Online sexual compulsivity / Cooper A., Putnam D., Planchon L., Boies S. // Getting tangled Sexual Addiction Compulsivity. - 1999. - Vol, 6, N 2. - P. 79-104.

105. Erias M. Net overuse called «true addiction»// USA Today.-1997. - N 2. - P. 345-350.

106. Young K. Internet addiction:symptoms, evaluation and treatment. - Innovations in clinical practice: a source book, 1998. - Vol. 3. - P. 19-31.

107. Young K. Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder// CyberPsychol. Behavior. - 1996. - Vol. 1, N 3. - P. 237-244.

108. Zyss T. The use of virtual reality techniques in neuroscience and psychiatry// Eur. Psychiatry.—1997.—Vol. 12, Suppl. 2.—P. 219.

109. Weitzman G. Family and individual functioning and computer/ internet addiction. Dissertation abstracts international: Section B // Sciences Engineering. - 2001. - Vol. 61, N 9-B. - P. 50112.

110. Stern S.E. Addiction to technologies: A social psychological perspective of Internet addiction // CyberPsychol. Behavior. - 1999.-N 8. - P. 419-424.

111. Browne B. Confirmatory Factor Analysis of internet use and addiction // CyberPsychol. Behavior. - 2002. - Vol. 5, N 1. - P. 53-58.

112. Eppright T., Allwood M., Stern B., Theiss T. Internet addiction: a new type of addiction? // Missouri Med. — 1999. - Vol. 96, N 4. - P. 133-136.

113. Cooper A., Delmonico D., Burg R. Cybersex users, abuses, and new compulsives: new findings & treatment strategies // Sexual Addiction Compulsivity. - 2000. - N 7. - P. 5-29.

114. Chou C., Hsiao M. Internet addiction, usage, gratification and pleasure experience: The Taiwan college student's case // Computers education. - 2000.- Vol. 35, N 1. - P. 257-260

115. Fisher S. Identifying video game addiction in children and adolescents // Addictive Behaviors.— 1994.— Vol. 19, N 5.— P. 545-553.

116. Videogames, aggression, and self-esteem: A survey / Fling S., Smith L, Rodriguez T, Thornton D et al. // Soc. Behavior Personality. - 1992. - Vol. 20, N 4. - P. 39-45.

117. Greenfield D.N. Nature of Internet addiction: Psychological factors in compulsive Internet use // Presented at 107th Meeting of American Psychological Association. — Boston: MA, - 1999. - P. 54-56.

118. Grohol J. Too much time online: Internet addiction or healthy social interactions? // CyberPsychol. Behavior. - 1999. - Vol.2, N 5. - P. 395-401.

Библиография

119. Morahan-Martin J. Gender and the Internet // *Psychol Inter.* - 1998. - N 5. - P. 169-197.

120. Минко А. И., Линский И. В. Наркология в вопросах и ответах / Серия «Медицина для всех». - Ростов н/Д: Феникс; Харьков: Торсинг, 2003. - 480 с.

121. Алтухов Н. И., Галкин К. Ю. Зависимость от компьютерной виртуальной реальности // XIII съезд психиатров России: (материалы съезда). - М., 2000. - С. 285-286.

122. Бодкер С. Взаимодействие человека с компьютером с позиции теории деятельности // *Психол. журнал.* - 1993. - Т. 14, № 4. - С. 71-81.

123. Кривневич В. В. Социальные последствия компьютеризации. — М.: 1985. - 254 с.

124. Лоскутова В. А. Феномен Интернет-зависимости и психотерапевтические ресурсы // Тез. докл. Весенней науч.-практ. конф. ОППЛ. - М., 2000. - С. 20-21.

125. Минаков А. В. Социально-психологические аспекты взаимодействия человека с глобальными компьютерными сетями (Интернет) // *Международ. конф.: Сб. тез.* - СПб., 1999. - С. 333.

126. Griffiths, M. D. Internet «addiction»: an issue for clinical psychology? // *Clin. Psychol. Forum.* - 1996. - N 5. - P. 97:32-3.

127. Hansen Susan. Excessive Internet usage of Internet Addiction? The implications of diagnostic categories for student users // *J. Computer Assisted Learning.* - 2002. - Vol. 18, N 2. - P. 232-236.

128. Orzack M.H., Ross C.J. Should Virtual Sex Be Treated Like Other Sex Addictions? // *Sexual Addiction Compulsivity.* - 2000. - N 4. - P. 113-125.

129. Parks M., Floyd K. Making friends in cyberspace // *J. Communication.* - 1996. - N 7. - P. 80-97.

130. Shaffer H.J. Understanding the means and objects of addiction, technology, the Internet and gambling // *J. Gambling Studies.* - 1996. - N 12. - P. 461-469.

131. Tamas T., Zsolt F., Janos F. Internet addiction associated with features of impulse control disorder: Is it a real psychiatric disorder? // *J. Affective Disorders.* - 2001. - Vol. 66, N 2-3. - P. 283.

132. Young K.S. The center for on-line addiction - frequently asked questions // *Psychol. Reports.* - 1999. - N 93. - P. 356-360.

133. Психология зависимости: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко. - Мн.: Харвест, 2004. - 592 с.

