

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Л.О. Пережогин, В.Д. Бадмаева,  
Е.В. Макушкин, Е.А. Урдина

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ  
И РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ,  
ЗАВИСИМЫХ ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА,  
ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ,  
ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ДОСТУП В СЕТЬ

*Методические рекомендации*



Москва - 2021

УДК  
ББК  
П 27

Методические рекомендации подготовлены в Отделе социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России доктором медицинских наук **Л.О. Пережогиным**, доктором медицинских наук **В.Д. Бадмаевой**, доктором медицинских наук, профессором **Е.В. Макушкиным**, младшим научным сотрудником **Е.А. Урдиной**

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года, Протокол № \_\_\_\_.

Рецензенты:

Харитоновна Н.К. – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России;

Злоказова М.В. – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России.

П27 Пережогин Л. О., Бадмаева В. Д., Макушкин Е. В., Урдина Е. А. **Психотерапевтическая помощь и реабилитация несовершеннолетних, зависимых от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ в сеть: Методические рекомендации.** – М.: ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2021. – с.

*Рассмотрены теоретические и практические аспекты психотерапевтической лечебной помощи и реабилитации детей и подростков при зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ. Разработаны оригинальные программы клинической психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии, которые могут быть использованы также на отдаленных этапах лечения в качестве реабилитирующих и ресоциализирующих техник.*

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

ББК

© Пережогин Л. О., Бадмаева В. Д.,  
Макушкин Е. В., Урдина Е. А., 2021

© ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В. П. Сербского»  
Минздрава России, 2021.

## Список сокращений

АТ – аутогенная тренировка  
АТ-I – аутогенная тренировка первой ступени  
АТ-II – аутогенная тренировка второй ступени  
БОС – биологическая обратная связь  
ВУЗ – высшее учебное заведение  
ДЗМ – Департамент здравоохранения г. Москвы  
КДЦ – консультативно-диагностический центр  
КДО – консультативно-диагностическое отделение  
КПТ – когнитивно-поведенческая терапия  
МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации  
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра  
ОРВИ – острая респираторно-вирусная инфекция  
ПК – персональный компьютер  
ППК – планшетный персональный компьютер  
ПАВ – психоактивные вещества  
ПО – программное обеспечение  
РАС – расстройства аутистического спектра  
РШС – расстройства шизофренического спектра  
СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина  
ФГБУ – Федеральное государственное бюджетное учреждение  
IP-адрес - Internet Protocol Address, уникальный числовой код ПК в сети  
PSP – PlayStation portable – портативная игровая консоль (Sony inc.)

## ВВЕДЕНИЕ

Зависимость от персонального компьютера (ПК), интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, стала в последние годы одной из актуальнейших проблем современной аддиктологии. В клинической практике все чаще встречаются подростки, обнаруживающие зависимость от интернет-активности в ее различных формах. Доминирующими видами злоупотребления интернетом являются многопользовательские видеоигры, социальные сети и мессенджеры, просмотр в сети порнографической продукции, совершение бессмысленных покупок в онлайн-магазинах, азартные игры (включая сетевые казино). За рубежом с конца 1990-х годов, а в России – с начала 2000-х годов ведутся исследования по верификации клинических критериев этого психического расстройства, изучению патогенетических механизмов, индивидуально-личностных характеристик зависимых лиц, а также методов фармакологической терапии и психотерапии. Несмотря на неутраченные среди исследователей споры о природе ассоциированного с интернет аддиктивного поведения, специалисты в области детской и подростковой психиатрии все чаще вынуждены решать сугубо практические задачи: оказывать помощь вовлеченным в зависимое поведение детям и подросткам. Распространенность интернет-зависимости в последние годы достигает по самым оптимистичным оценкам 1-2% населения (в среднем в исследованиях фигурируют цифры 6-8% среди детей и подростков), это состояние обнаруживает высокую коморбидность с другими видами зависимого поведения, с депрессиями, расстройствами пищевого поведения, высокими показателями суицидального риска. В связи с высокой опасностью интернет-зависимости для психического здоровья детей и подростков в некоторых странах созданы специализированные клиники для ее лечения. Современная концепция терапии интернет-зависимости базируется на трех основных принципах: 1) использование фармакологической терапии, направленной на купирование острого влечения к сетевой активности и проявлений синдрома отмены, 2) использование групповой психотерапии, в частности, групп встреч (по аналогии с группами встреч у «Анонимных алкоголиков»), групп полимодальной психотерапии, тренинговых групп (в основном – профилактической направленности) и 3) использование сочетанных программ, включающих индивидуальную и групповую психотерапию и фармакологическую поддержку. Клинический опыт показывает, что по числу достигнутых устойчивых ремиссий именно комплексные программы дают наилучший результат.

Цель настоящих рекомендаций – дать представление о клинической картине зависимости от ПК и интернета, о технике терапевтического вмешательства и показать результаты психотерапевтического воздействия на преморбидно психически здоровых несовершеннолетних. Кроме того, техники когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) могут быть широко

использованы в рамках профилактических тренингов и занятий в группах реабилитации.

Рекомендации основаны на результатах исследования, проведенного в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ на клинической базе неврологического отделения КДЦ Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ и на базе КДО ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ<sup>1</sup>. Основными методами исследования были клинико-феноменологический и клинико-психопатологический, в ряде случаев для верификации психического состояния использовался экспериментально-психологический метод.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАВИСИМОСТИ

За основу описания клинической картины зависимости от ПК, интернета и средств доступа к нему были взяты общие критерии МКБ-10, описывающие синдром зависимости. Согласно этой классификации, диагноз считается валидным, если из 6 общих критериев как минимум три обнаруживались в течение года.

В качестве основной характеристики синдрома химической зависимости МКБ-10 определяет **влечение к веществу, вызвавшему зависимость**, как «потребность (часто сильную, иногда непреодолимую) принять психоактивное вещество». У лиц с нехимической зависимостью имеет место влечение к взаимодействию с сетью или устройствами – ПК, планшетным компьютером (ППК), мобильным телефоном.

В случаях зависимости от интернета и средств доступа к нему выявлены следующие закономерности:

- 1) влечение к устройствам, обеспечивающим доступ в сеть, может носить периодический или постоянный характер; при отсутствии корреляции между продолжительностью зависимого поведения и характером патологического влечения у зависимых лиц более старшего возраста (юноши и девушки старше 16 лет) преобладает периодический характер влечения, а у детей и подростков моложе 16 лет – постоянный;
- 2) влечение часто носит непреодолимый характер; молодые люди описывают сильное желание играть в компьютерные игры или «бродить по интернету» без определенной цели и внутренней логики,

---

<sup>1</sup> Основные результаты данных исследований изложены в работе **Пережогин Л. О., Шалимов В. Ф., Казаковцев Б. А.** Зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ (клиника, диагностика, лечение) // Российский психиатрический журнал № 2 - 2018. - с. 19-30.

оставлять сообщения в социальных сетях (в большинстве своем бессмысленных или формальных, значительно отличающихся по своему содержанию от сообщений, оставленных в периоды отсутствия острого влечения); если влечение по каким-то причинам не реализуется немедленно, мысли о необходимости воспользоваться устройством, обеспечивающим выход в сеть, становятся неотступными;

3) в случае, если влечение постоянно и имеет разную степень остроты – от крайне острого отчетливо осознаваемого, до слабого, подспудного, воспринимаемого как беспокойство, тревога, оно осознается спустя некоторое время;

4) многие несовершеннолетние описывают чувство предвкушения сетевой активности, нарастающее по мере приближения возможности сесть за компьютер, взять в руки мобильное устройство; это предвкушение может сопровождаться легкой агитацией или выраженным возбуждением;

5) в ходе реализации сетевой активности влечение резко нарастает в начале работы, а затем постепенно снижается; в случае многочасовых эксцессов к концу работы возникает чувство пресыщения, желание остановиться; вопреки этому желанию подростки могут продолжать сетевую активность до полного физического изнеможения;

б) описанный при химической зависимости феномен нарастания признаков зависимости после относительно длительного периода воздержания наблюдается редко; у многих несовершеннолетних в силу внешних обстоятельств (например, в связи с переездом на дачу во время летних каникул) наступает длительный период вынужденного воздержания от сетевой активности, однако после ее возобновления резкого всплеска не наблюдается; отчасти этому способствует жесткий контроль со стороны родителей.

Процесс «**потребления**», т.е. процесс сетевой активности, независимо от ее характера, сопровождается рядом характерных феноменов. В совокупности они могут быть описаны как «опьянение», на ранних стадиях проявляющееся эйфорией, моторным возбуждением, агитацией, а в дальнейшем – появлением моторных автоматизмов, элементов дереализации и деперсонализации, метаморфозий и аутометаморфозий, ощущений изменения формы и длины рук, изменением чувства течения времени. Через несколько часов сетевой активности возникает заторможенность, сменяющаяся сном.

Критерий **утраты количественного контроля** в МКБ-10 описывается в виде связанных между собой феноменов: «сниженной способности контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу» и «безуспешных попыток или постоянного желания сократить или контролировать употребление вещества». В случае нехимической зависимости (от интернета и мобильных средств доступа к нему) речь идет

не о «веществе», а о действиях пользователя сети, в целом же диагностический критерий соблюдается.

Особенность интернет-зависимости заключается в том, что первый из указанных феноменов в случаях зависимости от интернета и мобильных средств доступа к нему встречается регулярно, второй – значительно реже, скорее как исключение.

В случаях «сниженной способности контролировать взаимодействие» имеет место следующее:

1) предвкушение взаимодействия с компьютером, ПК, смартфоном тем острее, чем дольше длится период вынужденного воздержания (например, во время пребывания в школе); спустя несколько часов воздержания возникают феномены, сходные с овладевающими представлениями, во время которых переживания сродни таковым во время реальной игровой или сетевой активности. Дети непроизвольно перебирают пальцами, имитируя свои действия на клавиатуре или сенсорном дисплее; у них внезапно на доли секунды возникают чаще визуальные и реже – аудиальные образы игры или сетевого контакта;

2) в начале игры или при входе в сеть отмечается стремление к сверхактивному использованию ресурса – к игре с несколькими удаленными партнерами сразу, использованию нескольких окон параллельно, хаотичному чередованию адресатов при отправлении сообщений; затем в ходе сессии напряжение и возбуждение снижаются, действия носят все более целенаправленный, логичный и контролируемый характер; чем дольше длится вынужденное воздержание, тем продолжительнее период бессмысленной активности, сопряженной с ажитацией;

3) при необходимости завершить работу с устройством или выйти из сети (например, по требованию родителей либо в случае технической невозможности продолжать сетевую активность ввиду отсутствия связи или разрядки аккумулятора) пользователи стараются всячески оттянуть время окончания работы с сетью, что выражается, как в просьбах разрешить поиграть еще немного, так и в стремлении обзавестись все более технически совершенными устройствами.

Желание сократить или контролировать игровое время или время, проведенное в сети, наблюдается относительно нечасто и характерно только для подростков старшего возраста и юношей. Они обходятся без смартфона или планшета. Например, во время каникул осознанно приобретают самые простые в техническом плане модели мобильных телефонов, позволяющие выполнять лишь голосовые вызовы и отправлять текстовые сообщения. Чаще же они просто выключают мобильное устройство во время посещения уроков (лекций) или в спортивных клубах, во время романтических встреч и т.д.

В подростковых и юношеских компаниях находит распространение своеобразная игра в «мобильную молчанку», когда проигравшим считается

участник, который первый воспользуется мобильным устройством (протянет к нему руку, вспомнит о его существовании).

**Состояния отмены (абстинентный синдром)** наблюдаются почти у половины детей, обнаруживающих зависимость от интернета и устройств, обеспечивающих доступ к нему. Это вполне соотносится с существующими в наркологии представлениями о последовательности формирования состояний зависимости, о стадийности развертывания клиники зависимого поведения. В МКБ-10 абстинентный синдром характеризует вторую (среднюю) стадию зависимости, поэтому можно предположить, что многие из детей, у которых выявлены признаки зависимости от интернета, находятся на начальной ее стадии.

Как правило, абстинентная симптоматика развивается после того, как родители силой или обманом лишают ребенка возможности находиться в сети, отнимают мобильное устройство или отключают (блокируют паролем) ПК. Чаще всего, по признанию родителей, это выстраданное, но спонтанно осуществленное решение, которое является для ребенка неожиданностью. Абстинентные реакции в значительной степени отличаются у преморбидно психически здоровых детей и детей, обнаруживающих психические расстройства, на фоне которых сформировалось зависимое поведение. Для абстинентного синдрома у детей, не обнаруживающих признаков иных психических расстройств, кроме зависимости от интернета и средств доступа к нему, характерно следующее:

- 1) первые признаки абстиненции появляются уже через 2-3 часа после начала вынужденного воздержания от использования сети (как правило, родители отнимают мобильное устройство) и проявляются в нарастании раздражительности, во внезапно возникающих эпизодах тревоги, вегетативных реакциях, «летучих» болях в мышцах и в области сердца, желудка, которые сопровождаются чувством тяжести в теле и часто воспринимаются педиатрами как продромальные явления ОРВИ; головные боли, преимущественно стягивающего, давящего характера («словно на голове обруч») сопровождаются трудностью сосредоточения, тяжестью в голове, снижением настроения;
- 2) на второй-третий день отмечаются эпизоды ажитации, дети мечутся по дому, ища спрятанное родителями мобильное устройство, звонят сверстникам с просьбой принести им телефон, планшет, PSP («пису», «пиху»), некоторые дети в заместительных целях используют примитивные электронные игры; характерны выраженные вегетативные нарушения — покраснение или побледнение кожных покровов, озноб, тремор, усиленное потоотделение;
- 3) детьми отчетливо осознаются острое влечение к сетевой активности, желание немедленно воспользоваться мобильным устройством; они устраивают родителям скандалы, демонстративно угрожают суицидом, бьют посуду, рвут книги, выбрасывают школьные принадлежности, отказываются от еды; если родители остаются непреклонны, довольно

быстро успокаиваются; реальных суицидальных попыток не предпринимают;

4) на третий-четвертый день большинство детей ведут себя спокойно, жалуются на усталость, сонливость, многие засыпают и спят по 10-14 часов подряд, проснувшись, испытывают чувство голода;

5) на пятый-шестой день острота влечения резко снижается, настроение выравнивается, вегетативные расстройства нивелируются; повышается работоспособность; дети выполняют полученные в школе домашние задания; следует отметить, что родители преморбидно психически здоровых детей с зависимостью от интернета никогда не пытаются самостоятельно назначать своим детям психотропные препараты, ограничиваясь, как максимум, валерианой, пустырником, таблетками глицина.

У детей, у которых зависимость возникла на фоне психических расстройств, течение абстинентных реакций существенным образом отличается. Наблюдаются два основных сценария.

