

ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА КОМП'ЮТЕРНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

У статті наведено опис комп'ютерної залежності в підлітків як хвороби залежності, описано особистісні особливості підлітків, що мають комп'ютерну залежність.

Ключові слова: комп'ютерна залежність, адикція, підлітковий вік, особистість.

Дефініція "комп'ютерна залежність" (комп'юте-романія) є досить новою для сучасної психіатрії та наркології, так само, як і поведінкова залежність, яку вона визначає [1, 2]. В Україні, цей термін з'явився та увійшов до використання майже в останні десять років, з поширенням комп'ютерів та спрощенням можливості, щодо підключення нагаданих пристроїв до Інтернет-мережі [6; 10]. Але в більш розвинених країнах, з точки зору техногенних впроваджень, ця хвороблива пристрасть заявила про себе раніше [2]. Поява перших комп'ютерних адиктів не викликала масової уваги до цього нового явища і тільки з часом, коли коло залежних почало поширюватись у геометричній прогресії прямо пропорційно поширенню комп'ютерів у приватній власності населення та інформації про те, що це не є забавою, чи дитячою грою, а має всі ознаки хвороби залежності, тільки після цього суспільство звернуло увагу, науковці почали вивчати, а лікарі та психологи замислюватися про те, як подолати цей новий недуг, але й сьогодні, хвороба під назвою комп'ютероманія не включена в сучасну класифікацію існуючих хвороб (МКХ-10 та DSM-IV), що свідчить про її досить не тривалу історію виникнення, а тому й актуальну до пошуку шляхів її вирішення в сучасній площині розуміння комп'ютеро-манії, саме як хвороби – психічного та поведінкового розладу [3; 7; 8; 10]. Також не відома кількість патологічних користувачів комп'ютеру та Інтернету, як у загальному світовому масштабі, так і по окремих країнах [3; 5].

Поява Інтернету створила можливість так званого інтерактивного спілкування, поширився горизонт привабливих можливостей задоволення власних інформаційних потреб, з якими з'явилися і хворобливі ознаки безпосередньо Інтернет-залежності, це наприклад, постійне нав'язливе бажання перевіряти електронну пошту, тривале просиджування на чатах, неконтрольоване бажання пошуку та читання різного роду інформації, проходження нових все більш складних рівнів гри та багато іншого [7]. Тому, як бачимо, прояви хвороби є вельми різними, що потребує подальшого дослідження, нагляду та систематизації останніх, як формування гля для ефективної адекватної терапії, що і було метою нашої роботи.

Зазначене вище зумовлює актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Дане дослідження виконувалось з дотриманням необхідних норм і принципів біоетики та деонтології, за умови інформованої згоди протягом 2008-2012 рр. на базах клініки Одеського національного медичного університету, Одеського обласного психоневрологічного диспансеру та приватного медичного центру «Доктор Благо Плюс» обстежено 138 осіб з комп'ютерною залежністю, серед яких 73 пацієнти склали основну групу та 65 контрольну. Групи були сформовані з осіб чоловічої статі у віці від 16 до 23 років. Контингент обстежених був однорідним за базовими показниками, що дозволило вважати результати дослідження такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність.

За дослідженням встановлено, що основними проявами комп'ютерної залежності є стан коли адикт має добре самопочуття тільки за комп'ютером, в нього відмічається збільшення часу, що проводиться за комп'ютером до неможливості зупинитися, він проявляє зневагу до сім'ї та друзів, відчуває порожнечу, депресію, роздратування коли знаходиться не за комп'ютером, починає брехати працевдавцям або членам сім'ї про власну діяльність, накопичує проблеми з роботою або навчанням, відчуває постійне нав'язливе прагнення перевіряти електронну пошту, постійно знаходиться в стані передчуття наступного он-лайн сеансу, збільшує кількість грошей, що витрачаються на он-лайн дозвілля.

