

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

СТАРОДУБЦЕВА ЮЛІЯ АНДРІЇВНА

УДК: 616.89-02:004:316.614(043.3)

**КОМП'ЮТЕРНА АДИКЦІЯ В СТРУКТУРІ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ
(КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА, СИСТЕМА
ТЕРАПІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ)**

222 – медицина
22 – охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Ю.А. Стародубцева

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Кожина Ганна Михайлівна, доктор медичних наук,
професор

Харків – 2022

АНОТАЦІЯ

Стародубцева Ю.А. Комп'ютерна адикція в структурі розладів адаптації (клініко-психопатологічна характеристика, система терапії та профілактики). – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – Медицина – Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2022.

Захист відбудеться у Харківському національному медичному університеті МОЗ України, Харків, 2022.

Мета роботи: на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей комп'ютерної залежності в структурі розладів адаптації, розробити персоніфіковану систему їх комплексної терапії та профілактики та оцінити її ефективність.

Комплексне обстеження 167 хворих (80 жінок та 87 чоловіків) з розладами адаптації (F43.21, F43.22).

Основну групу склали 105 хворих з розладами адаптації у яких виявлено 20 та більше балів за розділом COMP AUDIT- подібних тестів, що відповідало наявності у них стану клінічно вираженої комп'ютерної залежності – основна група.

Групу порівняння – 62 хворих з розладами адаптації без ознак комп'ютерної залежності

Основну групу у свою чергу було розподілено на терапевтичну групу (65 хворих), пацієнти якої приймали участь терапевтичній програмі, розробленої за результатами власних досліджень та контрольну групу (40 хворих), які отримували стандартну регламентовану терапію в лікарні.

Встановлено, що структуру комп'ютерної залежності у обстежених основної групи склали: нав'язливий серфінг (подорож в мережі, пошук інформації по базах даних і пошукових сайтах) – $45,8 \pm 1,4\%$ обстежених, комп'ютерні ігри – $22,3 \pm 1,2\%$;

віртуальні знайомства – $5,8 \pm 0,5\%$; пристрась до онлайн-азартних ігор – $14,1 \pm 1,1\%$; кіберсекс (захоплення порносайтами) – $1,2 \pm 0,5\%$ обстежених

Показано, що у клінічній картині порушень адаптації у обстежених хворих відмічалися знижений фон настрою, схильність до короточасних бурхливих реакцій, відчуття внутрішньої напруги із неможливістю розслабитися, безпідставне занепокоєння, тривога; підвищена вразливість, образливість; стани розгубленості; гіперстезії; астеничний симптомокомплекс. У емоційній складовій синдрому комплексу у обстежених основної групи домінували дратівливість, неврівноваженість, дисфорії, добові коливання настрою, звуження кола інтересів.

Встановлено, що маркерами коморбідності розладів адаптації з комп'ютерною адикцією є депресивний, тривожний, obsесивний та дисфоричний синдромокомплекс; дезактуалізація базових потреб особистості; нестабільність рівня вимог, домінуванням ігрових мотивів; високий рівень особистісної тривожності; надмірний рівень нервово-психічної напруги; використання неконструктивних, неадаптивних копінг-ресурсів.

Розроблена комплексна персоніфікована система терапії розладів адаптації з комп'ютерною адикцією з диференційованим використанням методів психофармакотерапії та психотерапії.

Розроблена та апробована психоосвітня програма, як основа профілактики розвитку комп'ютерної залежності. Основною стратегією якої є комплексний вплив на когнітивний, емоційний, психофізіологічний, поведінковий та соціальний аспекти залежної поведінки.

Доведена ефективність розробленої персоніфікованої розробленої персоніфікованої програми терапії розладів адаптації асоційованих з комп'ютерною залежністю.

Наукова новизна одержаних результатів. Наукова новизна одержаних результатів. Вперше на основі системного підходу описана специфіка клініко-психопатологічної феноменології комп'ютерної залежності в структурі розладів адаптації: втрата ситуаційного контролю, нестриманість афекту, дисфорії, байдужість до свого соціального життя та до своєї родини на тлі гіпотимії,

безпідставного занепокоєння, тривоги, порушення циклу сон-неспанья, патохарактерологічними змінами, втратою інтересу до статевого партнера, загальною байдужістю до родинних стосунків та професійних обов'язків.

Встановлено, що маркерами коморбідності розладів адаптації з комп'ютерною адикцією є високі рівні депресії, тривоги, ворожості, obsесивності-компульсивності та психотизму за шкалою SCL-90-R; клінічні прояви тривоги та депресії за шкалою HADS; важкий тривожний та депресивний епізоди за шкалою HDRS, високий рівень особистісної тривожності; надмірний рівень нервово-психічної напруги; високий рівень соціальної фрустрованості; дезактуалізація базових потреб особистості; нестабільність рівня вимог, домінуванням ігрових мотивів; використання неконструктивних, неадаптивних копінг-ресурсів.

Вперше розроблена та науково обґрунтована персоніфікована система комплексної терапії та профілактики комп'ютерної залежності в структурі розладів адаптації з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Встановлена висока результативність розробленої персоніфікованої системи комплексної терапії та профілактики комп'ютерної залежності в структурі розладів адаптації в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції адиктивної поведінки, психопатологічної симптоматики, зниження рівня тривоги, депресії та нервово-психічної напруги за відповідними шкалами, позитивна динаміка стрес-долаючої поведінки відновлення соціальної активності та підвищення якості життя хворих.

Практична значимість одержаних результатів. Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання медичної допомоги хворим з комп'ютерною залежністю в структурі розладів адаптації.

Практичну значущість мають запропоновані персоніфіковані психотерапевтичні та психоосвітні програми з використанням: особистісно-орієнтованої психотерапії, модифікованої для хворих з комп'ютерною залежністю програми «12 кроків. Вільне життя», інтегративної багатовимірної моделі BASIC

Ph, біосугестивної терапії та психосвітнього інформаційного тренінгу. Та додатковим використанням при пролонгованій депресивні реакції когнітивно-поведінкової терапії «Оцінка емоцій» та «Аналіз переживань», арт-терапії «Зірка почуттів», психоосвітніх тренінгів «Психологічний баланс», «Відновлення» та асертивності; при змішаній тривожно-депресивній реакції – когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості та «Поведінкової активації», арт-терапії «Малюнок себе», психоосвітніх тренінгів «Усвідомлення власних почуттів», самоконтролю власного емоційного стану та афіліації.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування в роботі психіатрів, наркологів, психотерапевтів та у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі до- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи: Військово-медичного клінічного центру північного регіону МО України; Комунального некомерційного підприємства Луганської обласної ради «Центр психічного здоров'я» (м. Лисичанськ); ДУ «Луганський обласний наркологічний диспансер» (м. Лисичанськ); Благодійної організації «Харківський благодійний фонд «Благо»»; Навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка»; Комунального підприємства «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради»; Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня» Тернопільської обласної ради; центру психологічного консультування Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського; КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально-небезпечних захворювань»; Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України..

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України

Ключові слова: комп'ютерна адикція, розлади адаптації, фармакотерапія, психотерапія, психоосвіта, якість життя.

Starodubtseva Yu.A. Computer addiction in the structure of adjustment disorders (clinical and psychopathological characteristics, system of therapy and prevention). – Qualifying scientific work as a manuscript.

Thesis for competition of a scientific degree of the Doctor of Philosophy on a specialty 222 – Medicine – Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2022.

Thesis defense will take place at Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2022.

Aim of this study: based on the study of clinical, psychopathological and pathopsychological features of computer dependence in the structure of adjustment disorders, to develop a personalized system of complex therapy with prevention and evaluate its effectiveness.

Comprehensive examination of 167 patients (80 women and 87 men) with adjustment disorders (F43.21, F43.22).

The main group consisted of 105 patients with adjustment disorders, who were diagnosed with 20 or more points in the COMP section of AUDIT-like tests, which corresponded to the presence of a state of clinically pronounced computer dependence – the main group.

The comparison group – 62 patients with adjustment disorders without signs of computer dependence.

The main group, in turn, was divided into a therapeutic group (65 patients), which patients participated in a therapeutic program developed based from this research and a control group (40 patients), who received standard regulated therapy in the hospital.

It was found that the structure of computer addiction in the main group of examined patients were: obsessive surfing (traveling online, searching for information on databases and search sites) – $45.8 \pm 1.4\%$ of respondents, computer games – $22.3 \pm 1.2\%$; virtual

dating – $5.8 \pm 0.5\%$; addiction to online gambling – $14.1 \pm 1.1\%$; cybersex (fascination with porn sites) – $1.2 \pm 0.5\%$ of respondents.

It is shown that in the clinical picture of adaptation disorders in the examined patients there was a low mood, a tendency to short-term violent reactions, feelings of internal tension with the inability to relax, unreasonable worry, anxiety; increased vulnerability, resentment; states of confusion; hyperesthesia; asthenic symptom complex. Emotional component of the syndrome complex in the subjects of the main group was dominated by irritability, emotional imbalance, dysphoria, daily mood swings, narrowing the range of interests.

Depressive, anxious, obsessive and dysphoric syndrome complexes have been found to be markers of comorbidity of adjustment disorders with computer addiction; de-actualization of basic personal needs; instability of requirements level, the dominance of game motives; high level of personal anxiety; excessive levels of mental stress; use of unconstructive, non-adaptive coping resources.

A comprehensive personalized system of therapy with differentiated use of psychopharmacotherapy and psychotherapy has been developed for adjustment disorders patients with computer addiction.

Developed and tested psychoeducational program as a basis for prevention of computer addiction. Its main strategy is a comprehensive impact on the cognitive, emotional, psycho-physiological, behavioral and social aspects of addictive behavior.

The effectiveness of the developed personalized program for the treatment of adjustment disorders associated with computer addiction has been proven.

Scientific novelty of the obtained results. For the first time on the basis of a systematic approach the specifics of clinical and psychopathological phenomenology of computer addiction in the structure of adjustment disorders are described: loss of situational control, affect incontinence, dysphoria, indifference to own social life and family against hypothyria, unreasonable anxiety, sleep-wake disorders, pathocharacterological changes, loss of interest in a sexual partner, general indifference to family relationships and professional responsibilities.

High levels of depression, anxiety, hostility, obsessive compulsiveness, and psychosis by the SCL-90-R scale have been found to be markers of the comorbidity of adjustment disorders with computer addiction; clinical manifestations of anxiety and depression on the HADS scale; severe anxiety and depressive episodes on the HDRS scale, high levels of personal anxiety; excessive levels of mental stress; high level of social frustration; de-actualization of basic personal needs; instability of the requirements level, the dominance of game motives; use of unconstructive, non-adaptive coping resources.

For the first time a personalized system of complex therapy and prevention of computer addiction in the structure of adjustment disorders with differentiated use of methods of psychopharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation was developed and scientifically substantiated.

High efficiency of the developed personalized system of complex therapy and prevention of computer dependence in the structure of adjustment disorders in comparison with traditional complex treatment on reduction of addictive behavior, psychopathological symptoms, reduction of anxiety, depression and neuropsychiatric stress on the appropriate scales, positive dynamics of stress-relieving behavior, restoration of social activity and improving of the patients life quality.

The practical significance of the obtained results. The practical significance of the results of the thesis research is to improve quality of medical care for patients with computer addiction in the structure of adjustment disorders.

The proposed personalized psychotherapeutic and psychoeducational programs are of practical importance with the use of: personality-oriented psychotherapy, programs “12 steps. Free Life”, integrative multidimensional model BASIC Ph and biosuggestive therapy, psycho-educational trainings “Informative”, “Awareness of own feelings”, “Assertiveness”. Also with additional use in prolonged depressive reactions of cognitive-behavioral therapy “Evaluation of emotions” and “Analysis of experiences”, art therapy “Star of the feelings”, psycho-educational training “Stress Management”, “Behavioral activation”; with mixed anxiety-depressive reaction - cognitive-behavioral awareness

therapy and “Behavioral activation”, art therapy “Picture of yourself”, psycho-educational trainings “Communicativeness” and “Recovery”.

The obtained results of the dissertation research are intended for use in the work of psychiatrists, narcologists, psychotherapists and in the training of qualified personnel at the stage of undergraduate and postgraduate education.

The results of the study are implemented in the practice of the National Military Medical Clinical Center "Main Military Clinical Hospital" of the Ministry of Defense of Ukraine, Municipal Non-profit Enterprise of Luhansk Regional Council "Mental Health Center" (Lysychansk), State Institution “Luhansk Regional Narcological Dispensary” (Lysychansk), Charitable organization “Kharkiv Charitable Foundation “Blago””, Educational and scientific medical complex “University Clinic” (2 acts), Municipal Enterprise “Regional Institution for Psychiatric Care of Poltava Regional Council”, Municipal Non-Profit Enterprise "Ternopil Regional Clinical Psychoneurological Hospital" of Ternopil Regional Council, Center of Psychological Counseling of Ternopil National Medical University named after I.Ya. Gorbachevsky, Municipal Non-Profit Enterprise of Sumy Regional Council "Regional Clinical Medical Center of Socially Dangerous Diseases", National Military Medical Clinical Center “Main Military Clinical Hospital” of the Ministry of Defense of Ukraine.

The obtained scientific data are used in the educational process of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // **ScienceRise: Medical Science**. 2018. №7 (27). С. 59-62.
2. Starodubtseva Yu. Clinical phenomenology of adaptation disorders in people with computer dependency. // **Journal of Education, Health and Sport**. 2018. № 8 (11). P. 852-856.
3. Стародубцева Ю.А. Комплексний підхід до терапії розладів адаптації, пов'язаних із комп'ютерною залежністю // **Архів психіатрії**. 2019. Том 25, №3 (98). С. 155-160.
4. Стародубцева Ю.А. Клініко-патопсихологічна та психодіагностична специфіка розладів адаптації, коморбідних із комп'ютерною адикцією. // **Медицина сьогодні і завтра**. 2019. № 4 (85). С. 101-106.
5. Стародубцева Ю.А. Психосвіта в системі комплексної терапії комп'ютерній залежності // **Медицина сьогодні і завтра** 2020. № 3(88). С. 96-100.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Стародубцева Ю.А. Влияние социальных сетей на психику у лиц молодого возраста // Материали IV міжнародної науково-практичної конференції студентів і молодих учених «Наука і медицина: сучасний погляд молоді», г. Алмати, 20-21 квітня 2017 р.: тези доповіді. – Алмати. 2017. С. 359.
7. Стародубцева Ю.А. Гендерные особенности формирования зависимости от социальных сетей у лиц молодого возраста. // Материали V Міжнародної науково-практичної конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я», м. Харків, 20-21 квітня 2017 р.: тези доповіді. – Харків. 2017. С.169-170.
8. Стародубцева Ю.А. Комп'ютерна залежність у осіб молодого віку в сучасних умовах. // Всеукраїнської конференції молодих вчених та студентів

«Актуальні питання нейронаук», м. Харків, 26 квітня 2017 р.: тези доповідей. – Харків. 2017. С. 66.

9. Leshchyna I., Kozhyna H., Markova M., Starodubtseva Yu., Koshchii V. Modern features of adaptation disorders in people with computer addiction. // 27th European Congress of Psychiatry – 2019, Poland, April 2019.: – Abstracts in the journal of the European psychiatric association, April, 2019, Vol. 56. EPA. Warsaw, Poland, April, 2018. S. 289. (автором особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних)
10. Starodubtseva Yu. Clinical features of adaptation disorders in people with computer dependency. // Abstract book "International Scientific Interdisciplinary Conference", Kharkiv, 18-20.09.2019. : abstract – Kharkiv, 2019. P. 203-204.
11. Кожина Г.М., Стародубцева Ю.А. Психотерапія розладів адаптації пов'язаних з комп'ютерною залежністю // Психологічне консультування та психотерапія: виклики сучасності, м. Харків, 15-16 листопада 2019 р.: – матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Харків. 2019. С. 51-54. (автором особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки)
12. Kozhyna H., Zelenska K., Starodubtseva Yu. The structure of computer addiction in young people // Problèmes et perspectives d'introduction de la recherche scientifique innovante : Sur les matériaux de la conférence scientifique et pratique internationale, Bruxelles, Belgique, 29 Novembre 2019 : collection of scientific papers / European Scientific Platform. Bruxelles. 2019. Vol. 3. P. 86-87. (автором особисто проведена інтерпретація результатів та сформульовані висновки дослідження)
13. Кожина Г.М., Стародубцева Ю.А. Психотерапія, як один з основних компонентів комплексної терапії розладів адаптації пов'язаних з комп'ютерною залежністю // Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика: матеріали міждисциплінарної науково-практичної конференції, м. Харків, 13-14 грудня

- 2019 р.: – матеріали міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції. Харків. 2019. С. 44-45. (автором особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено та проаналізовано емпіричний матеріал)
- 14.Kozhyna H., Zelenska K., Starodubtseva Y. Clinical-psychopathological features of adaptation disorders in people with computer dependence // Die wichtigsten vektoren für die entwicklung der wissenschaft im jahr 2020 : zu den materialien internationalen wissenschaftlich-praktischen Konferenz Luxembourg, Grand Duchy of Luxembourg, 24 Januar 2020 : collection of scientific papers / European Scientific Platform. – Luxembourg. 2020. Band 1. S. 88-89. (автором особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки)
- 15.Psychoeducation in the structure of therapy for computer-related dependence disorders / H. Kozhyna, Y. Starodubtseva, K. Zelenska, T. Radchenko, V. Koshchii // The journal of the European psychiatric association. 2020. Vol. 63s. S. 228-229. (дисертантом особисто здійснено аналіз наукової літератури, підготовлено публікацію до друку)

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

- 16.Патент на корисну модель № 144623 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Ю.А. Стародубцева – № u202003262 ; заявл. 29.05.2020; опубл. 12.10.2020, бюл. № 19. (автором особисто розроблено методологічні засади дослідження та інтерпретація результатів)

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ANNOTATION	6
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА	10
ЗМІСТ	13
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	15
ВСТУП	16
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ФЕНОМЕНОЛОГІЮ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВ СУЧАСНИЙ СТАН ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ КОМП'ЮТЕРНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	24
1.1. Комп'ютерна залежність – актуальна проблема сучасності	24
1.2. Вертебро-базиллярна недостатність у структурі клінічних ознак комп'ютерної залежності	35
1.3. Сучасні підходи до терапії комп'ютерної залежності	40
Висновки до розділу 1	45
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	47
2.1. Загальна характеристика обстежених хворих	47
2.2. Дизайн дослідження	50
2.3. Методи дослідження	51
Висновки до розділу 2	63
РОЗДІЛ 3. СУЧАСНІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМП'ЮТЕРНОЇ АДИКЦІЇ В СТРУКТУРІ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ	66
Висновки до розділу 3	73
РОЗДІЛ 4. ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ АДИКЦІЇ В СТРУКТУРІ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ	75

Висновки до розділу 4	85
РОЗДІЛ 5. МЕТОДОЛОГІЯ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРОГРАМИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ З КОМП'ЮТЕРНОЮ АДИКЦІЄЮ	89
Висновки до розділу 5	94
РОЗДІЛ 6. ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПІД ВПЛИВОМ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ З КОМП'ЮТЕРНОЮ АДИКЦІЄЮ	96
Висновки до розділу 6	102
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	105
ВИСНОВКИ	114
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	117
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	118
ДОДАТОК А	138
ДОДАТОК Б	141

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ,
ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

КГ	-	Контрольна група
КЗ	-	Комп'ютерна залежність
КЗОЗ	-	Комунальний заклад охорони здоров'я
КБТ	-	Когнітивно-поведінкова психотерапія
МКХ	-	Міжнародна класифікація хвороб
НПН	-	Нервово-психічна напруга
ОГ	-	Основна група
ПО	-	Психоосвіта
ПДР	-	Пролонгована депресивн реакція
ЗТДР	-	Змішана тривожно-депресивна реакція
ЧР	-	Чинники ризику
ЯЖ	-	Якість життя
AUDIT	-	Alcohol Use Disorders Identification Test
HADS	-	Hospital Anxiety and Depression Scale, Госпітальна шкала тривоги та депресії
HDRS	-	Hamilton Rating Scale for Depression, Клінічна шкала тривоги і депресії Гамільтона
SCL-90-R	-	Simptom Check List-90-Revised

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження

Аналіз показників захворюваності та поширеності психічних та поведінкових розладів в Україні свідчить, що в сучасних умовах характеризується неухильним зростанням непсихотичних психічних розладів переважно невротичного генезу, з одного боку, і різних варіантів адикцій – з іншого [1, 4, 22, 133].

Ситуація, що пов'язана з адиктивною поведінкою, є досить проблемною для багатьох країн світу, у тому числі, і України. Причина полягає у докорінній відмінності стереотипів мислення та світогляду послідовних генерацій, що виховувались у різних соціально-економічних умовах, а також через затяжну політичну, економічну та соціальну кризу [19, 31, 37].

Медико-психологічні передумови, що впливають на зростання числа осіб з адиктивною поведінкою, поглиблюються інформаційно-технічною та економічною глобалізацією і значною деформацією суспільно-економічних відносин, формуванням затяжної стресової ситуації в суспільстві в період світової кризи [189]. Результати наукових досліджень показують досить велику поширеність поєднаної з нехімічною хімічної адикції (тютюнопаління, вживання алкоголю та ін.) з широким спектром поліморфних клінічних проявів [177, 183].

В останні роки ситуація в Україні характеризується безперервно зростаючими вимогами та психологічним навантаженням на населення через дію різноманітних масових психогенних чинників, що призводить до дезадаптації людини в умовах суспільної кризи та поширенню поведінкових розладів, насамперед, хвороб залежності [7, 10, 30, 128].

В останні п'ятнадцять років в Україні проблема комп'ютерної залежності стає все більш актуальною у зв'язку зі стрімким поширенням гаджетів та спрощенням можливості підключення до Інтернет-мережі [2, 126].

Поява Інтернету створила можливість так званого інтерактивного спілкування. Поширився горизонт привабливих можливостей задоволення власних

інформаційних потреб у сукупності з хворобливими ознаками безпосередньо Інтернет-залежності. Як приклад – це постійне нав'язливе бажання перевірити електронну пошту, тривале просиджування у чатах, неконтрольований пошук та читання різного роду інформації, проходження нових все більш складних рівнів гри тощо [25, 116, 184].

Одним з головних чинників патологічного потягу при комп'ютерній залежності є постійне прагнення до відходу від реальності за допомогою зміни своєї свідомості. При цьому відбувається трансформація особистості, з деструктивною мотивацією, спрямованістю та ціннісними орієнтаціями. Патоморфоз комп'ютерної адикції просувається від реакції до патології і має особливості стійкої та рецидивуючої дезадаптивної поведінки [11, 24, 121].

Відзначено, що коморбідні психічні розлади (афективні, стресові, особистісні) зустрічаються у 80% пацієнтів і більше. Особливу тривогу в суспільстві викликає адиктивна поведінка у осіб молодого віку [9, 44].

Не потрапляючи в поле зору фахівців (лікарів-психіатрів, лікарів-наркологів, лікарів-психотерапевтів) на ранніх етапах розвитку захворювання, пацієнти з невротичними розладами та адикціями звертаються за спеціалізованою допомогою в ситуаціях хронізації, рецидивування, ускладнень, формування тимчасової та стійкої втрати працездатності, деліквентної і суїцидальної поведінки, що сприяє порушенню соціального функціонування, якості життя самого пацієнта та його мікросоціального оточення [21, 81, 99].

Комп'ютерна адикція, як варіант нехімічної залежності, привертає увагу не лише фахівців, але і широку громадськість, у зв'язку як із значною поширеністю так і великою кількістю невирішених питань, що відносяться до трактування її клінічних проявів, патогенетичних механізмів, методів терапії та реабілітації [5, 13].

Клінічна феноменологія комп'ютерної адикції має ознаки стійкої та рецидивуючої дезадаптивної поведінки. Але закономірності формування, клінічна картина психічних розладів при комп'ютерній залежності досліджені недостатньо. У літературі є окремі дані про можливі види адиктивних порушень при

невротичних розладах, при цьому підкреслюється, що при даній патології частіше розвиваються «приховані» нехімічні залежності (азартні ігри, переїдання, сексуальні адикції і т.п.) [28, 59, 146].

Поєднання невротичних розладів і зокрема розладів адаптації з адикціями виявляє безліч невизначених питань відносно поширеності та структури адиктивних порушень при неврозах, самостійності етіології невротичних та адиктивних розладів та їх обмеженість, недосконалість сучасних класифікаційних систем щодо представленості в їх структурі окремої рубрики адиктивних розладів, що включала би весь спектр можливої адиктивної патології. При цьому незважаючи на наявність проблеми коморбідності невротичних та нехімічних адиктивних розладів, спостерігається дефіцит алгоритму їх діагностики, терапії та профілактики, що обумовлює необхідність наукових розробок в цьому напрямку [119, 136].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану наукових досліджень кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України за темами: «Оптимізувати психосоціальну реабілітацію хворих на психічні розлади на основі розробки та впровадження психоосвітніх програм» (№ держреєстрації 0115U000238), «Розробити систему психосоціальної реабілітації психічно хворих з використанням психоосвітніх програм на первинному рівні надання медичної допомоги» (№ держреєстрації 0118U000948), «Розробити систему профілактики непсихотичних психічних розладів та реабілітації осіб, які постраждали від бойових дій» (№ держреєстрації 0119U002902).

Об'єкт дослідження – інтернет залежність у осіб з розладами адаптації.

Предмет дослідження – клініко-психологічні прояви комп'ютерної залежності у осіб з розладами адаптації, як мішені персоніфікованої психотерапії та психоосвіти.

Мета – на основі вивчення клініко-психопатологічних та пато психологічних особливостей комп'ютерної залежності в структурі розладів адаптації, розробити персоналізовану систему їх комплексної терапії та профілактики та оцінити її ефективність.

Для досягнення поставленої мети були вирішені наступні **задачі**:

1. Вивчити особливості клініко-психопатологічної феноменології комп'ютерної адикції в структурі розладів адаптації.
2. Вивчити пато психологічні особливості формування комп'ютерної адикції в структурі розладів адаптації
3. Розробити персоналізовану систему терапії розладів адаптації з комп'ютерною адикцією.
4. Розробити персоналізовану систему психоосвіти, як основу профілактики розвитку комп'ютерної адикції у хворих з розладами адаптації.
5. Вивчити особливості динаміки клінічної картини комп'ютерної залежності під впливом комплексної терапії
6. Вивчити динаміку соціальної фрустрованості та стрес-долаючої поведінки при комп'ютерній залежності під впливом персоналізованої терапевтичної програми.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, анамнестичний, психодіагностичний, статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше на основі системного підходу описана специфіка клініко-психопатологічної феноменології комп'ютерної залежності в структурі розладів адаптації: втрата ситуаційного контролю, нестриманість афекту, дисфорії, байдужість свого соціального життя та до своєї родини на тлі гіпотії, безпідставного занепокоєння, тривоги, порушення циклу сон-неспанья, патохарактерологічним змінами, втратою інтересу до статевого партнера, загальною байдужістю до родинних стосунків та професійних обов'язків.

Встановлено, що маркерами коморбідності розладів адаптації з комп'ютерною адикцією є високі рівні депресії, тривоги, ворожості, obsesivності-компульсивності та психотизму за шкалою SCL-90-R; клінічні прояви тривоги та

депресії за шкалою HADS; важкий тривожний та депресивний епізоди за шкалою HDRS, високий рівень особистісної тривожності; надмірний рівень нервово-психічної напруги; високий рівень соціальної фрустрованості; дезактуалізація базових потреб особистості; нестабільність рівня вимог, домінуванням ігрових мотивів; використання неконструктивних, неадаптивних копінг-ресурсів.

Вперше розроблена та науково обґрунтована персоніфікована система комплексної терапії та профілактики комп'ютерної залежності в структурі розладів адаптації з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Встановлена висока результативність розробленої персоніфікованої системи комплексної терапії та профілактики комп'ютерної залежності в структурі розладів адаптації в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції аддиктивної поведінки, психопатологічної симптоматики, зниження рівня тривоги, депресії та нервово-психічної напруги за відповідними шкалами, позитивна динаміка стрес-долаючої поведінки відновлення соціальної активності та підвищення якості життя хворих.

Практична значимість одержаних результатів. Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання медичної допомоги хворим з комп'ютерною залежністю в структурі розладів адаптації.

Практичну значущість мають запропоновані персоніфіковані психотерапевтичні та психоосвітні програми з використанням: особистісно-орієнтованої психотерапії, модифікованої для хворих з комп'ютерною залежністю програми «12 кроків. Вільне життя», інтегративної багатовимірної моделі BASIC Ph, біосугестивної терапії та психосвітнього інформаційного тренінгу. Та додатковим використанням при пролонгованій депресивній реакції когнітивно-поведінкової терапії «Оцінка емоцій» та «Аналіз переживань», арт-терапії «Зірка почуттів», психоосвітніх тренінгів «Психологічний баланс», «Відновлення» та асертивності; при змішаній тривожно-депресивній реакції - когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості та «Поведінкова активація», арт-терапії

«Малюнок себе», психоосвітніх тренінгів «Усвідомлення власних почуттів», самоконтролю власного емоційного стану та аффіліації.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування в роботі психіатрів, наркологів, психотерапевтів та у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі до- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи: Військово-медичного клінічного центру північного регіону МО України; Комунального некомерційного підприємства Луганської обласної ради «Центр психічного здоров'я» (м. Лисичанськ); ДУ «Луганський обласний наркологічний диспансер» (м. Лисичанськ); Благодійної організації «Харківський благодійний фонд «Благо»»; Навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка»; Комунального підприємства «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради»; Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня» Тернопільської обласної ради; центру психологічного консультування Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського; КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально-небезпечних захворювань»; Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України.

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійною науковою працею. Автором одноосібно обґрунтовано, розроблено та практично реалізовано план наукового дослідження, результати якого представлені у рукописі. В процесі інформаційно-патентного пошуку здобувачем самостійно проведено ґрунтовний аналіз сучасних джерел наукової інформації з обраної теми, визначено об'єкт, предмет, мету, завдання дослідження. Дисертантом розроблено дизайн дослідження, підібрано психодіагностичний інструментарій, що відповідав критеріям надійності та валідності щодо обраних методик. Самостійно виконано

клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження, створена комп'ютерна база одержаних даних, здійснені статистична обробка, системний аналіз і наукова інтерпретація результатів дисертаційного дослідження, сформульовані основні положення та висновки дисертаційної роботи. Автором особисто обґрунтовано, розроблено і впроваджено персоніфікована терапевтична програма в комплексній реабілітації хворих на комп'ютерну залежність в структурі розладів адаптації.

Результати наукових досліджень відображені у наукових публікаціях, які розміщені у фахових виданнях, та самостійно викладені здобувачем у дисертаційній роботі.

Особистий внесок здобувача у роботах, виконаних у співавторстві: у роботі за № 9 автором особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних; у роботі за № 11 автором особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки; у роботі за № 12 автором особисто проведена інтерпретація результатів та сформульовані висновки дослідження; у роботі за № 13 автором особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено та проаналізовано емпіричний матеріал; у роботі за № 14 автором особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки; у роботі за № 15 дисертантом особисто здійснено аналіз наукової літератури, підготовлено публікацію до друку; у роботі за № 16 автором особисто розроблено методологічні засади дослідження та інтерпретація результатів.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: міжнародний конгрес з медичної і психологічної реабілітації «Med&psy Rehab» (Київ, 30-31.10.2017); наукова сесія та міжвузівська конференція молодих вчених та студентів « Медицина третього тисячоліття» (Харків, 23.01.2018); науково-практична конференція з міжнародною участю «Українська

психіатрія: практика, освіта дослідження» (Харків, 17-18.05.2018); науково-практична конференція «Разом задля покращення неврологічного та психічного здоров'я» (Запоріжжя, 3-4.10.2018); міжнародній науково-практичній конференції «Психологічне консультування і психотерапія: виклики сучасності» (Харків, 15-16.11.2019); міжнародній міждисциплінарній науково-практичній конференції «Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика» (Харків, 13-14.12.2019); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги» (Харків, 15-16.05.2019); науково-практичному симпозиумі «Профілактика і чинники ризику неврологічних, психічних та наркологічних розладів» (Тернопіль, 3-4.10.2019); II науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука і практика (нові погляди на ефективну медичну допомогу)» (Харків, 1.11.2019); III науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука і практика (нові погляди на ефективну медичну допомогу при COVID-19)» (в on-line режимі, 16-17.04.2021); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (в on-line режимі, 20-21.05.2021).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 16 наукових праць, у тому числі 5 статей, з них 4 – у фахових наукових виданнях України, що індексуються у наукометричних базах даних; 1 стаття у фаховому віданні країни Євросоюзу; 1 патент України на корисну модель, 8 тез доповідей у матеріалах конференцій міжнародного та державного рівнів.

Обсяг та структура дисертації. Основний текст дисертації викладено на 166 сторінках машинописного тексту. Робота складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, аналітичного огляду літератури, 4 глав власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків і списку використаних джерел. Матеріали дисертації ілюстровані 15 таблицями й 16 малюнками. Бібліографічний список містить 209 джерел.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ СТАН ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ КОМП'ЮТЕРНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Комп'ютерна залежність – актуальна проблема сучасності

На сучасному етапі значними темпами зростає питома вага поведінкових розладів психологічного та психопатологічного генезу, проблематика яких відноситься до розділу психіатрії – «адиктології», що системно вивчає форми, типи, патогенез, терапію та профілактику залежної поведінки, а також реабілітацію адиктивних пацієнтів. Поведінкові залежні розлади є найменш вивченою та розробленою нозологією, не виділеною в МКХ-10 в окрему рубрику. Це пов'язано з тим, що досі не ставилося питання про схожість принципів формування та коморбідності всіх форм такої поведінки, не проводились системні методичні дослідження [55, 58].

Залежності можуть бути системними, що включають всі типи взаємодії особистості з навколишнім середовищем, і елементарним детермінованим колом дій і поведінкових актів, що обмежуються [52, 120].

Нехімічні адикції (комп'ютерна залежність, патологічна схильність до азартних ігор та ін.) останнім часом все більше розповсюджуються. Від 5 до 14 % користувачів Інтернет страждають на комп'ютерну залежність. Але якщо патологічна схильність до азартних ігор (гемблінг, ігроголізм, лудоманія – згідно з МКБ-10) виділена в окремий діагностичний таксон, віднесений до розладів звичок і потягів (F63.0), то комп'ютерна залежність, незважаючи на її зростаюче медичне та соціальне значення, не має такої рубрифікації, та кодується F63.8 (Інші розлади звичок та потягів) [67, 171].

В наші дні комп'ютери та інтернет ввійшли у життя кожного з нас, що вже важко уявити, як ще 10-15 років тому ми обходилися без всесвітньої павутини. Вільний доступ в інтернет суттєво полегшує життя більшості людей і допомагає

заощаджувати масу часу: завдяки комп'ютерам ми знаходимо будь-яку інформацію, спілкуємося, робимо покупки, перекладаємо гроші і робимо мільйони інших невідкладних справ, не виходячи з дому і навіть не встаючи зі стільця, одним кліком комп'ютерної миші [196, 198]. Ми щільно використовуємо комп'ютер у навчанні та в роботі, він став настільки невід'ємною частиною нашого життя, що майже всі, не замислюючись, беруть його з собою на відпочинок, не представляючи, як вони зможуть навіть пару-трійку днів обходитися без електронної пошти, Skype, соціальних мереж і навіть без онлайн-ігор [54, 173, 187].

Термін Інтернет-залежність був вперше запропонований американським психіатром Айвенгом Голдбергом для опису патологічного, непереборного потягу до використання Інтернету [197]. Нерозумне інтенсивне використання інтернету не тільки завдає шкоди психологічному та фізичному здоров'ю людини, але й надає згубний вплив його міжособистісні відносини. У середині 90-х років минулого століття американський психотерапевт Кімберлі Янг визначає явище Інтернет-залежності як нав'язливе бажання вийти в Інтернет, перебуваючи поза зв'язком (off-line), та нездатність вийти з Інтернету, будучи на зв'язку (on-line) [155, 159].

Ряд авторів називає Інтернет-залежність віртуальною залежністю. На їх думку, віртуальна залежність є результатом зміщення мети у віртуальну реальність, її повного злиття з життям даного залежного та пасивного в ньому існування [158, 170].

