

## Третичная профилактика компьютерной игровой зависимости у учащихся общеобразовательных учреждений

Руслан Антраникович Кардашян, Владимир Эрнстович Медведев  
ФГАОУ ВПО Российский университет дружбы народов, медицинский институт, Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Руслан Антраникович Кардашян, [rakar\\_26@mail.ru](mailto:rakar_26@mail.ru)

### Резюме

**Обоснование:** начиная с середины 90-х гг. прошлого века, во всем мире наблюдается широкое вовлечение всех слоев населения планеты в компьютерные игры. В процесс «компьютеризации» втягивается огромное число представителей подрастающего поколения: детей, школьников, подростков. При длительном и частом использовании компьютера возможно формирование компьютерной игровой зависимости. **Цель исследования:** изучение эффективности третичной профилактики (ТП) компьютерной игровой зависимости (КИЗ) у учащихся общеобразовательных учреждений (ООУ). **Пациенты и методы:** в исследование вошли 558 учащихся 7–10-х классов ООУ в возрасте 12–17 лет ( $14,6 \pm 2,4$  года). Основную группу составили 393 подростка, прошедшие этапы третичной профилактики. В контрольную группу вошли 165 учащихся, не получавших такого вмешательства. **Результаты:** после проведения третичной профилактики в основной группе произошло уменьшение времени, проводимого учащимися за компьютером ( $p < 0,05$ ); уменьшилось число учащихся ( $p < 0,05$ ) со стадией КИЗ, с депрессивными состояниями и состояниями, близкими к депрессии и тревоге, улучшилось качество коммуникации ( $p < 0,05$ ). Увеличилось число школьников, имеющих навыки общения со сверстниками ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе отмечено увеличение времени, проводимого учащимися за компьютером ( $p < 0,05$ ), возрастание численности подростков с аффективными нарушениями при воздержании от компьютера ( $p < 0,05$ ), а также тенденция к увеличению частоты проблем и откладываемых встреч и личных дел вследствие увеличения времени, проведенного за компьютером. **Заключение:** третичная профилактика КИЗ, включающая психотерапию и фармакотерапию, позволила у значимо большей части ( $p < 0,05$ ) учащихся сформировать ремиссию с дезактуализацией патологического влечения к компьютерным играм (ПВКИ) и контролировать время, проведенное за компьютером.

**Ключевые слова:** компьютерная игровая зависимость, профилактика, третичная профилактика

**Для цитирования:** Кардашян Р.А., Медведев В.Э. Третичная профилактика компьютерной игровой зависимости у учащихся общеобразовательных учреждений. *Психиатрия*. 2022;20(1):35–45. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-35-45>

### RESEARCH

UDC 616-072.87; 616-084; 616-08-039.71

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-35-45>

## Tertiary Prevention of Computer Gaming Addiction in Students of General Education Institutions

Ruslan A. Kardashyan, Vladimir E. Medvedev  
Peoples' Friendship University of Russia, Medical Institute, Moscow, Russia

Corresponding author: Ruslan A. Kardashyan, [rakar\\_26@mail.ru](mailto:rakar_26@mail.ru)

### Summary

**Objective:** Since the mid-nineties of the last century, there has been a wide involvement of all segments of the world's population in computer games. A huge number of the younger generation including children, schoolchildren, teenagers is involved in the process of "computerization". With prolonged and frequent use of a computer, it is possible to form a computer gaming addiction. **The purpose** was to study of the effectiveness of tertiary prevention (TP) of computer game addiction (CGA) in students of General education institutions (GEI). **Patients and methods:** the study included 558 students in grades 7–10 of GEI aged 12–17 years ( $14.6 \pm 2.4$  years). The main group made up 393 students who received preventive intervention, and 165 persons of the control group didn't it. **Results:** as a result of the TP in the main group, there was a decrease in the interval of time spent by students at the computer ( $p < 0.05$ ); the number of students decreased ( $p < 0.05$ ): groups with the stage of CGA; with depressive states and states close to depression and anxiety; the quality of communication improved ( $p < 0.05$ ). The number of schoolchildren with communication skills with peers has increased ( $p < 0.05$ ). The control group revealed: an increase in the time interval spent by students at the computer ( $p < 0.05$ ); an increase in the number of students experiencing affective disorders when abstaining

from the computer ( $p < 0.05$ ). There was a tendency to increase the frequency of problems as well as postponed meetings and personal matters related to spending time at the computer. **Conclusion:** tertiary prevention of CGA, including psychotherapy and pharmacotherapy, allowed a significant part ( $p < 0.05$ ) of students to form remission with the deactualization of pathological attraction to computer games (PACG), to control the time spent.

**Keywords:** computer game addiction, prevention, tertiary prevention

**For citation:** Kardashyan R.A., Medvedev V.E. Tertiary Prevention of Computer Gaming Addiction in Students of General Education Institutions. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(1):35–45. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-35-45>

## ВВЕДЕНИЕ

Начиная с XX–XXI вв. большая часть населения планеты проводит достаточно много времени за компьютером, что привело у некоторых к формированию пристрастия к этому занятию. Компьютерной увлеченностью на сегодняшний день охвачены не только жители крупных мегаполисов, но и регионов, районов и даже маленьких населенных пунктов. Этот процесс продолжает набирать темпы [1, 2].

Компьютерная игровая увлеченность и зависимость быстро распространяется среди людей различного возраста: детского, подросткового и даже взрослых. В.Л. Малыгин и соавт. [3] отмечают, что особую проблему представляет широкая вовлеченность молодого поколения в этот вид активности.

Компьютерные игры, особенно развивающие, бесспорно, оказывают положительный эффект. Однако избыточно частое нахождение за компьютером отрицательно влияет на здоровье, приводя к оскудению эмоциональной сферы, нежеланию переключения на другие развлечения, вызывая агрессивные формы поведения, сужение круга интересов, уход от реальности в «виртуальный мир», социальную изоляцию, трудности в межличностных контактах, снижение школьной успеваемости, формирование зависимости [4–7].

Становится очевидной необходимость превентивных мер, в частности проведения третичной профилактики (ТП) у подростков со сформированной зависимостью. Большинство современных методик третичной профилактики оказались недостаточно эффективными: используются общепринятые стандарты и не учитываются модернизированные психотерапевтические методики, адаптированные для применения у школьников, не используется и дифференцированная фармакотерапия.

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить эффективность программ третичной профилактики (ТП) компьютерной игровой зависимости (КИЗ) у учащихся общеобразовательных учреждений (ООУ) с включением фармакотерапии и модернизированных психотерапевтических методик, адаптированных для применения у школьников.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Проведение исследования одобрено комитетом по этике научных исследований Федерального

государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов» (протокол № 4 от 15 октября 2015 г.).