**При шизофрении, расстройствах шизофренического спектра (РШС)** клиническую основу абстинентного состояния составляют симптомы депрессии. Депрессивная симптоматика развивается медленно, вначале снижается аппетит, возникает некоторая моторная и идеаторная заторможенность, в дальнейшем появляются идеи собственной ненужности, малоценности, высказывания о «даром прожитой жизни», «бесцельном существовании». Имеют место и другие проявления депрессии: сопутствующее снижению аппетита, потеря веса, тревога, понижение активности, работоспособности. Продолжительность депрессивных эпизодов может составлять несколько месяцев, их глубина колеблется в пределах легкой-средней степени выраженности. В то же время дети настойчиво, монотонно, порой по несколько раз в день требуют от родителей вернуть им мобильное устройство, часто, услышав очередной отказ, начинают плакать, формально соглашаясь с доводами родителей. У некоторых детей абстинентное состояние совпадает с обострением шизофренического процесса, что приводит к госпитализации в психиатрический стационар. В связи с тем, что практически у всех детей этой группы психическое расстройство было диагностировано задолго до формирования зависимости от интернета, они получают поддерживающую терапию нейрореплептами. Второй ведущий симптомокомплекс абстиненции при РШС - неврозоподобные состояния. Они проявляются страхами, тревогой, раздражительностью, носят нестойкий характер. В некоторых случаях зафиксировано навязчивое мытье рук.

**При формирующихся расстройствах личности и невротических расстройствах** у детей и подростков в клинической картине абстинентного состояния преобладают психопатоподобные и острые аффективные реакции. В течение одного-двух дней дети относительно бессимптомно переживают лишение сетевой активности, а затем у них внезапно возникают аффективные

вспышки. В зависимости от типа личностной дисгармонии преобладают симптомы демонстрации многочисленных «соматических» жалоб с приступами удушья и сердцебиения, страхом смерти, что во многом похоже на панические атаки. Однако такого рода реакции после 1-3 эпизодов исчезают на фоне психотерапевтического воздействия; при эмоционально-неустойчивом типе личности у подростков часто возникают дисфорические состояния, сопровождающиеся резким изменением настроения, с агрессией и аутоагрессией, реальными суицидальными попытками. При преобладании астенических личностных черт проявления абстиненции ограничиваются вегетативной симптоматикой и снижением физической активности, однако, без других слагаемых клинической картины депрессии. Аффективные нарушения наблюдаются в течение 1-2 недель, а затем исчезают.

Согласно МКБ-10, для синдрома зависимости характерным признаком является **повышение толерантности**, которое проявляется «в необходимости повышения дозы для достижения желаемых эффектов» и в том, «что хронический прием одной и той же дозы приводит к ослабленному эффекту». В случае зависимости от интернета и средств доступа к нему рост толерантности проявляется в увеличении времени работы в сети и в изменении характера этой работы:

- 1) у детей и подростков по мере формирования зависимости неуклонно увеличивается время, проведенное в сети; ежедневно, до формирования зависимости, оно составляет не более 2 часов; в течение нескольких месяцев с момента формирования зависимости (в случае отсутствия контроля со стороны родителей) оно может достигать 6-8 часов в сутки; перерывы носят вынужденный характер (принуждение со стороны родителей, необходимость идти в школу или ложиться спать); и при малейшей возможности сетевая активность возобновляется;
- 2) на рост толерантности может указывать начало сетевой активности в двух и более окнах параллельно; в частности, у подростков наиболее часто наблюдается сочетание игр и работы в социальных сетях, сочетание социальных сетей и поисковой активности, например, поиска фотографий; отмечается и параллельная работа на нескольких подключенных к сети устройствах;
- 2) по мере роста толерантности и работы в нескольких окнах или на нескольких устройствах отмечается значительное усиление феномена метаперсонификации, достигающей формирования нескольких параллельных аутоидентификаций.

Следующим критерием химически зависимого поведения, по МКБ-10, является **«поглощенность потреблением»**, которая проявляется как в отказе от альтернативных форм наслаждения или интересов, так и в больших затратах времени на поиск вещества, его употребление и восстановление от

его эффектов. При зависимости от интернета и средств доступа к нему выявлены:

- 1) резкое сужение круга интересов, фиксация на игре или сетевой активности, сопровождающиеся эмоциональной вовлеченностью, поглощенностью своими игровыми успехами или накоплением виртуальных друзей на своей странице в социальной сети, которые значительно превосходят реакции на успех или неуспех в учебе, реальные контакты с группой сверстников; вопреки общим законам психологии подросткового возраста значимость сверстников в реальных контактах очень низка, в качестве референтной группы выступает сетевое окружение, как правило, весьма неоднородное по возрасту и полу;
- 2) отмечается перенос в поле сетевой активности большинства социальных контактов, включая биологические по своей природе, в частности, относящихся к творческой активности, просмотру кинофильмов и прослушиванию музыки, установлению дружеских и партнерских отношений; многие подростки старшего возраста указывают на свое предпочтение сетевых контактов сексуальным; у нескольких юношей наблюдался распад длительных партнерских отношений;
- 3) в связи с многочасовой ежедневной сетевой активностью, требующей значительных психических и физических усилий, отмечаются выраженное переутомление, формирование астено-невротических реакций.

Последним из общих критериев зависимости, по МКБ-10, является **«продолжающееся употребление вопреки явным признакам вредных последствий»**. Несмотря на констатируемые лицами из ближайшего окружения очевидные негативные последствия игровой или иной деятельности, связанной с сетевой активностью, критическое отношение у зависимых лиц к своему состоянию отсутствует. Даже в случае формального признания того или иного неблагополучия оно никогда не соотносится субъектом с последствиями работы с сетью и устройствами, обеспечивающими доступ в сеть.

Диагностика зависимости от ПК, интернета и мобильных устройств при клиническом осмотре ребенка, чьи законные представители обращаются за помощью к психиатру, не вызывает больших трудностей. Куда большее значение имеют скрининговая диагностика, позволяющая выявлять во время массовых обследований детей с зависимостью для последующего решения вопроса о направлении на консультацию к психиатру, а также выявление детей группы риска для немедленного осуществления профилактических мер. С этой целью разработана Шкала оценки зависимости от ПК, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, построенная по

феноменологическому принципу (феноменологический опросник)<sup>2</sup>. Данная Шкала – инструмент скрининговой и предварительной диагностики, не подменяющая собой визит к врачу. С ее помощью невозможно установить достоверный клинический диагноз, она служит лишь для выявления детей и подростков, относящихся к группе риска по формированию интернет-аддикции либо имеющих сформированную зависимость. Важным аспектом является то, что данная Шкала *не предназначена для самодиагностики*. Отвечать на вопросы, поставленные в Шкале должны родители или другие близкие люди, хорошо знающие особенности поведения ребенка или подростка, внимательные и наблюдательные. Шкала также не предназначена для диагностики взрослых, поскольку заложенные в ней клинические феномены аддиктивного поведения изучались на детях и подростках, а клиническая картина зависимости у взрослых и детей, как показывает клиническая практика, может существенно различаться.

## ЛЕЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ

Ни в отечественной, ни в зарубежной клинической практике нет единых взглядов на принципы терапии интернет-зависимости. В большинстве клинических описаний акцент делается на симптоматической фармакологической терапии либо на лечении ведущего психического расстройства, на фоне которого сформировалась зависимость. В то же время непосредственно для купирования острого влечения к ПК и мобильным устройствам доказан эффект группы препаратов СИОЗС, а среди них – 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 назначается метилфенидат, который запрещен к применению в РФ. Клиническую альтернативу ему могут составить препараты ноотропного ряда с выраженным стимулирующим эффектом (пирацетам) или нейролептики (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 нейролептики (клоназепам, рисперидон, оланзапин) в невысоких и средних дозах. Также для

---

<sup>2</sup> Подробное изложение принципов скрининговой оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, содержится в публикациях: **Пережогин Л. О.** Выявление детей и подростков группы риска по формированию зависимости от интернет и мобильных средств доступа к нему // Вопросы наркологии № 6 -2 017. - с. 124-126.

купирования острого влечения доказан эффект карбамазепина и вальпроатов в средних дозах<sup>3</sup>.

В целом отмечается устойчивая тенденция использовать сочетанную терапию, применяя на раннем этапе фармакологические средства в высоких и средних дозах, по мере купирования острых состояний – психотерапию в сочетании со средними и низкими дозами тех же препаратов.

Из методов психотерапии лидером в лечебной практике является КПТ в индивидуальной (чаще) или групповой форме. Типичная программа КПТ включает от 8 до 28 терапевтических сессий продолжительностью от одного до 3-4 часов. Программа психотерапии, как правило, включает несколько этапов:

1) выявление типов устройств и программ, вызывающих особенно острое влечение, 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), 5) прекращение аддиктивного поведения, 6) развитие личности.

Весьма 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.

Основными звеньями психотерапевтической программы являются: 1) семья с интернет-зависимым, 2) взаимодействие со старшими членами семьи, 3) коммуникация в контексте проблемы, 4) навыки обучения правильному поведению, 5) чувство удовлетворенности жизнью и реализация себя в семейных отношениях, 6) совместное ожидание здорового поведения от члена семьи.

Сессии продолжаются на протяжении 1,5-2 лет. Зарубежные специалисты-реабилитологи отдают предпочтение комбинированной терапии, как правило, в форме сочетания медикаментозной терапии с психокоррекцией, психотерапией, биологической терапией (массаж, акупунктура, электропунктура, БОС-терапия). Есть основания полагать, что комбинированная терапия значительно улучшает прогноз.

---

<sup>3</sup> Подробное изложение принципов терапии зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, содержится в публикациях: Пережогин Л.О. Интернет-зависимость в фокусе клинической психиатрии: итоги 20 лет клинических исследований // Образование личности № 3 - 2017. - с. 19-34; Пережогин Л.О. Интернет-зависимость в фокусе биологической психиатрии. Итоги 20 лет нейробиологических исследований. // Психическое здоровье № 12 - 2018. - с. 75-83.

## ПРОГРАММА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Классической формой психотерапевтической работы с детьми и подростками является полимодальная клиническая психотерапия. Следует учитывать факт, что полимодальная терапия имеет ряд противопоказаний, поэтому приступать к ней необходимо строго после завершения психиатрической диагностики и назначения врачом-психиатром лечения, направленного на купирование влечения и проявлений синдрома отмены. Несовершеннолетним с РШС, РАС, иными расстройствами психотического регистра, эпилепсией, выраженными на клиническом уровне некупированными расстройствами аффективного спектра, несовершеннолетним, злоупотребляющим алкоголем или употребляющим ПАВ, подросткам, категорически отказывающимся от психотерапевтической помощи, в том числе – по настоянию родителей или в силу своеобразных религиозных убеждений – клиническая психотерапия не показана. Идеальной мишенью для полимодальной клинической психотерапии являются несовершеннолетние, обнаруживающие зависимость от ПК и интернета, сформировавшуюся на почве преморбидного психического здоровья.

Психотерапевтическую работу в рамках полимодальной клинической психотерапии целесообразнее проводить в два этапа.

*На первом этапе* (6 индивидуальных встреч) проводится обучение несовершеннолетних аутогенной тренировке 1-й ступени (АТ-1). Хорошо зарекомендовала себя модификация АТ-1 по М.С. Лебединскому и Т.Л. Бортник с некоторыми изменениями. Занятия продолжаются в течение 1 часа 1 раз в неделю. Во время каждого занятия совместно с врачом проговаривается вся формула АТ-1. Между встречами с врачом дети ежедневно занимаются самостоятельно. Для усиления эффекта АТ перед занятием проводится дыхательная гимнастика «Океан», по В.В. Макарову. На первой встрече основное время уделяется обучению консолидации внимания и осознанию чувства тепла и тяжести в конечностях и во всем теле. В качестве усиливающего компонента применяется техника прогрессивной мышечной релаксации. Вторая и третья встреча посвящены регуляции вегетативных проявлений (темп дыхания, сердечный ритм). На четвертой и пятой встрече большинство подростков достигают состояния аутогенного погружения с высоким уровнем внутреннего контроля, активной концентрацией внимания, целенаправленным, сфокусированным на аспектах своего состояния мышлением, выраженной, глубокой релаксацией. В данном состоянии становилось возможным проведение эффективной аутосуггестии, с использованием структурных элементов формулы АТ-1 нейтрализующего (направленного на влечение к ПК и мобильным устройствам) и поддерживающего (направленного на сознательно выбранный ребенком тип активности) характера. На шестой встрече используются элементы АТ-2, в первую очередь – визуализация образов, связанных с позитивным мировосприятием, вопросы к этим образам. В

заклучение первого этапа терапии врачом совместно с ребенком (возможно с привлечением родителей) анализируются дневниковые записи, составляется терапевтический договор (обязанности ребенка, желаемые результаты терапии). В случае успешного выполнения программы первого этапа дети включаются в терапевтическую группу.

Состояние детей, подошедших ко второму этапу терапии и включенных в терапевтическую группу, к этому моменту уже претерпевает существенную положительную динамику. Во-первых, у них значительно сокращается время, проведенное в работе с ПК. На протяжении полутора месяцев индивидуальной терапии реализуется задача по переводу сетевой активности с мобильного устройства на ПК. В этот же период усилиями родителей и третьих лиц (в том числе педагогов) у ребенка формируются навыки альтернативного взаимодействия с компьютером (дети, за редким исключением, не владеют программами, позволяющими заниматься творчеством, хобби, не знают простых алгоритмов для пользования поисковыми системами и т.д.). В среднем к концу индивидуального периода психотерапии ребенок проводит за экраном 1,5-2 часа ежедневно (это время превышает допустимое по гигиеническим нормам), вместо 6-8 часов в начале терапии, причем на игры, социальные сети приходится не более половины этого времени. Сетевая активность контролируется взрослыми членами семьи, внутрисемейный договор регламентирует систему положительных и отрицательных подкреплений. Во-вторых, у детей, в силу освободившегося времени, появляются другие, не связанные с ПК занятия, в том числе творчество и спорт. В ходе живого общения со сверстниками происходит структуризация личностных запросов, своего рода «ревизия» точек аутоидентификации. Ко второй стадии терапии дети подходят со сформированным запросом, они сознательно нацеливаются на определенный характер изменений.

По ходу терапевтической работы родители получают подробные инструкции, некоторые (по собственной инициативе) сами обучаются АТ и ведут дневники. Заинтересованное и неравнодушное отношение родителей приносит свои плоды – поведение детей быстрее стабилизируется, абстинентные реакции протекают мягче и быстрее.

*На втором этапе* (8 групповых встреч) в начале каждой встречи проводится групповой сеанс АТ. Затем проводится групповая встреча, в рамках которой участники обсуждают свое нынешнее состояние, проговаривают свои переживания, сообщают об успехах и неудачах лечебного процесса, отчитываются о выполнении домашних заданий.

В ходе терапии формируется диссоциация в структуре аддиктивной личности двух Я: одно Я – слабое, зависимое от ПК, от игры, не знающее альтернативных форм работы с компьютером; другое Я – сильное, знающее цену своему слову, принявшее на себя ответственность, соблюдающее договор.

