

**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ: ПРЕДПОСЫЛКИ
ФОРМИРОВАНИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА,
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

Методические рекомендации



Москва - 2024

УДК 615.015.6

ББК 56.142

П27

Методические рекомендации разработаны специалистами ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России доктором медицинских наук **Л.О. Пережогиным**, кандидатом психологических наук **А.А. Федонкиной** в порядке реализации п.п. “а” п. 13 Протокола заочного заседания Совета при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере от 1 декабря 2023 года.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 27 мая 2024 г., протокол № 5.

Рецензенты:

О.Д. Гурина – кандидат психологических наук, доцент кафедры юридической психологии и права факультета “Юридическая психология” Московского государственного психолого-педагогического университета (ФГБОУ ВО МГППУ);

Ю.О. Переправина – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психологии ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России.

П27 Пережогин Л.О., Федонкина А.А. **Интернет-зависимость: предпосылки формирования, клиническая картина, лечение и профилактика:** Методические рекомендации. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2024. – 33 с.

Рассмотрены теоретические и практические аспекты клинической психолого-психиатрической диагностики, подходы к фармакологической терапии и психотерапии зависимости от персонального компьютера, Интернета и мобильных устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ, у детей и подростков. Рассмотрены принципы профилактики, реализуемые в условиях семьи и школы.

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

ББК 56.142

ISBN 978-5-86002-402-1

- © Л.О. Пережогин, А.А. Федонкина, 2024.
- © ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2024.

Список сокращений

- АТ-I – аутогенная тренировка первой ступени, направление психотерапии
- БОС-терапия – терапия с использованием биологической обратной связи
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ДБГ – дофаминбетагидроксилаза, фермент
- КПТ – когнитивно-поведенческая терапия, направление психотерапии
- МКБ-10 – Международная классификация болезней, травм и причин смерти, 10 пересмотр, действует в России с 1999 г.
- МКБ-11 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11 пересмотр
- МАО – моноаминоксидаза, фермент
- ПАВ – психоактивное вещество
- ПАП – психоактивное поведение
- ПЭТ-КТ – позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с рентгенологической компьютерной томографией, метод исследования
- ФМРТ – функциональная магнитно-резонансная томография, метод исследования
- цАМФ – циклоаденозинмонофосфатаза, фермент
- CIAS – Chen Internet-Addiction Scale – шкала интернет-зависимости С. Чена, психологический диагностический инструмент
- DSM-5-TR – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition, text revised – диагностическое и статистическое руководство (классификация) по психическим расстройствам, 5 издание, обновленное – классификация психических расстройств, принятая Американской психиатрической ассоциацией. Эта версия действует в США с 2022 г.

Термины и определения

Болезненность – медико-статистический показатель, определяющий распространенность зарегистрированных заболеваний, как вновь возникших, так и ранее существовавших.

Заболеваемость – медико-статистический показатель, определяющий число заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на какой-то конкретной территории. Является одним из критериев оценки здоровья населения.

Клептомания – психическое расстройство, патологическое влечение к воровству (F63.2, по МКБ-10).

Коморбидность – сосуществование у одного пациента двух или более заболеваний, синдромов или психических расстройств, связанных между собой единым патогенетическим механизмом или совпадающих по времени.

Патогенез – механизм возникновения и развития заболеваний и отдельных их проявлений. Рассматривается на различных уровнях – от молекулярных нарушений до нарушений в работе организма в целом. Изучая патогенез, врачи выявляют, каким образом развивается заболевание.

Пиромания – психическое расстройство, патологическое влечение к поджогам (F63.1, по МКБ-10).

Продромальный период – период, предшествующий собственно болезни, во время которого наблюдаются, как правило, неспецифические симптомы. В контексте расстройств привычек и влечений – особое состояние, предшествующее совершению действий, составляющих предмет психического расстройства.

Синдром – совокупность симптомов, патологических проявлений, свидетельствующих о болезни, объединенных единым патогенетическим механизмом развития.

Трихотилломания – психическое расстройство, патологическое влечение к выдергиванию у себя волос (F63.3, по МКБ-10).

Определение

Интернет-зависимость – группа патологических состояний, так называемых “поведенческих аддикций”, “нехимических зависимостей”, при которых все клинические признаки синдрома зависимости сфокусированы на поведении, являющимся характерным для пользователей Интернета и возможным исключительно в Интернете.

К интернет-зависимости относят много поведенческих паттернов (см. ниже), однако принципиальным признаком, без которого диагноз невозможен, является собственно зависимость, включая такие ее проявления, как

- 1) сильное, непреодолимое желание выполнять определенные действия (играть, вести переписку, смотреть видео, обновлять фотографии) в Интернете;
- 2) невозможность контролировать свое поведение во время выполнения этих действий;
- 3) состояния отмены, сопровождающиеся выраженным физическим и психическим дискомфортом;
- 4) повышение толерантности, в том числе, в форме роста проводимого в Интернете времени, использовании все более мощного компьютера, выполнении нескольких действий в Сети одновременно;
- 5) поглощенность действиями, совершаемыми в Интернете, в ущерб другой активности, как физической, так и интеллектуальной;
- 6) продолжение такого поведения вопреки очевидным негативным его последствиям.

Этиология

Этиология и патогенез интернет-зависимости являются предметом исследований. За 25 лет изучения этого явления было выдвинуто несколько взаимодополняющих теорий ее происхождения, однако ни одна из них не объясняет в полной мере, как формируется феномен.

1. Когнитивно-поведенческая модель (КПТ-модель, СВТ-модель). Когнитивно-поведенческая модель патологического использования Интернет была предложена в 2001 г. Р. Дэвисом. Концепция модели опирается на классические принципы когнитивно-поведенческой терапии А. Бека. Общие принципы предполагают, что у каждого человека имеются определенные глубинные убеждения, формирующиеся с детства, носящие фундаментальный и глубокий характер, и зачастую – неосознаваемые; на их основе формируются промежуточные убеждения (отношения, предположения, правила), которые влияют на восприятие человеком жизненных ситуаций, что в свою очередь влияет на его мышление, эмоции и поведение в целом. Промежуточные убеждения генерируют автоматические мысли, которые приобретают вербальный или образный облик и доступны осознанию, воздействие определенных ситуаций способно через призму автоматических мыслей формировать реакции, отражающиеся на эмоциональном, поведенческом и даже (через вегетативную регуляцию) на физиологическом уровне.