До кінця ХХ ст. позначилися такі психологічні моделі, що трактують комп'ютерну залежність: а) адиктивний розлад; б) невирішений інтрапсихічний конфлікт; в) відрепетована, вивчена поведінка; г) біологічна (психофізіологічна) дисрегуляція; д) результат перекручених когнітивних процесів [117, 169, 178].

Сучасні автори виділяють біологічні, психологічні та психосоціальні фактори ризику розвитку комп'ютерної залежності за інтенсивністю впливу, виділено передиспозиційні, що сприяють та підтримують групи факторів [42, 118].

Передиспозиційні фактори: біологічні (вік 18-22 роки), спадковість (генетична обтяженість); психологічні (екзистенційний вакуум, відсутність сенсу життя та цілей, високий делінквентний потенціал, схильність до відхилення у

поведінці); психосоціальні середові (адиктивне середовище за місцем роботи або навчання, адиктивні друзі); психосоціальні сімейні (деструкція батьківської сім'ї) [49, 191].

Сприяючі фактори: біологічні (захворювання ЦНС, у дитинстві – синдром дефіциту уваги та гіперактивності); психологічні (компрометація комунікативної сфери особистості, домінування безтурботності, імпульсивності, спонтанності у поведінці, невпевненості у собі, пов'язаної з відсутністю самоаналізу та екстернальним типом суб'єктивного контролю); психосоціальні контекстуальні (брак сімейної підтримки, проблеми, пов'язані зі способом життя); психосоціальні середовищні (соціальна дезінтеграція та нестабільність, матеріальні труднощі, безробіття); психосоціальні сімейні (участь у дитинстві в іграх батьків, негармонійне виховання, конфлікти у актуальній сім'ї) [41, 70, 200].

Підтримуючі: біологічні (недолік загального фізичного розвитку, інтоксикаційні хвороби); психологічні (переважання акцентуйованих рис характеру психосоціальні контекстуальні (проблеми, пов'язані з труднощами підтримання нормального способу життя); психосоціальні середовищні (переживання з приводу неможливості досягти бажаного соціального статусу та становища у суспільстві); психосоціальні сімейні (створення у сім'ї культури «речей», переоцінка значення матеріальних благ) [71, 90, 206].

До формування залежності від комп'ютера ведуть постійні атрибути сучасності: все більший темп життя, що прискорюється; потоки щодня обрушуються на кожного з нас досить агресивної інформації, котрі часто перевищують наші здібності до адаптації та самоорганізації; трансформація умов життя та девальвація системи цінностей із масовою переорієнтацією на кар'єрне зростання та успіх; криза сім'ї з порушеннями дитячо-батьківських відносин; ускладнення соціальних зв'язків, особливо в мегаполісі і багато, багато іншого [8, 164, 167].

Складність розмежування звичайного використання комп'ютера на роботі, навчанні або у побуті від сформованої комп'ютерної залежності полягає в тому, що комп'ютером та інтернетом щодня користується переважна більшість людей,

нерідко проводячи біля монітора багато часів поспіль [195]. У зв'язку з цим фактор часу, проведеного за комп'ютером, не може розглядатися як основний або єдиний критерій залежності від комп'ютера. Залежність (адикція) починається там, де виникає заміщення задоволення реальних потреб новою надцінною потребою до доступу у віртуальний простір, що дозволяє в ілюзорно-віртуальному ключі уникати проблем, реалізувати свої фантазії, компенсувати дефіцит спілкування і так далі [6, 14, 15].

Сучасні автори виділяють наступні психологічні та фізичні симптоми, характерні для Інтернет-залежності [202]. До психологічних симптомів автори відносять: покращення самопочуття користувача під час роботи за комп'ютером, збільшення часу перебування у мережі; погіршення відносин із близькими людьми, проблеми з навчанням або роботою, погіршення настрою при неможливості роботи за комп'ютером [12, 20, 106].

До фізичних симптомів, що характеризує наявність Інтернет-залежності, відносяться: сухість в очах, головний біль і біль у спині, порушення режиму дня, розлад сну, зміни з боку травної системи через нерегулярного харчування [87, 108].

Американський психотерапевт Кімберлі Янг наводить 4 ознаки Інтернет-залежності:

1. Нав'язливе бажання перевіряти e-mail.
2. Постійне очікування наступного виходу до Інтернету.
3. Скарги зі сторони оточуючих на те, що людина проводить надто багато часу в Інтернеті
4. Скарги з боку оточуючих на те, що людина витрачає надто багато грошей на Інтернет [203, 207].

На думку вітчизняних дослідників наявність від п'яти і більше симптомів з наведеного нижче списку свідчить про комп'ютерну адикцію:

- ✓ отримання задоволення, хвилювання, полегшення за комп'ютером;
- ✓ зростання фінансових витрат на комп'ютерну діяльність;
- ✓ збільшення часу, що проводиться за комп'ютером;
- ✓ придбання нового програмного та апаратного забезпечення для комп'ютера;

- ✓ зміни настрою поза комп'ютером;
- ✓ поява тривоги, агресії та депресії поза комп'ютером;
- ✓ відчуття втрати контролю та пригніченості поза комп'ютером;
- ✓ постійні думки про комп'ютер поза комп'ютером;
- ✓ невдалі спроби контролювати час, проведений за комп'ютером;
- ✓ використання комп'ютера з метою уникнення поточних проблем;
- ✓ ігнорування своїх обов'язків унаслідок використання комп'ютера;
- ✓ втрата значних взаємин через використання комп'ютера;
- ✓ брехня про кількість часу, що проводиться за комп'ютером;
- ✓ брехня про діяльність, що проводиться за комп'ютером;
- ✓ поява фінансових труднощів, що виникли внаслідок зловживання комп'ютером;
- ✓ проблеми на роботі або у навчанні внаслідок комп'ютерної діяльності;
- ✓ проблеми зі здоров'ям унаслідок комп'ютерної діяльності.

Визначивши поняття Інтернет-залежності закордонні психіатри та психологи виділили різні типи Інтернет-адикції. Типи, пов'язані з: 1) нав'язливим бажанням працювати за комп'ютером; 2) пошуком даних у віддалених базах; 3) патологічною прихильністю до Інтернету; 4) залежністю від соціальних застосувань Інтернету (спілкування в чатах, групових іграх та телеконференціях), що призводить до заміни наявних у реальному житті – сім'ї та друзів – віртуальними; 5) залежністю від «кіберсексу» (порнографічних) сайтів в Інтернеті, обговорення сексуальної тематики в чатах або закритих групах «для дорослих») [89, 104, 110].

В.Д. Менделевич, виділив такі типи Інтернет-залежних людей:

1. Інтернет-гемблери – люди, які користуються різноманітними Інтернет – іграми, тоталізаторами, аукціонами, лотереями.
2. Інтернет-трудоголіки реалізують свій роботолізм за допомогою мережі (пошук бази даних, складання програм тощо).
3. Інтернет-сексоголіки відвідують різні порносайти, займаються віртуальним сексом.

4. Інтернет-еротоголіки – любовні адикти, які знайомляться, заводять романи у мережі.

5. Інтернет-покупці, що реалізують адикцію до витрачання грошей за допомогою нескінченних покупок онлайн.

6. Інтернет-адикти стосунків годинами спілкуються в чатах, нескінченно перевіряють електронну пошту тощо, тобто замінюють реальну адикцію відносин на віртуальну [58, 153].

Як і інші хімічні та поведінкові адикції, різні форми Інтернет-залежності можуть переходити одна в одну та співіснувати у різних комбінаціях [43, 51].

Принцип єдності психофізіологічних процесів в організмі людини обумовлює формування, як правило, на тлі стрижневої домінуючої – супутніх, коморбідних патологій [40, 157]. Як показує вивчення результатів останніх наукових досліджень, проведених у психіатрії та наркології, досить поширена поєднана психопатологія, до структури якої входять як нехімічні, так і хімічні адикції, утворюючи при цьому широкий спектр поліморфних клінічних проявів, ускладнюючи діагностичний процес та надання спеціалізованої психо-наркологічної допомоги та вимагаючи проведення більш диференційованих лікувально-реабілітаційних заходів. Саме визначення «коморбідної патології» засноване на етіопатогенетичній єдності пригнічувальних форм адиктивної поведінки [47, 66, 161].

Багато авторів констатували появу непостійних розладів настрою, наявність тривожності, хімічних адикцій, obsesивно-компульсивних розладів, шизоїдних та параноїдних розладів особистості; постійних розладів із супутніми проявами: хімічними залежностями, неврозами, афективними розладами, obsesивно-компульсивними розладами, патологічним розвитком особистості [62, 68, 163].

Проблематика гендерних особливостей в етіопатогенезі, формуванні, перебігу, питаннях клінічних проявів нехімічних адикцій, коморбідних з розладами адаптації, завжди буде актуальною, так як без урахування психофізіологічних особливостей жіночого і чоловічого організму фахівці стикаються з певними

складнощами в лікуванні, профілактиці та прогнозі психічних розладів [50, 53, 156].

За результатами сучасних досліджень, портрет дівчат-студенток з комп'ютерною залежністю складають наступні характеристики: тривожність, підозрілість, легковажність, невпевненість у собі, імпульсивність, нерішучість, мрійливість, недостатність здатності до ведення продуктивного діалогу та конструктивної дискусії, нерозвинена здатність до адекватного відреагування емоціональних переживань у міжособистісних ситуаціях, труднощі в самореалізації, конформність, суперечливість самооцінки, страх встановлення нових контактів та близьких, довірчих відносин, нездатність до глибоких, інтимних взаємин. При цьому характерна схильність до переоцінки реальних загроз або проблем, труднощі в самореалізації, потреба знаходитися в центрі уваги, отримувати визнання оточуючих, які поєднуються з непереносимістю критики та схильністю уникати ситуацій, у яких може відбуватися реальна зовнішня оцінка власних властивостей, уникнення відповідальності [201]. Достовірно частіше зустрічаються тривожний, екзальтований та гіпертимний типи акцентуації характеру. Можна припустити, що дівчата-студентки, які мають дані риси особистості, можуть складати групу ризику розвитку комп'ютерної залежності [80, 84, 92, 140].

Портрет особистості юнаків-студентів з комп'ютерною адикцією складають такі характеристики: неуступність, емоційна лабільність, роздратуваність, ідозрілість, імпульсивність, нерішучість, невпевненість у собі, тривожність, ослаблення гнучкої емоційної регуляції поведінки, зниження здатності до раціональному використанню наявних сил, ресурсів і часу. Встановлювані ними відносини не мають достатньої емоційної глибини, вони відчують труднощі у постановці та відстоюванні особи щодо значущих цілей, уникають відповідальності. У юнаків-аддиктів достовірно частіше зустрічаються гіпертимний, циклотимний та емотивний типи акцентуації. Можна припустити, що студенти зі схожими особистісними особливостями можуть входити до групи ризику розвитку комп'ютерної залежності [85, 91, 154].

Замкнена кругова трансформація адиктивних станів та захворювань та їх значна коморбідність однозначно вказують на спільність патогенетичної передпозиції та подібність у межах різних залежностей [93, 102].

Також фіксується висока асоціативність адикцій з психічними розладами та патологічними поведінковими патернами. Це дозволяє припустити існування універсальних механізмів формування патологічних залежностей, що виявляються клінічно неспецифічним синдромом патологічних уподобань – адиктивним синдромом. Доведено, що депресія є облігатною складовою у структурі психопатологічних проявів у ігрових адиктивів [86, 101, 105].

На психофізіологічному рівні недостатня розвиненість ауторегуляторних механізмів, здатності контролювати емоції, стримувати імпульсну поведінку сприяють формуванню Інтернет-адикції [95, 162].

Сприятливими факторами «трансформації Інтернету в адиктивний агент є»:

- ✓ надособистісна природа міжособистісних відносин;
- ✓ можливість анонімних соціальних інтерреакцій;
- ✓ вуайєристичний аспект;
- ✓ унікальні можливості пошуку нового співрозмовника;
- ✓ розширення можливостей для комунікації у різних соціальних групах, що дають можливість набуття бажаного соціального статусу;
- ✓ необмежений доступ до інформації.

Аналіз даних, отриманих у різних дослідженнях дозволяє припустити, що у межах комп'ютерної та інтернет-залежності і у дорослих, і у підлітків можна виділити такі основні синдроми:

1. Базовий синдром залежності – включає комплекс ознак: піднятий настрій аж до ейфорії за комп'ютером (смартфоном, планшетом); передчуття наступного сеансу присутності в Інтернеті, фантазії або мрії, наприклад, про спілкування або про гру в мережі; категоричне небажання або навіть неможливість зупинити перебування в мережі; тривалий невмотивований час присутності в мережі, не обумовлений професійними чи навчальними цілями, побутовою необхідністю чи іншою соціальною діяльністю; поступове або різке збільшення кількості часу, що

регулярно проводиться в Інтернеті або за комп'ютерною грою; втрата суб'єктивного контролю часу, що проводиться в мережі; заперечення наявності у себе залежності від комп'ютера або Інтернету; брехливість (найбільш типова брехня членам сім'ї про кількості часу, проведеного за комп'ютером – «я щойно сів», а також брехня щодо цілей використання Інтернету – «нам з навчання задали»); поступове або раптове фокусування практично всіх інтересів у сфері Інтернету на тлі різкого звуження кола решти що мали місце раніше інтересів та захоплень; перевага віртуального спілкування звичайному до повної десоціалізації в реальному житті; специфічні зміни емоційної сфери: яскраві емоції під час присутності в мережі, наростаюча байдужість до проблем та ситуацій у реального життя (наприклад, байдужість до хвороби близького родича, втрата інтересу до колишніх друзів не з мережі), спалахи роздратування та агресії у відповідь на спроби близьких обмежити час присутності в мережі або за комп'ютером; неможливість обходитися без комп'ютера і присутності в мережі (суб'єктивно сприймається залежним вкрай драматичним); при насильницькій забороні користування комп'ютером або Інтернетом – поява емоційної лабільності, тривожно-депресивних реакцій, дратівливості, безсоння, апатії; при самостійних спробах залежного переключитися з віртуальної реальності на повсякденну – поява нудьги, млявості, апатії, сонливості, неможливість відчувати яскраві емоції радості та задоволення від колишніх захоплень поза мережею; нав'язливе бажання постійно перевіряти «про всяк випадок» свій смартфон (який не подавав сигналів про повідомлення або виклики), електронну пошту, соціальні мережі; поступове чи різке збільшення кількості грошей, які витрачаються на численні покупки онлайн; цілеспрямоване створення та експлуатація в мережі віртуальних образів «Я», що не відповідають реальності та вкрай далеких від неї; постійні нав'язливі думки та образи, пов'язані з соціальними мережами та/або мережними іграми та багато іншого [96, 100, 148, 172].

2. Синдром зміненої свідомості (при поглиненості віртуальної активністю в соціальній мережі, комп'ютерною грою або іншою діяльністю за смартфоном/планшетом/комп'ютером) [97, 129].

3. Депресивний синдром (крім описаних раніше змін цей синдром включає нехтування власним зовнішнім виглядом та особистою гігієною, порушення апетиту аж до повної його відсутності та нерегулярне харчування, зниження лібідо та потенції, розлади сну (найчастіше – зміна циркадних ритмів сон-неспанья: сонливість вдень, безсоння вночі, пізніше і/або більш тривале засипання, пізніші пробудження) та багато іншого) [86, 109].

4. Астенічний синдром.

5. Соматичні симптоми (найбільш типові при регулярному тривалому перебуванні за монітором комп'ютера): сухість в очах; головні болі (за типом болю напруги або мігреноподібні болі); болі в спині (через вимушену позу та нерівномірне напруження м'язів спини); синдром зап'ястного каналу (карпальний синдром – ураження нервових стволів, пов'язане з тривалим перенапруженням м'язів кисті руки через ігрову діяльність або постійний друк на клавіатурі); закрепи та багато іншого [150, 181].

6. Соціально-психологічні відхилення (постійні конфлікти в сім'ї; охолодження та відчуження до взаємин з близькими; у підлітків нерідко зниження успішності у школі, конфлікти з вчителями та/або з однолітками, можлива зміна місць навчання через конфліктні ситуації; у підлітків найчастіше залученість до віртуальної групи з повним прийняттям та поділом її ідеології, цінностей, мови, символів, завдань (всі ми пам'ятаємо недавні сумні приклади «груп смерті»); вплив віртуальної субкультури та ін.) [83, 134].

Предиспонууючими специфічними для розвитку комп'ютерної адикції є молодий вік, екзистенційний вакуум, відсутність життєвого сенсу та цілей, висока схильність до відхиленої поведінки та наявність психологічного делінквентного потенціалу [103, 137, 176]. Сприяючими розвитку аддикції специфічними чинниками є синдром дефіциту уваги та гіперактивності в анамнезі, більш виражена компрометація комунікативної сфери особистості, порівняно з емоційно-вольовою та інтелектуальною сферами; домінування серед особистісних властивостей безтурботності, імпульсивності, спонтанності у поведінці, невпевненості у собі, що поєднується з відсутністю самоаналізу, участь в іграх

батьків, ігри в батьківській родині. Підтримуючими специфічними факторами є недостатність загального фізичного розвитку, наявність демонстративної та збудливої акцентуації характеру, щодо неможливості досягнути бажаного (сфантазованого) соціального статусу й положення в суспільстві, розрив соціальних зв'язків, знижена самооцінка із можливістю її компенсації у процесі ігри, створення у родині культу «речей», переоцінка значення матеріальних благ, на яких фіксована увага [77, 147, 165].

Загальними чинниками ризику адитивної поведінки є спадковість (предиспонуєчий фактор); з психологічних – наявність гіпертимної та циклотимної акцентуації характеру (підтримуючий фактор), цинічності, нечуттєвості до себе та інших, скептицизм та самовпевненість, екстернальний тип суб'єктивного контролю та низька схильність до дотримання соціальних норм (сприяючий фактор); з психосоціальних – контекстуальні (сприяючі, підтримуючі), адиктивне середовище (предиспонуєчий фактор), соціальна дезінтеграція, безробіття, матеріальні труднощі (сприяючий фактор), деструктивна батьківська родина (предиспонуєчий фактор), негармонійне виховання, конфлікти в актуальній родині сприяючий фактор) [112, 113, 174].

Вітчизняними дослідниками встановлені основні чинники ризику розвитку комп'ютерної залежності та проведено їх наступний структурний розподіл: макросоціальні (економічне неблагополуччя, соціальне неблагополуччя, мода); мікросоціальні (часті зміни місця проживання, негармонійне виховання в сім'ї, девіантні традиції сім'ї, реакції групування з однолітками); суб'єктивні: індивідуально-біологічні (генетична схильність, психічні та поведінкові розлади); індивідуально-психологічні (акцентуації характеру, порушення у емоційно-вольовій сфері (тривожність, агресивність, депресивні тенденції, суб'єктивне відчуття самотності, нестійкість до стресу), дезадаптивні поведінкові копінг-стратегії; особистісно-психологічні (спотворена мотивація, низька самооцінка, неадекватне ставлення до власної недуги) [74, 114, 199].

1.2. Вертебро-базиллярна недостатність у структурі клінічних ознак комп'ютерної залежності

Робота перед екраном монітора та малорухливий спосіб життя здатні завдати істотної шкоди здоров'ю людини. Знижується гострота зору, уповільнюється метаболізм, страждають серце та легені. Але найбільшу шкоду сидячий спосіб життя завдає хребту. Остеохондроз, вертебро-базиллярна недостатність – вірні супутники постійної роботи за комп'ютером [144].

Вертебрально-базиллярна недостатність (ВБН) – це оборотне порушення функцій мозку, спричинене зменшенням кровопостачання області, що кровопостачається хребетними та основною артеріями. При розгляді даного патологічного стану з погляду МКХ-10, бачимо, що ВБН називається як «Синдром вертебро-базиллярної артеріальної системи» (рубрика G45.0), але він поміщений в розділ «Минущі транзиторні церебральні ішемічні напади (атаки) та споріднені синдроми» [60, 73]. Саме так ВБН розглядається у закордонній літературі, у той час як у вітчизняній термінології ВБН може позначати ширше коло пропроблем. Це і варіант гострого порушення мозкового кровообігу – транзиторної ішемічної атаки, і варіант хронічної недостатності мозкового кровообігу у вертебрально-базиллярному басейні. Також під терміном ВБН часто вказується синдром хребетної артерії (як варіант екстравазальної компресії вертеброгенного та невертеброгенного генезу) [18, 33, 141].

В даний час вважається, що компресійний вплив на хребетну артерію є однією з основних причин ВБН. Здавлення хребетної артерії патологічно зміненими шийними хребцями: при спондиліозі, спондилолітезі, які часто виникають внаслідок постійного сидіння у вимушених позах при формуванні комп'ютерної залежності [16, 72].

Найбільш частими суб'єктивними ознаками захворювання служать шийно-потиличні болі, особливо при рухах головою, загальна слабкість, парестезії в кінцівках або у всьому тілі, порушення рівноваги, диплопія, запаморочення [27].

Ураження шийного відділу хребта дуже часто зумовлене його анатомічними особливостями: слабким м'язовим корсетом у ділянці шиї, невеликими розмірами та низькою механічною міцністю хребців шийного відділу при високому навантаженні на одиницю площини диску, наявністю відносно вузьких міжхребцевих отворів та максимальною рухомістю шийного відділу [17, 69]. До складових патогенезу віднесені патологічно змінені шийні хребці, напруга м'язів, порушення біомеханіки шийного відділу хребта. Порушення цілісності та функціонального благополуччя цих структур чинить негативний вплив на корінцевий апарат, судини та сегментарні структури вегетативної нервової системи. Це може призвести до рефлекторних (дія на рецептори, які іннервують уражені відділи хребтового сегмента) та компресійних порушень з боку патологічних структур (грижа, остеофіти тощо), що впливатимуть на корінець, спинний мозок та судини, зокрема хребетну артерію. [35, 65, 152].

Спондилогенна іритація шийних симпатичних вузлів спричиняє формування вегетативних порушень, які перебігають за типом реперкусивних (від лат. *repercutere* – відбивати). Аферентація імпульсів із вогнища подразнення у периферичних сегментарних утвореннях призводить до дизрегуляції гіпоталамуса та ретикулярного комплексу, тобто формується патологічне коло за типом «відбитого синдрому» [38]. Функціональне ураження гіпоталамічної ділянки з підвищенням збудження зумовлює розвиток психовегетативного синдрому та вісцеральних порушень. Для появи вертебро-базиллярної недостатності необхідне поєднання декількох патологічних (патогенетичних) факторів, гемодинамічна взаємодія яких спричиняє декомпенсацію мозкового кровообігу. Серед цих факторів можна виділити: екстравазальну компресію, іритацію періартеріального симпатичного сплетення, супутню соматичну патологію, гіподинамію, надмірне перебування за комп'ютером, комп'ютерна та інтернет залежність, що призводять до тривалого вимушеного нефізіологічного положення голови, різкі рухи голови, непрофесійні лікувальні маніпуляції та аномалії хребетної артерії [48, 64].

Сучасні автори виділяють декілька клінічних варіантів спондилогенної вертебро-базиллярної недостатності. Ураження хребетної артерії може проявлятися

вазомоторними (функціональна форма), а також ішемічними порушеннями (органічна форма). Виділяють перманентний та пароксизмальний варіанти. Пароксизмальні судинні порушення представлені раптовим падінням (drop attacks), синдромом Унтерхарншайдта, вегетативно-вестибулярними розладами. Перманентний варіант, у свою чергу, характеризується клінічною картиною хронічної вертебро-базилярної недостатності. При пароксизмальних судинних порушеннях визначається гіпермобільність у ділянці краніо-вертебрального переходу, а при перманентних – блок хребтово-рухового сегмента. Симптоми виникають раптово після різкого руху голови й залежать від положення голови та шийного відділу хребта. Характерні позитивні симптоми Де Клейна, поява або посилення симптомів після ротацій та розгинання шийного відділу хребта, симпаталгічний головний біль шийно-потиличної локалізації з характерним гемікранічним поширенням із субокципітальної зони на лобово-скроневочнуюмкову ділянку [29, 36, 175].

Вертеброгенні розлади розглядаються як частина клінічної картини синдрому хребетної артерії. Симптоми виникають раптово, при різких рухах головою (перерозгинанні, поворотах в здорову сторону, бічних нахилах), чітко залежать від положення цервікального відділу хребетного стовпа. Типовими ознаками є синкопе або падіння без втрати свідомості (дроп-атаки), мозочковий синдром зі стато-локомоторною атаксією. Пацієнти відзначають запаморочення, шум у вусі, одностороннє зниження слуху. Минущі зорові порушення представлені відчуттям «піску» або «пелени» перед очима, фотопсіями. Цефалгії носять гемікранічний характер, поширюються з шийно-окципітальної в лобово-скроневочнуюмкову область. При цервікогенних синдромах болі іррадіюють в плече, руку. На шкірі шийної області видно локальні вегетативні реакції (блідість, мармуровий малюнок, сухість або гіпергідроз) [32, 63].

Всі ознаки вертебро-базилярної недостатності можуть бути тимчасовими та постійними. Тимчасові виникають, як правило, при транзиторній ішемічній атаці та тривають недовго – до двох днів. У подібних випадках пацієнти скаржаться на

давлючий біль в області потилиці, сильні запаморочення і відчуття дискомфорту в шийному відділі [34, 88, 127].

Постійні симптоми супроводжують хворого весь час. Вони можуть поступово наростати внаслідок розвитку патології. Нерідко відбуваються загострення, при яких наступають ішемічні атаки. А вони, в свою чергу, можуть призвести до вертебро-базиллярного інсульту [39, 61].

Отже, симптомами вертебро-базиллярної недостатності є:

- ✓ Виникнення частих потиличних головних болів, які можуть бути пульсуючими або тупими та давлячими.
- ✓ Шум у вухах, порушення слуху (шум буває різного тембру, але якщо хвороба знаходиться в занедбаному стані, дане явище стає постійним).
- ✓ Ослаблення пам'яті, неуважність, порушення концентрації уваги. (симптоми вертебро-базиллярної недостатності досить неприємні).
- ✓ Різні зміни зору у вигляді мушок або туману перед очима (у деяких випадках може виникати диплопія (роздвоєння) і розмиття їх контурів об'єктів).
- ✓ Значне порушення рівноваги.
- ✓ Слабкість, стомлюваність.
- ✓ Часті напади запаморочення, що доходять іноді до непритомності при гострій вертебро-базиллярній недостатності (зазвичай дані стани виникають при знаходженні шиї в незручному становищі. Наприклад, після сну або від роботи за комп'ютером. Запаморочення часто супроводжуються почуттям нудоти).
- ✓ Перепади настрою та дратівливість.
- ✓ Підвищення пітливості, раптові напади тахікардії.
- ✓ Першіння і синдром «кома» в горлі, осиплий голос.

Вертебро-базиллярна недостатність при шийному остеохондрозі проявляє себе тимчасовими чи постійними симптомами. Часові ознаки, що тривають від декількох годин до декількох днів, відчуються як давні шийні, головні болі, сильне запаморочення та дискомфортні відчуття в області шиї. Постійні симптоми нарастають із розвитком хвороби та присутні весь час [75, 111].

Головний біль відчувається як пульсуючий або давлючий. При порушенні зору перед очима виникають мушки чи туман, контури предметів стають розмитими. Погіршується рівновага та концентрація уваги. Хворі з вертебро-базиллярною недостатністю швидко втомлюються, стають дратівливими, схильні до частої зміни настрою. Непритомність і нудота призводить до спазму хребетної артерії, який може виникнути навіть у дітей [76, 123].

Для профілактики виникнення і прогресування клінічних проявів спондилогенної вертебро-базиллярної недостатності та нормалізації стану вегетативних структур доцільно застосовувати медикаменти поліфакторної дії, яким властиве поєднання ефектів активації тканинного метаболізму, стабілізації енергетичного потенціалу клітини та поліпшення церебральної гемодинаміки [79, 142].

Фахівці, як правило, призначають комплексне лікування даного захворювання – медикаментозну терапію в поєднанні з фізіопроцедурами. Деякі форми цієї хвороби лікування медикаментами взагалі не піддаються. Тому терапія підбирається в кожному окремому випадку індивідуально [75, 98].

У комплексі з лікарськими препаратами призначають, як правило, фізіотерапію і лікувальну гімнастику.

Нижче наведені найбільш ефективні вправи при вертебро-базиллярній недостатності, які можуть полегшити стан людини та значно поліпшити якість життя:

- ✓ Нахили тулуба вперед з положення стоячи. Підборіддям потрібно намагатися дотягнутися до колін. Повторити десять разів.
- ✓ Повільно витягується голова вперед. Потім також повільно повертається у вихідне положення.
- ✓ Встати прямо. Підняти руки вгору і з'єднати долоні над головою. Затримати кілька секунд. Опустити руки. Робити вправу десять разів.
- ✓ Повороти корпусу вліво-вправо. Виконувати десять разів.
- ✓ Нахили голови вправо і вліво. Вухом потрібно доторкнутися до плеча. Робимо вправу десять разів.

- ✓ Повільні обертання голови за годинниковою стрілкою і проти годинникової стрілки. За десять разів.
- ✓ Підняття ніг з затримкою на 5 секунд. Повторити десять разів для кожної ноги.
- ✓ Стійка на одній нозі, поступово можна ускладнювати вправу – стояти з закритими очима. Після поміняти ногу.

Не потрібно робити різких рухів. Вправи виконуються без особливих зусиль. Лікувальна гімнастика робиться регулярно, без перерв. Краще вранці. Регулярні заняття допомагають прибрати спазми м'язів, поліпшити поставу і укріпити м'язовий корсет хребта [78, 82].

1.3. Сучасні підходи до терапії комп'ютерної залежності

Останні наукові дані, отримані психіатрами щодо основних принципів успішного лікування нехімічної адиктивної поведінки, свідчать про необхідність застосування комплексного, диференційованого клініко-патогенетичного підходу до терапії, реабілітації та профілактики. Основні принципи лікування: добровільність, клінічна обґрунтованість терапії, мінімальна достатність, динамічність, комплексність, індивідуалізація, етапність, безперервність та тривалість терапії, наступність допомоги, раннє виявлення розладу та початок терапії, відмова від обмежених заходів. Лікування нехімічних залежностей передбачає біологічні, психологічні та соціальні втручання і має на меті припинення адткції та психосоціальну реабілітацію як самого хворого, так і членів його родини. При цьому вказується, що терапія, заснована на принципі комплексності, що передбачає поєднане застосування психофармакотерапії та психотерапії, є найбільш адекватним методом допомоги та забезпечує якісну ремісію [3, 193, 194].

Психотерапія має бути спрямована на структурні компоненти патологічного потягу, наявність суїцидальних думок та тенденцій, виявлення та корекцію психологічних захистів. Важливим є психотерапевтичний контакт: отримання

інформаційної згоди пацієнта на лікування, прийняття відповідальності за лікування [23, 45, 124].

Психотерапія ідеаторного компонента патологічного потягу до комп'ютера повинна включати корекцію помилок мислення з видозміною негативних або саморуїнливих автоматичних розумових процесів, з відновленням адекватної самоорганізації пацієнтів. Афективний компонент коригується вербалізацією та опрацюванням негативних почуттів на тренінгах управління емоціями, навичок справлятися зі стресом із включенням методик нейролінгвістичного програмування. Поведінковий компонент реструктурується через тренінг навчання пристосувальним умінням, необхідним при зіткненні з ситуаціями, що сприяють реалізації залежної поведінки [46, 56, 94].

Психотерапія нехімічних адикції повинна мати два напрями впливу: когнітивно-поведінковий та сімейний, покликані сформувати потенціал для вирішення питань трудової, професійної, сімейної реабілітації; екзистенційний, необхідний для вирішення внутрішньоособистісних переживань [57, 115, 122].

Когнітивно-поведінкова терапія, акумулюючи техніки поведінкової та когнітивної терапії, реально змінює за допомогою нових умовно-рефлекторних актів поведінку та гностичні процеси у адикта [125, 138].

Ефективність поетапного плану психотерапевтичних заходів нехімічної залежності підтверджена низкою авторів. Проводячи психотерапевтичні сесії, що характеризуються когнітивно-поведінковим стилем, психіатром можуть бути вирішені такі завдання: діагностична, психоосвітня, створення стратегії контролю за імпульсом до гри, конструювання адекватного емпатичного сімейного середовища, вирішення конфліктів та проблем, пов'язаних з ігроманією [130, 132, 135].

Один з найбільш адекватних підходів у корекції нехімічної залежності - біхевіорально-когнітивний, при якому терапія має такі цілі: підвищення самооцінки та самообізнаності, посилення контролю над імпульсами, збільшення стабільності міжособистісних відносин, а також соціальну адаптацію [151, 160]. У разі потреби до психотерапевтичної дії повинна бути приєднана

психофармакотерапія препаратами, що знімають психоемоційну напругу: антидепресантами (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну), анксиолітиками (атаракс, ксанакс, алпрозалам) та/або седативними препаратами [139, 149].

На моторний компонент нехімічної залежності спрямовані лікувальні впливи психотерапевтичного методу контрадиктивної стимуляції, при якому вищевказаний компонент (певна м'язова активність), що забезпечує безпосередню реалізацію адикції, змінюється на іншу м'язову активність, нейтральну по відношенню до колишньої залежності, що витісняє колишню хворобу [145, 166].

Залежно від основних елементів психотерапії даної патології були також позначені когнітивно-біхевіоральна (використання іманжинальної десенситизації) з елементами сімейної психотерапії з окремим акцентом на нівелюванні «екзистенційного дефекту» із застосуванням екзистенційно-орієнтованих технік. У разі основні принципи екзистенційної терапії були представлені здатністю людини пізнавати внутрішній стан, вільно здійснювати вибір у життєвому просторі тощо [168, 188].

Основними мішенями психотерапії залежних від інтернету є: мотиваційна сфера залежних осіб та членів їхніх сімей; патологічний потяг до комп'ютера (як головна характеристика загального синдрому залежності); супутні психопатологічні синдроми – розлади сну, астенія, тривога, депресія; патологічний особистісний статус, з найбільш часто спостерігаючимися розладами особистості – радикалами емоційної нестійкості, тривожності, циклотимності та іншими; статус родинно-сімейних відносин [143, 182].

Однією з важливих застав успішного лікування залежних від комп'ютера є залучення членів їхніх сімей до участі у сімейній психотерапії та реабілітаційних заходах. Враховуючи дисфункціональні співзалежні відносини між комп'ютерним адиктом та його родичами, які, самі того не усвідомлюючи, підтримують залежність, необхідно не просто пояснити їм неприйнятність колишніх стратегій поведінки у сім'ї, але й сформулювати та закріпити нові, конструктивні поведінкові

стратегії спрямовані на співпрацю між усіма учасниками сімейної системи [26, 180].

К. Young розробила керівництво з когнітивно-поведінковим методам для терапевтів – робота з інтернет-адиктами. Пропонуються такі вправи для досягнення абстиненції від проблемного використання Інтернету: практика протилежного поведінки; використання зовнішніх стопорів (наприклад, сигнали таймера, коли сеанс має закінчуватися); встановлення тимчасових обмежень; визначення пріоритетів задач для досягнення цілей Інтернету в ході кожної інтернет-сесії; використання карт нагадування (розміщених на комп'ютері) зі списком 5 основних проблем, викликаних інтернет-залежністю, та паралельний список 5 основних переваг скорочення використання Інтернету (використання особистісних ресурсів, за допомогою яких терапевт допомагає клієнту розвивати альтернативні види діяльності, які відволікають пацієнта від комп'ютера) [185].

Для проведення КПТ при ІА К. Young запропонувала три-етапний підхід. На першому етапі проводиться модифікація поведінки з метою поступового зменшення часу, що адикт проводить в Інтернеті. На другому етапі КПТ використовується методи для подолання психологічних захистів заперечення та раціоналізації. На третьому етапі змінюється терапія зниження шкоди для виявлення та лікування співіснуючих проблем, які призвели до розвитку компульсивного використання Інтернету [204, 205, 209].

У. Ду та співавт. докладно описали зміст 8 сесій КПТ для лікування пацієнтів із ІРР. Заняття включали: введення, дослідження мотивів онлайн-ігри та ірраціональну систему переконань, що відноситься до онлайн-залежності від ігор, вирішення проблем та прийняття рішень, навичкам навчання, навичкам спілкування, навичкам самоконтролю, сімейної терапії та планування на майбутнє [107, 109].