134. Young K., Rodgers R.C. Internet addiction: personality traits associated with its development // *CyberPsychol. Behavior.* — 1998.-Vol.2, N 1. - P. 46-51.

135. Young K., VandeCreek L., Jackson T. Evaluation and treatment of Internet addiction // Innovations in clinical practice: A source book. - 1999. - P. 19-31.

136. Anderson K. Internet dependency among college students: should we be concerned? // Presented at Amer. College Personnel Association. - 1998. - P. 23-28.

137. Belsare T.J., Gaffney G.R., Black D.W. Compulsive computer use // Amer. J. Psychiatry. - 1997. - N 4 - P. 154-289.

138. Caplan S. Problematic Internet use and psychological well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument // Computers Human Behavior. - 2001. — Vol. 18, N 5. - P. 553-575.

139. Davis R. A. A Cognitive-Behavioral Model of Pathological Internet Use (PIU). - M.A. York University, 1999. - P. 231-245.

140. Лоскутова В. А. Результаты исследования Интернет-зависимости среди пользователей Рунета // Тез. докл. 60-Й-61-Й итог. науч. конф. студентов и молодых ученых. — Новосибирск, 2000. - С. 253.

141. Психология: Словарь/ Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. - М., 1990. - 475 с.

142. Садовская Н. А., Горский В. Д. Компьютеры и одаренные дети // Вопр. психологии. - 1991. - № 2. - С. 183-186.

143. Orzack M. H. How to recognize and treat computer.com addiction // Clin. Counseling Psychol. - 1999. - Vol. 9, № 2. - P. 124-130.

144. Orzack M. H., Orzack D. S. Treatment of Computer Addicts with Complex Co-Morbid Psychiatric Disorders // CyberPsychol. Behavior. - 1999. - Vol. 2, N 5. - P. 53-57.

145. Scherer K. College life online: Healthy and Unhealthy internet use // J. College Student Development. - 1997. - N 8. - Vol. 38, N 8. - P. 655-664.

146. Доронина О. В. Страх перед компьютером: природа, профилактика, преодоление // Вопр. психологии. - 1993. - № 1. - С. 68-78.

147. Гурьева Л. П. Психологические последствия компьютеризации: функциональный, онтогенетический и исторический аспекты // Вопр. психологии. - 1993. - № 3.—С. 5-16.

148. Ross C. A qualitative study of sexually addicted women // Sexual Addiction Compulsivity. - 1996. - N 3. - P. 43-53.

149. Эпидемиологические, диагностические и терапевтические аспекты патологического пристрастия к азартным играм / В. Н. Казаков, С. И. Табачников, О. Е. Шульба и др. // Арх. психіатрії. - 2004. - Т. 39.; 4. - С. 6-9.

Библиография

150. Белавина И. Г. Психологические последствия компьютеризации детской игры // Информатика и образование. - 1993. - № 3. - С. 23-28; № 4. - С. 21-29.
151. Тихомиров О.К. Психология компьютеризации. - К.: 1998. - 123 с.
152. Shaffer H., Hall M., Bilt J. «Computer addiction: A Critical Consideration»//Amer. J. Orthopsychiatry. - 2000. - Vol. 70, N 2. - P. 162-168.
153. Keith W. Beard, Eve M. Wolf. Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction // CyberPsychol. Behavior. - 2001. - Vol 4, № 3. - P. 377-383.
154. Kelly P. Human Identity Part 1: Who are you? / Netropolitan life/ E- lecture from the University course about the net. - 1997. - 78 p.
155. Kiernan V. Some scholars question research methods of expert on Internet addiction // Chronicle Higher Education. - 1998. - N 5. - P. 44-49.
156. Лебединская К. С, Райская М. М., Грибанова Г. В. Подростки с нарушением в аффективной сфере. - М., 1998. — 178 с.
157. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Усовершенствованный метод патохарактерологического исследования подростков: Методич. рекомендации. - Л.: Изд-во МЗ РСФСР, 1983. - 40 с.
158. Сабуров А. С. Психология: Курс лекций. - К.: Леке, 1996. - 208 с.
159. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Преодоление эмоционального стресса подростками: (Модель исследования) // Обозр. психиатр. и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. - 1993. - С. 53-61.
160. Beard K., Wolf E. Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction // Cyberpsychol. Behavior. — 2001. — Vol. 4, N 3. - P. 377-383.
161. Glodauer W. Die neuen Medien veraendern die Kindheit. - Weinheim:1993. - 78 p.
162. Рыбальский М. И. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации. — 2-е изд. перераб. и доп. — М.: Медицина, 1989. - 368 с.
163. Hubbard B. G. Internet abuse: What is it doing to our families and what do professionals need to know? // Ohio Psychologist. - 1998. - N 6. - P. 25-28.
164. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний. - М., 1990. - 111 с.
165. Критерп діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведшки у дорослих / За ред. П. В. Волошина,

В. М. Пономаренка, О. К. Напреенка та іН. - Харив: РВФ «АРСІС, ЛТД», 2000. - 303 с.

166. Кузнецов В. М., Чернявський В. М. Психіатрія: [Навч. посіб для лжарів-штершів і курсантів в іН-Тіе удоскон. лікарів]. — К.:Здоров'я, 1993.-342 с.