Объектом исследования в период с 2012 по 2014 гг. стали 558 учащихся (58,8% мужского пола и 41,2% женского, средний возраст  $14,6 \pm 2,4$  года) двух муниципальных школ (ООУ) г. Сергиев Посад Московской области. В основную группу были включены 393 школьника (58,5% мальчиков и 41,5% девочек), проходивших превентивную программу, в контрольную — 165 учащихся (59,4% мальчиков и 40,6% девочек), интактных в отношении мер профилактики игровой зависимости. Группы были сопоставимы по возрасту и социально-демографическим показателям. Родители учеников и педагоги ООУ давали письменное информированное согласие на включение подростков в исследование.

Дети, у которых «общение» с компьютером и компьютерные игры зачастую носили не систематический, а ситуационный характер и не превышали 1–2 ч/сут, были отнесены в 1-ю подгруппу — с естественным интересом к компьютерным играм (ЕИКИ).

Подростков с избыточным использованием компьютера, интернета, компьютерных игр (2–4 ч/сут) без сформированной зависимости, но с последствиями в когнитивной, поведенческой, аффективной и соматической сферах, включили во 2-ю подгруппу — с вредными последствиями увлеченности компьютерными играми (УКИВП).

Школьники, которые проводили слишком много времени за монитором (от 10 до 14 и более ч/сут), забывали о своих обязанностях, учебе, домашних делах, не соблюдали общие правила гигиены и питания. Они испытывали эмоциональный подъем во время игры, а при воздержании от игры становились раздражительными, агрессивными, замкнутыми. Таких участников отнесли в 3-ю подгруппу — с компьютерной игровой зависимостью (КИЗ; по МКБ-10 F63.8 «Расстройства привычек и влечений» в разделе — «Другие расстройства привычек и влечений»).

**Критерии включения в клиническую группу:** подростковый возраст, наличие компьютерной игровой зависимости, отвечающей критериям рубрики «список расстройств привычек и влечений» (МКБ-10, F63, F63.8) МКБ-10, информированное согласие подростка и его законных представителей на участие в исследовании.

**Критерии невключения:** тяжелые заболевания ЦНС, эпилепсия, тяжелые соматические заболевания в стадии обострения.

Исследование состояло из трех этапов и было рассчитано на девять месяцев. Первый этап — анкетирование — социальное интервью учащихся, родителей и педагогов, диагностическое тестирование и клинический осмотр учеников с выделением групп с различной степенью увлеченности к компьютерным играм (КИ). Второй этап — проведение третичной профилактики компьютерной игровой зависимости (ТП КИЗ) учащимся 00У (9 мес.). Третий этап — оценка эффективности программы.

**Методы исследования:** социологический (анкетирование) — интервью учащихся, родителей, педагогов; клинический — сбор анамнеза, динамическое наблюдение; батарея опросников и тестов: диагностика КИЗ с помощью лингвистического теста [8]; «Идентификация компьютерной зависимости» (КЗ) [9]; тест Такера на выявление игровой зависимости (ИЗ) [10]; тест на интернет-аддикцию Никитина, Егорова в модификации И.А. Кобыгиной [11], скрининговая диагностика КЗ по методике Л.Н. Юрьевой, Т.Ю. Болбот [12]; опросник для родителей на выявление КИЗ у своих детей [13, 14]; анкета раннего выявления КИЗ педагогами [15]; методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга в адаптации Т.И. Балашовой [16]; госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [17]; тест «Коммуникабельны ли вы?» [18]; шкала общего клинического впечатления CGI [19].

Для статистического анализа данных исследования применили параметрический и непараметрический методы [20]. Обоснованность нулевой гипотезы определяли параметрическим методом с использованием *t*-критерия Стьюдента. Сила корреляционной связи между двумя количественными показателями измерялась с помощью параметрического метода. Для сравнения количества процентных данных (долей) применили критерий  $\chi^2$ , хи-квадрат Пирсона. Для определения различия двух совокупностей применили непараметрический метод статистики — критерий Колмогорова–Смирнова, размер связи между двумя признаками устанавливали непараметрическим методом по коэффициенту корреляции рангов Спирмена.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования было установлено, что в основной группе 332 учащихся (84,5%; 57,7% муж.) составили 1-ю подгруппу (ЕИКИ). Они проявляли естественный для своего возраста интерес к компьютерным играм. Во 2-й подгруппе (УКИВП) оказалось 40 человек (10,2%; 67,5% муж.) с избыточным использованием компьютерных игр и вредными последствиями в когнитивной, поведенческой, аффективной, соматической сферах, но без сформированной зависимости. 21 ученик (5,3%; 80,9% муж.) вошел в 3-ю подгруппу, или группу компьютерной игровой зависимости (КИЗ), с неодолимым патологическим влечением к КИ, увеличением толерантности, синдромом отмены. В контрольной группе 132 ученика (80% от

численности группы; 54,5% муж.) были отнесены к 1-й подгруппе (ЕИКИ); 18 учащихся (10,9%; 61,1% муж.) — ко 2-й подгруппе (УКИВП), а 15 (9,1%; 80% муж.) — к 3-й подгруппе (КИЗ).

В программу ТП КИЗ вошли учащиеся основной группы с КИЗ, а ученики контрольной группы были обследованы, но не участвовали в профилактических мероприятиях.

При проведении ТП был использован накопленный опыт современных исследователей [21, 22], однако методики были значительно расширены и модифицированы путем присоединения модернизированных психотерапевтических техник, адаптированных для применения у школьников [23, 24].

Программа ТП КИЗ осуществлялась с участием родителей, врачей-психиатров, наркологов и медицинских психологов и состояла из трех блоков: а) консультативно-диагностического; б) информационно-просветительского, ориентированного на расширение знаний о роли компьютера в жизни человека и возможных негативных последствиях для здоровья человека при неконтролируемом его использовании и в) лечебно-реабилитационного. Поставленные задачи и используемые технологии в рамках блоков а) и б) были аналогичными тем, что применяются в рамках первичной профилактики [25].

Лечебно-реабилитационный блок мер реализовывался в амбулаторных условиях в медицинском центре и был направлен на купирование синдрома отмены (СО) в течение 7–10 дней, а отставленных его явлений в следующие 2–3 нед. В последующем комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий проводили 2 раза в неделю в течение 2 мес. с целью оздоровления психического и психологического состояния, восстановления социально-активного поведения и формирования навыков альтернативного досуга, далее 1 раз в неделю в течение 6 мес. с целью оздоровления.

### Психотерапия патологического влечения к компьютерным играм

Курс лечения был амбулаторным, проводился после купирования синдрома отмены и состоял из 16–20 сессий по 90 мин 2 раза в неделю. Индивидуальные и групповые сессии назначались с заранее объявленным временем встреч.