Основная задача этого этапа, по сути, сводится к диссоциации Я, в основе которой лежит трансформация «Эго-синтонической позиции» по отношению к зависимости в «Эго-дистоническую позицию», когда индивид может самостоятельно контролировать свое влечение, сознательно управлять своим состоянием и бороться с абстинентной симптоматикой. Особенно важным терапевтическим приемом являлась заимствованная из практики поведенческой терапии техника десенсибилизации «in sensu», мишенью работы по десенсибилизации были ситуации «разлучения» с ПК или мобильным устройством. После достижения состояния расслабления (подростки, освоившие АТ-1, легко достигают его за 1-2 минуты) пациенты вызывают (визуализируют) образы ПК, мобильного устройства, сцены игр, детали интерфейса сетевых сервисов. Главная задача на данном этапе – научиться наблюдать их без напряжения, без тревоги, без возбуждения – нейтрально и отстраненно. В случае возникновения тревоги, агитации пациент открывает глаза, снова достигает полного расслабления, снова визуализирует образ. В ряде случаев десенсибилизации необходимо подвергать целый ряд значимых образов, например, «компьютер – включенный компьютер – запуск игры – типичные сцены игры (их может быть несколько) – победа в игре». Используются техники «пресыщения» in sensu. Как правило, в план работы группы включаются 1-2 поведенческих тренинга, направленных на отработку навыков установления межличностных отношений. После окончания групповой встречи для подростков и родителей проводятся краткие индивидуальные консультации в свободном режиме.

После окончания терапии в группах все без исключения подростки и их родители отмечают существенные позитивные изменения в состоянии. Во-первых, время, проводимое ежедневно за компьютером, составляет теперь в среднем около 1 часа. Во-вторых, работа за компьютером носит характер необходимой и достаточной: выполняются в основном те действия, в которых компьютер и его ПО выполняют инструментальную роль. В-третьих, взаимодействие со сверстниками происходит теперь в режиме реального общения. Кроме школы большинство детей посещают спортивные секции, клубы по интересам, многие часто ходят с друзьями в кино, на прогулки, катаются на велосипеде и т.д. В-четвертых, повышается академическая успеваемость, появляются хобби, со слов педагогов, улучшается поведение на уроках. По данным катамнеза, через полгода стойкая ремиссия формируется у подростков, обнаруживавших первую стадию зависимости, в 89,5% случаев, у обнаруживавших вторую стадию зависимости, – в 76,5% случаев. Причины рецидивов – стрессовые ситуации, ссоры с друзьями и партнерами, конфликты в школе и дома, значительно реже – длительная соматическая болезнь (вынужденная изоляция).

В основе использования КПТ интернет-зависимости лежит когнитивно-поведенческая модель зависимости от ПК, видеоигр и интернета, предложенная в 2001 году Р. Дэвисом. Концепция модели опирается на классические принципы КПТ А. Бека.

По мнению Р. Дэвиса, интернет-зависимость представляет собой патологическое использование интернета. Он различает специфическое патологическое использование интернета, когда объектом зависимости является какая-либо его отдельная функция, как правило, имитирующая или дублирующая аналогичные аспекты поведения лица, страдающего зависимостью, осуществляемые и вне интернета – гэмблинг, просмотр порнографии, обмен фотографиями, чтение новостей и т.д. и генерализованное патологическое использование интернета, когда интернет начинает использоваться без каких-либо специальных целей – социальные сети, чаты, электронная почта и т.д. Для развития и поддержания патологического использования интернета в рамках когнитивно-поведенческой модели выделяются 2 группы факторов: 1) проксимальные факторы, т.е. исходная когнитивно-поведенческая дезадаптация и 2) дистальные факторы, т.е. имеющиеся психические расстройства, включая эндогенную патологию, депрессии, тревожные расстройства, зависимости. В основе зависимости лежат, таким образом, глубинные убеждения о своей неполноценности, уязвимости, необходимости создать себе надежное укрытие, получить защиту или возможность действовать скрытно и анонимно. В результате у лиц с формирующейся зависимостью возникает общее ощущение, что интернет – единственное место, где можно чувствовать себя хорошо. Одними из важнейших элементов, обуславливающих формирование зависимости, становится снижение уровня внутренней тревоги во время работы в сети и утрата чувства течения времени, что позволяет не испытывать на субъективном уровне восприятия проблем вследствие тотальной прокрастинации. Когнитивно-поведенческая модель зависимости от ПК, видеоигр и интернета обосновывает подходы к КПП интернет-зависимости и сопровождающего ее дезадаптивного поведения. Несмотря на тенденциозность модели, попытки Р. Дэвиса соотносить все проявления зависимого поведения исключительно с постулатами КПП, эффективность КПП при интернет-зависимости доказана на практике.

Клинический опыт показывает, что индивидуальная терапия, в том числе с использованием ресурсов семьи зависимого от интернет ребенка, предшествующая терапии в группе, существенно улучшает итоговые терапевтические результаты. В ходе индивидуальной терапии значительно легче и быстрее формируется терапевтический альянс. Вместе с работой над основной проблемой – дезадаптивным и дисфункциональным использованием интернета – вскрываются и частично прорабатываются коморбидные состояния. Индивидуальные сеансы (как правило 8-10 встреч) и последующая групповая работа сохраняют цельную, последовательную логику терапии. Ряд зарубежных работ, посвященных КПП интернет-зависимости, предполагают параллельное использование индивидуальных и групповых сессий. По мнению авторов, индивидуальные встречи позволяют прорабатывать те индивидуально-значимые аспекты зависимости, которые не удалось полноценно осветить в ходе групповой терапии.

Наш клинический опыт показал, что сочетание индивидуальной и групповой терапии – тактически верный терапевтический подход. В процессе индивидуальной терапии могут обсуждаться темы, которые напрямую не имеют отношения к интернет-зависимости, но очень важны, например – проблемы в учебе, выбор профессии, отношения с родителями. Работа над этими темами помогает усиливать мотивацию подростков. В рамках индивидуальной терапии могут обсуждаться и такие вопросы, которые пациентам неловко обсуждать в группе, например, интимные отношения с партнерами, использование сетевой порнографии, семейные ссоры. Поскольку пациент и терапевт в ходе терапии постоянно взаимодействуют друг с другом, они совместно вырабатывают и корректируют план терапии, обсуждают текущее состояние пациента и его достижения. Стержневым элементом терапии на данном этапе является сокращение времени дисфункционального использования интернета, исключение действий, обладающих самым высоким аддиктивным потенциалом (в частности, сетевых видеоигр), осознание своего поведения в сети как эго-дистонического. Пациенты всячески поощряются к активному поиску и обсуждению причин изменения поведения и способов, которыми изменения могут произойти с их точки зрения. Самостоятельное планирование изменений и высокая включенность в процесс терапии повышает самооценку пациентов. Индивидуальная терапия, за счет более глубокого терапевтического альянса, может оказаться важным элементом для формирования у пациентов мотивации на лечение, в том числе – на участие в групповой терапии. В процессе индивидуальной терапии решаются следующие цели и задачи: пациенту и его законным представителям разъясняется порядок терапевтической работы, ставятся условия, без выполнения которых терапия будет обречена на неуспех; в ходе сеансов осуществляется поиск автоматизированных мыслей, устанавливается их связь с настроением и характером влечения к интернет и обусловленным зависимостью действиям в нем, выявляются триггеры, отвечающие за запуск патологического поведения, происходит дистанцирование от мыслей и убеждений, характеризующих зависимую личность, осуществляется формирование новых убеждений.

Наш собственный опыт индивидуальной терапевтической работы больше соответствовал полимодальной терапии, использующей приемы и техники из различных терапевтических направлений, среди которых часто применялись элементы КПТ.

Важной особенностью КПТ является возможность ее использования в качестве лечебной, профилактической и реабилитационной терапии. В рамках профилактической работы акцент в группе смещается на формирование навыков утилитарного использования интернета и развитие альтернативных способов получать удовольствие, повышать свою значимость в референтной группе, добиваться успеха. В рамках реабилитационной работы КПТ выполняет роль поддержки, и по сути,

является пролонгированной формой индивидуального и/или группового терапевтического опыта.

Групповая КПТ интернет-аддикции включает в себя, как правило, 15-20 групповых встреч и занимает по продолжительности от 3 до 6 месяцев. Анализируя многочисленную зарубежную литературу, посвященную КПТ и другим видам терапии аддиктивного поведения, нами разработан собственный сценарий групповой КПТ, ориентированный на подростков 13-16 лет, который использовали в ходе проведения терапевтических групп. В группы приглашали подростков с высокой мотивацией отказа от аддиктивного поведения, достаточным уровнем абстрактного мышления, хорошей памятью, высокими показателями интеллекта, имевших до возникновения интернет-аддикции хорошую академическую успеваемость в школе, в спорте, занимавшихся творчеством или другим хобби. Особое внимание уделялось при отборе подростков в группу поддержке, которую подростку оказывали члены его семьи. С подростком и с его законными представителями предварительно проговаривались цели и задачи работы в терапевтической группе, разъяснялись принципы терапии, правила групповой работы. В группу принципиально отбирались подростки, не имевшие до возникновения у них интернет-зависимости каких-либо психических расстройств, а к началу работы, преодолевшие самые тяжелые явления абстиненции.

На **первом сеансе** происходило знакомство, ставились задачи интеграции в группе всех пациентов, чтобы предотвратить уходы из группы, формировалась мотивация на воздержание от злоупотребление интернетом, особенно – играми. Необходимо отметить, что многие подростки высказывали желание продолжить пользоваться интернетом, предполагая, что будут использовать его продуктивно – для учебы, хобби, просмотра фильмов. Этот вопрос детально обсуждался в группе. На наш взгляд, не следует в качестве цели терапии ставить полный отказ от интернета, напротив, необходимо ограничивать лишь от патологических форм его использования, формируя установку на применение сетевого доступа в качестве средства связи, рабочего инструмента (утилитарное пользование).

Учитывая, что продолжительность абстинентного периода у детей и подростков составляет от 2 до 8 недель, в этот период необходимо обеспечить подросткам дополнительные психотерапевтические встречи в индивидуальном режиме и психофармакологическую терапию (по необходимости).

Анализ проблем, возникающих при воздержании, удобнее проводить с заполнением терапевтического дневника. Чем подробнее описывается обычное, рутинное, ежедневное поведение (которое обычно осуществляется спонтанно, автоматически), тем выше достигается уровень самоконтроля. Особенное внимание необходимо уделять спонтанному (5-10 раз за день) контролю за мыслями и чувствами («О чем я сейчас думаю? Что я чувствую?»), содержанию сновидений и физическому самочувствию. Анализ

содержания дневниковых записей очень важен как для оценки общего состояния пациентов, в частности, для выявления аффективных нарушений, суицидального риска, так и для оценки риска рецидивов, обнаружения триггерных механизмов, запускающих процесс реализации влечения к сетевой активности. Многие подростки отмечают, что ведение протокола сетевой активности резко снижает влечение к ней. В то же время часто случается, что пациенты младшего подросткового возраста (12-14 лет), формально выполняя все указания врача, манкируют домашними заданиями, включая ведение дневника, что иногда свидетельствует о низкой мотивации, а иногда – об общем нарушении самоорганизации, характерной для всех сфер жизни подростка. В данном случае желательно подключить к терапии родителей, возложив на них ответственность за совместное выполнение домашних заданий, обсуждение самочувствия, инициативу по организации альтернативной деятельности. В то же время в рамках индивидуальной терапии важно проработать с такими подростками вопросы развития самостоятельности, ответственности, проявления инициативы.

На **втором сеансе** основной темой обсуждения в группе являются триггеры интернет-аддикции. Пациентам объясняется патогенез аддиктивного поведения и роль влечения к совершению аддиктивно-обусловленных действий. Необходимо научить пациентов понимать, какие их поступки и обстоятельства приводят к обострению влечения и запуску аддиктивного поведения. Зависимость от интернета меняет внутреннее восприятие пациентов, аддиктивное поведение воспринимается часто как особый процесс, подросток испытывает чувства, близкие по характеру к экстатическим: ощущает себя могущественным, наделенным волшебными силами, исключительно эротически привлекательным, мудрым, прозорливым. С этими ощущениями не хочется расставаться и нелегко справиться. Подросткам следует в доступной форме объяснить биологические механизмы этих процессов и социальные последствия зависимого поведения. Анализ дневниковых записей позволяет довольно быстро выявить типичные ситуации, которые провоцируют аддиктивное поведение. Более того, при тщательном анализе удается выявить три вида триггеров: триггеры, которым пациент относительно легко способен противостоять; триггеры, которым он может противостоять, используя все ресурсы для внутреннего сопротивления (концентрация внимания на этих ресурсах составляет бесценный индивидуальный опыт пациента) и триггеры, противостоять которым пока не удастся. Пациент должен научиться их избегать, но также и пытаться распространить на них свой опыт преодоления других триггеров. Пациенты, которым за неделю удалось справиться с некоторыми триггерами, должны поделиться своим успехом. В случае, если у кого-то из пациентов случился рецидив, этот вопрос следует обсудить в контексте поднятия самооценки этих пациентов.

На **третьем сеансе** работа строится вокруг поисков альтернативных видов деятельности, которым могут посвятить себя пациенты; также

продолжается работа с триггерами и с поиском ресурсов для преодоления влечения. Обсуждаются успешные попытки воздержания от сетевой активности, модели поведения при взаимодействии с членами семьи и с друзьями, в том числе – в контексте избегания сетевой активности, спровоцированной ими. Особое внимание уделяется поиску факторов, усиливающих персональное чувство успеха, ощущение выполненных целей и задач, собственной социальной важности, значимости. Обсуждается поведение в ситуации риска рецидива: индивидуальные стратегии отказа, использования личных «убежищ» (спортивный зал, поход в кинотеатр, велопрогулки, походы в лес, рыбная ловля). Удачные стратегии обязательно следует обсудить на индивидуальных встречах. Часто альтернативное поведение начинает восприниматься подростками негативно, поскольку требует определенных усилий (спорт, хобби) или не приносит ощущения успеха, социального признания. В данном случае поддержка со стороны группы имеет решающее значение.

На **четвертом сеансе** в группе обсуждается проблема зависимого поведения в целом. Можно провести сравнение зависимости от наркотиков, алкоголя и интернет. Отдельные феномены зависимости обсуждаются в группе – как общее явление и как индивидуально пережитые феномены. Задача данного этапа – сформировать более глубокое понимание личных проблем, а также показать, что в сравнении с рядом состояний интернет-зависимость далеко не самая тяжелая. Обсуждаются проблемы, связанные как с влечением, так и с воздержанием, объясняется происхождение и характер абстинентного синдрома и механизм действия препаратов, которые используют в качестве терапии поддержки. Полезно проанализировать позитивные и негативные стороны зависимого поведения и воздержания, например, в форме групповой «экономической» игры.

На **пятом сеансе** прорабатывается модель развития зависимости в контексте противопоставления индивидуальных факторов риска и сдерживающих факторов. Каждый участник группы должен понять, что его состояние – результат взаимодействия многих факторов, делающих его случай во многом непохожим на случаи других участников. Разъясняется один из ведущих элементов патогенеза – стрессогенный эффект интернет, объясняется и обсуждается индивидуальное реагирование на определенные стимулы. Можно провести опыт, выполняя *in sensu* определенные действия (этот опыт можно использовать в рамках индивидуальной терапии для десенсибилизирующих упражнений), и фиксируя колебания пульса и артериального давления, как четкие индикаторы стресса. Индивидуальные особенности реагирования можно обсудить в группе. Это поможет каждому участнику группы ответить на такие вопросы: «Как я стал играть / злоупотреблять социальными сетями?», «Почему я получаю от этого удовольствие?», «Что является лично для меня главным фактором, затрудняющим отказ от аддиктивного поведения?».