У детей и подростков патологическое использование Интернета может проявляться в различных формах. Различают специфическое патологическое использование Интернета (когда объектом зависимости является какая-либо его отдельная функция, как правило, имитирующая или дублирующая аналогичные аспекты поведения лица, страдающего зависимостью, осуществляемые и вне Интернета – гемблинг, просмотр порнографии, обмен фотографиями, чтение новостей и т.д.) и генерализованное патологическое использование Интернета без каких-либо специальных целей – социальные сети, чаты, электронная почта и т.д. Для развития и поддержания патологического использования интернета в рамках когнитивно-поведенческой модели выделяются две группы факторов: проксимальные факторы, т.е. исходная когнитивно-поведенческая дезадаптация и дистальные факторы, т.е. имеющиеся психические расстройства, включая эндогенную патологию, депрессии, тревожные расстройства, зависимости, в том числе – от алкоголя, наркотиков. В основе формирования аномаль-

ного поведения лежат, таким образом, глубинные убеждения о своей неполноценности, уязвимости, необходимости создать себе надежное укрытие, получить защиту или возможность действовать скрытно и анонимно. В результате возникает общее ощущение, что Интернет – единственное место, где можно чувствовать себя хорошо, формируется зависимость от Интернета (в целом) и от предоставляемых Сетью сервисов и услуг (покупки, общение, информация). Одними из важнейших элементов, обуславливающих формирование зависимости может стать снижение уровня внутренней тревоги во время работы в Сети (на самом деле уровень тревоги во время выполнения действий, которые становятся выражением зависимости, значительно возрастает) и утрата чувства течения времени, что позволяет не испытывать на субъективном уровне восприятия проблем вследствие тотальной прокрастинации. Когнитивно-поведенческая модель зависимости от персонального компьютера, видеоигр и Интернета лежит в основе когнитивно-поведенческой терапии зависимого поведения. Эффективность КПТ доказана в отношении большого количества патологических состояний.

2. Синдромальная модель. Синдромальная модель зависимости от персонального компьютера, видеоигр и Интернета была предложена в 2004 г. Г. Шаффером. В основе концепции лежит предположение, что все без исключения зависимости развиваются вследствие одних и тех же биопсихосоциальных факторов риска, их проявлений, взаимодействий и последствий. Предпосылки к формированию аддикций могут носить нейробиологический, психосоциальный, текущий контекстуальный характер, главное, что они делают человека потенциально уязвимым к формированию зависимости в целом. Гипотетический механизм был впоследствии предложен отечественными исследователями.

Следует отметить, что в мировом психиатрическом сообществе прочно укоренилось понятие “интернет-зависимость” (Internet addiction), которое в дальнейшем в значительной степени потеснило термин “патологическое использование Интернета”.

3. Компонентная модель. Компонентная модель зависимости от Интернета предложена М. Гриффитсом в 2005 г. Она представлена 6 критериями интернет-зависимости (базирующихся на классических канонах наркологии): 1) сверхценное отношение к определенной деятельности, которая становится доминирующей и воспринимается субъективно (хотя и не всегда осознанно) в качестве самой важной в жизни; эта деятельность начинает доминировать в мышлении, формируя озабоченность определенными вопросами и аспектами поведения и когнитивные искажения; к ней возникает трудноконтролируемое влечение (тяга), что неизбежно отражается на поведении; 2) модификация (изменение) настроения может быть представлено как возбуждением (до уровня эйфории), так и, напротив, чувством глубокого спокойствия и удовлетворения (в силу подавления тревоги); 3) рост толерантности, при котором для достижения прежнего уровня удовольствия (удовлетворения) требуется увеличение объема деятельности; 4) симптомы отмены, т.е. неприятные физические и психические эффекты, возникающие при внезапном снижении или полном прекращении активности; 5) межличностный конфликт (внутри семьи, внутри рабочего и учебного коллектива, с лицами ближайшего окружения, а иногда – с государственными институтами, с законом) и внутренний конфликт (борьба с собой); 6) тенденция к рецидивам, т.е. к быстрому восстановлению всех проявлений, характерных для зависимости, даже после многих лет воздержания или контроля. В том случае, если все 6 компонентов зависимости, изложенные выше, выявлены у данного человека, его состояние определяется как зависимость. Компонентная модель очень удобна для формулирования диагностических критериев, причем с ее позиций нетрудно сформулировать диагностические критерии как для интернет-зависимости в целом, так и для ее отдельных (предполагаемых) форм. В свою очередь, критерии могут быть использованы для набора пациентов в научные исследования и для создания диагностических шкал.

4. Нейропсихологическая модель. Нейропсихологическая модель интернет-зависимости была разработана в ходе попытки расширения когнитивно-поведенческой модели Р. Дэвиса

и объединения ее данных с данными нейропсихологических методик и методов нейровизуализации. Окончательно она оформилась относительно недавно – в 2014 г. – и продолжает развиваться. Модель оперирует понятиями функционального использования Интернета (отсутствие зависимости), специфического патологического и генерализованного патологического использования Интернета. Отмечено, что интернет-аддикция связана со структурными и функциональными изменениями в области префронтальной коры и лимбических структур, а также базальных ганглиев. Большинство находок указывали на сходство зарегистрированных изменений с таковыми при наркоманиях. К аналогичным выводам приходят исследователи, использовавшие данные ФМРТ и ПЭТКТ: специфические нарушения мышления и поведенческого контроля, одинаково характерные для наркоманий и интернет-зависимости, связаны с изменениями в области префронтальной коры и островка. Вероятнее всего, на биохимическом уровне они связаны с обменом дофамина.

5. Модель личностной когнитивно-аффективно обусловленной реализации (Person-Affect-Cognition Execution Model). Предложена не ранее 2016 г. и ассоциируется с группой авторов, включая К. Янг и М. Потенца. Модель пересмотрела и расширила концепцию, основанную на нейропсихологии, сосредоточив внимание на конкретных типах интернет-зависимости, используя идею первого выбора, аналогично понятию первого выбора наркотиков у зависимых от веществ людей. К факторам риска относятся аффективные и когнитивные реакции на внутренние или внешние стимулы, исполнительный и тормозящий контроль, поведение, обуславливающее принятие решений, в том числе – приводящее к использованию определенных интернет-приложений или веб-сайтов. Модель предполагает наличие предрасполагающих переменных (компонент Р), таких как биопсихологическая конституция индивида, психопатологические особенности его личности, характер его мотивов, “социальный интеллект”; аффективные (компонент А) и когнитивные (компонент С) реакции на внешние и внутренние стимулы, в том числе стремление к коррекции

настроения и тяга к сетевой активности; исполнительные функции (компонент Е) – нарушение контроля за принимаемыми решениями, тормозного контроля и исполнительных функций. Использование ряда сайтов и приложений может обеспечивать удовольствие, и, как следствие, рефлекторное закрепление поведения. Со временем эффект от данного поведения ослабевает, что ведет к росту времени, проводимого за сетевой активностью. Клиническое значение модели заключается прежде всего в том, что она позволяет определить предрасполагающие факторы, как те, что могут быть нивелированы фармакологической терапией или психотерапевтическим воздействием, так и те, на которые должна быть направлена профилактика.

