

понимаю все ощутимые, зримые группировки. Под социометрической матрицей я понимаю все социометрические структуры, которые и становятся очевидными в процессе социометрического анализа. Под социальной реальностью я понимаю динамический синтез и взаимное проникновение того и другого» [цит по 2, с. 255].

Положение индивида в группе, то есть социометрический статус связан с принятием групповых правил и норм в группе, насколько каждый из них отступает от соблюдения этих норм, как соотносятся социальные и «личностные» нормы. Социометрический статус раскрывает значимость для студента взаимодействия с группой. Требовательность группы к соблюдению ее ценностей воспринимается личностью с непомерной чувствительностью. Она отрицает «полезную» деятельность для группы. Данная деятельность становится не востребованной для личности, а низкий социометрический статус способствует осуществлению собственных устремлений, которые могут негативно противостоять общим. Подобное положение сходно с пониманием.

Заключение. В данной статье мы теоретически обосновали и описали отношения в малых группах студентов с разным социометрическим статусом. Для определения социометрического статуса был применен социально-психологический тест, разработанный Дж. Морено (имеет много модификаций), для оценки межличностных эмоциональных связей в группе, то есть взаимных симпатий между членами группы, и решения следующих задач: а) измерение степени сплоченности-разобщенности в группе; б) выявление соотносительного авторитета членов групп по признакам симпатии-антипатии (лидеры, звезды, отвергнутые); в) обнаружение внутригрупповых сплоченных образований во главе с неформальными лидерами.

Список использованной литературы:

1. Кокорева, А.А. Студенческая учебная группа как разновидность малых групп / А.А. Кокорева // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2015. – С. 237–241.
2. Морено, Я.Л. Социометрия: Экспериментальный метод и наука об обществе / Я.Л. Морено / Пер. с англ. А. Боковой. – М.: Академический Проект, 2001. – 384 с.

Соломаненко А.Ю. (Научный руководитель – Кухтова Н.В.,
канд. психол. наук, доцент)
Республика Беларусь, г. Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Психосоматические болезни с поражениями кожи представляют собой соматические расстройства, возникающие под действием эмоционального напряжения, из-за влияния различных психических воздействий из прошлого опыта больного или которые он испытывает в настоящий момент [1].

Соматическое заболевание, от которого человек страдает уже достаточно долго, а также потребность длительное время пребывать в стационаре приводит к изменению личности в виде патологического развития. В зависимости от основных характеристик болезни могут возникать психические нарушения, выражающиеся в различных симптомах. Проявление и особенности деятельности психики при различных заболеваниях зависят от множества источников, во-первых – от происхождения самого заболевания (как оно влияет на мозговую деятельность), во-вторых – от типа течения и остроты развития болезни [2].

Согласно данным многих научных работ (Д.В. Романов, О.А. Шавловская, P. Matussek, D. Agerer, G. Seibt, M.J. Henderson, J.A. Cotterill), в основе аффективных нарушений, которые чаще всего сопровождают дерматологические болезни, лежат различные соматические проявления, имеющие фрустрирующий характер (к примеру, изменение кожи, зуд, шелушение, и т.п.) [3; 6]. При кожных заболеваниях выделяются психосоматические проявления, которые связаны с психическими состояниями: стресс, тревога, депрессия, астения и т.д. [4]. В частности, среди психопатологических нарушений у больных псориазом нередко отмечается эмоциональная неустойчивость, тревожность, раздражительность, депрессия [8].

Преувеличенное чувство неполноценности как физической, так и социальной, которое испытывают больные дерматологическими заболеваниями, и их чрезмерная чувствительность к реакциям окружающих ведёт возникновению повышенной эмоциональной напряженности, подозрительности и настороженности таких пациентов, подталкивают их к негативизму и социальной изоляции. Поэтому значительное количество подобных больных предпочитают находиться в одиночестве вместо взаимодействия с другими людьми [5].

Наиболее часто проявляющаяся характерологическая особенность психосоматических больных, которая исполняет важную роль в возникновении этих заболеваний – это алекситимия (сложность в распознавании и выражении эмоций), что создаёт трудности в отделении телесных ощущений от негативных эмоциональных переживаний [3].

В исследовании Г.В. Рукавишникова обращается внимание на существенную степень снижения качества жизни больных дерматологическими заболеваниями, формирование нарушений тревожного и депрессивного характера, где значительное место отводится генерализованной тревоге, вегетосенсорной симптоматике и социофобии [7]. Заболевание кожи, которое могут замечать люди вокруг, значительно влияет на социальную жизнь больных, а также сопровождается возникновением чувства неловкости и лишает уверенности [2].