167. Лысенко Е. Е. Игра с ЭВМ как вид творческой деятельности. Автореф. дисс.... канд. психол. наук. — М., 1988. — 19 с.

168. Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения: Лексикон психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов (2-е изд.). Лексикон терминов, относящихся к алкоголю и другим психоактивным средствам. Лексикон кросс-культуральных терминов, относящихся к психическому здоровью/ Пер. с англ.; Под общ. ред. В.Б. Позняка.- К.: Сфера, 2001. - 398 с.

169. Полякова Н. Е. Клиническая дифференциация патологии влечений у детей и подростков // Журн. невропатологии и психиатрии.- 1987. - № 10.- С. 1519-1522.

170. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия.—М.: Экспертное бюро, 1997.—496 с.

171. Попов Ю. В. Патохарактерологические реакции в юношеском возрасте // Журн. неврологии и психиатрии. - 1986. - № 11.-С.32-36.

172. Попов Ю. В. Этапы и систематика психопатий и психопатоподобных расстройств непсихотического характера у подростков (многолетние исследования) // Журн. невропатологии и психиатрии.- 1985. - № 10.— С. 1506-1511.

173. Прохоров А. О., Сержкина А. Е. Особенности психических состояний пользователей ЭВМ в процессе компьютеризированного обучения // Вопросы психологии. — 1995.-Т. 3.-С. 53-61.

174. Internet psycho-social technology that reduces social involvement and psychological well-being? / Kraut R., Patterson M., Lundmark V. et al. // Amer. Psychologist. - 1998. - N 7. — P. 1017-1031.

175. Pratarelli M. E., Browne B. I., Johnson K. I. The bits and bytes of computer / Internet addiction: a factor analytic approach // Behavior Res. Methods, Instruments Computers. - 1999. — N 6. — P. 31:305-314.

176. Pratarelli M. E., Browne B. I. Confirmatory factor analysis of internet use and addiction // CyberPsychol. Behavior. - 2002. - Vol. 5,N 1.-P. 53-64.

177. Абраменкова В. Игры и игрушки наших детей: забава или пагуба? // Современный ребенок в «игровой цивилизации». - М.: Даниловский благовестник, 1999. - С. 144.

178. Компьютерные игры и их возможное влияние на здоровье детей и подростков / М. Л. Кочина, Л. В. Подригало, В. М. Синайко, А. В. Яворский и др. // Укр. Вісн. психоневрологи. - 2001. - Т. 9, вип. 1. - С. 109-112.

179. Влияние компьютерных игр разной направленности на адаптационный статус школьников / Л. В. Подригало, И. Н. Чеховская, Т. Ю. Мителева, И. В. Тютюнник // Невротичні розлади у дітей та підлітків: патогенез, клініка, реабілітація: Матеріали наук. симпозіуму. - Х., 2003. — С. 81 -82.

180. Fisher S. Identifying video game addiction in children and adolescents // Addictive Behaviors.—1994.—Vol. 19, № 5.—P. 545-553.

181. Funk J.B. Reevaluating the impact of video games // Clin. Pediatrics. - 1993. - Vol.32, N 2. - P. 86-90.

182. Videogames, aggression, and self-esteem: A survey/ Fling S., Smith L, Rodriguez T, Thornton D et al. // Soc. Behavior Personality. - 1992. - Vol.20, P 4. - P. 39-45.

183. Ernes C. E. Is Mr. Pac Man eating our children? A review of the effect of video games on children // Can. J. Psychiatry. - 1997. - Vol.42, N4. - P. 409-414.

184. Deckel A. W., Hesselbrock V, Baner L. Antisocial personality disorder, childhood delinquency, and frontal brain functioning: EEG, and neuropsychological findings // J. Clin. Psychol.-1996.-Vol. 52, N 6.-P. 639-650.

185. Goodman A. Diagnosis and treatment of sexual addiction // J. Sex Marital Therapy. - 1993. - № 4. - P. 225-246.

186. Чудова Н. В. Особенности образа «Я» «жителя Интернета» // Психол. журн. - 2002. - Т. 23, № 1. - С. 113-117.

187. Войскунский А. Е. Групповая игровая деятельность в Интернете // Психол. журн. - 1999. - Т. 20, № 1. - С. 126-132.

188. Бабаева Ю. Д., Войскунский А. Е. Психологические последствия информатизации // Психол. журн. - 1998. - Т. 19, № 1.-С. 89-101.

189. Якушина Е. В. Подростки в Интернете: специфика информационного взаимодействия // Педагогика. — 2001. — №4.-С.55-61.

190. Leo Sang-Min W., Sujin L., Geunyoung C. Internet over-users' psychological profiles: a behavior sampling analysis on Internet addiction // CyberPsychol. Behavior. - 2003. - Vol. 6, № 2. - P. 143-150.

191. Критери діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків / Пшкоритов В. С, Букреев В. І., Кузьмшов В. Н. та *т.Д* Юпщчний поабник. - Х.: Фоліо, 2001.-271 с.

192. Полякова Н. Е. Психогенные варианты школьной дезадаптации у подростков // Всесоюз. конф.: Сб. тез. - М., 1986. - С. 148-149.

193. Реан А. А. Агрессия и агрессивность личности // Психол. журн. - 1996. - № 5. - С. 3-16.