Примерный план первой сессии (совместно с родителями) когнитивно-поведенческой психотерапии состоял из выяснения ожиданий и опасений подростка в отношении предстоящей психотерапии, выявления негативных установок, определения проблем, требующих неотложного вмешательства (чувства безнадежности, суицидальных мыслей). После психотерапевтического сеанса проводился расспрос учащихся о состоянии. Последующие 2–4 сессии состояли из установления раппорта, создания рабочего альянса, расспроса как прошли предыдущие сессии, работы с выявленными механизмами психологических защит в зависимости от ведущего механизма защиты, объяснения школьнику сути когнитивно-поведенческих

стратегий, обоснования необходимости выполнения поведенческих поручений и домашних заданий. Последующие 5–11 сессий включали сеансы психотерапии с выявленными «ошибками мышления», заключением контракта на информирование врача о своих негативных чувствах, развитием навыков регуляции эмоций, тренингом управления эмоциями и стрессом, обсуждением трудностей при выполнении домашнего задания, составлением режима дня. Остальные 12–36 сессий состояли из поведенческого тренинга с развитием умений, необходимых при столкновении с ситуациями, способствующими реализации игрового поведения, включали анализ игрового поведения, предшествующего формированию влечения, и выявление его последствий. Во время последней сессии совместно оценивались динамика состояния и самочувствия, степень удовлетворенности учащимися собственными достижениями и изменениями, уровень выполнения психотерапевтических контрактов.

Важным моментом было домашнее задание «Исчезновение компьютера» с последующей проверкой, которая способствовала замещению КИ другими видами деятельности — разными активными спортивными играми, в которых подросток мог видеть свои реальные результаты, успех и получать от этого удовольствие.

На сессии групповой психотерапии каждый пациент рассказывал о том, как он проводил бы свое свободное время, если бы не существовали КИ (15 мин). Пациенту рекомендовали вести дневник и каждый день фиксировать время, проведенное за компьютером, а также обозначать эмоции, связанные с игрой и отказом от нее, раздражительность, провоцирующие факторы.

В рамках программы ТП КИЗ был применен и модифицирован вариант игровой психотерапии (коллективная спортивная игра) в форме послеигрового разбора действия каждого игрока с высказыванием его мнения и участием учителя по физкультуре и психотерапевта [26]. Коллективные спортивные игры являются одним из наиболее успешных способов замены патологической доминанты, когда происходит переход мотивации учащегося с объекта зависимости на другие потребности, установки, цели, ценности. Команда рассматривается как психотерапевтическая группа, где происходит коллективное психотерапевтическое взаимодействие и общение.

Проводилась также программа по коррекции и развитию коммуникативных компетенций подростков в виде игровой активности. Это способствовало развитию и формированию у подростков навыков социальной коммуникации, увеличению чувства ответственности за свое поведение и снижению напряженности. Курс был рассчитан на девять занятий, группы состояли из 5–12 человек, продолжительность занятия 1 ч, частота 1 раз в неделю [27].

Были включены элементы когнитивно-поведенческой психотерапии по Дж. Бек [28], психодрамы по Я.Л. Морено, элементы гештальт-терапии, арт-терапии, семейной психотерапии по Дж. Хейли [29], родительской

суггестии, а также релаксационные занятия «Слушай тишину», «Думай о дыхании», «Внутреннее спокойствие», «Я и мой внутренний мир». Обязательным условием было установление психотерапевтического альянса [30].

При ТП психотерапия была направлена прежде всего на дезактуализацию патологического влечения к КИ и нивелирование других симптомов зависимости, что достигалось использованием метода словесно-эмоциональной реорганизации сложившихся патологических динамических стереотипов [31].

Идеаторные нарушения нивелировались методами когнитивно-поведенческой терапии [28], психотерапией «когнитивных ошибок» [25].

В случае преобладания аффективного компонента ПВ КИ (76,2%) психотерапия включала элементы гештальт-терапии («горячий стул», «пустой стул», написание словаря своих чувств). Элемент «горячий стул» заключался в следующем: напротив учащегося располагался пустой стул, на который «сажали» воображаемого собеседника. В течение сессии поочередно меняли стулья, проигрывая диалоги. Диалоги представляли собой разговоры со своими эмоциями — «тревогой», «депрессией» и т.д.

При преобладании поведенческого компонента ПВ КИ применялись поведенческие тренинги, направленные на выработку правильных стереотипов поведения.

Для развития личностных ресурсов использовали метод терапии творческим самовыражением [32]. Метод важен у учащихся с нехимическими формами аддикций, так как у них утрачен творческий альтруистический исследовательский радикал.

Разделение факторов риска формирования КИЗ на внешние и внутренние позволило определить мишени терапевтического воздействия в рамках ТП КИЗ [25]: при преобладании внешних факторов риска основной акцент психотерапевтического воздействия был сделан на санации семейной ситуации учащегося, при преобладании внутренних факторов риска — на гармонизацию психологической структуры личности.

#### **Выделение мишеней психотерапии в зависимости от типологии индивидуально-психологических характеристик личности**

Типы индивидуально-психологических характеристик зависимых определяли, используя опросники на выявление акцентуаций характера (по А.Е. Личко), психологических защит с определением общей напряженности защит (по Плутчику–Келлерману–Конте), типа доминирующего инстинкта (ДИ) (по В.И. Гарбузову). В зависимости от результатов этих оценок происходил выбор методов и терапевтических техник психотерапевтом [33]. При преобладании гипертимных черт учащийся «идет на контакт», если чувствует доброжелательное отношение к себе. При наличии аффективной неустойчивости выбирался директивный стиль психотерапии. Недирективная психотерапия использовалась у лиц с эпилептоидной акцентуацией характера, а когнитивно-поведенческая (и психодрама

**Таблица 1.** Динамика аффективных нарушений, связанных с использованием компьютерных игр у школьников основной и контрольной группы (% , абс.)

**Table 1.** Dynamics of affective disorders associated with the use of computer games in schoolchildren of the main (tertiary prevention) and control (no intervention) groups (% , abs)