Німецькі фахівці S. Jager та співавт. розробили короткострокову (4 міс) програму КПТ для пацієнтів з інтернет адикцією, яка складалася з комбінації групової та індивідуальної терапії та включала 23 терапевтичні сесії. Результати пілотного використання показали, що понад 70% пацієнтів закінчували терапію. У

них відзначали значне зниження проявів інтернет адикції, редукування психопатологічних симптомів, а також пов'язаних із ними психосоціальних проблем [131].

Метою психотерапевтичної складової комплексної системи лікування та реабілітації комп'ютерної залежності є відновлення психічного, фізичного, психологічного, сімейного й соціального статусу пацієнта із відмовою від постійного перебування у онлайн. Базовою у психотерапевтичному лікуванні є когнітивно-біхевіоральна з елементами сімейної психотерапії, з окремим акцентом на нівелювання «екзистенціального дефекту» із застосуванням екзистенційно-орієнтованих технік. Доведено, що приєднання до лікувально-реабілітаційних заходів eHealth-технологій, особливо на протязі перших 3-х місяців від початку, дозволяє істотно нівелювати прояви нонкомплаєнсу та покращити прихильність до терапії [186].

Лікування хвороби може здійснюватися без спеціальних реабілітаційних заходів, однак реабілітація включає також лікувальні засоби для досягнення поставлених нею цілей. Найважливішим завдання реабілітації є відновлення особистого (у власних очах) і соціального (в очах оточуючих) статусу хворого, виділяють наступні принципи та етапи реабілітації психічно хворих. Лікувально-реабілітаційна допомога особам із інтернет залежністю складається з трьох етапів: діагностичного, активної терапії та підтримуючої терапії з подальшою соціальною реабілітацією. Така модель враховує феномен кіндлінгу як основу розуміння сутності адиктивних процесів, та базується на можливості усунення «патогенетичного» кіндлінгу застосуванням психофармакотерапевтичних впливів та створення нового («саногенетичного») кіндлінгу шляхом навчання хворого принципово іншим стереотипам мислення та поведінки (за допомогою психотерапії). Лікування хвороби може здійснюватися без спеціальних реабілітаційних заходів, однак реабілітація включає також лікувальні засоби для досягнення поставлених нею цілей. Найважливішим завдання реабілітації є відновлення особистого (у власних очах) і соціального (в очах оточуючих) статусу

хворого, виділяють наступні принципи та етапи реабілітації психічно хворих [190].

Висновки до розділу 1

Підвищення ефективності діагностики, лікування, профілактики та медико-соціальної реабілітації хворих з комп'ютерною залежністю, є однією з основних проблем сучасної психіатрії та наркології.

Ситуація, що пов'язана з адиктивною поведінкою, є досить проблемною для багатьох країн світу, у тому числі, і України. Причина полягає у докорінній відмінності стереотипів мислення та світогляду послідовних генерацій, що виховувались у різних соціально-економічних умовах, а також через затяжну політичну, економічну та соціальну кризу.

Відзначено, що коморбідні психічні розлади (афективні, стресові, особистісні) зустрічаються у 80% пацієнтів і більше. Особливу тривогу в суспільстві викликає адиктивна поведінка у осіб молодого віку.

Клінічна феноменологія комп'ютерної адикції має ознаки стійкої та рецидивуючої дезадаптивної поведінки. Але закономірності формування, клінічна картина психічних розладів при комп'ютерній залежності досліджені недостатньо. У літературі є окремі дані про можливі види адиктивних порушень при невротичних розладах, при цьому підкреслюється, що при даній патології частіше розвиваються «приховані» нехімічні залежності (азартні ігри, переїдання, сексуальні адикції і т.д.)

Аналізуючи дані літератури, доводиться констатувати, що, незважаючи на великий арсенал засобів і методів, які має в своєму розпорядженні психіатрія та наркологія, ефективність лікування алкогольної комп'ютерною залежності продовжує залишатися недостатньою .

Сучасні наукові дослідження щодо комп'ютерною залежності присвячені оновленню концепції психосоціальної реабілітації хворих, їх соціальній реінтеграції та покращенню якості життя.

У зв'язку із цим збільшується актуальність пошуку нових психотерапевтичних підходів до терапії комп'ютерною залежності та розробки ефективних схем, що відповідають сучасним стандартам лікування.

З метою швидкої та успішної реінтеграції хворого в суспільство, підвищення його психофізичної активності, розширення контактів з оточуючими необхідне використання комплексного підходу до терапії алкогольної комп'ютерної залежності, що включає поєднання психофармакотерапії, психотерапії та психоосвітніх тренінгів.

В сучасних умовах у світовій психотерапевтичній практиці в світлі підвищення інтенсивності, економічності та ефективності психотерапевтичної допомоги хворим з комп'ютерною залежністю все більше визнання отримує когнитивна психотерапія та психоосвіта.

Проведений аналіз літературних даних свідчить про актуальність, медичної та соціальної значущості проведення досліджень спрямованих на вирішення поставленої мети дисертаційного дослідження на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей комп'ютерної залежності в структурі розладів адаптації, розробити персоніфіковану систему їх комплексної терапії та профілактики та оцінити її ефективність.

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених хворих

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі клініки психіатрії та наркології та поліклінічного віддлення Військово-медичного клінічного центру Північного регіону було проведено комплексне обстеження 167 хворих (80 жінок та 87 чоловіків) з розладами адаптації (рис. 2.1)

У обстежених хворих згідно діагностичних критеріїв МКХ-10 встановлено діагноз розлади адаптації (F 43.2): пролонгована жепресивна реакція (F 43.21) – 76 осіб та змішна тривожно-депресивна реакція (F 43.22) – 91 особа.

Основну групу склали 105 хворих з розладами адаптації у яких виявлено 20 та більше балів за розділом COMP AUDIT- подібних тестів, що відповідало наявності у них стану клінічно вираженої комп'ютерної залежності – основна група.

Групу порівняння - 62 хворих з розладами адаптації без ознак комп'ютерної залежності

Основну групу у свою чергу було розподілено на терапевтичну групу (65 хворих), пацієнти якої приймали участь терапевтичній програмі, розробленої за результатами власних досліджень та контрольну групу (40 хворих), які отримували стандартну регламентовану терапію в лікарні.

Всі респонденти, які були включені в дослідження, дали добровільну згоду на участь в ньому, вільно володіли російською та українською мовами, що дозволило виконати повноцінне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження. Контингент обстежених був однорідним за базовими показниками, що дозволило вважати результати дослідження такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність

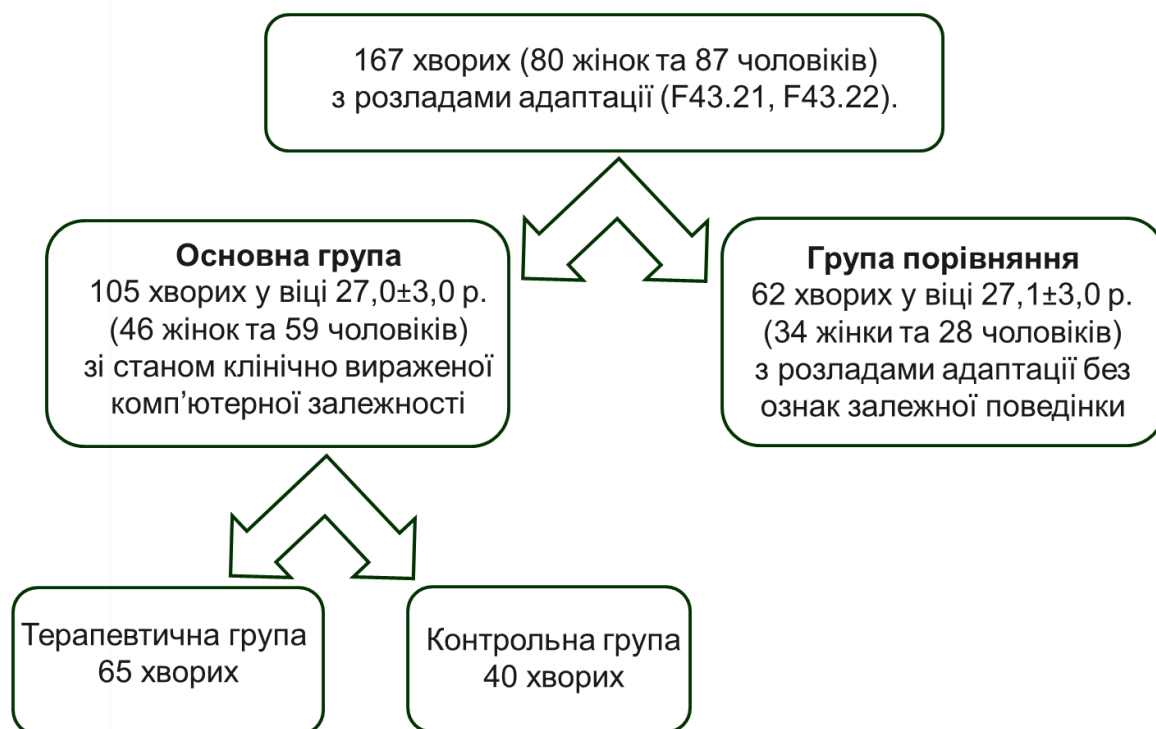


Рисунок 2.1. Групи обстежених хворих.

Переважає кількість обстежених мешкали у місті (69,9±1,6 %) у задовільних матеріально-побутових умовах (69,9±1,6 %). (табл. 2.1)

Таблиця 2.1

Розподіл обстежених хворих за містом та умовами проживання (%)

Умови проживання	%
У великому місті	69,9±1,6
У маленькому місті	26,7±1,2
У сільській місцевості	3,4±0,5
Добрі матеріально – побутові умови	29,3±1,2
Задовільні матеріально – побутові умови	69,9±1,6
Незадовідні матеріально – побутові умови	0,8±0,5

Дослідження сімейного статусу обстежених хворих показало, що у шлюбі перебували $35,2 \pm 1,3$ %; були розлучені – $35,4 \pm 1,3$ %; ніколи не перебували у шлюбі $29,4 \pm 1,2$ % обстежених. Дітей мали $19,6 \pm 1,1$ % обстежених (табл. 2.2)

Таблиця 2.2

Розподіл обстежених хворих за сімейним статусом (%)

Сімейний статус	%
У шлюбі	$35,2 \pm 1,3$
Розлучені	$35,4 \pm 1,3$
Самотні	$29,4 \pm 1,2$
Мають дітей	$29,4 \pm 1,2$

За рівнем освіти обстежені буди розподілені наступним чином мали вищу освіту $66,2 \pm 1,6$ % були студентами $11,2 \pm 1,1$ %, мали середню спеціальну освіту $19,3 \pm 1,1$ % та $3,5 \pm 0,5$ % мали загальну середню (табл. 2.3.)

Таблиця 2.3

Розподіл обстежених за рівнем отриманої освіти (%)

Рівень отриманої освіти	%
Вища	$66,2 \pm 1,6$
Незакінчена вища	$11,2 \pm 1,1$
Середня спеціальна	$19,3 \pm 1,1$
Загальна середня	$3,5 \pm 0,5$

Стосовно аналізу професійної діяльності обстежених хворих – у сфері інтелектуальної праці були задіяні $40,5 \pm 1,4$ % обстежених; у сфері обслуговування працювали, $22,2 \pm 1,2$ %; фізичною працею були зайняті $30,0 \pm 1,3$ %, $20,8 \pm 1,2$ % хворих не працювали (табл. 2.4).

Розподіл обстежених за професійною занятістю (%)

	%
Інтелектуальна праця	40,5±1,4
Сфера обслуговування	22,2±1,2
Зайняті фізичною працею	30,0±1,3
Не працюють	20,8±1,2

2.2. Дизайн дослідження

Дослідження відбувалося в три етапи: I етап містив комплексний аналіз клінічних проявів та механізмів формування комп'ютерної адикції в структурі розладів адаптації. (рис. 2.1.)

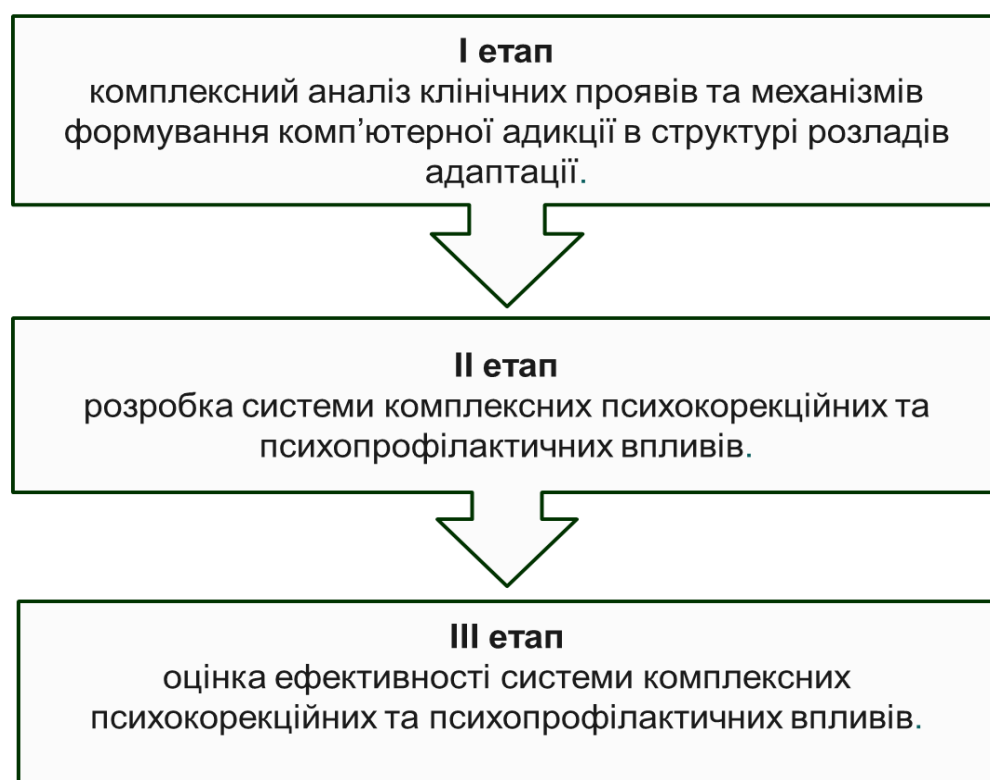


Рисунок 2.2. дизайн дослідження

На II етапі – розроблено систему комплексних психокорекційних та психопрофілактичних впливів, на III етапі проведено оцінку їх ефективності.

2.3. Методи дослідження

Клініко-анамнестичний метод дослідження включав структуроване інтерв'ю із вивченням спадковості, впливу контекстуальних та соціально-психологічних факторів на розвиток комп'ютерної залежності. Здійснювалося вивчення умов життя і праці, виявлення факторів, що роблять негативний вплив на стан психічного здоров'я.

Серед контекстуальних (соціально-дезадаптуючих) чинників (у відповідності до критеріїв МКХ-10) аналізували проблеми, пов'язані з: освітою та вихованням (Z55), трудовою діяльністю, безробіттям, відсутністю реальної можливості працевлаштування (Z56), домашніми та економічними обставинами (Z59), соціальним оточенням (проживання наодинці, соціальне відсторонення, об'єкт дискримінації) (Z60), первинною підтримкою оточуючих, включно родину (проблеми у взаємовідносинах, не адаптивна сімейна підтримка, відсутність члена родини, розпад родини) (Z63), відповідними психосоціальними обставинами (Z64), способом життя (вживання тютюну, алкоголю, наркотиків, недостатня активність, недостатнє харчування) (Z72), відношенням до труднощів у вирішенні повсякденних життєвих питань (вигорання, стрес, акцентуація особистісних рис, нестача розслаблення та відпочинку) (Z73).

Клініко-психопатологічний метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного та наркологічного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10 та доповнено використанням тесту Use Disorders Identification Test AUDIT- подібних тестів (Лінский І.В., Мінко О.І., Артемчук А.П. з співавт., 2009) – для комплексної оцінки адиктивного статусу та визначення

ступеню небезпечності адкції, розділом COMP-UDIT AUDIT, наявності у них стану клінічно вираженої комп'ютерної залежності.

Тест COMP-UDIT UDIT скринінг-тест для виявлення порушень, пов'язаних зі комп'ютерною залежністю. Перевагами тесту COMP-UDIT є наступні: це єдиний скринінг тест, спеціально розроблений для міжнародного використання (пройшов крос-національну стандартизацію); ідентифікує ризиковане перебування за комп'ютером, можливу залежність, комп'ютерну залежність; короткий, швидкий, гнучкий; розроблений для працівників першої ланки медичної допомоги; сумісний з визначеннями МКХ-10 щодо комп'ютерної залежності і перебування за комп'ютером зі шкідливими наслідками; зосереджений на вивченні ризику комп'ютерну.

Тест COMP-UDIT використовували у вигляді інтерв'ю, що містить 10 питань, з них 3 питання присвячені ризику виникнення комп'ютерної залежності, 3 питання – ознакам комп'ютерної залежності, і ще 4 питання – шкідливим наслідкам комп'ютерної залежності. Відповіді на питання оцінюються в балах, які представлені на бланку інтерв'ю та не пред'являються респонденту.

Інтерпретація результатів тесту і вибір адекватної стану респондента тактики терапевтичних втручань здійснюються на підставі отриманої суми балів.

I рівень (0-7 балів) – відносно безпечно використання комп'ютеру (втручання обмежується наданням респонденту інформації про потенційну небезпечність часу проведеного за комп'ютером);

II рівень (8-15 балів) – ризик виникнення комп'ютерної залежності (необхідно надати прості поради щодо необхідності превенції розвитку комп'ютерної залежності);

III рівень (16-19 балів) – високий ризик комп'ютерної залежності (слід провести коротке психотерапевтичне втручання і продовжити спостереження за станом респондента).

IV рівень (20 балів і більше) - висока ймовірність комп'ютерної залежності (слід провести більш детальну діагностику на предмет комп'ютерної залежності, у разі підтвердження діагнозу рекомендувати пацієнту спеціалізоване лікування).

Втручань найвищого рівня потребують також всі пацієнти, які отримали 2 або більше балів у відповідях на питання 4, 5 і 6, або 4 бали у відповідях на питання 9 або 10.

Психодіагностичний метод

Опитувальник. виразності психопатологічної симптоматики Дерогатіса (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R), (за Н. В. Тарабриною, 2001).

Опитувальник призначений для оцінки патернів психопатологічних ознак як у психічно хворих, так і здорових осіб. Опитувальник складається з 90 пунктів. Кожне питання оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім немає», а 4 – «дуже сильно». Відповіді підраховуються і інтерпретуються по 9 основними шкалам симптоматичних розладів і 3 узагальненими шкалами другого порядку, а саме: GSI (загальний індекс тяжкості симптомів), PSDI (індекс особистого симптоматичного дистресу), PST (загальне число позитивних відповідей).

Операціональні визначення шкал SCL-90-R:

1. Соматизація (Somatization [SOM]) – порушення, притаманні дистресу у вигляді відчуття тілесної (соматичної) дисфункції. При інтерпретації слід виключити наявність соматичної патології.

2. Обсесивно-компульсивні розлади (Obsessive-Compulsive [O-C]) – розлади, що відображають симптоми тотожні стандартному визначенню обсесивно-компульсивного синдрому.

3. Міжособистісна сенситивність (Interpersonal Sensitivity [INT]) – почуття особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо, при порівнянні себе з іншими (напр. самозвинувачення, почуття неспокою, помітний дискомфорт, загострене почуття усвідомлення власного «Я», негативні очікування в процесі та при міжособистісних взаємодіях).

4. Депресія (Depression [DEP]) – широке коло проявів клінічної депресії у вигляді симптомів дисфорії і афекту (ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі

мотивації, втрати життєвої енергії, почуття безнадії, думки про суїцид і ін. когнітивні і соматичні кореляти депресії).

5. Тривожність (Anxiety [ANX]) – симптоми і ознаки, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності (нервозність, напруга, тремор, напади паніки, відчуття насильництва, а також когнітивні компоненти у вигляді почуття небезпеки, побоювання і страху, деякі соматичні кореляти тривожності).

6. Ворожість (Hostility [HOS]) - феномен, що включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості (усі ознаки агресії, дратівливості, гніву, обурення).

7. Фобічна тривожність (Phobic Anxiety [PHOB]) – стійка, ірраціональна, неадекватна по відношенню до стимулу реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, у супроводі з унікаючою поведінкою. Шкала визначає найбільш патогномонічні, руйнівні прояви фобічної поведінки. Її визначення є близьким до дефініції агорафобії, клінічним синонімом якої є і синдром фобічної тривожної деперсоналізації, але може бути застосовано і для кваліфікації синдрому «уникнення» при ПТСР.

8. Паранояльні симптоми (Paranoid Ideation [PAR]) – паранойяльна поведінка як вид порушень мислення у вигляді кардинальних проявів проєктивних думок, ворожості, підозрливості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзій.

9. Психотизм (Psychoticism [PSY]) – запобігаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, та симптоми шизофренії (галюцинації або марення) у вигляді градуйованого континууму від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних доказів психотизму.

10. Додаткові питання. Сім питань, які входять в опитувальник, не потрапляють ні під одне визначення симптоматичних розладів; ці симптоми дійсно вказують на наявність деяких розладів, але не належать до жодного з них та не об'єднані у окремий розлад, хоча є клінічно важливими. Їх враховують при загальній обробці опитувальника і використовують «конфігурально». Так, наприклад, високі значення DEP в поєднанні з «раннім ранковим пробудженням» і

«поганим апетитом» означають стан, відмінний від DEP без цих симптомів або з «почуттям провини».

Індекси другого порядку запропоновані для більш гнучкої оцінки психопатологічного статусу респондента. Кожен індекс відображає окремі аспекти психопатології. Індекс GSI є індикатором поточного стану і глибини розладу, надає уявлення про кількість та інтенсивність симптомів, і його слід використовувати у більшості випадків, де потрібен узагальнений одиничний показник. Індекс PSDI є відображає міру інтенсивності стану (дистресу), яка вказує на кількість симптомів, а також тенденцію до перебільшення або приховування симптомів респондентом. PST показує широту діапазону симптоматики являє собою простій підрахунок кількості тверджень (симптомів), на які респондент дає позитивну відповідь.

Обстеження та підрахунок результатів проводили згідно до рекомендацій авторів. Підрахунок балів за шкалами здійснюється шляхом складання всіх відмінних від нуля значень по кожному пункту, що належить до відповідної групи розладів. Далі ця сума ділиться на відповідне число питань, за винятком значень по додатковим пунктам. Ділення виконують до другого знака після коми.

Для обчислення трьох узагальнених індикаторів (шкали другого порядку), спочатку отримують загальну суму балів по всьому тесту, включаючи додаткові питання. Ділення цього числа на 90 дозволяє отримати загальний індекс тяжкості (GSI). Сума позитивних відповідей (відмінних від нуля) надає загальну кількість симптомів, на які дано позитивну відповідь, тобто значення індексу PST. Значення індексу особистого симптоматичного дистресу (PSDI) отримують при діленні загальної суми на бал PST. Інтерпретація результатів, отриманих в ході тестування по SCL-90-R, здійснювали на трьох рівнях: загальна виразність психопатологічної симптоматики, окремих шкал, окремих симптомів.

Шкала Гамільтона, для оцінки депресії (HDRS) (Hamilton, 1967) є однією з найбільш поширених квантифікованій шкал, застосовуваних для оцінки ступеня вираженості депресивної симптоматики. Дана шкала включає в себе 21 питання, що дозволяє оцінити такі фактори: наявність депресивного настрою, почуття

провини, суїцидальних намірів, ступінь безсоння, рівень працездатності і активності, наявність загальмованості, ажитації, психічної тривоги, соматичної тривоги, шлунково-кишкових, загальносоматичних та генітальних симптомів, явищ іпохондрії, деперсоналізації і дереалізації, параноїдальних симптомів, obsesivних і компульсивні розладів.

Шкала тривоги Гамільтона містить 14 питань, спрямованих на виявлення тривожного або депресивного настрою, напруги, страхів, інсомнії, інтелектуальних порушень, наявності соматичних м'язових, сенсорних, серцево-судинних, респіраторних, гастроентерологічних, сечостатевих і вегетативних симптомів, а також оцінити поведінки хворого при огляді. Ступінь вираженості депресії і тривоги за шкалою Гамільтона виражається в балах та стосовно МКБ - 10 (Пантелєєва Г.В., 1998) відповідає: 14 - 17 балів – легкої, 18 - 25 балів – помірною, 25 і більше балів – важкого ступеня вираженості.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) складається з двох субшкал субшкали А («anxiety») непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13), по якій оцінюється вираженість тривожної симптоматики і субшкали D («depression»), парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14), призначеної для оцінки ступеня вираженості депресивних розладів. Госпітальна шкала складається з 14 питань, такого змісту: я відчуваю себе скутим або напруженим, я все ще отримую задоволення від звичних для мене речей і способу дій, я відчуваю страшне відчуття, що ось-ось станеться щось жахливе, я можу посміятися і бачу забавну сторону речей, неспокійні думки не виходять з голови, я відчуваю себе бадьорим і веселим, я можу сидіти невимушено і відчувати себе розслабленим, я відчуваю себе наче замороженим, у мене виникає таке неприємне відчуття ніби я «жабу п оглотіл », я втратив інтерес до своєї зовнішності, я відчуваю занепокоєння і вимушено рухатися, я дивлюся вперед на розвиток подій з оптимізмом, у мене виникають раптові напади страху, я відчуваю задоволення від гарної книги, цікавої програми по радіо або ТБ. Кожне питання передбачає 4 варіанти відповідей, які дають можливість оцінити ступінь вираженості тривоги і депресії. Результати

дослідження проявів тривоги і депресії по Лікарняної шкалою тривоги і депресії оцінюються в балах: 0 - 7 балів – відсутність, 8 - 10 балів – субклінічні прояви, 11 і більше балів – клінічні прояви.

Дослідження рівня тривожності за допомогою шкали ситуативної й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера (в адаптації Ю. Л. Ханина, 1981)

Для вивчення рівня тривожності нами була використана шкала самооцінки тривожності Спілбергера–Ханіна яка запропонована Ч.Д.Спілбергером (1966) і адаптована Ю.Ханіним (1976). Шкала дозволяє провести диференційоване оцінювання рівня тривожності в конкретний момент часу (так звана реактивна або ситуативна тривожність) та оцінити особистісну тривожність (вивчається тривожність як характеристика особистості). Шкала складається з двох розділів, кожний із яких містить 20 питань, які оцінюються за чотирьохбальною шкалою та описують актуальний, поточний емоційний стан (перша шкала), або звичний, притаманний повсякденності стан. При інтерпретації результатів можливі наступні варіанти (значення в межах від 20 до 80 балів): до 30 балів – низький рівень тривожності, від 31 до 45 – помірний рівень тривожності, більше 45 балів – високий рівень тривожності.

Дослідження рівня нервово-психічної напруги за допомогою опитувальника нервово-психічної напруги (Т. А. Немчин, 1984). Опитувальник нервово - психічної напруги, запропонований Т. А. Немчиним являє собою перелік ознак нервово - психічної напруги, складений за даними клініко-психологічного спостереження. Опитувальник містить 30 основних характеристик цього стану, розподілених на три ступені вираженості. Підрахунок набраних балів здійснюється шляхом їх підсумовування. Мінімальна кількість балів, яку може набрати респондент, складає 30, а максимальне - 90. Діапазон слабкої, або так званої «детензивної» нервово-психічної напруги розташовується в проміжку від 30 до 50 балів; помірного, або «інтенсивного» - від 51 до 70 балів; надмірного, або «екстенсивного» - від 71 до 90 балів.

Метод скринінгової діагностики комп'ютерної залежності (Юр'єва Л.М., Больбот Т.Ю., 2005). В основу методу поставлено завдання створити такий спосіб скринінгової діагностики комп'ютерної залежності, який шляхом адаптації варіантів відповідей до національної соціально-суспільної сфери діяльності підвищує об'єктивність кінцевого результату при використанні. Спосіб містить 11 питань щодо проявів емоційного стану особистості за комп'ютером або в Інтернеті, міркувань щодо реалізації задумів та передчуття задоволення, кількості часу перебування за комп'ютером та матеріальних витрат, пов'язаних з цим, вольових властивостей, відчуттів, що отримуються під час проведення комп'ютерного дозвілля, асоціативного характеру сприйняття одержуваного задоволення, впливу захоплення комп'ютером на соціально-побутові обов'язки, ролі соціальних зобов'язань у повсякденному побуті, впливу комп'ютера на психофізичний стан, режим сну та неспання. При цьому можливим відповідям «ніколи», «рідко», «часто» або «дуже часто» надають бали 1, 2, 3 та 4 відповідно. При оцінці результатів оцінюють стадію сформованої комп'ютерної залежності, якщо сума становить 38 і більше балів;

- Стадію ризику комп'ютерної залежності, якщо сума досягає 23-37 балів;
- Стадію захопленості, якщо сума дорівнює 16-22 балів;
- Відсутність ризику розвитку комп'ютерної залежності, якщо 15 балів і менше.

Відмітними ознаками запропонованого способу є використання проміжних варіантів відповідей, а саме — «рідко» і «часто», як додаткових оціночних критеріїв, присвоєння балів, наприклад, від 1 до 4, як показників симптоматичних проявів комп'ютерної залежності. Це виводить очікувані відповіді до достовірнішої області, сприяє гнучкій інтерпретації стану особистості, тому дозволяє дати об'єктивний кінцевий результат.

Непрямым чином результати тестування дозволяють виділити "групу ризику" з ознаками комп'ютерної залежності з метою застосування ефективних профілактичних програм, спрямованих на попередження розвитку психічних та поведінкових розладів.

Використання способу в психіатрії довело, що оцінка емоційного стану, вольових якостей, споживчих аспектів, здібностей контролювати поведінку, фізичного та психологічного впливів на користувача, які відображені в питаннях за допомогою розширеного ряду «адаптованих» показників симптоматики комп'ютерної залежності, дозволяє диференціювати вихід між стадіями «залежності», «захоплення» та «ризиків виникнення», що інформує про підвищення об'єктивності результатів діагностики.

Таким чином, впровадження даного способу допоможе проводити ефективну скринінг-діагностику комп'ютерної залежності як серед окремих особистостей, так і в групі користувачів комп'ютерними технологіями, а також тимчасово оцінити емоційний стан особистості, її вольові властивості, здатності до самоконтролю поведінки, фізичний і психологічний стан. Висока об'єктивність кінцевого результату, яка зумовлена адаптацією варіантів відповідей до національної соціально-суспільної сфери діяльності за допомогою простих засобів, інформує про відповідність запропонованого рішення задачі діагностики.

Методика «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» (Вассерман Л.І., в модифікації Бойко В.В., 2002) дає змогу дослідити ступень незадоволення особистості соціальними досягненнями в основних аспектах життєдіяльності. Результати дослідження дають змогу зробити висновок про дезорганізуючі емоційні стани. Фрустрацію часто порівнюють з гнівом і розчаруванням. Вона тим більша, чим важливішою є мета для людини. Фрустрація – це емоційна відповідь на ситуацію, коли різні обставини перешкоджають людині досягти своєї мети. Виділяють внутрішні та зовнішні причини фрустрації. Внутрішні включають особистісні недоліки, зокрема, брак упевненості у собі чи страх ситуацій, що перешкоджають досягнути мети. Зовнішні причини фрустрації включають різні

зовнішні умови та обставини. На фрустраційну ситуацію кожен реагує по-різному: одна людина може подолати перешкоду на шляху до мети, розв'язавши проблему раціонально; інша, потерпівши невдачу, може бути фрустрована і діяти нерационально. Запропонована методика дає змогу виявити дезорганізуючі емоційні стани особистості такі як депресія, апатія, гіпотимія, розгубленість, тривога, страх, маревні настрої тощо

Методика «Оцінка копінг-поведінки в стресових ситуаціях» (Норманн С., Эндлер Д.Ф., Джеймс Д.А., Паркер М.І.; адаптований варіант Крюкової Т.А., 2002). Дослідження стилів стрес-долаючої поведінки за методикою «Способи копіngu» (в адаптації Т. А. Крюкової, 2002) включає перелік заданих реакцій на стресові ситуації і націлений на визначення домінуючих копінг-стресових поведінкових стратегій. Стресдолаюча поведінка, або копінг, визначається як поведінка, що дозволяє суб'єкту з допомогою усвідомлених дій, способами, адекватними особистісним особливостям і ситуації, впоратися зі стресом або важкою життєвою ситуацією. Одним з найвідоміших методів, які оцінюють основні копінг-стратегії, є опитувальник CISS - Coping Inventory for Stressful Situations (Копинг-поведінка в стресових ситуаціях) канадських психологів Н. С. Ендлер і Дж. А. Паркера, який адаптований і апробований Т. Л. Крюкової. Даний опитувальник може застосовуватися для дослідження подолання стресу у дорослих людей старше 18 років.

Структуру копінг-процесу можна представити таким чином: стресовий вплив - когнітивна оцінка (сприйняття події) - виникнення емоції (порушення гомеостазу) - вироблення стратегії подолання (копінг) - оцінка результату дій (успішне / неуспішне).

Таким чином, стрес починається відразу після сприйняття і когнітивної оцінки стресової події. Залежно від того, як воно буде розцінено індивідом (позитивно / негативно, загроза / втрата) практично одночасно виникають відповідні емоції. Індивід оцінює свої можливості щодо подолання стресу (можна змінити / вплинути на події або не можна) і відповідно до своїх уявлень, знаннями

і перевагами здійснює власне копінг (дії, спрямовані на уникнення / усунення джерела стресу або пристосування до ситуації). Після цього знову відбувається оцінка ситуації і результату обраного поведінки.

Дослідження способів вирішення конфліктних ситуацій за допомогою методики «Визначення способів врегулювання конфліктів» К. Томаса в адаптації Н. В. Гришиної (за Д. Я. Райгородським, 2002).

Дослідження типів поведінки у конфліктних ситуаціях здійснювалося за допомогою тесту Томаса в адаптації Н. В. Гришиної.

Однією з найпоширеніших методик діагностики поведінки особистості в конфліктній ситуації є опитувальник Кеннета Томаса. К. Томас типологізує наступні способи регулювання конфліктів:

а) змагання (суперництво) – найменш ефективний, але найбільш часто використовуваний спосіб поведінки в конфліктах, виражається в прагненні домогтися задоволення своїх інтересів на шкоду іншому;

б) пристосування, що означає, на противагу суперництву, принесення в жертву власних інтересів заради іншого;

в) компроміс як угода між учасниками конфлікту, досягнута шляхом взаємних поступок;

г) уникнення, для якого характерно як відсутність прагнення до кооперації, так і відсутність тенденції до досягнення власних цілей;

д) співробітництво, при якому учасники ситуації приходять до альтернативи, що повністю задовольняє інтереси обох сторін.

У своєму опитувальнику по виявленню типових форм поведінки К. Томас описує кожний з п'яти перерахованих можливих варіантів 12-ма судженнями про поведінку індивіда в конфліктній ситуації. У різних поєднаннях вони згруповані в 30 пар, у кожній з яких респонденту пропонується вибрати те судження, яке є найбільш типовим для характеристики його поведінки. Кількість балів, набраних індивідом за кожною шкалою, дає уявлення про вираженість у нього тенденції до прояву відповідних форм поведінки в конфліктних ситуаціях.

Оптимальною стратегією в конфлікті вважається така, коли застосовуються всі п'ять тактик поведінки, і кожна з них має значення в інтервалі від 16,7% до 23,4%.

Дослідження якості життя проводилось за допомогою однойменного опитувальника, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu&Yoon, 1999 у модифікації Н.О. Марути, 2004.

Метод оцінки інтеграційного показника якості життя охоплює наступні параметри якості життя пацієнтів:

1. Фізичне благополуччя: відчуття енергійності, відсутність болю і фізичних проблем;
2. Психологічне – емоційне благополуччя: добре самопочуття, задоволеність собою;
3. Самообслуговування і незалежність дій: виконання повсякденних життєвих завдань, прийняття власних рішень;
4. Працездатність: можливість виконувати робочі, професійні або домашні обов'язки;
5. Міжособистісна взаємодія: можливість відповідати і підтримувати хороші відносини у родині, з друзями, групами;
6. Соціо-емоційна підтримка: наявність людей, яким хворий довіряє і, які можуть запропонувати йому допомогу і моральну підтримку;
7. Громадська і службова підтримка: приємні сусіди, доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів;
8. Особистісна реалізація: наявність відчуття рівноваги, отримання задоволеності від сексу, мистецтва та ін.);
9. Духовна реалізація: відчуття віри, релігійності і вихід за межі звичайної матеріального життя;
10. Загальне сприйняття життя: відчуття задоволеності і щастя у житті у цілому).

