

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 дифференцированность 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 differentiated body component of self-image combined 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  $28,7 \pm 6,5$ . 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 –  $32,9 \pm 6,3$  (среди них 17 мужчин и 12 женщин), у обследуемых 2 группы –  $27,1 \pm 6,9$  (среди них 9 мужчин и 6 женщин), у обследуемых 3 группы –  $27,4 \pm 5,8$  (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  $\lambda$ .

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  $\lambda$ .

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.