Патогенез

Известно, что патогенез зависимого поведения включает два ключевых момента: формирование труднопреодолимого влечения к приему психоактивного вещества (совершению действий, составляющих сущность зависимого поведения), основой для которого является испытываемая эйфорическая реакция, и на следующем этапе – формирование абстинентных реакций, что заставляет зависимого человека регулярно принимать вещество, к которому сформировалась зависимость, чтобы предотвратить возникновение крайне неприятных симптомов отмены.

В основе обоих феноменов лежит реакция лимбической системы на психоактивное вещество и угнетение ферментов, участвующих в метаболизме катехоламинов, прежде всего – моноаминоксидазы (МАО) и дофаминбетагидроксилазы (ДБГ). Каким образом поведение, составляющее природу нехимических аддикций, способно запускать данный биохимический механизм, неизвестно. В качестве попытки объяснения процесса формирования нехимической зависимости в 2015–2016 гг. была разработана стрессорная модель интернет-зависимости. Можно предполагать, что реализация аддиктогенного потенциала нехимических зависимостей осуществляется через их стрессорное воздействие, которое реализуется у лиц, имеющих индивидуальные особенности, обеспечивающих конгруэнт-

ность с данным видом зависимости. В таком случае вследствие стрессобусловленного высвобождения адреналина и угнетения циклоаденозинмонофосфатазы (цАМФ) происходит накопление тетрагидроизохинолина, обладающего опиоидными эффектами.

Среди стрессорных свойств Сети, в конечном итоге приводящих к запуску биологических механизмов, формирующих биохимические реакции, ответственные за зависимое поведение, можно выделить следующие:

- 1) *информационные факторы*, включая: а) фактор иллюзии обратной связи в реальном времени. Включает большое число пользователей на крупных ресурсах, возможность установления огромного числа контактов в социальных сетях, поступление информации на новостные ресурсы-агрегаторы из разных источников со всего мира, наличие смарт-систем взаимодействия с пользователями на крупных ресурсах; б) фактор иллюзии независимого компетентного источника, в том числе обладающего полнотой сведений даже по таким критическим вопросам, как здоровье, межличностные отношения, любовь и дружба, воспитание детей и прочее. Многие пользователи Сети уверены, что большая часть получаемой ими из Интернета информации исключительно достоверна; в) фактор бесконечности информационных ресурсов. У пользователя создается устойчивое впечатление, что обращение к Интернету позволяет решить любую, в том числе самую сложную проблему. Таким образом, информационные факторы обеспечивают как стимуляцию потребления информации, сопровождающуюся возбуждением, ажитацией, так и снижение уровня персистирующей тревоги (по аналогии с приемом невысоких доз алкоголя);
- 2) *коммуникационные факторы*, включая: а) многопользовательскую среду (например, социальные сети), в которой всегда можно найти пользователей, хотя бы формально совпадающих по ряду интересов и увлечений, имеющих сходные житейские и политические воззрения, схожие убеждения и личную философию; б) привлече-

ние Интернетом пользователей своей относительной анонимностью; в) множественность характеристик создаваемого виртуального образа и возможность создания множества виртуальных образов, сконструированных по собственному желанию, по личному плану. Любой из образов может быть наделен нереальным в обычном мире сочетанием качеств. Зачастую и сами качества могут носить нереальный характер. Интернет дает возможность виртуального перевоплощения, реализации (например, на уровне игрового взаимодействия) заветной мечты обладания, могущества, лидерства, которые в обычном мире являются для индивида труднодостижимыми или вовсе не реализуемыми;

- 3) *идентификационные и социально-ролевые факторы*, включая сетевую субкультуру, формирующую элементы идентичности (соотнесение себя с узким кругом лиц, включая членов сетевого или игрового, либо маргинального сообщества: нацизм, наркотики, аномальное сексуальное поведение. Возможность самореализации в патологическом образе или патологическом творчестве.

Особенности аддиктивной личности и природа аддиктогенного потенциала Интернета. Исходными предпосылками для формирования аддиктивной личности, в отношении которой аддиктивный потенциал интернета подходит как ключ к замку, являются следующие:

- 1) психический инфантилизм, т.е. состояние, обусловленное социальными, наследственно-генетическими и органическими факторами, в виде задержанного по темпу возрастного психического развития, характеризующееся замедленным становлением физической, психической и личностной зрелости со стойкими эмоционально-личностными и поведенческими стереотипами, обуславливающими нарушения социальной адаптации без признаков тотальной недостаточности интеллекта (МКБ-10);
- 2) в рамках психического инфантилизма и личностной незрелости (как формы расстройства личности) формируются избирательная, парциальная когнитивность, в

том числе сопровождающаяся нарушениями механизмов социального взаимодействия;

- 3) расстройства социального функционирования, приводящие к искаженной аутоидентификации, которая в сочетании с характерными для подростков в целом элементами дисморфофобического (в широком контексте) восприятия себя, неудовлетворенности собой, ведут к амбивалентному поведению, с одной стороны, ограничивающему внешние контакты, а с другой, стремящемуся к наиболее яркой и атипичной личной репрезентации. Интернет в данной ситуации оказывается идеальной средой, обеспечивающей множественность образов, псевдореалистичную картину мира, метаперсонализирующее сетевое пространство. Импульсивность личности уравновешивается псевдодейственностью, личностная незрелость – псевдоосмысленностью, слабость Я – ложными коммуникационными установками. Создается предпосылка для усиления присущих Интернету стрессорных свойств, что обеспечивает индивидуальную уязвимость аддиктивной личности.

Предложенная гипотеза также допускает патогенетическое единство нехимических аддикций, включая интернет-зависимость, и классических аддикций (наркоманий и токсикоманий, включая алкоголизм). Данную гипотезу подтверждает успешное применение антагонистов опиоидных рецепторов (налтрексона) при купировании нехимических зависимостей (см. ниже). Данная гипотеза, возможно, является недостающим элементом единого патогенетического механизма зависимого поведения, что подтверждается также находками, сделанными разработчиками нейropsychологической модели.