Кожен з 10 перерахованих вище властивостей (шкал) обстежуваний оцінював за десяти бальною системою – від 0 балів (мала вираженість) до 10 балів (висока вираженість).

При груповій інтерпретації інтегративного показника якості життя обчислювалося середнє арифметичне значення за кожною шкалою якості життя хворих на шизофренію.

Обробка даних під час статистичного аналізу проводилася на персональному комп'ютері за допомогою ліцензійного офісного пакету Microsoft Excel та пакету прикладних програм Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). Результати представлені у вигляді середнього значення \pm похибка репрезентативності при рівні вірогідності $p < 0,05$.

Висновки до розділу 2

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі Військово-медичного клінічного центру Північного регіону було проведено комплексне обстеження 167 хворих (80 жінок та 87 чоловіків) з розладами адаптації (F43.21, F43.22).

Основну групи склали 105 хворих (46 жінок та 59 чоловіків) з розладами адаптації (F43.21, F43.22) у яких виявлено 20 та більше балів за розділом COMP-UDIT AUDIT- подібних тестів (Лінский І.В., Мінко О.І., Артемчук А.П. з співавт., 2009), що відповідало наявності у них стану клінічно вираженої комп'ютерної залежності – основна група.

Контрольну групу склали 62 хворих (34 жінки та 28 чоловіків) з розладами адаптації без ознак залежної поведінки.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічне дослідження базувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного та наркологічного обстеження шляхом інтерв'ювання та

спостереження, що було доповнено використанням тесту Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, J.B. Saunders, O.G. Aasland, T.E. Babor, 1993), за розділом COMP-UDIT – для виявлення розладів, пов'язаних із комп'ютерною залежністю. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10).

Клініко-анамнестичне дослідження включало структуроване інтерв'ю із вивченням спадковості, впливу контекстуальних факторів на розвиток комп'ютерної залежності.

Психодіагностичний метод включав використання опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Дерогатиса (Symptom

C

h

e

c

k

L

i

s

t

-

9 Таким чином, обраний діагностичний інструментарій та контингент дослідження дозволили нами вирішити основні завдання дослідження: вивчити особливості клініко-психопатологічної феноменології комп'ютерної адикції в структурі розладів адаптації; вивчити патопсихологічні особливості формування комп'ютерної адикції в структурі розладів адаптації; розробити персоніфіковану систему терапії комп'ютерної адикції в структурі розладів адаптації; розробити персоніфіковану систему профілактики розвитку комп'ютерної адикції у хворих з розладами адаптації; вивчити особливості динаміки клінічної картини комп'ютерної залежності під впливом комплексної терапії; а вивчити динаміку

d

—

соціальної фрустрованості та стрес-долаючої поведінки при алкогольній залежності під впливом персоніфікованої терапевтичної програми.

РОЗДІЛ 3

СУЧАСНІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМП'ЮТЕРНОЇ АДИКЦІЇ В СТРУКТУРІ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ

Як показали результати дослідження у 42,2% осіб основної групи виявлений небезпечний рівень комп'ютерної залежності (середній бал за COMP-UDIT – 18,0 балів), у 57,8% - висока ймовірність комп'ютерної залежності (середній бал за COMP-AUDIT – 20 балів і більше). (рис. 3.1.)

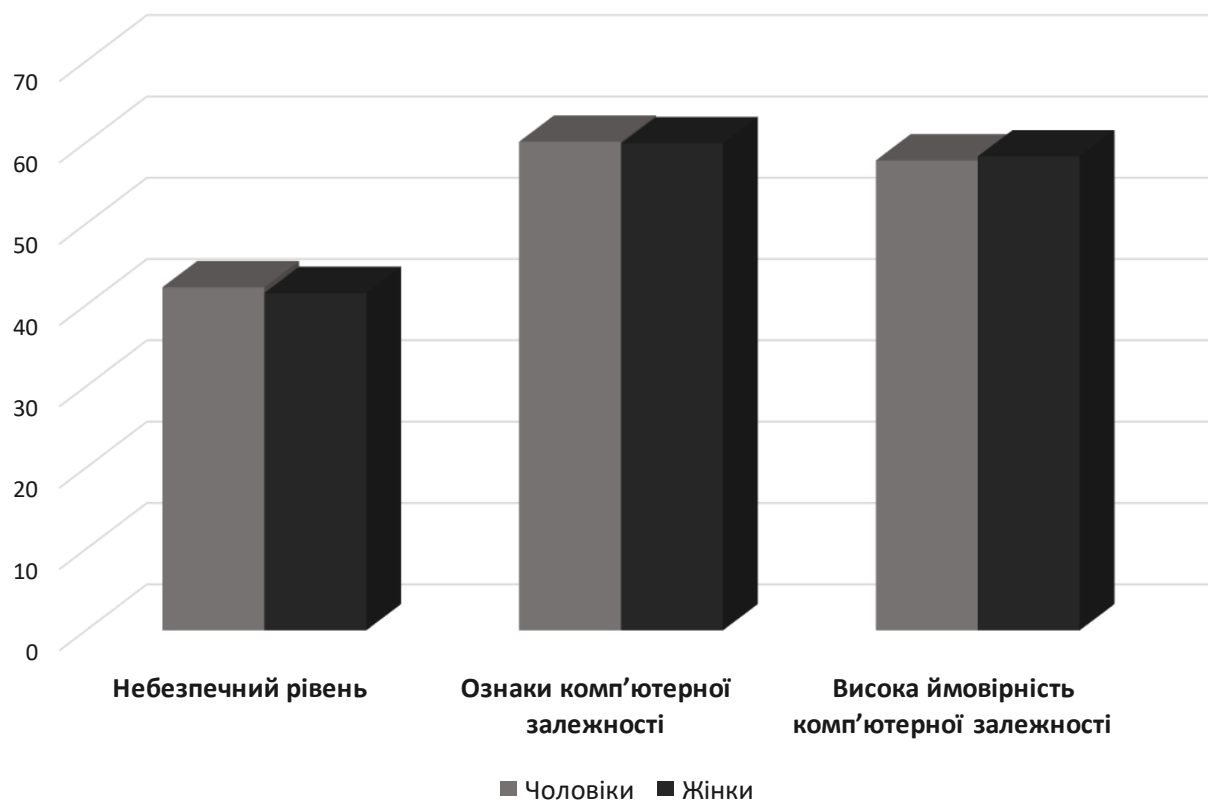


Рисунок 3.1. Показники тесту COMP-UDIT (%)

Небезпечний рівень комп'ютерної залежності, свідчив про наявність серйозних адиктивних проблем. Стиль комп'ютерної залежності у хворих основної групи із високим ступенем достовірності корелював із питаннями наявності небезпеки для фізичного ($p \leq 0,001$), психологічного ($p \leq 0,001$) та психічного здоров'я ($p \leq 0,001$) (табл. 3.1)

Таблиця 3.1.

Середні значення тесту COMP-UDIT у обстежених хворих (бали)

Показник	бали
Як часто Ви проводите час за комп'ютером?	1,70±0,1
Скільки годин Ви проводите за комп'ютером (за одну добу)?	1,55±0,1
Як часто Ви проводите за комп'ютером 5 і більше годин (за одну добу)?	1,39±0,1
Як часто за останній рік Ви виявляли, що провели за комп'ютером більше часу, ніж планували (не могли зупинитися, втратили рахунок часу)?	1,81±0,1
Як часто за останній рік через надмірне захоплення комп'ютером Ви не змогли зробити те, що робите зазвичай (нехтували навчанням, роботою, домашніми справами або іншими заняттями)?	0,82±0,1
Як часто за останній рік Ви прокидалися з думкою про гру за комп'ютером та/або Ви починали свій день з гри?	0,90±0,1
Як часто за останній рік Вас відвідували думки про бажаність обмеження часу, проведеного за комп'ютером або жалю з приводу Вашої нездатності зробити це (почуття провини)?	0,92±0,1
Як часто за останній рік Вам доводилося відчувати "розбитість", або інший дискомфорт, через те, що напередодні Ви провели за комп'ютером занадто багато часу ("переграли")?	0,69±0,1
Хтось із вашого оточення висловлював занепокоєння щодо Вашого захоплення комп'ютером або пропонував Вам скоротити час, що наводиться за комп'ютером?	0,98±0,1
Хто-небудь із родичів, друг, лікар або ін. медичний працівник виражали стурбованість щодо Вашого пияцтва або пропонували Вам зменшити кількість алкоголю, яку Ви вживаєте?	0,99±0,1

Відповідно до результатів аналізу методу скринінгової діагностики комп'ютерної залежності (Юр'єва Л.М., Больбот Т.Ю., 2005) у $76,5 \pm 1,7\%$ обстежених відмічається комп'ютерна залежність ($39 \pm 1,3$ бали), у $23,5 \pm 1,2\%$ стадія ризику комп'ютерної залежності ($35 \pm 4,5$ балів).

У обстежених хворих основної групи тривалість аддиктивної поведінки скала: до одного року у $45,8 \pm 1,4\%$ обстежених, 1 – 3 роки $36,4 \pm 1,3\%$, більше 3 років - $17,6 \pm 1,1\%$.

Структура комп'ютерної залежності у обстежених основної представлена: нав'язливим серфінгом ($45,8 \pm 1,4\%$ обстежених), комп'ютерними іграми $22,3 \pm 1,2\%$; віртуальними знайомствами – $5,8 \pm 0,5\%$; онлайн гемблінг – $14,1 \pm 1,1\%$ та кіберсекс – $1,2 \pm 0,5\%$ обстежених. (рис. 3.2.)

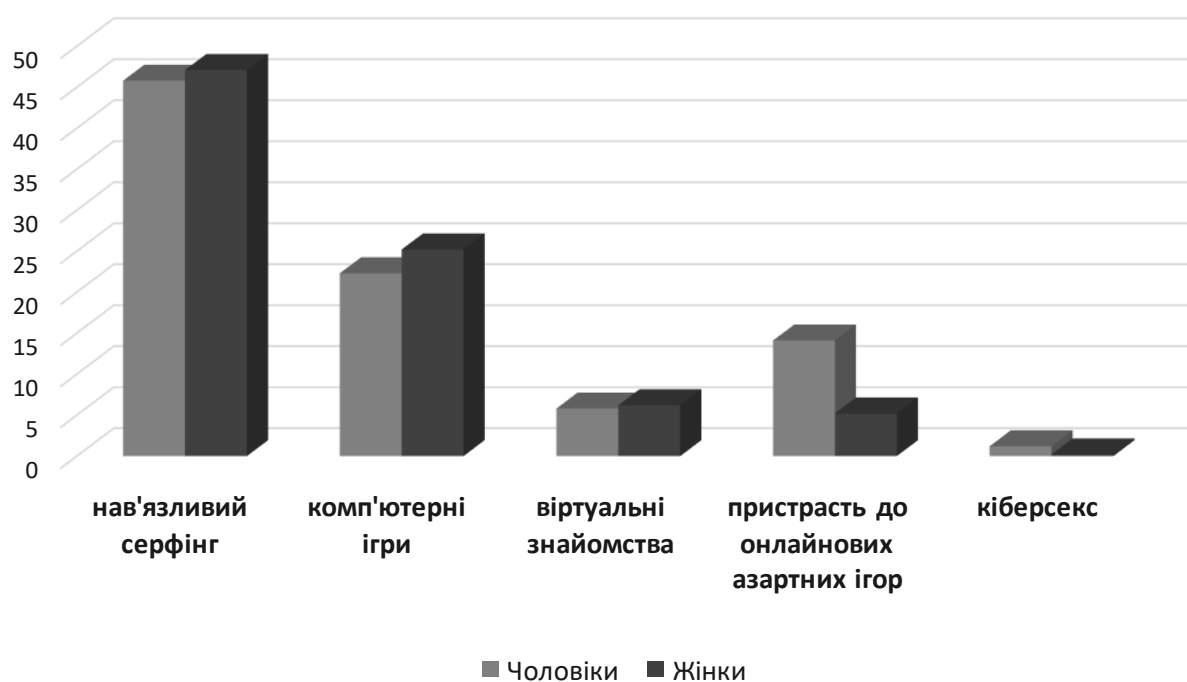


Рисунок 3.2. Структура комп'ютерної залежності (%)

У клінічній картині порушень адаптації у обстежених хворих відмічалися знижений фон настрою ($67,9 \pm 1,6\%$ обстежених основної та $74,1 \pm 1,7\%$ групи порівняння); дратівливість, неврівноваженість, схильність до короткочасних бурхливих реакцій ($65,4 \pm 1,6\%$ та $28,7 \pm 1,2\%$ обстежених відповідно); відчуття туги, тривоги ($69,4 \pm 1,7\%$ обстежених основної та $71,6 \pm 1,7\%$ групи порівняння);

підвищена вразливість, образливість ($32,8 \pm 1,3\%$ та $35,4 \pm 1,3\%$ обстежених відповідно); стани розгубленості ($55,3 \pm 1,5\%$ обстежених основної та $53,2 \pm 1,5\%$ групи порівняння); гіперстезії ($58,2 \pm 1,5\%$ та $59,1 \pm 1,5\%$ відповідно); відчуття внутрішньої напруги із неможливістю розслабитися ($58,2 \pm 1,5\%$ обстежених основної та $56,2 \pm 1,5\%$ групи порівняння); втрата ситуаційного контролю ($62,1 \pm 1,6\%$ та $21,2 \pm 1,2\%$ відповідно); безсонням ($42,2 \pm 1,4\%$ обстежених основної та $51,6 \pm 1,5\%$ групи порівняння), патохарактерологічними змінами ($69,8 \pm 1,6\%$ та $16,9 \pm 1,1\%$ відповідно); загальною байдужістю до родинних стосунків та професійних обов'язків ($71,1 \pm 1,7\%$ обстежених основної та $24,5 \pm 1,2\%$ групи порівняння); астеничний симптомокомплекс ($43,7 \pm 1,4\%$ та $56,8 \pm 1,5\%$ відповідно). (рис 3.3.)

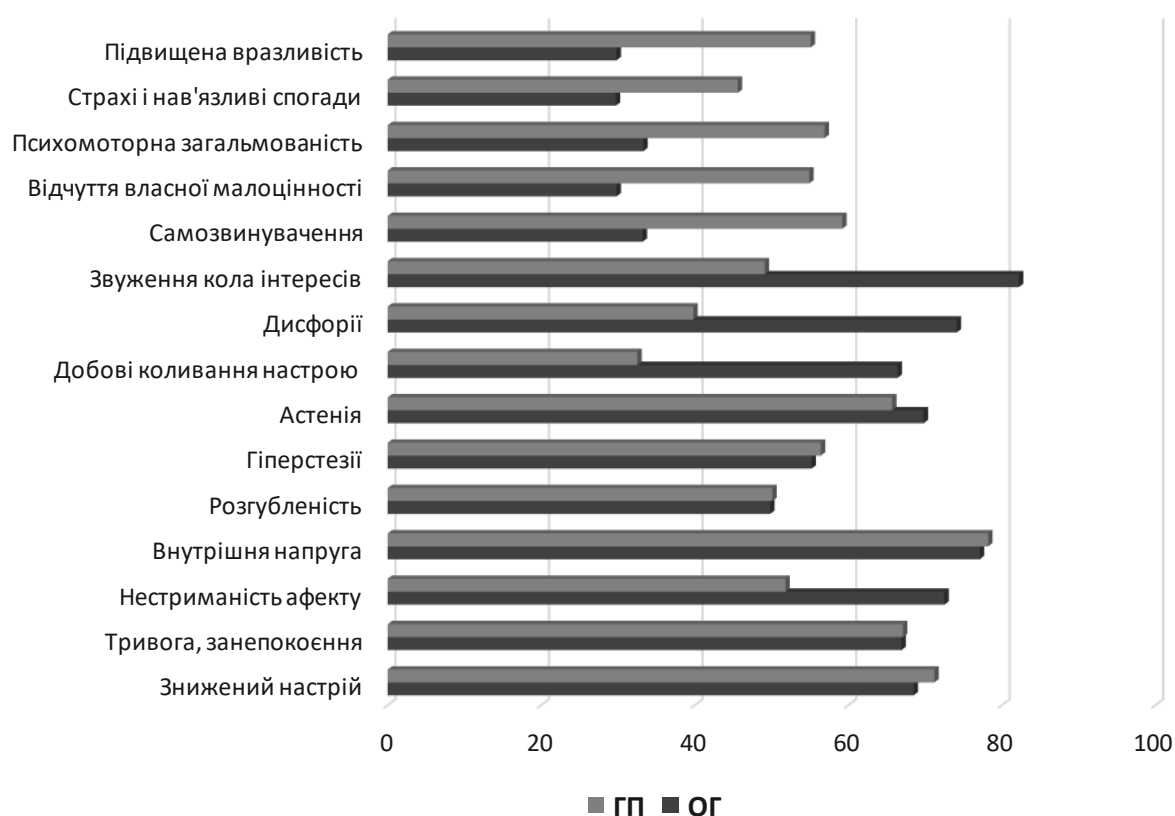


Рисунок 3.3. Клінічна структура розладів адаптації у обстежених хворих (%)

У емоційній складовій синдрому комплекс у обстежених основної групи домінували дратівливість, неврівноваженість, дисфорії, добові коливання настрою, звуження кола інтересів.

У обстежених групи порівняння домінували ідеї самозвинувачення, відчуття провини, власної малоцінності, психомоторна загальмованість, страхи і нав'язливі спогади, підвищена вразливість, схильність до лакримальних реакцій.

У $35,8 \pm 1,3\%$ хворих основної групи відмічався синдром карпального каналу, у $45,6 \pm 1,4\%$ симптоми вертебро-базиллярної недостатності. (табл. 3.2.)

Таблиця 3.2.

Клінічна картина порушень адаптації у обстежених хворих (%)

Симптоми	Основна група	Група порівняння
Знижений фон настрою	$67,9 \pm 1,6$	$74,1 \pm 1,7$
Дратівливість, нестриманість афекту	$65,4 \pm 1,6$	$28,7 \pm 1,2$
Тривога	$69,4 \pm 1,7$	$71,6 \pm 1,7$
Підвищена вразливість, образливість	$32,8 \pm 1,3$	$35,4 \pm 1,3$
Стани розгубленості	$55,3 \pm 1,5$	$53,2 \pm 1,5$
Гіперстезії	$58,2 \pm 1,5$	$59,1 \pm 1,5$
Відчуття внутрішньої напруги із неможливістю розслабитися	$58,2 \pm 1,5$	$56,2 \pm 1,5$
Втрата ситуаційного контролю	$62,1 \pm 1,6$	$21,2 \pm 1,2$
Безсоння	$42,2 \pm 1,4$	$51,6 \pm 1,5$
Патохарактерологічні зміни	$69,8 \pm 1,6$	$16,9 \pm 1,1$
Байдужість до родинних стосунків та професійних обов'язків	$71,1 \pm 1,7$	$24,5 \pm 1,2$
Астенічний симптомокомплекс	$43,7 \pm 1,4$	$56,8 \pm 1,5$
Синдром карпального каналу	$35,8 \pm 1,3$	0
Симптоми вертебро-базиллярної недостатності	$45,6 \pm 1,4$	0

Клінічна структура розладів адаптації представлена гіперстезичним ($42,9 \pm 1,4\%$ обстежених основної та $19,5 \pm 1,1\%$ групи порівняння), тривожним ($22,1 \pm 1,2\%$ та $31,1 \pm 1,3\%$ відповідно), депресивним ($9,2 \pm 0,5\%$ обстежених основної та $28,9 \pm 1,2\%$ групи порівняння), астено-апатичним ($6,1 \pm 0,5\%$ та $6,0 \pm 0,5\%$ обстежених відповідно) та психосоматичним ($19,7 \pm 1,1\%$ обстежених основної та $14,5 \pm 1,1\%$ групи порівняння) варіантами психопатологічної симптоматики. (рис. 3.4)

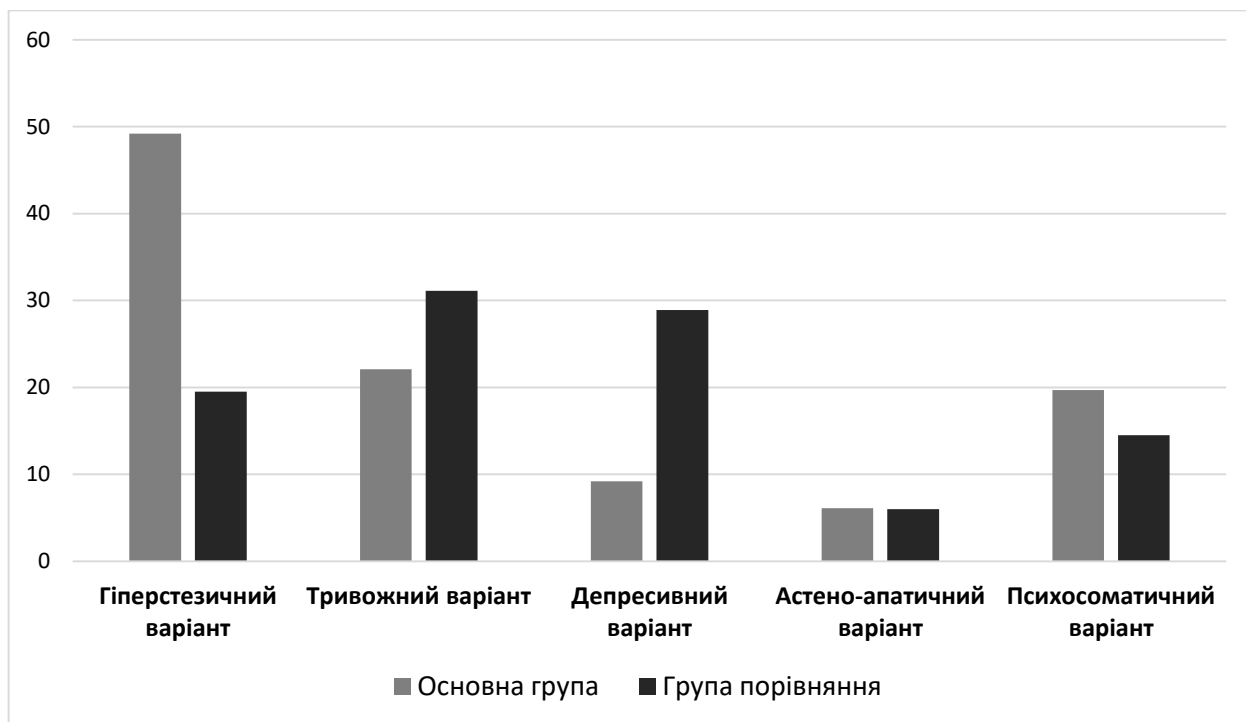


Рисунок 3.3. Клінічна структура розладів адаптації (%)

Гіперстезичний варіант проявлявся включав в себе, поряд з тривожно-депресивними проявами, підвищену сприйнятливність до раніше нейтральних подразників, нестриманість афекту, дратівливість, нетерплячість, схильність до пароксизмальних афективних реакцій, які посилювалися при втомі та нервово-психічній напрузі. Спостерігалися загострення сімейних, подружніх, міжособистісних та внутрішньоособистісних конфліктів та супроводжувалися приєднанням дисфоричного афекту з невдоволенням і дратівливістю, відзначалися вибухи гніву при незначних розбіжностях із отчуженими.

При тривожному варіанті спостерігалось домінування загального тривожного фону настрою у поєднанні з зниженим настроєм, пригніченістю, занепокоєністю, дратівливістю, гіперестезіями, почуттям туги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, моторним занепокоєнням, підвищену сприйнятливість до раніше нейтральних подразників, різного роду страхами та побоюваннями, нічними жахами

Депресивний варіант характеризувався зіженим фоном настрою, афектом туги, звуження кола інтересів, частими лакримальними реакціями, думками про власну малоцінність, ідеями самозвинувачення і самознищення, психомоторною загальмованістю. Спостерігалися відчуття безперспективності власного життя, втрати сенсу подальшого існування, відчуття самотності, безпорадності, залежності від лікарів. Поряд із вербальними проявами депресивного синдрому, мали місце паралінгвістичні ознаки депресивного розладу, серед яких скорботний вираз обличчя, монотонне і тихе мовлення, невиразність міміки, загальмованість рухів.

Астено-апатичний варіант протікав на тлі зниженої активності і гіпобулії та включав в себе тривожно-депресивні прояви, стомлюваність, млявість, відчуття виснаження, гіперстезії, психомоторну загальмованість, уповільненням темпу мислення, а також звуженням асоціативних процесів. Так, на конкретні поставлені запитання хворі часто відповідали з запізненням, або відчували складнощі у доборі потрібних слів та виразів.

Психосоматичний варіант проявляється розвитком психосоматичних захворювань, іпохондричними проявами, концентрацією уваги на стані соматичного неблагополуччя, чому сприяли вегетативні пароксизми, частіше кардіоваскулярного типу (тяжке відчуття здавлення, стискання у грудях), труднощі із концентрацією уваги, зниження рівня спонукань і, як наслідок, про труднощі у прийнятті рішень.

Висновки до розділу 3

Як показали результати дослідження у 42,2% осіб основної групи виявлений небезпечний рівень комп'ютерної залежності (середній бал за COMP-UDIT – 18,0 балів), у 57,8% - висока ймовірність комп'ютерної залежності (середній бал за COMP-AUDIT – 20 балів і більше

У обстежених хворих основної групи тривалість аддиктивної поведінки скала: до одного року у 45,8±1,4% обстежених, 1 – 3 роки 36,4±1,3%, більше 3 років - 17,6 ±1,1%.

Структура комп'ютерної залежності у обстежених основної представлена: нав'язливим серфінгом (45,8±1,4% обстежених), комп'ютерними іграми 22,3±1,2%; віртуальними знайомствами – 5,8±0,5%; онлайн гемблінг – 14,1±1,1% та кіберсекс – 1,2±0,5% обстежених

Клінічна картина комп'ютерної залежності характеризувалася втратою ситуаційного контролю, дисфоріями, афективними реакціями, порушенням циклу сон-неспанья, ігноруванням власних обов'язків, схильністю до брехні, патохарактерологічним змінами, втратою інтересу до статевого партнера, загальною байдужістю до родинних стосунків та професійних обов'язків.

У клінічній картині порушень адаптації у обстежених хворих відмічалися знижений фон настрою, схильність до короткочасних бурхливих реакцій, відчуття внутрішньої напруги із неможливістю розслабитися, безпідставне занепокоєння, тривога; підвищена вразливість, образливість; стани розгубленості; гіперстезії; астеничний симптомокомплекс.

У емоційній складовій синдрому комплексу у обстежених основної групи домінували дратівливість, неврівноваженість, дисфорії, добові коливання настрою, звуження кола інтересів.

У обстежених групи порівняння домінували ідеї самозвинувачення, відчуття провини, власної малоцінності, психомоторна загальмованість, страхи і нав'язливі спогади, підвищена вразливість, схильність до лакримальних реакцій.

У $35,8 \pm 1,3\%$ хворих основної групи відмічався синдром карпального каналу, у $45,6 \pm 1,4\%$ симптоми вертебро-базиллярної недостатності.

Клінічна структура розладів адаптації представлена гіперстезичним ($42,9 \pm 1,4\%$ обстежених основної та $19,5 \pm 1,1\%$ групи порівняння), тривожним ($22,1 \pm 1,2\%$ та $31,1 \pm 1,3\%$ відповідно), депресивним ($9,2 \pm 0,5\%$ обстежених основної та $28,9 \pm 1,2\%$ групи порівняння), астено-апатичним ($6,1 \pm 0,5\%$ та $6,0 \pm 0,5\%$ обстежених відповідно) та психосоматичним ($19,7 \pm 1,1\%$ обстежених основної та $14,5 \pm 1,1\%$ групи порівняння) варіантами психопатологічної симптоматики.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // ScienceRise: Medical Science. 2018. №7 (27). С. 59-62.

Starodubtseva Yu. Clinical phenomenology of adaptation disorders in people with computer dependency. // Journal of Education, Health and Sport. 2018. № 8 (11). P. 852-856.

Starodubtseva Yu. Clinical features of adaptation disorders in people with computer dependency. // Abstract book "International Scientific Interdisciplinary Conference", Kharkiv, 18-20.09.2019. : abstact – Kharkiv, 2019. P. 203-204.

Kozhyna H., Zelenska K., Starodubtseva Yu. The structure of computer addiction in young people // Problèmes et perspectives d'introduction de la recherche scientifique innovante : Sur les matériaux de la conférence scientifique et pratique internationale, Bruxelles, Belgique, 29 Novembre 2019 : collection of scientific papers / European Scientific Platform. Bruxelles. 2019. Vol. 3. P. 86-87.

РОЗДІЛ 4
ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ФОРМУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ АДИКЦІЇ В СТРУКТУРІ РОЗЛАДІВ
АДАПТАЦІЇ

Як показали результати проведеного дослідження психологічний портрет обстежених хворих характеризувався нетерплячістю ($62,8 \pm 1,6$ % хворих основної та $33,4 \pm 1,3$ %), дратівливістю ($63,5 \pm 1,6$ % та $41,1 \pm 1,4$ % відповідно), нестриманістю афекту ($56,8 \pm 1,5$ % обстежених основної та $35,4 \pm 1,3$ % групи порівняння), недбалістю ($68,2 \pm 1,6$ % та $25,9 \pm 1,2$ % відповідно), конфліктністю ($56,8 \pm 1,5$ % обстежених основної та $31,5 \pm 1,3$ % групи порівняння), утрудненням у прийнятті рішення ($49,5 \pm 1,4$ % та $66,2 \pm 1,6$ % відповідно), невірою в себе ($44,1 \pm 1,4$ % обстежених основної та $62,1 \pm 1,6$ % групи порівняння), недостатнім рівнем вербальної культури ($41,1 \pm 1,4$ % та $30,9 \pm 1,3$ % відповідно), низька комунікативність ($63,6 \pm 1,6$ % обстежених основної та $42,1 \pm 1,4$ % групи порівняння), тривожна мстивість ($35,9 \pm 1,3$ % та $65,5 \pm 1,6$ % відповідно), схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів ($26,9 \pm 1,2$ % обстежених основної та $56,2 \pm 1,5$ % групи порівняння), підвищеною збудливістю ($36,5 \pm 1,3$ % та $56,2 \pm 1,5$ % відповідно), лабільністю емоцій ($31,2 \pm 1,3$ % обстежених основної та $59,2 \pm 1,5$ % групи порівняння), нестабільністю рівня вимог ($38,2 \pm 1,3$ % та $43,5 \pm 1,4$ % відповідно), домінуванням ігрових мотивів над іншими ($97,9 \pm 1,9$ % обстежених основної та 0 % групи порівняння) (табл. 4.1.)

Таблиця 4.1.

Складові психологічного портрету обстежених хворих (%)

	Основна група	Група порівняння
Нетерплячість	$62,8 \pm 1,6$	$33,4 \pm 1,3$
Дратівливість	$63,5 \pm 1,6$	$41,1 \pm 1,4$
Нестриманість афекту	$56,8 \pm 1,5$	$35,4 \pm 1,3$
Недбалість	$68,2 \pm 1,6$	$25,9 \pm 1,2$

Конфліктність	56,8±1,5	31,5±1,3
Утруднення у прийнятті рішення	49,5±1,4	66,2±1,6
Невіра в себе	44,1±1,4	62,1±1,6
Недостатній рівень вербальної культури	41,1±1,4	30,9±1,3
Тривожна мстивість	35,9±1,3	65,5±1,6
Схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів	26,9±1,2	56,2±1,5
Підвищена збудливістю	36,5±1,3	56,2±1,5
Лабільність емоцій	31,2±1,3	59,2±1,5
Нестабільність рівня вимог	38,2±1,3	43,5±1,4
Домінування ігрових мотивів над іншими	97,9±1,9	0

Аналіз даних отриманих за опитувальником вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) показує що обстеженим хворим притаманні високі рівні депресії (59,1±1,5 % обстежених основної групи, 65,1±1,6 % групи порівняння), тривоги (71,1±1,7 % та 78,2±1,7 % обстежених відповідно), соматизації (48,5±1,4 % обстежених основної групи та 51,1±1,5 % групи порівняння), ворожості (69,2±1,6 % та 30,9±1,3 % відповідно), obsесивності-компульсивності (69,8±1,6 % обстежених основної та 45,3±1,4 % групи порівняння), психотизму (65,4±1,6 % та 36,2±1,3 % відповідно) та міжособистісної сенситивності (35,9±1,3 % обстежених основної та 69,3±1,6 % групи порівняння) (табл. 4.1.)

Таким чином хворим основної групи притаманні високі рівні депресії, тривоги, ворожості, obsесивності-компульсивності та психотизму; хворим групи порівняння - високі рівні соматизації, депресії, тривоги та міжособистісної сенситивності (рис. 4.1.)

Таблиця 4.1.

Вираженість психопатологічної симптоматики (Simptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) (%)

	Основна група	Група порівняння
Паранойяльні тенденції (PAR)	15,5±1,1	16,2±1,1
Тривожність (ANX)	71,1±1,7	78,2±1,7
Ворожість (HOS)	69,2±1,6	30,9±1,3
Соматизація (SOM)	48,5±1,4	51,1±1,5
Обсесивність-компульсивність (O-C)	69,8±1,6	45,3±1,4
Міжособистісна сензитивність (INT)	35,9±1,3	69,3±1,6
Депресія (DEP)	59,1±1,5	65,1±1,6
Фобічна тривога (PHOB)	33,1±1,3	32,9±1,3
Психотизм (psy)	65,4±1,6	36,2±1,3

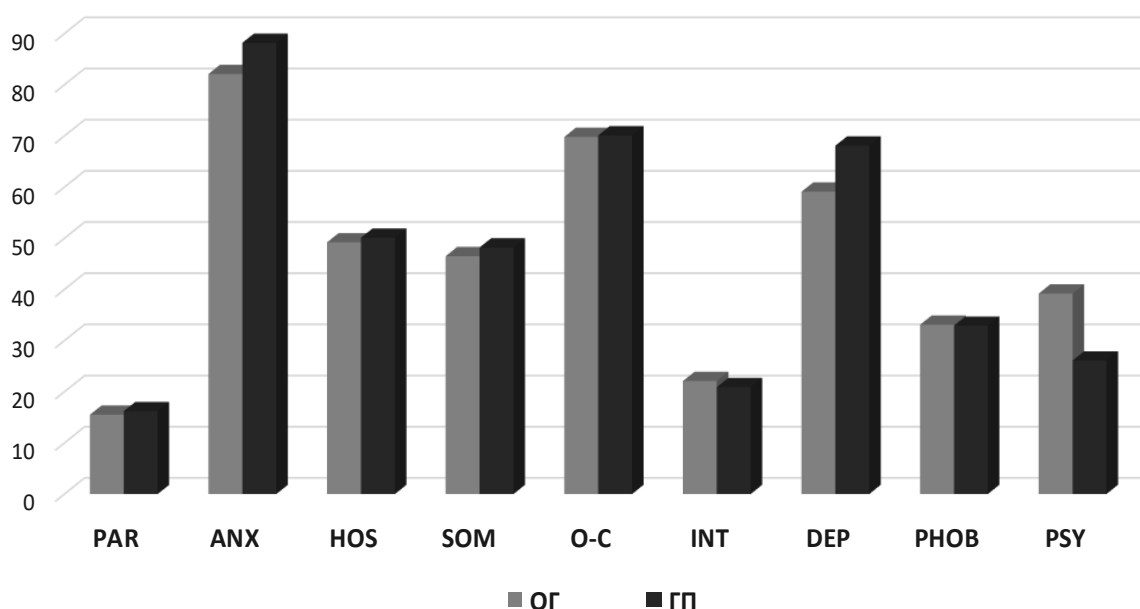


Рисунок 4.1. Вираженість психопатологічної симптоматики (Simptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) (%)

Дослідження рівнів тривоги та депресії показало за госпітальною шкалою переважання клінічних проявів тривоги ($72,5 \pm 1,7$ %) та депресії ($68,4 \pm 1,6$ %) у хворих основної групи та субклінічних проявів тривоги ($68,2 \pm 1,6$ %) та депресії ($74,1 \pm 1,7$ %) у хворих групи порівняння; за шкалою Гамільтона переважання важкого депресивного ($66,8 \pm 1,6$ %) та тривожного ($67,2 \pm 1,6$ %) епізодів у хворих основної групи та важкого тривожного ($78,8 \pm 1,7$ %) і помірного депресивного ($63,5 \pm 1,6$ %) епізодів у хворих групи порівняння. (табл. 4.2).

