

ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРНЕТОМ

Jane Pei-Chen Chang,
Chung-Chieh Hung

Интернет стал наиболее популярным средством массовой информации, используемым населением в целом и особенно детьми и подростками. Сегодня это стало обычным явлением, когда дети играют с компьютером, как со своими любимыми игрушками. Исследования показали, что процентное соотношение учеников, пользующихся Интернетом, резко возросло, например, в США с 24,5% до 79,5% за период с 1996 по 2001 г.г. (Odell et al, 2000). Количество пользователей, которые регулярно выходят в Сеть, превысило 1,5 миллиарда, из них только в Китае проживает 19% (Flisher, 2010). Взаимно пересекающиеся современные технологии, такие как сотовые телефоны и Интернет, сделали доступным общение для людей, находящихся на большом расстоянии друг от друга, а также значительно облегчили выполнение многих задач, включая научные, коммерческие, совершение покупок, оплату счетов, посещение учебных классов, работу и поддержание контакта с родными и близкими. Дети и подростки также пользуются Всемирной сетью для общения и проведения досуга, то есть для просмотра кинофильмов или телевизионных программ, прослушивания музыки, а также играя в онлайн-игры. Интернет сделал жизнь более удобной, помогает экономить время, сокращает расстояния между людьми; но как только начинает доминировать в жизни молодых людей, он не только расширяет возможности, но несет с собой серьезные риски.

Негативное влияние пользования Интернетом на индивидов и их жизни часто недооценивается. Brown (2006) высказал мнение, что на выбор индивидами средства массовой информации влияет их характер и способ взаимодействия с миром; в свою очередь, то, как индивиды взаимодействуют со средствами массовой информации, будет инкорпорировано в их повседневную жизнь, влияет на их поведение и взгляды и даже на развитие их мозга. Дети и подростки более склонны заменять свои реальные занятия виртуальной реальностью. Молодые люди также более склонны использовать Всемирную сеть как форму социализации, не осознавая негативного влияния, которое она может нести с собой. Таким образом, если пользование Интернетом начинает занимать значительную часть времени детей и подростков, влияет на их настроение и подвергает риску социальные и академическое функционирование и достижения, то оно становится проблемой, которая может требовать вмешательства.

Чрезмерное увлечение Интернетом у взрослых ассоциируется с неудавшимися браками, безработицей, брошенными детьми и депривацией сна (Young, 1998). В исследовании проблемного пользования Интернетом (ППИ), проведенном Young, были задокументированы характерные симптомы и проблемы, включая потерю контроля, страстное желание (тягу) и синдром отмены (абстиненцию), социальную изоляцию, академическую неуспеваемость, финансовые проблемы, потерю работы и разногласия между супругами. Более того, пребывание в Сети более 18 часов в сутки может привести к физическим проблемам, таким как боли в спине, чрезмерное напряжение зрения и синдром запястного канала (Young, 1998). Зависимость от Интернета считается проблемой общественного здравоохранения в Южной Корее, где опубликованы сообщения о 10 случаях смерти от сердечно-легочной недостаточности в интернет-кафе (Choi, 2007) и одного убийства, связанного с онлайн-игрой (Koh, 2007). Кроме того, в настоящее время сетевые видеоигры стали более утонченными, более жестокими, чем онлайн-игры двадцатилетней давности и предполагают участие многих игроков (Anand, 2007). Сообщается об отрицательной корреляции между временем, затраченным на игру в Интернете и академической успеваемостью, и связи между игрой в насильственные игры в Сети и агрессией (Anderson & Dill, 2000). Проблема не только в том, что чрезмерное пользование Всемирной сетью негативно влияет на психическое и физическое здоровье детей и подростков с ППИ, но и в том, что это повышает риск насилия в этой возрастной группе.

Можно ли считать болезнью зависимость от Интернета?

Поскольку интернет-зависимость формально пока еще не признана расстройством, мы используем термин *проблемное пользование Интернетом* или ППИ для обозначения связанного с Интернетом поведения, вызывающего значительные психологические нарушения. Итак, является ли интернет-зависимость болезнью? Одна из современных теорий предполагает, что ППИ достойно нашего внимания с того момента, когда дети или подростки большинство своего времени посвящают интернет-играм, сетевой активности и социальным сетям в ущерб учебе в школе и занятий спортом, и ППИ обусловлена вовлечением в целый ряд форм сетевой активности (Beard, 2005; Davis, 2001; Griffiths et al, 2000; King et al, 2009; Young, 1996). Block (2008) недавно подтвердил рост распространенности интернет-зависимости и ее высокую коморбидность с другими психическими расстройствами. Он также предложил включить «интернет-зависимость» (интернет-аддикция) в будущее Диагностическое и статистическое руководство по психическим болезням, пятого пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)). David Greenfield (1999) также считает интернет-зависимость одной из форм аддиктивных расстройств, указывая на то, что у лиц с ППИ могут возникать симптомы абстиненции и толерантности. В некоторых странах, таких как Южная Корея, интернет-зависимость объявлена серьезной проблемой и социально-опасной болезнью (Block, 2008); китайские психологи также поддерживают точку зрения, что Всемирная организация здравоохранения должна официально признать зависимость от интернета заболеванием (Flisher, 2010).

Некоторые эксперты, тем не менее, не рассматривают пользование Интернетом, как болезнь. Они воспринимают Интернет как средство коммуникации и избегания решения основных проблем (Bell, 2009; Shaffer et al, 2000). Так, например, они убеждены, что само по себе проблемное пользование Интернетом не является каким-то новым расстройством, а проявлением депрессии или социальной тревоги (Bell, 2009; Shaffer et al, 2000). Более того, некоторые судебные психиатры считают, что нам следует трактовать игроков онлайн-игр в первую очередь как *азартных игроков*, а не классифицировать их, как зависимых от Интернета (Lenihan, 2007). Таким образом, для того, чтобы определиться, можно ли ППИ считать отдельным расстройством, необходимо собрать больше доказательств.