Эпидемиологические данные

Точных данных о распространенности интернет-зависимости и соотносимых с ней патологических состояний (зависимость от видеоигр, зависимость от социальных сетей, зависимость от просмотра сетевой порнографической продукции) нет. Отсутствие

точных данных обусловлено рядом важных причин: интернет-зависимость не включена в МКБ-10, действующую в настоящее время в большинстве стран – членов ВОЗ; в DSM-5-TR зависимость от компьютерных игр включена в категорию патологических состояний, “требующих дальнейшего изучения”; в МКБ-11 включена только одна из предполагаемых форм интернет-зависимости – “Расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм (патологический гейминг)” (6C51); в связи с вышеизложенным не сформулировано общепринятых надежных клинических критериев, с опорой на которые могла бы осуществляться диагностика; как следствие, ни в одной стране мира не ведется национальная статистика заболеваемости и болезненности интернет-зависимостью; встречающиеся в научной литературе данные основаны на применении различных психометрических шкал, не всегда приводящих при использовании к сопоставимым результатам; проведенные в различных странах исследования выполнены на ограниченных выборках детского и взрослого населения.

Последние данные о распространенности интернет-зависимости, приведенные в научных публикациях, противоречивы, имеют значительный разброс. Американские и европейские исследователи оперируют сведениями о 1,5–13% зависимых лиц (среди молодежи), среди китайских студентов зависимыми от Интернета являются ориентировочно от 15 до 21%, среди малазийских студентов – более 36%, среди московских подростков у 4,3% выявлена зависимость, а у 29,3% – риск ее формирования. Выявлена интернет-зависимость (общие феномены зависимости) у 7,2% российских подростков, притом процент подростков, зависимых от компьютерных игр (частная форма зависимости), был выше (10,4%), что свидетельствует о несопоставимости данных, использованных в исследовании психометрических шкал.

Классификация

Единой общепринятой классификации интернет-зависимости нет. Среди исследователей преобладают две противоположные позиции: большая часть специалистов считает, что

интернет-зависимость – единый патологический феномен, который может реализовываться в одной или нескольких формах; к таким формам традиционно относят бродяжничество (беспорядочное и бессмысленное блуждание по веб-ресурсам), гейминг (бесконтрольное использование сетевых и локальных видеоигр), шоппинг (бесконтрольные и бессмысленные покупки в сетевых магазинах), зависимость от социальных сетей, зависимость от просмотра порнографической продукции и др.; ряд специалистов считают некоторые из вышеперечисленных форм самостоятельными патологическими состояниями (психическими расстройствами), родственными по патогенезу и высококоморбидными друг другу.

Кодирование по МКБ-10, МКБ-11, DSM-5-TR

В МКБ-10 патологические состояния, соответствующие понятию интернет-зависимости, не включены. Все патологические состояния, включенные в рубрики F10–F19, охватывают лишь психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ (токсических, наркотических, алкоголя, табака). В рубрике F63 (расстройства привычек и влечений) имеется категория F63.8, в которую включаются иные (кроме влечения к азартным играм, пиромании, клептомании, трихотилломании) “разновидности постоянно повторяющегося дезадаптивного поведения, которые не являются вторичными по отношению к распознаваемому психиатрическому синдрому и при которых можно думать о периодически возникающей неспособностью противостоять влечению к определенному поведению”. Ключевым элементом диагностики, позволяющим отнести наблюдаемый феномен к данной рубрике, является сочетание продромального периода напряжения и чувства облегчения, разрядки, наступающего после совершения поведенческого акта. Для клинической картины состояний, относимых обычно к интернет-зависимости, данные феномены, как правило, не характерны.

В МКБ-11 включено психическое расстройство “Расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм” (патологи-

ческий гейминг, 6С51). Оно характеризуется как “поведенческий паттерн постоянного или периодически повторяющегося пристрастия к компьютерным или видеоиграм, участие в которых может происходить как онлайн (т.е. с использованием Интернета), так и оффлайн (т.е. без использования Интернета), и проявляется в следующем: нарушении контроля над участием в компьютерных играх (например, начало, частота, степень выраженности, продолжительность, прекращение, контекст); росте приоритета участия в компьютерных играх до такой степени, что пристрастие к ним начинает преобладать над другими жизненными интересами и повседневной деятельностью; продолжении или более активном участии в компьютерных играх, несмотря на возникновение негативных последствий”. Отмечается, что поведенческий паттерн пристрастия к компьютерным играм может быть постоянным или эпизодическим и повторяющимся. Такое поведение приводит к выраженному дистрессу или значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других важных сферах функционирования. Для постановки диагноза данное поведение и другие проявления расстройства обычно должны наблюдаться в течение не менее 12 месяцев, хотя требуемая продолжительность может быть сокращена, если выполняются все диагностические требования, а симптомы достаточно выражены”. Данное состояние включено в рубрику “Расстройства вследствие аддиктивного поведения”. В МКБ-10, напомним, такой рубрики нет.

То же самое состояние в МКБ-11 включено также в рубрику “Расстройство контроля побуждений” (в основном соответствует рубрике “Расстройства привычек и влечений” МКБ-10), что подчеркивает, по замыслу разработчиков классификации, его дуалистическую природу. Другие предполагаемые формы интернет-зависимости в МКБ-11 не включены. Кроме того, расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм предполагает как пристрастие к онлайн-играм, так и зависимость от игр, реализуемых на компьютере (или ином электронном устройстве) без использования Интернета, т.е. речь может идти не только об Интернет-зависимости”, но и о “зависимости от пер-

сонального компьютера (других электронных устройств, включая, например, мобильные устройства и игровые автоматы).