194. Пшкоритов В. С, Рогожин Б. А., Мшанова М. К. Стан нервово-психічного здоров'я школярів в молодших класах Міста Харкова // Укр. вісн. психоневрологи. - № 4. - Вип.3. - 1996. - С. 57-59.

195. Фельдштейн Д. И. Психология личностного развития подростка // Сов. педагогика. - 1991. - № 4. - С. 31-38.

196. Александров А. А. Диагностика делинквентного поведения в подростковом возрасте // Вопросы ранней диагностики психических заболеваний. - М., 1982. - С. 5-9.

197. Александров А. А. Типология делинквентного поведения при психопатиях и акцентуациях характера // Нарушение поведения у детей и подростков. — М., 1981. — С. 51-59.

198. Динамика расстройств у детей и подростков / Л. Н. Юрьева, Л. Б. Чудакова, О. Е. Ефимов, Г. И. Цилюрик // Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні. - Х., 1999. - Вип. 2. - С. 228-231.

199. Дмитриева Т.Н. Клинико-патологические закономерности становления синдрома ухода и бродяжничества у детей и подростков (поданным клинико-эпидемиологического исследования) // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 1984. - № 10. - С. 1520-1523.

200. Равилов Р. С, Панина Е. Г., Склярова Г. А. Подростковые девиации поведения в массовой школе. // Деп. рук. во ВНИИМИ МЗ СССР, №15014. - М.: 1986. - 14 с.

201. Семке В. Я., Авдеенко А. А., Бабушкина Л. У. К проблеме клинико-патогенетического анализа и коррекции нарушений поведения подростков // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 1982. — № 10. — С. 77-83.

202. Сыропятов О. Г. О перспективах развития детской и подростковой психиатрии // Вісн. Асоціації психіатріє Укршні. - Кип», 1996. - № 2. - С. 39-46.

203. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. — Д: Арт-Пресс, 1998.-164 с.

204. Юрьева Л.Н., Чудакова Л.Б., Цилюрик Г.И. Патоморфоз клинических проявлений патологии поведения детей и подростков // Диагностика та лікування психічних захворювань в Україні: Тез. повід. міжнар. конф. - Л., 1995. - С. 114-115.

205. Юрьева Л. Н., Цилюрик Г. И., Шостакович В. Л. Медико-социальные методы коррекции при психическом

патологічному формуванні особистості дітей та підлітків // Профілактика неврологічних розладів у школярів та учасників підлітків. - Харків, 1990. - С. 71-73.

206. Юр'єва Л. М., Чудакова Л. Б. Юридичні та психологічні особливості дітей та підлітків з порушеною поведінкою // Укр. вісн. психоневрології. - 1996. - Т. №4. - С. 426-428.

207. Фомичева Ю. В., Шмелев А. Г., Бурмистров И. В. Психологічні кореляти увлеченості комп'ютерними іграми // Вестн. МГУ. - 1991. - Сер. 14. - С. 27-39.

208. Boron J., Zyss T. The world of computer games II: a demographic study on prevalence of computer players in secondary school students // Psychiatr. Pol. - 2000.- Vol. 33, N 2.— P. 267-279.

209. On going study of group treatment for men involved in problematic internet enabled sexual behavior/ Orzack M., Voluse A., Hennen Jet al. // CyberPsychol. Behavior. - 2004. - Vol.3, N 5. - P. 45-47.

210. McGerty Lisa-Jane. «Nobody lives only in cyberspace»: Gendered subjectivities and domestic use of the Internet // CyberPsychol. Behavior. - 2000. - Vol.3, N 5. - P. 36-38.

211. Walther J. B., Reid L. D. Understanding the allure of the Internet// Chronic. Higher Education. - 2000. - N 6. - P. 4: B4-B5.

212. Weiser Eric. Gender differences in Internet use patterns and Internet application preferences: a two-sample comparison // CyberPsychol. Behavior. - 2000. - Vol 3, N 2. - P. 78-80.

213. Weiser Eric. The functions of Internet use and their social and psychological consequences // CyberPsychol. Behavior. - 2001.-Vol 4, N6. - P. 32-35.

214. Welsh L. M. Internet use: An exploratory study of coping style, locus of control, and expectancies: Doctoral Dissertation / Northeastern University, 1999. - 315 p.

215. Armstrong L., Phillips J. G., Saling L. L. Potential determinants of heavier Internet usage // International Journal of Human-Computer Studies. - 2000. - Vol. 53. - P. 537-550.

216. Козидубова В. М. Депрессии у подростков (клиника, патопсихологические особенности, вопросы патогенеза): Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. - Харьков, 1992. - 36 с.

217. Лакосина Н. Д. Трунова М. М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии. — М.: Медицина, 1994. - 192 с.

218. Марута Н. А. Клинико-психопатологические особенности невротических расстройств у подростков // Актуальные питання дитячої психіатрії в Україні — Харків, 1999. - № 2. - С. 132-134.

219. Морозова Н. Б. Острые аффективные реакции у несовершеннолетних с психогенным развитием личности: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 1986. - 21 с.

220. Полякова Н. Е. Психогенные варианты школьной дезадаптации у подростков // Всесоюз. конф.: Сб. тез. - М., 1986. - С. 148-149.