На **шестом и седьмом сеансах** основное время посвящено анализу автоматических мыслей. Это один из ключевых подходов КПТ. Автоматические мысли могут быть связаны с эмоциональными переживаниями (бегство от конфликта) или желанием приобрести известность (например, благодаря социальным сетям), или иметь характер «разрешений» (например, поиграть час-другой после школы). Поскольку игра и другие формы сетевой активности сопровождаются эйфорией, запускается механизм формирования зависимости, распознавание автоматических когнитивных и поведенческих процессов и их нивелирование в процессе терапии может быстро привести к распаду патологического цикла. Еще одним важным элементом терапии на данном этапе является разрушение аутоидентификации со своим сетевым образом, что может достигаться и путем визуальной переработки. В зарубежной литературе описано формирование негативного отношения к своему сетевому поведению с использованием скриншотов собственных сетевых действий, включая свои аватары (так называемая экспозиционная терапия). Рассмотрение скриншотов своего сетевого поведения позволяет оценить, как когнитивные реакции на взаимодействие с сетевыми ресурсами, так и эмоциональные переживания, в том числе вследствие высокого сродства с аватарами, выполняющими по сути роль образов «Я-идеального» (феномен метаперсонализации), вытесняющих реалистичное переживание собственного «Я», в том числе – благодаря поддержке сетевого сообщества, адресованной сконструированному образу в значительно большей степени, чем реальному. Наряду с описанной техникой мы разработали и несколько иную стратегию работы: важным терапевтическим приемом являлась заимствованная из практики поведенческой терапии техника десенсибилизации «in sensu», мишенью работы по десенсибилизации были ситуации разлучения с ПК или мобильным устройством. После достижения состояния расслабления пациенты вызывают (визуализируют) образы ПК, мобильного устройства, сцены игр, детали интерфейса сетевых сервисов. Главная задача на данном этапе научиться наблюдать их без напряжения, тревоги и возбуждения – нейтрально и отстраненно. В случае возникновения тревоги, ажитации, пациент открывает глаза, снова достигает полного расслабления и визуализирует образ. Порой десенсибилизации необходимо подвергать целый ряд значимых образов, например «компьютер – включенный компьютер – запуск игры – типичные сцены игры (их может быть несколько) – победа в игре». Используются техники «пресыщения» in sensu.

Работа с образами продолжается и **на восьмом сеансе**. В ходе его поднимаются важные вопросы, требующие терапевтической переработки, в частности, содержание индивидуальных переживаний при работе с образом, позитивная или негативная оценка образа в целом или его деталей, характер желаемых изменений, возможности трансформации образа в плане приобретения им большей реалистичности. Параллельно в целях

профилактики рецидивов пациентам предлагается перенос своих позитивных ощущений от сетевой активности на реальную жизнь: друзей, членов семьи, одноклассников, занятия спортом, творчество, учебный процесс. В зарубежной литературе на данном этапе терапии часто рекомендуют использовать «ритуалы прощания», например, «прощальные письма», адресованные своему зависимому поведению, сожжение заранее заготовленных распечаток аддиктивных действий и т.д. Следует заметить, что по нашему опыту, подобные действия обычно стимулируют у подростков резкие аффективные реакции, как правило, депрессивного характера, и прежде, чем использовать такой прием, терапевт должен быть уверен, что справится с последствиями его применения.

На **девятом сеансе** фокус внимания сосредоточен на укреплении самооценки и создании собственного позитивного образа вне сетевого поведения. В дальнейшем, по мере развития этого образа и формирования навыков самопрезентации он может быть использован для отработки навыков установления социальных контактов. Это очень важно, поскольку степень зависимости от интернет напрямую коррелирует с низкой самооценкой. Таким образом, достижение общественного признания через альтернативные действия, снижает влечение к аддиктивным действиям в интернет. Одним из важных когнитивных открытий, совершаемых в ходе терапии, является факт, что чем больше действий совершает ребенок вне сети, тем выше у него шансы на достижение признания в обычной жизни. В качестве домашнего задания подросткам поручают расспросить своих друзей и знакомых, каких реальных поступков от них ждут, и каким будут особенно рады. С одной стороны, ставится задача сосредоточиться на своих позитивных мыслях, действиях, с другой стороны – бороться с внутренним критицизмом, подвергать свои негативные мысли анализу, вытесняя их позитивными суждениями, подкрепляя последние действиями.

На **десятом и одиннадцатом сеансах** обсуждают развитие личности участников. Поскольку в группе подростки 13-16 лет, то особенно актуальными темами для обсуждения становятся взросление, самостоятельная жизнь после окончания школы, создание собственной семьи (установление партнерских отношений), работа, достижения в будущей профессии, карьера. Многие подростки признаются, что мысли о будущем заставляют их переживать неприятные эмоции: они склонны тревожиться относительно событий, связанных с окончанием школы, выпускными экзаменами, поступлением в ВУЗы, поиском работы. Большинство честно сообщают, что стоят перед непростым выбором: приобретать все больше самостоятельности, свободы, что требует и соответствующего уровня ответственности за собственные решения, или оставаться в рамках детских поведенческих стереотипов, сохраняя зависимость от родителей, ведя пассивный, часто паразитический образ жизни, но избегая бремени принятия решений. Парадоксально, но именно второй сценарий оказывается более сильным стрессором и способствует формированию зависимого поведения.

Также обсуждаются и другие стрессовые события: развод родителей, болезни и смерть членов семьи, переезды и смена учебных заведений, разрыв близких отношений. Стрессовые события соотносятся с развитием зависимого поведения.

На **двенадцатом сеансе** дискутируются проблемы возникновения рецидивов и стратегии их предотвращения. Акцент делается на соблюдение режима дня, поддержание социальных контактов, здоровый сон, занятия спортом и хобби. Участники группы рассказывают о своих ежедневных занятиях. Анализируется опыт участников, перенесших рецидивы в период работы в группе. Обсуждается выявление триггеров патологической активности и стратегии по их дезактуализации.

На **тринадцатом и четырнадцатом сеансах** подводятся итоги работы в группе. Проговариваются (хотя бы в общем плане, на уровне сценариев) любые вопросы, которые возникают у участников, предпринимаются попытки установить их связь с зависимым поведением (в прошлом) или его преодолением. Обсуждаются произошедшие за время работы в группе изменения – в поведении, в самооценке, в образе жизни, достижения. Подытоживаются успехи в преодолении зависимого поведения, а также сомнения и опасения, связанные со скорым завершением терапии.

На итоговом, **пятнадцатом сеансе** обсуждаются вопросы ближайшего и отдаленного (5-10 лет) будущего. Пациенты пишут итоговое эссе и «сценарий» своей жизни и личностной эволюции на ближайший год. Получают итоговые рекомендации от терапевта. Для ряда пациентов, в индивидуальном режиме назначаются терапевтические встречи (в частности, для лиц, получающих поддерживающую фармакологическую терапию). После завершения групповой терапии с подростками обязательно проводится итоговое родительское собрание, на котором подростки не присутствуют.

При проведении КПП в группах подростков 13-16 лет предварительные данные позволяют предполагать эффективность не ниже 70%. Сходные показатели приводят и зарубежные авторы. Вероятно, среди решающих факторов, обеспечивающих успех терапии, следует выделить активное участие членов семьи подростков в их реабилитации, наличие у подростков реальных достижений в учебе, спорте и творческой деятельности. Также вероятно, что у подростков мужского пола как формирование симптомов зависимости, так и ее преодоление происходит быстрее, чем у девушек сопоставимого возраста.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Полученный нами опыт психотерапевтической помощи при интернет-зависимости свидетельствует о различной степени ее успешности в зависимости от состава терапевтических групп и от выбранного вида психотерапии. При проведении полимодальной психотерапии по данным катамнеза, через полгода стойкая ремиссия формируется у подростков,

обнаруживавших 1 стадию зависимости, в 89,5% случаев, у обнаруживавших вторую стадию зависимости – в 76,5% случаев. Причины рецидивов – стрессовые ситуации, ссоры с друзьями и партнерами, конфликты в школе и дома, значительно реже длительная соматическая болезнь (вынужденная изоляция). Кроме того, очевидно, что итоги психотерапевтической работы существенным образом зависят от использования медикаментозной терапии (при сочетании психотерапии с фармакологической терапией результаты лечения сравнительно лучше), возраста участников группы (у подростков старшего возраста эффективность терапии выше). Частота случаев достижения полугодовой ремиссии (более, чем в 80% случаев), свидетельствует о высокой эффективности разработанных методов и программы психотерапевтической помощи.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ  
И РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ,  
ЗАВИСИМЫХ ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА,  
ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ,  
ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ДОСТУП В СЕТЬ

*Методические рекомендации*

Заведующая редакцией	Н. Б. Гончарова
Редактор	М. М. Игнатенко
Компьютерная верстка	М. М. Абрамова

Подписано в печать XX.XX.XXXX  
Формат 60x84,16 Гарнитура  
Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 2,0  
Тираж XXX

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и  
наркологии имени В.П. Сербского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23

## **Интернет и суициды несовершеннолетних: комплексное психолого-психиатрическое исследование**

### ***Бадмаева В.Д.***

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава России  
(ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» МЗ РФ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2345-3091>, e-mail: badmaeva.v@serbsky.ru

### ***Сыроквашина К.В.***

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава России  
(ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» МЗ РФ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3172-6130>, e-mail: syrokvashina@mail.ru

### ***Ошевский Д.С.***

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава России  
(ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. П.Сербского» МЗ РФ);  
Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3465-6302>, e-mail: oshevsky@serbsky.ru

Связь между интернетом и суицидальным поведением подростков за последние несколько лет стала темой общественных обсуждений, правовых инициатив и исследований специалистов [1]. Проблема влияния информации о суицидах в литературе и средствах массовой информации на совершение самоубийств издавна была предметом интереса суицидологов. Феномен копирования суицидального поведения получил название «синдрома Вертера», поскольку именно в связи с романом И.В. Гете был отмечен рост суицидов молодых людей. Действительно, для подростков, особенно для девочек, характерно повышение риска совершения суицида после публикаций в средствах массовой информации [3]. Современные условия цифровой жизни делают проблему взаимосвязи информации и суицидального поведения еще более сложной и неоднозначной, выводя ее за пределы проблемы поведенческого подражания.

По нашему мнению, можно выделить неспецифическое и специфическое влияние Интернета на формирование готовности к совершению самоубийства. Кроме того, целесообразно учитывать различные формы этого влияния в генезе как суицидального поведения, так и ассоциированных с ним психических расстройств. В ситуации неспецифическо-

го воздействия мы сталкиваемся с проблемами существенной вовлеченности определенных групп подростков в Интернет, которая может не иметь суицидальной направленности как таковой. По данным ряда исследователей из США, видеоигры или нахождение в Интернете длительностью более пяти часов в день связано с риском развития депрессивных расстройств и появления суицидальных мыслей [8]. В ситуации специфического воздействия подросток целенаправленно ищет как информацию, связанную с суицидом, так и контакт с разделяющими его идеи сверстниками. Целенаправленный поиск информации о суицидах и общение со склонными к суицидальному поведению сверстниками коррелируют с суицидальными тенденциями и повышенным риском завершенных суицидов у подростков [5; 6; 10]. Отдельным образом выступает такая проблема, как кибербуллинг, в крайних своих формах способный приводить психически и социально уязвимых подростков к суицидальному поведению [2; 7].

В крупном исследовании суицидального поведения подростков, проведенном на основе материалов комплексных посмертных психолого-психиатрических экспертиз было выявлено, что почти в половине исследованных случаев у несовершеннолетнего была страничка в Интернете (46,59%). Вероятнее всего, число зарегистрированных в социальных сетях подростков было еще выше, чем зафиксировано в экспертных актах. Более подробный анализ показал, что как минимум пятая часть несовершеннолетних (20,45%) публиковали в Интернете записи с суицидальным содержанием или копировали аналогичную информацию с других страниц [4]. Как правило, суицидальные действия в таких публикациях представляются приемлемыми, допустимыми, достойными подражания. Копирование подобной информации может являться признаком обдумывания суицидального поступка или актуальностью таких идей в целом. Также выявлялись гендерные особенности в сетевой активности, девушки статистически значимо чаще юношей вели свою страницу в социальных сетях. Использование страницы в качестве пространства для обсуждения и высказываний мыслей о суициде также встречалось чаще у девушек. Как правило, это касалось одобрения самоубийства как способа разрешения проблемной ситуации, перепостов картинок или записей с суицидальной тематикой либо сообщений о собственных намерениях совершить суицидальный поступок.

Проблема связи Интернета и суицидального поведения подростков остро актуальна в настоящее время для России в связи с рядом «громких» случаев самоубийств, в которых родственники погибших указывают на их вовлеченность в деятельность так называемых «групп самоубийц» в социальной сети «ВКонтакте». В рамках комплексной судебной психолого-пси-

психиатрической экспертизы в ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» проводилась оценка состояния лиц, как выступавших в роли «кураторов», так и их собеседников (и те и другие были несовершеннолетними). Широкого распространения подобные ситуации не получили и факт влияния был доказан в единичных случаях, однако в этих случаях можно определенно говорить о влиянии конкретных лиц («кураторов») на психическое состояние подростков, находившихся в активной с ними переписке.

Наряду с изложенными свидетельствами негативного влияния Интернета на суицидальную активность подростков следует указать и на позитивные аспекты воздействия, в том числе в качестве протективного фактора. Так, в последнее время большое внимание уделяется исследованию влияния групп поддержки, организованных в Интернете, на эффективность предупреждения самоубийств в молодежной среде. Отмечается, что включение подростков, склонных к суициду, и их родственников в онлайн-мероприятия по профилактике самоубийств может снижать риск интернет-индуцированных суицидов [9]. Вместе с тем следует подчеркнуть, что использование новых форм профилактики с использованием интернет-технологий не должно рассматриваться как альтернатива традиционным клинико-психологическим программам, они должны быть в них интегрированы. Кроме того, важным аспектом представляется расширение базы знаний о рисках и возможностях интернет-среды самими специалистами, (педагогами, психологами, психиатрами и т.п.), которые работают с детьми и подростками.

### Литература

1. *Вихристюк О.В.* Влияние средств массовой информации на суицидальное поведение подростков и молодежи (обзор зарубежных источников) [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. № 1. 2013. С. 100–108. URL: <http://psyjournals.ru/jmfp/2013/n1/58059.shtml> (дата обращения: 15.06.2020).
2. *Карауш И.С., Куприянова И.Е., Кузнецова А.А.* Кибербуллинг и суицидальное поведение подростков. Суицидология. 2020; 11(1): 117–129. doi: [10.32878/suiciderus.20-11-01\(38\)-117-129](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-117-129)
3. *Любов Е.Б.* СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I // Суицидология. 2012. № 3. С. 20–28.
4. *Сыроквашина К.В., Ошевский Д.С., Бадмаева В.Д. и др.* Факторы риска формирования суицидального поведения у детей и подростков (по результатам анализа региональных посмертных судебных экспертиз). [Электронный ресурс] // Психология и право. 2019(9). № 1, С. 71–84. doi: [10.17759/psylaw.2019090105](https://doi.org/10.17759/psylaw.2019090105)
5. *Durkee T., Hadlaczky G., Westerlund M. et al.* Internet pathways in suicidality: a review of the evidence // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2011. Vol. 8(10). P. 3938–3952.