Таблиця 4.2.

Рівні тривоги та депресії у обстежених хворих

Вираженість тривоги і депресії (%)		ОГ	ГП
Шкала тривоги (НАМ-А) і депресії (НАМ-D) Гамільтона			
Відсутність	тривоги	0	0
	депресії	0	0
Легкий епізод	тривоги	$7,1 \pm 0,5$	$11,7 \pm 1,1$
	депресії	$6,1 \pm 0,5$	$18,0 \pm 1,1$
Помірний епізод	тривоги	$25,7 \pm 1,2$	$16,3 \pm 1,1$
	депресії	$27,1 \pm 1,2$	$63,5 \pm 1,6$
Важкий епізод	тривоги	$67,2 \pm 1,6$	$78,8 \pm 1,7$
	депресії	$66,8 \pm 1,6$	$24,8 \pm 1,2$
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)			
Відсутність	тривоги	0	0
	депресії	0	0
Субклінічні прояви	тривоги	$27,5 \pm 1,2$	$68,2 \pm 1,6$
	депресії	$68,4 \pm 1,6$	$74,1 \pm 1,7$
Клінічні прояви	тривоги	$72,5 \pm 1,7$	$31,8 \pm 1,3$
	депресії	$31,6 \pm 1,3$	$25,9 \pm 1,2$

Як свідчить аналіз виразності тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна у обстежених спостерігається високі рівні тривожності: ситуативної у $44,7 \pm 1,4$ % хворих основної та $56,2 \pm 1,5$ % групи порівняння, особистісної в $52,9 \pm 1,5$ % та $45,8 \pm 1,4$ % відповідно; помірні рівні тривожності: ситуативної – в $34,1 \pm 1,3$ % основної та $42,3 \pm 1,4$ % групи порівняння, особистісної – $35,8 \pm 1,3$ % та $29,4 \pm 1,2$ % відповідно (рис.4.2).

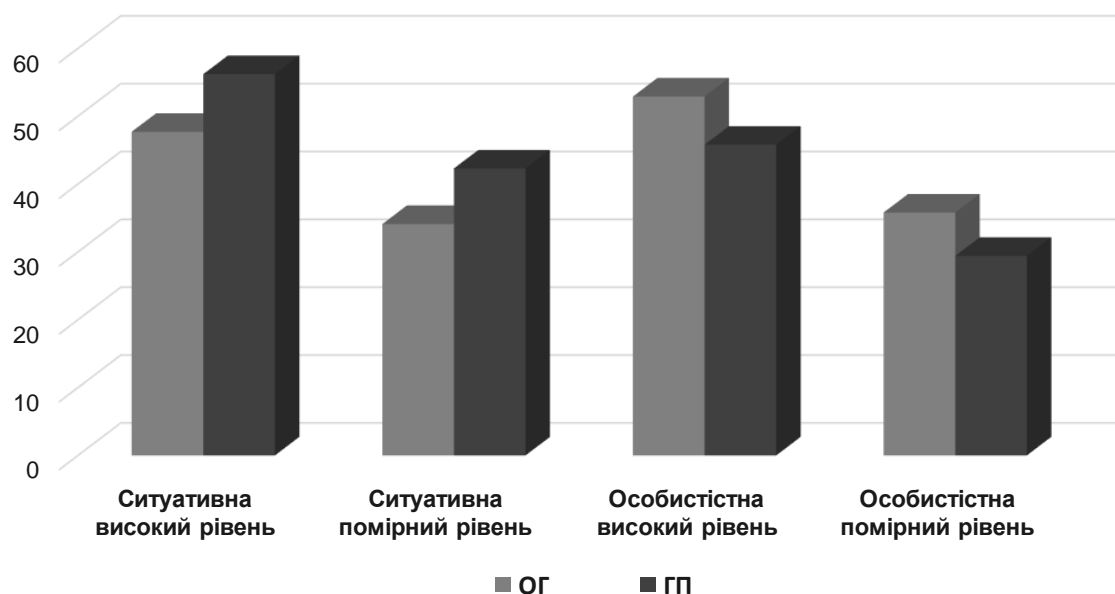


Рисунок 4.2 Виразність тривожності за шкалою Спілбергера – Ханіна (%)

Вивчення нервово психічної напруги показало наявність у більшості обстежених хворих ($70,5 \pm 1,7$ % основної та $68,9 \pm 1,6$ % групи порівняння) її надмірного рівня, у $20,0 \pm 1,2$ % та $26,5 \pm 1,2$ % відповідно вимічався помірний рівень нервово-психічної напруги (рис. 4.3).

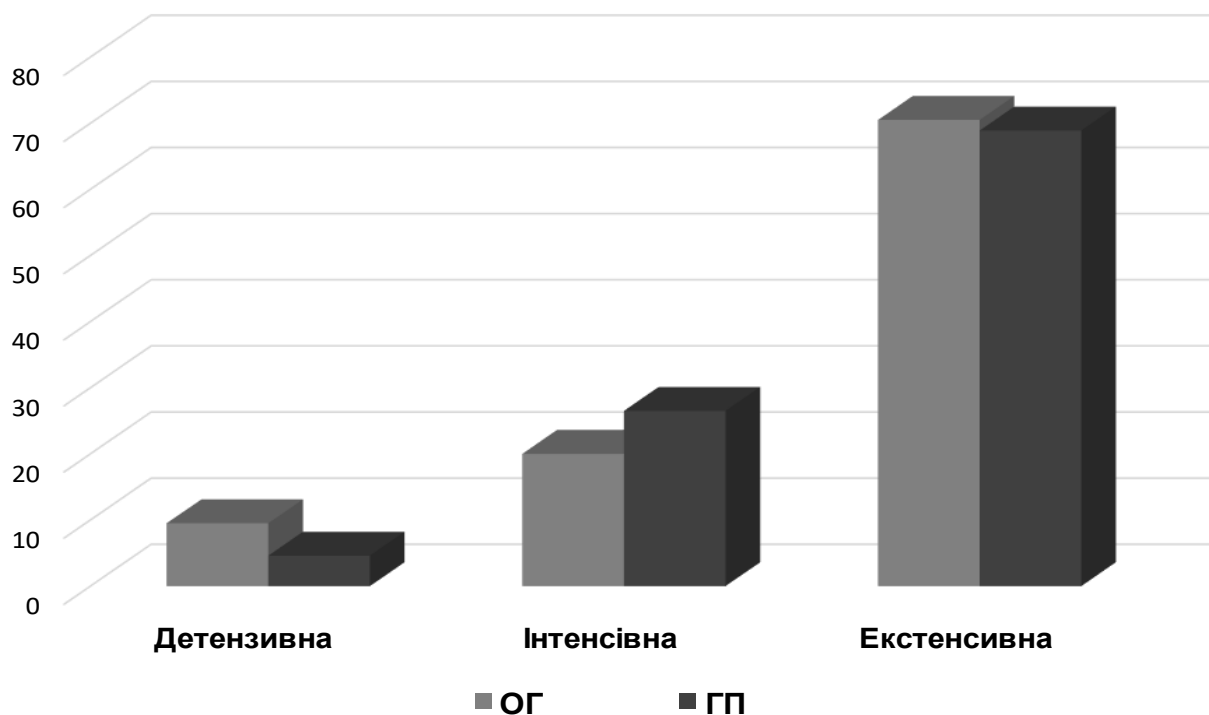


Рисунок 4.3. Ступені нервово-психічної напруги обстежених хворих (%)

У хворих з розладами адаптації з коморбідною комп'ютерною адикцією виявлено високий рівень соціальної фрустрованості у сферах: власного способу життя, родинних взаємовідносин ($68,5 \pm 1,6$ %), взаємовідносин на роботі ($79,8 \pm 1,6$ %), змістом своєї роботи ($72,1 \pm 1,7$ %) у хворих групи порівняння в сферах подружніх ($62,5 \pm 1,6$ %) та батьківських взаємовідносин ($56,3 \pm 1,5$ %), з адміністрацією на роботі ($61,4 \pm 1,6$ %) та власного способу життя ($76,9 \pm 1,7$ %) (рис. 4.4).

Поведінка у конфліктній ситуації – важливий показник, який характеризує особливості міжперсональної взаємодії у напруженій та стресовій ситуації.

Копінг стратегії уникнення проявлялися пасивною позицією, хворі не відстоювали свої права, ні з ким не співпрацювали для вироблення рішення або ухилялися від вирішення проблем. Для цього використовували відхід від проблеми, ігнорування її, перекладання відповідальності на іншого, відстрочку рішення.

Копінг стратегії пристосування – це дії спільно з іншою людиною без спроби відстоювати власні інтереси. На відміну від ухилення, при цьому стилі мала місце

участь в ситуації і згода робити те, чого хоче інший. Це був стиль поступок і принесення в жертву власних інтересів.

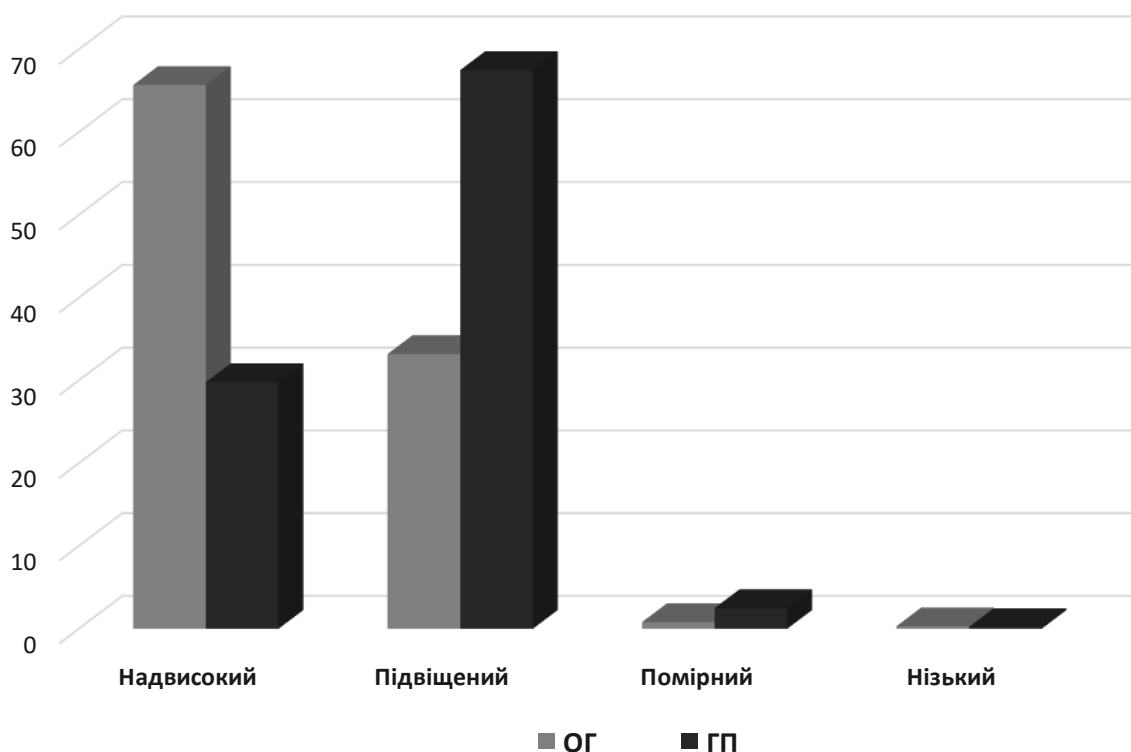


Рисунок 4.4 Рівень соціальної фрустрованості у обстежених хворих (%)

При використанні стилю компромісу обидві сторони поступалися в своїх інтересах, щоб задовольнити їх в іншому, часто головному. Це робилося шляхом торгу та обміну, поступок. На відміну від співпраці, компроміс досягався на більш поверхневому рівні – один поступався в чомусь, інший теж, в результаті з'являлася можливість прийти до спільного рішення. Відбувався не пошук причин і їх усунення, а знаходження рішення, що задовольняло одномоментні інтереси обох сторін. (табл. 4.3.)

Таблиця 4.3

Копінг-стратегії обстежених хворих (%)

Спрямування копінг-стратегії	Основна група	Група порівняння
Рішення	4,4±0,5	5,0 ± 0,5
Емоції	11,3±1,1	10,3±1,1

Уникнення	53,2±1,5	51,4±1,5
Відволікання	31,3±1,3	33,3±1,3

Поведінка у конфліктній ситуації – важливий показник, який характеризує особливості міжперсональної взаємодії у напруженій та стресовій ситуації. Виокремлено п'ять базових типів поведінки у конфліктній ситуації: співробітництво, суперництво, компроміс, уникнення та пристосування. По своїй суті поганих чи хороших стратегій поведінки не вирізняється, однак у кожній конкретній конфліктній ситуації, має бути застосоване збалансоване поєднання тактик конфліктної взаємодії, яке б дозволяло ефективно вирішувати проблему.

Як показали результати обстеження обстежені основної групи найчастіше застосовували стратегію поведінки у конфлікті у вигляді компромісу (6,1±1,6 балів) та уникнення (6,2±1,6 балів), а групи порівняння - у вигляді співробітництва (5,9±1,4 балів), пристосування (5,8±1,3 балів) та суперництва (6,1±1,1 балів). (табл.4.4.)

Таблиця 4.4.

Поведінка у конфліктних ситуаціях обстежених хворих

Типи поведінки у конфліктній ситуації	Показники (бал±m)	
	Основна група	Група порівняння
Співробітництво	6,1±1,4	5,9±1,5
Суперництво	4,3±1,1	6,1±1,7
Компроміс	6,2±1,6	4,1±1,6
Уникнення	4,2±1,5	4,1±1,4
Пристосування	3,9±1,3	5,8±1,4

Особистості, які використовували стиль суперництва, були активними і йшли до вирішення конфлікту найчастіше силовим шляхом. Вони не були зацікавленими у співпраці з іншими і досягали мети, використовуючи свої вольові якості. Намагалися в першу чергу задовольнити власні інтереси всупереч інтересам інших, змушуючи їх приймати потрібне їй рішення проблеми.

Стиль уникнення означав, що індивід не відстоював свої права, ні з ким не співпрацював для вироблення рішення або ухилявся від вирішення конфлікту. Для цього використовували відхід від проблеми, ігнорування її, перекладання відповідальності на іншого, відстрочка рішення.

Пристосування – це дії спільно з іншою людиною без спроби відстоювати власні інтереси. На відміну від ухилення, при цьому стилі мала місце участь в ситуації і згода робити те, чого хоче інший. Це був стиль поступок і принесення в жертву власних інтересів.

Особи, які використовували стиль співробітництва, приймали активну участь у вирішенні конфлікту та відстоювали свої інтереси, однак намагалися при цьому співпрацювати з іншою людиною. Цей стиль потребував більш тривалих витрат часу та зусиль, ніж інші, однак і показував себе як ефективніший. Співробітництво – хороший спосіб задоволення інтересів обох сторін, який вимагав розуміння причин конфлікту і спільного пошуку нових альтернатив рішення. Серед інших стилів співробітництво - найважчий, але найбільш ефективний стиль у складних і важливих конфліктних ситуаціях.

При використанні стилю компромісу обидві сторони поступалися в своїх інтересах, щоб задовольнити їх в іншому, часто головному. Це робилося шляхом торгу та обміну, поступок. На відміну від співпраці, компроміс досягався на більш поверхневому рівні – один поступався в чомусь, інший теж, в результаті з'являлася можливість прийти до спільного рішення. Відбувався не пошук причин і їх усунення, а знаходження рішення, що задовольняло одномоментні інтереси обох сторін.

Як показали результати обстеження у загальній структурі якості життя у обстежених хворих найбільш низки показники відмічаються у сферах: самореалізації, міжособистної взаємодії, соціо-емоційної підтримки, суспільної і службової підтримки та емоційного благополуччя. (рис. 4.5)

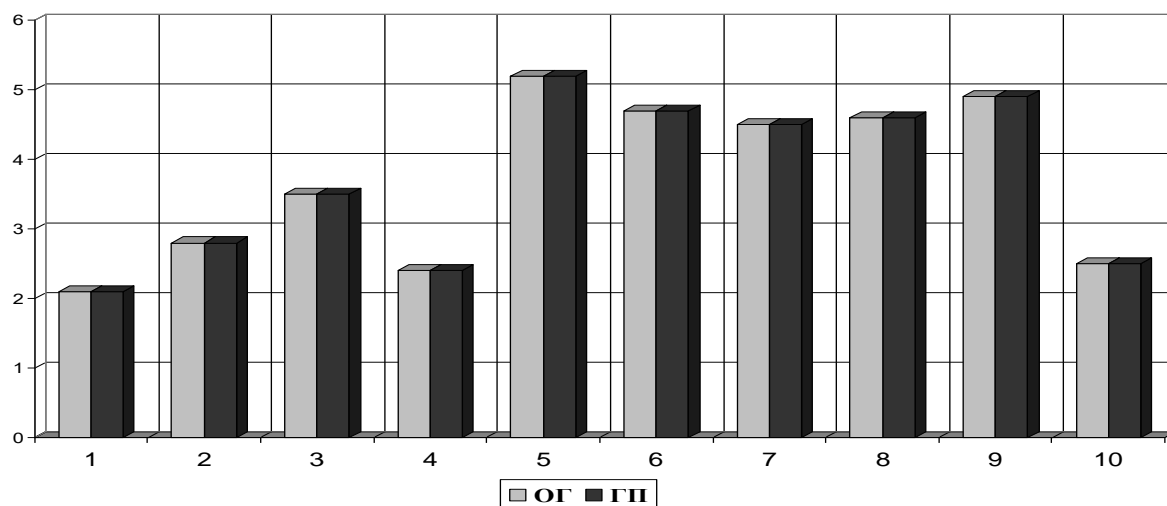


Рисунок 4.5 Рівень якості життя у обстежених хворих (%)

Нами розроблено модель формування комп'ютерної адикції в структурі розладів адаптації. Як свідчать результати дослідження маркерами коморбідності розладів адаптації з комп'ютерною адикцією є високі рівні депресії, тривоги, ворожості, obsесивності-компульсивності та психотизму за шкалою SCL-90-R; клінічні прояви тривоги та депресії за шкалою HADS; важкий тривожний та депресивний епізоди за шкалою HDRS, високий рівень особистісної тривожності; надмірний рівень нервово-психічної напруги; високий рівень соціальної фрустрованості; дезактуалізація базових потреб особистості; нестабільність рівня вимог, домінуванням ігрових мотивів; використання неконструктивних, неадаптивних копінг-ресурсів. (рис. 4.6)



Риснок 4.6 Модель формування комп'ютерної адикції у структурі розладів адаптації

Висновки до розділу 4

Як свідчать результати психодіагностичного дослідження для обстежених основної групи притаманні наступні особистісні риси: нетерплячість, дратівливість, нестриманість афекту, недбалість, невіра в себе, конфліктність, домінування ігрових мотивів над іншими.

Для хворих групи порівняння - підвищена збудливість, лабільність емоцій, нестриманість афекту, нестабільність рівня вимог, утруднення в прийнятті рішення.

Аналіз даних отриманих за опитувальником вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R показує що хворим основної групи притаманні високі рівні депресії, тривоги, ворожості, обсесивності-компульсивності та психотизму; хворим групи порівняння - високі рівні соматизації, депресії, тривоги та міжособистісної сенситивності

Дослідження рівнів тривоги та депресії показало за госпітальною шкалою переважання клінічних проявів тривоги та депресії у хворих основної групи та субклінічних проявів тривоги та депресії у хворих групи порівняння; за шкалою Гамільтона переважання важкого депресивного та тривожного епізодів у хворих основної групи та важкого тривожного і помірного депресивного епізодів у хворих групи порівняння.

Як свідчить аналіз виразності тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна у обстежених спостерігається високі рівні тривожності: ситуативної у $44,7 \pm 1,4$ % хворих основної та $56,2 \pm 1,5$ % групи порівняння, особистісної в $52,9 \pm 1,5$ % та $45,8 \pm 1,4$ % відповідно; помірні рівні тривожності: ситуативної – в $34,1 \pm 1,3$ % основної та $42,3 \pm 1,4$ % групи порівняння, особистісної – $35,8 \pm 1,3$ % та $29,4 \pm 1,2$ % відповідно

Вивчення нервово психічної напруги показало наявність у більшості обстежених хворих ($70,5 \pm 1,7$ % основної та $68,9 \pm 1,6$ % групи порівняння) її надмірного рівня, у $20,0 \pm 1,2$ % та $26,5 \pm 1,2$ % відповідно вимічався помірний рівень нервово-психічної напруги

У хворих з розладами адаптації з коморбідною комп'ютерною адикцією виявлено високий рівень соціальної фрустрованості у сферах: власного способу життя, родинних взаємовідносин, взаємовідносин на роботі, змістом своєї роботи у хворих групи порівняння в сферах подружніх та батьківських взаємовідносин, з адміністрацією на роботі та власного способу життя. Як показала оцінка використовуваних копінг-стратегій в аспекті формування адиктивної поведінки у більшості обстежених основної групи стратегії були спрямовані на відволікання та емоції, у конфліктній ситуації хворі застосовували стратегію поведінки у вигляді уникнення та пристосування.

Як показали результати обстеження у загальній структурі якості життя у обстежених хворих найбільш низки показники відмічаються у сферах: самореалізації, міжособистної взаємодії, соціо-емоційної підтримки, суспільної і службової підтримки та емоційного благополуччя.

Нами розроблено модель формування комп'ютерної адикції в структурі розладів адаптації. Як свідчать результати дослідження маркерами коморбідності розладів адаптації з комп'ютерною адикцією є високі рівні депресії, тривоги, ворожості, obsесивності-компульсивності та психотизму за шкалою SCL-90-R; клінічні прояви тривоги та депресії за шкалою HADS; важкий тривожний та депресивний епізоди за шкалою HDRS, високий рівень особистісної тривожності; надмірний рівень нервово-психічної напруги; високий рівень соціальної фрустрованості; дезактуалізація базових потреб особистості; нестабільність рівня вимог, домінуванням ігрових мотивів; використання неконструктивних, неадаптивних копінг-ресурсів

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора.

Стародубцева Ю.А. Клініко-патопсихологічна та психодіагностична специфіка розладів адаптації, коморбідних із комп'ютерною адикцією. // Медицина сьогодні і завтра. 2019. № 4 (85). С. 101-106.

Стародубцева Ю.А. Влияние социальных сетей на психику у лиц молодого возраста // Материали IV міжнародної науково-практичної конференції студентів і молодих учених «Наука і медицина: сучасний погляд молоді», г. Алмати, 20-21 квітня 2017 р.: тези доповіді. – Алмати. 2017. С. 359.

Стародубцева Ю.А. Гендерные особенности формирования зависимости от социальных сетей у лиц молодого возраста. // Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я», м. Харків, 20-21 квітня 2017 р.: тези доповіді. – Харків. 2017. С.169-170.

Стародубцева Ю.А. Комп'ютерна залежність у осіб молодого віку в сучасних умовах. // Всеукраїнської конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання нейронаук», м. Харків, 26 квітня 2017 р.: тези доповіді. – Харків. 2017. С. 66.

Kozhyna H., Zelenska K., Starodubtseva Y. Clinical-psychopathological features of adaptation disorders in people with computer dependence // Die wichtigsten vektoren für die Entwicklung der Wissenschaft im Jahr 2020 : zu den Materialien internationaler wissenschaftlich-praktischer Konferenz Luxemburg, Grand Duchy of Luxembourg, 24. Januar 2020 : collection of scientific papers / European Scientific Platform. – Luxemburg. 2020. Band 1. S. 88-89.

РОЗДІЛ 5

МЕТОДОЛОГІЯ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРОГРАМИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ З КОМП'ЮТЕРНОЮ АДИКЦІЄЮ.

Базуючись на отриманих даних нами розроблена комплексна персоніфікована система терапії розладів адаптації з комп'ютерною аддикцією з диференційованим використанням методів психофармакотерапії та психотерапії.

В основу програми покладені принципи комплексності, системності, етапності і диференційованого підходу

Комплексність передбачала вплив на різні ланки патогенезу комп'ютерної залежності у структурі розладів адаптації, з використанням методів психофармакотерапії, психотерапевтичної та психоосвіти, участь в лікувально-діагностичному процесі мультидисциплінарної команди фахівців, яка включає психіатра, психотерапевта, медичного психолога, нарколога, соціального працівника.

Системність реалізовувалась у своєчасному проведенні діагностичних і лікувально-профілактичних заходів; взаємодії між установами психіатричної та соціальної допомоги.

Етапність передбачала проведення комплексних діагностичних і лікувальних заходів з оцінкою наявності маркерів комп'ютерної залежності, обліку клінічної динаміки розладів адаптації, пом'якшення або усунення тригерних факторів, які ведуть до декомпенсації психічного стану.

Диференційований підхід базувался на принципах персоніфікованості та реалізовивался шляхом відбіру лікувальних і профілармакотерапевтичних, психотерапевтичних та психоосвітніх втручань з урахуванням особливостей формування та клінічних проявів розладів адаптації та феноменології комп'ютерної залежності, особистісних, професійних і соціальних можливостей хворого.

Усі обстежені отримували патогенетично обґрунтовану фармакотерапію із застосуванням антидепресантів – селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну або мелатоніну (сертралін, пароксетин, агомелатін) та анксиолітичних засобів (фабомотизол, гідроксизину гідрохлорид). (табл.5.1.)

Таблиця 5.1.

Диференційована фармакотерапія обстежених хворих

Діагноз	Основна група	Група порівняння
Пролонгована депресивна реакція (F43.21)	Гідазепам Мебікар Сертралін Агомелатин	Гідазепам Мебікар
Змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22)	Гідазепам, Мебікар Пароксетин Агомелатин	Прегабалін Гідазепам

Психотерапевтичний комплекс для усіх хворих включав використання особистісно-орієнтовану психотерапію, програми «12 кроків. Вільне життя», інтегративної багатовимірної моделі BASIC Ph та біосугестивної терапії.

З додатковим використанням при пролонгованій депресивній реакції когнітивно-поведінкової терапії «Оцінка емоцій» та «Аналіз переживань», арт-терапії «Зірка почуттів»

Прі змішаній тривожно-депресивній реакції - когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості та «Поведінкова активація», арт-терапії «Малюнок себе» (таб 5.2.)

Психотерапевтичний вплив був спрямований на розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає формування комп'ютерної залежності, корекцію неадекватних емоційних реакцій, активацію позитивних особливостей особистості, переробку адиктивного стереотипу поведінки, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування, оптимізацію міжособистісної взаємодії, зниження напруженості в відносинах з оточуючими.

Персоніфікована психотерапія хворих терапевтичної групи

Пролонгована депресивна реакція (F43.21)	Змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22)
Особистісно-орієнтована психотерапія (8 – 10 сеансів) Програма «12 кроків. Вільне життя» Інтегративна багатовимірна модель BASIC Ph (Laxad M., 1999) Біосугестивна терапія (О. Стражний, 2007) (8 сеансів).	
КПТ «Оцінка емоцій» (10 сеансів). КПТ «Аналіз переживань» (12 сеансів) Арт-терапія «Зірка почуттів (8 сеансів)	КПТ «Усвідомленості» (8 сеансів) КПТ «Поведінкова активація» (10 сеансів) Арт-терапія «Малюнок себе» (8 сеансів)

Психотерапевтична корекція базувалась на трьох принципах:

Перший основний принцип полягає в тому, що когніції (мисленнєві освіти) є найважливішою детермінантною людських емоцій. На рівні закономірності: ми відчуваємо, що думаємо. Події, або інші люди не змушують нас почуватися добре чи погано, ми це робимо самі за допомогою мислення, певного сприйняття на основі стереотипів, штампів.

Другий принцип полягає в тому, що дисфункціональні емоційні стани та багато аспектів психопатології (включаючи адиктивну поведінку) є результатом дисфункціонального розумового процесу.

Характеристика дисфункціонального мислення включає такі риси: перебільшення, надспрощення, надузагальнення, нелогічні необґрунтовані припущення, помилкові висновки (висновки), абсолютизування.

Третій принцип психотерапевтичних втручань полягає у змінності мислення. Елементи ірраціональних установок усуваються шляхом наполегливого та активного докладання зусиль, за допомогою усвідомлення, сумніву та перегляду

свого мислення, таким чином, зменшуючи емоційний дистрес, поступово впливаючи на поведінку та комунікації з іншими людьми.

Особистісно-орієнтована психотерапія була спрямована осмислення хворим свого життя, усвідомлення своїх життєвих цінностей і зміни свого життєвого шляху на основі цих цінностей з прийняттям повної відповідальності за свій вибір.

Метод біосугестивної терапії (БСТ) (О. Стражний, 1996) є простим, психотерапевтичним прийомом, спрямованим на позбавлення людини психічних розладів, відновлення психологічного комфорту і гарного самопочуття. Цей метод включає в себе поєднання прийомів вербального та невербального навіювання в стані легкого трансу. Використання префікс "біо" у назві каже про те, що застосовується не тільки сугестія, а й інші впливи: контакт долоні терапевта з клієнтом, певна постановка голосу, у ситуації групової терапії – індукція клієнта членами групи.

Когнітивно-поведінкова терапія була спрямована на корекцію поведінкових форм реагування, обумовлених з неусвідомленої психологічної захистом у вигляді «регресії» (повернення до зразків поведінки, пов'язаних з ранніми стадіями психофізіологічного розвитку), які сприяють формуванню адиктивної поведінки.

Базуючись на отриманих даних, нами розроблена та апробована психоосвітня програма, як основа профілактики розвитку комп'ютерної залежності. Основною стратегією якої є комплексний вплив на когнітивний, емоційний, психофізіологічний, поведінковий та соціальний аспекти залежної поведінки.

Психоосвіта була спрямована на надання хворим знань про особливості розладів адаптації та нехімічні адикції; залучення хворих до активної участі в лікуванні та навчання методам опанування специфічними проблемами, обумовленими дезадаптивним станом; навчання навичкам подолання заглибленості у хворобу та аддиктивним тенденціям; корекція змінених комп'ютерною залежністю та розладом адаптації соціальних та родинних позицій хворих; протидію можливості рецидивування захворювання.

Психоосвітня програма включала обов'язкове використання інформаційного тренінгу у всіх хворих, а також при пролонгованій депресивній реакції тренінгів

«Психологічний баланс», «Відновлення» та асертивності, при змішаній тривожно-депресивній реакції – тренінгів «Усвідомлення власних почуттів», самоконтролю власного емоційного стану та аффіліації. (Таб. 5.3.)

Таблиця 5.3.

Персоніфікована психоосвіта хворих терапевтичної групи

Пролонгована депресивна реакція (F43.21)	Змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22)
Інформаційний тренінг «Розлади адаптації» Інформаційний тренінг «Комп'ютерна залежність» Тренінг «Протидія адикції»	
Тренінг «Психологічний баланс» Тренінг «Відновлення» Тренінг асертивності	Тренінг «Усвідомлення власних почуттів» Тренінг самоконтролю власного емоційного стану Тренінг аффіліації

Психоосвітні заняття проводилися в закритих, з кількістю учасників від 10 до 15 чоловік, тривалістю 1,5 години 2 рази на тиждень. Тривалість програми складала 12 – 15 тижнів.

Реалізація модулів здійснювалися у формі лекцій, дискусій, з використанням допоміжної візуальної інформації (фото, відеоматеріали) та друкованої продукції (листівки, буклети, брошури). Крім того, пацієнтам та давалися домашні завдання (наприклад, самостійна підготовка їх уявлень про проблеми, з числа запланованих для обговорення в процесі групового заняття). В якості засобу моніторингу пацієнтам було запропоновано вести щоденник, в якому вони відображають динаміку стану і застосування на практиці отриманих знань.

Висновки до розділу 5

Базуючись на отриманих даних нами розроблена комплексна персоніфікована система терапії розладів адаптації з комп'ютерною аддикцією з диференційованим використанням методів психофармакотерапії та психотерапії. Психофармакотерапія включала диференційоване застосування антидепресантів – селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну або мелатоніну (сертралін, пароксетин, агомелатін) та анксиолітичних засобів (фабомотизол, гідроксизину гідрохлорид

Психотерапевтичний комплекс для усіх хворих включав використання особистісно-орієнтовану психотерапію, програми «12 кроків. Вільне життя», інтегративної багатовимірної моделі BASIC Ph та біосугестивної терапії.

З додатковим використанням при пролонгованій депресивній реакції когнітивно-поведінкової терапії «Оцінка емоцій» та «Аналіз переживань», арт-терапії «Зірка почуттів»

Прі змішаній тривожно-депресивній реакції - когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості та «Поведінкова активація», арт-терапії «Малюнок себе»

Базуючись на отриманих даних, нами розроблена та апробована психоосвітня програма, як основа профілактики розвитку комп'ютерної залежності. Основною стратегією якої є комплексний вплив на когнітивний, емоційний, психофізіологічний, поведінковий та соціальний аспекти залежної поведінки.

Психоосвіта була спрямована на надання хворим знань про особливості розладів адаптації; залучення хворих до активної участі в лікуванні та навчання методам опанування специфічними проблемами, обумовленими дезадаптивним станом; навчання навичкам подолання заглибленості у хворобу та аддиктивним тенденціям; корекція змінених розладом адаптації соціальних та родинних позицій хворих

Практичну значущість мають запропоновані персоніфіковані психоосвітні програми з обов'язковим використанням інформаційного тренінгу у всіх хворих, а

також при пролонгованій депресивній реакції тренінгів «Психологічний баланс», «Відновлення» та асертивності, при змішаній тривожно-депресивній реакції – тренінгів «Усвідомлення власних почуттів», самоконтролю власного емоційного стану та аффіліації

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

Стародубцева Ю.А. Психосвіта в системі комплексної терапії комп'ютерній залежності // Медицина сьогодні і завтра 2020. № 3(88). С. 96-100.

Кожина Г.М., Стародубцева Ю.А. Психотерапія розладів адаптації пов'язаних з комп'ютерною залежністю // Психологічне консультування та психотерапія: виклики сучасності, м. Харків, 15-16 листопада 2019 р.: – матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Харків. 2019. С. 51-54.

Кожина Г.М., Стародубцева Ю.А. Психотерапія, як один з основних компонентів комплексної терапії розладів адаптації пов'язаних з комп'ютерною залежністю // Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика: матеріали міждисциплінарної науково-практичної конференції, м. Харків, 13-14 грудня 2019 р.: – матеріали міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції. Харків. 2019. С. 44-45.

Патент на корисну модель № 144623 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Ю.А. Стародубцева – № u202003262 ; заявл. 29.05.2020; опубл. 12.10.2020, бюл. № 19

РОЗДІЛ 6

ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПІД
ВПЛИВОМ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА
РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ З КОМП'ЮТЕРНОЮ АДИКЦІЄЮ.

Ефективність розробленої комплексної персоніфікованої програми терапії хворих на розлади адаптації з комп'ютерною адикцією з використанням фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти, здійснювалася у співставленні з традиційними заходами терапії розладів адаптації та комп'ютерної залежності на підставі оцінки динаміки клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих, якості їх життя.

Аналіз клінічних результатів використання розробленої комплексної системи терапії хворих з комп'ютерною залежністю у структурі розладів адаптації з показав, що у терапевтичній групі за COMP-UDIT у $65,3 \pm 1,6\%$ обстежених виявлено відносно безпечне використання комп'ютеру, у $23,1 \pm 1,2\%$ зберігалася надмірне використання. Серед обстежених контрольної групи у $55,1 \pm 1,5\%$ обстежених відмічалася надмірне використання комп'ютеру, у $25,8 \pm 1,2\%$ – висока ймовірність комп'ютерної залежності. (рис. 6.1.)

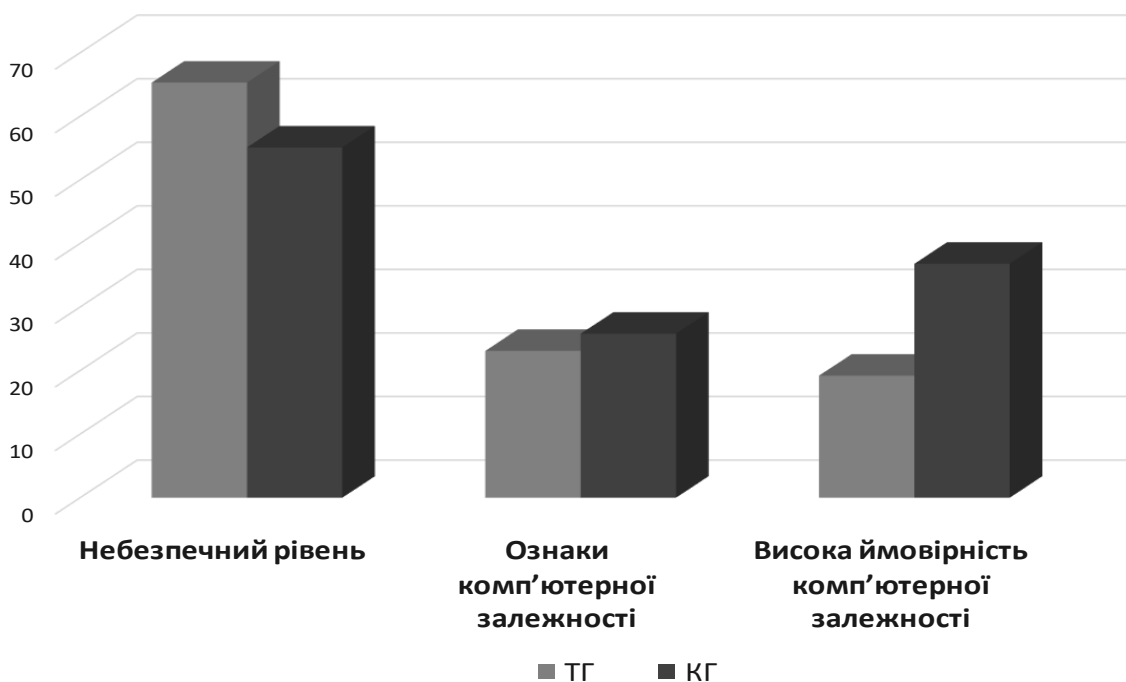


Рисунок 6.1. Динаміка показників тесту COMP-UDIT (%)

При аналізі тривалості та якості ремісії встановлено (через 6 місяців): При аналізі тривалості та якості ремісії встановлено (через 6 місяців): у 70,1±1,7% обстежених терапевтичної групи відмічалася повна ремісія комп'ютерної залежності у порівнянні з 41,5±1,4% хворих групи контролю; неповна ремісія, відповідно, у 26,2±1,2% та 49,1±1,4% обстежених; стійка залежність у 3,7±0,5% обстежених терапевтичної та 9,4±0,5% контрольної груп.

Згідно з отриманими в ході роботи даними у 79,8±1,9 % хворих терапевтичної та 59,4±1,7 % контрольної груп відмічалася покращення психічного стану, у 20,0±1,4 % і 25,5±1,4 % хворих відповідно стан залишався без динаміки, і у 0,2±0,5 % обстежених основної та 15,1±1,3 % контрольної груп відзначалася негативна динаміка (табл. 6.1.)

Таблиця 6.1.

Динаміка психічного стану у обстежених хворих (%)

	Терапевтична група	Контрольна група
Позитивна динаміка	79,8±1,9	59,4±1,7
Без динаміки	20,0±1,4	25,5±1,4
Негативна динаміка	0,2±0,5	15,1±1,3

Дослідження динаміки психічного стану за шкалою SCL-90-R у обстежених хворих на тлі проведеної терапевтичної програми показало зниження рівнів соматизації (з 1,63 до 1,32 балів), депресії (з 1,22 до 0,61 балів), тривоги (з 1,07 до 0,50 балів), obsесивності-компульсивності (з 1,43 до 1,12 балів) у хворих терапевтичної групи (табл. 6.2.) У 77,6±1,7% обстежених основної групи сформувалося сприйняття власного залежного стану й розуміння необхідності терапевтичної роботи.

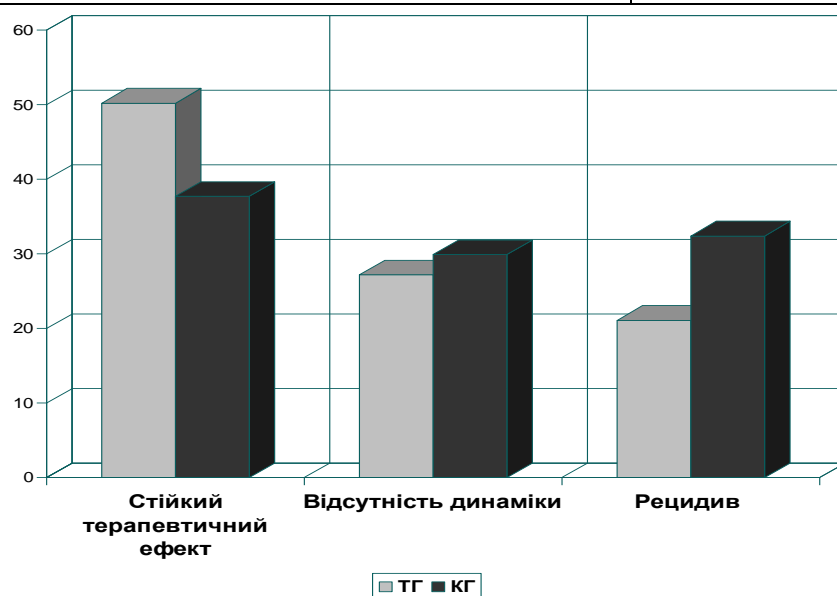
На тлі використання розробленої програми відмічене позитивну динаміку психічного стану, швидку редукцію тривожної та депресивної симптоматики, нормалізацію емоціонального стану у хворих терапевтичної групи, у порівнянні із

незначними позитивними змінами психічного статусу хворих групи контролю.
(рис.6.2.)

Таблиця 6.2.

Вираженість психопатологічної симптоматики (Simptom Check List-90-Revised-
SCL-90-R) після використання комплексної терапевтичної програми (%)

	Терапевтична група	Контрольна група
Паранойяльні тенденції (PAR)	11,2±1,3	13,2±1,3
Тривожність (ANX)	35,9±1,5	52,2±1,7
Ворожість (HOS)	44,1±1,6	23,6±1,4
Соматизація (SOM)	31,2±1,5	38,2±1,5
Обсесивність-компульсивність (O-C)	32,2±1,5	41,1±1,6
Міжособистісна сензитивність (INT)	30,1±1,5	49,2±1,6
Депресія (DEP)	42,5±1,6	49,8±1,6
Фобічна тривога (PHOB)	23,1±1,4	28,8±1,4
Психотизм (psy)	51,4±1,7	30,2±1,5



Рисунк 6.2. Динаміка клінічної картини розладів адаптації з комп'ютерною залежністю (%)

У хворих терапевтичної групи на відміну від контрольної групи відмічене достовірне зниження показників тривоги та депресії за шкалою тривоги і Гамільтона, показників тривоги і депресії за госпітальною шкалою (табл. 6.3.) та рівнів особистісної та ситуативної тривожності за за шкалою Спілбергера – Ханина (рис. 6.3)

Таблиця 6.3.

Рівні тривоги та депресії у обстежених хворих на лі проведенної терапії (%)

Вираженість тривоги і депресії (%)		Терапевтична група	Контрольна група
Шкала тривоги (НАМ-А) і депресії (НАМ-D) Гамільтона			
Відсутність	тривоги	45,2±1,6	36,9±1,5
	депресії	44,2±1,6	48,6±1,6
Легкий епізод	тривоги	35,1±1,5	29,8±1,4
	депресії	34,6±1,5	31,2±1,5
Помірний епізод	тривоги	19,2±1,3	20,9±1,4
	депресії	20,2±1,4	15,5±1,3
Важкий епізод	тривоги	0,5±0,5	12,4±1,3
	депресії	1,0±0,5	4,7±0,4
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)			
Відсутність	тривоги	51,2±1,7	45,6±1,6
	депресії	46,6±1,6	41,1±1,6
Субклінічні прояви	тривоги	48,7±1,6	32,6±1,5
	депресії	53,2±1,7	36,2±1,5
Клінічні прояви	тривоги	0,1±0,5	21,8±1,4
	депресії	0,2±0,5	22,7±1,4

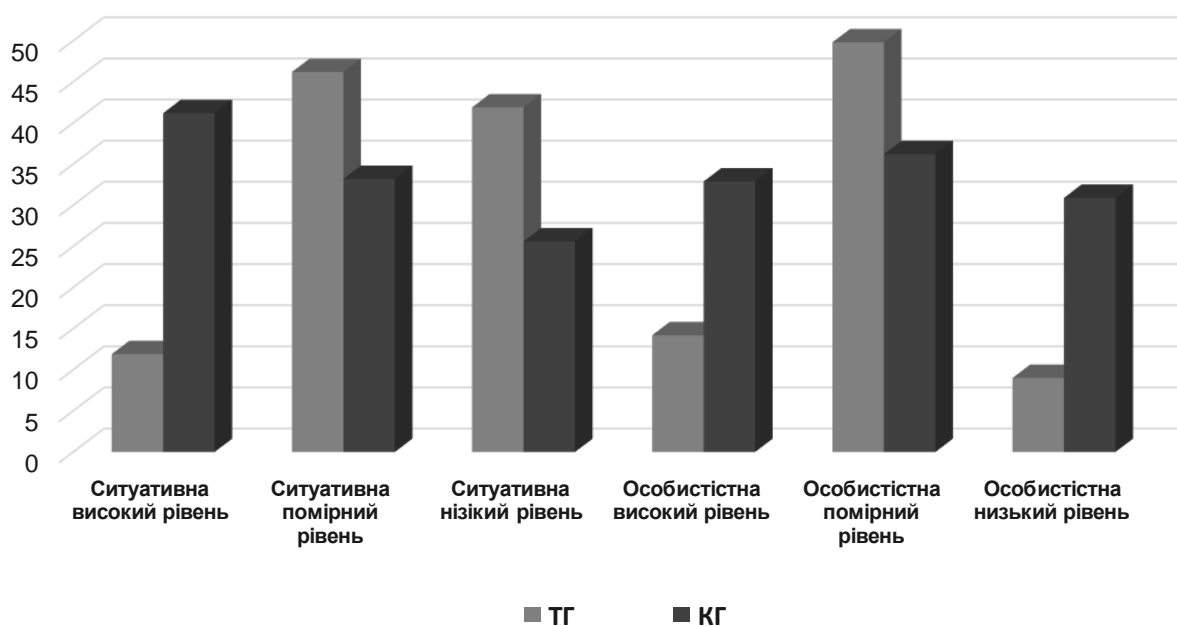


Рисунок 6.3. Динаміка виразності тривожності за шкалою Спілберґера – Ханина (%)

На тлі проведеної комплексної терапії у хворих терапевтичної групи відмічена позитивна динаміка виразності нервово-психічної напруги за шкалою Немчина (рис. 6.4.)

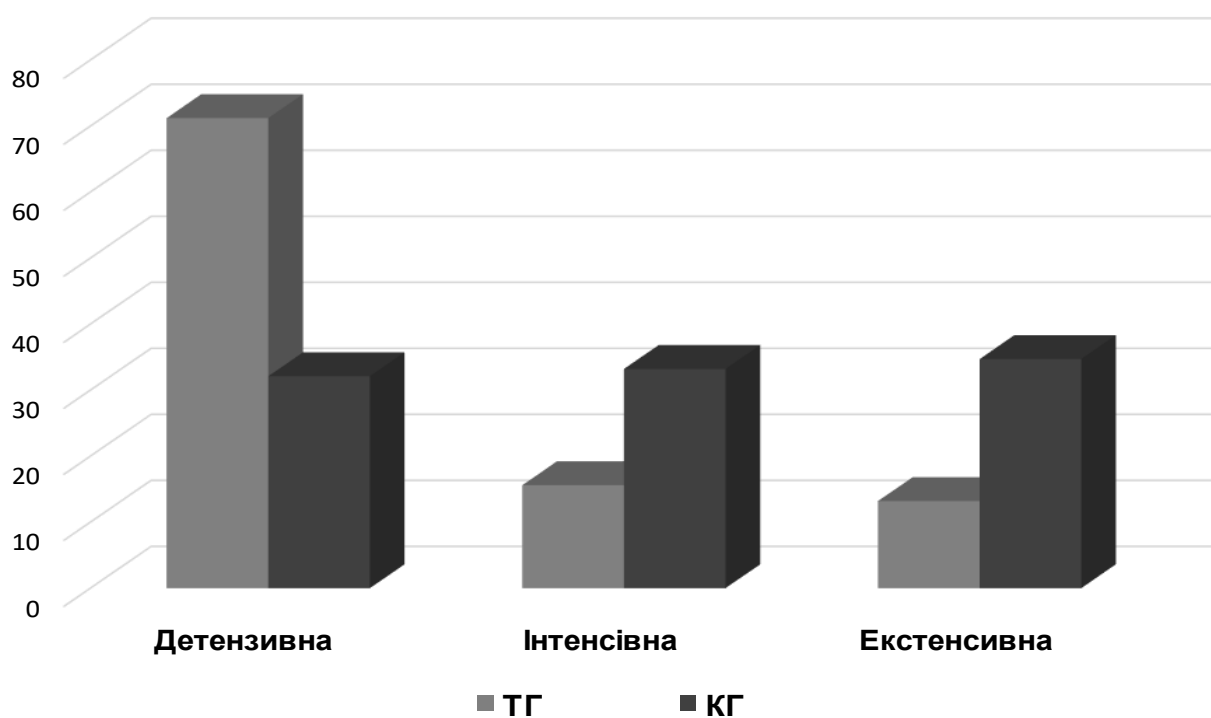


Рисунок 6.4. Динаміка нервово-психічної напруги обстежених хворих (%)

На тлі проведеної комплексної терапії відмічено позитивну динаміку рівня соціальної фрустрованості: у $67,3 \pm 1,8$ % обстежених терапевтичної та $39,3 \pm 1,5$ % контрольної групи спостерігався низький рівень, у $30,2 \pm 1,5$ % обстежених терапевтичної та $32,2 \pm 1,5$ % контрольної групи – помірний рівень, у $2,5 \pm 0,5$ % обстежених терапевтичної та $20,1 \pm 1,4$ % контрольної групи зберігався підвищений рівень, у $8,4 \pm 0,5$ % хворих групи порівняння надмірний рівень соціальної фрустрованості.

Відмічена позитивна динаміка стрес-долаючої поведінки на тлі проведення комплексних терапевтичних заходів: у $45,1 \pm 1,6$ % обстежених терапевтичної та $32,6 \pm 1,5$ % контрольної груп відмічалися копінг-стратегії спрямовані на вирішення завдань, у $31,4 \pm 1,5$ % та $22,4 \pm 1,4$ % відповідно – копінг-стратегії спрямовані на емоції, у $15,9 \pm 1,3$ % обстежених терапевтичної та $32,6 \pm 1,5$ % контрольної груп копінг-стратегії були спрямовані на уникнення, у $6,7 \pm 0,5$ % та $12,4 \pm 1,3$ % – на відволікання. (рис.6.5)

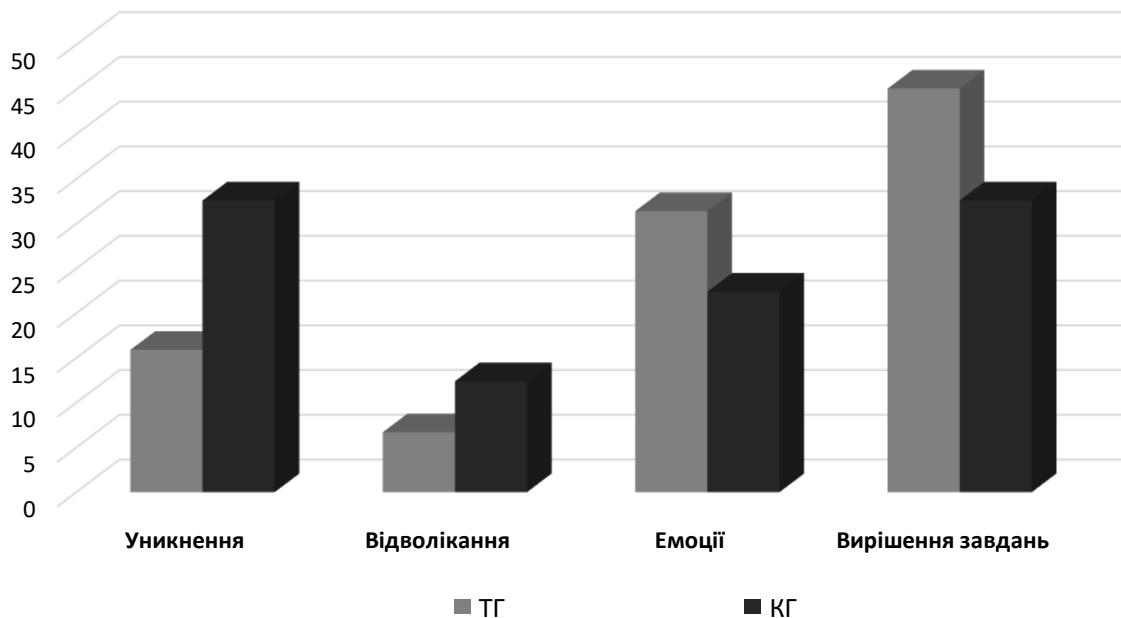


Рисунок 6.5. Динаміка стрес-долаючої поведінки (%)

На тлі проведення розробленої комплексної персоніфікованої програми терапії показник якості життя в терапевтичній групі за усіма шкалами підвищився в середньому на $42,1 \pm 1,4\%$; у контрольній – у середньому на $31,4 \pm 1,3\%$. (рис. 6.6)

Проведене дворічне катamnестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоніфікованої програми терапії розладів адаптації та профілактики комп'ютерної залежності у $82,3 \pm 2,1\%$ хворих терапевтичної групи не спостерігалось рецидивів психопатологічної симптоматики.

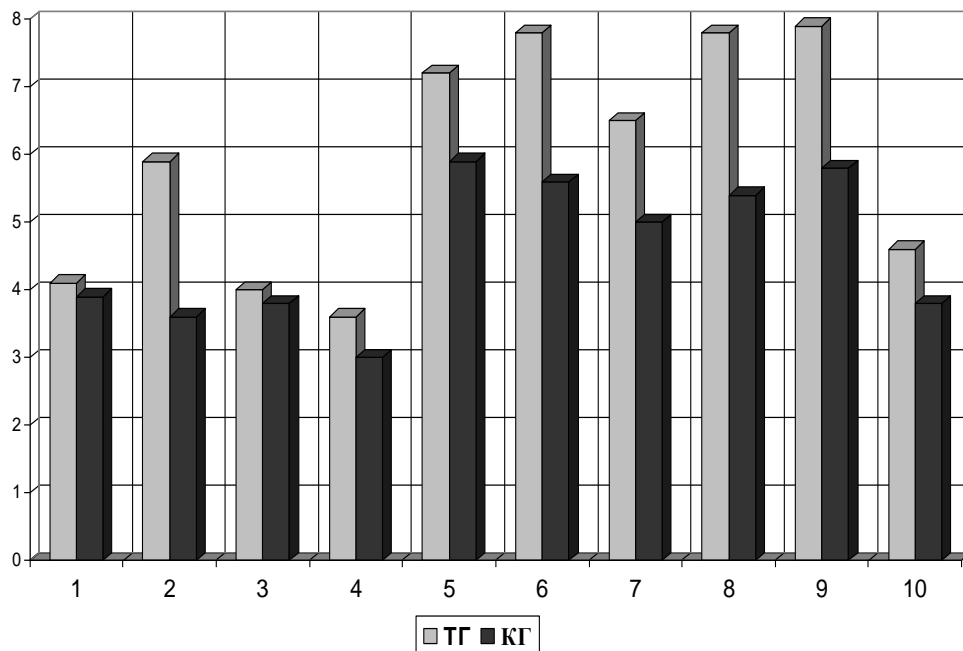


Рисунок 6.6. Динаміка рівня якості життя у обстежених хворих (%)

Висновки до розділу 6

Аналіз клінічних результатів використання розробленої комплексної системи терапії хворих з комп'ютерною залежністю у структурі розладів адаптації з

показав, що у терапевтичній групі за тестом COMP-UDIT у $65,3 \pm 1,6\%$ обстежених виявлено відносно безпечне використання комп'ютеру, у $23,1 \pm 1,2\%$ зберігалася надмірне використання. Серед обстежених контрольної групи у $55,1 \pm 1,5\%$ обстежених відмічалася надмірне використання комп'ютеру, у $25,8 \pm 1,2\%$ – висока ймовірність комп'ютерної залежності.

При аналізі тривалості та якості ремісії встановлено (через 6 місяців): При аналізі тривалості та якості ремісії встановлено (через 6 місяців): у $70,1 \pm 1,7\%$ обстежених терапевтичної групи відмічалася повна ремісія комп'ютерної залежності у порівнянні з $41,5 \pm 1,4\%$ хворих групи контролю; неповна ремісія, відповідно, у $26,2 \pm 1,2\%$ та $49,1 \pm 1,4\%$ обстежених; стійка залежність у $3,7 \pm 0,5\%$ обстежених терапевтичної та $9,4 \pm 0,5\%$ контрольної груп.

У $77,6 \pm 1,7\%$ обстежених основної групи сформувалося сприйняття власного залежного стану й розуміння необхідності терапевтичної роботи

На тлі використання розробленої програми відмічене позитивну динаміку психічного стану, швидку редукцію тривожної та депресивної симптоматики, нормалізацію емоціонального стану у хворих терапевтичної групи, у порівнянні із незначними позитивними змінами психічного статусу хворих групи контролю.

У хворих терапевтичної групи на відміну від контрольної групи відмічене достовірне зниження показників тривоги та депресії за шкалою тривоги і Гамільтона, показників тривоги і депресії за госпітальною шкалою та рівнів особистісної та ситуативної тривожності за за шкалою Спілбергера - Ханина

На тлі проведеної комплексної терапії у хворих терапевтичної групи відмічена позитивна динаміка виразності нервово-психічної напруги за шкалою Немчина.

Відмічена позитивна динаміка стрес-долаючої поведінки на тлі проведення комплексних терапевтичних заходів: у $45,1 \pm 1,7\%$ обстежених терапевтичної та $32,6 \pm 1,7\%$ контрольної груп відмічалися копінг – стратегії спрямовані на вирішення завдань, у $31,4 \pm 1,7\%$ та $22,4 \pm 1,7\%$ відповідно – копінг-стратегії спрямовані на емоції, у $15,9 \pm 1,7\%$ обстежених терапевтичної та $32,6 \pm 1,7\%$

контрольної груп копінг стратегії були спрямовані на уникнення, у $6,7 \pm 1,7\%$ та $12,4 \pm 1,7\%$ - на відволікання.

На тлі проведення розробленої комплексної персоніфікованої програми терапії показник якості життя в терапевтичній групі за усіма шкалами підвищився в середньому на $42,1 \pm 1,4\%$; у контрольній – у середньому на $31,4 \pm 1,3\%$.

Проведене дворічне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоніфікованої програми терапії розладів адаптації та профілактики комп'ютерної залежності у $82,3 \pm 2,1\%$ хворих терапевтичної групи не спостерігалось рецидивів психопатологічної симптоматики

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора

Стародубцева Ю.А. Комплексний підхід до терапії розладів адаптації, пов'язаних із комп'ютерною залежністю //Архів психіатрії. 2019. Том 25, №3 (98). С. 155-160.

Leshchyna I., Kozhyna H., Markova M., Starodubtseva Yu., Koshchii V. Modern features of adaptation disorders in people with computer addiction. // 27th European Congress of Psychiatry – 2019, Poland, April 2019.: – Abstracts in the journal of the European psychiatric association, April, 2019, Vol. 56. EPA. Warsaw, Poland, April, 2018. S. 289.

Psychoeducation in the structure of therapy for computer-related dependence disorders / H. Kozhyna, Y. Starodubtseva, K. Zelenska, T. Radchenko, V. Koshchii // The journal of the European psychiatric association. 2020. Vol. 63s. S. 228-229.

АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

У ході роботи з метою на основі вивчення клініко-психопатологічних та пато психологічних особливостей комп'ютерної залежності в структурі розладів адаптації, розробити персоніфіковану систему їх комплексної терапії та профілактики та оцінити її ефективність з дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі Військово-медичного клінічного центру Північного регіону було проведено комплексне обстеження 167 хворих (80 жінок та 87 чоловіків) з розладами адаптації (F43.21, F43.22).

Основну групи склали 105 хворих (46 жінок та 59 чоловіків) з розладами адаптації (F43.21, F43.22) у яких виявлено 20 та більше балів за розділом COMP-UDIT AUDIT- подібних тестів (Лінский І.В., Мінко О.І., Артемчук А.П. з співавт., 2009), що відповідало наявності у них стану клінічно вираженої комп'ютерної залежності – основна група.

Контрольну групу склали 62 хворих (34 жінки та 28 чоловіків) з розладами адаптації без ознак залежної поведінки.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічне дослідження базувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного та наркологічного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження, що було доповнено використанням тесту Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, J.B. Saunders, O.G. Aasland, T.E. Babor, 1993), за розділом COMP-UDIT – для виявлення розладів, пов'язаних із комп'ютерною залежністю. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10).

Клініко-анамнестичне дослідження включало структуроване інтерв'ю із вивченням спадковості, впливу контекстуальних факторів на розвиток комп'ютерної залежності.

Психодіагностичний метод включав використання використання опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Дерогатіса (Symptom

С

h

e

AM-A) і депресії (HAM-D) Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988); госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983); шкали ситуативної й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера (в адаптації Ю. Л. Ханина, 1981); опитувальника нервово-психічної напруги за Т. А. Немчиним (1984); методу скринінгової діагностики комп'ютерної залежності (Юр'єва Л.М., Больбот Т.Ю., 2005); методики вивчення стилів стрес-долаючої поведінки «Способи копінгу» (в адаптації Т.А. Крюкової, 2002); методики «Визначення способів врегулювання конфліктів» К. Томаса в адаптації Н. В. Гришиної (за Д. Я. Райгородським, 2002); опитувальника якості життя Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu&Yoon, 1999 (у модифікації Н.О. Марути, 2004).

Як показали результати дослідження у 42,2% осіб основної групи виявлений небезпечний рівень комп'ютерної залежності (середній бал за COMP-UDIT – 18,0 балів), у 57,8% - висока ймовірність комп'ютерної залежності (середній бал за COMP-AUDIT – 20 балів і більше).

У обстежених хворих основної групи тривалість аддиктивної поведінки скала: до одного року у 45,8±1,4% обстежених, 1 – 3 роки 36,4±1,3%, більше 3 років - 17,6±1,1%.

Структура комп'ютерної залежності у обстежених основної представлена: нав'язливим серфінгом (45,8±1,4% обстежених), комп'ютерними іграми 22,3±1,2%; віртуальними знайомствами – 5,8±0,5%; онлайн гемблінг – 14,1±1,1% та кіберсекс – 1,2±0,5% обстежених.

Клінічна картина комп'ютерної залежності характеризувалася втратою ситуаційного контролю, дисфоріями, афективними реакціями, порушенням циклу сон-неспанья, ігноруванням власних обов'язків, схильністю до брехні, патохарактерологічним змінами, втратою інтересу до статевого партнера, загальною байдужістю до родинних стосунків та професійних обов'язків.

У клінічній картині порушень адаптації у обстежених хворих відмічалися знижений фон настрою, схильність до короткочасних бурхливих реакцій, відчуття внутрішньої напруги із неможливістю розслабитися, безпідставне занепокоєння,

тривога; підвищена вразливість, образливість; стани розгубленості; гіперстезії; астеничний симптомокомплекс.

У емоційній складовій синдромукомплексу у обстежених основної групи домінували дратівливість, неврівноваженість, дисфорії, добові коливання настрою, звуження кола інтересів.

У обстежених групи порівняння домінували ідеї самозвинувачення, відчуття провини, власної малоцінності, психомоторна загальмованість, страхи і нав'язливі спогади, підвищена вразливість, схильність до лакримальних реакцій.

У 35,8±1,3% хворих основної групи відмічався синдром карпального каналу, у 45,6±1,4% симптоми вертебро-базилярної недостатності.

Клінічна структура розладів адаптації представлена гіперстезичним (42,9±1,4% обстежених основної та 19,5±1,1% групи порівняння), тривожним (22,1±1,2% та 31,1±1,3% відповідно), депресивним (9,2±0,5% обстежених основної та 28,9±1,2% групи порівняння), астено-апатичним (6,1±0,5% та 6,0±0,5% обстежених відповідно) та психосоматичним (19,7±1,1% обстежених основної та 14,5±1,1% групи порівняння) варіантами психопатологічної симптоматики.

Психологічний портрет обстежених хворих характеризувався нетерплячістю (62,8±1,6 % хворих основної та 33,4±1,3 %), дратівливістю (63,5±1,6 % та 41,1±1,4 % відповідно), нестриманістю афекту (56,8±1,5 % обстежених основної та 35,4±1,3 % групи порівняння), недбалістю (68,2±1,6 % та 25,9±1,2 % відповідно), конфліктністю (56,8±1,5 % обстежених основної та 31,5±1,3 % групи порівняння), утрудненням у прийнятті рішення (49,5±1,4 % та 66,2±1,6 % відповідно), невірою в себе (44,1±1,4 % обстежених основної та 62,1±1,6 % групи порівняння), недостатнім рівнем вербальної культури (41,1±1,4 % та 30,9±1,3 % відповідно), низька комунікативність (63,6±1,6 % обстежених основної та 42,1±1,4 % групи порівняння), тривожна мстивість (35,9±1,3 % та 65,5±1,6 % відповідно), схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів (26,9±1,2 % обстежених основної та 56,2±1,5 % групи порівняння), підвищеною збудливістю (36,5±1,3 % та 56,2±1,5 % відповідно), лабільністю емоцій (31,2±1,3 % обстежених основної та 59,2±1,5 % групи порівняння), нестабільністю рівня вимог (38,2±1,3 % та

43,5±1,4 % відповідно), домінуванням ігрових мотивів над іншими (97,9±1,9 % обстежених основної та 0 % групи порівняння)

Аналіз даних отриманих за опитувальником вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) показує що хворим основної групи притаманні високі рівні депресії, тривоги, ворожості, obsесивності-компульсивності та психотизму; хворим групи порівняння - високі рівні соматизації, депресії, тривоги та міжособистісної сенситивності.

Дослідження рівнів тривоги та депресії показало за госпітальною шкалою переважання клінічних проявів тривоги (72,5±1,7 %) та депресії (68,4±1,6 %) у хворих основної групи та субклінічних проявів тривоги (68,2±1,6 %) та депресії (74,1±1,7 %) у хворих групи порівняння; за шкалою Гамільтона переважання важкого депресивного (66,8±1,6 %) та тривожного (67,2±1,6 %) епізодів у хворих основної групи та важкого тривожного (78,8±1,7 %) і помірного депресивного (63,5±1,6 %) епізодів у хворих групи порівняння.

Як свідчить аналіз виразності тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна у обстежених спостерігається високі рівні тривожності: ситуативної у 44,7±1,4 % хворих основної та 56,2±1,5 % групи порівняння, особистісної в 52,9±1,5 % та 45,8±1,4 % відповідно; помірні рівні тривожності: ситуативної – в 34,1±1,3 % основної та 42,3±1,4 % групи порівняння, особистісної – 35,8±1,3 % та 29,4±1,2 % відповідно.

Вивчення нервово психічної напруги показало наявність у більшості обстежених хворих (70,5±1,7 % основної та 68,9±1,6 % групи порівняння) її надмірного рівня, у 20,0±1,2 % та 26,5±1,2 % відповідно вимічався помірний рівень нервово-психічної напруги.

У хворих з розладами адаптації з коморбідною комп'ютерною адикцією виявлено високий рівень соціальної фрустрованості у сферах: власного способу життя, родинних взаємовідносин (68,5±1,6 %), взаємовідносин на роботі (79,8±1,6 %), змістом своєї роботи (72,1±1,7 %) у хворих групи порівняння в сферах подружніх (62,5±1,6 %) та батьківських взаємовідносин (56,3±1,5 %), з адміністрацією на роботі (61,4±1,6 %) та власного способу життя (76,9±1,7 %)

У хворих з розладами адаптації з коморбідною комп'ютерною адикцією виявлено високий рівень соціальної фрустрованості у сферах: власного способу життя, родинних взаємовідносин, взаємовідносин на роботі, змістом своєї роботи у хворих групи порівняння в сферах подружніх та батьківських взаємовідносин, з адміністрацією на роботі та власного способу життя. Як показала оцінка використовуваних копінг-стратегій в аспекті формування адиктивної поведінки у більшості обстежених основної групи стратегії були спрямовані на відволікання та емоції, у конфліктній ситуації хворі застосовували стратегію поведінки у вигляді уникнення та пристосування.

Як показали результати обстеження у загальній структурі якості життя у обстежених хворих найбільш низки показники відмічаються у сферах: самореалізації, міжособистної взаємодії, соціо-емоційної підтримки, суспільної і службової підтримки та емоційного благополуччя.

Нами розроблено модель формування комп'ютерної адикції в структурі розладів адаптації. Як свідчать результати дослідження маркерами коморбідності розладів адаптації з комп'ютерною аддикцією є високі рівні депресії, тривоги, ворожості, obsесивності-компульсивності та психотизму за шкалою SCL-90-R; клінічні прояви тривоги та депресії за шкалою HADS; важкий тривожний та депресивний епізоди за шкалою HDRS, високий рівень особистісної тривожності; надмірний рівень нервово-психічної напруги; високий рівень соціальної фрустрованості; дезактуалізація базових потреб особистості; нестабільність рівня вимог, домінуванням ігрових мотивів; використання неконструктивних, неадаптивних копінг-ресурсів

Базуючись на отриманих даних нами розроблена комплексна персоніфікована система терапії розладів адаптації з комп'ютерною аддикцією з диференційованим використанням методів психофармакотерапії та психотерапії.

В основу програми покладені принципи комплексності, системності, етапності і диференційованого підходу

Усі обстежені отримували патогенетично обґрунтовану фармакотерапію із застосуванням антидепресантів – селективних інгібіторів зворотного захвату

серотоніну або мелатоніну (сертралін, пароксетин, агомелатін) та анксиолітичних засобів (фабомотизол, гідроксизину гідрохлорід).

Психотерапевтичний комплекс для усіх хворих включав використання особистісно-орієнтовану психотерапію, програми «12 кроків. Вільне життя», інтегративної багатовимірної моделі BASIC Ph та біосугестивної терапії.

З додатковим використанням при пролонгованій депресивній реакції когнітивно-поведінкової терапії «Оцінка емоцій» та «Аналіз переживань», арт-терапії «Зірка почуттів»

Прі змішаній тривожно-депресивній реакції - когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості та «Поведінкова активація», арт-терапії «Малюнок себе»

Психотерапевтичний вплив був спрямований на розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає формування комп'ютерної залежності, корекцію неадекватних емоційних реакцій, активацію позитивних особливостей особистості, переробку адиктивного стереотипу поведінки, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування, оптимізацію міжособистісної взаємодії, зниження напруженості в відносинах з оточуючими.

Базуючись на отриманих даних, нами розроблена та апробована психоосвітня програма, як основа профілактики розвитку комп'ютерної залежності. Основною стратегією якої є комплексний вплив на когнітивний, емоційний, психофізіологічний, поведінковий та соціальний аспекти залежної поведінки.

Психоосвіта була спрямована на надання хворим знань про особливості розладів адаптації та нехімічні адикції; залучення хворих до активної участі в лікуванні та навчання методам опанування специфічними проблемами, обумовленими дезадаптивним станом; навчання навичкам подолання заглибленості у хворобу та адиктивним тенденціям; корекція змінених комп'ютерною залежністю та розладом адаптації соціальних та родинних позицій хворих; протидію можливості рецидивування захворювання.