Субъективные ощущения/Subjective feelings	1-я оценка/1 <sup>st</sup> assessment		2-я оценка/2 <sup>nd</sup> assessment	
	Основная группа/Main group	Контрольная группа/Control group	Основная группа/Main group	Контрольная группа/Control group
Аффективные расстройства при воздержании от компьютера/Affective disorders when abstaining from the computer				
Беспокойство/Anxiety	14,5 (3)	13,3 (2)	9,5 (2)	13,3 (2)
Раздражительность/Irritability	71,2 (15)	66,7 (10)	9,5 (2)*	80 (12)
Общий дискомфорт/General discomfort	–	13,3 (2)	23,8 (5)	–
Подавленность/Depression	9,5 (2)	6,7 (1)	9,5 (2)	–
Ощущение пустоты/Feeling of emptiness	4,8 (1)	6,7 (1)	9,5 (2)	6,7 (1)
Частота проблем, связанных с компьютерными играми и интернетом/Frequency of problems related to computer games and Internet				
Всегда/Always	61,9 (13)	60 (9)	33,3 (7)**	53,3 (8)
Очень часто/Very often	28,6 (6)	33,3 (5)	14,3 (3)**	33,3 (5)
Часто/Often	9,5 (2)	6,7 (1)	14,3 (3)	13,3 (2)
Редко/Rarely	–	–	28,6 (6)*	–
Иногда/Sometimes	–	–	9,5 (2)	–
Ко мне не относится/Don't treat me	–	–	–	–
Частота откладываемых встреч и личных дел из-за компьютера/Frequency of postponed meetings and personal matters due to the computer				
Всегда/Always	66,7 (14)	53,3 (8)	33,3 (7)**	60 (9)
Очень часто/Very often	28,6 (6)	33,3 (5)	14,5 (3)**	40 (6)
Часто/Often	4,7 (1)	13,3 (2)	19 (4)**	–
Редко/Rarely	–	–	23,8 (5)	–
Иногда/Sometimes	–	–	9,5 (2)	–
Ко мне не относится/Don't treat me	–	–	–	–
Время, проводимое за компьютером/Time spent at the computer				
2–4 ч/2–4 hours	19 (4)	13,3 (2)	13,3 (2)	–
4–10 ч/4–10 hours	81 (17)	80 (12)	52,9 (9)**	100 (15)*

Примечание: \* $p < 0,05$  — по отношению к фоновому значению; \*\* $p < 0,01$  — по отношению к фоновому значению.

Note: \* $p < 0.05$  — relative to the background value; \*\* $p < 0.01$  — relative to the background value.

по Я.Л. Морено) — у лиц неустойчивых. Метод творческого самовыражения показан лицам с сенситивной, истерической акцентуацией характера, что было обнаружено в ранних исследованиях [32, 25].

Психофармакотерапия была направлена на купирование СО и его отставленных явлений. Применяли дифференцированную терапию такими препаратами, как нормотимики, серотонинергические антидепрессанты, небольшие дозы нейролептиков и анксиолитиков.

При доминировании аффективного компонента СО в виде тоски, адинамии (19%) назначали сертралин (25–50 мг/сут), сульпирид (50 мг/сут). Если преобладали тревожные нарушения (14,3%), препаратами выбора были флувоксамин (25–50 мг/сут), алимемазина тартрат (5–10 мг/сут); при повышенной раздражительности, агрессивности, грубости (23,8%) применяли карбамазепин (100–200 мг/сут) и рисперидон (1–2 мг/сут) [34, 35, 37]. Указанные препараты назначали школьникам в возрасте 12–17 лет.

Поведенческие расстройства (14,3%) купировали назначением тиаприда (100–150 мг/сут).

При присоединении выраженного психомоторного возбуждения (4,8%) назначали галоперидол в каплях (2% — 10,0), 5 капель 2–3 раза/сут [34, 36]. При расстройствах поведения с моторными проявлениями, ажитацией и агрессивностью, вегетативными и неврозоподобными проявлениями [35] назначали тиаприд (200–300 мг/сут), карбамазепин (150–200 мг/сут), рисперидон (1–2 мг/сут) [35, 36].

В случае превалирования идеаторного компонента (14,3%) прописывали тиаприд (100–150 мг/сут) и карбамазепин (150–200 мг/сут) [34–36].

При выраженных нарушениях сна (19%) применяли на ночь клоназепам (0,5 мг). Поскольку дозы клоназепама были небольшие, то не было необходимости в титровании дозы и плавной его отмене.

Вероятность формирования новой зависимости у лиц с уже имеющейся аддикцией не позволяла назначать гипнотики первого поколения (барбитураты, антигистаминные препараты), второго (производные бензодиазепинов), а также третьего поколения (небензодиазепиновые), для которых возраст до 12 лет

**Таблица 2.** Признаки ухудшения здоровья, связанные с использованием компьютерных игр, у школьников основной и контрольной группы в % (абс. чис.)

**Table 2.** Signs of health deterioration associated with the use of computer games in schoolchildren of the main and control groups in % (abs. numb.)

Оценки до и после периода вмешательства/ Basic and outcome assessment Субъективные ощущения/ Subjective feelings	1-я оценка/1 <sup>st</sup> assessment		2-я оценка/2 <sup>nd</sup> assessment	
	Основная группа/Main group	Контрольная группа/Control group	Основная группа/Main group	Контрольная группа/Control group
Сухость и жжение в кистях рук/Dryness and burning in the hands	23,8 (5)	20 (3)	14,3 (3)*	26,7 (4)
Онемение пальцев рук/Numbness of the fingers	19 (4)	13,3 (2)	9,5 (2)**	26,7 (4)*
Боль в кистях рук/Pain in the hands	47,6 (10)	46,7 (7)	28,6 (6)**	60 (9)*
Боль в спине/Back pain	71,4 (15)	60 (9)	47,6 (10)*	66,7 (10)
Головная боль/Headache	28,5 (6)	26,7 (4)	9,5 (2)**	26,7 (4)
Беспокойный сон/Restless sleep	23,8 (5)	20 (3)	14,3 (3)*	33,3 (5)*
Бессонница/Insomnia	66,6 (14)	73,3 (11)	57,1 (12)	73,3 (11)
Сухость и жжение глаз/Dry and burning eyes	2 (9,5%)	13,3 (2)	–	26,7 (4)**

Примечание: \* $p < 0,05$  — по отношению к фоновому значению; \*\* $p < 0,01$  — по отношению к фоновому значению.  
Note: \* $p < 0.05$  — relative to the background value; \*\* $p < 0.01$  — relative to the background value.

является противопоказанием к использованию (зопиклон).

Вегетативные проявления СО (9,5%) купировали приемом гидроксизина (20–30 мг/сут). Все пациенты получали метаболическую терапию: кортексин (10 мг в/м), 1 раз в сутки в течение 10 дней. С 10-го дня подключали ноотропы (пирацетам 1,2 г/сут, аминоксидил-масляная кислота 375–750 мг/сут, гопантеновая кислота 750 мг/сут), витаминотерапию, адаптогены (леuzea, женьшень) длительностью 1 мес. для улучшения функционирования ЦНС.

Отставленные симптомы синдрома отмены проявлялись аффективными нарушениями с преобладанием тоски, адинамии (19%, 4 чел.); тревожными (14,3%, 3 чел.) и психопатоподобными (23,8%, 5 чел.) расстройствами.