6. Hagihara A, Miyazaki S, Abe T. Internet suicide searches and the incidence of suicide in young people in Japan // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2012. Vol. 262(1). P. 39–46
7. Hinduja S., Patchin J.W. Bullying, cyberbullying, and suicide // Arch. Suicide Res. 2010. Vol. 14. P. 206–221.
8. Messias E., Castro J., Saini A. et al. Sadness, suicide, and their association with videogame and internet overuse among teens: results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009 // Suicide Life Threat Behav. 2011. Vol. 41(3). P. 307–315.
9. Totaro S., Toffel E., Scocco P. Предупреждение суицидов и Интернет: риск и возможности // Суицидология, 2016. Том 7. № 4. С. 32–41.
10. Zimmerman G.M., Rees C., Posick C. et al. The power of (Mis)perception: Rethinking suicide contagion in youth friendship networks // Social Science & Medicine. 2016. Vol. 157. P. 31–38. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.03.046

### **Сведения об авторах**

*Бадмаева Валентина Дорджиевна*, доктор медицинских наук, руководитель отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава России (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П.Сербского» МЗ РФ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2345-3091>, e-mail: badmaeva.v@serbsky.ru

*Сыроквашина Ксения Валерьевна*, кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник лаборатории психологии детского и подросткового возраста, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава России (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П.Сербского» МЗ РФ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3172-6130>, e-mail: syrokvashina@mail.ru

*Ошевский Дмитрий Станиславович*, кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник лаборатории психологии детского и подросткового возраста, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава России (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П.Сербского» МЗ РФ); г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3465-6302>, e-mail: oshevsky@serbsky.ru

## СЕССИЯ 4. ИНТЕРНЕТ И РИСКИ ОБЩЕНИЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В ЦИФРОВОЙ СРЕДЕ

### Риски цифровой среды: Интернет и девиантное поведение учащихся подросткового возраста

*Дозорцева Е.Г.*

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава РФ  
(ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского»);  
Московский государственный психолого-педагогический университет  
(МГППУ), г. Москва, Российская Федерация;  
ORCID: 0000-0002-1309-0485, e-mail: edozortseva@mail.ru

**Ключевые слова:** Интернет, интернет-риски, девиантное поведение,  
учащиеся, несовершеннолетние, интернет-зависимость, кибербуллинг,  
скулшутинг, кибергруминг.

Интернет — одно из величайших достижений современности и социокультурное явление, преобразившее нашу жизнь. Он сделал для нас доступной массу информации и позволил расширить и ускорить контакты между людьми. Он дает новые возможности обучения, работы, коммуникации, развлечений. Однако привлекательные черты всемирной сети имеют и свою оборотную сторону. Неслучайно некоторые исследователи Интернета сравнивают его с обоюдоострым мечом [8]. Став в значительной мере «местом проживания» многих пользователей, прежде всего, молодежи, Интернет отчасти вобрал в себя негативные явления обычной жизни, отчасти создал новые. Г.В. Солдатова и ее сотрудники выделяют пять видов рисков Интернета для детей и подростков: контентные, коммуникативные, потребительские, технические и риски интернет-зависимости [7]. Несовершеннолетние особенно уязвимы для негативного воздействия в цифровой среде. Оно может провоцировать поведение подростков, опасное для других людей или для них самих. Сами подростки нередко становятся источником угрозы или агрессии в виртуальном окружении, нарушая нормы, традиционно принятые офлайн. Этому способствует анонимность пользователей сетей и отсутствие непосредственного контакта с партнером по взаимодействию. Рассмотрим некоторые виды девиантного поведения

подростков в сети Интернет либо развившиеся офлайн под влиянием Интернета.

Статистические данные свидетельствуют о том, что за последнее десятилетие преступность несовершеннолетних существенно сократилась, как в России, так и за рубежом. Наряду с демографическими факторами, а также влиянием политики и социальных профилактических мер причиной такого явления считают развитие Интернета и цифровых технологий. Активность подростков переместилась в онлайн. Одна из форм связанных с этим девиаций — чрезмерное погружение несовершеннолетних в виртуальное пространство. Как показывают исследования, количество времени, проводимого учащимися в сети Интернет, в последние годы постоянно увеличивалось и более половины молодых людей находятся в ней не менее 6 часов в день, а четверть — более 9 часов [7]. Навязчивая потребность подростка проводить как можно больше времени онлайн, явления депривации при невозможности находиться в цифровой среде свидетельствуют об интернет-зависимости [1]. Несмотря на то, что этот вид зависимости пока не включен в международные классификации болезней, он рассматривается психиатрами как форма нехимических аддиктивных расстройств, а поведение подростков, проявляющих подобную зависимость, безусловно, может квалифицироваться как девиантное. В свою очередь, длительное пребывание подростков в социальных сетях, согласно данным исследований, связано с такой их чертой, как враждебность [4], что может говорить о характере коммуникаций в виртуальном пространстве и о соответствующих коммуникативных рисках.

Агрессивное поведение подростков в сети Интернет чаще всего принимает форму кибербуллинга, или онлайн травли. Психологические последствия такой агрессии часто не уступают по тяжести психическим травмам, получаемым пострадавшими офлайн. Согласно результатам эмпирического исследования, выполненного Д.В. Кирюхиной, обнаруживается значимая корреляция между склонностью подростка к кибербуллингу и аддиктивным поведением, что может рассматриваться как подтверждение приведенных выше данных о связи киберагрессии и интернет-аддикции [2]. В том же исследовании было показано, насколько распространен кибербуллинг как явление: лишь около 3% опрошенных подростков не сталкивались с ним, тогда как остальные встречались в сети Интернет с издевательствами, травлей, раскрытием личной информации, кибер-преследованием и троллингом. Следует отметить также, что роли кибербуллеров и жертв кибербуллинга у подростков примерно в половине случаев сочетаются, и они могут выступать в них попеременно [2]. Нередко кибербуллинг выступает продолжением буллинга в реальном взаимодействии, что находит свое

крайнее выражение в избиении подростка сверстниками с фиксацией происходящего на видео, которое позже выкладывается в социальных сетях (“happyslapping”).

Контентные риски также имеют значение для развития девиантного поведения школьников. Так, исследования демонстрируют связь суицидальных и аутодеструктивных тенденций несовершеннолетних с потреблением информации подобного рода на соответствующих сайтах в сети Интернет [6]. Следует, однако, иметь в виду, что, как правило, подростки не являются пассивными потребителями информации, а в поиске определенных сведений реализуют свои собственные внутренние потребности и тенденции. На тематических сайтах или в чат-группах влияние контента соединяется с коммуникативными воздействиями, а подростки не только подвергаются влиянию этих факторов, но и сами активно его производят. Социально-психологические механизмы и эффекты таких взаимодействий еще нуждаются в исследованиях. Однако на практике результаты сочетания контентных и коммуникативных рисков проявлялись, в частности, в случаях скулшутинга, или нападения подростков на школы. Несовершеннолетние, имевшие значительные внутренние проблемы, связанные с семейными и школьными трудностями, неприятием сверстников, изоляцией или травлей, а в ряде случаев — с наблюдавшейся у них психопатологией, находили решение этих проблем в следовании агрессивным образцам поведения подростков в школе «Колумбайн» (США), которые расстреляли в 1999 г. одноклассников и учителей, относившихся к ним с пренебрежением, после чего покончили с собой. Их идеализированные образы культивировались в сети Интернет определенными группами молодежи. Однако следует подчеркнуть, что информация на сайтах, посвященных событиям в школе «Колумбайн», не являлась первичным звеном в цепи причин и факторов, приведших российских подростков к скулшутингу. Основное значение в данном случае, имело недостаточное внимание окружающих, прежде всего, родителей, педагогов, психологов, к психологическим и клиническим проблемам таких подростков, которые проявлялись задолго до появления у них намерений совершить преступление. Влияние интернет-сообществ послужило катализатором внутренних процессов этих несовершеннолетних, способствовало оформлению их мотивов и выбору способа действия[3].

Аналогичным образом, по-видимому, следует расценивать влияние на несовершеннолетних сайтов и групповых чатов в сети Интернет, имеющих суицидальную и аутоагрессивную направленность. Широко известными стали случаи воздействия на подростков групп, склонявших несовершеннолетних к совершению самоубийств. С целью противодей-

ствия их преступным деяниям потребовалось введение новых статей в Уголовный кодекс.

Ярким проявлением коммуникативных рисков для детей и подростков стали преступные действия сексуального характера по отношению к несовершеннолетним со стороны взрослых, совершаемые с помощью сети Интернет и получившие название онлайн-груминга, или кибергруминга. Используя непонимание или любопытство детей и подростков, взрослые (грумеры) с помощью определенных тактик добиваются встреч с несовершеннолетними с сексуальными целями или предоставления им сексуализированных изображений детей. Борьба с этим преступлением может вестись как техническими средствами, так и просвещением детей и родителей о возможных угрозах.

Интернет создал специфическую среду существования человека, в которой мало границ для распространения информации и самопрезентации пользователей, слабо выработаны нормы и регламентация действий. Жизнь в этой среде может быть интересной и увлекательной, но одновременно опасной для взрослых и, тем более, для детей. Одна из важных перспективных исследовательских задач состоит в том, чтобы выяснить, каким образом дети и подростки воспринимают эту среду, насколько чувствуют риски и готовы справиться с проблемами. Другая задача профилактики виктимизации и развития девиантного поведения несовершеннолетних — способствовать выработке у них норм и правил поведения в цифровой среде, обеспечение безопасности для самих себя и других людей.

### Литература

1. *Войсунский А.Е.* Феномен зависимости от Интернета // Гуманитарные исследования в Интернете / Под ред. А.Е. Войсунского. М.: Можайск-Терра, 2000. С. 100–131.
2. *Дозорцева Е.Г., Кирюхина Д.В.* Кибербуллинг и склонность к девиантному поведению у подростков // Прикладная юридическая психология. 2020. № 1. С. 80–87.
3. *Дозорцева Е.Г., Ошевский Д.С., Сыроквашина К.В.* Психологические, социальные и информационные аспекты нападения несовершеннолетних на учебные заведения [Электронный ресурс] // Психология и право. 2020. Том 10. № 2. С. 97–110. DOI:10.17759/psylaw.2020100208
4. *Мальгин В.Л.* Агрессивность и враждебность у подростков с интернет-зависимым поведением [Электронный ресурс] / В.Л. Мальгин, Ю.А. Меркурьева, О.Т. Утеулина [и др.] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. № 4(27). URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2014\\_4\\_27/pomer/pomer02.php](http://mprj.ru/archiv_global/2014_4_27/pomer/pomer02.php) (дата обращения: 17.09.2020).
5. *Медведева А.С.* Реакции детей и подростков на сексуальный онлайн-груминг [Электронный ресурс] // Психология и право. 2020. Том 10. № 1. С. 44–54. DOI: <https://doi.org/10.17759/psylaw.2020100111>

6. Соколова М.В., Дозорцева Е.Г. Склонность к аутоагрессивному поведению у подростков и информация, потребляемая ими в Интернете // Психология и право. 2019. Том 9. № 1. С. 22–35. doi:10.17759/psylaw.2019090102
7. Солдатова Г.У., Чигарькова С.В., Дренёва А.А., Илюхина С.Н. Мы в ответе за цифровой мир: Профилактика деструктивного поведения подростков и молодежи в Интернете: учеб.-метод. пособие. М.: Когито-Центр, 2019. 176 с.
8. Al-Nemrat A., Benzaid Ch. Cybercrime Profiling: Decision-Tree Induction, Examining Perceptions of Internet Risk and Cybercrime Victimization [Электронный ресурс]. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/190701478.pdf> (датаобращения: 17.09.2020).

### ***Сведения об авторе***

*Дозорцева Елена Георгиевна*, доктор психологических наук, главный научный сотрудник, и.о. руководителя лаборатории психологии детского и подросткового возраста, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава РФ (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского»); профессор кафедры юридической психологии и права факультета юридической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1309-0485>, e-mail: edozortseva@mail.ru

## Девочки-жертвы груминга: группы риска, особенности взаимодействия с посягателем, клиничко-психологические последствия

**Нуцкова Е.В.**

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава РФ (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского»),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8864-1085>, e-mail: [nutskova@serbsky.ru](mailto:nutskova@serbsky.ru)

По данным криминологических исследований, несовершеннолетние представляют одну из самых подверженных насилию и злоупотреблению групп населения. За последние три года зафиксирован устойчивый рост количества преступлений, совершенных в отношении детей и подростков, в целом, на 10%. При этом более 40% потерпевших находились в возрасте до 10 лет [1].

Развитие информационных технологий, возникновение альтернативных способов общения и взаимодействия способствуют возникновению новых видов насилия и злоупотребления. Из них сексуальные домогательства в отношении детей и подростков являются наиболее латентным и опасным видом криминальной агрессии. Сексуальные домогательства, или груминг, включают в себя выстраивание доверительных отношений с ребенком для его дальнейшей сексуальной эксплуатации. Согласно опросу школьников Москвы и Московской области, проведенному Г.У. Солдатовой и коллегами, среди 14–17-летних подростков 48% сталкивались с предложениями пообщаться на интимные темы, выслать фото или видео в обнаженном виде. В 2017 г. среди обратившихся на линию помощи «Дети онлайн» 33% просили поддержки именно в решении проблемы сексуальных домогательств [2; 3; 4]. 45% всех нежелательных контактов несовершеннолетних начинаются с общения в Интернете. 42% детей являются жертвами одного посягателя, 27% — двух, 30% — трех и более. 23% детей в возрасте до 15 лет подвергались развратным действиям в Интернете [5; 6].

Последствия криминального насилия и злоупотребления наносят тяжелый вред здоровью и психическому развитию детей и подростков и нередко оказываются непоправимы. Для их коррекции и профилактики необходимо знать, на что должен направить усилия специалист.

Отличительными особенностями развратных действий в Интернете являются:

1) доступность (посягатель может быть на связи с жертвой в любое время);

2) анонимность (зачастую жертва не знает, с кем она общается на самом деле);

3) мнимое чувство безопасности для жертвы (дети не знают, что они являются жертвой преступления и могут обратиться за помощью);

4) широкий диапазон социальных последствий;

5) высокая латентность;

6) формирование у жертвы девиантного сексуального поведения.

Для выявления и описания специфики развратных действий в Интернете было проведено пилотное исследование. Были обследованы 23 несовершеннолетних потерпевших женского пола, экспериментально-психологическое исследование которых было выполнено в Лаборатории психологии детского и подросткового возраста ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» МЗ РФ в рамках КСППЭ в 2011–2019 гг. Все подэкспертные находились в возрастном интервале от 8 до 17 лет.

Изучение распределения потерпевших по возрасту показало, что самую многочисленную группу составили девочки в возрасте от 15 до 17 лет – 12 человек. 13–14-летних потерпевших – 8 человек, 10–12 – 2 человека и одна девочка не достигла 10-летнего возраста.

Анализ семейной ситуации показал, что 11 девочек воспитывались в неполной семье. одна девочка жила в семье старшей сестры, две девочки проживали в школе-интернате, две девочки воспитывались отцами-одиночками, одна семья официально была признана неблагополучной и состояла на профилактическом учете.

