Психологические науки

УДК 159.9.01

Зотова Раиса Анатольевна,
к.псих.н., Высшая школа психологии и бизнеса
Иванова Елена Юрьевна,
Высшая школа психологии и бизнеса
Цветков Андрей Владимирович,
д.псих.н., заместитель директора по науке
Центра нейропсихологии «Изюминка», г. Москва
Zotova Raisa A.,
Ph.D in Psychology, Higher school of psychology and business
Ivanova Elena Yu.,
Higher school of psychology and business
Tsvetkov Andrey V.,
doctor of Psychology, Deputy Director for science, Center of neuropsychology " Izyuminka ", Moscow

ТРИГГЕР-ФАКТОРЫ, МЕНЯЮЩИЕ ВОСПРИЯТИЕ ВНЕШНОСТИ У ЛЮДЕЙ С КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
TRIGGER FACTORS CHANGING SELF APPEARANCE PERCEPTION IN SKIN DISEASES STRUGGLING PERSONS

Аннотация: Показано, что высокая диффернцированность телесного Я-образа при сниженной удовлетворенности своей внешностью и низком эмоциональном интеллекте (по модели Н.Холла), в особенности – низкой способности управлять своими эмоциями и распознавать чужие эмоции, позволяют с высокой (до 90%) точностью предсказывать формирование психосоматических кожных заболеваний.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, психосоматические заболевания, образ собственного тела.

Abstract: It is shown that high differenciated body component of self-image combinated with reduced self-appearance satisfaction and low emotional intelligence (N. Hall model), especially low ability to manage selfr emotions and recognize other's emotions, allow high accuracy predicting (up to 90%) of psychosomatic skin diseases formation.

Key words: emotional intelligence, psychosomatic diseases, the self body image.

У больных кожными заболеваниями на первое место выступает визуальная реакция на внешний вид; при этом страдает эстетический компонент внутренней картины болезни [3]. Самооценка собственной внешности и ее эмоциональное состояние имеет чрезвычайно важное значение в социальных контактах, в том числе сексуальных [2].

Наряду с проведенными исследованиями внутренней телесности [1; 4] обнаруживается дефицит исследований, направленных на изучение эмоционального отношения к телу и репрезентации телесного опыта через образные, невербальные представления у пациентов с дерматологическими проблемами [5; 6].

В связи с этим, целью данного исследования стало изучение особенностей восприятия своей внешности лицами с кожными заболеваниями у пациентов с психосоматическими и соматическими причинами заболевания.

Выборка. В исследовании участвовали 120 обследуемых, средний возраст которых составил 28,7±6,5. В данную выборку вошли 3 группы: 1) 29 обследуемых, имеющих кожные заболевания психосоматического происхождения (например, экзема, аллергия, псориаз, нейродермит и т.п.); 2) 15 обследуемых, имеющих кожные заболевания соматического происхождения (например, розацеа, угревая сыпь, герпес и т.п.); 3) 76 условно-здоровых обследуемых, не страдающие кожными заболеваниями.

Средний возраст у обследуемых 1 группы – 32,9±6,3 (среди них 17 мужчин и 12 женщин), у обследуемых 2 группы – 27,1±6,9 (среди них 9 мужчин и 6 женщин), у обследуемых 3 группы – 27,4±5,8 (среди них 30 мужчин и 46 женщин).

Результаты. Для определения факторов-триггеров, определяющих особенности респондентов с кожными заболеваниями психосоматического генеза был проведен прямой пошаговый дискриминантный анализ. В ходе статистической обработки исследуемых переменных была выявлена высокая точность предсказания, которая равна 92,4%, причем, для респондентов с кожными заболеваниями психосоматического генеза, точность предсказания составляет 83%, а для условно-здоровых респондентов – 96%.

В результате анализа была получена дискриминативная модель различения респондентов в зависимости от наличия или отсутствия кожных заболеваний психосоматического генеза. В данную модель входят такие дискриминанты, как удовлетворенность покровами своего тела ($F=16,96$ при $p<0,001$), самооценка своего здоровья ($F=12,41$ при $p<0,001$), дифференцированность физического образа Я ($F=10,25$ при $p<0,001$), способность управления своими эмоциями ($F=8,72$ при $p<0,001$), рефлексивность ($F=7,29$ при $p<0,001$), самооценка своего счастья ($F=6,28$ при $p<0,001$), способность распознавания эмоции других людей ($F=5,54$ при $p<0,001$).

Наибольшей дискриминативной способностью обладает показатель удовлетворенности покровами своего тела. Однако наряду с данным фактором остальные показатели также имеют достаточно высокое значение λ.

Полученные переменные-дискриминанты были сформированы в каноническую дискриминативную функцию, что позволило выявить достаточно полное разделение исследуемых респондентов (таблица 1).

Исходя из полученных данных, лучшей канонической функцией обладают дискриминанты «Удовлетворенность покровами тела» (0,57) и «Оценивание своего здоровья» (0,53).

Таблица 1 – Стандартизированные показатели и структурные коэффициенты канонической функции респондентов с кожными заболеваниями психосоматического генеза и условно-здоровыми респондентами

Дискриминанты	Функция	
	Стандартизированные	Структурные
Покровы	0,57	0,64
Здоровье	0,53	0,50
Гомункулус	-0,40	-0,43
Управление эмоциями	0,38	0,07
Рефлексивность	0,20	0,09
Счастье	0,21	0,42
Распознавание эмоций	0,21	0,31

Также были получены координаты центроидов для группы респондентов с кожными заболеваниями психосоматического генеза (-1,01) и условно-здоровых респондентов (0,387). Данные показатели свидетельствуют о том, что чем выше значение канонической функции, тем выше вероятность того, что у респондентов не будут наблюдаться заболевания кожных покровов психосоматического генеза.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что вероятность отсутствия кожных заболеваний психосоматического генеза выше при условии более высокой удовлетворенности покровами тела, высокой оценке своего здоровья и счастья, более низкой дифференцированности физического образа Я, способностью управлять своими эмоциями и распознавать эмоции других людей, а также более развитой рефлексивностью, что подтверждается структурными коэффициентами канонических функций.

Таким образом, в ходе статистической обработки данных, были выявлены факторы, позволяющие провести максимально точную границу между исследуемыми группами, т.е. удовлетворенность покровами тела и оценка своего здоровья – являются своеобразными факторами-триггерами, с помощью которых, можно корректировать негативное восприятие своей внешности у людей с кожными заболеваниями психосоматического генеза.

Далее был проведен дискриминантный анализ для групп респондентов с кожными заболеваниями соматического генеза и условно-здоровых обследуемых. В ходе статистической обработки исследуемых переменных была выявлена высокая точность предсказания, которая равна 92,3%, причем, для респондентов с кожными заболеваниями соматического генеза, точность предсказания составляет 80%, а для условно-здоровых респондентов – 95%.

В ходе анализа была получена дискриминативная модель различения респондентов в зависимости от наличия или отсутствия кожных заболеваний соматического генеза. В данную модель входят такие дискриминанты, как дифференцированность физического образа Я ($F=9,15$ при $p=0,003$), самооценка своего здоровья ($F=7,86$ при $p=0,001$), удовлетворенность покровами своего тела ($F=8,36$ при $p<0,001$), способность жить будущим ($F=6,78$ при $p<0,001$), эмоциональная осведомленность ($F=5,78$ при $p<0,001$), самооценка своего ума ($F=5,02$ при $p<0,001$).

Наибольшей дискриминативной способностью обладает показатель дифференцированности физического образа Я, однако наряду с данным фактором остальные показатели также имеют достаточно высокое значение λ.

Полученные переменные-дискриминанты были сформированы в каноническую дискриминативную функцию, что позволило выявить достаточно полное разделение исследуемых респондентов (таблица 2).

Таблица 2 – Стандартизированные показатели и структурные коэффициенты канонической функции респондентов с кожными заболеваниями соматического генеза и условно-здоровыми респондентами

Дискриминанты	Функция	
	Стандартизированные	Структурные
Гомункулус	0,71	0,54
Здоровье	0,51	0,33
Покровы	-0,63	-0,43
Будущее	-0,27	-0,22
Эмоциональная осведомленность	0,24	0,15
Ум	0,26	0,30

Исходя из полученных результатов, лучшей канонической функцией обладают дискриминанты «Дифференцированность физического образа Я» (0,71) и «Удовлетворенность покровами тела» (-0,63).

Также были получены координаты центроидов для группы респондентов с кожными заболеваниями соматического генеза (1,333) и условно-здоровых респондентов (-0,263). Данные показатели свидетельствуют о том, что чем ниже значение канонической функции, тем выше вероятность того, что у респондентов не будут наблюдаться заболевания кожных покровов соматического генеза.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что вероятность отсутствия кожных заболеваний соматического генеза выше при условии более низкой дифференцированности физического образа Я, более высокой удовлетворенности покровами тела, адекватной оценкой своего здоровья и ума, способностью осознавать свои эмоции, но не концентрироваться на них, а также способностью жить будущим, что подтверждается структурными коэффициентами канонических функций.

Таким образом, были выявлены факторы, позволяющие провести границу между исследуемыми группами, т.е. дифференцированность физического образа Я и удовлетворенность покровами тела – являются

своеобразными факторами-триггерами, с помощью которых, можно корректировать негативное восприятие своей внешности у людей с кожными заболеваниями соматического генеза.

Выводы. Доказано, что для респондентов с кожными заболеваниями психосоматического генеза своеобразными факторами-триггерами, с помощью которых, можно корректировать негативное восприятие своей внешности, являются удовлетворенность покровами тела и оценка своего здоровья. Для респондентов с кожными заболеваниями соматического генеза своеобразными факторами-триггерами, с помощью которых, можно корректировать негативное восприятие своей внешности, являются дифференцированность физического образа Я и удовлетворенность покровами тела.

Литература:

1. Бескова Д.А. Телесность как пространственная структура / Д.А. Бескова, А.Ш. Тхостов // Психология телесности между душой и телом. – М.: АСТ, 2007. – С. 236-252.

2. Грошев И. В. Половозрастные особенности восприятия, осознания и переживания болезни и отношения к ней (по результатам медико- социологических и психологических исследований) / И.В. Грошев // Социология медицины. – 2006. – № 1. – С. 30-34.

3. Ефименко С. А. Методологические изучения феномена пациента в социологии медицины / С. А. Ефименко // Социология медицины. – 2012. – № 2. – С. 10-14.

4. Психосоматика: телесность и культура: учебное пособие для вузов / под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический проект, 2009. – 310 с.

5. Рупчев Г.Е. Психологическая структура внутреннего телесного опыта при соматизации (на модели соматоформных расстройств) : автореф. дис. … канд. психол. наук. М., 2000.

6. Штрахова А.В., Харисова А.Р. Психосоматические аспекты нейродермита, телесный образ «я» и его границы у больных с атипичными дерматитами. Сообщение 1 / Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. – 2013. – №3. – С. 101-109.