221. Black D., Belsare G., Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior // Clin. Psychiatry. - 1999. - P. 839-844.

222. Huang M., Alessi N. «Internet addiction, Internet psychotherapy»// Amer. J. Psychiatry. — 1997. - Vol. 154, N 6. - P. 890.

223. King S. A., Morregi D. Internet therapy and self-help groups — The pros and cons // Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal implications. — 1998. - № 5. - P. 77-109.

224. Morahan-Martin J., Schumacher P. Incidence and correlates of pathological Internet use // Paper presented at the 106 annual convention of the American Psychological Association. - Chicago, 1997. - P. 145-147.

225. Murray JB. Computer addictions entangle students // APA Monitor. - 1996. - N 27. - P. 38-39.

226. Internet use among female and male college students / Odell P, Korgen K., Schumacher Ph., Delucchi M.// CyberPsychology & Behavior. - 2000. - Vol. 3, N 5. - P. 145-150.

227. Orzack M.H. Cyberkids: overdosing on computers? // FCD Update. - 1999. - N 4. - P. 1-7.

228. Parks M., Floyd K. Making friends in cyberspace // J. Communication. - 1996. - N 7. - P. 80-97.

229. Mitchell P. Internet addiction: genuine diagnosis or not? // Lancet. - 2000. - Vol. 35, N 5. - P. 632.

230. Black D., Belsare G., Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior // J. Psychiatry. - 1999. - N 7. - P. 839-844.

231. Shotton M.A. Computer Addiction? A study of computer dependency // J. Affective Disorders. - 1998. - N 5. - P. 56-59.

232. Zyss T., Boron J. The world of computer games I: a new entertainment medium and new danger. Description of a technique // Psychiatr. Pol.-1996.-Vol. 30, N 2.-P. 255-266.

233. Бек А. Техники когнитивной психотерапии // Моск. психотерапевт, журн. - 1996. - № 3. - С. 49-68.

234. Каплан Г. И., Седок Б. Дж. Клиническая психиатрия / Пер. с англ. В 2 т. — М.: Медицина, 1994.— Т. 1.—671 с. - Т. 2. - 523 с.

235. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. - Санкт-Петербург, 1998. - 752 с.

236. Карвасарский Б. Д., Ледера С. Групповая психотерапия. - М.: Медицина, 1990. - 384 с.

237. Психіатрія / О. К. Напреенко, І. Й. Влох, О. З. Голубков/За ред. О. К. Напреенка. - К.: Здоров'я, 2001. - 584 с.

238. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III—IV уровней аккредитации / Б, В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. - Х.: Око, 2002. — 651 с.

239. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. - М.: Прогресс-Универс, 1994. - 401 с.

240. Роджерс К. О групповой психотерапии. - М.: Гиль Эстель, 1993.-С. 45-58.

241. Юр'єва Л. М., Більбот Т. Ю. Інтернет-залежність — нова проблема украшськоУ психіатрп // Таврич. журн. психіатрії. - 2003. - Т. 7, № 2. - С. 63-65.

242. Більбот Т. Інтернет-залежність: актуальна проблема?// Матеріали VII Між нар. мед. конгресу студентів і молодих вчених (21-23 травня 2003 р.). - Тернопіль: Тернопільська держ. мед. акад. ім. І. Я. Горбачевського, 2003. - С. 158.

243. Личко А. Е. Особенности саморазрушающего поведения при различных типах акцентуации характера у подростков // Сб. науч. тр. «Саморазрушающее поведение у подростков». — Л.: Изд-во ин-та им. В. М. Бехтерева, 1991. - С. 9-15.

244. Личко А. Е. Акцентуации характера как концепция в психиатрии и медицинской психологии // Обзор психиатрии и мед. психологии им.В.М.Бехтерева. — 1993. — С. 5-17.

245. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. - Воронеж: НПО «МОДЕК», 1995. - 640с.

246. Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика. - К.: Здоровья, 1986. - С. 280.

247. Леонгард К. Акцентуированные личности / Пер. с нем. -К.:Вишашк., 1981.-376 с.

248. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. -Л.: Медицина, 1983. — 256с.

249. Балагуддинова О. К., Кудашев А. Р. ЭЭГ — корреляты параметров темперамента у старшеклассников // Психол. журн. - 1993. - Т. 14, № 4. - С. 82-88.

250. Калинин Г. Т. Основы электроэнцефалографии. - М.: Изд-во МГУ, 1989. - 88 с.

251. Жирмунская Е. А. Клиническая электроэнцефалография. - М.: Мэйби, 1991. - 137 с.

252. Иващенко О. И., Шостакович Б. В., Огарок Е. М. Спектральные основы ЭЭГ психопатических личностей с возбудимыми и тормозными чертами // Соц. клинич. психиатрия. - 1998. - Т. 8, №1. - С.15-26.

253. Beridge C. W., Foote S. L. Effects of locus coeruleus activation on electroencephalographic activity in neocortex and hippocampus // J. Neuroscience. - 1991. - N 11. - P. 3135-3145.

254. Рыбалко М. И. Патохарактерологическое развитие и патология поведения у подростков // Психогении и психопатии. - М., 1986. - №6. - С. 18-22.