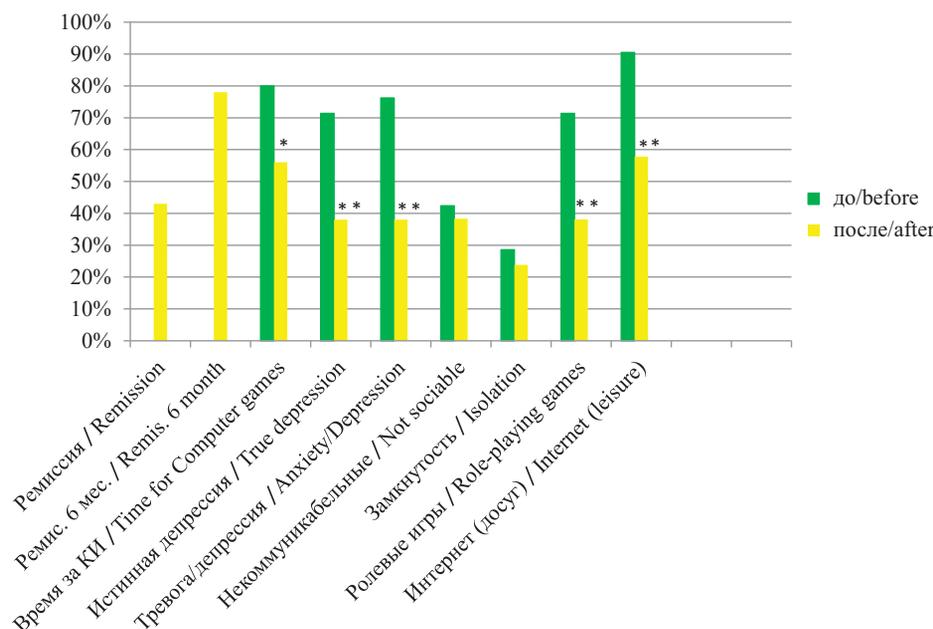
При купировании отставленных явлений СО и аффективных проявлений в восстановительном периоде использовались те же фармакологические подходы, что и при купировании СО.

На восстановительном этапе при превалировании аффективных нарушений проводилась терапия антидепрессантами (СИОЗН, 4–6 мес.) и нейролептиками (2 мес.).

Профилактический (постреабилитационный) этап направлен на профилактику рецидивов (1 раз/нед. в течение 6 мес.).

### Результаты третичной профилактики КИЗ

Оценка эффективности программы проводилась с использованием шкалы общего клинического впечатления (Clinical Global Impression, CGI) [19]. В результате



**Рис. 1.** Оценка проведения эффективности программы третичной профилактики

**Fig. 1.** Evaluation of the effectiveness of the tertiary prevention program

**Таблица 3.** Результаты проведения профилактических мероприятий у учащихся на основе скрининговых методов исследований, в % (абс.) и баллах

**Table 3.** The results of preventive measures in students based on screening research methods, in % (abs.) and points

Признаки/Parameters	1-я оценка/1 <sup>st</sup> assessment		2-я оценка/2 <sup>nd</sup> assessment	
	Основная группа/Main group	Контрольная группа/Control group	Основная группа/Main group	Контрольная группа/Control group
Шкала депрессии (Т.И. Балашова)				
Легкая депрессия/Mild depression	–	–	–	–
Субдепрессивное состояние/Subdepressive state	28,6 (6) 63,3 ± 2,2	40 (6) 64,5 ± 1,2	9,5 (2)** 64 ± 0,5	40 (6) 64,5 ± 1,2
Истинное депрессивное состояние/True depressive state	71,4 (15) 76,5 ± 1,8	60 (9) Более 72	38 (8)** 76 ± 1,8	60 (9) Более 72
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)				
Отсутствие тревоги/депрессии/No anxiety or depression	–	–	52,4 (11)	–
Субклинически выраженная тревога/депрессия/ Subclinical anxiety or depression	23,8 (5) 9,4 ± 0,6 8,8 ± 0,5	33,3 (5) 8,3 ± 0,2 8,7 ± 0,4	9,5 (2)** 9,0 ± 0,5 8,8 ± 0,5	26,7 (4) 8,5 ± 0,7 8,3 ± 0,5
Клинически выраженная тревога/депрессия/Marked anxiety or depression	76,2 (16) 14,3 ± 1,4 17,8 ± 1,8	66,7 (10) 12,5 ± 0,5 15,5 ± 0,9	38 (8)** 12,4 ± 1,6 16,8 ± 2,2	73,3 (11) 13,5 ± 1,2 14,6 ± 1,6

Примечание: \*\**p* < 0,01 — по отношению к фоновому значению.

Note: \*\**p* < 0.01 — relative to the background value.

**Таблица 4.** Динамика изменений теста «Коммуникабельны ли вы?» у учащихся в результате проведенных профилактических мероприятий (% абс.)

**Table 4.** Dynamics of changes in the test “Are you sociable?” among students as a result of preventive measures (% abs.)

1-я оценка/1 <sup>st</sup> assessment		2-я оценка /2 <sup>nd</sup> assessment	
Основная группа/Main group	Контрольная группа/Control group	Основная группа/Main group	Контрольная группа/Control group
Явно некоммуникабельны/Clearly uncommunicative			
42,3 (9)	60 (9)	38,0 (8)	60 (9)
Замкнуты, неразговорчивы, любят одиночество/They are closed, taciturn, love solitude			
28,6 (6)	33,3 (5)	23,8 (5)	40 (6)
В известной степени общительны/To a certain extent, they are sociable			
28,6 (6)	6,7 (1)	38,0 (8)	–

проведения ТП (табл. 1, 2; рис. 1), комбинированной фармакотерапии и психотерапии произошло сокращение времени, проводимого учащимися за компьютером (*p* < 0,05), количества проблем, откладываемых встреч и личных дел, что ранее было связано с проведением времени за компьютером (*p* < 0,05). Уменьшилось число учеников (*p* < 0,05) с аффективными нарушениями при воздержании от компьютера; с признаками ухудшения соматического здоровья, связанными с использованием КИ; с депрессивными состояниями и состояниями, близкими к депрессии и тревоге; предпочитающих ролевые игры и интернет; улучшилось качество коммуникаций.

У 78% пациентов основной группы с КИЗ ремиссию наблюдали в течение 6 мес., а у 43% — более 6 мес. (рис. 1).

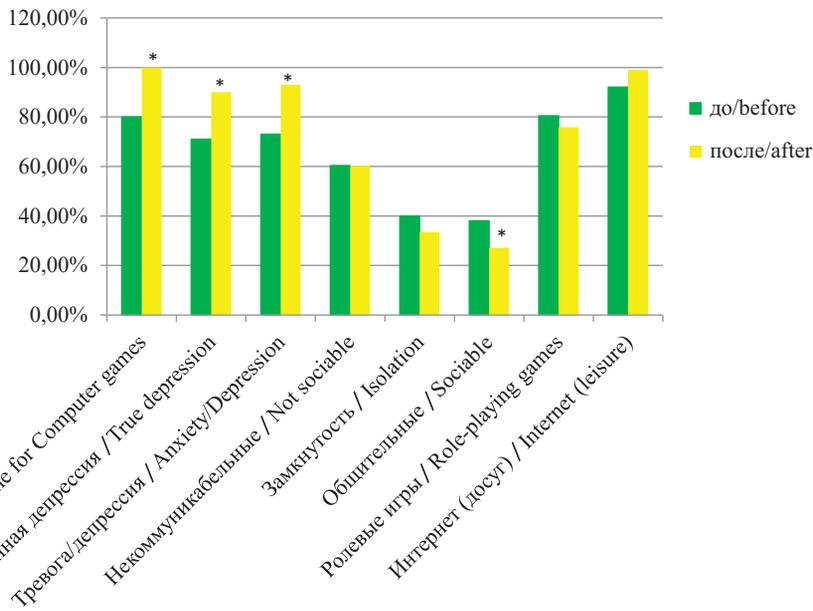
В табл. 2 приведены субъективные ощущения, наиболее часто встречающиеся при компьютерной зависимости.

По методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга в адаптации

Т.И. Балашовой диагностировали отсутствие депрессии, если в момент осмотра не наблюдался сниженный фон настроения. О легкой депрессии ситуативно или невротического генеза судили, если выявляли незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения. Субдепрессивное состояние или маскированную депрессию устанавливали при значительном снижении настроения. При глубоком снижении настроения диагностировали клинически выраженное депрессивное состояние.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), разработанная А.С. Zigmond и R.P. Snaith в 1983 г., относится к субъективным и предназначена для первичного скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов в общей медицинской практике.

В контрольной группе (табл. 1, 2; рис. 2) отмечено увеличение следующих показателей: интервала времени (*p* < 0,05), проводимого учащимися за компьютером; числа учеников (*p* < 0,05), испытывающих ухудшения соматического здоровья, с депрессивными состояниями и состояниями, близкими к депрессии и тревоге.



**Рис. 2.** Динамика показателей в контрольной группе  
*Примечание:* \* $p < 0,05$  — по отношению к фоновому значению  
**Fig. 2.** Dynamics of indicators in the control group  
*Note:* \* $p < 0.05$  — relative to the background value

Выявлена тенденция к увеличению числа учеников, испытывающих аффективные нарушения при воздержании от компьютера, любящих одиночество (рис. 2); частоты проблем и откладываемых встреч, личных дел, связанных с проведением времени за компьютером. Число учеников, предпочитающих ролевые игры и интернет, статистически значимо не изменилось.

Стремительная отрицательная динамика в данной группе, очевидно, вызвана одновременным существованием у большинства учащихся сочетания факторов риска, способствующих или предрасполагающих к формированию компьютерной игровой зависимости [38].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Программа третичной профилактики компьютерной игровой зависимости, включающая психотерапию и фармакотерапию, позволяет у значительной части учащихся нивелировать патологическое влечение к компьютерным играм и сформировать ремиссию, а также приобрести навыки, направленные на преодоление возникающего ПВ КИ, и контролировать время, проведенное за компьютером, улучшить коммуникативные способности.

## Выводы

1. Предложена, внедрена и доказана эффективность программы третичной профилактики компьютерной игровой зависимости.
2. Программа по коррекции и развитию коммуникативных компетенций подростков способствует улучшению коммуникативных способностей,

навыков самостоятельного решения поставленных задач, выражения своих мыслей, пополнению словарного запаса и расширению спектра положительных эмоций.

3. Третичная профилактика компьютерной игровой зависимости должна проводиться не менее 1,5–2 лет.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Худяков АВ, Урсу АВ, Старченкова АМ. Компьютерная игровая зависимость, клиника, динамика, эпидемиология. *Медицинская психология в России*. 2015;4(33):1–10.  
Hudyakov AV, Ursu AV, Starchenkova AM. Komp'yuternaya igrovaya zavisimost', klinika, dinamika, epidemiologiya. *Medicinskaya psihologiya v Rossii*. 2015;4(33):1–10. (In Russ.).
2. Гилева НС. К вопросу о профилактике интернет-зависимости у подростков. *Наука о человеке: гуманитарные исследования*. 2016;2:136–139.  
Gileva NS. K voprosu o profilaktike internet-zavisimosti u podrostkov. *Nauka o cheloveke: gumanitarnye issledovaniya*, 2016;2:136–139. (In Russ.).
3. Малыгин ВЛ, Хомерики НС, Смирнова ЕА, Антоненко АА. Интернет-зависимое поведение. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2011;4:86–92.  
Malygin VL, Homeriki NS, Smirnova EA, Antonenko AA. Internet-zavisimoe povedenie. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2011;4:86–92. (In Russ.).
4. Нежебицкая ИА. Влияние виртуальной реальности на подростков. Текст: непосредственный. *Молодой*