У 13 потерпевших выявлялось неблагополучие в сфере общения. Десять девочек жаловались на отсутствие близких друзей и недостаток общения, три были жертвами буллинга со стороны одноклассников.

Изучение процесса взаимодействия с посягателем выявило причины, почему девочки вступали в такой вид общения:

1) недостаток общения (девочки хотели познакомиться и пообщаться, завести нового друга);

2) познавательный интерес в сфере интимных отношений (девочкам было интересно узнать о сексуальных отношениях);

3) они считали, что состоят с посягателем в романтических отношениях;

4) были введены в заблуждение (например, считали, что проходят кастинг в модельное агентство);

5) не смогли отказать (их вынудили или заставили (угрозами, шантажом и т. д.).

Изучение непосредственных последствий для психического состояния несовершеннолетних пережитого опыта домогательств показало, что данный вид посягательств может приводить к возникновению состояний клинического уровня. Двум девочкам был выставлен диагноз тревожно-депрессивная реакция (F 43.2 МКБ-10). У двух девочек сексологами были описаны симптомы ранней сексуализации поведения.

Основные актуальные переживания, которыми делились девочки, можно было обозначить как опасение что полученные посягателем фото- и видеоматериалы попадут в открытый доступ или третьим лицам, произошедшее приобретет широкую огласку (узнают друзья, одноклассники, учителя). У потерпевших обнаруживались чувства самообвинения, безысходности, социальной изоляции и одиночества.

Таким образом, можно назвать несколько категорий детей, наиболее уязвимых к сексуальным домогательствам в сети Интернет:

- 1) проживающие в неблагополучных семьях;
- 2) подвергающиеся социальной изоляции;
- 3) ранее подвергавшиеся другим видам насилия;
- 4) взаимодействующие с другими детьми, которые были жертвами аналогичных преступлений;
- 5) не имеющие безопасной среды для изучения сексуальности.

Несмотря на неослабевающий интерес со стороны специалистов медицинской и социальной сфер к теме насилия над детьми, на большое количество исследований посвященных проблемам несовершеннолетних потерпевших, остается множество задач, требующих эффективного решения:

- 1) разработка нормативно-правового регулирования работы с несовершеннолетними потерпевшими;
- 2) научно-методические разработки в области работы с несовершеннолетними потерпевшими, в том числе пострадавшими от современных видов насилия (груминга);
- 3) построение целостной и преемственной системы сопровождения потерпевшего различными ведомствами и специалистами;
- 4) разработка профессиональных стандартов и компетенций психологов, работающих в системе сопровождения несовершеннолетних потерпевших (психолог, сопровождающий следственные действия; психолог-эксперт; психолог-консультант);
- 5) профессиональная подготовка психологов, работающих с потерпевшими от преступлений (по каждому из направлений деятельности).

## Литература

1. Результаты межрегионального исследования — 2009 г. «Восприятие Интернета детьми и подростками России» [Электронный ресурс] // Официальный

- сайт Фонда развития Интернет, URL: <http://www.fid.su> (дата обращения: 09.01.2019 г.).
2. *Солдатова Г.У., Нестик Т.А., Рассказова Е.И., Зотова Е.Ю.* Цифровая компетентность подростков и родителей. Результаты всероссийского исследования. М.: Фонд Развития Интернет, 2013. 144 с.
  3. *Солдатова Г., Рассказова Е., Зотова Е., Лебешева М., Роггендорф П.* Дети России онлайн. Результаты международного проекта EU KidsOnline II в России [Электронный ресурс]. URL: <http://psypublic.com/assets/files/EU-Kids-Online-II-in-Russia.pdf> (дата обращения: 09.12.2019 г.).
  4. *Солдатова Г.У., Ртищева М.А., Серегина В.В.* Онлайн-риски и проблема психологического здоровья детей и подростков // Академический вестник Академии социального управления. 2017. № 3 (25). С. 29–37.
  5. *Солдатова Г.У., Чигарькова С.В., Львова Е.Н.* Онлайн-агрессия и подростки: результаты исследования школьников Москвы и Московской области // Социально-экономические и общественные науки. 2017. № 12. С. 103–109.
  6. *Landberg A., Jonsson L.* A part of reality on children, sexual abuse and the Internet. Sweden. Stiftelsen Allmänna Barnhuset & Barnafriid, Linköpingsuniversitet. 2018. 32 p.

#### ***Сведения об авторе***

*Нуцкова Елена Владимировна*, кандидат психологических наук, научный сотрудник Лаборатории психологии детского и подросткового возраста, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава РФ (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8864-1085>, e-mail: [nutskova@serbsky.ru](mailto:nutskova@serbsky.ru)

© ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020  
 УДК: 316.77+159.9  
 DOI: 10.24411/1560-957X-2020-10408

**Для корреспонденции**  
**Пережогин Лев Олегович** – доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России  
 Адрес: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23  
 Телефон: +7 (495) 773-9306  
 E-mail: drlev.ru@yandex.ru

**Л.О. Пережогин, В.Д. Бадмаева, Е.В. Макушкин, Е.В. Нуцкова**

## Международная практика использования профилактических программ, направленных на снижение кибернасилия в школьной среде

### Научный обзор

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

*В научном обзоре с целью изучения подходов к превенции кибернасилия среди школьников проведён анализ отечественной и зарубежной литературы. В процессе скринингового поиска и ранжирования источников выделены принципы профилактики кибернасилия и определены две категории наиболее результативных профилактических программ. Первая направлена на широкий спектр участников, включая как детей и подростков различных возрастных групп, без гендерных отличий, так и членов их семей. Вторая категория представлена программами, сфокусированными на небольших группах школьников с учётом половозрастных особенностей и различных факторов, включая социальные, экономические, воздействия культурной среды.*

**Ключевые слова:** интернет; дети; подростки; школа; насилие; информационная среда; кибербуллинг; профилактика

**Для цитирования:** Пережогин Л.О., Бадмаева В.Д., Макушкин Е.В., Нуцкова Е.В. Мировая практика использования профилактических программ, направленных на снижение кибернасилия в школьной среде // Российский психиатрический журнал. 2020. № 4. С. 63–70. DOI: 10.24411/1560-957X-2020-10408

**LO Perezhogin, VD Badmaeva, EV Makushkin, EV Nutskova**

## World practice of using preventive programs, aimed at reducing cyber-violence in school environment

### Review

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

*The review contains the analysis of domestic and foreign literature, which was carried out in order to study approaches to the prevention of cyber violence among schoolchildren. In the process of screening and ranking of sources, the principles of cyberbullying prevention and two categories of the most effective prevention programs were identified. The first category of programs is aimed at a wide range of participants, including both children and adolescents of various age groups, without gender differences, and their family members. The second category is represented by programs that focus on small groups of schoolchildren considering age and sexual characteristics and other factors, including social, economic, and cultural influences.*

**Key words:** Internet; children; teenagers; school; violence; information environment; cyberbullying; prevention

**For citation:** Perezhogin LO, Badmaeva VD, Makushkin EV, Nutskova EV. World practice of using preventive programs, aimed at reducing cyber violence in school environment. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. 2020;(4):63–70. Russian. DOI: 10.24411/1560-957X-2020-10408

**А**грессивные действия подростков в школьной среде регистрируются во всём мире; как правило, они направлены против сверстников, которые не могут легко защитить себя. Данные о распространённости травли сверстников в разных источниках могут существенно отличаться – от 5,1 до 41,4% [1]. Формы агрессивных действий варьируют: от довольно безобидных насмешек до грубого физического насилия, длящегося порой годами [2]. Широкое внедрение в жизнь человека информационных технологий и интернета, распространённость смартфонов в среде несовершеннолетних привели к формированию новой категории издевательств – кибернасилия (кибербуллингу). Этим термином принято обозначать электронную травлю, проявления жестокости онлайн, т.е. преднамеренные агрессивные действия, систематически осуществляемые против жертвы, которая не может себя защитить, с использованием электронных средств: социальных сетей, электронных писем, мобильных мессенджеров, сетевых игр и т.д.

В зарубежной литературе приводятся подробные классификации подобных действий: выделяют flaming (оскорбления), harassment (настойчивое приставание, притеснение), sexting (рассылка фото и видео интимного содержания), denigration (клевета), slam-booking (создание тематических страниц с комментариями) и много других видов онлайн-травли [3, 4]. Следует отметить, что жертвы кибербуллинга иногда могут становиться и жертвами реальных нападений, – в последнее время всё большее распространение в Сети получает публикация видеосцен реального насилия (happy slaping video) [5–7].

Независимо от характера и продолжительности насилия в реальном мире или травли в интернете среди участников очевидно разделение ролей: всегда присутствуют насильник, жертва и (особенно в случае кибербуллинга) многочисленные свидетели, зрители. Как отмечают многие исследователи [8, 9], насилие в подростковой среде, как правило, развивается по сходному сценарию: насильник, издеваясь над жертвой, повышает собственную самооценку и свой социальный статус; жертва, не готовая или не способная себя защитить, пытается избежать издевательств; зрители независимо от их настроения (поддерживают насильника, сочувствуют жертве, никак не реагируют) сохраняют фактический нейтралитет и бездействуют. Разница между реальным насилием и травлей в интернете, по сути, заключается лишь в том, что в первом случае насильник должен иметь очевидное физическое превосходство над жертвой, а во втором – в качестве насильника (часто действующего анонимно) и жертвы может оказаться практически любой подросток в классе (школе, колледже).

В то же время в недавнем отечественном исследовании отмечено, что в процессе онлайн-травли подростки могут занимать позицию не только пре-

следователя, но и жертвы, часто сочетая эти роли [10]. Жертвой травли может стать несовершеннолетний в любом возрасте, однако чаще данное явление встречается в подростковой среде. Вместе с тем, согласно ряду авторов, в последнее время большое распространение кибербуллинг получил среди учащихся начальной школы (1–5-й классы), а в роли насильников и жертв часто оказываются мальчики [8, 11].

В юридической практике зарубежных стран кибербуллинг всё чаще относят к категории уголовных преступлений. Соответствующие статьи имеются в уголовных кодексах ряда штатов США, в Австралии. А в Германии специальные статьи внесены в закон «О защите молодого поколения», их нарушение может повлечь наказание до 10 лет лишения свободы. Во Франции собственно кибербуллинг относится к категории административных правонарушений (проступок), но его последствия могут быть квалифицированы как преступление. В России такие действия, как flaming, могут подпадать под административное правонарушение по ст. 5.61 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях («Оскорбление»), а в некоторых случаях кибербуллинг может быть соотнесён с составами преступлений, квалифицируемых ст. 137 Уголовного кодекса Российской Федерации («Нарушение неприкосновенности частной жизни») и ст. 128.1 («Клевета»). Если кибербуллинг повлечёт иные последствия (например, спровоцировал самоубийство), возможна квалификация действий по ст. 110 Уголовного кодекса Российской Федерации («Доведение до самоубийства»). Во всех случаях важным условием привлечения виновного лица к ответственности является достижение им 16-летнего возраста.

Нет сомнений, что кибернасилие в школьной среде способно причинять существенный вред психическому здоровью жертвы. Это связано прежде всего с продолжительностью воздействия психотравмирующих факторов на ребёнка, подвергающегося травле, часто невозможностью ограничить это во времени (например, посещением школы) [12]. Многочисленные исследования жертв кибернасилия [13–15] показывают, что оно приводит к психологическим последствиям и нередко оказывает влияние на формирование у жертв психических расстройств различной степени выраженности [16, 17]. В клинической практике, по данным российских и зарубежных специалистов, работающих с детьми и подростками, ставших жертвами кибербуллинга, при остром, внезапном воздействии эпизода сетевого насилия, как и при сексуальных посягательствах, в зависимости от личностных особенностей потерпевшего может возникнуть шоковая (острая кризисная) реакция продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней. У большинства несовершенно-

летних состояние разрешается выходом в психическое здоровье [18–20]. Однако примерно у 20% пострадавших, особенно в условиях длительного психотравмирующего воздействия, психическое состояние может усугубиться с последующим развитием аффективных (тревожных, депрессивных) нарушений, посттравматического стрессового расстройства, а при неблагоприятном течении – с формированием стойких психогенных изменений личности [3, 21].

Кроме того, результаты исследований показывают, что школьники, систематически сталкивающиеся с буллингом и кибербуллингом, больше склонны к аддитивному поведению – экспериментам с психоактивными веществами и алкоголем, небезопасным сексуальным отношениям, как следствие, они больше подвержены риску столкнуться с нежелательной беременностью, инфекциями, передающимися половым путём, и ВИЧ, чаще задумываются о суициде [10]. Таким образом, учитывая высокое социальное значение и последствия кибербуллинга в школьной среде, важную роль играет вопрос его профилактики [22–24].

**Цель** научного обзора – поиск методологически корректных лонгитудинальных программ профилактики насилия среди детей и подростков школьного возраста, включая программы, направленные на превенцию и снижение частоты кибербуллинга, доказавших свою эффективность.

### Этапы поиска и анализа информации

Поиск программ проводили в несколько этапов. Задача **первого этапа** – скрининговый поиск по ключевым словам в международных научных базах данных (Web of Science, Medline, Scopus) и в отечественной базе публикаций РИНЦ за 2000–2020 гг. Выбранные автоматически источники проходили в дальнейшем сплошную модерацию, и не соответствующие теме исследования работы исключали. В частности, были исключены профилактические программы, которые опирались на ограничительную тактику доступа в интернет и применение средств родительского контроля, поскольку они, на наш взгляд, не подразумевали непосредственной работы с несовершеннолетними.

На **втором этапе** источники ранжировали; предпочтение отдавалось источникам, имевшимся в открытом доступе, полнотекстовым исследовательским статьям, оперирующим статистически достоверными данными, опубликованными в рецензируемых журналах с высокими показателями цитирования, литературным обзорам, имевшим минимальный срок с периода публикации. В итоге были отобраны работы, которые соответствовали поставленным задачам.

Обзор указанных источников проведён на **третьем этапе** работы. Анализ исследуемых превентивных программ позволил разделить их на две

категории. *Первую* составили программы, направленные на самый широкий спектр участников. В них включались дети и подростки различных возрастных групп, без гендерных различий, нередко члены их семей. Число участников таких программ могло варьировать от нескольких десятков до нескольких тысяч человек, а продолжительность – от нескольких недель до 2–3 лет. *Вторую* категорию составили программы, сфокусированные на определённых группах детей и подростков (мальчики, жертвы насилия, дети из групп социального риска и т.д.). Как правило, они включали относительно небольшие группы участников (в пределах 100 человек) и имели продолжительность не более одного календарного года.

### Программы превенции кибербуллинга, направленные на широкую аудиторию несовершеннолетних и членов их семей

Большинство превентивных мер, направленных на работу с широкой аудиторией, реализовывались в масштабах школы. В качестве неременной предпосылки к работе в рамках таких программ выдвигался постулат, что «буллинг и кибербуллинг – следствие общего неблагоприятного климата» в данной школе [25–27]. Как следствие, программы включали несколько уровней работы: учащиеся всей школы, класса, учителя, родители, ученики индивидуальных и малых групп. Проводились как традиционные учебные мероприятия (уроки, тренинги, посвящённые проблеме насилия), так и психотерапевтические групповые и индивидуальные встречи. Из терапевтических вмешательств доминировали когнитивно-поведенческая и поведенческая терапии [28–30].