В DSM-5-TR (применяется как основная классификация в подавляющем большинстве англоязычных стран) имеется специальная рубрика “клиническое явление, требующее дальнейших исследований”, куда включено “Компьютерное игровое расстройство”. Это состояние диагностируется по 9 клиническим критериям: 1) полное сосредоточение испытуемого на игре; 2) прекращение игры вызывает у испытуемого беспокойство и повышенную раздражительность; 3) постепенное увеличение времени, затрачиваемого на игры; 4) неспособность самостоятельно прекратить игру или сократить ее продолжительность; 5) постепенный отказ от других занятий и потеря интереса к другим увлечениям; 6) сосредоточенность на игре, несмотря на ясное понимание негативных последствий ее продолжения для собственной жизнедеятельности; 7) сокрытие испытуемым от членов семьи или других лиц количества реально затраченного на игру времени; 8) ослабление у испытуемого негативных эмоций (чувства вины, отчаяния и т.д.), вызванных текущими жизненными обстоятельствами, при условии предоставления ему возможности играть (уход от проблем); 9) обусловленное игрой снижение функциональности в работе, учебе или социальной жизни. Положительное соответствие поведения пациента набору из 5 признаков списка в течение более 12 месяцев определяет постановку диагноза “игровое расстройство”. DSM-5-TR, также как и МКБ-11, не содержит иных предполагаемых форм интернет-зависимости, хотя их исследование активно ведется и в США, и в других странах, использующих классификацию.

Клиническая картина

Клиническая картина интернет-зависимости складывается из общих признаков, свидетельствующих о формировании зависимого поведения (см. выше), частных симптомов, характерных для различных форм реализации интернет-аддикции, и симптомов, характерных для коморбидных психических расстройств, в первую очередь – симптомов депрессии и тревоги.

Собственно, симптомами интернет-зависимости у детей и подростков являются: непреодолимое влечение к выполнению действий, соответствующих ПАП в Интернете, влечение к устройствам, обеспечивающим доступ в Сеть; влечение может быть исключительно острым или легким, подспудным, периодическим (как правило, у подростков старшего возраста) или постоянным; предвкушение сетевой активности, моторное и психическое возбуждение, ажитация, предшествующие сетевой активности и нарастающие вплоть до ее начала; в случае, если ожидаемая сетевая активность по каким-либо причинам откладывается, симптомы предвкушения активности могут трансформироваться в симптомы отмены; желание проводить в Интернете как можно больше времени, осуществляя ПАП; попытки любым образом оставаться в Сети как можно дольше, вопреки усталости, чувству голода, иным внешним обстоятельствам; физические и психические симптомы отмены – вегетативные реакции (потливость, сердцебиение, учащенное дыхание, бледность кожи, позывы к тошноте, рвоте, боли в животе и мышцах, тремор рук, подбородка), аффективные реакции (снижение настроения, вспышки гнева, дисфорические реакции), импульсивное и самоповреждающее поведение; повышение толерантности, выражающееся в росте времени, проводимого Сети, использовании одновременно нескольких программ и устройств, потреблении видеопродукции (включая видео порнографического содержания) все более далекой от реальности, с фантастическим, вычурным сюжетом, спецэффектами, сценами насилия; ужение круга интересов, фиксация на сетевой активности с отказом от прежних увлечений, переносом социальной активности в Сеть, формированием и последующим доминированием активности, возможной только в сетевом пространстве; формирование стойкого астеноневротического статуса с присоединением сопутствующей психопатологической симптоматики и соматической патологии, ассоциированной с сетевой активностью (синдром карпального канала, нарушение аккомодации, патология опорно-двигательного аппарата).

Коморбидные состояния

При интернет-зависимости обнаруживается высокий риск формирования коморбидных психических расстройств.

На первом месте по частоте встречаемости находятся депрессии различной продолжительности и глубины. Наиболее часто депрессии развиваются у детей и подростков, злоупотребляющих использованием социальных сетей. Депрессии у пользователей социальных сетей часто сопровождаются суицидальными идеями и суицидальными попытками. Пытаясь преодолеть проблемы, связанные с депрессией, молодые люди начинают активнее использовать социальные сети. Пассивное использование социальных сетей (просмотр фото, чтение новостных лент) усугубляет депрессивную симптоматику, если таковая имеет место, и наоборот, депрессивная симптоматика сопровождается влечением к такого рода поведению, т.е. имеет место порочный патогенетический круг. Депрессии ведут к социальной изоляции, как в реальном мире, так и в Сети.

Вторым по частоте патологическим феноменом, описываемым наряду с депрессией, у пользователей социальных сетей и игроков в сетевые игры, являются тревога и весь комплекс тревожных расстройств. Тревога, как правило, не носит изолированного характера, сопровождаясь элементами дисморфобии (у подростков, выкладывающих в Интернет свои фото), внутреннего напряжения, симптомами соматизации.

Третье место по частоте среди психических расстройств, ассоциированных со злоупотреблением сетевой активностью, занимают расстройства пищевого поведения. Девочки подвержены большему риску их развития, чем мальчики, особенно если сталкиваются со страницами, содержащими негативный контент, в том числе – сообщения о вегетарианстве, различных диетах, пластической хирургии, спортивных упражнениях, корректирующих фигуру.

Есть основания предполагать, что интернет-зависимость развивается у детей и подростков, обнаруживающих психические расстройства, быстрее, чем у их здоровых сверстников. Также не исключено, что аддиктивное поведение в Сети спо-

способствует дестабилизации психического состояния, провоцирует обострения психических расстройств у детей и подростков.

Психологические характеристики детей и подростков с интернет-зависимостью

Существует ряд актуальных психологических моделей, объясняющих формирование чрезмерного использования Интернета (см. выше). Исходя из данных моделей, злоупотребление интернет-ресурсами рассматривается психологами в большей степени в рамках индивидуальных факторов риска. Вместе с тем механизмы формирования интернет-зависимости более разнообразны, поэтому в настоящее время общепризнанной считается биопсихосоциальная модель, которая рассматривает чрезмерное использование Интернета как расстройство привыкания и объясняет его развитие как следствие сочетанного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов.

Социальная, и в частности школьная среда, особенности семейных отношений, оказывают существенное влияние на формирование интернет-зависимости у детей и подростков, что опосредуется через формирование определенных черт характера, способствующих социально одобряемому поведению, либо провоцирующих зависимое поведение.

Психологические характеристики детей и подростков с интернет-зависимостью представлены разнообразными группами факторов. Наиболее часто выделяют такие особенности, как тревожность, низкий уровень стрессоустойчивости, низкий самоконтроль, отсутствие ясных жизненных целей, что в целом отражает инфантильность. В исследованиях показано, что у подростков, предпочитающих общение в Интернете реальному, более выражена социальная тревожность, что можно объяснить избеганием прямой коммуникации. Интернет-зависимым подросткам свойственна повышенная тревожность и уязвимость: сбегаая от своих страхов, волнения и неуверенности в Сеть, они восполняют нехватку реального общения, которое в Интернете можно прервать в любой момент, в отличие от реальной жизни.