Определение и диагноз

Янг (Young (1996)) впервые предложила диагностические критерии *интернет-зависимости*, – модифицированный вариант критериев зависимости DSM-IV для зависимости от психоактивных веществ, так как существует сходство между симптомами толерантности и отмены при пользовании Интернетом и употреблении психоактивных веществ. Этим же автором был разработан Вопросник по интернет-зависимости (Young, 1998) (Врезка Н.6.1), однако отсутствуют данные о его надежности и достоверности.

ВОПРОСНИК ЯНГ ПО ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

(по материалам Young, 1998)

Можно предположить диагноз при пяти и более положительных ответах на следующие вопросы:

- Чувствуете ли Вы, что поглощены Интернетом (думаете о предыдущей сетевой активности или предвкушаете следующий выход в сеть)?
- Чувствуете ли Вы потребность проводить в Сети всё больше и больше времени для получения удовлетворения
- Совершали ли Вы неоднократно безуспешные попытки контролировать, ограничить или прекратить использование Интернета?
- Становитесь ли Вы беспокойным, угрюмым, подавленным, раздражительным при попытках ограничить или прекратить пользование интернетом?
- Находитесь ли Вы в сети дольше, чем намеревались первоначально?
- Подвергали ли вы опасности или рисковали потерять из-за Интернета значимые взаимоотношения, работу, учебу или возможности карьеры?
- Приходилось ли Вам обманывать членов Вашей семьи, терапевта или других людей, чтобы скрыть, насколько Вы увлечены Интернетом?
- Используете ли Вы Интернет как средство ухода от проблем или ослабления дисфорического настроения (например, чувств беспомощности, вины, тревоги, депрессии)?

Shapira et al (2000) вместо термина «интернет-зависимость» предложили менее спорный – «проблемное пользование интернетом» (ППИ). ППИ может быть определено как:

- Неадаптивная поглощенность пользованием Интернетом, воспринимаемая как непреодолимая, занимающая больше времени, чем планировалось
- Значительные дистресс и нарушение функционирования в результате пользования Интернетом
- Отсутствие другой психиатрической патологии, которой могло бы объясняться чрезмерное использование Интернета, такой как мания или гипомания.

ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПРОБЛЕМНОМУ ПОЛЬЗОВАНИЮ ИНТЕРНЕТОМ (DAVIS, 2001)

Специфические

- Навязчивая сетевая активность (зависимость от азартных онлайн-игр)
- Зависимость от онлайн игр

Общие

- Навязчивая сетевая активность (зависимость от онлайн-шопинга)
- Зависимость от онлайн-исследований
- Кибер-сексуальная зависимость
- Зависимость от кибер-взаимоотношений (зависимость от тематических чатов, социальных сетей, например, Facebook, Twitter; рассылки персональных сообщений, и электронной почты).

ППИ может быть подразделено на *специфическое* и *генерализованное* (Davis, 2001). *Специфическое* касается контента, существующего независимо от Интернета, такого как азартные и видеоигры, тогда как *генерализованное* связано со специфическим для Интернета содержимым, включая тематические чаты, электронную почту и социальные сети, такие как Facebook и Twitter.

По нашему мнению, использование Интернета следует рассматривать как проблемное или как зависимость, когда ребенок или подросток демонстрирует следующие свойства:

- Характерная особенность: бросающееся в глаза пользование Интернетом
- Изменение настроения: угрюмый, в дурном настроении, если не имеет возможности пользоваться Интернетом
- Толерантность: потребность проводить все больше и больше времени в Интернете
- Отмена: возбужденный и раздражительный, когда нет доступа к Интернету
- Конфликт: конфликтует с родителями или друзьями, когда не может получить доступ к Интернету
- Срыв: не способен держаться в стороне от использования Интернета после периода воздержания от пользования сетью.

К наиболее распространенным клиническим проявлениям относятся: потеря чувства времени или пренебрежение основными потребностями во время пользования Интернетом; злость, беспокойство и угрюмость при невозможности пользоваться Интернетом; потребность в приобретении лучшего компьютерного оборудования и программного обеспечения и увеличении времени, проводимого в сети; демонстрация более негативных тенденций в поведении, ассоциированных с сетевой активностью, таких как ложь, провоцирование споров, ухудшение академической успеваемости и социальных взаимоотношений (Beard et al, 2001).

Ko et al (2005) предложили диагностические критерии интернет-зависимости и протестировали их у 468 тайванских учащихся средней школы и 216 учащихся колледжей. Эти критерии продемонстрировали хорошую специфичность (97%) и

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

(Ko et al's, 2005)

А. Шесть или больше признаков из нижеперечисленных:

1. Поглощенность активностью в сети
2. Повторяющиеся неудачные попытки сопротивляться импульсу использования Интернета
3. Толерантность: заметное увеличение времени пользования интернетом для достижения удовлетворения.
4. Синдром отмены, проявляющийся любым из следующих признаков: а) дисфорическое настроение, тревога, раздражительность и тоска после нескольких дней без интернет-активности; б) использование Интернета для избегания симптомов отмены или избавления от них.
5. Использование интернета дольше, чем планировалось
6. Постоянное желание и/или неудачные попытки ограничить или сократить использование Интернета
7. Чрезмерные затраты времени на активность в сети
8. Чрезмерные усилия, затраченные на действия, необходимые для получения доступа к Интернету.
9. Продолжающееся интенсивное пользование Интернетом, несмотря на осознание физических и психологических проблем вызванных или обостренных пребыванием в сети.