255. Морозова Н. Б. Острые аффективные реакции у несовершеннолетних с психогенным развитием личности: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 1986. — 21 с.

256. Пшкоритов В. С. Типологія уявлень батыв про нервово-психічні захворювання свох дітей // Укр. Вісн. психоневрологи. — 1996. - Т. 4, вип. 4. — С. 368-370.

257. Психогенная декомпенсация тревожных расстройств в условиях «приостановки» девиантной и аддиктивной деятельности у подростков / В. С. Битенский, Н. А. Романский, А. В. Битенская, Н. Д. Березанская // Діагностикаталікування психічних захворювань в Україні: Матеріали міжнар. конф. — Л., 1995.-С. 176-177.

258. Ковалёв В. В. Психиатрия детского возраста.—М.: Медицина, 1979.-608 с.

259. Юрьева Л. Н., Больбот Т. Ю., Носов С. Г. Случай симптоматической компьютерной зависимости у пациента с органическим поражением центральной нервной системы // Арх. психіатрії. - 2004. - № 3. - С. 134-138.

260. Больбот Т. Ю. Фактори ризику розвитку комп'ютерної залежності в осіб молодого віку // Укр. Вісн. психоневрології. - 2004. - Т. 12, вип.4. - С. 75-80.

261. Юрьева Л. Н., Больбот Т. Ю. Клинические и психологические особенности лиц с компьютерной зависимостью // Укр. Вісн. психоневрологи. - 2002. - Т. 10, вип.1. - С. 244-245.

262. Больбот Т. Психічні та поведінкові розлади у осіб з комп'ютерною залежністю // Медицина - здоров'я ХХІ сторіччя: Матеріали III Міжнар. мед. конф. студ. та молодих вчених (26-28 вересня 2002р.). - Дніпропетровськ, 2002. - С. 298.

263. Больбот Т. Ю. Комп'ютерна залежність—міф чи реальність? // Актуальні проблеми сучасної медицини: Матеріали 57-У наук.-практ. конф. студ. та молодих вчених (17-20 вересня 2002 р.). - К., 2002. - С. 101-102.

Бібліографія

264. Больбот Т. Проблема комп'ютерноУ залежност у учшв // Медицина - здоровье — XXI век: Матеріали IV Міжнар. конф. студ. і молодих вчених (18-20 вересня 2003 р.). - Днтропетровськ, 2003. - С. 211-212.

265. Bol'bot T. Computer addiction - comorbid conditions // Молодь — медицин! майбутнього. Матеріали V Міжнар. конф. студ. і молодих вчених (16-18 вересня 2004 р.). — Дншропетровськ, 2004. - С. 189.

266. Больбот Т. Ю. Особливост комп'ютерно! ддяльност лшеТспв// Вчеш майбутнього: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених (14-16 жовтня 2004 р.). - Одеса, 2004. — С. 151-152.

267. Выготский Л. С. Собр. соч. Т. 4. - М.: Педагогика, 227 с.

268. Благосклонова Н. К., Новикова Л. А. Детская клиническая электроэнцефалография. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1994. - 197 с.

269. Больбот Т. Психолопчш особливост дтей та пщлтав з Інтернет-залежшстю // Психиатрия, клиническая психология и психофармакология в XXI веке: Материалы I Междунар. мед. конф. студ. и молодых ученых (23-25 мая 2002 г.). - Днепропетровск, 2002. - С.10-12.

270. Больбот Т. Ю. Проблема комп'ютержм залежност // Вчеш майбутнього: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених (14-16 жовтня 2003 р.). - Одеса, 2003. - С. 99-100.

271. Больбот Т. Ю. Психолопчш аспекта формування комп'ютерно! адикци// Матеріали 57-У Міжнар. наук.-практ. конф. студ. та молодих учених (20-22 квітня 2004 р.). — Ужгород, 2004. - С. 82-83.

272. Психлапрля / О. К. Напреенко, І. Й. Влох, О. З. Голубков/За ред. О. К. Напреенка. - К: Здоров'я, 2001. - 584 с.

273. Shotton M. The costs and benefits of computer addiction // Behaviour Information Technology. - 1991. - № 10. - P. 219-230.

274. Матвеев В. Ф., Гройсман А. Л. Профилактика вредных привычек школьников. — М.: Просвещение, 1987. — 96 с.

275. Еникеева Д. Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. — М.: Издат. центр «Академия», 1999. — 144 с.

276. Бадмаев С. А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников. - М.: Изд-во «Магистр», 1997. -96 с.

277. Кулаков С. А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. — М.: Фолиум, 1996. — 70 с.

278. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. - СПб.: Питер, 2002. -352 с.

279. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. — Л.: Медицина, 1990. - 190 с.

280. Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. - New York: International Universities Press, 2001. - N 2. - P.34-40.

281. Загальна і юпщчна психотерапя / Ахмедов Т. І., Вггенко І. С, Григорова І. А. та ж.: Навч. посіб. - Харюв: СИМ, 2002.-512 с.

282. Больбот Т. Ю. Профшактика і корекцш комп'ютерної залежносп в осіб молодого вкю // Вестн. физиотерапии и курортологии. - 2005. - № 2. - С. 139-142.