Ряд исследований демонстрирует низкий уровень эмоционального интеллекта у интернет-зависимых детей и подростков, а также таких особенностей, как слабая способность к эмпатии, управлению своими эмоциями, самомотивации, эмпатии, распознаванию эмоций других людей.

Подростки с интернет-зависимостью склонны к девиантному поведению и используют неконструктивные стратегии совладания. За счет того, что им свойственно формирование “магического мышления”, критическая оценка своего актуального состояния снижена, происходит социальная дезадаптация, приводящая к формированию защитно-агрессивного поведения.

Диагностика

Диагностика интернет-зависимости осуществляется врачом-психиатром на основании анализа наблюдаемого поведения и сопоставления полученных данных с критериями синдрома зависимости, содержащимися в МКБ-10. В качестве дополнительных методов диагностики и в качестве методов скрининговой диагностики, направленной на выявление лиц группы риска, могут использоваться психометрические диагностические шкалы. Наиболее распространенной в мире является Шкала интернет-зависимости С. Чена (CIAS). Шкала была переведена на русский язык и валидизирована В.Л. Малыгиным. Собственной отечественной разработкой является Шкала оценки зависимости от персонального компьютера, Интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, построенная по феноменологическому принципу (феноменологический опросник) (см. Приложение).

Лечение психофармакологическими средствами

В настоящее время в мире не выработано единых клинических подходов к фармакологической терапии интернет-зависимости в целом и отдельных ее форм. Многие специалисты подчеркивают, что при выборе фармакологической терапии акцент должен делаться на лечении сопутствующих (коморбид-

ных) психических расстройств, либо на лечении психических расстройств, на фоне течения которых сформировалась зависимость. В тоже время непосредственно для купирования острого влечения к ПК и мобильным устройствам (включая игры с их использованием) доказан эффект группы СИОЗС, а среди нее – флувоксамина в дозах до 200 мг в сутки и сертралина до 150–200 мг в сутки. Взрослым и подросткам с симптомами гиперактивного поведения за рубежом наряду с СИОЗС также назначаются метилфенидат и бупропион (запрещены в России), клиническую альтернативу которым могут составить препараты ноотропного ряда с выраженным стимулирующим эффектом (пирацетам) или нейрорептики (эглонил) в индивидуально подобранных дозах. Взрослым пациентам для купирования влечения часто назначают антагонисты опиатных рецепторов (налтрексон до 200 мг в сутки). Иногда эффективными оказываются атипичные нейрорептики (клоназепам, рисперидон, оланзапин) в невысоких и средних дозах. Также для купирования острого влечения доказан эффект карбамазепина и вальпроатов в средних дозах.

подавляющее большинство специалистов считают, что основой лечения интернет-зависимости является психотерапия.

Лечение психотерапией

В лечении интернет-зависимости особое внимание уделяется применению индивидуальной и групповой КПТ. Одной из моделей развития интернет-зависимости может служить когнитивно-поведенческая модель Р. Дэвиса (см. выше), согласно которой именно исправление когнитивных ошибок в ходе КПТ позволяет отказаться от зависимого поведения. Как правило, в лечении одного пациента используется и фармакологическая поддержка, и индивидуальная КПТ, и групповая терапия. Чаще всего продолжительность работы составляет около 15 индивидуальных и 15 групповых встреч. По завершению психотерапевтической работы стойкие ремиссии (6 месяцев и более) наблюдаются у 60–65% пациентов, что считается хорошим результатом.

Также в психотерапии интернет-зависимости широко используется полимодальная психотерапия, в ходе которой сочетаются техники и приемы КПТ, поведенческой терапии, АТ-І, прогрессивной мышечной релаксации. В ходе терапии практикуются и семейные встречи, и поведенческие тренинги. По сути, психотерапия включает несколько этапов: 1) выявление типов устройств и программ, вызывающих особенно острое влечение, определение триггеров, запускающих патологическое поведение; 2) изучение личности зависимого, его быта, досуга, окружения, выявление терапевтических ресурсов, 3) установление принципов терапии и здорового поведения, 4) поиск замены аддиктивному поведению (в том числе и в процессе работы с компьютером), как правило, из числа тех действий, занятий, которые всегда оставались интересными ребенку, 5) прекращение аддиктивного поведения, 6) развитие личности.

Третьим популярным направлением психотерапии является работа с семейными группами в различных вариантах: традиционная семейная терапия, работа с семьей в составе группы поддержки, смешанные группы в составе членов семьи и эмоционально значимых лиц. В случае терапии подростков в состав группы желательно включать педагогов. Особое внимание уделяется коммуникативной практике. Средняя продолжительность семейной терапии составляет 1,5–2 года.

За рубежом в дополнение к фармакологической терапии и психотерапии часто используют биологическую терапию, рефлексотерапию (массаж, акупунктуру, электропунктуру, БОС-терапию). Изучение применения биологической терапии дает основания полагать, что она повышает эффективность фармакологических и психотерапевтических вмешательств.

Психологическая коррекция и реабилитация

Считается, что психологическая коррекция должна включать когнитивное реструктурирование использования Интернета и поведенческие упражнения. Когнитивные техники большей частью нацелены на изменение негативных автоматических мыслей, что реконструирует восприятие и понимание самих себя и своих жизненных ситуаций.

В качестве мишеней психологической коррекции, как правило, определяются ведущие факторы, связанные с формированием интернет-зависимости. Учитывается нейропсихологический профиль, свидетельствующий о функциональных нарушениях первого и третьего блоков мозга. В рамках программ коррекции концептуальную основу составляют концепция замещающего онтогенеза, основы телесно-ориентированной терапии. Включается работа с нейропсихологическими особенностями: восстановление тонуса и активации, а также формирование функции контроля и регуляции деятельности. Коррекция интернет-зависимости включает комплексный подход – нейропсихологическую коррекцию, развитие телесности, эмоционального интеллекта, коммуникативных навыков, тайм-менеджмент.

Также важной составляющей является учет характерологических особенностей, связанных с дезадаптивными паттернами поведения. Подобные программы психокоррекции опираются на коррекцию выраженности акцентуированных черт, дезадаптивных паттернов поведения – развитие эмоционального интеллекта, формирование навыков разрешения конфликтов, коммуникативных навыков, тайм-менеджмента. Концептуальные основы коррекции включают подходы гештальт-терапии и КБТ для коррекции зависимого поведения.