Цель исследования представляет собой определение и описание психосоматических особенностей больных кожными заболеваниями.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер». В исследовании принимали участие больные дерматологическими заболеваниями в составе 50 человек: 30 женщин и 20 мужчин в возрасте от 14 до 68 лет.

В ходе исследования использовались теоретический анализ литературных источников по изучаемой проблеме, методы эмпирического уровня (методика «Изучение психических состояний Айзенка», методика «Определение доминирующего состояния Л.В. Куликова», самооценочная шкала депрессии В. Зунга), методы статистической обработки данных.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных показал, что возраст обследуемых находится в пределах от 14 до 68 лет. Также, было выявлено, что среди кожных заболеваний чаще всего отмечается псориаз (38%), у 24% – дерматит, у 8% – угревая сыпь, в 6% каждое – экзема и витилиго.

В результате исследования были установлены уровни тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности у больных дерматологическими заболеваниями. Исходя из полученных данных, у испытуемых преобладает средний уровень тревожности (52%), а низкий уровень составляет 42%. Результаты данных по фрустрации

показали, что ведущим является средний уровень фрустрации, который составляет 50%. При анализе проявления агрессивности отмечается, что у больных дерматологическими заболеваниями средний уровень агрессии (58%). Результаты данных по ригидности позволили установить, что в основном у больных дерматологическими заболеваниями преобладает средний уровень ригидности (64%).

В ходе анализа данных установлено, что у всех больных дерматологическими заболеваниями преобладает низкий уровень депрессии. Это означает, что в данный момент у испытуемых не отмечается пониженного настроения, а также физиологических признаков депрессии. Настроение у больных дерматологическими заболеваниями ровное и устойчивое, они активны, работоспособны, а снижения интересов, самооценки и уверенности не отмечается.

В том числе установлены доминирующие состояния у больных дерматологическими заболеваниями. По всем шкалам (отношение к жизненной ситуации, тонус, спокойствие, устойчивость эмоционального тона, удовлетворённость жизнью, образ самого себя) преобладает средний уровень выраженности признаков. Однако по шкалам «спокойствие», «устойчивость эмоционального тона», «удовлетворённость жизнью» у 36%, 38% и 34% соответственно также отмечается высокий уровень. Данные испытуемые обладают большой уверенностью, положительным эмоциональным тоном, высокой устойчивостью, в целом они удовлетворены жизнью и берут на себя ответственность за свой выбор.

Установленные в ходе исследования характеристики позволяют судить о первичных особенностях психосоматических проявлений у больных дерматологическими заболеваниями.

Заключение. Таким образом, на основе полученных результатов можно утверждать, что для больных дерматологическими заболеваниями характерен средний уровень по показателям тревоги, депрессии, агрессии и ригидности, что означает допустимый уровень их проявления. Выявлен низкий уровень депрессии у всех испытуемых, который указывает на её отсутствие. У некоторых больных дерматологическими заболеваниями обнаружена большая уверенность в себе и делах, высокая эмоциональная устойчивость и удовлетворённость жизнью.

Список использованной литературы:

1. Адаскевич, В.П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) / В.П. Адаскевич, В.П. Дуброва // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2003. – №1. – С. 51–56.
2. Елисеев, Ю.Ю. Психосоматические заболевания / Ю.Ю. Елисеев. – М.: АСТ, 2003. – 311 с.
3. Караваева, Т.А. Психологические механизмы и психосоматические соотношения при различных дерматозах / Т.А. Караваева, Т.Н. Королькова // Клиническая дерматология и венерология. – 2018. – Том 17. – №5. – С. 7–16.
4. Козин, В.М. Психосоматические проявления пациентов дерматологического профиля / В.М. Козин, Н.В. Кухтова, И.М. Шакунова // Наука – образованию, производству, экономике: материалы XXI (68) регион. науч.-практ. конф., Витебск, 11-12 февраля 2016 г.: в 2-х томах. – Витебск: ВГУ им. П.М. Машерова, 2016. – С. 26–28.
5. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
6. Романов, Д.В. Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова: обзор литературы (часть 1) / Д.В. Романов // Псих. расстройства в общей медицине. – 2014. – №1. – С. 37–45.
7. Рукавишников, Г.В. Структура психической патологии пациентов разных возрастных групп с дерматозами лица / Г.В. Рукавишников, Н.Н. Петрова, И.О. Смирнова // Псих. расстройства в общей медицине. – 2016. – №1. – С. 22–26.
8. Якубович, А.И. Психофармакотерапия тревожных состояний у больных псориазом / А.И. Якубович, Н.Н. Новицкая // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – №4. – С. 97–99.