Обстеження виконане шляхом інтерв'ю та спостереження продемонструвало, що в клініко-психопатологічній картині комп'ютероманії переважали дисфоричність, агресивність, конфліктність, підвищена дратівливість, байдужність до навколишнього середовища та оточуючих, порушення сну, головний біль, надцінна ідея проводити час за комп'ютером та бути в он-лайн режимі, домінуюче бажання участі в різних видах віртуальної діяльності (он-лайн ігри, форуми, чати, інсталяції програм) та порушення здатності контролювати цей час, а також прояви тривоги, депресії, прагнення ухилитися від власних обов'язків, наявність «парціальної» критики, яка супроводжувалася руйнуванням внутрішньородинних стосунків, зниженням критики до явних ознак небезпечних наслідків залежності й соціальна дезадаптація.

Кількісну оцінку психопатологічних порушень з метою встановлення ефективності розроблених заходів комплексної терапії та реабілітації хворих на комп'ютерну залежність ми здійснювали з використанням стандартизованої об'єктивної рейтингової шпитальної шкали оцінки депресії (HDRS) та тривоги (HARS) результати за якою наведено в табл. 1.

Розподіл хворих на комп'ютерну залежність за даними шкали депресії (HDRS) та тривоги (HARS)

Шкали	Бали	Група			
		Основна		Контрольна	
		n	%	n	%
Депресії (HDRS)	0-7 – «норма»	0	0	0	0
	8-10 – «субклінічно виражена депресія»	19	26,03	16	24,62
	11 та вище – «клінічно виражена депресія»	54	73,97	49	75,38
Тривоги (HARS)	0-7 – «норма»	0	0	0	0
	8-10 – «субклінічно виражена тривога»	13	17,81	12	18,46
	11 та вище – «клінічно виражена тривога»	60	82,19	53	81,54
Всього:		73	100	65	100

При цьому середній бал за шкалою депресії складав $11,2 \pm 1,9$ в основній групі й $11,6 \pm 2,4$ у контрольній та за шкалою тривоги середній бал був $11,3 \pm 2,0$ в основній й $11,7 \pm 1,8$ у контрольній групі.

За допомогою вивчення сенсожиттєвих та ціннісних орієнтацій обстежених, встановлено, що для всіх обстежених характерною була відсутність цілей у житті, незадоволеність власним життям, суб'єктивна скерованість життям, відмічалась ілюзорність волі вибору у житті, безглуздість будувати плани на майбутнє, виходячи з цього, означено особливості організації сенсожиттєвих орієнтирів у осіб з комп'ютероманією, це значне звуження тимчасової перспективи, важливим виявлялося лише те, що пов'язане із комп'ютером, для всіх хворих комп'ютерна діяльність чи віртуальна реальність була найбільш значущою подією, відносно якої розверталася побудова всієї схеми життя. Отримані результати, щодо кожного з показників тесту можна побачити з таблиці 2.

Таблиця 2

Результати отримані за субшкалами тесту СЖО

Шкали	Групи	
	Основна	Контрольна
Цілі	$24,47 \pm 4,82$	$25,19 \pm 5,06$
Процес	$33,92 \pm 3,91$	$34,68 \pm 3,59$
Результат	$21,63 \pm 4,14$	$22,43 \pm 3,84$
Локус контролю Я	$17,86 \pm 2,73$	$17,21 \pm 3,16$
Локус контролю життя	$25,19 \pm 5,49$	$24,85 \pm 4,41$
Загальний показник свідомості життя	$91,32 \pm 9,56$	$88,54 \pm 11,72$

При проведенні інтерпретації даних отриманих за субшкалами з'ясовано, що за показником «цілі у житті» середній бал склав по основній групі $24,47 \pm 4,82$, а по контрольній $25,19 \pm 5,06$, бали за цією шкалою характеризують є чи відсутні у житті випробовуваного цілі щодо майбутнього, які додають життєву свідомість, спрямованість та тимчасову перспективу, отримані на обстеженому контингенті низькі бали за цією шкалою властиві людині, що живе сьогоднішнім або вчорашнім днем, але в той же час були окремі високі бали, що вказують на прожектера, плани якого не мають реальної опори в сьогоденні та не підкріплюються особистою відповідальністю за їх реалізацію.

Друга субшкала «процес життя, або інтерес і емоційна насиченість життя». Зміст шкали збігається з відомою теорією про те, що єдиний сенс життя полягає у тому, щоб жити, цей показник говорить про те, чи сприймає випробовуваний сам процес свого життя як цікавий, емоційно насичений та наповнений сенсом. Середній бал по основній групі $33,92 \pm 3,91$, контрольній $34,68 \pm 3,59$. Отримані високі бали за шкалою та низькі по інших характеризують домінування в осіб гедонізму й те, що обстежений живе сьогоднішнім днем, окремі отримані низькі бали за цією шкалою означають незадоволення власним життям у сьогоденні.

Наступна субшкала «результативність життя, або задоволеність самореалізацією». Бали за цією шкалою відображають оцінку пройденого відрізка життя, відчуття того, наскільки продуктивна та осмислена була прожита її частина. Отримані низькі бали (основна група $21,63 \pm 4,14$ і контрольна $22,43 \pm 3,84$) означають незадоволення прожитою частиною життя.

Локус контролю-Я чи Я – господар життя з отриманим низьким балом (основна група $17,86 \pm 2,73$ і контрольна $17,21 \pm 3,16$) демонструють невіру у свої сили і невміння контролювати події власного життя.

Локус контролю життя, або керування життям, з отриманими низькими балами ($25,19 \pm 5,49$ основна група, $24,85 \pm 4,41$ контрольна) засвідчують фаталізм, переконаність хворого у тому, що його життя та будь

якої людини взагалі, невідкладне свідомому контролю, що свобода вибору ілюзорна і безглуздо що-небудь загадувати на майбутнє.

Аналізуючи отримані дані та загальний показник свідомості життя, що складав $91,32 \pm 9,56$ в основній групі та $88,54 \pm 11,72$ у контрольній, можливо стверджувати, що у пацієнтів був відсутнім сенс у житті, налічував екзистенціальний вакуум, на тлі якого і формувалась адиктивна поведінка у вигляді комп'ютерної залежності, яка надавала змогу втекти до віртуального світу формалізованих стосунків, а також вони характеризувалися перекиданням відповідальності на інших, у тому числі й у родинних відносинах, спираючись на зовнішні обставини або допомогу інших осіб.

Визначення, наскільки людина відчуває себе самотньою за методикою діагностики рівню суб'єктивного відчуття самоти високу міру самоти (від 40 до 60 балів) показали 112 хворих (81,16 %), інші 26 (18,84 %) продемонстрували показник від 20 до 40 балів, тобто середній рівень самоти. Розподіл результатів по групах надано у нижченаведеній таблиці 3.

Таблиця 3

Рівень суб'єктивного відчуття самоти в обстежених комп'ютерозалежних осіб

Рівень відчуття самоти	Групи			
	Основна		Контрольна	
	n	%	n	%
Низький	0	0	0	0
Середній	15	20,55	11	16,92
Високий	58	79,45	54	83,08
Всього:	73	100	65	100

Середній баловий показник склав $48,61 \pm 10,23$ в основній групі та $46,93 \pm 9,84$ у контрольній. Тобто можливо зробити висновок, що залежні суб'єктивно відчувають себе самотньою й це враховано нами при побудові заходів, щодо надання медико-соціальної допомоги означеним особам.

Також нами вивчалась самооцінка у осіб, які страждають на комп'ютерну залежність, методикою Дембо-Рубінштейна у модифікації А.М. Пріхожана (див. таблицю 4).