- ученый. 2017;51(185):259–262. URL: <https://moluch.ru/archive/185/47493/> (дата обращения: 25.06.2020).
- Nezhebickaja IA. Vliyanie virtual'noj real'nosti na podrostkov. Tekst: neposredstvennyj. *Molodoj uchenyj*. 2017;51(185):259–262. URL: <https://moluch.ru/archive/185/47493> (data obrashheniya: 25.06.2020). (In Russ.).
5. Калинина ТВ, Ручкина АА. Компьютерная зависимость у детей подросткового возраста. Текст: непосредственный. *Молодой ученый*. 2016;21(125):822–824. URL: <https://moluch.ru/archive/125/34491/> (дата обращения: 25.06.2020). Kalinina TV, Ruchkina AA. Komp'yuternaja zavisimost' u detej podrostkovogo vozrasta. Tekst: neposredstvennyj. *Molodoj uchenyj*. 2016;21(125):822–824. URL: <https://moluch.ru/archive/125/34491> (data obrashheniya: 25.06.2020). (In Russ.).
  6. Männikkö N. Problematic gaming behavior among adolescents and young adults. Relationship between gaming behavior and health [Электронный ресурс] URL: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526216584.pdf> (дата обращения: 12.12.2019).
  7. Paulus F, Ohmann S, von Gontard A, Popow Ch. Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2018;60(7):645–659. doi: 10.1111/dmcn.13754
  8. Кардашян РА. Диагностика компьютерной игровой зависимости с помощью лингвистического теста. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Спецвыпуск*. 2019;(7):52–57. DOI: 10.17116/jnevro201911907252  
Kardashyan RA. Diagnosis of computer game addiction with the help of the linguistic test. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova. Special issue*. 2019;(7):52–57. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro201911907252
  9. Битенский ВС, Аймадов КВ, Пахмурный ВА. Клинико-психопатологические аспекты трансформации аддиктивного поведения в условиях «информационного взрыва». *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. 2006;1:161–167.  
Bitenskij VS, Ajmedov KV, Pahmurnyj VA. Kliniko-psihopatologicheskie aspekty transformacii addiktivnogo povedeniya v usloviyah "informacionnogo vzryva". *Vіsник психіатрії та психофармакотерапії*. 2006;1:161–167. (In Russ.).
  10. Косенко ПВ. Программа первичной профилактики компьютерной и игровой зависимости как необходимое условие психологической безопасности несовершеннолетних. Ростов-на-Дону, «Школа № 61», 2015:48 с.  
Kosenko PV. Programma pervichnoi profilaktiki komp'yuternoj i igrovoj zavisimosti kak neobhodimoe uslovie psikhologicheskoj bezopasnosti nesovershennoletnikh. Rostov-na-Donu, "Shkola № 61", 2015:48 p. (In Russ.).
  11. Беловол ЕВ, Петрова ИВ. Разработка опросника для оценки степени увлеченности ролевыми компьютерными играми. *Психологический журнал*. 2011;32(6):49–58.  
Belovol EV, Petrova IV. Razrabotka oprosnika dly otsenki stepeni uvlechennosti rolevymi komp'yuternymi igrami. *Psikhologicheskii zhurnal*. 2011;32(6):49–58. (In Russ.).
  12. Юрьева ЛН, Большот ТЮ. Способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости. *Педиатрия/Неонатология*. 2008;4:72–76.  
Jur'eva LN, Bol'bot TY. Sposob skringovoj diagnostiki komp'yuternoj zavisimosti. *Pediatrija/Neonatologija*. 2008;4:72–76. (In Russ.).
  13. Гришина АВ. Тест-опросник степени увлеченности младших подростков компьютерными играми. *Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология*. 2014;4:132–141.  
Grishina AV. Test-oprosnik stepeni uvlechennosti mladshikh podrostkov komp'yuternymi igrami. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Ser. 14. Psikhologija*. 2014;4:132–141. (In Russ.).
  14. Кулаков СА. Тест на детскую интернет-зависимость. [Электронный ресурс]. [http://www.computer-timer.ru/komp'yuternaya\\_zavisimost](http://www.computer-timer.ru/komp'yuternaya_zavisimost) Режим доступа: (дата обращения: 03.03. 2015 г.).  
Kulakov SA. Test na detskuju internet-zavisimost'. [Elektronnyi resurs]. [http://www.computer-timer.ru/komp'yuternaya\\_zavisimost](http://www.computer-timer.ru/komp'yuternaya_zavisimost) (data obrashcheniya: 03.03.2015 g.). (In Russ.).
  15. Друзин ВН. Профилактика игровой компьютерной аддикции подростков в детских оздоровительно-образовательных лагерях. *Ярославский педагогический вестник*. 2011;1(2):36–40. (In Russ.).  
Druzin VN. Profilaktika igrovoj komp'yuternoj addiccii podrostkov v detskih ozdorovitel'no-obrazovatel'nyh lagerjah. *Jaroslavski jpedagogicheskij vestnik*. 2011;1(2):36–40. (In Russ.).
  16. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга (адаптация Т.И. Балашовой) (Шкала сниженного настроения — субдепрессии (ШНС)). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://vsetesti.ru/231> (дата обращения: 16.05.2015 г.).  
Metodika differentsial'noi diagnostiki depressivnykh sostoyanii V. Zunga (adaptatsiya T.I. Balashovoi) (Shkala snizhennogo nastroyeniya — subdepressii (SHSNS)). [Elektronnyi resurs]. Rezhim dostupa: <http://vsetesti.ru/231> (data obrashcheniya: 16.05.2015 g.). (In Russ.).
  17. Волель БА, Сорокина ОЮ. Подходы к терапии депрессий в клинической практике. *Медицинский совет*. 2018;1:118–122.  
Volel' BA, Sorokina OYu. Podkhody k terapii depressiy v klinicheskoy praktike. *Meditinskij sovet*. 2018;1:118–122. (In Russ.).
  18. Психология общения и межличностных отношений. Опросник В.Ф. Ряховского для определения уровня

общительности В кн.: Морозов АВ. Деловая психология. СПб.: СОЮЗ, 1999:145.

Psikhologiya obshcheniya i mezhlchnostnykh otnoshenii. Oprosnik V.F. Ryakhovskogo dlya opredeleniya urovnya obshchitel'nosti V kn.: Morozov AV. Delovaya psikhologiya. Sankt-Peterburg: Izdatel'stvo "SOYUZ", 1999:145. (In Russ.).

19. Zaider TI, Heimberg RG, Fresco DM, Schneier FR, Liebowitz MR. Evaluation of the clinical global impression scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychol Med.* 2003;33(4):611–622.
20. Бондарева ИБ, Сергиенко ВИ. Математическая статистика в клинических исследованиях. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006:304.  
Bondareva IB, Sergienko VI. Matematicheskaja statistika v klinicheskikh issledovaniyah. M.: GEOTAR-Media, 2006:304. (In Russ.).
21. Безенкова ТА, Мананникова АВ, Безенников КЕ. Профилактика интернет-зависимости у подростков как необходимое условие обеспечения качества обучения и воспитания. *Современное педагогическое образование.* 2019;10:117–120. eLIBRARY ID: 41344133  
Bezenkova TA, Manannikova AV, Bezennikov KE. Profilaktika internet-zavisimosti u podrostkov kak neobkhodimoe uslovie obespecheniya kachestva obucheniya i vospitaniya. *Sovremennoe pedagogicheskoe obrazovanie.* 2019;10:117–120. (In Russ.). eLIBRARY ID: 41344133
22. Ловпаче ФГ. Психологические особенности интернет-аддикции как актуальная проблема современного мира. *Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология.* 2017;1:91–96.  
Lovpache FG. Psikhologicheskie osobennosti internet-addiktsii kak aktual'naya problema sovremennoogo mira. *Vestnik Adygeyskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 3: Pedagogika i psikhologiya.* 2017;1:91–96. (In Russ.).
23. Ахрамейко АВ, Куташов ВА. Современные аспекты лечения игровой зависимости. — Текст: непосредственный. *Молодой ученый.* 2016;2(106):320–326. URL: <https://moluch.ru/archive/106/24824/> (дата обращения: 23.10.2021).  
Akhrameyko AV, Kutashov VA. Sovremennye aspekty lecheniya igrovoy zavisimosti — Tekst: neposredstvennyy. *Molodoy uchenyy.* 2016;2(106):320–326. (In Russ.). URL: <https://moluch.ru/archive/106/24824/> (data obrashcheniya: 23.10.2021).
24. Филатова ТП. Программа психологической коррекции компьютерного игрового аддикта. *Актуальные вопросы современной науки.* 2015;44(1):111–122.  
Filatova TP. Programma psikhologicheskoy korrektsii komp'yuternogo igrovogo addikta. *Aktual'nye voprosy sovremennoy nauki.* 2015;44(1):111–122. (In Russ.).
25. Кардашян РА. Компьютерная игровая зависимость у учащихся общеобразовательных учреждений (распространенность, способствующие и предрасполагающие факторы, диагностика, клиника, терапия, профилактика). М.: Издательство РУДН. 2018:272 с.  
Kardashyan RA. Komp'yuternaja igrovaja zavisimost' u uchashhihsja obshheobrazovatel'nyh uchrezhdenij (rasprostranennost', sposobstvujushhie predraspolagajushhie faktory, diagnostika, klinika, terapiya, profilaktika). M.: Izdatel'stvo RUDN. 2018:272 p. (In Russ.).
26. Акопов АЮ. Лечение игровой зависимости. Психотерапевтический метод контрадиктивной стимуляции. СПб.: Ит., 2014:203 с.  
Akopov AYU. Lechenie komp'yuternoy zavisimosti. Psikhoterapevticheskiy metod kontraddiktivnoy stimulyatsii. Sankt-Peterburg: It., 2014:203 p. (In Russ.).
27. Жукова ЕВ. Программа по коррекции и развитию коммуникативных компетенций подростков. ГБПОУ МО. «Промышленно-экономический техникум». Одинцово, 2014:42 с.  
Zhukova EV. Programma po korrektsii i razvitiyu kommunikativnykh kompetentsiy podrostkov. GBPOU MO. «Promyshlennno-ekonomicheskij tehnikum». Odintsovo, 2014:42 p. (In Russ.).
28. Бек Дж. Когнитивная терапия. Пер. с англ. М.: ОО «И.Д. Вильямс», 2006:400 с.  
Bek Dzh. Kognitivnaya terapiya. Per. s angl. M.: OOO «I.D. Vil'iams», 2006:400 p. (In Russ.).
29. Хейли Д. Необычная психотерапия (Психотерапевтические техники Милтона Эриксона). Нью-Йорк; Лондон, 1986:289 с.  
Kheyli D. Neobychnaya psikhoterapiya (Psikhoterapevticheskie tekhniki Milтона Eriksona). N'yu-York; London, 1986:289 p. (In Russ.).
30. Пережогин ЛО. Полиmodalная психотерапия зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных средств доступа к нему. *Образование личности.* 2016;3:22–28.  
Perezhogin LO. Polimodal'naya psikhoterapiya zavisimosti ot personal'nogo komp'yutera, interneta i mobil'nykh sredstv dostupa k nemu. *Personality formation/Obrazovanie lichnosti.* 2016;3:22–28. (In Russ.).
31. Гусева ОИ, Клименко ТВ, Козлов АА. Трехуровневая система комплексной профилактики психических и поведенческих расстройств вследствие потребления психоактивных веществ. *Вопросы наркологии (Москва).* 2016;11–12:6–14.  
Guseva OI, Klimenko TV, Kozlov AA. Trekhurovnevaya sistema kompleksnoy profilaktiki psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv vsledstvie potrebleniya psikhоaktivnykh veshchestv. *Voprosy narkologii (Moskva).* 2016;11–12:6–14. (In Russ.).
32. Бурно МЕ. Терапия творческим самовыражением: клиническая терапия творчеством, духовной культурой. *Московский психотерапевтический журнал.* 1999;(1):19–42.