283. Юр'еваЛ. М., Больбот Т. Ю., Варшавський Я. С., Чудаква Л. Б. Юншко-психопатолопчна характеристика хворих із комп'ютерною залежшстю // Медичш перспективи. — 2005. — Т. 10, № 2. - С. 74-80.

CONTENTS

Preface	5
Introduction . From Homo Faber to Homo Informaticus.....	7
Chapter 1 . Formation of computer subculture (from cuneiform writing to internet).....	II
Chapter 2 . Addictive behavior.	17
2.1. Factors that initiate the development of addictions.....	20
2.2. Pathological propensity to gamblins.....	21
2.2.1. Factorsthat initiate pathological propensity togambling	23
2.2.2. Stages of development of pathological propensity togambling	24
2.2.3. Principals of therapy and correction of pathological propensity to gambling.....	25
Chapter 3 . Computer addiction.....	27
3.1. Computer addiction — definitions.....	31
3.2. Psychological mechanisms of leaving in a virtual reality.	32
3.3. Role ofcomputergames in formation of computeraddiction	39
3.3.1. Classificationofcomputergames.	41
3.3.2. Stages of formation of game dependence.....	44
3.4. Cyber sexual dependence.....	45
3.5. Social-demographical and cultural characteristics of computer addicts.....	48
3.6. Computer addiction - clinical reality or special psychological condition?.....	52
Chapter 4 . Risk factors of development of computer addiction at teenagers.	63
4.1. Computer activity and its influence on psycho emotional condition of pupils.....	66
4.2. Psychological peculiarities of pupils at a stage of risk of formation of computer addiction.....	73
Chapter5 . Clinicalpeculiaritiesofpatientswithcomputeraddiction	87
5.1. General characteristic (social-demographic) of patients with computer addiction.....	90

Contents

5.2. Clinical characteristic of patients with computer dependence.	98
5.3 Stages of development of computer dependence.....	103
5.4 Psychological characteristics of patients with computer dependence.	111
Chapter 6. Diagnosis of computer dependence.....	131
6.1. The method of diagnosis the Internet addiction (Kimberly Young, 1996).	133
6.2. The method of diagnosis of Internet-dependence (V.Loskutova).	134
6.3. Criteria of diagnosis on Ivan Goldberg (1996).	136
6.4 Criteria of diagnosis on Maressa Hecht Orzack (1999).....	137
6.5. The method of screening diagnostics of computer dependence (L.N.Yur'yeva, T.Yu.Bol'bot, 2005).	138
Chapter 7. Prophylaxis of computer addiction.....	143
Chapter 8. Correction of computer dependence.....	151
Conclusion.	161
The brief dictionary of terms.....	163
Bibliography.	168
Contents.	188
Summary.	190

SUMMARY

New book of Professor Lyudmyla Yur'yeva, MD, PhD and Tatyana Bol'bot, MD, PhD "Computer addiction: formation, diagnosis, correction and prophylaxis" is dedicated to the important question of the inappropriate computer use.

The Internet has created an exciting new world of information and communication for anyone with access to online services. Computer (or Internet) addiction is a relatively new dependency for Ukraine, and a hazard that will not cause obvious anxiety in population and therefore is not estimated by its appearance. So there are not considered problems, which arise up through laudation of fantastic possibilities of the personal computers and the Internet. The indicated forms of dependency above mostly spread in the environment of teenagers and young people. The report in the beginning of 2004 revealed that 3.8 million people (8% of Ukraine population) used Internet in comparison with 2.5 millions (5% population) in 2003. Thus amount of sites increased by 4.2%, and went up to 28.8 thousands and the number of providers offering Internet access reached 300. These rates have a remarkable tendency of making a progress.

Computer dependency has all characteristics of an alcohol dependency, psychoactive matters and shows up different abnormal psychopathological disorders of no psychotic and psychotic registers including personal disorders what quite often results in considerable social misadaptation of the indicated persons.

Correlations in order of formation of psychopathology at computer dependency are not studied enough and therefore information relating to this issue is added, ambiguous and contradictory. Absence of the theoretical base of computer dependency development, appropriately teams up with no systematic character, weak structure and as a result, low efficiency of rehabilitation of such patients offered by our science. In the same queue, this problem in Ukraine is on the stage of the development.

In this connection, the determination of the risk factors of computer addiction and a research of clinical dynamics of this pathology formation require a special estimate. Exposure of clinical

and psychopathological structure of computer dependency, its results and development will optimize not only criteria of diagnosis, differential diagnosis and systematization of this type of addiction but also principles of its therapy and prophylaxis.

In Chapter 1 authors shows the way of formation of computer subculture from cuneiform writing to internet (historical and psychological aspects).

In Chapter 2 authors discuss the problem of addictive behavior. It was paid attention to factors that initiate the development of addictions and to pathological propensity to gambling.

Chapter 3 gives us overview of the worldwide research that reviews the influence of uncontrolled computer activity. Authors present approaches of different researchers, psychological mechanisms of interactions between person and computer, analyses the spread of this problem among young people.

In chapter 4 the results of investigation of 463 pupils that study computer technologies a lot in lyceums of physic-mathematic and informatics type permit to determine risk factors and risk group of development of computer addiction, peculiarities of computer activity (duration, experience, preferable kind of activity, feelings, influence of computer on education, work, family and others) and create program of primary prophylaxis of computer addiction. Authors describe symptoms at first stage as well as factors that provoke computer dependency. In work the psychological features of persons of young age are explored on the first stage of computer addiction formation.