Профилактика

Профилактика интернет-зависимости, как и любого патологического состояния, складывается из первичной (предупреждения возникновения), вторичной (предупреждения обострений, рецидивов в ходе лечения и после его завершения) и третичной (смягчения социальных последствий). Наиболее эффективна первичная профилактика, которая может реализовываться на разных уровнях.

Первичная профилактика на уровне мирового сообщества, государств – включает совместное изучение феномена интернет-зависимости учеными разных стран, обмен опытом лечения, совместную работу над созданием клинических критериев диагностики, совместную работу по ограничению противоправной деятельности в Сети, наносящей вред несовершеннолетним

и т.д. Эта работа осуществляется на уровне международных организаций, таких как ВОЗ, ВПА, Интерпол.

Первичная профилактика на уровне государства – создание современного эффективного законодательства, устанавливающего ограничения на возраст детей при создании аккаунтов в социальных сетях, ограничения на трафик игровой продукции; своевременная широкая разъяснительная работа среди специалистов и населения в целом; создание национальной системы мониторинга, направленной на выявление детей группы риска; разработка концепций превентивных мероприятий.

Первичная профилактика на уровне медицинских и образовательных организаций включает работу с родителями и непосредственные профилактические действия, направленные на детей: соблюдение гигиенических норм “экранного времени”, обучение приемам работы с ПК и другими электронными устройствами в качестве инструмента, средства реализации творческого, личностного, духовного потенциала в противовес гедонистическому и потребительскому использованию; развитие у детей альтернативных Интернету интересов, формирование навыков социальных взаимодействий, прежде всего – навыков личной коммуникации.

Также к первичной профилактике на данном уровне можно отнести выявление детей группы риска и своевременное направление их к специалистам.

Первичная профилактика на уровне семьи представляет собой формирование здоровых межличностных отношений, ограничение или исключение использования электронных устройств детьми до определенного возраста, исключение использования электронных устройств в развлекательных целях, приобретение детьми навыков продуктивной работы с ПК и навыков получения удовольствия в процессе учебы, творчества, занятий спортом, живого общения с друзьями, ухода за животными и т.д.

Вторичная и третичная профилактика включает своевременное и наиболее эффективное лечение интернет-зависимости и ее негативных последствий, включая формирование психических расстройств и соматических заболеваний, медицинскую и социальную реабилитацию.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Шкала оценки зависимости от персонального компьютера, Интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему

Вопросы предъявляются в случайном порядке. Оценка производится в баллах в соответствии с выбранным респондентом вариантом ответа. Набранные баллы группируются в 4 субшкалы, в зависимости от набранных по ним баллов выводится итоговая оценка.

| № | Вопросы | Варианты ответов и баллы | | | |
|-----------------------|--|--------------------------|-------|-------|--------|
| | | никогда | редко | часто | всегда |
| Субшкала 1 – Влечение | | | | | |
| 1 | Ваш ребенок в свободное от других занятий время мечтает только о том, чтобы побыстрее сесть за компьютер или взять в руки мобильное устройство | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Ваш ребенок при возможности выбирать между разными вариантами проведения досуга останавливает свой выбор на взаимодействии с компьютером или мобильным устройством | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Как только появляется малейшая возможность сесть за компьютер или взять в руки мобильное устройство, ваш ребенок немедленно делает это | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Ваш ребенок готов без разбора посещать любые сайты, играть в любые игры, пользоваться любыми программами, лишь бы только пользоваться компьютером или мобильным устройством | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Вы замечали, что приступив к работе с компьютером или с мобильным устройством, ваш ребенок становится подвижным, возбужденным, у него дрожат руки, он пишет друзьям много сообщений, не обращая особого внимания на их смысл | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | Вы замечали, что если ребенок некоторое время (несколько дней, месяц) не мог воспользоваться компьютером или мобильным устройством, то снова получив его в свое распоряжение, он стал проводить за ним намного больше времени, чем прежде | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Минимальное число баллов – 0, максимальное – 18, группа риска – 9 и более, достоверно присутствует патологическое влечение – 12 и более | | | | | |
| Субшкала 2 – Утрата контроля | | | | | |
| 7 | Если ваш ребенок сел за компьютер или взял в руки мобильное устройство, чтобы поработать пять минут, он неизбежно просидит за ним час или два | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Ваш ребенок ведет себя так, словно играет на компьютере или работает с мобильным устройством, хотя ни компьютера, ни планшета у него в настоящее время нет | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Ваш ребенок использует для работы с Интернет одновременно два или более устройств, хотя в этом нет технической необходимости* | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Ваш ребенок использует для работы с Интернет одновременно две или более программ, хотя в этом нет технической необходимости** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Ваш ребенок пользуется малейшей возможностью, чтобы продлить время взаимодействия с компьютером или мобильным устройством | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Ваш ребенок всегда мечтает о приобретении нового компьютера или мобильного устройства, даже если его собственное – новое и ультрасовременное | 0 | 1 | 2 | 3 |
| * – исключаются случаи, когда использование второго устройства является технически необходимым или оправданным, например, при получении на смартфон пароля для доступа к сетевым сервисам ** – исключаются случаи, когда использование второй программы является технически необходимым или оправданным, например, | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| | использование программ-переводчиков или при импорте/экспорте содержимого из одного программного продукта в другой, при конвертации файлов | | | | |
| | Минимальное число баллов – 0, максимальное – 18, группа риска – 9 и более, достоверно присутствует утрата контроля – 12 и более | | | | |
| | Субшкала 3 – Абстинентный синдром | | | | |
| 13 | Вы замечали, что у вашего ребенка, лишенного возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством***, меняется настроение, появляются головные боли, боли в мышцах, раздражительность, тревога**** | 0 | 2 | 4 | 6 |
| 14 | Вы замечали, что ваш ребенок, лишенный возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством***, становится возбужденным, суетливым, он потеет, у него дрожат руки, он ищет компьютер (телефон) или замену им вплоть до пульта от телевизора или детской игрушки**** | 0 | 2 | 4 | 6 |
| 15 | Вы замечали, что ваш ребенок, лишенный возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством***, совершает акты вандализма, рвет книги, ломает мебель, отказывается от еды, угрожает самоубийством**** | 0 | 2 | 4 | 6 |
| 16 | Вы замечали, что ваш ребенок, лишенный возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством***, становится угнетенным, грустным, малоподвижным, монотонным, говорит тихим голосом, заявляет о бессмысленности своего существования**** | 0 | 2 | 4 | 6 |
| 17 | Вы замечали, что ваш ребенок, лишенный возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством***, становится гневливым и агрессивным, сердитым и злым, лезет в драку и/или сам причиняет себе боль или повреждения, в том числе – опасные**** | 0 | 2 | 4 | 6 |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 18 | Вы замечали, что ваш ребенок, лишенный возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством***, становится демонстративным и капризным, жалуется на боли в разных частях тела, на удушье, головокружения, падает в обмороки, испытывает приступы страха, паники**** | 0 | 2 | 4 | 6 |
|----|--|---|---|---|---|