Психоосвітня програма включала обов'язкове використання інформаційного тренінгу у всіх хворих, а також при пролонгованій депресивній реакції тренінгів «Психологічний баланс», «Відновлення» та асертивності, при змішаній тривожно-

депресивній реакції – тренінгів «Усвідомлення власних почуттів», самоконтролю власного емоційного стану та аффіліації.

Ефективність розробленої комплексної персоніфікованої програми терапії хворих на розлади адаптації з комп'ютерною адикцією з використанням фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти, здійснювалася у співставленні з традиційними заходами терапії розладів адаптації та комп'ютерної залежності на підставі оцінки динаміки клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих, якості їх життя.

Аналіз клінічних результатів використання розробленої комплексної системи терапії хворих з комп'ютерною залежністю у структурі розладів адаптації з показав, що у терапевтичній групі за COMP-UDIT у $65,3 \pm 1,6\%$ обстежених виявлено відносно безпечне використання комп'ютеру, у $23,1 \pm 1,2\%$ зберігалася надмірне використання. Серед обстежених контрольної групи у $55,1 \pm 1,5\%$ обстежених відмічалася надмірне використання комп'ютеру, у $25,8 \pm 1,2\%$ – висока ймовірність комп'ютерної залежності.

При аналізі тривалості та якості ремісії встановлено (через 6 місяців): При аналізі тривалості та якості ремісії встановлено (через 6 місяців): у $70,1 \pm 1,7\%$ обстежених терапевтичної групи відмічалася повна ремісія комп'ютерної залежності у порівнянні з $41,5 \pm 1,4\%$ хворих групи контролю; неповна ремісія, відповідно, у $26,2 \pm 1,2\%$ та $49,1 \pm 1,4\%$ обстежених; стійка залежність у $3,7 \pm 0,5\%$ обстежених терапевтичної та $9,4 \pm 0,5\%$ контрольної груп.

Згідно з отриманими в ході роботи даними у $79,8 \pm 1,9\%$ хворих терапевтичної та $59,4 \pm 1,7\%$ контрольної груп відмічалася покращення психічного стану, у $20,0 \pm 1,4\%$ і $25,5 \pm 1,4\%$ хворих відповідно стан залишався без динаміки, і у $0,2 \pm 0,5\%$ обстежених основної та $15,1 \pm 1,3\%$ контрольної груп відзначалася негативна динаміка.

Дослідження динаміки психічного стану за шкалою SCL-90-R у обстежених хворих на тлі проведеної терапевтичної програми показало зниження рівнів соматизації (з 1,63 до 1,32 балів), депресії (з 1,22 до 0,61 балів), тривоги (з 1,07 до

0,50 балів), обсессивності-компульсивності (з 1,43 до 1,12 балів) у хворих терапевтичної групи.

У 77,6±1,7% обстежених основної групи сформувалося сприйняття власного залежного стану й розуміння необхідності терапевтичної роботи.

На тлі використання розробленої програми відмічене позитивну динаміку психічного стану, швидку редукцію тривожної та депресивної симптоматики, нормалізацію емоціонального стану у хворих терапевтичної групи, у порівнянні із незначними позитивними змінами психічного статусу хворих групи контролю.

У хворих терапевтичної групи на відміну від контрольної групи відмічене достовірне зниження показників тривоги та депресії за шкалою тривоги і Гамільтона, показників тривоги і депресії за госпітальною шкалою та рівнів особистісної та ситуативної тривожності за за шкалою Спілбергера – Ханина.

На тлі проведеної комплексної терапії у хворих терапевтичної групи відмічена позитивна динаміка виразності нервово-психічної напруги за шкалою Немчина.

На тлі проведеної комплексної терапії відмічено позитивну динаміку рівня соціальної фрустрованості: у 67,3±1,8 % обстежених терапевтичної та 39,3±1,5 % контрольної групи спостерігався низькій рівень, у 30,2±1,5 % обстежених терапевтичної та 32,2±1,5 % контрольної групи – помірний рівень, у 2,5±0,5 % обстежених терапевтичної та 20,1±1,4 % контрольної групи зберігався підвищений рівень, у 8,4±0,5 % хворих групи порівняння надмірний рівень соціальної фрустрованості.

Відмічена позитивна динаміка стрес-долаючої поведінки на тлі проведення комплексних терапевтичних заходів: у 45,1±1,6 % обстежених терапевтичної та 32,6±1,5 % контрольної груп відмічалися копінг-стратегії спрямовані на вирішення завдань, у 31,4±1,5 % та 22,4±1,4 % відповідно – копінг-стратегії спрямовані на емоції, у 15,9 ±1,3% обстежених терапевтичної та 32,6±1,5 % контрольної груп копінг-стратегії були спрямовані на уникнення, у 6,7±0,5 % та 12,4±1,3 % – на відволікання.

На тлі проведення розробленої комплексної персоніфікованої програми терапії показник якості життя в терапевтичній групі за усіма шкалами підвищився в середньому на $42,1 \pm 1,4\%$; у контрольній – у середньому на $31,4 \pm 1,3\%$.

Проведене дворічне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоніфікованої програми терапії розладів адаптації та профілактики комп'ютерної залежності у $82,3 \pm 2,1\%$ хворих терапевтичної групи не спостерігалось рецидивів психопатологічної симптоматики.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційному дослідженні здійснене теоретичне узагальнення та наведене нове вирішення актуальної наукової задачі на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей комп'ютерної залежності в структурі розладів адаптації, розробити персоналізовану систему їх комплексної терапії та профілактики та оцінити її ефективність.

2. Клінічна картина комп'ютерної залежності характеризувалася втратою ситуаційного контролю, дисфоріями, афективними реакціями, порушенням циклу сон-неспанья, ігноруванням власних обов'язків, схильністю до брехні, патохарактерологічним змінами, втратою інтересу до статевого партнера, загальною байдужістю до родинних стосунків та професійних обов'язків. У $35,8 \pm 1,3\%$ хворих основної групи відмічався синдром карпального каналу, у $45,6 \pm 1,4\%$ симптоми вертебро-базиллярної недостатності.

Клінічна структура розладів адаптації представлена гіперстезичним ($42,9 \pm 1,4\%$ обстежених основної та $19,5 \pm 1,1\%$ групи порівняння), тривожним ($22,1 \pm 1,2\%$ та $31,1 \pm 1,3\%$ відповідно), депресивним ($9,2 \pm 0,5\%$ обстежених основної та $28,9 \pm 1,2\%$ групи порівняння), астено-апатичним ($6,1 \pm 0,5\%$ та $6,0 \pm 0,5\%$ обстежених відповідно) та психосоматичним ($19,7 \pm 1,1\%$ обстежених основної та $14,5 \pm 1,1\%$ групи порівняння) варіантами психопатологічної симптоматики.

3. Для хворих з комп'ютерною адикцією в структурі розладів адаптації притаманні рівні депресії, тривоги, ворожості, obsесивності-компульсивності та психотизму за шкалою SCL-90-R; наявність клінічних проявів тривоги ($72,5 \pm 1,7\%$) та депресії ($68,4 \pm 1,6\%$) за госпітальною шкалою та важкого депресивного ($66,8 \pm 1,6\%$) та тривожного ($67,2 \pm 1,6\%$) епізодів за шкалою Гамільтона; високі рівні ситуативної ($44,7 \pm 1,4\%$) та особистісної ($52,9 \pm 1,5\%$) тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна; надмірний рівень нервово психічної напруги ($70,5 \pm 1,7\%$); високий рівень соціальної фрустрованості у основних життєвих сферах; неадаптивні копінг-стратегії спрямовані на відволікання та

емоції та неконструктивний стиль поведінки у конфліктній ситуації спрямований на уникнення та пристосування.

4. Маркерами коморбідності розладів адаптації з комп'ютерною аддикцією є високі рівні депресії, тривоги, ворожості, obsесивності-компульсивності та психотизму за шкалою SCL-90-R; клінічні прояви тривоги та депресії за шкалою HADS; важкий тривожний та депресивний епізоди за шкалою HDRS, високий рівень особистісної тривожності; надмірний рівень нервово-психічної напруги; високий рівень соціальної фрустрованості; дезактуалізація базових потреб особистості; нестабільність рівня вимог, домінуванням ігрових мотивів; використання неконструктивних, неадаптивних копінг-ресурсів.

5. Психотерапевтична програма для хворих з комп'ютерною аддикцією на тлі розладів адаптації включала використання особистісно-орієнтовану психотерапію, програми «12 кроків. Вільне життя», інтегративної багатовимірної моделі BASIC Ph та біосугестивної терапії. З додатковим використанням при пролонгованій депресивні реакції когнітивно-поведінкової терапії «Оцінка емоцій» та «Аналіз переживань», арт-терапії «Зірка почуттів». При змішаній тривожно-депресивній реакції - когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості та «Поведінкова активація», арт-терапії «Малюнок себе».

6. Психосвітня програма у терапії розладів адаптації з комп'ютерною аддикцією включала обов'язкове використання інформаційного тренінгу у всіх хворих, а також при пролонгованій депресивній реакції тренінгів «Психологічний баланс», «Відновлення» та асертивності, при змішаній тривожно-депресивній реакції – тренінгів «Усвідомлення власних почуттів», самоконтролю власного емоційного стану та аффіліації.

7. На тлі проведення розробленої пресоніфікованої терапевтичної програми у хворих основної групи було досягнуто стійкого терапевтичного ефекту у 79,8±1,9 % хворих терапевтичної та 59,4±1,7 % контрольної груп відмічалось покращення психічного стану (позитивної динаміки депресивної симптоматики, підвищення психофізичної активності, якісна ресоціалізація хворих). При аналізі тривалості та якості ремісії встановлено (через 6 місяців): у 20,0±1,4 % і 25,5±1,4 %

хворих відповідно стан залишався без динаміки, і у $0,2 \pm 0,5$ % обстежених терапевтичної та $15,1 \pm 1,3$ % контрольної груп відзначалася негативна динаміка. Відмічена чітка позитивна динаміка за психодіагностичними шкалами. На тлі проведення розробленої комплексної персоніфікованої програми терапії показник якості життя в терапевтичній групі за усіма шкалами підвищився в середньому на $42,1 \pm 1,4$ %; у контрольній – у середньому на $31,4 \pm 1,3$ %.

8. На тлі проведеної комплексної терапії відмічено зніження рівня соціальної фрустрованості: у $67,3 \pm 1,8$ % обстежених терапевтичної та $39,3 \pm 1,5$ % контрольної групи спостерігався низькій рівень, у $30,2 \pm 1,5$ % обстежених терапевтичної та $32,2 \pm 1,5$ % контрольної групи – помірний рівень, у $2,5 \pm 0,5$ % обстежених терапевтичної та $20,1 \pm 1,4$ % контрольної групи зберігався підвищений рівень, у $8,4 \pm 0,5$ % хворих групи порівняння надмірний рівень соціальної фрустрованості. Відмічена позитивна динаміка стрес-долаючої поведінки на тлі проведення комплексних терапевтичних заходів: у $45,1 \pm 1,6$ % обстежених терапевтичної та $32,6 \pm 1,5$ % контрольної груп відмічалися копінг-стратегії спрямовані на вирішення завдань, у $31,4 \pm 1,5$ % та $22,4 \pm 1,4$ % відповідно – копінг-стратегії спрямовані на емоції, у $15,9 \pm 1,3$ % обстежених терапевтичної та $32,6 \pm 1,5$ % контрольної груп копінг-стратегії були спрямовані на уникнення, у $6,7 \pm 0,5$ % та $12,4 \pm 1,3$ % – на відволікання.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Фармакотерапевтична корекція розладів адаптації з комп'ютерною адикцією включала застосуванням антидепресантів – селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну або мелатоніну (сертралін, пароксетин, агомелатін) та анксиолітичних засобів (фабомотизол, гідроксизину гідрохлорід).
2. Засадами психоосвіти хворих з комп'ютерною залежністю повинні бути усвідомлення пацієнтом хворобливого стану, аналіз власних особистісних характеристик та особливостей сприйняття себе у соціумі; формування у хворого мотивації на лікування; напрацювання навичок адаптивної поведінки у конфліктних ситуаціях; корекція залежних паттернів поведінки.
3. Основною стратегією психоосвітньої програми для хворих з комп'ютерною залежністю є комплексний вплив на когнітивний, емоційний, психофізіологічний, поведінковий та соціальний аспекти комп'ютерної залежності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов К.В. Диференційований підхід до лікування гемблінгу на основі корекції базових дисфункціональних переконань. // Інтегративна Антропологія. 2009. № 2 (14). С. 75-79.
2. Аймедов К.В. Клинические аспекты современной аддиктологии (литературный обзор). // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2007. № 1 (11). С. 136-145.
3. Аймедов К.В. Психотерапевтична складова в комплексній системі лікування патологічної схильності до азартних ігор. // Медична психологія. 2011. №2. С. 71-76.
4. Аймедов К.В., Асеева Ю.А., Толмачев А.А., Табачников С.И. Психологические особенности лиц, склонных к киберкоммуникативной зависимости, на примере социальной сети Instagram. // Psychiatry psychotherapy and clinical psychology. 2020. Vol. 11, № 4. С. 731-739
5. Аймедов К.В., Мельник В.О. Комп'ютеромания: огляд лікувальних заходів. // Психічне здоров'я. 2011. №1-2. С.32-36.
6. Акопов А.Ю. Свобода от зависимости. Социальные болезни Личности. – СПб.: Речь, 2008. 224 с.
7. Асеева Ю.О. Комп'ютерна залежність, Інтернет залежність та кібер-адикції (історичний огляд дефініції). // Психологічний часопис. 2020. Т.6 №6. С.57-65. <https://doi.org/10.31108/1.2020.6.6>
8. Асеева Ю.О. Проблемні питання класифікації кібер-адикцій. // Психологія і особистість. 2020. № 2 (18). С. 22-40.
9. Асеева Ю.О. Таргентне Інтернет дослідження серед осіб підліткового та юнацького віку щодо виявлення видів кібер-адикцій. // Проблеми сучасної психології. 2020. № 1 (17). С. 87-94.
10. Бабаева Ю.Д., Войкунский А.Е., Смыслова О.В. Интернет: воздействие на личность. // Гуманитарные исследования в Интернете / под ред. А. Е. Войкунского. М., 2000. С. 11-40.

11. Бабаева Ю.Д., Войскунский А. Е. Интернет-зависимость. Зависимости, субстанциональные аддикции. Электронный ресурс. Режим доступа : <http://parent fio.ru>.
12. Битенский В.С., Аймедов К.В., Пахмурный В.А. Клинико-психопатологические аспекты трансформации аддиктивного поведения в условиях «информационного взрыва». // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2006. № 1-2 (9-10). С. 161-167.
13. Бурова В.А., Есаулов В.И. Механизмы формирования Интернет-аддикции. // Тезисы докладов съезда психиатров России – Москва, 2000. С. 290-291.
14. Ван Ш.-Л. Проблема интернет-зависимости в Китае: психология, культура, политика. Психология и психотехника. 2012. №12. С.53-63.
15. Ван Ш.-Л., Войскунский А.Е., Карпухина А.И. Психолого-медицинские аспекты применения интернета в Юго-Восточной Азии. Интернет и современное общество: Труды XIV Всероссийской объединенной конференции. Под редакцией А.В. Чугунова. Санкт-Петербург: Факультет филологии и искусств СПбГУ, 2011. С. 117-120.
16. Верещагин Н.Н. Патология вертебрально-базилярной системы и нарушения мозгового кровообращения. Москва, 1980. С. 214-242.
17. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига, 1991. – 344 с.
18. Волков С.К. Вертебрально-базилярная недостаточность: клинические и диагностические аспекты. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010. № 2. С. 33-39.
19. Гапонов К.Д. Моделювання та прогнозування психосоціальної дезадаптації у хворих з розладами внаслідок вживання алкоголю, в залежності від вираженості аддиктивної і афективної симптоматики та рівню стресового навантаження. // Norwegian Journal of development of the International Science. 2019. № 28. Vol. 1. P. 7-12.

20. Гапонов К.Д. Особливості аддиктивних і афективних станів, асоційованих з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у хворих з різним рівнем психосоціального стресу. // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2019. № 1. С. 40-52.
21. Гапонов К.Д. Порівняльний аналіз вираженості проявів алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом та рівнем психосоціального стресу. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 14-17.
22. Гриффит В. Виртуальный мир рождает реальные болезни. // Финансовые известия, 1996. Вып. 54, № 13. С. 21-28.
23. Даулинг С. Психология и лечение зависимого поведения. – М. : «Класс», 2007. 232 с.
24. Денисенко М.М. Особливості та варіанти співвідношення різних аддиктивних тенденцій у хворих на невротичні розлади. // Експериментальна і клінічна медицина. 2016. № 3 (72). С. 99-107.
25. Денисенко М.М. Соціальна фрустрованість в формуванні адиктивної поведінки при невротичних розладах. // Wschodnio europejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal) (Poland). 2017. Vol. 1., № 9 (25). С. 30-37.
26. Динов Е.Н. Психотерапия в комплексном лечении больных игровой зависимостью : автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2010. 19 с.
27. Драверт Н.Е. Клинико-доплерографические сопоставления у больных с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии и вертебро-базилярной недостаточностью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2004. 24 с.
28. Егоров А.Ю. Социально приемлемые формы нехимических аддикций. Интернет-зависимость. Руководство по аддиктологии под ред. проф. В. Д. Менделевича. Речь. 2007. 508–15.
29. Жулев Н.М., Кандыба Д.В., Яковлев Н.А. Шейный остеохондроз. Синдром позвоночной артерии. Вертебрально-базилярная недостаточность. Санкт-Петербург, «Лань», 2002. 576 с.

30. Запорожан В.М., Бітенський В.С., Аймедов К.В. Ігровий патерн у компенсації ноогенного неврозу. // Одеський медичний журнал. 2009. № 6 (116). С. 50-53.
31. Зільберблат Г.М., Соколова М.О., Калачевич О.О., Моїсеєнко Л.П. Дослідження поведінки молоді Київської області щодо вживання психоактивних речовин. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 18-19.
32. Зозуля І.С., Несукай В.Г. Транзиторні ішемічні атаки у вертебрально-базиллярній системі, зумовлені патологією шийного відділу хребта. // Ліки України. 2013. № 3. С. 4-9.
33. Иваничев Г.А., Старосельцева Н.Г., Иваничев В.Г. Цервикальная атаксия (шейное головокружение). Казань: Казань ГМА, 2010. 243 с.
34. Калашников В.И. Синдром позвоночной артерии. // Therapia. 2007. № 10. С. 31-33.
35. Камчатнов П.Р., Чугунов А.В., Михайлова Н.А. Вертебрально-базиллярная недостаточность – проблемы диагностики и терапии. // Медицинский совет. 2013. № 1. С. 69-73.
36. Кандыба Д.В. Спондилогенный синдром позвоночной артерии: пособие для врачей. СПб.: СПбМАПО, 2009. 64 с.
37. Катков А.Л. О психологических и медицинских аспектах негативного влияния компьютерной зависимости на несовершеннолетних: методические рекомендации. Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании. Павлодар. 2012. 48 с.
38. Коваленко О.Є. Клініко-діагностична характеристика, профілактика та лікування порушень кровообігу в вертебральнобазиллярному басейні при патології шийного відділу хребта: автореф. дис. ... докт. мед. наук. К., 2007. 36 с.
39. Коваленко О.Є. Ранні прояви і динаміка розвитку вертебрально-базиллярної дисциркуляції, пов'язаної з цервіковертеброгенною дисфункцією, та напрямки її профілактики і лікування. // Лікарська справа. 2004. № 3-4. С. 46-49.
40. Кожина Г.М., Коростій В.І. Коморбідність нехімічних аддикцій та психосоматичних захворювань. // Довженківські читання: «Проблема прихильності

хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні і лікування за потребою.» Матеріали XV Української науково-практичної конференції з міжнародною участю. Харків. 2014. С.85-95.

41. Кожина Г.М., Краснікова С.О., Гайчук Л.М., Зеленська К.О. Специфіка адаптаційних реакцій студентів першого курсу до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі. // Медична психологія. 2011. Т. 6, №3 (23). С.14-17.

42. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 1991. № 1. С. 8-15.

43. Короленко Ц.П., Лоскутова В.А. Интернет-зависимость в русскоязычном секторе Интернета. // «Бюллетень СО РАМН». 2004. №3. С. 45-52.

44. Коростій В.І. Нехімічні аддикції, коморбідні до психосоматичних захворювань у молодих осіб. // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, № 2 (87) С. 53-56.

45. Литвиненко В.В. Сучасна модель психоосвіти хворих з алкогольною залежністю. // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 27, № 2 (99). С. 31-33.

46. Лоскутова В. А. Подходы к терапии нехимических зависимостей. // Игровая зависимость: мифы и реальность: Мат. междунар. конф. / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. С. 75-81.

47. Лоскутова В.А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств: Дисс... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2004. 20 с.

48. Любимов А.В. Спондилогенная вертебрально-базилярная недостаточность: клиника, оптимизация диагностики. // Вестник медицинского стоматологического института. 2010. № 1. С. 28-30.

49. Малыгин В.Л., Егоров А.Ю., Цыганков Б.Д. Патологическое влечение к азартной игре как модель нехимической зависимости. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006. № 5. С. 63-70.

50. Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. Особенности психических нарушений у лиц с патологической зависимостью от игры. // Журнал неврологии и психиатрии. 2006. № 5. С.16-19.

51. Маркова М.В., Косенко К.А., Гапонов К.Д. Аддиктивний статус представників командного і робітничого складу морського торговельного флоту з різним рівнем психосоціального стресу. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 1 (83). С. 10-17.
52. Маркова М.В., Косенко К.А., Гапонов К.Д. Особливості аддиктивної реалізації та психосоціального стресу у представників робітничого складу морського торговельного і пасажирського флотів. // Вісник Вінницького національного медичного університету. 2020, Т. 24, №1. С. 152-157.
53. Марута Н.А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты. // Здоров'я України. 2013. № 12. С. 38-39.
54. Марута Н.О., Колядко С.П., Каленська Г.Ю., Денисенко М.М. Аддиктивный статус и ведущие стратегии совладания у больных с невротическими расстройствами и лиц общей популяции: сравнительный аспект. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2016. Т. 7, № 4. С. 501-511.
55. Мельник В.О. Аналіз сучасного стану психічних та поведінкових розладів, пов'язаних з патологічним використанням комп'ютеру та Інтернет-мережі. // Психічне здоров'я. 2011. № 1(30). С. 22-25.
56. Мельник В.О. Використання психофармакотерапії в комплексному лікуванні осіб з комп'ютерною залежністю. // Загальна патологія та патологічна фізіологія. 2012. Т. 7, № 4. С. 74-81.
57. Мельник В.О. Использование метода мотивационного тренинга в коррекции компьютерной зависимости у подростков. // Медична психологія. Харків. 2013. № 1. С. 36-40.
58. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. Спб.: Речь, 2007. 768 с.
59. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) // Вестник клинической психологии. 2003. №2. Т.1. С.153-158.

60. Метелкина Л.П., Верещагин Н.В. Современные аспекты диагностики аномалии и деформации позвоночной артерии. // *Нейрохирургия*. 2005. № 4. С. 7-12.
61. Мицкевич В.А. Патология шейного отдела позвоночника. Нестабильность шейного отдела позвоночника. // *Международный неврологический журнал*. 2005. № 2. С. 48-54.
62. Мунтян П. Вид компьютерной аддикции: зависимость от компьютерных игр : хрестоматия. ; сост. К. В. Сельченко. Минск : Харвест, 2005. 592 с.
63. Некрасова Н.О. Діагностика вертебро-базиллярної недостатності у осіб молодого віку: принципи та досвід клініко-інструментальної верифікації її спондилогенного походження. // *Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини»*. 2018. Т. 18, № 2 (62). С. 84-89.
64. Некрасова Н.О. Патологічні зміни хребта у шийному відділі у хворих молодого віку зі спондилогенними порушеннями кровообігу. // *Університетська клініка. Мультиморбідність і коморбідність у поліпрофільній лікарні : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 22 травня 2020 р. – Харків : Стиль-Издат, 2020. С. 65-67*
65. Нефёдов А.Ю. Патогенез и диагностика спондилогенной недостаточности кровообращения в вертебрально-базиллярной системе. Новые подходы к лечению. Дисс. ... д-ра мед. наук / А.Ю. Нефёдов. М., 2005. 24 с.
66. Осуховская Е.С. Адаптационные расстройства у мужчин и женщин, страдающих патологической склонностью к азартным играм. // *Психічне здоров'я*. 2012. № 1. С. 76-81.
67. Осуховская Е.С. Диагностика и этиопатогенез игровой зависимости (обзор литературы). // *Архів психіатрії*. 2009. № 4 (59). С. 59-63.
68. Осуховська О.С., Аймедов К.В. Дослідження розповсюдженості та особливостей залежності від азартних ігор як форми нехімічної аддикції серед громадян України. // *Архів психіатрії*. 2010. Т.16, №1. С. 58-63.

69. Путилина М.В., Гришин Д.В. Синдром позвоночной артерии: диагностика и комплексная терапия. // Фарматека. 2010. №20. С. 39-44.
70. Ревенок О.А., Аймедов К.В., Корошніченко Д.М. Адиктивна коморбідність у сучасній наркологічній практиці. // Архів психіатрії. 2011. Т. 17., № 2 (65). С. 92-95.
71. Саглам Ф.А. Педагогические условия коррекции Интернет-аддикции у подростков: автореф. дис...канд. пед. наук. Казань, 2009. 23 с.
72. Ситель А.Б., Кузьминов К.О., Бахтадзе М.А. Влияние дегенеративнодистрофических процессов в шейном отделе позвоночника на нарушения гемодинамики в вертебробазиллярной системе. // Мануальная терапия. 2010. № 1 (37). С. 10-21.
73. Смирнов В.В., Елисеев Н.П. Лучевая диагностика аномалий и пороков развития шейного отдела позвоночника. // Мануальная терапия. 2008. № 4 (32). С. 66-77.
74. Табачніков С.І., Харченко Є.М., Приб Г.А. та ін. Психологічні особливості осіб із залежністю від азартних ігор. // Архів психіатрії. 2010. Т. 16, № 4 (63). С. 39-43.
75. Товажнянская Е.Л., Некрасова Н.О., Марковская Е.В., Каук О.И. Нейробион – оригинальный В-витаминный комплекс с самой широкой доказательной базой при острой и хронической боли в спине. // Міжнародний неврологічний журнал. 2020. Т. 16, № 2. С. 21-25.
76. Чуканова Е.И., Ходжамжаров Б.Э., Чуканова А.С. и др. Вертебробазиллярные синдромы. // Consilium Medicum. 2014. № 2. С. 5-9.
77. Шемчук Н.В., Ошевский Д.С. О комплексном клинико-психологическом подходе к игровой зависимости. // Съезд психиатров России, 14-й: Материалы. М., 2005. С. 378.
78. Шмидт И.Р. Вертеброгенный синдром позвоночной артерии. – Новосибирск: Издатель, 2001. 299 с.

79. Шмидт И.Р. Клиника и некоторые патогенетические механизмы поражений позвоночных артерий в связи с шейным остеохондрозом. – Новокузнецк. 1967. С. 26-42.
80. Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика: монография. Днепропетровск: Пороги, 2006. 196 с.
81. Aarseth E., Bean A.M., Boonen H., Colder C.M. et al. Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD 11 Gaming Disorder proposal. // *J Behav Addict.* 2017. № 6(3). P. 267-270. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.088>
82. An open-label trial followed by a double-blind discontinuation phase. // *The Journal of Clinical Psychiatry.* 2008. № 69. P. 452-456.
83. Ang A. China takes unique steps to combat web addiction. // *USA Today.* 2005. P. 234-238.
84. Aseeva Yu.A. Kostyuk O.V. Research of psycho-emotional features of adolescents prone to addictions. // *East European Scientific Journal.* 2019. № 11 (51), part 9. P. 22-27.
85. Bae S., Hong J.S., Kim S.M., Han D.H. Bupropion shows different effects on brain functional connectivity in patients with Internet-based gambling disorder and Internet gaming disorder. // *Front Psychiatry.* 2018. №9. P. 130. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00130>
86. Baer S., Bogusz E., Green D.A. Stuck on screens: Patterns of computer and gaming station use in youth seen in a psychiatric clinic. // *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2011. Vol. 20, N 2. P. 86-95.
87. Bakken I.J., Wenzel H., Gotestam K.G., Johansson A. Internet addiction among Norwegian adults: A stratified probability sample study. // *Scand. J. Psychol.* 2009. Vol. 50, № 2. P. 121-127.
88. Bentsen L., Nygard A., Ovese C. Vascular pathology in the extracranial vertebral arteries in patients with acute ischemic stroke. // *Cerebrovasc Dis Extra.* – 2014. – № 4 (1). – P. 19-27.

89. Bipeta R., Yerramilli S.S., Karredla A.R., Gopinath S. Diagnostic stability of internet addiction in obsessive compulsive disorder: Data from a naturalistic one year treatment study. // *Innov Clin Neurosci*. 2015. №12. P. 14-23.
90. Black D.W., Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour. // *Psychiatric Services*. 1998. Vol. 49. P. 1434-1439.
91. Bostwick J.M., Bucci J.A. Internet sex addiction treated with naltrexone. // *MayoClinProc*. 2008. Vol. 83. P. 226-230.
92. Brus A. A young people's perspective on computer game addiction. // *Addiction Research & Theory*. 2013. Vol. 21, № 5. P. 365-375.
93. Byun S., Ruffini C., Mills J.E. et al. Internet addiction: Metasynthesis of 1996–2006. Quantitative Research. // *Cyberpsychology & Behavior*. 2009. Vol. 12, № 2. P. 122-129.
94. Caplan S.E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. // *Computers in Human Behavior*. 2002. Vol. 18, № 5. P. 553-575.
95. Carbonell X., Guardiola E., Beranuy M., Belles A. A bibliometric analysis of the scientific literature on Internet, video games, and cell phone addiction. // *J. Med. Library Assoc*. 2009. Vol. 97, № 2. P. 102-107.
96. Christakis D.A. Internet addiction: a 21st century epidemic? // *BMC Med*. 2010. Vol. 8. P. 61.
97. Sartorius N., Holt R. I. G., Maj M. Comorbidity of Mental and Physical Disorders. // *Key Issues in Mental Health*. Basel : Karger, 2015. Vol. 179. 188 p. DOI: 10.1159/000366509.
98. Compter A., Kappelle L.J., Algra A., Vander H.B. Worp Nonfocal symptoms are more frequent in patients with vertebral artery than carotid artery stenosis. // *Cerebrovasc Dis*. 2013. № 35 (4). P. 378-384.
99. Conrad B. What percentage of teens and children are addicted to video games? Available at: <http://www.techaddiction.ca/child-video-game-addiction.html>
100. Cunningham-Williams R.M., Cottier L.B., Compton W.M et al. Taking

chances: problem gamblers and mental health disorders: results from the St Louis Epidemiological Catchment Area study. // *Ara J. Public Health*. 1998. № 88. P. 1093-1096.

101. Custer R.L. Profile of the pathological gambler. // *J. Clin. Psychiatry*. 1984. V. 45. № 12. Vol. 2. P. 35-38.

102. Dale J.T., Gelaye B.S, Yemane B. et. al. Terasaki Anger expression, violent behavior, and symptoms of depression am on gmale college students. // *BMC Public Health*. 2009. № 9(13). P. 1-25.

103. Kardefelt-Winther D. A critical account of DSM-5 criteria for internet gaming disorder. // *Addiction Research & Theory*. 2015. Vol. 23(2). P. 93-98.

104. De Berardis D., D'Albenzio A., Gambi F. et al. Alexithymia and its relationships with dissociative experiences and Internet addiction in a nonclinical sample. // *Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*. 2000. Vol. 12, № 1. P. 67-69.

105. Dell'Osso B, Hadley S, Allen A, Bake B, Chaplin WF, Hollander E. Escitalopram in the treatment of impulsive – compulsive Internet usage disorder. // *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V, 2013* Available at: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagn3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf>

106. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision DSM-IV-TR. Arlington, VA: Am. Psychiatric Ass., 1999. 1232 p.

107. Dong G., Devito E., Du X, Cui Z. Impaired inhibitory control in internet addiction disorder: A functional magnetic resonance imaging study. // *Psychresns*. 2012. Vol. 203, № 2-3. P. 153-158.

108. Dong G., DeVito E., Huang J., Du X. Diffusion tensor imaging reveals thalamus and posterior cingulate cortex abnormalities in internet gaming addicts. // *J Psychiatr Res*. 2012. P. 1212-1216.

109. Du Y., Jiang W., Vance A. Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioral therapy for Internet addiction in adolescent students in

Shanghai. // The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2010. № 44. P. 129-134.

110. Kawabe K., Horiuchi F., Ochi M., Oka Y., Ueno S. Internet addiction: Prevalence and relation with mental states in adolescents. // Psychiatry Clin Neurosci. 2016. № 70(9). P. 405-12. <https://doi.org/10.1111/pcn.12402>.

111. Fardon D.F., Williams A.L., Dohring E.J., Murtagh F.R., Gabriel Rothman S.L., Sze G.K. Lumbar disc nomenclature: version 2.0: recommendations of the combined task forces of the North American Spine Society, the American Society of Spine Radiology and the American Society of Neuroradiology. // Spine J. 2014. № 14. P. 2525-2545.

112. Foddy A. Liberal Account of Addiction. // Philosophy, Psychiatry and Psychology. 2017. Vol. 17 (1). P. 1-22.

113. González-Bueso V., Santamaría J.J., Fernández D., Merino L., Montero E., Jiménez-Murcia S., Del Pino-Gutiérrez A., Ribas J. Internet Gaming Disorder in Adolescents: Personality, Psychopathology and Evaluation of a Psychological Intervention Combined With Parent Psychoeducation. // Front Psychol. 2018. № 9. P. 787. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00787>

114. Griffiths M.D., Hunt N. Computer game playing in adolescence: prevalence and demographic indicators. // Journal of Community and Applied Social Psychology. 1995. № 5. P. 189-194.

115. Griffiths M. D. Internet addiction: does it really exist? // Psychol. Inter, intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications. 1998. № 4. P. 61-75.

116. Griffiths M., Hunt N. Dependence on computer games by adolescents. // Psychological Reports. 1998. № 82. P. 475-480.

117. Griffiths M. Psychology of computer use: some comments on "addictive use of the internet" by Young. // Psychological reports. 1997. V. 80. P. 181-182.

118. Griffiths M.D. Does Internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence. // CyberPsychology Behavior. 2000. Vol. 3, N 2. P. 211-218.

119. Griffiths M.D. Internet «addiction»: an issue for clinical psychology? // Clin. Psychology Forum. 1996. № 5. P. 32-33.

120. Griffiths M.D. Internet addiction – time to be taken seriously? // *Addiction Research*. 2000. № 8 (5). P. 413-18.

121. Malinauskas R., Malinauskiene V. A meta-analysis of psychological interventions for Internet/smartphone addiction among adolescents. // *J Behav Addict*. 2019. Vol. 1, № 8(4). P. 613-624. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.72>.

122. Han D.H., Hwang J.W., Renshaw P.F. Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction // *Exper. Clin. Psychopharmacol*. 2010. Vol. 18, N 4. P. 297–304.

123. Han D.H., Hwang J.W., Renshaw P.F. Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. // *Exp Clin Psychopharmacol*. 2010. № 18(4). P. 297-304. <https://doi.org/10.1037/a0020023>

124. Han D.H., Renshaw P.F. Bupropion in the treatment of problematic online game play in patients with major depressive disorder. // *J Psychopharmacol*. 2012. № 26(5). P. 689-696. <https://doi.org/10.1177/0269881111400647>

125. Han D.H., Lee Y.S., Na C., Ahn J.Y., Chung U.S., Daniels M.A., Haws C.A., Renshaw P.F. The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity. // *Comprehensive Psychiatry*. 2009. P. 251-256.

126. Hinic D. Problems with Internet addiction diagnosis and classification // *Psychiatria Danubina*. 2011. Vol. 23, № 2. P. 145-151

127. Hinic D., Mihajlovic G., Đukic-Dejanovic S. Internet addiction in relation to cognitive or somatic depression symptoms. // *J. Cogn. Behav. Psychother*. 2010. Vol. 10, № 2. P. 187-197.