Таблиця 4

Рівень самооцінки осіб з комп'ютерною залежністю

Рівень відчуття самоти	Групи			
	Основна		Контрольна	
	n	%	n	%
Низький	54	73,97	42	64,62
Середній	19	26,03	23	35,38
Високий	0	0	0	0
Дуже високий	0	0	0	0
Всього:	73	100	65	100

Дослідження самооцінки виявило низький рівень (менш 45 балів) в 96 хворих (69,57 %) та в 42 – середній (30,43 %), при цьому високий і дуже високий рівень (більш 60 балів) самооцінки не продемонстрував жодний хворий. Середній бал був по основній групі $41,36 \pm 8,92$ й по контрольній $39,74 \pm 10,37$.

Занижена самооцінка вказує на недооцінку себе та свідчить про крайнє неблагополуччя у розвитку особистості. За низькою самооцінкою можуть ховатися два абсолютно різних психологічних явища: справжня невпевненість у собі і «захисна», коли декларування (самому собі) власного невміння, відсутність здатності та тому подібне дозволяє не докладати жодних зусиль, тому після анкетування ми ще додатково інтерв'ювали хворого для визначення причин таких результатів, щоб у подальшому будувати адекватні методи психотерапевтичної допомоги.

Шкала пошуку відчуттів, що застосована для дослідження рівня потреби людини у різного роду відчуттях надала у комп'ютероманів коливання балів від 11 до 16 з середнім значення $13,2 \pm 1,6$, тобто результати, які відповідають високому рівню потреб у відчуттях, а це позначає наявність потягу, можливо, безконтрольного, до нових, «лоскочучих нерви» вражень, інформації.

Опитувальник діагностики станів агресії (Басса-Дарки) зі шкалами фізична агресія, непрямая агресія, дратівливість, негативізм, образливість, підозрілість, вербальна агресія, відчуття провини, що застосовано для визначення агресивності, як властивості особи, і агресії, як поведінкового акту, у контексті психологічного аналізу мотиваційно-споживчої сфери особистості, показав у обстежених осіб з комп'ютерною залежністю, перевищування норми індексів агресивності ($26,4 \pm 2,3$), та ворожості ($9,6 \pm 1,9$).

Анкетування «Прогноз-2», що призначено для визначення рівню стійкості до стресу дозволило виявити окремі ознаки особових порушень, а також оцінити вірогідність виникнення нервово-психічних зривів й аналіз відповідей дозволив уточнити окремі біографічні відомості, особливості поведінки та стану психічної діяльності хворих. Обробку анкети ми починали з шкали щирості, яка використовується для оцінки достовірності відповідей, для цього «ключ» накладається на заповнений реєстраційний бланк, після чого підраховується кількість мінусів, які видні у прорізах в «сітці». Отримане число відповідає значенню шкали щирості в балах, і якщо військовослужбовець отримав десять та більше балів, то дані анкети ми не використовували, а причини нещирості намагалися з'ясувати в процесі бесіди, з подальшим висновком про рівень нервово-психічної стійкості й потім проводили повторне тестування. Результати, отримані по обох групах були від 33 балів і більше (до 46 балів), що відповідає низькому рівню нервово-психічної стійкості та високої вірогідності у обстежених нервово-психічних зривів (середній бал в основній групі $40,18 \pm 5,29$ та контрольної $38,96 \pm 4,87$).

Дослідження індикатору копінг-стратегій (за Д. Амірханом у адаптації Психоневрологічного науково-дослідного інституту ім. В. М. Бехтерева) для діагностики домінантних копінг-стратегій особи, використано для оцінки у комп'ютерних аддиктив узагальненої характеристики особистості, яка впливає на різні аспекти поведінки людини та систему її взаємостосунків. За результатами індикатор копінг-стратегій для діагностики домінантних копінг-стратегій обстежених осіб, за шкалами був наступним (див. таблицю 5).

Таблиця 5

Розподіл обстежених за шкалами індикатору копінг-стратегій

Рівень	Групи					
	Основна			Контрольна		
	рішення проблем	пошук соціальної підтримки	уникнення проблем	рішення проблем	пошук соціальної підтримки	уникнення проблем
дуже низький	18	16	0	14	19	0
низький	55	51	0	51	39	0
середній	0	8	59	0	7	53
високий	0	0	14	0	0	12

Середній показник склав в основній групі: «рішення проблем» – $19,71 \pm 2,12$ балів, «пошук соціальної підтримки» – $17,96 \pm 3,27$ балів та «уникнення проблем» – $26,59 \pm 2,86$ балів. У контрольній групі середній баловий показник був за шкалою «рішення проблем» – $18,56 \pm 3,38$, «пошук соціальної підтримки» – $18,13 \pm 2,65$ й «уникнення проблем» – $26,03 \pm 3,21$.