In chapter 5 on the base of a complex clinical-psychopathological and psychological examination of 38 patients with different forms of mental pathology (F 91.1 -91.2, F 06.4 -07, 70 and others) (ICD-10) that have computer addiction, clinical peculiarities of computer addicts, social-demographical peculiarities and the dynamic of development of computer addiction, and some psychological mechanisms of this pathology were investigated. First on the basis of complex clinical psychopathological and psychological research new findings were obtained in relation to the risk factors, terms and clinical dynamics of computer dependency formation.

It was determined that computer addiction can be primary or symptomatic pathology. Mostly-symptomatic. Symptomatic computer dependency comorbides with other mental disorders.

Summary

Addictive mechanism of development of computer addiction has been confirmed. Authors also described that computer dependency is formed in people having tendency to addictive behavior i.e. alcohol and substances abuse according to a dynamic of a classic addictive process or it is a new addiction in already formed addict. The complex approach used in the work allowed working out criteria for diagnosis of computer addiction, and scientifically ground steps of corrective program of computer addictive behavior.

Chapter 6 is dedicated to diagnosis of computer addiction. Method of computer dependency diagnosis is developed by authors and patented (patent of Ukraine on the invention (11) 72366 A (51) 7 G09B3/00, G09B3/08, G09B3/00, A61B10/00 15.02.2005. Bui. №2) as the result of conducted research which allowed estimating risk group, diagnosing computer dependency and conducting prophylactic program on time.

Chapter 7 deals with prevention of computer addiction. Authors suggest new prophylactic programs that include different technologies: informative, educational, technologies of employment, corrections of domestic relationships, religious; directed on the improvement of mental adaptation of students, interpersonal relationships, on the acquaintance with personalities of development of computer dependency and its possible consequences.

In Chapter 8 first applications of the stage-by-stage psycho correction program are offered by authors in computer addiction treatment, the practical use of which increased efficiency and reduced the term of computer dependency treatment. In general, complication explored to the phenomenon determines the necessity of application of both medical help and psychotherapy. Main place belongs to psychotherapy correction that focuses on a behavioral-cognitive approach. Authors concentrate that system of correction based on principles of complexity, sequence, differentiations and stages.

Problems that authors raise in their book are of great interest not only for the medical workers but also for the teachers, psychologists and parents who are interested in this topic. If we do not control computers, they will end up controlling us!

Наукове видання
ЮР'бВА Людмила Миколаївна
БОЛББОТ Тетяна Юривна

**КОМП'ЮТЕРНА ЗАЛЕЖШСТЬ:
ФОРМУВАННЯ, ДІАГНОСТИКА, КОРЕКЦШ ТА ПРОФІЛАКТИКА**

Монографія

Рошською мовою

Вшповшальна за випуск *Р. О. Лазарева*
Художній редактор *В. В. Якименко*
Техшчний редактор *В. В. Якименко*
Коректор *В. М. Орицш*

Здано на складання 29.03.06. Пшписано додруку IS.0S.06. Формат 84x108 /п-
гіанір офсетний. Гаригтура лгтературна. Друк офсетний. Умовн. друк. арк. 10,29
Умовн. фарб.-вшб. 10,029. Обл.-видавн. арк. 10,6. Тираж 1000 прим.
Замовлення № 1169.

Видавництво «Пороги»,
49000, м. Дшпропетровськ, пр. К. Маркса, 60
Свшоцтво про внесення до Державного реєстру
серы ДК № 7 вш 21.02.2000.

Друкарня ТОВ «Салвей»,
49008, м. Дшпропетровськ, вул. Театральна, 6
Свшоцтво про внесення до Державного реєстру
серы ДП № 28 от 23.08.2000.

ISBN №966-525-697-1



ЮРЬЕВА ЛЮДМИЛА НИКОЛАЕВНА -
заведующая кафедрой психиатрии факультета последипломного образования Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор, академик АН Высшей школы и Украинской АН, главный психиатр Управления здравоохранения Днепропетровской областной государственной администрации, лауреат премии им. Е. А. Шевалева. Автор 6 монографий и более 220 научных публикаций. Член проблемной комиссии МЗ и АМН Украины по специальности «Психиатрия», член правления Ассоциации психиатров Украины, член редакционных советов международных и отечественных научных специализированных журналов. Область научных интересов - социальная психиатрия.
e-mail: lyuryeva@a-teleport.com
www.psychiatry.dp.ua



БОЛЬБОТ ТАТЬЯНА ЮРЬЕВНА -
кандидат медицинских наук по специальности «Психиатрия».

После окончания Днепропетровской государственной медицинской академии обучалась в магистратуре, а затем в очной аспирантуре на кафедре психиатрии факультета последипломного образования. Кандидатская диссертация посвящена теме «Психические и поведенческие расстройства у лиц молодого возраста с компьютерной зависимостью (клиника, коррекция и профилактика)» (Киев, 2005). Проходила стажировку в Рочестерском Университете (Рочестер, США) и в Центре компьютерной аддикции (Бостон, США).

e-mail: t_bolbot@yahoo.com