В частности, примером одной научно обоснованной программы, направленной на уменьшение травли в школах, в том числе кибербуллинга, является программа KiVa [31, 32]. Её главная идея заключается в том, что у агрессора снижается мотивация к совершению насильственных действий, так как он перестаёт получать ожидаемого от зрителей социального одобрения. В работу включаются школьники разных возрастных групп. Программа состоит из трёх шагов и включает профилактические мероприятия, решение инцидентов травли, оценивание и анализ результатов. В структуре программы предусмотрены аудиторные занятия, разбор реальных и обобщённых случаев насилия, обучение реакции на него в форме поддержки жертвы и поиска путей прекращения издевательств. Кроме того, в рамках программы разработана тренинговая компьютерная игра [33, 34]. Программа KiVa показала высокую эффективность в плане существенного уменьшения кибербуллинга и косвенно повлияла на снижение показателей тревоги и депрессии у учащихся тех школ, где она использовалась [35, 36].

Необходимо отметить, что большое количество сходных программ, разработанных авторами в разных странах и реализованных в масштабах от 1–2 школ до целого города и даже государства, показывали очень противоречивые результаты [37, 38]. Программы П.К. Смита [9] и Д. Олвеуса [18, 39] и ряд других, построенных на принципе строго регламентированного поведения в ответ на кибербуллинг и реальное насилие [40–43], включая Фламандскую школьную программу против насилия, программу Friendly Schools и Программу позитивного поведенческого вмешательства и поддержки (SWPBIS), в ряде школ демонстрировали высокие результаты (показатели насилия снижались на 40%), а в некоторых учебных заведениях не приносили никаких плодов.

Эффективными в отношении профилактики насилия среди учащихся средней и старшей школ оказались, помимо программы KiVa, программы «Шаг к уважению» (STR) и «Вопросы молодёжи». Обе программы основаны на стимулировании позитивных реакций у сторонних наблюдателей – от демонстративного игнорирования учеников, допускающих насильственные действия, до активного противодействия буллингу и сообщении о нём школьному психологу.

Особое внимание в программах по превенции травли в школах уделялось участию педагогов и активистов родительского сообщества. Авторы программ исходили из четырёх основных принципов: 1) разрушение системы поощрения насильственного поведения со стороны её пассивных участников; 2) формирование новых групповых норм и ценностей; 3) умение отстаивать интересы и позиции в группе, даже если некоторые участники группы сознательно их нарушают; 4) владение набором социальных, когнитивных и эмоциональных навыков, которые дают детям инструменты для решения проблем. Основной мишенью указанных программ становились относительно небольшие группы детей, как правило классы. По сообщениям авторов, в тех классах, где программы были реализованы, значительно снижался общий уровень насилия, а если в программу включали сразу несколько классов в одной школе, это давало эффект синергии [44–46].

Следует обратить внимание на то, что многие из рассмотренных программ были разработаны для превенции школьного насилия, а с возникновением кибербуллинга они были успешно адаптированы под него. Хотя с позиций доказательности эффективность программ на первый взгляд не всегда может показаться убедительной, педагоги и родители настаивают на их проведении, несмотря на их высокую материальную затратность. В частности, для включения в программу KiVa школа обязана пригласить в штат не менее трёх сертифицированных центром KiVa специалистов, провести обучение всего школьного персонала и активистов

из числа родителей и интегрировать элементы программы в ежедневный план уроков, что повышает аудиторную нагрузку на учеников и педагогов в среднем на 1 час ежедневно. Также школа обязана вести постоянные наблюдения, диагностику, исследовать ситуацию, что обходится ей в сумму около 1 млн евро в год. Однако не менее 90% школ в Финляндии и более 50% школ в Эстонии, Швеции, Бельгии, Испании и Норвегии работают по программе KiVa ([www.kivaprogramm.net](http://www.kivaprogramm.net)) [11, 47, 48].

### **Программы превенции кибернасилия, направленные на локальные выборы детей и подростков**

Программы, направленные на преодоление проблемы школьного насилия, реализуемые в локальных группах, обычно фокусируются не столько на его профилактике, сколько на предотвращении его негативных последствий. Как правило, это систематические психотерапевтические и психокоррекционные программы, объектом которых являются жертвы насилия [38, 49, 50]. Подобных программ, которые могли бы быть включены в данную группу, достаточно много. Однако эти работы отличались, как правило, небольшим объёмом выборов и не содержали указаний на катamnестические результаты. В частности, нам не удалось найти ни одной работы, в которой в качестве отдалённого катamnеза у участников указывалось бы на снижение риска стать жертвой насилия.

В большинстве программ при работе с пострадавшими используются психотерапевтические подходы в виде когнитивно-поведенческой и телесно-ориентированной терапии. При этом психокоррекционная и психотерапевтическая помощь несовершеннолетним жертвам в современных условиях должна осуществляться в рамках комплексного социально-психолого-психиатрического подхода к оценке нарушений их психического здоровья с обеспечением консультативной, лечебно-терапевтической и реабилитационной помощи [49].

Значительно реже в доступных публикациях отмечаются работы, посвящённые профилактике враждебного поведения несовершеннолетних в интернете. Вероятно, это связано с тем, что подобные действия в подавляющем большинстве не рассматриваются как преступления и не попадают в программы по профилактике криминального поведения несовершеннолетних и молодёжи, действующих во многих странах, включая Россию. Исключением является секстинг, который подпадает под уголовное законодательство, и, соответственно, жертвы могут быть включены в специальные программы профилактики [51–53].

Отдельного внимания также заслуживают программы, направленные на профилактику детского и подросткового суицида, разработанные в контексте кибербуллинга [48]. Их важным позитивным отличием являются мероприятия по оценке уровня

тревожности, депрессии и степени суицидального риска. В эти программы, как правило, проводится персональный отбор детей и подростков. Работа ведётся в небольших группах или индивидуально. В составе команды сотрудников, осуществляющих работу по подобной программе, обязательно присутствуют врачи [54–56]. В России реализация дифференцированных программ предупреждения суицидов несовершеннолетних осуществляется в медицинских, преимущественно в психиатрических, учреждениях квалифицированными специалистами.

## Заключение

Насилие в школьной среде – достаточно изученное явление. Однако, будучи перенесённым в интернет-пространство, оно, с одной стороны, сохранило свои основные черты, а с другой – претерпело существенные изменения: приобрело значительную протяжённость во времени, расширило аудиторию источников травли и их жертв, переросло из физической в плоскость морального унижения (оскорбления, публикация и распространение компрометирующих фото, информации и т.д.). Кроме того, значительно снизились возможности привлечения к ответственности обидчика, как правило, в связи с его анонимностью. Несомненно, с феноменологической трансформацией насилия потребовалось его концептуальное осмысление и возникла необходимость разработки новых моделей превенции [35, 39, 57]. Рассмотренные нами программы в подавляющем большинстве представляют собой адаптированные под профилакти-

ку кибербуллинга мероприятия, использующиеся в целях снижения показателей школьного насилия. Несмотря на сложность и высокую стоимость их реализации, они востребованы в различных странах. Некоторые предложенные программы подтвердили свою эффективность, продемонстрировав статистически достоверные показатели снижения уровня насилия.

Важно подчеркнуть, что существующие программы профилактики девиантного поведения несовершеннолетних при их системном использовании способны существенно снизить общий уровень насилия в школьном коллективе. Однако на проявления кибербуллинга, по всей видимости, они влияют в меньшей степени, поскольку дети с поведенческими нарушениями в большей степени склонны к реальной, физической агрессии. Наибольшего успеха в превенции насилия в информационной среде достигают программы, интегрируемые в систему воспитания детей и подростков, использующие ресурсы школы, семьи, других общественных институтов. Эти программы и стали объектом нашего анализа.

Таким образом, наиболее результативными в профилактике кибернасилия в школьной среде будут программы, учитывающие возрастные и гендерные особенности, социальные, культуральные и экономические факторы, воздействие школьной среды. В процессе работы должны использоваться валидные психометрические инструменты и сочетанные методы социального, психолого-педагогического и психотерапевтического воздействия, базирующиеся на межведомственном подходе.

## Сведения об авторах

*Пережогин Лев Олегович* – доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Индексы: РИНЦ AuthorID: 196257; ORCID: 0000-0002-6872-4457

E-mail: drlev.ru@yandex.ru

*Бадмаева Валентина Доржиевна* – доктор медицинских наук, руководитель отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Индексы: РИНЦ AuthorID: 266476; ORCID: 0000-0002-2345-3091

E-mail: nasankaeva@mail.ru

*Макушкин Евгений Вадимович* – доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Индексы: РИНЦ AuthorID: 114535; Scopus AuthorID: 12647068700; ResearcherID: P-6827-2015; ORCID: 0000-0002-1937-5908

E-mail: evm@serbsky.ru

*Нуцкова Елена Владимировна* – кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории психологии детского и подросткового возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Индексы: РИНЦ AuthorID: 196257; ORCID: 0000-0002-8864-1085

E-mail: nutskova@serbsky.ru

## Информация о конфликте интересов и источнике финансирования

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. Научная работа инициативная, не финансируемая.

## Литература

1. Due P., Holstein B.E., Lynch J. et al. Bullying and symptoms among school-aged children international comparative cross-sectional study in 28 countries // *Eur. J. Public. Health.* 2005. Vol. 15, № 2. P. 128–132.
2. Olweus D. *Bullying at School what we know and what we can do.* Cambridge Mass Blackwell Publishers Ltd. 1993. 140 p.
3. Пережогин Л.О. Психические расстройства в качестве вреда здоровью, причиненного действиями в интернете // *Ребенок и правосудие: информационное освещение судебной и иной правоприменительной практики, связанной с защитой прав несовершеннолетних.* М.: АППП, 2018. С. 137–139.
4. Dooley J.J., Pyzalski J., Cross D. Cyberbullying versus face-to-face bullying // *J. Genet. Psychol.* 2014. Vol. 175, № 5. P. 382–400.
5. Menesini E., Nocentini A. Cyberbullying definition and measurement some critical considerations // *J. Psychol.* 2009. Vol. 217, № 4. P. 230–242.
6. Tlofi M.M., Farrington D.P. Risk and protective factors, longitudinal research, and bullying prevention // *New Dir Youth Dev.* 2012. Vol. 133. P. 85–98.
7. Slonje R., Smith P.K. Cyberbullying another main type of bullying // *Scand. J. Psychol.* 2008. Vol. 49, № 2. P. 147–154.
8. Dake J.A., Price J.H., Telljohann S.K. The nature and extent of bullying at school // *J. Sch. Health.* 2003. Vol. 73, № 5. P. 173–180.
9. Smith P.K., Sharp S. *Insights and perspectives. School bullying.* London Routledge, 1994. 160 p.
10. Дозорцева Е.Г., Кирихина Д.В. Кибербуллинг и склонность к девиантному поведению у подростков // *Прикладная юридическая психология.* 2020. Т. 50, № 1. С. 80–87.
11. Tlofi M.M., Farrington D.P. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review // *J. Exp. Criminol.* 2011. № 7. P. 134–144.
12. Макушкин Е.В. Суицидоопасные тенденции у подростков: субклиническая феноменология психической «индукции» при нахождении в киберпространстве // *Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4–6 октября 2016 г.) / Под ред. Е.В. Макушкина.* М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. С. 259–262.
13. Бенгина Е.А., Гришаева С.А. Кибербуллинг как новая форма угрозы психологическому здоровью личности подростка // *Вестник ГУУ.* 2018. № 2. С. 153–157.
14. Brown S.L., Birch D.A., Kancherla V. Bullying perspectives experiences, attitudes, and recommendations of 9- to 13-year-olds attending health education centres in the United States // *J. Sch. Health.* 2005. № 75. P. 384–392.
15. Card N.A., Hodges E.V. Parent-child relationships and enmity with peers the role of avoidant and preoccupied attachment // *New Dir. Child Adolesc. Dev.* 2003. № 102. P. 23–37.
16. Dake J.A., Price J.H., Murnan J., Telljohann S.K. Elementary school secretaries' experiences and perceptions of administering prescription medication // *J. Sch. Health.* 2003. Vol. 73, № 10. P. 373–379.
17. Kaltiala-Heino R., Rimpelä M., Marttunen M. et al. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents school survey // *BMJ.* 1999. Vol. 319, № 7206. P. 348–355.
18. Olweus D. Bullying at school basic facts and an effective intervention programme // *Promot. Educ.* 1994. Vol. 1, № 4. P. 27–31.
19. Tlofi M.M., Farrington D.P., Lösel F., Loeber R. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life. A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies // *J. Aggres. Conf. Peace Res.* 2011. № 3. P. 63–73.
20. Williams K., Chambers M., Logan S., Robinson D. Association of common health symptoms with bullying in primary school children // *BMJ.* 1996. Vol. 313, № 7048. P. 17–29.
21. Макарова Е.А., Макарова Е.Л., Махрина Е.А. Психологические особенности кибербуллинга как формы интернет-преступления // *Российский психологический журнал.* 2016. Т. 13, № 3. С. 293–311.
22. Gini G., Pozzoli T. Bullied children and psychosomatic problems a meta-analysis // *Pediatrics.* 2013. Vol. 132, № 4. P. 720–729.
23. Kochenderfer B.J., Ladd G.W. Peer victimization cause or consequence of school maladjustment // *Child Dev.* 1996. Vol. 67, № 4. P. 1305–1317.
24. Vreeman R.C., Aaron E., Carroll M.D. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2007. Vol. 161, № 1. P. 78–88.
25. Cross D., Monks H., Hall M. et al. Three-year results of the Friendly Schools whole-of-school intervention on children's bullying behavior // *Br. Educ. Research J.* 2010. Vol. 37, № 1. P. 105–129.
26. Fekkes M., Pijpers F.J., Verloove-Vanhorick S.P. Effects of antibullying school program on bullying and health complaints // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2006. Vol. 160, № 6. P. 638–644.
27. Fonagy P., Twemlow S.W., Vernberg E.M. et al. A cluster randomized controlled trial of child-focused psychiatric consultation and a school systems-focused intervention to reduce aggression // *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2009. Vol. 50, № 5. P. 607–616.
28. Kärnä A., Voeten M., Little T.D. et al. A large-scale evaluation of the KiVa antibullying program grades 4–6 // *Child Dev.* 2011. Vol. 82, № 1. P. 311–330.
29. Lewis K.M., Schure M.B., Bavarian N. et al. Problem behavior and urban, low-income youth a randomized controlled trial of positive action in Chicago // *Am. J. Prev. Med.* 2013. Vol. 44, № 6. P. 622–630.
30. Li K.K., Washburn I., DuBois D.L. et al. Effects of the positive action program on problem behaviors in elementary school students a matched-pair randomized control trial in Chicago // *Psychol. Health.* 2001. Vol. 26, № 2. P. 187–204.
31. Williford A., Boulton A., Noland B. et al. Effects of the KiVa anti-bullying program on adolescents' depression, anxiety, and perception of peers // *J. Abnorm Child Psychol.* 2012. Vol. 40, № 2. P. 289–300.
32. Williford A., Elledge L.C., Boulton A.J. et al. Effects of the KiVa antibullying program on cyberbullying and cybervictimization frequency among Finnish youth // *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2013. Vol. 42, № 6. P. 820–833.
33. Caravita S., DiBlasio P., Salmivalli C. Unique and interactive effects of empathy and social status on involvement in bullying // *Soc. Dev.* 2009. № 18. P. 140–163.
34. Pöyhönen V., Juvonen J., Salmivalli C. What does it take to stand up for the victim of bullying? The interplay between personal and social factors // *Merrill Palmer Q.* 2010. Vol. 56, № 2. P. 143–163.
35. Salmivalli C., Poskiparta E.M. Making bullying prevention a priority in Finnish schools the KiVa antibullying program // *New Dir. Youth Dev.* 2012. Vol. 133. P. 41–53.
36. Salmivalli C., Voeten M. Connections between attitudes, group norms, and behaviors associated with bullying in schools // *Int. J. Behav. Dev.* 2004. № 28. P. 246–258.
37. Berry K., Hunt C.J. Evaluation of an intervention program for anxious adolescent boys who are bullied at school // *J. Adolesc. Health.* 2009. Vol. 45, № 4. P. 376–382.
38. DeRosier M.E. Building relationships and combating bullying effectiveness of a school-based social skills group intervention // *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2004. Vol. 33, № 1. P. 196–201.
39. Olweus D. *Bullying at School: Knowledge Base and an effective Intervention Program* // *Annals of the New York Acad. Sc.* 1996. Vol. 794. P. 265–276.
40. Peters R.D.V., McMahon R.J., Quinsey V.L., Olweus D. *Bullying among schoolchildren intervention and prevention Aggression and violence throughout the life span.* Sage Publications Newbury Park, 1992. P. 100–125.
41. Stevens V., De Bourdeaudhuij I., Van Oost P. Bullying in Flemish schools an evaluation of anti-bullying intervention in primary and secondary schools // *Br. J. Educ. Psychol.* 2000. Vol. 70 (Pt. 2). P. 195–210.
42. Sugai G., Horner R.H. The evolution of discipline practices school-wide positive behavior supports // *Child Family Behav. Therapy.* 2002. № 24. P. 23–50.
43. Twemlow S.W., Fonagy P., Sacco F.C. A developmental approach to mentalizing communities II. The Peaceful Schools experiment // *Bull. Menninger Clin.* 2005. Vol. 69, № 4. P. 282–304.
44. Frey K.S., Hirschstein M.K., Snell J.L. et al. Reducing playground bullying and supporting beliefs an experimental trial of the steps to respect program // *Dev. Psychol.* 2005. Vol. 41, № 3. P. 479–490.