Б. Ухудшение функционирования. Один или больше из следующих признаков:

10. Повторяющееся пользование Интернетом, приводящее в результате к неспособности к выполнению основных обязательств
11. Ухудшение социальных взаимоотношений
12. Поведение, приводящее к нарушению школьных правил или закона, связанное с использованием Интернета

чувствительность (86%). Тем не менее, для определения надежности и достоверности диагностических критериев ППИ все еще нужно больше исследований.

Существуют несколько шкал, которые могут быть использованы для оценки тяжести ППИ. К наиболее широко распространенным шкалам относятся: *Вопросник по проблемному пользованию интернетом – Problematic Internet Use Questionnaire (PIUQ) (Thatcher et al, 2005)*, *Тест на зависимость от Интернета – Internet Addiction Test (IAS) (Young, 1998)*, *Шкала Голдберга для интернет-зависимости Goldberg Internet Addiction Disorder Scale (GIAD) (Armstrong et al, 2000)*, *Шкала Чена для интернет-зависимости – Chen Internet Addiction Scale (Yen et al, 2008) (CIAS)*, и французская *Шкала Ормана для оценки интернет-стресса – Orman Internet Stress Scale (ISS) (Valleur & Velea, 2002)*. Характеристики этих шкал представлены в Таблице Н.6.1.

Таблица Н.6.1. Шкалы для измерения злоупотребления интернетом

Шкала	Вопросник по проблемному пользованию интернетом (Thatcher & Goolam, 2005)	Тест на зависимость от Интернета (Young, 1998)	Шкала интернет-зависимости (Goldberg, 2000)	Шкала интернет-зависимости (Chen, 2005)	Шкала интернет-стресса (Valleur & Velea, 2002)
Описание	Качественная 20 пунктов	Качественная 20 пунктов	Качественная 11 пунктов	Качественная 26 пунктов	Качественная 9 пунктов
Подсчет	Пятибалльная шкала Ликерта	Пятибалльная шкала Ликерта	Удовлетворение > 2 критериям указывает на зависимость от Интернета	Четырехбалльная шкала Ликерта	> 4 баллов указывают на риск зависимости
Целевая популяция	Подростки Взрослые	Подростки Взрослые	Подростки Взрослые	Подростки	Подростки

Негативные последствия ППИ

- Снижение академической успеваемости
- Ослабление социального взаимодействия/семейных связей
- Воспринимаемый самим индивидом низкий уровень признания со стороны сверстников
- Злоупотребление алкоголем у мальчиков
- Низкая самооценка у девочек

Психиатрические симптомы, ассоциирующиеся с ППИ, и коморбидность

- Враждебность
- Депрессия, раздражительность или частая смена настроения
- Фобическая тревожность
- Сонливость в дневное время суток или потеря сна

Факторы риска ППИ

- Увеличение количества часов в неделю, проводимых в сети
- Повышенная потребность в социальных сетях
- Низкая самооценка
- Низкое качество семейных взаимоотношений
- Одиночество

Эпидемиология

Отсутствуют достоверные данные о распространенности этого феномена в мировом масштабе. Оценки варьируют от страны к стране и от исследования к исследованию. Так, по результатам некоторых оценок, от 1 до 18% подростков как в западных, так и в восточных странах страдают ППИ (Cao et al, 2007; Jang et al, 2008). В частности, 1 – 2% учащихся Италии страдают умеренным или тяжелым ППИ (Poli & Agrimi, in press), 1 – 12% детей и подростков в ближневосточных странах (Canan et al, 2010) и 2 – 18% в странах Азии, по всей видимости, страдают ППИ (Cao & Su, 2007). Небольшие исследования в Корее и Китае обнаружили, что около 2% (210 000) детей в Южной Корее в возрасте от 6 до 19 лет страдают ППИ, и многие из них могут нуждаться в лечении (Choi, 2007), при этом около 10 миллионов интернет пользователей подросткового возраста в Китае соответствуют критериям диагностики зависимости от Интернета (Cao & Su, 2007).

Предыдущие исследования показали, что подростки с проблемным использованием Интернета – это, как правило, мальчики, имеющие низкую академическую успеваемость и чаще всего имеющие доступ к Интернету дома или в интернет-кафе, чем в школе (Kormas et al, 2011). Индивиды с ППИ также чаще всего используют Интернет для общения на тематических чатах, участия в интерактивных играх и для доступа к информации сексуального характера, и значительно реже пользуются сетью в целях обучения (Kormas et al, 2011).

Подростки с ППИ также имеют больше проблем с поведением – таких, как гиперактивность, нарушение дисциплины и более выраженную общую неспособность к психологической адаптации, чем их сверстники (Kormas et al, 2011).

Патофизиология

Исследования показали, что некоторые из поведенческих и нейронных характеристик индивидов с ППИ сходны с теми, что наблюдаются у лиц с диагнозом патологической склонности к азартным играм и расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (Ko et al, 2009). Эти данные нашли дальнейшее подтверждение в недавних исследованиях с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии, в которых при экспериментальном стимулировании побуждения к онлайн-играм активировались те же участки головного мозга, что и при провоцировании в условиях эксперимента тяги к наркотикам у лиц, страдающих наркотической зависимостью (Ko et al, 2009). У лиц с ППИ описана повышенная активация орбитофронтальной области коры головного мозга при тестовых выигрышах и снижение активации передней поясной коры при аналогичных проигрышах (Dong et al, in press). Индивиды с ППИ демонстрируют более слабый исполнительный контроль и контроль над импульсами по сравнению с контрольной группой не страдающих этим расстройством; так, например, страдающим ППИ лицам свойственны более длительные реакции и большее количество ошибок в ответах при выполнении теста Струпа, по сравнению с контрольной группой (Dong et al, 2011).

Рисунок Н.6.1 Патофизиология проблемного пользования интернетом



Предполагается, что, как и при других психических заболеваниях, развитие ППИ следует био-психо-социальной модели. Индивиды, у которых формируется интернет-зависимость, могут иметь генетическую предрасположенность к аддиктивным расстройствам (например, расстройствам, вызванным употреблением психоактивных веществ, патологической склонности к азартным играм) и другие психиатрические состояния, такие как СДВГ и депрессия. Риск возникновения ППИ повышается также в том случае, если индивиды через деятельность, связанную с использованием сети Интернет, такую, например, как онлайн-игры, получают положительный подкрепляющий опыт.

В возникновении ППИ, по всей видимости, важную роль играет взаимодействие между генетическими факторами и внешней средой (см. Рисунок Н.6.1). Современное понимание зависимости позволяет предполагать, что некоторые индивиды могут быть более восприимчивыми к ППИ, из-за генетической предрасположенности, но для того, чтобы у них со временем сформировалась интернет-зависимость или возникли проблемы, связанные с использованием интернетом, необходимы другие факторы.

Другие гипотезы предполагают, что дети и подростки с ППИ изначально увлекаются Интернетом, пытаясь решить проблемы, избежать стресса или справиться с нежелательными эмоциями, такими как тревога или депрессивное настроение (Lin & Tsai, 2002). В ходе этого процесса может формироваться зависимость.

Начало ППИ наиболее вероятно в позднем детском и раннем подростковом возрасте (Pridgen, 2010). Подростковый возраст – это период биологических, психологических и социальных изменений, которые сами по себе являются мощным стрессогенным фактором для многих молодых людей. Подростки с эмоциональными и поведенческими расстройствами также более восприимчивы к негативному влиянию Интернета (Pridgen, 2010). Кроме того, молодые люди часто отрицают наличие у них проблем, связанных с использованием Интернетом, отрицание является одним из главных факторов поддержания ППИ. Отрицание позволяет подросткам продолжать активно пользоваться Интернетом, несмотря на очевидные негативные последствия; это также один из способов защитить себя от того, чтобы увидеть или почувствовать неприятные вещи. Из-за отрицания, негативное влияние Интернета редко полностью признается пациентом до тех пор, пока последствия не становятся серьезными.

Тим

Тим, мальчик 15 лет. Его привели в психиатрическую клинику родители в связи с тем, что он проводил слишком много времени в Интернете, и это разрушительно влияло на его ежедневную деятельность, успеваемость в школе и на отношения с друзьями. Тим впервые получил доступ к Интернету в школе, когда делал задание в 3 классе. В последние 2 года он присоединился к онлайн-сообществам, таким как Facebook и MySpace, в которых большинство его друзей делились своими поступками и мыслями. Он также отдавал предпочтение текстовым сообщениям, а не телефонным разговорам, когда хотел пообщаться с друзьями. Ему нравятся ролевые онлайн-игры, и он часто считает обязанностью быть в сети когда там находятся его партнеры по игре. В сети он проводит больше 12 часов в день (90 часов в неделю) даже иногда меньше спит. Его оценки в школе недавно ухудшились, и он начал пропускать занятия, чтобы побыть в Интернете. В сети он чувствует себя счастливее и сильнее – там не нужно думать об успеваемости и проблемах. Тиму все труднее дается обучение. Он стал чаще конфликтовать с родителями, и эти споры часто связаны с его Интернет-пользованием. Таким образом, он начал глгать родителям о количестве времени, проведенном в онлайн. В школе или где-нибудь вдали от компьютера он чувствует себя беспокойным, раздражительным и несчастным. Когда он впервые пришел в клинику, то сказал психиатру: «я знаю, что должен меньше времени проводить в онлайн и сосредоточиться на своих школьных занятиях – но я просто не могу. Когда я не в онлайн то чувствую себя таким тревожным и безрадостным». Тим считает, что его жизнь не удалась, а родители его невзлюбили. У него возникают мысли о суициде, но по его словам, ему не хватает храбрости, чтобы сделать это. За предыдущие 2 месяца, с начала нового семестра, сниженное настроение у Тима ухудшилось. Психиатр диагностировал у Тима депрессию и ППИ.

В некоторых исследованиях высказывается предположение, что к группе высокого риска возникновения ППИ относятся дети и подростки с СДВГ (Yoo et al, 2004), депрессией, а также социально изолированные. Некоторые факторы риска при ППИ совпадают с таковыми при расстройствах импульсивно-компульсивного спектра и зависимостях, таких как игровая и связанная с употреблением психоактивных веществ (Yen et al, 2008). Недавно проведенное в США исследование пользования Интернетом среди подростков и взрослых показало, что большинство мужчин используют Интернет еженедельно, тогда как большинство женщин играют в сетевые игры не чаще одного раза в год (Padilla-Walker et al, 2010). Они также установили, что игра в сетевые игры, независимо от пола, ассоциируется с негативным социальным поведением, таким как употребление наркотиков для развлечения, употребление алкоголя и ослабление межличностных взаимоотношений. Использование Интернета для общения в тематических чатах, совершения покупок, развлечения, просмотра порнографии и видеоигр еще в большей степени ассоциируется с употреблением алкоголя, запрещенных наркотиков, увеличением числа сексуальных партнеров и более низкой самооценкой. Более того, игра в онлайн содержащая насилие, ассоциируется с большим количеством сексуальных партнеров и более низким качеством межличностных взаимоотношений в этой группе. С другой стороны, когда Интернет используется в учебных целях, имеется положительная корреляция с более редким употреблением психоактивных веществ, более высокой самооценкой, и более качественными взаимоотношениями «родитель-ребенок» (Padilla-Walker et al, 2010).

ЛЕЧЕНИЕ

На данный момент отсутствуют какие-либо методы лечения, эффективность которых подтверждена данными научных исследований. В этом нет ничего удивительного, учитывая, что нет официально признанного диагноза. Ни одно из фармакологических или психологических вмешательств не прошло испытания в рандомизированных клинических исследованиях. Большинство из тех, что рекомендуются при ППИ, основаны на персональном клиническом опыте, данных небольших исследований отдельных случаев или испытаний без рандомизированного двойного слепого дизайна. Недавний систематический обзор продемонстрировал существенные ограничения имеющихся клинических исследований (King et al, 2011), а именно:

- Несоответствие определений и диагнозов
- Отсутствие слепого метода рандомизации
- Отсутствие соответствующих контрольных групп
- Недостаток информации, касающейся распределения по группам, характеристик выборок и величины эффекта лечения.

Поведенческие стратегии для клиницистов и рекомендации по самопомощи при ППИ

- Помочь пациентам идентифицировать их модель пользования Интернетом с помощью журнала регистрации времени, проведенного в сети
- Определить вместе с пациентом четкие, специфические цели
- Ограничить или сократить время пользования Интернетом. Полезными могут быть внешние устройства, такие как таймеры, напоминающие пациентам, когда необходимо выйти из сети
- Договориться об одном дне в неделю, свободном от компьютера.
- Записать в памятке перечень негативных последствий пользования Интернетом и поощрять пациентов к тому, чтобы они носили ее с собой и перечитывали
- Помочь пациентам составить список увлечений или интересов, которые раньше доставляли им удовольствие и не связаны с использованием Интернета.
- Рекомендовать пациентам присоединиться к группе самопомощи по ППИ.

ВЕБСАЙТЫ, ПРЕДЛАГАЮЩИЕ ПОМОЩЬ ПРИ ПРОБЛЕМНОМ ПОЛЬЗОВАНИИ ИНТЕРНЕТОМwww.netaddiction.comwww.netaddictionrecovery.comwww.onlineaddiction.com.au

Эти недостатки отражены в Таблице Н.6.2, в которой представлен обзор характерных особенностей исследований методов лечения интернет-зависимости.

Несмотря на отсутствие единогласия относительно диагностических критериев зависимости от Интернета или ППИ, потребность в лечении этих проблем, очевидно, есть, особенно в Китае, Тайване и Южной Корее (King et al, 2011). Диапазон вмешательств при ППИ очень широкий: от программ в стиле *исправительных учреждений* для несовершеннолетних в восточных странах до клиник, специализирующихся в психологических методах терапии, включая КПТ, семейную и групповую терапию, тренинг социальных навыков и консультирование по проблемам зависимости (King et al, 2011). Программы часто экстраполируют методы лечения, используемые при злоупотреблении психоактивными веществами.

Перед тем, как вдаваться в подробности вмешательств, важно провести тщательное клиническое обследование и оценку коморбидных состояний. Например, депрессивный ребенок может начать жить виртуальной жизнью для того, чтобы повысить собственную самооценку ценой взаимоотношений и обязанностей вне сети, следовательно, приоритетом в терапевтическом плане этого ребенка будет лечение депрессии.

Не было проведено ни одного двойного слепого плацебо контролируемого исследования фармакотерапии ППИ. Таким образом, на данном этапе не может быть рекомендован какой-либо специфический лекарственный препарат, хотя был испробован широкий диапазон медикаментов, как видно из представленного в Таблице Н.6.2 обзора. До настоящего времени опубликованы результаты только одного рандомизированного контролируемого исследования, в котором 56 подростков в возрасте от 12 до 17 лет были распределены в две группы: активного лечения (8 сессий мультимодальной групповой КПТ на базе школ) и не проходивших никакого лечения (Du et al, 2010). Несмотря на то, что пользование Интернетом сократилось в обеих группах, в группе активного лечения отмечалось улучшение в таких сферах, как управление временем, эмоциональные, когнитивные и поведенческие симптомы.

У детей и подростков, страдающих ППИ, положительный результат может быть достигнут с помощью семейных вмешательств, хотя до настоящего времени не были получены научные доказательства, подтверждающие это (Yen et al, 2007). Например, семейная терапия может помочь улучшить коммуникации внутри семьи, а также обучить техникам, позволяющим лучше контролировать пользование Интернетом (Yen et al, 2007). Существуют онлайн сервисы, главным образом основанные на философии программы выздоровления «12 Шагов».

Несмотря на то, что в отдельных странах некоторые другие подходы в решении проблемы ППИ, такие как интенсивные и дорогие программы стационарной реабилитации, получили широкое освещение в средствах массовой информации и привлекли внимание общественности, отсутствуют какие-либо эмпирические данные об их эффективности.

Таблица Н.6.2 Опубликованные на данный момент исследования методов лечения интернет-зависимости (по материалам King et al, 2011)

ИССЛЕДОВАНИЕ (СТРАНА)	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕРНЕТА	ЛЕЧЕНИЕ	КОЛИЧЕСТВО (ВОЗРАСТ)	КОММЕНТАРИИ
Du et al, 2010 (Китай)	Диагностический опросник Берда	8 сессий КПТ в сравнении с контрольной группой	Лечение (n=32), контрольная группа (n=24) (12-17)	Единственное на данный момент контролируемое исследование
Han et al, 2009 (Южная Корея)	Шкала Янга для оценки интернет-зависимости > 50	Метилфенидат в течение 8 недель	62 (8-12)	У всех субъектов исследования диагностирован сопутствующий СДВГ
Han et al, 2010 (Южная Корея)	Больше 4 часов в день и 30 часов в неделю; Более 50 баллов по шкале интернет-зависимости Янга	Бупропион замедленного высвобождения в течение 6 недель	19 (17-29)	Небольшой размер выборки (11) и отсутствие контрольной группы
Kim, 2008 (Южная Корея)	Корейская оценочная шкала пользования Интернетом	Групповое консультирование в рамках «тренинга реальностью» в течение 5 недель в сравнении с контрольной группой не принимавших лечения	25 (о возрасте не сообщается)	Ограниченная информация (например, не описан возраст участников)
Shek et al, 2009 (Гонконг)	Шкала Янга для оценки интернет-зависимости; Китайская шкала интернет-зависимости	15 – 19 месяцев мультимодального консультирования	59 (11- 18)	Отсутствует контрольная группа
Su et al, 2011 (Китай)	Диагностический опросник Янга: пользование Интернетом больше 14 часов в неделю	Безопасный онлайн центр самопомощи (естественное окружение; обучающая среда; неинтерактивный) в сравнении с контрольной группой	65 (о возрасте не сообщается)	Ограниченная информация (например, не сообщается о возрасте участников)
Young, 2007 (США)	Тест интернет-зависимости	12 сессий КПТ	114 (о возрасте не сообщается)	Отсутствует контрольная группа

Тим (продолжение)

Психиатр работал вместе с Тимом над созданием плана действий. Этот план включал в себя требование ведения дневника, в частности, с описанием времени, проведенного в сети, выполнения домашних заданий и обязанностей по дому, а также других занятий, и ежедневной оценкой настроения. После того, как был достигнут базовый уровень, они проработали возможности повышения участия в занятиях, не связанных с Интернетом, которыми ранее увлекался Тим.

С согласия Тима, для участия в сессиях были приглашены его родители. С ними обсуждались возможности участия в занятиях и увлечениях Тима, а также поощрения его за время, проведенное вне сети. После обсуждения этих вопросов, Тим и его родители договорились перенести компьютер из спальни Тима в более общедоступное место в гостиной, а также, что понедельник будет днем свободным от Интернета для всей семьи и что Тим будет получать вознаграждение за каждое соблюдение этой договоренности. После того, как все эти условия были выполнены, Тим согласился сократить пользование Интернетом до одного часа в день в остальные дни недели и до двух часов в выходные дни. После месяца лечения у Тима значительно улучшилось настроение и ему удалось существенно сократить время, проводимое в сети, хотя и с несколькими срывами. Он снова начал участвовать в активных занятиях вне дома с родителями и друзьями, и более редкими стали ссоры в семье. Искушения пользоваться Интернетом остались, особенно ярко напоминая о себе, когда Тим расстроен по поводу домашних заданий или после ссор с родителями.

Течение и исход

Из-за того, что Интернет легкодоступен и является необходимым элементом современной жизни, показатель рецидивов высокий. Многие взрослые с ППИ начали пользоваться Интернетом еще в начальной школе и не заметили, как пользование Интернетом стало для них проблемным. Однако все еще очень мало известно о том, как протекает этот процесс. Неконтролируемые и единичные исследования указывают на то, что зависимость от Интернета часто не поддается лечению и характеризуется высокой частотой рецидивов.

Профилактика

Онлайновые игры являются, по всей видимости, особой проблемой во многих азиатских странах, где главные усилия по продвижению на рынке онлайн игр нацелены на детей и подростков. Подростки в этих странах сталкиваются с огромными академическими нагрузками, тогда как онлайн-игры могут на время погружать их в свободную от стресса виртуальную реальность. Школам, правительствам, службам здравоохранения следует всячески содействовать исследованию этой проблемы с целью выяснения ее причин и разработки превентивных вмешательств. Например, в Южной Корее, где очень популярны онлайн-игры с одновременным участием многих игроков, было принято решение ввести запрет на пользование Интернетом от полуночи до шести часов утра для детей и подростков моложе 18 лет (Block, 2008). Правительство Южной Кореи располагает также системой, замедляющей скорость интернет соединения у игроков в онлайн игры, если они играют больше шести часов подряд. Следую-

щей страной, испытывающей серьезные проблемы с использованием Интернетом, является Китай. С 2007 года китайское правительство ограничивает ежедневное время, затрачиваемое на участие у онлайн играх, требуя от операторов таких игр устанавливать программный продукт под названием «система усталости игры», работающая таким образом, что игроки моложе 18 лет не могут играть больше трех часов в сутки (Block, 2008).

ВЫВОДЫ

Интернет революционизировал жизнь человека, вошел во всеобщее употребление и обладает многими позитивными аспектами, которые могут расширять возможности и повышать качество обучения молодых людей. Более молодое поколение созревает и взрослеет с Интернетом, и он становится неотъемлемой частью жизни молодых людей, тем не менее, в некоторых случаях пользование Интернетом становится проблемой. Можно ли считать эту проблему расстройством, требующим лечения, или может быть она является примером медикализации социального явления? Поскольку интернет-зависимость или проблемное пользование Интернетом не признаны DSM-IV и МКБ-10, мы располагаем очень ограниченными научными данными. Эту ситуацию необходимо менять, если мы хотим найти подтвержденные научными доказательствами ответы на поставленные в этой главе вопросы.



«Легенда Зельды: окарина времени» одна из наиболее популярных видеоигр

- Achenbach T (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychiatry on Line*.
- Arango C, Moreno C, Martinez S et al (2008). Longitudinal brain changes in early-onset psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 34:341-353.
- Armstrong L, Phillips JG, Saling LL. Potential determinants of heavier Internet usage. *International Journal of Human-Computer Studies*, 2000; 53:537-550.
- Asarnow JR, Tompson MC, Mcgrath EP (2004). Childhood-onset schizophrenia: clinical and treatment issues. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45:180-194.
- Bateman A, Fonagy P (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Oxford University Press.
- Beard KW. Internet addiction: a review of current assessment techniques and potential assessment questions. *Cyberpsychology Behavior*, 2005; 8:7-14.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al (2006). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005653.
- Block JJ. Issues for DSM-V: internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 2008; 165: 306-307.
- Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG et al (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, 21:1335-1353.
- Bradley R, Jenei J, Westen D (2005). Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193: 24-31.
- Bruch H (1978) *The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burd L, Severud R, Klug MG et al (1999). Prenatal and perinatal risk factors for Tourette disorder, *Journal of Perinatal Medicine*, 27:295-302.
- Cailhol L, Jeannot M, Rodgers R et al (in press). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of Personality Disorders*.
- Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

- Coates S (2006). Developmental research of childhood gender identity disorder. In Fonagy P, Krause R, Leuzinger Bohleher M (eds) *Gender and Sexuality 150 Years after Freud*. London: International Psychoanalytic Association, p3-32.
- Couturier J, Lock J (2007) A review of medication use for children and adolescents with eating disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 16:173-176.
- Davis JM, Chen N, Glick ID (2003). A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Archives of General Psychiatry*, 60:553-564.
- Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 2001; 17:187-195.
- Endocrine Society Clinical Practice Guideline (2009). Endocrine treatment of transsexual persons. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 94: 3132-3154.
- Erenberg G, Cruse RP, Rothner AD (1987). The natural history of Tourette syndrome: a follow-up study', *Annals of Neurology*, 22:383-385.
- Fagot J (1995). Psychosocial and cognitive determinants of early gender role development. *Annual Review of Sex Research*, 6:1-31.
- Fairburn CG (2009) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL et al (1997). *SCID-II Personality Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Freeman C, Henderson M (1987) A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *British Journal of Psychiatry*, 150:18-24.
- Garner DM (2004) *Eating Disorders Inventory-3*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Goodman M, Patil U, Steffel L et al (2010). Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 16:155-163.
- Gothelf D, Apter A, Reidman J et al (2003). Olanzapine, risperidone and haloperidol in the treatment of adolescent patients with schizophrenia. *Journal of Neural Transmission*, 110:545-560.
- Griffiths M, Wood RT. Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing, and the internet. *Journal of Gambling Studies*, 2000; 16:199-225.
- Gunderson JG (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hainsworth C, Starling J, Brand F et al (2011). Trauma and psychotic symptoms: Data from a pediatric mental health inpatient unit. *Journal of Traumatic Stress*, 24:491-494.
- Hollis C (2000). Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *American Journal of Psychiatry*, 157:1652-1659.

- Ingenhoven TJ, Duivenvoorden HJ (2011). Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31:489-496.
- Kernberg OF, Michels R (2009). Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166:505-508.
- Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM et al (1996). Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53:1022-1031.
- Keys A, Brozek J, Henschel A et al (1950) *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kiezebrink K, Campbell D, Mann E et al (2009) Similarities and differences between excessive exercising anorexia nervosa patients compared with DSM-IV defined anorexia nervosa subtypes. *Eating and Weight Disorders*, 14:e199-e204.
- King DL, Delfabbro PH, Griffiths MD et al. assessing clinical trials of Internet addiction treatment: a systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, 2011; 31:1110-1116.
- Ko CH, Yen JY, Chen CC et al. Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2005; 193:728-733.
- Kolvin I (1971). Studies in the childhood psychoses. I. Diagnostic criteria and classification. *British Journal of Psychiatry*, 118: 381-384.
- Kormas G, Critselis E, Janikian M et al. Risk factors and psychosocial characteristics of potential problematic and problematic internet use among adolescents: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2011; 11:595.
- Korte A, Lehmkuhl U, Goecker D et al (2008). Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently debated concepts and treatment strategies. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105: 834-841.
- Lasegue E-C (1873). On hysterical anorexia, *Medical Times and Gazette* (September 6, 1873), pp265-266 [original French report in *Archives Generales de Medicine* (April 1873), quoted in Brumberg JJ, *Fasting Girls*, Cambridge, Mas: Harward Univrsity Press, p129].
- Leckman JF, Peterson BS, Anderson GM et al (1997). Pathogenesis of Tourette's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:119-142.
- Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT et al (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28:566-573.
- Leckman JF, Zhang H, Vitale A et al (1998). Course of tic severity in Tourette syndrome: the first two decades. *Pediatrics*, 102:14-19.
- Leischsenring F, Leibling E, Kruse J et al (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377:74-84.

- Livesley WJ (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55:941-948.
- Lock J, Le Grange D, Agras WS et al (2001). *A Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: Guilford.
- Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A et al (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51:215-224.
- McGee R, Williams S, Poulton R (2000). Hallucinations in nonpsychotic children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:12-13.
- Mercer D (2007). Medications in the treatment of borderline personality disorder 2006. *Current Psychiatry Report*, 9:53-62.
- Meyer-Bahlburg HF (1985). Gender identity disorder of childhood. Introduction. *Journal of the American Academy of Child & Psychiatry*, 24: 681-683.
- Mitchison D, Hay PJ (2014) The epidemiology of eating disorders: Genetic, environmental, and societal factors. *Clinical Epidemiology* 6: 89–97.
- Morgan HG, Hayward AE (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. *British Journal of Psychiatry*, 152:367-372.
- Morgan JF, Reid F, Lacey JH (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319: 1467-1468. doi:10.1136/bmj.319.7223.1467.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management* [Online]. Available: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/42900/42900.pdf>
- NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2004) Eating Disorders in Over 8s: Management. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg9>
- Owens DGC, Johnstone EC (2006). Precursors and prodromata of schizophrenia: findings from the Edinburgh High Risk Study and their literature context. *Psychological Medicine*, 36:1501-1514.
- Pfohl B, Blum H, Zimmerman EA (1995). *Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV)*. Iowa city: Department of Psychiatry, University of Iowa.
- Rapoport J, Chavez A, Greenstein D et al (2009). Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: Clinical and biological contributions to a relation revisited. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48:10-18.
- Renou S, Hergueta T, Flament M et al (2004). [Structured diagnostic interviews in child and adolescent psychiatry]. *Encephale*, 30:122-134.
- Rinne T, Ingenhoven NT (2007). *Pharmacotherapy of Severe Personality Disorders: A Critical Review*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Robertson MM, Eapen V, Cavanna AE (2009). The international prevalence, epidemiology, and clinical phenomenology of Tourette syndrome: a cross-cultural perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 67:475-483.
- Robertson MM, Stern JS (2000). Gilles de la Tourette syndrome: symptomatic treatment based on evidence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9 (supp 1):160-175.
- Roessner V, Banaschewski T, Rothenberger A (2004). [Therapy of tic-disorders]. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 32:245-263.
- Roessner V, Plessen KJ, Rothenberger A et al (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part II: pharmacological treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20:173-196.
- Shapira NA, Goldsmith TD, Keck P Jr et al. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 2000; 57: 267-272.
- Singer HS (2011). Tourette syndrome and other tic disorders. In PJ Vinken, GW Bruyn (eds) *Handbook of Clinical Neurology*, 100:641-657.
- Spencer EK, Campbell M (1994). Children with schizophrenia: diagnosis, phenomenology, and pharmacotherapy. *Schizophrenia Bulletin*, 20:713-725.
- Starling J, Dossetor D (2009). Pervasive developmental disorders and psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 11:190-196.
- Stice E, Marti CN and Rohde P (2013) Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology* 122: 445–457.
- Stice E, Shaw H, Marti CN (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3: 233-257.
- Stoffers J, Vollm BA, Rucker G et al (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005653.
- Strober M, Freeman R, Morrell W (1997). The long term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22:339-360.
- Swinbourne J, Hunt C, Abbott M, et al. (2012) The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 46:118–131.
- Taylor D, Paton C, Kapur S (2012). *Prescribing Guidelines in Psychiatry*. Oxford:Wiley Blackwell.
- Thatcher A, Goolam S. Development and psychometric properties of the Problematic Internet use Questionnaire. *South African Journal of Psychology*, 2005; 35:793-809.

- The Royal College of Psychiatrists (1998). *Gender Identity Disorders in Children and Adolescents*. Guidance for Management. Council Report CR63.
- Valleur M, Velea D. Les addictions san Drougues 2002.
- Volkow ND (2009). Substance use disorders in schizophrenia: clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia Bulletin*, 35:469-472.
- Walkup JT, Rosenberg LA, Brown J et al (1992). The validity of instruments measuring tic severity in Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31:472-477.
- Xia J, Merinder BL, Belgamwar MR (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2
- Yen JY, Ko CH, Yen CF *et al*. Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with
- Young JE (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young K S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and Behavior*, 1998; 1: 237-244.
- Young KS. Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology and Behavior*, 2007; 10:671-679.
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR et al (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147:161-167.
- Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA et al (2003). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17:568-573.
- Zittel Conklin C, Westen D (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162:867-875.
- Zucker NJ (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. London: Guilford Press,

Cailhol Lionel MD, PhD

Consultant psychiatrist, Adult Psychiatry, St Jerome Hospital, St Jerome & Personality Disorder Program, Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal, Québec, Canada

Chang Jane Pei-Chen MD, MSc

Institute of Clinical Medical Science, China Medical University and Department of Psychiatry, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan

Feijo Isabelle FRANZCP

Psychiatrist, Walker Unit, Concord Centre for Mental Health, Sydney, Australia and specialist in child and adolescent psychiatry and psychotherapy, Swiss Medical Association

Ferrin Maite MD, MSc, PhD

Huntercombe Hospital Maidenhead, UK; Developmental Brain and Behaviour Laboratory, University of Southampton, UK & Servicio Navarro de Salud, Spain

Gicquel Ludovic MD, PhD

Consultant child psychiatrist, Child Psychiatry, Henri Laborit Hospital Center, Poitiers & Professor of child psychiatry, University of Poitiers, France

Gosney Helen MD

Huntercombe Hospital Maidenhead, UK

Hay Phillipa DPhil, MD, FRANZCP

Chair of Mental Health and Consultant Psychiatrist, Western Sydney University, Campbelltown, NSW, Australia

Hung Chung-Chieh MD

Department of Psychiatry, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan

Marconi Arianna MD

Huntercombe Hospital Maidenhead, UK & Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile "Sapienza", Università di Roma, Italy

Metzger Hannah MSc

Clinical child psychologist, Department of Child and Adolescent Psychiatry/ Psychotherapy, Technische Universität Dresden, Germany

Morris Jane MA, MB, BChir (Cantab), MRCPsych

Consultant Psychiatrist, Eden Unit, Royal Cornhill Hospital, Aberdeen, Scotland, UK

Raynaud Jean-Philippe MD

Consultant child psychiatrist, Child Psychiatry, University Hospital Center, Toulouse & Professor of child psychiatry, Paul Sabatier University, Toulouse, France

Roessner Veit MD

Professor of child and adolescent psychiatry, Department of Child and Adolescent Psychiatry/ Psychotherapy, Technische Universität Dresden, Germany

Shadianloo Shervin

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Center for Transgender Care, Hofstra Northwell School of Medicine, 75-59 263rd St Glen Oaks, NY 11004, USA

Starling Jean FRANZCP, MPH

Child and adolescent psychiatrist, Director, Walker Unit, Concord Centre for Mental Health, Sydney, and senior clinical lecturer, Discipline of Psychiatry, Sydney Medical School, University of Sydney, Sydney, Australia

Turban Jack L.

Division of Child & Adolescent Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, 2114, USA

Wanderer Sina Dipl-Psych

Department of Child and Adolescent Psychiatry/ Psychotherapy, Technische Universität Dresden, Germany