128. Hou H., Jia S., Hu S. et al. Reduced striatal dopamine transporters in people with internet addiction disorder. // *J Biomed Biotechnol*. 2012. [https://doi: 10.1155/2012/854524](https://doi.org/10.1155/2012/854524).

129. Huang X., Zhang H., Li M. et al. Mental health, personality, and parental rearing styles of adolescents with Internet addiction disorder *Cyber Psychology*. // *Behav. Soc. Networking*. 2010. Vol. 13, № 4. P. 401-406.

130. Jacobson D. Presence revisited: imagination, competence, and activity in

text-based virtual worlds. // *CyberPsychology & Behavior*. 2001. № 4. P. 653-673.

131. Jäger S., Müller K.W., Ruckes C., Wittig T., Batra A., Musalek M., Mann K., Wölfling K., Beutel M.E. Effects of a manualized short-term treatment of internet and computer game addiction (STICA): study protocol for a randomized controlled trial. // *Trials*. 2012. № 13. P. 43. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-43>

132. Jovic J., Đindić N. Influence of dopaminergic Internet addiction // *Acta Med. Med.* 2011. Vol. 50, N 1. P. 60-66.

133. Boumosleh J.M., Jaalouk D. Depression, anxiety, and smartphone addiction in university students- A cross sectional study. // *PLoS One*. 2017 Aug 4;12(8):e0182239. doi: 10.1371/journal.pone.0182239.

134. Karaiskos D., Tzavellas E., Balta G., Paparrigopoulos T. Social network addiction : a new clinical disorder? // *European Psychiatry*. 2010. Vol. 25, Suppl. 1. P. 855.

135. Kim J.U. The effect of a R/T group counseling program on the Internet addiction level and self-esteem of Internet addiction university students. // *Int J Real Ther*. 2008. № 27. P. 4-12.

136. Kim K., Ryn G., Chon M. Y., Yeun G. I., Choi S. Y., Seo Y. S., Nam B. W. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: Agnestionnaire survey. // *International Jornal of Narsing Stadies*. 2006. № 43 (2). P. 185-92.

137. Kim S.H., Baik S.H., Park C.S. et al. Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with Internet addiction. // *Neuroreport*. 2011. Vol. 22, N 8. P. 407-411.

138. Kim S.M., Han D.H., Lee Y.S. Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic online game play in adolescents with major depressive disorder. // *Comput Hum Behav*. 2012. № 28. P. 1954-1959.

139. King D.L., Delfabbro P.H., Griffiths M.D., Gradisar M. Assessing clinical trials of Internetaddiction treatment: a systematic review and consort evaluation // *Clin. Psychol. Rev*. 2011. Vol. 31, N 7. P. 1110-11106.

140. Koo C., Wati Y., Lee C.C., Oh H.Y. Internet-addicted kids and South Korean government efforts: Boot-camp case. // *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2011. № 14. P. 391-394. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0331>
141. Krayenbuhl H., Yasargil M.G. Die vascularen Erkrankungen im Gebiet der Arteria vertebralis und Arteria basilaris. Stuttgart. 1957. 246 p.
142. Krishnan P., Kartikueyan R., Patel S. M. Ponticulus posticus: An anatomical curiosity with clinical implications. // *Neurol India*. 2015. № 63 (5). P. 805-6.
143. Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C. et al. Cognitive treatment of pathological gambling. // *Journal of Nervous and mental Disease*. 2001. Vol. 189. P. 774-780.
144. Ladouceur R., Mayrand M. et al. Illusion of control effects of participation and involvement. // *J. Psychol*. 1984. Vol. 117. P. 47-52.
145. Lam L.T., Peng Z., Mai J., Jing J. The association between internet addiction and self-injurious behaviour among adolescents. *Injury Prevention*. // *J. Int. Soci. Child Adolesc. Injury Prevention*. 2009. Vol. 15, № 6. P. 403-408.
146. Lam L.T., Zi-wen P., Jin-cheng M., Jin J. Factors associated with Internet addiction among adolescents. // *CyberPsychology Behav*. 2009. Vol. 12, № 5. P. 551-555.
147. Lee H. A new case of fatal pulmonary thromboembolism associated with prolonged sitting at computer in Korea. // *Yonsei Med. J*. 2004. Vol. 45, № 2. P. 349-351.
148. Lee H.W., Choi J.S., Shin Y.C. et al. Impulsivity in internet addiction: a comparison with pathological gambling. // *CyberPsychology Behav. Soc. Networking*. 2012. Vol. 15, № 7. P. 373–377.
149. Leshner A.T. Drug abuse and addiction treatment research. The next generation. // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1997. Vol. 54, № 8. P. 691-694.
150. Lin F., Zhou Y., Du Y. et al. Abnormal white matter integrity in adolescents with internet addiction disorder: a tract-based spatial statistics study. // *PLoS One*. 2012. Vol. 7, № 1. e30253. PMC3256221
151. Liu Q.X., Fang X.Y., Yane N., Zhou Z.K., Yuan X.J., Lan J., Liu C.Y. Multi-family group therapy for adolescent internet addiction: Exploring the underlying

mechanisms. // *Addict Behav.* 2016. № 42. P. 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.021>

152. Lu V.M., Mobbs R.J., Fang B., Phan K. Clinical outcomes of locking stand-alone cage versus anterior plate construct in two-level anterior cervical discectomy and fusion: a systematic review and meta-analysis. // *Eur Spine J.* 2019. № 28. P. 199-208.

153. Maezono M., Nakayama H., Mihara S. The situation and countermeasure in Korea. // *Jpn J Psychiatr Treat.* 2014. № 29. P. 1205-1211.

154. Markova M.V., Markov A.R., Savina M.V., Abdriakhimova T.B., Muharovska I.R., Gaponov K.D. Medical and psychological consequences of using on-screen technologies of informational and psychological influence: analysis of the problem // *Wiadomosci lekarskie.* 2019. № 72 (10). P. 2040-2045.

155. Mazhari S. Association between problematic Internet use and impulse control disorders among Iranian university students // *CyberPsychology Behavior & Social Networking.* 2012. Vol. 15, № 5. P. 270-273.

156. Montag C., Kirsch P., Sauer C. et al. The role of the CHRNA4 gene in Internet addiction: a case-control study. // *J. Addict. Med.* 2012. Vol. 6, N 3. P. 191-195.

157. Montel S., Ducroz E., Davidson C. Impulsivity and internet gambling: What is the link, A preliminary study. // *Addict Disord Treat.* 2014. № 13. P. 190-8.
DOI:<https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000035>

158. Murali V., George S. Lost online: an overview of Internet addiction. // *Adv Psychiatr Treat.* 2007. № 13. P. 24-30.

159. Orzack M.H. Computer Addiction: What is it? // *Psychiatric Association.* 1999. Vol 16, № 8. P. 34-38.

160. Orzack M.N., Dosne C.P. Computer addiction. // *Medicina (B Aires).* 2012. № 72(4). P. 353-5.

161. Orzack M.H. How to recognize and treat computer.com addiction. // *Clin. Counseling Psychol.* 1999. Vol. 9. № 2. P. 124-130.

162. Orzack M.N., Shaw M., Black D.W. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. // *CNS Drugs.* 2008. № 22(5). P. 353-65. doi: 10.2165/00023210-200822050-00001.

163. Orzack M.N. Computer addiction. // *Psychiatric Times*.1998. № 15 (8). P. 134–138.
164. Orzack M.H., Orzack D.S. Treatment of computer addicts with complex co-morbid psychiatric disorders // *Cyberpsychology Behav. Impact Internet, Multimedia Virtual Reality Behav. Soci.* 1999. Vol. 2, № 5. P. 465-473.
165. Ozcinar Z. The relationship between Internet addiction and communication, educational and physical problems of adolescents in North Cyprus. // *Austr. J. Guidance Counselling*. 2011. Vol. 21, № 1. P. 22-32.
166. Panova T., Carbonell X. Is smartphone addiction really an addiction? // *J Behav Addict*. 2018. Vol. 1, № 7(2). P. 252-259. doi: 10.1556/2006.7.2018.49.
167. Park J.H., Lee Y.S., Sohn J.H., Han D.H. Effectiveness of atomoxetine and methylphenidate for problematic online gaming in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. // *Hum Psychopharmacol*. 2016. № 31(6). P. 427-432. <https://doi.org/10.1002/hup.2559>
168. Peele S. The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation. Lexington. // Lexington. 1985. P. 52-56.
169. Pies R. Should DSM-V Designate «Internet Addiction» a Mental Disorder? // *Psychiatry (Edgmont)*. 2009. Vol. 6, № 2. P. 31-37.
170. Piurkutu A. Potraukini sutrikimal klinika, etiopatogenezn, gydymas. Vilnius. 2000. S. 23-27.
171. Rose P., Segrist D.J. Difficulty identifying feelings, distress tolerance and compulsive buying: Analyzing the associations to inform therapeutic strategies. // *Int J Ment Health Addict*. 2012. №10. P. 927-935. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9389-y>
172. Rudy I.S., Poulos A., Owen L. et al. The correlation of radiographic findings and patient symptomatology in cervical degenerative joint disease: a cross-sectional study. // *Chiropr Man Therap*. 2015. № 23. P. 9.
173. Sussman C.J., Harper J.M., Stahl J.L., Weigle P. Internet and Video Game Addictions: Diagnosis, Epidemiology, and Neurobiology. // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018. № 27(2). P. 307-326.

174. Sattar P., Ramaswamy S. Internet gaming addiction. // *Can J Psychiatry*. 2004. № 49. P. 869-870.
175. Schoenfeld A.J., George A.A., Bader J.O., Caram P.M.Jr. Incidence and epidemiology of cervical radiculopathy in the United States military: 2000 to 2009. // *J Spinal Disord Tech*. 2012. № 25. P. 17-22.
176. Scimeca G., Bruno A., Cava L., Pandolfo G., Muscatello M.R.A., Zoccali R. The relationship between alexithymia, anxiety, depression and internet addiction severity in a sample of Italian school students. // *Sci World J*. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1155/2014/504376>
177. Shaffer H.J., Hall M.N., Vander B.J. «Computer addiction»: a critical consideration. // *Am. J. Orthopsychiatry*. 2000. Vol. 70, № 2. P. 162-168.
178. Shapira N.A., Goldsmith T.D., Keck Jr.P.E. et al. Psychiatric features of individuals with problematic Internet use. // *J. Affect. Dis*. 2000. Vol. 57. P. 267-272.
179. Shapira N.A., Lessig M.C., Goldsmith T.D. et al. Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. // *Depress. Anxiety*. 2003. Vol. 17, № 4. P. 207-216.
180. Shek D.T.L., Tang V.M.Y., Lo C.Y. Evaluation of an internet addiction treatment program for Chinese adolescents in Hong Kong. // *Adolescence*. 2009. № 44. P. 359-373.
181. Stieger S., Burger C. Implicit and explicit self-esteem in the context of internet addiction. // *Cyberpsychol. Behav. Soci. Networking*. 2010. Vol. 13, № 6. P. 681-688.
182. Stone R. Science in society. China reins in wilder impulses in treatment of «Internet addiction». // *Science*. 2009. № 324. P. 1630-1631. https://doi.org/10.1126/science.324_1630
183. Su W., Fang X., Miller J.K., Wang Y. Internet-based intervention for the treatment of online addiction for college students in China: A pilot study of the healthy online self-helping center. // *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2011. № 14. P. 497-503. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0167>

184. Swaminath G. Internet addiction disorder: Fact or Fad? Nosing into Nosology. // *Indian J. Psychiatry*. 2008. Vol. 50, № 3. P. 158-160.
185. Thorens G., Achab S., Billieux J., Khazaal Y., Khan R., Pivin E., Gupta V., Zullino D. Characteristics and treatment response of self-identified problematic internet users in a behavioral addiction outpatient clinic. // *J Behav Addict*. 2014. № 3(1). P. 71-81. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.008>
186. Torres-Rodríguez A., Griffiths M.D., Carbonell X. The treatment of internet gaming disorder: a brief overview of the pipatic program. // *Int J Ment Health Addict*. 2017. № 16(4). P. 1000-1015. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9825-0>
187. Tsai H.F., Cheng S.H., Yeh T.L. et al. The risk factors of Internet addiction – a survey of university freshmen // *Psychiatr. Res*. 2009. Vol. 167, № 3. P. 294-249.
188. Twohig M.P., Crosby J.M. Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic internet pornography viewing. // *Behav Ther*. 2010. № 41. P. 285-295. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.06.002>
189. Van Rooij A. J., Schoenmakers T.M., Van de Mheen D. Clinical validation of the C-VAT 2.0 assessment tool for gaming disorder: A sensitivity analysis of the proposed DSM-5 criteria and the clinical characteristics of young patients with 'video game addiction'. // *Addictive Behaviors*. 2015. Vol. 64. P. 269-274.
190. Volberg R. A. The prevalence and demographics of pathological gambling: Implication for public health. // *American J. of Public Health*. 1994. Vol. 84. P. 237-241.
191. Weinstein A., Lejoyeux M. Internet addiction or excessive internet use. // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 2010. Vol. 36, № 5. P. 277-283.
192. Wieland D.M. Computeraddiction: implications for nursing psychotherapy practice. // *Perspect. Psychiatric Care*. 2005. Vol. 41, № 4. P. 153-161.
193. Winkler A., Dörsing B., Rief W., Shen Y., Glombiewski JA. Treatment of internet addiction: a meta-analysis. // *Clinical Psychology Review*. 2013. № 33(2). P. 317-329. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.005>
194. Wölfling K., Beutel M.E., Dreier M., Müller K.W. Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-

behavioral therapy program. // Biomed Res Int. 2014. 425924.
<https://doi.org/10.1155/2014/425924>

195. YAng K. Diagnoz – Internet-zavisimost' [Diagnosis – Internet-addiction]. // Mir Internet. 2000. № 2. P. 24-29.

196. Yen J.Y., Ko C.H., Yen C.F. et al. The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. // J. Adolesc. Health. 2007. Vol. 41, № 1. P. 93-98.

197. Yen J.Y., Yen C.F., Chen C.C., Chen S.H., Ko C.H. Family factors of Internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. // Cyberpsychology & Behavior. 2007. № 10. P. 323-329.
<https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9948>

198. Yoo H., Cho S., Ha J. et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and Internet addiction. // Psychiatr. Clin. Neurosci. 2004. Vol. 58. P. 487-494.

199. Young K.S. Caught in the net: how to recognize the signs of Internet addiction – and a winning strategy for recovery. // Canada, 1998. 248 p.

200. Young K.S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorders. // CyberPsychology and Behavior. 1998. № 1 (3). P. 237-244.

201. Young K.S., Anderson E.L.; Steen E.; Stavropoulos V. Internet use and Problematic Internet Use: A systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. // International Journal of Adolescence and Youth. 2017. № 22 (4). P. 430-454.

202. Young K.S. Psychology of computer use: Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. // Psychol. Rep. 1996. Vol. 79, № 3. P. 899-902.

203. Young K.S., Rogers R. The relationship between depression and Internet addiction. // CyberPsychol. Behav. 1998. Vol. 1. P. 25-28.

204. Young K.S. CBT-IA: The first treatment model for internet addiction. // J Cogn Psychother. 2011. № 25. P. 304-312. <https://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.4.3>

205. Young K.S. Cognitive behavior therapy with Internet addicts: Treatment outcomes and implications. // Cyberpsychology & Behavior. 2007. № 10. P. 671-679.

206. Young K.S. Internet addiction: A handbook and guide to evaluation. // Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2010. 311 p.
207. Young K. Psychology of computer use: XL. Addictive use of the internet: a case that breaks the stereotype. // Psychological Reports. 1996. № 79. P.899-902.
208. Yuan K., Qin W., Wang G. et al. Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder. // Plos One. 2011. Vol. 6, № 6. P. 207-208.
209. Zajac K, Ginley MK1, Chang R, Petry NM. Psychol Addict Behav. Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. Psychol Addict Behav. 2017. № 31(8). P. 979-994. <https://doi.org/10.1037/adb0000315>

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // **ScienceRise: Medical Science**. 2018. №7 (27). С. 59-62.
2. Starodubtseva Yu. Clinical phenomenology of adaptation disorders in people with computer dependency. // **Journal of Education, Health and Sport**. 2018. № 8 (11). P. 852-856.
3. Стародубцева Ю.А. Комплексний підхід до терапії розладів адаптації, пов'язаних із комп'ютерною залежністю // **Архів психіатрії**. 2019. Том 25, №3 (98). С. 155-160.
4. Стародубцева Ю.А. Клініко-патопсихологічна та психодіагностична специфіка розладів адаптації, коморбідних із комп'ютерною адикцією. // **Медицина сьогодні і завтра**. 2019. № 4 (85). С. 101-106.
5. Стародубцева Ю.А. Психосвіта в системі комплексної терапії комп'ютерній залежності // **Медицина сьогодні і завтра** 2020. № 3(88). С. 96-100.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Стародубцева Ю.А. Влияние социальных сетей на психику у лиц молодого возраста // Материали IV міжнародної науково-практичної конференції студентів і молодих учених «Наука и медицина: современный взгляд молодежи», г. Алматы, 20-21 апреля 2017 р.: тезиси доклада. – Алматы. 2017. С. 359.
7. Стародубцева Ю.А. Гендерные особенности формирования зависимости от социальных сетей у лиц молодого возраста. // Материали V Міжнародної науково-практичної конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я», м. Харків, 20-21 квітня 2017 р.: тези доповідей. – Харків. 2017. С.169-170.

8. Стародубцева Ю.А. Комп'ютерна залежність у осіб молодого віку в сучасних умовах. // Всеукраїнської конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання нейронаук», м. Харків, 26 квітня 2017 р.: тези доповідей. – Харків. 2017. С. 66.
9. Leshchyna I., Kozhyna H., Markova M., Starodubtseva Yu., Koshchii V. Modern features of adaptation disorders in people with computer addiction. // 27th European Congress of Psychiatry – 2019, Poland, April 2019.: – Abstracts in the journal of the European psychiatric association, April, 2019, Vol. 56. EPA. Warsaw, Poland, April, 2018. S. 289. (автором особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних)
10. Starodubtseva Yu. Clinical features of adaptation disorders in people with computer dependency. // Abstract book "International Scientific Interdisciplinary Conference", Kharkiv, 18-20.09.2019. : abstract – Kharkiv, 2019. P. 203-204.
11. Кожина Г.М., Стародубцева Ю.А. Психотерапія розладів адаптації пов'язаних з комп'ютерною залежністю // Психологічне консультування та психотерапія: виклики сучасності, м. Харків, 15-16 листопада 2019 р.: – матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Харків. 2019. С. 51-54. (автором особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки)
12. Kozhyna H., Zelenska K., Starodubtseva Yu. The structure of computer addiction in young people // Problèmes et perspectives d'introduction de la recherche scientifique innovante : Sur les matériaux de la conférence scientifique et pratique internationale, Bruxelles, Belgique, 29 Novembre 2019 : collection of scientific papers / European Scientific Platform. Bruxelles. 2019. Vol. 3. P. 86-87. (автором особисто проведена інтерпретація результатів та сформульовані висновки дослідження)
13. Кожина Г.М., Стародубцева Ю.А. Психотерапія, як один з основних компонентів комплексної терапії розладів адаптації пов'язаних з комп'ютерною залежністю // Сучасні психологічні тенденції підтримки та

відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика: матеріали міждисциплінарної науково-практичної конференції, м. Харків, 13-14 грудня 2019 р.: – матеріали міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції. Харків. 2019. С. 44-45. (автором особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено та проаналізовано емпіричний матеріал)

14. Kozhyna H., Zelenska K., Starodubtseva Y. Clinical-psychopathological features of adaptation disorders in people with computer dependence // Die wichtigsten vektoren für die entwicklung der wissenschaft im jahr 2020 : zu den materialien internationalen wissenschaftlich-praktischen Konferenz Luxembourg, Grand Duchy of Luxembourg, 24 Januar 2020 : collection of scientific papers / European Scientific Platform. – Luxembourg. 2020. Band 1. S. 88-89. (автором особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки)
15. Psychoeducation in the structure of therapy for computer-related dependence disorders / H. Kozhyna, Y. Starodubtseva, K. Zelenska, T. Radchenko, V. Koshchii // The journal of the European psychiatric association. 2020. Vol. 63s. S. 228-229. (дисертантом особисто здійснено аналіз наукової літератури, підготовлено публікацію до друку)

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

16. Патент на корисну модель № 144623 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Ю.А. Стародубцева – № u202003262 ; заявл. 29.05.2020; опубл. 12.10.2020, бюл. № 19. (автором особисто розроблено методологічні засади дослідження та інтерпретація результатів)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Начальник Національного
військово-медичного клінічного центру
«Головний військовий клінічний госпіталь»
генерал-майор медичної служби
Казмірчук А. П.

«06» 04 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2018 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // ScienceRise: Medical Science. 2018. №7 (27). С. 59-62.**
4. Де і коли введено: **Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь»**
5. Результати застосування методу за період **2018-2020 рр.**
Покращення якості виявлення особливостей розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження начальник клініки психіатрії
Цьоматали рол наркотичних хвороб / Цьоматали О.В.

06.04.2021р.
(дата)

[Handwritten Signature]
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Начальник Національного
військово-медичного клінічного центру
«Головний військовий клінічний госпіталь»
генерал-майор медичної служби
Казмірчук А. П.



«01» 03 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Патент на корисну модель № 144623 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Ю.А. Стародубцева – № u202003262 ; заявл. 29.05.2020; опубл. 12.10.2020, бюл. № 19.**
4. Де і коли введено: **Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь»**
5. Результати застосування методу за період **2020 р.**
Покращення якості комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості надання комплексної терапії хворим з розладами адаптації, пов'язаними з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження начальник клініки послідовної
(з накатами для наркологічних хворих) Друзь О.В.

01.03.21 р.
(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Начальник
 Національного військово-медичного
 клінічного центру «Головний
 військовий клінічний госпіталь» МО України
 генерал-майор медичної служби
 Анатолій КАЗМІРЧУК
 «22» 02. 2021 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)
Діагностика порушень адаптації у людей з комп'ютерною залежністю.
2. Ким і коли запропонований
Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки, 4, 2018 р.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)
Starodubtseva Yu. Clinical phenomenology of adaptation disorders in people with computer dependency // Inter Collegas. 2018. Vol. 5, № 4. P. 188–190.
4. Де і коли впроваджено **Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України, 2018-2020 рр.**
5. Результати застосування методу за період з **2018 по 2020.**
Покращення діагностичних заходів у людей з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувального процесу, профілактики загострень порушень адаптації у людей з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження *начальника кафедри психіатрії*
(з пам'ятки для наркологічних хворих) Друзь О.В.
 22.02.2021 р. _____
 (дата) (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань»
Злиденний Т. В.

«22» 03/2021 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2018 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // ScienceRise: Medical Science. 2018. №7 (27). С. 59-62.**
4. Де і коли впроваджено: **КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань»**
5. Результати застосування методу за період **2018-2020 рр.**
Покращення якості виявлення особливостей розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження _____

22.03.2021р
(дата)

лікар - психіатр ЧАВМС

Муромов О.Г.
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор КНП СОР
«Обласний клінічний медичний центр соціально
небезпечних захворювань»

Тарас ЗЛИДЕННИЙ

«26» _____ 2020 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)
Діагностика порушень адаптації у людей з комп'ютерною залежністю.
2. Ким і коли запропонований
Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки, 4, 2018 р.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)
Starodubtseva Yu. Clinical phenomenology of adaptation disorders in people with computer dependency // Inter Collegas. 2018. Vol. 5, № 4. P. 188–190.
3. Де і коли введено КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань» 2018-2020 рр.
- 4.
5. Результати застосування методу за період з 2018 по 2020.
Покращення діагностичних заходів у людей з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувального процесу, профілактики загострень порушень адаптації у людей з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження медичний директор КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань» Тетяна БИСТРОВА

26.10.2020р.
(дата)

Т.М. Бистрова
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського
проф. Запорожан С.Й.



09 _____ 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2018 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // ScienceRise: Medical Science. 2018. №7 (27). С. 59-62.**
4. Де і коли введено: **центр психологічного консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.**
5. Результати застосування методу за період **2018-2020 рр.**
Покращення якості виявлення особливостей розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Гусєва Стелена Павлівна

08.04.2021р.
(дата)

Гусєв
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського
проф. Запорожан С.Й.



03 20 21 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Патент на корисну модель № 144623 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Ю.А. Стародубцева – № u202003262 ; заявл. 29.05.2020; опубл. 12.10.2020, бюл. № 19.**
4. Де і коли введено: **центр психологічного консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.**
5. Результати застосування методу за період **2020 р.**
Покращення якості комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості надання комплексної терапії хворим з розладами адаптації, пов'язаними з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Гусєва Тетяна Іванівна

15.03.2021р.
(дата)

Гусєв
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
Комунального некомерційного підприємства
«Тернопільська обласна комунальна
клінічна психоневрологічна лікарня»
Тернопільської обласної ради

Шкробот В.В.
2021 р.
В.В. Шкробот



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2018 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // ScienceRise: Medical Science. 2018. №7 (27). С. 59-62.**
4. Де і коли введено: **КНП «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР**
5. Результати застосування методу за період **2018-2020 рр.**
Покращення якості виявлення особливостей розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження *завідувача з відділенням*

Стародубцев О.В.

25.03.21

(дата)

AS

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
Комунального некомерційного підприємства
«Тернопільська обласна комунальна
клінічна психоневрологічна лікарня»
Тернопільської обласної ради

Шкробот В.В.

«17» 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Патент на корисну модель № 144623 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Ю.А. Стародубцева – № u202003262 ; заявл. 29.05.2020; опубл. 12.10.2020, бюл. № 19.**
4. Де і коли введено: **КНП «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОВ**
5. Результати застосування методу за період **2020 р.**
Покращення якості комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості надання комплексної терапії хворим з розладами адаптації, пов'язаними з комп'ютерною залежністю.
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

завідуючого 7 фізлікування
Саручак О.В.

17.02.21 р.
(дата)

[Підпис]
(підпис)



Генеральний директор
Комунального некомерційного підприємства
«Тернопільська обласна клінічна
психоневрологічна лікарня»
Тернопільської обласної ради

Шкробот В.В.

«27» 10 2020 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)
Діагностика порушень адаптації у людей з комп'ютерною залежністю.
2. Ким і коли запропонований
Харківський національний медичний університет, м. Харків,
пр. Науки, 4, 2018 р.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)
Starodubtseva Yu. Clinical phenomenology of adaptation disorders in people with computer dependency // Inter Collegas. 2018. Vol. 5, № 4. P. 188–190.
4. Де і коли впроваджено комунальне некомерційне підприємство
«Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня»
Тернопільської обласної ради, 2018-2020 рр.
5. Результати застосування методу за період з 2018 по 2020.
Покращення діагностичних заходів у людей з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості лікувального процесу, профілактики загострень порушень адаптації у людей з комп'ютерною залежністю.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження

27.10.2020р.
(дата)

завідувача Ф.Віслюк
Старуцка О.В.
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
 Комунального підприємства
 «Обласний заклад з надання
 психіатричної допомоги
 Полтавської обласної ради»
 Погорілко О.В.
 « 25 » 03 20 21 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Патент на корисну модель № 144623 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Ю.А. Стародубцева – № u202003262 ; заявл. 29.05.2020; опубл. 12.10.2020, бюл. № 19.**
4. Де і коли впроваджено: **Комунальне підприємство «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради»**
5. Результати застосування методу за період **2020 р.**
Покращення якості комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості надання комплексної терапії хворим з розладами адаптації, пов'язаними з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

В.О. Яценко

 25.03.2021
 (дата)

Кабачук

 (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Головного лікаря
 Комунального підприємства
 «Обласний заклад з надання
 психіатричної допомоги
 Полтавської обласної ради»
 Погорілко О.В.
 «02» 03 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2018 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // ScienceRise: Medical Science. 2018. №7 (27). С. 59-62.**
4. Де і коли впроваджено: **Комунальне підприємство «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради»**
5. Результати застосування методу за період **2018-2020 рр.**
Покращення якості виявлення особливостей розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

02.03.2021

(дата)

(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Навчально-наукового медичного комплексу
«Університетська клініка»

Мальцев А. В.

«23» березня 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2018 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // ScienceRise: Medical Science. 2018. №7 (27). С. 59-62.**
4. Де і коли впроваджено: **Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка»**
5. Результати застосування методу за період **2018-2020 рр.**
Покращення якості виявлення особливостей розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Керівник центру психосоматики та психологічної реабілітації

23 березня 2021 р.
(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

МЕДИЧНИЙ КОМПЛЕКС
УНІВЕРСИТЕТСЬКА

Директор

Навчально-наукового медичного комплексу

«Університетська клініка»

Мальцев А. В.

« 11 » Березня 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Патент на корисну модель № 144623 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Ю.А. Стародубцева – № u202003262 ; заявл. 29.05.2020; опубл. 12.10.2020, бюл. № 19.**
4. Де і коли введено: **Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка»**
5. Результати застосування методу за період **2020 р.**
Покращення якості комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості надання комплексної терапії хворим з розладами адаптації, пов'язаними з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Керівник центру
психосоціалки та психологічної реабілітації

11 Березня 2021р.
(дата)

[Підпис]
(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Президент
Благодійної організації
«Харківський благодійний
фонд «Благо»»
Казусь В. М.

« 12 » 03 20 21 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2018 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // ScienceRise: Medical Science. 2018. №7 (27). С. 59-62.**
4. Де і коли впроваджено: **Центр денного перебування «Компас» Благодійної організації «Харківський благодійний фонд «Благо»»**
5. Результати застосування методу за період **2018-2020 рр.**
Покращення якості виявлення особливостей розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Казусь В. М.

Верхівська Ірина Валентівна

12.03.2021 р.
(дата)

Ірина Валентівна
(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Президент
Благодійної організації
«Харківський благодійний
фонд «Благо»»
Казусь В. М.

«24» 02 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Патент на корисну модель № 144623 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Ю.А. Стародубцева – № u202003262 ; заявл. 29.05.2020; опубл. 12.10.2020, бюл. № 19.**
4. Де і коли впроваджено: **Центр денного перебування «Компас» Благодійної організації «Харківський благодійний фонд «Благо»»**
5. Результати застосування методу за період 2020 р.
Покращення якості комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості надання комплексної терапії хворим з розладами адаптації, пов'язаними з комп'ютерною залежністю.
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Авետика О.В.
Резісвієк ЧДБ «Компас» ХНМУ «Благо»

24.02.2021 р.

(дата)

Авետика О.В.
(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
ДУ «Луганський обласний
наркологічний диспансер»

(м. Лисичанськ)

Овчаренко М.О.

« 01 » 04 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Патент на корисну модель № 144623 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Ю.А. Стародубцева – № u202003262 ; заявл. 29.05.2020; опубл. 12.10.2020, бюл. № 19.**
4. Де і коли введено: **ДУ «Луганський обласний наркологічний диспансер»**
5. Результати застосування методу за період **2020 р.**
Покращення якості комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості надання комплексної терапії хворим з розладами адаптації, пов'язаними з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

Заступник головного
лікаря з медичної частини

Оксана ПРОХВАТИЛОВА

01.04.2021

(дата)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
ДУ «Луганський обласний
наркологічний диспансер»
(м. Лисичанськ)
Овчаренко М.О.

«08» 02 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2018 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // ScienceRise: Medical Science. 2018. №7 (27). С. 59-62.**
4. Де і коли впроваджено: **ДУ «Луганський обласний наркологічний диспансер»**
5. Результати застосування методу за період **2018-2020 рр.**
Покращення якості виявлення особливостей розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

Заступник головного
лікаря з медичної частини

Оксана ПРОХВАТІЛОВА

08.02.2021 р.
(дата)



ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
ДУ «Луганський обласний
наркологічний диспансер»

(м. Лисичанськ)

Овчаренко М.О.

«9» листопада 2020 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)
Діагностика порушень адаптації у людей з комп'ютерною залежністю.
2. Ким і коли запропонований
Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки, 4, 2018 р.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)
Starodubtseva Yu. Clinical phenomenology of adaptation disorders in people with computer dependency // Inter Collegas. 2018. Vol. 5, № 4. P. 188–190.
4. Де і коли впроваджено ДУ «Луганський обласний наркологічний диспансер» (м. Лисичанськ), 2018-2020 рр.
5. Результати застосування методу за період з 2018 по 2020.
Покращення діагностичних заходів у людей з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості лікувального процесу, профілактики загострень порушень адаптації у людей з комп'ютерною залежністю.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження

Заступник головного лікаря з медичної частини

О.В. Прохватолова

9 листопада 2020 р.
(дата)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор
 Комунального некомерційного підприємства
 Луганської обласної ради
 «Центр психічного здоров'я»
 (м. Лисичанськ)
 Овчаренко М.О.

« 10 » 02 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2018 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // ScienceRise: Medical Science. 2018. №7 (27). С. 59-62.**
4. Де і коли введено: **Комунальне некомерційне підприємство Луганської обласної ради «Центр психічного здоров'я»**
5. Результати застосування методу за період **2018-2020 рр.**
Покращення якості виявлення особливостей розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

Медичний директор

Оксана ПРОХВАТІЛОВА

10.02.2021 р.
 (дата)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

 Генеральний директор
 Комунального некомерційного підприємства
 Луганської обласної ради
 «Центр психічного здоров'я»
 (м. Лисичанськ)
 Овчаренко М.О.
 «22» 03 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Патент на корисну модель № 144623 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Ю.А. Стародубцева – № u202003262 ; заявл. 29.05.2020; опубл. 12.10.2020, бюл. № 19.**
4. Де і коли впроваджено: **Комунальне некомерційне підприємство Луганської обласної ради «Центр психічного здоров'я»**
5. Результати застосування методу за період 2020 р.
Покращення якості комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості надання комплексної терапії хворим з розладами адаптації, пов'язаними з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

Медичний директор

22.03.2021/.
(дата)



Оксана ПРОХВАТИЛОВА



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Генеральний директор
 Комунального некомерційного підприємства
 Луганської обласної ради
 «Центр психічного здоров'я»
 (м. Лисичанськ)
 Овчаренко М.О.
 «02» 11 2020 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)
Діагностика порушень адаптації у людей з комп'ютерною залежністю.
2. Ким і коли запропонований
Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки, 4, 2018 р.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)
Starodubtseva Yu. Clinical phenomenology of adaptation disorders in people with computer dependency // Inter Collegas. 2018. Vol. 5, № 4. P. 188–190.
4. Де і коли впроваджено **Комунальне некомерційне підприємство Луганської обласної ради «Центр психічного здоров'я» (м. Лисичанськ), 2019-2020 рр.**
5. Результати застосування методу за період з **2018 по 2020.**
Покращення діагностичних заходів у людей з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувального процесу, профілактики загострень порушень адаптації у людей з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

медичний директор



О.В. Прохватулова

02.11.2020р.
(дата)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

ТВО заступника командира
з медичної частини – начальника частини
Військово-медичного клінічного
центру північного регіону
Міністерства оборони України
полковник медичної служби
А. Войтович
«13» 04 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2018 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Стародубцева Ю.А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю // ScienceRise: Medical Science. 2018. №7 (27). С. 59-62.**
4. Де і коли введено: **Військово-медичний клінічний центр північного регіону Міністерства оборони України**
5. Результати застосування методу за період **2018-2020 рр.**
Покращення якості виявлення особливостей розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості діагностики розладів адаптації у осіб з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження начальник клініки психіатрії та наркології, полковник медичної служби Вагаренко Ю.М.

13.04.2021р.
(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

ТВО заступника командира
з медичної частини – начальника частини
Військово-медичного клінічного
центру північного регіону
Міністерства оборони України
полковник медичної служби
А. Войтович
«12» 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2020 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): **Патент на корисну модель № 144623 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Ю.А. Стародубцева – № u202003262 ; заявл. 29.05.2020; опубл. 12.10.2020, бюл. № 19.**
4. Де і коли впроваджено: **Військово-медичний клінічний центр північного регіону Міністерства оборони України**
5. Результати застосування методу за період 2020 р.
Покращення якості комплексної терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості надання комплексної терапії хворим з розладами адаптації, пов'язаними з комп'ютерною залежністю.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження начальник клініки психіатрії та наркології, полковник медичної служби Ладаренко Ю.М.

12.03.2021 р.
(дата)

(підпис)