Аналізуючи отримані результати можливо казати, що стратегія рішення проблем, тобто активна поведінкова стратегія, при якій людина прагне використовувати особові ресурси, все що є у нього, для пошуку можливих способів ефективного дозволу проблеми, комп'ютерозалежними використовується вельми слабо та неефективно. Друга стратегія, а саме пошуку соціальної підтримки, активна поведінкова стратегія, при якій людина для ефективного рішення проблеми звертається за допомогою і підтримкою до його довкілля: сім'ї, друзів, іншим осіб зустрічалася частіше, та вказувала на знижено особистісну відповідальність та невмінню керувати своїм життям та власними можливостями. Остання стратегія уникнення, поведінкова стратегія, при якій людина прагне уникнути контакту з дійсністю, реальністю, що її оточує, піти від вирішення проблем, з використанням пасивних способів уникнення, відхід в світ віртуальних стосунків та он-лайн життя, дослідженими хворими застосована у більшості виникаючих життєвих ситуації. Стратегія уникнення – одна з провідних поведінкових стратегій при формуванні дезадаптивного, псевдосовладаючої поведінки. Вона направлена на подолання або зниження дистреса людиною, яка знаходиться на нижчому рівні розвитку. Використання цієї стратегії зумовлене недостатністю розвитку особистісносередовищних копінг-ресурсів та навиків іншого активного рішення проблем. До того ж вона може носити адекватний або неадекватний характер залежно від конкретної стресової ситуації, віку і стану ресурсної системи особи.

У нормі найбільш ефективним є використання всіх трьох поведінкових стратегій, в залежності від ситуації, у деяких випадках особа може самостійно впоратися з виниклими труднощами, в інших йому потрібна підтримка тих, що оточують, у третіх він просто може уникнути зіткнення з проблемною ситуацією, заздалегідь подумавши про її негативні наслідки. За отриманими даними нами частіше виявлено

дистанціювання, самоізоляція хворих, що розглядається як неефективні стратегії поведінки, сприяючи виникненню депресії. Встановлено також, що комп'ютеро-залежні аддикти при боротьбі із стресогенними подіями вельми уразливі та використовують неадекватні стратегії, переважно самоізоляцію.

Клінічне спостереження за хворими та бесіда з ними продемонстрували, що характерними для них були також почуття невпевненості, зниження настрою, відсутність реальних життєвих перспектив. Як повідомляли хворі, практично всі відчували тривогу, тому одним із завдань дослідження було вивчення тривожності у пацієнтів, з'ясування її рівню в залежності від стадії, вивчення динаміки тривожності у різних психопатологічних станах (ігрове сп'яніння, абстиненція, період нестійкої рівноваги). У всіх опитаних зустрічалися проблеми з працевлаштуванням та навчанням, порушення стосунків у родині, взаємин з близькими та друзями, порушення інших соціальних зв'язків, звуження кола реального спілкування, сприяли постійному емоційному напруженню, переростанню реактивної тривожності в особистісну, що підтверджувалося ростом особистісної тривожності разом з ситуаційною (реактивною).

Тому важливим фактором реабілітації хворого, є його позиція щодо свого захворювання та лікування, довіра до лікарів та оточення, здатність співпрацювати із спеціалістами з метою зменшення негативних медичних, психологічних та соціальних наслідків захворювання.

Для створення ефективних програм психокорекції та реабілітації необхідною складовою є чітке уявлення спеціаліста про «мішені» психотерапевтичного та психокорекційного впливів однією з яких є позиція пацієнта щодо своєї хвороби, яка може сприяти соціальній адаптації хворого або порушувати її.