## Литература

45. Hawkins J.D., Catalano R.F., Hawkins J.D. The social development model a theory of antisocial behavior Delinquency and crime current theories. New York Cambridge University Press, 1996. P. 149–197.
46. Jenson J.M., Dieterich W.A. Effects of a skills-based prevention program on bullying and bully victimization among elementary school children // *Prev. Sci.* 2007. Vol. 8, № 4. P. 285–296.
47. Bhat C.S. Cyber Bullying: Overview and Strategies for School Counsellors, Guidance Officers, and All School Personnel // *Aust. J. Guid. Counsell.* 2008. Vol. 18. P. 53–66.
48. Levy N., Cortesi S., Crowley E. et al. Bullying in a Networked Era: A Literature Review. Harvard University: Berkman Center Research Publication, 2012. 49 p.
49. Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В., Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д. Психотерапевтическая и психокоррекционная помощь несовершеннолетним, находящимся в трудных жизненных обстоятельствах: Пособие для врачей. М.: ФГБУ «ГНЦСП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2007. 58 с.
50. Пережогин Л.О., Девятова О.Е., Пережогина О.В. Дети, перенесшие насильственное разлучение с близкими: психокоррекционные занятия в реабилитационной группе // *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2009. Т. 35, № 1. С. 76–85.
51. Bauman S. Cyberbullying and sexting: School mental health concerns // *Mental health practice in today's schools: Current issues and interventions* / R. Witte, S. Mosley-Howard. NY: Springer, 2015. P. 241–264.
52. Medrano J.L.J., Lopez Rosales F., Gámez-Guadix M. Assessing the links of sexting, cybervictimization, depression, and suicidal ideation among university students // *Arch. Suicide Res.* 2018. Vol. 22. P. 153–164.
53. Villacampa C. Teen sexting: Prevalence, characteristics and legal treatment // *Int. J. Law Crime Justice.* 2017. № 49. P. 10–21.
54. Heikkilä H.K., Vaananen J., Helminen M. et al. Involvement in bullying and suicidal ideation in middle adolescence: a 2-year follow-up study // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2013. Vol. 22. P. 95–102.
55. Klomek A.B., Sourander A., Kumpulainen K. et al. Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males // *J. Affect. Disord.* 2008. Vol. 109. P. 47–55.
56. Klomek A.B., Sourander A., Niemela S. et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2009. № 48. P. 254–261.
57. Olweus D. School bullying development and some important challenges // *Annual Rev. Clin. Psychol.* 2013. № 9. P. 751–780.

## References

1. Due P, Holstein BE, Lynch J. et al. Bullying and symptoms among school-aged children international comparative cross-sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health.* 2005;15(2):128–132.
2. Olweus D. *Bullying at School what we know and what we can do.* Cambridge Mass Blackwell Publishers Ltd. 1993. 140 p.
3. Perezhogin L.O. Psichicheskie nastrojstva v kachestve vreda zdorov'yu, prichinennogo dejstvuyami v internete. In: *Rebenok i pravosudie: Informacionnoe osveshchenie sudebnoj i inoj pravoprimenitel'noj praktiki, svyazannoj s zashchitoj prav nesovershennoletnih.* Moscow: 2018. p. 137–9. Russian.
4. Dooley JJ, Pyzalski J, Cross D. Cyberbullying versus face-to-face bullying. *J Genet Psychol.* 2014;175(5):382–400.
5. Menesini E, Nocentini A. Cyberbullying definition and measurement some critical considerations. *J Psychol.* 2009;217(4):230–42.
6. Ttofi MM, Farrington DP. Risk and protective factors, longitudinal research, and bullying prevention. *New Dir Youth Dev.* 2012;133:85–98.
7. Slonje R, Smith PK. Cyberbullying another main type of bullying. *Scand J Psychol.* 2008;49(2):147–54.
8. Dake JA, Price JH, Telljohann SK. The nature and extent of bullying at school. *J Sch Health.* 2003;73(5):173–80.
9. Smith PK, Sharp S. *Insights and perspectives. School bullying.* London Routledge; 1994. 160 p.
10. Dozorceva EG, Kiryuhina DV. [Cyberbullying and the tendency to deviant behavior in adolescents]. *Prikladnaya yuridicheskaya psihologiya [Applied legal psychology].* 2020;50(1):80–7. Russian.
11. Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *J Exp Criminol.* 2011;7(7):134–44.
12. Makushkin EV. Suicidopasnye tendencii u podrostkov: subklinicheskaya fenomenologiya psichicheskoy "indukcii" pri nahozhdenii v kiberprostranstve. In: *Psichicheskoe zdorov'e detej strany – budushchee zdorov'e nacii: sbornik materialov Vserossijskoj konferencii po detskoj psihiatrii i narkologii.* Moscow; 2016. p. 259–62. Russian.
13. Bengina EA, Grishaeva SA. Kiberbullying kak novaya forma ugrozy psichicheskomu zdorov'yu lichnosti podrostka. *Vestnik GUU.* 2018;(2):153–7. Russian.
14. Brown SL, Birch DA, Kancherla V. Bullying perspectives experiences, attitudes, and recommendations of 9- to 13-year-olds attending health education centres in the United States. *J Sch Health.* 2005;(75):384–92.
15. Card NA, Hodges EV. Parent-child relationships and enmity with peers the role of avoidant and preoccupied attachment. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2003;(102):23–37.
16. Dake JA, Price JH, Murnan J, Telljohann SK. Elementary school secretaries' experiences and perceptions of administering prescription medication. *J Sch Health.* 2003;73(10):373–9.
17. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, et al. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents school survey. *BMJ.* 1999;319(7206):348–55.
18. Olweus D. Bullying at school basic facts and an effective intervention programme. *Promot Educ.* 1994;1(4):27–31.
19. Ttofi MM, Farrington DP, Lösel F, Loeber R. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life. A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Aggres Conf Peace Res.* 2011;(3):63–73.
20. Williams K, Chambers M, Logan S, Robinson D. Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *BMJ.* 1996;313(7048):17–29.
21. Makarova EA, Makarova EL, Mahrina EA. [Psychological features of cyberbullying as a form of Internet crime]. *Rossiiskij psichologicheskij zhurnal [Russian psychological journal].* 2016;13(3):293–311. Russian.
22. Gini G, Pozzoli T. Bullied children and psychosomatic problems a meta-analysis. *Pediatrics.* 2013;132(4):720–9.
23. Kochenderfer BJ, Ladd GW. Peer victimization cause or consequence of school maladjustment. *Child Dev.* 1996;67(4):1305–17.
24. Vreeman RC, Aaron E, Carroll MD. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(1):78–88.
25. Cross D, Monks H, Hall M, et al. Three-year results of the Friendly Schools whole-of-school intervention on children's bullying behavior. *Br Educ Research J.* 2010;37(1):105–29.
26. Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP. Effects of antibullying school program on bullying and health complaints. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(6):638–44.
27. Fonagy P, Twemlow SW, Vernberg EM, et al. A cluster randomized controlled trial of child-focused psychiatric consultation and a school systems-focused intervention to reduce aggression. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50(5):607–16.
28. Kärnä A, Voeten M, Little TD, et al. A large-scale evaluation of the KiVa antibullying program grades 4–6. *Child Dev.* 2011;82(1):311–30.
29. Lewis KM, Schure MB, Bavarian N, et al. Problem behavior and urban, low-income youth a randomized controlled trial of positive action in Chicago. *Am J Prev Med.* 2013;44(6):622–30.
30. Li KK, Washburn I, DuBois DL, et al. Effects of the positive action program on problem behaviors in elementary school students a matched-pair randomized control trial in Chicago. *Psychol Health.* 2001;26(2):187–204.
31. Williford A, Boulton A, Noland B, et al. Effects of the KiVa anti-bullying program on adolescents' depression, anxiety, and perception of peers. *J Abnorm Child Psychol.* 2012;40(2):289–300.
32. Williford A, Elledge LC, Boulton AJ, et al. Effects of the KiVa antibullying program on cyberbullying and cybervictimization frequency among Finnish youth. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2013;42(6):820–33.
33. Caravita S, DiBlasio P, Salmivalli C. Unique and interactive effects of empathy and social status on involvement in bullying. *Soc dev.* 2009;(18):140–63.
34. Pöyhönen V, Juvonen J, Salmivalli C. What does it take to stand up for the victim of bullying? The interplay between personal and social factors. *Merrill Palmer Q.* 2010;56(2):143–63.
35. Salmivalli C, Poskiparta EM. Making bullying prevention a priority in Finnish schools the KiVa antibullying program. *New Dir Youth Dev.* 2012;133:41–53.

## References

36. Salmivalli C, Voeten M. Connections between attitudes, group norms, and behaviors associated with bullying in schools. *Int J Behav Dev.* 2004;(28):246–58.
37. Berry K, Hunt CJ. Evaluation of an intervention program for anxious adolescent boys who are bullied at school. *J Adolesc Health.* 2009;45(4):376–82.
38. DeRosier ME. Building relationships and combating bullying effectiveness of a school-based social skills group intervention. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2004;33(1):196–201.
39. Olweus D. Bullying at School: Knowledge Base and an effective Intervention Program. *Annals of the New York Acad Sc.* 1996;794:265–76.
40. Peters RDV, McMahon RJ, Quinsey VL, Olweus D. Bullying among schoolchildren intervention and prevention Aggression and violence throughout the life span. Sage Publications Newbury Park; 1992. p. 100–25.
41. Stevens V, De Bourdeaudhuij I, Van Oost P. Bullying in Flemish schools an evaluation of anti-bullying intervention in primary and secondary schools. *Br J Educ Psychol.* 2000;70(Pt. 2):195–210.
42. Sugai G, Horner RH. The evolution of discipline practices school-wide positive behavior supports. *Child Family Behav Therapy.* 2002;(24):23–50.
43. Twemlow SW, Fonagy P, Sacco FC. A developmental approach to mentalizing communities II. The Peaceful Schools experiment. *Bull Menninger Clin.* 2005;69(4):282–304.
44. Frey KS, Hirschstein MK, Snell JL, et al. Reducing playground bullying and supporting beliefs an experimental trial of the steps to respect program. *Dev Psychol.* 2005;41(3):479–90.
45. Hawkins JD, Catalano RF, Hawkins JD. The social development model a theory of antisocial behavior Delinquency and crime current theories. New York Cambridge University Press; 1996. p. 149–97.
46. Jenson JM, Dieterich WA. Effects of a skills-based prevention program on bullying and bully victimization among elementary school children. *Prev Sci.* 2007;8(4):285–96.
47. Bhat CS. Cyber Bullying: Overview and Strategies for School Counsellors, Guidance Officers, and All School Personnel. *Aust J Guid Counsell.* 2008;18:53–66.
48. Levy N, Cortesi S, Crowley E, et al. Bullying in a Networked Era: A Literature Review. Harvard University; Berkman Center Research Publication; 2012. 49 p.
49. Makushkin EV, Vostroknutov NV, Dozorceva EG, Badmaeva VD. Psihoterapevticheskaya i psikhokorrekcionnaya pomoshch' nesovershennoletnim, nahodyashchimsya v trudnyh zhiznennyh obstoyatel'stvah: Posobie dlya vrachej. Moscow; 2007. 58 p. Russian.
50. Perzhogin LO, Devyatova OE, Perzhogina OV. [Children who have suffered forced separation from their loved ones: psychocorrection classes in the rehabilitation group]. *Nauchno-medicinskij vestnik Central'nogo Chernozem'ya [Scientific and medical Bulletin of the Central Chernozem region].* 2009;35(1):76–85. Russian.
51. Bauman S. Cyberbullying and sexting: School mental health concerns. *Mental health practice in today's schools: Current issues and interventions.* R Witte, S Mosley-Howard. NY: Springer; 2015. p. 241–64.
52. Medrano JLJ, Lopez Rosales F, Gámez-Guadix M. Assessing the links of sexting, cybervictimization, depression, and suicidal ideation among university students. *Arch Suicide Res.* 2018;22:153–64.
53. Villacampa C. Teen sexting: Prevalence, characteristics and legal treatment. *Int J Law Crime Justice.* 2017;(49):10–21.
54. Heikkilä HK, Vaananen J, Helminen M, et al. Involvement in bullying and suicidal ideation in middle adolescence: a 2-year follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22:95–102.
55. Klomek AB, Sourander A, Kumpulainen K, et al. Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *J Affect Disord.* 2008;109:47–55.
56. Klomek AB, Sourander A, Niemela S, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(4):254–61.
57. Olweus D. School bullying development and some important challenges. *Annual Rev Clin Psychol.* 2013;(9):751–80.