

Таблица 2 — Зависимость СДВГ от возраста

Возраст	Количество учащихся с СДВГ
6 лет	18,63 %
7 лет	13,73 %
8 лет	12,75 %
9 лет	15,69 %
10 лет	24,5 %
11 лет	14,7 %

Дефицит внимания и гиперактивность делятся на 4 степени: легкая, умеренно выраженная, выраженная, резко выраженная. Из таблиц 3 и 4 видно, что среди учащихся преобладали легкая степень ДВ и ГА. Выраженная и резко выраженная степени гиперактивности среди учащихся, принимавших участие в исследовании, отсутствовали.

Таблица 3 — Зависимость степени дефицита внимания от возраста

Степень	6 лет	7 лет	8 лет	9 лет	10 лет	11 лет	Всего
Легкая	7	5	7	7	8	8	42 (42,4 %)
Умеренно выраженная	4	3	3	4	8	3	25 (25,25 %)
Выраженная	3	6	3	3	9	3	27 (27,3 %)
Резко выраженная	4	0	0	1	0	0	5 (5,05 %)

У детей с признаками СДВГ снижена успеваемость и представлена средним баллом от «6» до «7» (71,7 %). Средний балл успеваемости «8» наблюдался у 16 % учащихся, балл «5» — у 12 %.

Выводы

Среди 240 учащихся 1–6 классов ГУО «Гимназия № 51 г. Гомеля» у 42,5 % присутствовали признаки СДВГ. Синдром дефицита внимания и гиперактивности был более характерен для мальчиков в сравнении с девочками ($p < 0,05$). Среди детей обоего пола с большей частотой встречался тип с преимущественным дефицитом внимания, по сравнению с СДВГ сочетанного типа и с преимущественной гиперактивностью. Среди исследованных возрастных групп наибольшее количество учащихся с СДВГ в возрасте 10 лет, т. е. 5 классе, на втором месте — 6 лет, т. е. 1 класс. 71,7 % учащихся с СДВГ имели сниженную успеваемость — 6–7 баллов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Романчук, О. И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: практ. руководство / О. И. Романчук; пер. с укр. А. Секунда. 2-е изд. М.: Генезис, 2016. 148 с.
2. Заваденко, Н. Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: диагностика и лечение / Н. Н. Заваденко // Русский медицинский журнал. 2006. Т. 14, № 1. С. 2–6.

УДК 616.89-008.441.13-057.875

МЕТОДИКА ЗАВЬЯЛОВА В ОПРЕДЕЛЕНИИ МОТИВАЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ПЯТИКУРСНИКОВ

Кравченко А. Д., Власюк А. О.

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

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Тест по выявлению особенностей мотивации потребления алкоголя — комплексная методика, предложенная российским психиатром, психотерапевтом,

доктором медицинских наук, профессором Владимиром Завьяловым. Она позволяет выявить, какие мотивы преобладают у человека в его влечении к алкоголю и уровень выраженности склонности к потреблению спиртного.

Цель

Диагностика структуры алкогольной мотивации и общего уровня напряженности мотивации в поисках алкоголя.

Материал и методы исследования

Нами был проведен опрос 29 пятикурсников Гомельского государственного медицинского университета с помощью опросника В. Ю. Завьялова. Опросник включает 9 шкал по 5 утверждений в каждой; ответ «а» дает 3 балла, «б» — 2 балла, «в» — 1, «г» — 0 баллов. До 35 баллов — злоупотребления алкоголем нет, 35–50 баллов — проявления злоупотребления алкоголем, свыше 50 баллов — болезненное пристрастие, злоупотребление.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программного обеспечения «Microsoft Office 2019».

Результаты исследования и их обсуждение

Мотивы употребления алкоголя были исследованы у 28 пятикурсников. В группе исследования девушки преобладали над парнями: 18/28 (64,29 %), мужчин — 10/28 (35,71 %). Средний возраст всех респондентов составил 21,68 лет. Болезненное пристрастие к употреблению алкоголя имеет 7 (25 %) респондентов, набравших, соответственно, более 50 баллов. Максимальный балл зафиксирован у девушки 21 года — 119. Проявления злоупотребления алкоголем имеют 8 (28,57 %) человек, так как они набрали от 35 до 50 баллов. Не злоупотребляет алкоголем ровно половина респондентов — 14 (50 %) человек. Только 4 (28,57 %) из них набрало меньше 10 баллов. Набрать 0 баллов и вовсе никому не удалось.

Мотивы употребления алкоголя социально-психологической природы преобладают над мотивами персональной или личностной природы. По важности влияния социально-психологической природы мотивов их можно расположить в следующем порядке: 1. Традиционные, социально и культурально обусловленные. 2. Псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующий о стремлении человека приспособить свой личный опыт к «алкогольным ценностям» социальной микросреды, в которой он функционирует. 3. Субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы в плане приема алкоголя.

По важности влияния личностной природы мотивов их можно расположить в следующем порядке: 1. Гедонистические мотивы, отражающие стремление получить физическое и психологическое удовлетворение от действия алкоголя, а также опыт переживания алкогольной эйфории. 2. Атарактические мотивы, связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания — напряжение, тревогу, страх с помощью алкоголя. 3. Мотивы гиперактивности поведения (стимулирующий, растормаживающий эффект) и насыщения сенсориума с помощью выпивки, отражающие стремление выйти из состояния скуки, психологической «пустоты», душевного бездействия, либо желание усилить эффективность своего поведения.

Мотивы употребления алкоголя патологической природы почти не представлены. Среди них аддитивные мотивы (отражающие фиксацию в сознании истинного влечения к алкоголю, «жажду» алкоголя) преобладают над мотивами самоповреждений (стремление пить назло себе и другим в качестве протеста, из-за потери, якобы, перспективы в будущем для себя, утраты смысла жизни). Тогда как мотивы самоповреждений преобладают над похмельной мотивацией (стремление с помощью алкоголя снять абстинентные явления, дискомфорт, связанный с отсутствием алкоголя, улучшить самочувствие). Проявления злоупотребления и болезненного пристрастия к алкоголю, равно как и здорового образа жизни без гендерных особенностей.

Выводы

1. Девушек в 2 раза больше парней: 18/28 (64,29 %) к 10/28 (35,71 %). Средний возраст — 21,68 лет.
2. Болезненное пристрастие к употреблению алкоголя имеет 7 (25 %) респондентов. Максимальный балл — 119. Проявления злоупотребления алкоголем имеют также 8 (28,57 %) человек. Не злоупотребляет алкоголем ровно половина респондентов — 14 (50 %) человек.
3. Особое влияние имеют традиционные, псевдокультурные и гедонстические мотивы. Мотивы патологической природы почти не представлены. Аддитивные мотивы преобладают над мотивами самоповреждений, тогда как они над похмельной мотивацией.
4. Проявления злоупотребления и болезненного пристрастия к алкоголю, равно как и здорового образа жизни без гендерных особенностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жариков, М. Н. Основы психиатрии для врачей общего профиля Серия: Библиотека практикующего врача / М. Н. Жариков. М.: Машиностроение, 2001. 256 с.
2. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. М.: Медицина, 2002. Т. 1. 672 с.
3. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. М.: Практическая медицина, 2011. 894 с.
4. Первый, В. С. Справочник невротических расстройств / В. С. Первый. М.: Феникс, 2012. 761 с.
5. Ющенко, А. И. Лекции по психиатрии / А. И. Ющенко. М.: Прибой, 1992. 118 с.

УДК 616.891.6:378.6-057.875(476.2)

ОЦЕНКА ТРЕВОГИ У СТУДЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПО ШКАЛЕ БЕКА

Максимчук Т. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Шкала тревоги Бека разработана американским психиатром Аароном Т. Бекком на основе клинических наблюдений. Доктор выделил наиболее яркие и распространенные симптомы тревожности на основе жалоб пациентов и описал их в виде опросника, содержащего 21 пункт. Каждый пункт включает один из типичных симптомов тревоги: телесных или психических. Каждый пункт должен быть оценен респондентом от 0 (симптом не беспокоил) до 3 (симптом беспокоил очень сильно) баллов.

Цель

Предварительная оценка наличия тревожных расстройств и их выраженности у студентов Гомельского государственного медицинского университета.

Материал и методы исследования

Нами был проведен опрос 51 респондента с помощью метода оценки тревоги Бека. Опросник включает 21 пункт по 4 утверждения в каждом, насколько беспокоит указанный симптом: вовсе не беспокоит, слегка, умеренно или сильно.

Значения от 0 до 9 баллов свидетельствуют об отсутствии тревоги.

Значения от 10 до 21 балла свидетельствуют о незначительном уровне тревоги.

Значения от 22 до 35 баллов соответствуют средней выраженности тревоги.

Значения от 36 до 63 баллов свидетельствуют об очень высоком уровне тревоги.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программного обеспечения «Microsoft Office 2019».