Висновки. Виявлено, що особливостями клінічного змісту комп'ютерної залежності є постійне непереборне бажання проводити час за комп'ютером, порушення здатності його контролювати, тривога, депресія, підвищена дратівливість, формальність суджень, домінування надцінної ідеї постійно бути у режимі он-лайн. Встановлено особистісні, соціальні та психологічні чинники ризику формування комп'ютерної залежності, якими є молодий вік, недостатність загального фізичного розвитку, наявність екзистенційного вакууму, відсутність цілей у житті, незадоволеність власним життям у сьогоденні, визначення віртуальної діяльності, як найбільш значущої події, відносно якої розвертається побудова всієї схеми життя, звуження тимчасової перспективи з ієрархічним ранжуванням важливих подій у світлі виключно пов'язаних із комп'ютером, неможливість керувати життям, ілюзорність волі вибору, домінування серед особистісних властивостей скептичності, безкомпромісності, безтурботності, імпульсивності, песимізму, спонтанності у поведінці, невпевненості у собі, що поєднується з відсутністю самоаналізу, екстернальним типом суб'єктивного контролю та наявністю делінквентного потенціалу, неможливість досягнути бажаного, почасти сфантазованого, соціального статусу й положення у суспільстві, розрив соціальних зв'язків, знижена самооцінка із можливістю її компенсації у процесі ролівої віртуальної діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Аймедов К. В.* Комп'ютероманія як приклад електронної аддикції / К. В. Аймедов, А. В. Клименко, О. В. Алексеева // Міжн. Наук.-практ. Конф. «Вчені майбутнього» – ОДМУ. – 2006. – С. 93-94.
2. *Акопов А. Л.* Психотерапія ігрової залежності / А. Л. Акопов. – СПб. Академія інформаціології, «Исследования, поиски, опыт работы»: Сборник научных трудов. – 2007. – Вып. 7. – С. 3-43.
3. *Алтухов Н. И.* Зависимость от компьютерной виртуальной реальности / Н. И. Алтухов, К. Ю. Галкин // XIII съезд психиатров России: (материалы съезда). – М. – 2000. – С. 285-286.
4. *Асанов А.О.* Некоторые аспекты психологических механизмов развития патологической игровой зависимости // XIV съезд психиатров России. – Москва, 2005. – С. 327.
5. *Ахмедов Т. I.* Загальна і специфічна психотерапія / Т. I. Ахмедов, I. С. Вітенко, I. А. Григорова та ін.: Навч. посіб. – Харків: СІМ. – 2002. – 512 с.
6. *Бурлаков И. В.* Homo Gamer: Психология компьютерных игр / И. В. Бурлаков // М: Независимая фирма «Класс», 2000. – 144 с.
7. *Бурова В. А.* Механизмы формирования Интернет-аддикции / В. А. Бурова, В. И. Есаулов // Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000. – С. 290-291.
8. *Иванов М.* Влияние ролевых компьютерных игр на формирование психологической зависимости человека от компьютера / М. Иванов // Психол. журн. – 2003. – Т. 24. – № 2. – С. 10-14.
9. *Кульбачная Е. В.* Социальные, клинико-психологические и психиатрические парадигмы исследований игровой и компьютерной зависимостей (междисциплинарные аспекты) / Е. В. Кульбачная, Э. С. Шабалин, Т. З. Биктимиров // II Национальный конгресс по социальной психиатрии с международным участием «Социальные преобразования и психическое здоровье» (Москва, 29-30 ноября 2006 г.). – Москва, 2006. – С. 120.
10. *Магалиф А. А.* Методика виртуального разрушения игрового образа при лечении игромании (пример из практики) / А. А. Магалиф // Материалы 4-й Всероссийской общественной профессиональной

медицинской психотерапевтической конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология» (Москва, 7 июня 2006 г.). – Москва, 2006. – Вып. 4. – С. 91-92.

Подано до редакції 03.09.12