- Burno M.E. Terapiya tvorcheskim samovyrazheniem: klinicheskaya terapiya tvorchestvom, dukhovnoi kul'turoi. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal*. 1999;1:19–42. (In Russ.).
33. Кардашян РА. Индивидуальные психологические маркеры лиц с компьютерной игровой зависимостью и предрасположенных к ее формированию. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;(2):16–20. DOI: 10.17116/jnevro20181182118-22  
Kardashyan RA. Individual psychological markers of persons with computer game addiction and predisposed to its formation. *S.S. Korsakov Journal of neurology and psychiatry*. 2018;2:16–20. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro20181182118-22
34. Пережогин ЛО. Комплексное лечение интернет-зависимости: синтез фармакологии и психотерапии. *Психическое здоровье*. 2019;5:64–71. [https://DOI: 10.25557/2074-014X.2019.05.64-71](https://doi.org/10.25557/2074-014X.2019.05.64-71)  
Perezhogin LO. Complex treatment of Internet addiction: synthesis of pharmacology and psychotherapy. *Mental health*. 2019;5:64–71. (In Russ.). [https://DOI: 10.25557/2074-014X.2019.05.64-71](https://doi.org/10.25557/2074-014X.2019.05.64-71)
35. Пережогин ЛО, Шалимов ВФ, Казаковцев БА. Зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ (клиника, диагностика, лечение). *Российский психиатрический журнал*. 2018;2:19–30.  
Perezhogin LO, Shalimov VF, Kazakovtsev BA. Zavisimost' ot personal'nogo komp'yutera, interneta i mobil'nykh ustroystv, obespechivayushchikh udalennyi setevoy dostup (klinika, diagnostika, lechenie). *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal*. 2018;2:19–30. (In Russ.).
36. Быков ЮВ, Беккер РА. Тиаприд в терапии агрессивного поведения у больных алкоголизмом (обзор литературы). *Психиатрия и психофармакотерапия имени П.Б. Ганнушкина*. 2016;1:24–28.  
Bykov YuV, Bekker RA. Tiaprid v terapii agressivnogo povedeniya u bol'nykh alkogolizmom (obzor literatury). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya imeni P.B. Gannushkina*. 2016;1:24–28. (In Russ.).
37. Ястребов ДВ, Захарова КВ, Марачев МП. Применение рисперидона в комплексном лечении больных затяжными резистентными обсессивно-фобическими расстройствами. *Российский психиатрический журнал*. 2015;5:92–100.  
Yastrebov DV, Zakharova KV, Marachev MP. The use of risperidone in the complex treatment of patients with prolonged resistant obsessive-phobic disorders. *Russian Psychiatric Journal*. 2015;5:92–100. (In Russ.).
38. Кардашян РА, Голубинская ОИ. Факторы риска, способствующие формированию компьютерной зависимости. *Наркология*. 2015;3:36–40.  
Kardashyan RA, Golubinskaya OI. Faktory riska, sposobstvuyushchie formirovaniyu komp'yuternoy zavisimosti. *Narkologiya*. 2015;3:36–40. (In Russ.).

#### Сведения об авторах

Руслан Антраникович Кардашян, доктор медицинских наук, профессор, кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, ФГАОУ ВПО Российский университет дружбы народов, медицинский институт, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-5216-1813>

rakar\_26@mail.ru

Владимир Эрнстович Медведев, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, ФГАОУ ВПО Российский университет дружбы народов, медицинский институт, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-8653-596X>

medvedev\_ve@rudn.university

#### Information about the authors

Ruslan A. Kardashyan, professor, Dr. of Sci. (Med.), Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, Russian University of Peoples' Friendship, Medical Institute, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-5216-1813>

rakar\_26@mail.ru

Vladimir E. Medvedev, Cand. of Sci. (Med.), Head of the Department, Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, Peoples' Friendship University of Russia, Medical Institute, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-8653-596X>

medvedev\_ve@rudn.university

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

There is no conflict of interests.

Дата поступления 29.06.2021  
Received 29.06.2021

Дата рецензии 06.11.2021  
Revised 06.11.2021

Дата принятия 30.11.2021  
Accepted for publication 30.11.2021