*** - подразумевается, что лишение контакта с компьютером или мобильным устройством носит продолжительный характер

**** - чтобы ваш ответ был утвердительным, достаточно наличия одного из перечисленных в вопросе симптомов

Минимальное число баллов – 0, максимальное – 36, группа риска – 12 и более, достоверно присутствует абстиненция – 18 и более

Субшкала 4 – Рост толерантности и поглощенность активностью

| № | Вопросы | Варианты ответов и баллы | |
|----|--|--------------------------|----|
| | | Нет | Да |
| 19 | Ваш ребенок тратит на взаимодействие с компьютером и/или мобильным устройством в среднем более 2 часов в день и это время день за днем увеличивается***** | 0 | 6 |
| 20 | Ваш ребенок, если его не ограничивать, проводит за компьютером или с мобильным устройством все свое время, в ущерб посещению школы, питанию, ночному сну | 0 | 6 |
| 21 | Создаваемые вашим ребенком в Сети виртуальные образы (в социальных сетях, на форумах, в чатах, в сетевых играх) значительно отличаются от реального (в том числе – по возрасту, полу) | 0 | 6 |
| 22 | У вашего ребенка отмечается резкое сужение круга интересов, фиксация на игре или сетевой активности, сопровождавшиеся эмоциональной вовлеченностью, поглощенностью своими игровыми успехами или накоплением виртуальных друзей на своей странице в социальной сети | 0 | 6 |

| | | | |
|----|--|---|---|
| 23 | У вашего ребенка отмечается перенос в сферу сетевой активности большинства социальных контактов и многих социальных и даже биологических по своей природе действий, в частности – творческой активности, просмотра кинофильмов и прослушивания музыки, установления дружеских и партнерских отношений, вплоть до виртуальных сексуальных контактов | 0 | 6 |
| 24 | У вашего ребенка в связи с многочасовой ежедневной сетевой активностью, требующей значительных психических и физических усилий, отмечались выраженное переутомление, формирование астеноневротических реакций (заикания, тиков, обморочных состояний, энуреза, хронической головной боли и других) | 0 | 6 |

***** - исключаются случаи, когда работа за компьютером или с мобильным устройством объективно является необходимой (например, для получения высоких результатов в учебе, спорте или хобби); включаются игры, посещение сайтов развлекательной тематики, социальных сетей и т.д.

Минимальное число баллов – 0, максимальное – 36, группа риска – 12 и более, достоверно присутствует рост толерантности и поглощенность активностью – 18 и более

Варианты ответов респонденту после завершения тестирования

Вариант 1. Шкала “влечение” – меньше 9 баллов, шкала “утрата контроля” – меньше 9 баллов, шкала “абстинентный синдром” – меньше 12 баллов, шкала “рост толерантности и поглощенность” – меньше 12 баллов.

Ответ 1. В результате тестирования по шкале оценки зависимости от персонального компьютера, Интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, у вашего ребенка не выявлено признаков интернет–аддикции. Если продолжаете сомневаться, обратитесь с ребенком к врачу для очной консультации.

Вариант 2. Шкала “влечение” – больше 9, но меньше 12 баллов и/или шкала “утрата контроля” – больше 9, но меньше 12 баллов, шкала “абстинентный синдром” – меньше 12 баллов, шкала “рост толерантности и поглощенность” – меньше 12 баллов.

Ответ 2. В результате тестирования по шкале оценки зависимости от персонального компьютера, Интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, у вашего ребенка не выявлено достоверных признаков интернет-аддикции, однако имеется значительный риск ее формирования. Пожалуйста, обратитесь с ребенком к врачу, на данном этапе возможна успешная профилактика дальнейшего развития зависимости.

Вариант 3. Шкала “влечение” – больше 12 баллов и/или шкала “утрата контроля” – больше 12 баллов, шкала “абстинентный синдром” – меньше 12 баллов, шкала “рост толерантности и поглощенность” – меньше 12 баллов.

Ответ 3. В результате тестирования по шкале оценки зависимости от персонального компьютера, Интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, у вашего ребенка с высокой вероятностью имеется интернет-зависимость, предположительно I стадии. Пожалуйста, обратитесь с ребенком к врачу для верификации диагноза и разработки индивидуальной программы лечения и реабилитации.

Вариант 4. Шкала “влечение” – больше 12 баллов и/или шкала “утрата контроля” – больше 12 баллов, шкала “абстинентный синдром” – больше 12, но меньше 18 баллов и/или шкала “рост толерантности и поглощенность” – больше 12, но меньше 18 баллов.

Ответ 4. В результате тестирования по шкале оценки зависимости от персонального компьютера, Интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, у вашего ребенка с высокой вероятностью имеется интернет-зависимость, предположительно I стадии с намечающимся переходом во II стадию. Пожалуйста, обратитесь с ребенком к врачу для верификации диагноза и разработки индивидуальной программы лечения и реабилитации.

Вариант 5. Шкала “влечение” – больше 12 баллов и/или шкала “утрата контроля” – больше 12 баллов, шкала “абстинентный синдром” – больше 18 баллов и/или шкала “рост толерантности и поглощенность” – больше 18 баллов.

Ответ 5. В результате тестирования по шкале оценки зависимости от персонального компьютера, Интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему у вашего ребенка с высокой вероятностью имеется интернет-зависимость, предположительно II стадии. Пожалуйста, обратитесь с ребенком к врачу для верификации диагноза и разработки индивидуальной программы лечения и реабилитации.

Вариант 6. Шкала “влечение” – меньше 12 баллов и шкала “утрата контроля” – меньше 12 баллов, шкала “абстинентный синдром” – больше 12 баллов и/или шкала “рост толерантности и поглощенность” – больше 12 баллов.

Ответ 6. В результате тестирования по шкале оценки зависимости от персонального компьютера, Интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, относительно состояния вашего ребенка получены противоречивые данные, не поддающиеся интерпретации. Пожалуйста, понаблюдайте за ребенком внимательно несколько дней и повторите тестирование или обратитесь с ребенком к врачу для очной консультации.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК