

УДК 616.89-008.441.13-07

Э. Ш. Гусейнова, Л. И. Ковалева

Научный руководитель: профессор кафедры, д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Введение

Алкогольный делирий – это тяжелое состояние, возникающее в результате резкого прекращения или значительного уменьшения потребления алкоголя у людей, длительно злоупотребляющих спиртными напитками и проявляющийся разнообразием клинических проявлений [1,2].

Клиническая картина алкогольного делирия может включать в себя не только типичные нарушения восприятия и изменения сознания, различные психопатологические симптомы, что затрудняет постановку диагноза и требует комплексного подхода.

Актуальность проблемы алкогольного делирия возрастает в связи с увеличением числа случаев алкоголизма и связанных с ним психических расстройств [3].

Цель

Изучить клинические проявления алкогольного делирия у пациентов, находящихся на лечении в стационаре.

Материал и методы исследования

На базе учреждения «Гомельская областная психиатрическая клиническая больница» был проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни пациентов. Выборка включала пациентов с диагнозом по МКБ-10 F10.4 за период с 01.09.2024 по 20.11.2024 г., их количество составило 50, из которых 39 мужчин и 11 женщин.

Для статистической обработки данных использовали программное обеспечение «Microsoft Excel» и «Medstatistic.ru». Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов было 11 (22%) женщин и 39 (78%) мужчин. Жителей села – 37(74%), города – 13(26%). Средний возраст женщин составил $43 \pm 7,1$ года, мужчин – $49 \pm 11,7$. У 4 пациентов семейный анамнез отягощен алкоголизмом отца, что составляет 8 % от общего количества исследованных.

В клинической картине алкогольного делирия у 17 (34%) пациентов наблюдались зрительные галлюцинации, слуховые – у 12 (24%). Бредовые идеи отмечались у 13 (26%) пациентов. Дезориентировка во времени и пространстве выявлена у 22 (44%) пациентов.

Нарушение сна и выраженная тревога отмечена у 34(68%) пациентов. Алкогольный делирий в сочетании с судорожным синдромом отмечен у 12 (24%) субъектов.

Исходя из анамнеза пациентов выявлено, что 35 (70%) пациентов злоупотребляли алкоголем на протяжении 2-х и более лет. Длительность нахождения в алкогольном запое в среднем составила три недели, после чего пациенты резко прекращали употреблять алкогольные напитки и на фоне резкой отмены развивался алкогольный делирий.

Выводы

В клинической картине алкогольного делирия преобладают нарушения сна и значительно выраженная тревога, дезориентировка во времени и пространстве, зрительные галлюцинации, бредовые идеи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Гегешко, В. В.* Особенности синдрома отмены алкоголя с впервые возникшим делирием / В. В. Гегешко // Наркология: рецензируемый научно-практический журнал. – 2013. – № 8. – С. 61–66.
2. *Разводовский, Ю. Е.* Индикаторы алкогольных проблем в Беларуси / Ю. Е. Разводовский. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 86 с.
3. *Сахаров, А. В.* Состояние когнитивных функций у больных алкоголизмом при разных вариантах синдрома отмены алкоголя/ А. В. Сахаров, Н. В. Говорин, Е. А. Викулова // Наркология: рецензируемый научно-практический журнал. – 2014. – № 9. – С. 13–16.

УДК 616.891.6+616.8-008.64]:378.6-057.875

М. А. Дведари, Т. А. Сукова

Научный руководитель: старший преподаватель В. А. Ермоленко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ ПО ШКАЛЕ HADS У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Введение

Тревога и депрессия являются двумя распространенными расстройствами, занимающими лидирующую позицию среди всех психических заболеваний. Они связаны с высокой заболеваемостью, поэтому стали серьезной проблемой в области здравоохранения [1].

Встречаемость пограничных психических расстройств у студентов-медиков, по данным различных авторов, колеблется от 2,2% до 29,0%, что приводит к психической дезадаптации и чаще всего сопровождается тревожно-депрессивными синдромами [2].

Согласно результатам эпидемиологических исследований, женщины больше подвержены тревожным расстройствам, чем мужчины. Средний возраст начала развития эпизодов депрессии 20–30 лет.

Цель

Сравнить уровень тревоги и депрессии по шкале HADS у студентов медицинского университета по гендерному и возрастному признаку.

Материал и методы исследования

Проведено анонимное анкетирование среди студентов, обучающихся в УО «Гомельский государственный медицинский университет» и в УО «Белорусский государственный медицинский университет», в онлайн формате. В анкетировании приняли участие 140 студентов. Анкета, размещенная на платформе Google forms, состояла из двух блоков: 1) паспортная информация о респонденте; 2) вопросы для оценки тревоги и депрессии.

Использовались вопросы по шкале госпитальной тревоги и депрессии The hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих

2 подшкалы: подшкала А – «anxiety» («тревога») и подшкала D – «depression» («депрессия»). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). Для получения результатов учитывался суммарный показатель. Интерпретация результатов: 1) 0–7 баллов – норма; 2) 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога; 3) 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога [3].

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета статистических прикладных программ «Statistica» 10.0. Так как изучаемые параметры не подчинялись закону нормального распределения (тест Шапиро-Уилка), следующий анализ полученных сведений проводили с использованием непараметрического критерия χ^2 Пирсона. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$ [4].

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование включало изучение уровня тревоги и депрессии у студентов медицинского университета в зависимости от возраста и гендерных различий.

В анкетировании приняли участие 34 юноши и 106 девушек.

Результаты оценки уровня тревоги по шкале HADS в зависимости от гендерных признаков представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Уровень тревоги у студентов медицинского университета в зависимости от пола

Уровень тревоги	Юноши (n = 34)	Девушки (n = 106)
Норма	20 (58,8 %)	37 (34,9 %)
Субклинически выраженные признаки	8 (23,5 %)	39 (36,8 %)
Клинически выраженные признаки	6 (17,7 %)	30 (28,3 %)

При сравнительном анализе уровня тревоги у студентов выявлено, что у девушек субклинические и клинические признаки тревоги встречались в 1,5 раза чаще, чем у юношей, различия статистически значимы ($\chi^2=6,101$; $p=0,014$).

Данные анализа анкетирования по шкале HADS у студентов в зависимости от уровня депрессии и пола представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Уровень депрессии по шкале HADS у студентов-медиков в группах наблюдения

Уровень депрессии	Юноши (n = 34)	Девушки (n = 106)
Норма	27 (79,4 %)	81 (76,4 %)
Субклинически выраженные признаки	5 (14,7 %)	14 (13,2 %)
Клинически выраженные признаки	2 (5,9 %)	11 (10,4 %)

По результатам анкетирования по шкале HADS в группе юношей отсутствие признаков депрессии отмечалось в 79,4 % случаев, что незначительно превышает эти же показатели в группе девушек, различия не значимы ($\chi^2=0,131$; $p=0,718$).

Также был проведен анализ уровня тревоги и депрессии у студентов в зависимости от возраста. Для этого всех респондентов поделили на 2 группы – студенты до 20 лет (n=70) и старше 20 лет (n=70).

Распределение студентов с различным уровнем тревоги по шкале HADS в зависимости от возраста представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Уровень тревоги у студентов-медиков в группах наблюдения

Уровень тревоги	Респонденты до 20 лет (n = 70)	Респонденты старше 20 лет (n = 70)
Норма	37 (52,9 %)	20 (28,6 %)
Субклинически выраженные признаки	19 (27,1 %)	28 (40 %)
Клинически выраженные признаки	14 (20 %)	22 (31,4 %)

Анализ результатов анкетирования показал, что у респондентов возрастом старше 20 лет наблюдаются субклинические и клинические признаки тревоги в 1,5 раза чаще, чем у студентов до 20 лет, различия статистически значимы ($\chi^2=8,552$; $p=0,004$).

Результаты оценки уровня депрессии по шкале HADS в зависимости от возраста представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Уровень депрессии по шкале HADS у студентов медицинского университета в группах наблюдения

Уровень депрессии	Респонденты до 20 лет (n = 70)	Респонденты старше 20 лет (n = 70)
Норма	56 (80 %)	52 (74,3 %)
Субклинически выраженные признаки	8 (11,4 %)	11 (15,7 %)
Клинически выраженные признаки	6 (8,6 %)	7 (10 %)

В группе студентов старше 20 лет признаки депрессии встречались почти в 1,3 раза чаще, чем в группе респондентов до 20 лет, различий не выявлено ($\chi^2=0,648$; $p=0,421$).

Выводы

Результаты сравнения уровня тревоги и депрессии по шкале HADS у студентов медицинского университета показали:

Среди девушек субклинические и клинические признаки тревоги встречались в 1,5 раза чаще, чем среди юношей, различия статистически значимы ($\chi^2=6,101$; $p=0,014$).

При анализе ответов по шкале HADS частота студентов с уровнем признаков тревоги в группе респондентов старше 20 лет достоверно выше, чем среди студентов до 20 лет ($\chi^2=8,552$; $p=0,004$).

При сравнительном анализе уровня депрессии у студентов медицинского университета в зависимости от пола и возраста статистически значимых различий не выявлено.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Филиппова, И. Д. Изучение риска развития депрессивных состояний в студенческой среде / И. Д. Филиппова // Смоленский медицинский альманах. – 2021. – № 4. – С. 211–214.
2. Стрижев, В. А. Тревожно-депрессивные расстройства в медицинской студенческой среде / В. А. Стрижев // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – № 2 (157). – С. 126–128.
3. Уровень тревоги и депрессии по шкале HADS у юношей и девушек в постковидный период / А. Ю. Козырев [и др.] // Актуальные проблемы респираторной медицины : сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гомель, 23 авг. 2022 г. : в 3 т. / Гомел. гос. мед. ун-т ; редкол. : И. О. Стома [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2022. – Т. 1. – С. 93–96.
4. Чубуков, Ж. А. Непараметрические методы и критерии медико-биологической статистики : учеб.-метод. пособие для студентов 3 курса всех фак-тов мед. вузов / Ж. А. Чубуков, Т. С. Угольник. – Гомель : ГомГМУ, 2012. – 16 с.

Л. И. Ковалёва, Э. Ш. Гусейнова

Научный руководитель: профессор кафедры, д.м.н., доцент, И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ

Введение

По оценкам Всемирной организации здравоохранения 76,3 млн человек страдают расстройствами, связанными с пагубным употреблением алкоголя, что составляет приблизительно 14 % населения планеты. Каждый год умирает около 1,8 млн человек, относящихся к этой популяции [3]. По оценкам специалистов, до 42 % пациентов, поступивших в больницы общего профиля, и одна треть пациентов, поступивших в отделения интенсивной терапии, страдают расстройствами, связанными с пагубным употреблением алкоголя. Алкогольный делирий представляет собой серьезное и потенциально опасное состояние, возникающее у людей, страдающих от алкогольной зависимости, особенно после резкого прекращения употребления алкоголя, характеризуется острым психомоторным возбуждением, нарушениями сознания, галлюцинациями и сильной тревожностью [1]. Данная патология обычно развивается через 48–72 часа после последнего употребления алкоголя и может длиться от нескольких дней до недели. Он нередко формируется у пациентов стационаров и отделений анестезиологии и реанимации в результате вынужденного прекращения употребления алкоголя. Его формирование связано с увеличением сроков пребывания в стационаре и летальности. Понимание механизмов, приводящих к этому состоянию, а также его симптомов и методов лечения, имеет важное значение для медицинских работников и людей, сталкивающихся с проблемами алкоголизма. Углубленное исследование этой темы поможет осветить не только клинические аспекты, но и социальные последствия, связанные с алкогольной зависимостью и ее осложнениями [2].

Цель

Определить наиболее типичные изменения лабораторных показателей и изучить эффективную схему лечения алкогольного делирия.

Материал и методы исследования

На базе учреждения «Гомельская областная психиатрическая клиническая больница» был проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни пациентов. Выборка включала всех пациентов с алкогольным делирием. Для статистической обработки данных использовали программное обеспечение «Microsoft Excel» и «Medstatistic.ru».

Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения.

Результаты исследования и их обсуждение

Вся выборка включает в себя 50 историй болезней, среди которых было 11 (22%) женщин, 39 (78%) мужчин. Все пациенты были в возрасте от 40 до 60 лет, 22 пациента (44%) были госпитализированы повторно, а 28 (56%) были госпитализированы впервые. Средний возраст выборки составил $45 \pm 6,2$ года.

Преобладали пациенты со средним специальным образованием, не трудоустроенные на момент заболевания.

В результате исследования было выяснено, что у 20 (40%) пациентов наблюдались изменения в общем анализе крови, из них: тромбоцитопения выявлена у 13 (65%), ги-

покалиемия – 5 (25%), снижение уровня гемоглобина наблюдалось у 4 (20%), лейкоцитоз – 8 (40%), повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) обнаружено у 11 (55%).

В биохимическом анализе крови наблюдались изменения у 44 (88%) пациентов. Гамма-глутамилтрансфераза была повышена у 17 (38,6%), АСТ и АЛТ ↑ – 39 (88,6%), альфа-амилаза – 24 (54,5%), повышение общего билирубина отмечалось у 14 (31,8%), снижение общего белка было у 8 (18,2%), гипергликемия определялась у 6 (13,6%). У 46 (92%) пациентов в общем анализе мочи не было отклонений от нормы. Лишь у 4 (8%) пациентов в моче был обнаружен белок.

Лечение пациентов с алкогольным делирием проводилось по стандартной схеме: всем пациентам в первую очередь проводилась седативная терапия с применением транквилизаторов (диазепам) для подавления тревоги, эмоционального возбуждения и судорожного синдрома, нейролептики (галоперидол) применялись с целью купирования психотических симптомов, витаминотерапия для профилактики неврологических расстройств, а также дезинтоксикационная терапия.

Все пациенты 50 (100%) были выписаны с улучшением.

Выводы

В ходе исследования наиболее характерными лабораторными признаками для алкогольного делирия являются следующие показатели: повышение печеночных ферментов, гамма-глутамилтрансферазы, что указывает на поражение печени под действием длительного приема спиртных напитков, тромбоцитопения вероятной причиной которой является ускоренная деструкция тромбоцитов на фоне злоупотребления алкоголем. Повышение содержания в организме общего билирубина связано с повреждением клеток печени, вследствие токсического действия алкоголя.

Для лечения алкогольного делирия применялась стандартная схема лечения, направленная на восстановление психического и физического состояния пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Ерышев, О. Ф.* Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. – СПб.: Издательство «ЭЛ БИ-СПб», 2002. – 192 с.
2. Наркология: монография / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. – Харьков: «Коллегиум», 2005. – 800 с.
3. *Лелевич, В. В.* Оценка ситуации с распространением потребления психоактивных веществ в Беларуси / В. В. Лелевич // Вопросы наркологии. – 2009. – Т. 5, № 1. – С. 67–75.

УДК 37.018.11:159.923.2

Д. А. Марчик, М. Н. Матюшенко

Научный руководитель: профессор кафедры, д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ СТИЛЕЙ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ НА РАЗВИТИЕ И СТАНОВЛЕНИЕ ЛИЧНОСТИ

Введение

Семья – малая социальная группа, члены которой связаны браком, родительством и родством, общим бюджетом и взаимной моральной ответственностью, общностью быта.

Семью можно понимать, как начальную форму групповой жизни людей, так как здесь закладывается и формируется умение жить в обществе. Семья по сравнению с другими социальными группами имеет во многих отношениях совершенно уникальное

положение. Иные социальные группы созданы обществом, т. е. их можно считать «изобретениями» культуры, сфера их существования – общественная жизнь [1].

Практика семейного воспитания показывает, что главной функцией семьи является воспитание подрастающего поколения. Однако она не всегда бывает реализована из-за того, что одни родители не умеют растить и способствовать развитию собственных детей, другие не могут в силу жизненных обстоятельств, третьи – просто не придают этому должного значения. Таким образом, каждая семья обладает большими или меньшими воспитательными возможностями. От этих возможностей и от того, насколько обоснованно и целенаправленно родители используют их, зависят результаты домашнего воспитания, а также дальнейшее развитие и становление индивида как личности [2].

Классификация стилей родительского воспитания включает четыре стиля: авторитетный, авторитарный, либеральный, индифферентный.

Авторитетный стиль характеризуется теплым эмоциональным принятием ребенка и высоким уровнем контроля с признанием и поощрением развития его автономии. Авторитетные родители реализуют демократический стиль общения, готовы к изменению системы требований и правил, с учетом растущей компетентности детей.

Результатом авторитетного родительства становится формирование у ребенка высокой самооценки и самопринятия, целенаправленности, воли, самоконтроля, саморегуляции, готовности к соблюдению социальных правил и стандартов. Для детей авторитетных родителей характерны высокая степень ответственности, компетентности, дружелюбия, хорошая адаптивность, уверенность в себе.

Авторитарный стиль отличается отвержением или низким уровнем эмоционального принятия ребенка и высоким – контролем. Стиль общения авторитарных родителей – командно-директивный, по типу диктата, система требований, запретов и правил ригидна и неизменна. В авторитарных семьях у детей формируется зависимость, неспособность к лидерству, отсутствие инициативы, пассивность, низкий уровень социальной и коммуникативной компетентности, низкий уровень социальной ответственности с моральной ориентацией на внешний авторитет и власть. Особенности либерального стиля воспитания являются теплое эмоциональное принятие и низкий уровень контроля в форме вседозволенности и всепрощенчества. Требования и правила при таком стиле воспитания практически отсутствуют, уровень руководства недостаточен. Ребенку предоставлена полная свобода: он должен ко всему прийти самостоятельно, на основании собственного опыта.

Индифферентный стиль определяется низкой вовлеченностью родителей в процесс воспитания, эмоциональной холодностью и дистантностью в отношении ребенка, низким уровнем контроля в форме игнорирования интересов и потребностей ребенка, недостатком протекции. [3].

Важную роль играют переживания самого ребенка, особенности его темперамента, соответствие типа семейного воспитания индивидуальным качествам ребенка. От системы воспитания в семье зависит адекватное и неадекватное поведение ребенка.

Цель

Выявить влияние стилей семейного воспитания на развитие и становление личности ребенка.

Материал и методы исследования

Для выявления влияния стилей семейного воспитания на становление и развитие личности ребенка были опрошены 40 студентов Гомельского государственного университета имени Ф. Скорины, а также Белорусского национального технического университета в возрасте от 15 до 18 лет (26 девушек и 14 юношей).

Методика «Подростки о родителях» (сокращенно – ПоР) изучает установки, поведение и методы воспитания родителей так, как видят их дети в подростковом и юношеском возрасте. Данная методика базируется на положении Е. Шафера о том, что воспитательное воздействие родителей (так, как это описывают дети) можно охарактеризовать с помощью трех факторных переменных: принятие-эмоциональное отвержение, психологический контроль-психологическая автономия, скрытый контроль-открытый контроль [4]. После того, как подросток заполнил оба бланка (на отца и на мать), все полученные данные сводятся в специальный «оценочный лист» отдельно на мать и на отца. Затем, по каждому параметру подсчитывается арифметическая сумма сырых баллов:

POZ – позитивный интерес родителей к ребенку.

DIR – директивность (насколько родители пытаются командовать, управлять ребенком).

HOS – враждебность (насколько ребенок ощущает негатив со стороны родителей).

AUT – автономность (насколько родители дают ребенку свободу).

NED – непоследовательность (как часто родители меняют свои решения).

Результаты исследования и их обсуждение

Таблица 1 – Статистические значения параметров методики «Подростки о родителях» (ПоР)

	Исследуемые параметры									
	POZ		DIR		HOS		AUT		NED	
	человек	%	человек	%	человек	%	человек	%	человек	%
Высокий	16	40	8	20	12	30	28	70	14	35
Норма	14	35	8	20	6	15	6	15	18	45
Низкий	10	25	24	60	22	55	6	15	8	20
Итого	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100

По результатам проведенного эмпирического исследования у студентов были получены количественные показатели по 5 группам. Анализируя полученные данные были выявлены следующие результаты, свидетельствующие о том или ином стиле воспитания (таблица 1).

В результате анализа значений параметров исследуемых студентов были получены данные свидетельствующие, что наибольшие часто встречаемые высокие показатели в данной выборке оказались: показатель автономности – 70 %, показатель позитивного интереса – 40 %, показатель непоследовательности – 35 %. Оставшиеся шкалы, а именно шкала враждебности и директивности, имели высокие показатели только у 30 % и 20 % испытуемых соответственно. Аналогично были получены данные свидетельствующие, что наибольшие часто встречаемые низкие показатели в данной выборке оказались: показатель директивности – 60 %, показатель враждебности – 55 %. Оставшиеся шкалы, а именно шкала позитивного интереса, автономности и непоследовательности, имели низкие показатели только у 20 %, 15 % и 20 % испытуемых соответственно.

Данные были получены и о том, что наибольшие часто встречаемые нормальные показатели в данной выборке оказались: показатель непоследовательности – 45 % и показатель непоследовательности – 35 %. Оставшиеся шкалы, именно шкала директивности, враждебности и автономности, имели низкие показатели только у 20 %, 15 % и 15 % испытуемых соответственно.

Средние значение показателей отношений директивности к автономности и позитивного интереса к враждебности представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Средние значения показателей DIR/AUT и POZ/HOS

Показатель	Среднее значение
DIR/AUT	0,75
POZ/HOS	1,93

Обращает на себя внимание отсутствие выраженной директивности со стороны родителей. На это также указывают как средние значения полученных результатов, так и показатели отношения DIR/AUT: они демонстрируют преобладание автономности над контролем. Из всей обследуемой выборки 45 % подростков оценивают отношение со стороны своих родителей как враждебное или частично враждебное: (показатели HOS выше 2 баллов). С другой стороны подростков, оценивающих свои взаимоотношения с родителями как имеющие достаточный позитивный интерес с их стороны (POZ выше 2,5 балла) – 70 %.

Выводы

Исходя из полученных результатов в ходе эмпирического исследования было выявлено преобладание позитивного интереса над враждебностью со стороны родителей у большинства испытуемых, а также отсутствие выраженной директивности со стороны родителей, что отражает распространенный в последнее время взгляд на воспитание детей в семье. У 10% испытуемых был установлен тип нарушенного родительского отношения, а точнее враждебно-подавляющее отношение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сатир, В. Как строить себя и свою семью / В. Сатир. – М.: Педагогика-Пресс, 2018. – 190 с.
2. Куликова, Т. А. Семейная педагогика и домашнее воспитание: учеб.пособие / Т. А. Куликова – М. : Издательский центр «Академия», 2020. – 232 с.
3. Педагогика, психология, общество: от теории к практике: материалы II Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием / редкол.: Ж. В. Мурзина [и др.] – Чебоксары: ИД «Среда», 2022. – С. 124–127.
4. Анисимова, А. Е. Влияние стилей семейного воспитания на развитие и становление личности / А. Е. Анисимова, К. С. Гордеев, А. А. Жидков [и др.] // Современные научные исследования и инновации, 2018. – № 11.

УДК 159.923.2:316.77-057.875

М. Н. Матюшенко, Д. А. Марчик

Научный руководитель: профессор кафедры, д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЕПАРАЦИИ НА СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ У СТУДЕНТОВ

Введение

Детско-родительские отношения представляют собой комплекс межличностных факторов, которые определяют взаимодействие между родителями и их детьми в рамках диады «родитель-ребенок». Эти отношения характеризуются продолжительностью, постоянством и высокой значимостью для обеих сторон, их формируют как возрастные особенности ребенка, так и отношения родителей. Общение и совместная деятельность являются основными составляющими этих отношений [1].

Психологическая сепарация – это сложный процесс, требующий внутренней работы со стороны индивида, который не зависит от стандартных маркеров зрелости и успеха

в обществе. Просто разрыв отношений с родителями или физическое удаление от них не гарантирует психологического отделения. Также, наличие работы и высокий уровень образования не являются гарантом успешной психологической сепарации и выбора подходящего профессионального пути.

Процесс психологической сепарации является нормальным этапом развития личности, и его успешное завершение способствует более здоровым и устойчивым семейным отношениям в будущем. Также важно понимать, что сепарация не означает разрыва отношений с семьей, а скорее является переходом к более взрослым и автономным отношениям с родителями и другими членами семьи. Кроме того, успешное прохождение этого этапа развития личности может способствовать улучшению самооценки, развитию личной идентичности и улучшению отношений с окружающими людьми в целом [2].

Цель

Изучить влияние психологической сепарации на социальную адаптацию у студентов.

Материал и методы исследования

В ходе исследования была опрошена группа из 34 студентов Гомельского государственного университета имени Ф. Скорины, а также Белорусского национального технического университета в возрасте от 19 до 21 года (17 девушек и 17 юношей).

Методика «Adult Separation Anxiety Questionnaire» (ASA-27) содержит 27 вопросов, феноменологически схожих с некоторыми критериями сепарационного расстройства детского возраста, описанными в Международной классификации болезней (МКБ-10) и в американском руководстве по диагностике и статистике психических расстройств DSM-IV.

Каждый вопрос опросника оценивается по четырехбалльной шкале, где 0 означает, что респондент никогда не испытывал описываемое состояние, а 3 – что он часто его переживает. Утверждения относятся к состояниям, которые могут быть свойственны взрослым людям (старше 18 лет). Респонденту предлагается выбрать наиболее соответствующую оценку и отметить ее в соответствующей графе.

Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймона (адаптирована Т. В. Снегиревой) предназначена для выявления особенностей адаптационного периода личности через интегральные показатели «адаптация», «самоприятие», «приятие других», «эмоциональная комфортность», «интернальность», «стремление к доминированию»[3].

Применяется данная методика для диагностики детей от 12–13 лет и взрослых.

Шкала включает в себя 100 утверждений, из которых 37 отражают критерии социально-психологической адаптированности личности, такие как чувство собственного достоинства, умение уважать других и открытость к реальным отношениям и деятельности. Следующие 37 утверждений соответствуют критериям дезадаптированности личности, таким как неприятие себя и других, наличие защитных механизмов в осмыслении своего опыта и негибкость психических процессов. В шкалу также включены 26 нейтральных утверждений и контрольная шкала для обнаружения лжи.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируя полученные данные были выявлены следующие результаты, свидетельствующие о том или ином уровне сепарационной тревоги (таблица 1).

Можно увидеть, что 94% исследуемых студентов имеют низкий или средний уровень сепарационной тревоги: 47% и 47% соответственно, то есть распределены равномерно. Высокий уровень сепарационной тревоги был выявлен у 6% исследуемых, а очень высокий уровень вообще не был выявлен.

Таблица 1 – Результаты исследования по опроснику сепарационной тревоги взрослых (ASA-27) В. Маникавасагара у студентов

Уровень	Сепарационная тревога	
	Кол-во человек	%
Очень высокий	0	0
Высокий	2	6
Средний	16	47
Низкий	16	47
Итого	34	100

Анализ результатов исследования показателя сепарационной тревоги по методике диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймона (адаптация Т. В. Снегиревой).

Анализируя полученные данные были выявлены следующие результаты по интегральным показателям адаптации, самопринятия, принятия других, эмоциональной комфортности, интернальности, стремления к доминированию и эскапизма (таблица 2).

В результате исследования было обнаружено, что 62% студентов, которые были изучены, показали высокий уровень адаптации, 38% имели средний уровень, в то время как низкий уровень адаптации не был обнаружен.

Также было обнаружено, что 73,5% показали высокий уровень самопринятия, тогда как 23,5% имели средний, а 3% – низкий уровень самопринятия.

Среди участников исследования была выявлена высокая и средняя степень принятия других людей. Так, 47% участников имели высокий уровень принятия других, что может указывать на их высокую социальную компетентность и способность к эмпатии. В то же время, 53% имели средний уровень принятия других, что может свидетельствовать о некоторых трудностях в установлении социальных связей или сложностях в понимании эмоциональных состояний других людей.

Из проведенного исследования также следует, что 47% участников проявили высокий уровень эмоциональной комфортности, в то время как 53% имели средний уровень, и ни у одного участника не было обнаружено низкого уровня эмоциональной комфортности.

Таблица 2 – Статистические значения параметров методики «Диагностика социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймона» (адаптация Т. В. Снегиревой)

Параметры		Высокий	Средний	Низкий
Интегральный показатель адаптации	Кол-во чел.	21	13	0
	%	62	38	0
Интегральный показатель самопринятия	Кол-во чел.	25	8	1
	%	73,5	23,5	3
Интегральный показатель принятия других	Кол-во чел.	16	18	0
	%	47	53	0
Интегральный показатель эмоциональной комфортности	Кол-во чел.	16	18	0
	%	47	53	0
Интегральный показатель интернальности	Кол-во чел.	16	18	0
	%	47	53	0
Интегральный показатель стремления к доминированию	Кол-во чел.	12	20	2
	%	35	59	6
Эскапизм (уход от проблем)	Кол-во чел.	0	19	15
	%	0	56	44

В данном исследовании было обнаружено, что 47% участников имеют высокий уровень интернальности, однако 53% участников имели средний уровень.

Из исследования также следует, что 35% участников проявили высокий уровень стремления к доминированию, в то время как 59% имели средний уровень и только 6% имели низкий уровень стремления к доминированию.

Однако большинство участников (56%) имели средний уровень эскапизма, что может указывать на то, что они сталкиваются с проблемами, но ищут способы отвлечься от них. Оставшиеся 44% участников имели низкий уровень эскапизма.

Выводы

Таким образом, в процессе нашего исследования мы обнаружили, что среди студентов доминируют низкий и средний уровень тревожности, а социальная адаптация находится на высоком уровне. Также в ходе анализа было выявлено, что среди подростков преобладает высокий уровень комфортности и стремление к доминированию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сатир, В. Как строить себя и свою семью / В. Сатир. – М. : Педагогика-Пресс, 2018. – 190 с.
2. Налчаджян, А. А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии / А. А. Налчаджян. – М. : Эксмо, 2010. – С.368.
3. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / ред.-сост. Д. Я. Райгородский – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 2019. – С.672.

УДК 616.8-008.64:378.6-057.875]:159.963.27

А. С. Норик, Е. А. Ревенкова

Научный руководитель: профессор кафедры, д.м.н., доцент, И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА НАЛИЧИЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЦИРКАДНОЙ ДИЗРИТМИЕЙ У СТУДЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Введение

Человеческий организм является сложной саморегулирующейся системой, организованной иерархически, где взаимодействие различных ритмов обеспечивает хронологическую согласованность физиологических процессов, что является признаком здорового состояния. Согласованность и закономерность одного и того же состояния через определенные промежутки времени называется биологическим ритмом [1].

Студенты медицинских ВУЗов на протяжении длительного времени сталкиваются с необходимостью усваивать значительные объемы учебного материала и выполнять обширные учебные нагрузки, что негативно сказывается на их распорядке дня и приводит к рассогласованию и сбою биоритма. Следствием чего является развитие адаптационного стресса, то есть выхода за границы физиологической нормы и возникновения психосоциального стресса [2].

У студентов и молодых специалистов в области медицины, обладающих различным уровнем профессионального стажа, наблюдаются проблемы с соматическим и психологическим здоровьем. В частности, у них могут развиваться депрессии, тревожные расстройства, апатия, нервозность и эмоциональное истощение. Эти проблемы оказывают влияние как на профессиональную, так и на личную сферы жизни [3].