

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ АЛЕКСИТИМИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Юткина О.С.

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия», Благовещенск, e-mail: yutkin74@mail.ru

В работе представлены особенности алекситимии у детей в зависимости от возраста, пола и физического развития. В исследовании использовалась 26-пунктовая Торонтская алекситимическая шкала. Выборку составили 288 учащихся 6–7 и 10 классов средней школы. Большая часть (41,8 %) детей 10–14 лет характеризует способность легко выражать собственные эмоции, опознавать и описывать то, что они действительно чувствуют. Треть испытуемых (32,1 %) характеризует сниженная способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний. 26,2 % испытуемых показали выраженное наличие алекситимии, этим детям сложно осознавать и выражать свои чувства и эмоции. При этом мальчики и девочки с уровнем физического развития выше и ниже среднего составляют большую часть, что позволяет отнести их к группе риска развития психосоматических заболеваний. Среди подростков 15–18 лет треть относятся к «неалекситимическому» типу личности и почти 70 % детей составляют группу «пограничного» и «алекситимического» типов личности. Увеличение группы риска по алекситимии произошло за счет детей с нормальным и высоким физическим развитием. Гендерный анализ выявил, что этот рост произошел за счет девочек макросоматотипа 15–18 лет, они имеют более высокий риск развития алекситимии, чем мальчики этой возрастной группы.

Ключевые слова: алекситимия, соматотип, дети школьного возраста.

THE INSPECTION OF STANDARD OF ALEXITHYMIA AMONG SCHOOLCHILDREN

Yutkina O.S.

Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk, e-mail: yutkin74@mail.ru

The features of alexithymia among children, depending on their age, sex and physical development, are represented in the work. The study relied a 26-item Toronto's scale of alexithymia. The sample was based on 288 pupils of 6–7 and 10 secondary schools. The most (41.8 %) of children 10–14 years are characterized by the ability to express their emotions easily, to identify and describe what they really feel. One third of the subjects (32.1 %) is represented with the reduced ability or difficulty to the verbalization of emotional states. 26.2 % of the subjects were clearly expressed by the existence of alexithymia, such children recognize and express their feelings and emotions with difficulties. At the same time, boys and girls with the level of physical development above and below the average make up the majority, aligning them into a group with the risk of psychosomatic diseases. Among adolescents 15–18 years, one third are represented with "nonalexithymia" type, and almost 70% of children constitute a group of "border" and "alexithymia" types of their personality. Increased risk for alexithymia was due to children with normal and high physical development. The gender analysis revealed that the rise was due to macrosomatotype girls 15–18 years old, because they have a higher risk of developing alexithymia than boys in this age group.

Keywords: alexithymia, somatotype, schoolchildren.

Алекситимия – личностный конструкт, впервые предложенный J.C. Nemiah и соавт. [9] и впоследствии валидизированный с применением психометрических методик и различных экспериментальных подходов. Основные характеристики алекситимии: трудности идентификации чувств и дифференцировки чувств и телесных ощущений, возникающих при эмоциональном возбуждении; трудности в сообщении о своих чувствах другим лицам; недостаточно развитый процесс воображения, обеднение фантазии; ориентированный на внешние стимулы когнитивный стиль. Все эти признаки отражают дефицит когнитивной переработки и регуляции эмоций.

Клинически алекситимия связана с целым рядом соматических и психических расстройств, в этиопатогенезе которых, вероятно, играет роль недостаточная способность к

модулированию эмоционального возбуждения посредством когнитивной переработки. Примерами таких расстройств служат функциональная патология желудочно-кишечного тракта, эссенциальная гипертония, злоупотребление психоактивными веществами, посттравматические стрессовые расстройства, расстройства приема пищи, а также склонность к соматизации [1,3].

Для современного мира характерно увеличение психологических нагрузок и напряженности социальных отношений, от которых нет программ генетической защиты. Это приводит к усложнению жизни человека, т.к. приспособление к среде зависит от его психических возможностей во много раз больше, чем от силы его мышц или скорости бега. Особенно опасным фактором заболеваний становится слово. Эмоции, прежде направленные на мобилизацию сил организма, на его защиту, теперь подавляются, либо требуют встраивания в социальный контекст ситуации, либо вовсе извращаются [8,10].

Психосоматика – междисциплинарное научное направление, которое является медицинской областью знаний и служит лечению заболеваний; становится предметом физиологии и исследует влияние эмоций на физиологические функции; как отрасль психологии исследует поведенческие реакции, связанные с болезнью; определяет способы изменения деструктивных способов эмоционального реагирования; как социальная область науки выявляет связь психосоматических расстройств с культурными традициями [6,7].

Причины психосоматических расстройств сложны и определяются рядом факторов: неспецифической наследственной отягощенностью соматическими дефектами; врожденным предрасположением к психосоматическим расстройствам; нарушениями деятельности высшей нервной деятельности; психическим состоянием и физическим утомлением во время или после психотравмирующих ситуаций; неблагоприятным фоном внутрисемейных или иных социальных факторов (например, потерей работы, статуса, роли) [2,3].

О.В. Гурович с соавт. изучали степень алекситимии среди детей с нефропатиями, а также ее влияние на качество жизни здоровых и больных детей. В результате исследования выявили: по всем рассматриваемым шкалам оценки качество жизни алекситимичных детей с нефропатиями были статистически значимо ниже, чем у детей без алекситимии. По шкалам общее здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, и психическое здоровье значение оценок качества жизни в группе с пограничным состоянием отличалось от других групп. У больных детей с алекситимией выявлено значительное снижение оценок качества жизни [4].

М.Ю. Келина, Т.А. Мешкова предполагали, что наличие алекситимии является фактором формирования неудовлетворенности телом и нарушений пищевого поведения. Для подтверждения гипотезы проанализированы взаимосвязи между особенностями пищевого

поведения и алекситимией в неклинической популяции школьниц и студенток – учащихся образовательных учреждений г. Москвы. Полученные результаты показали, что встречаемость нарушения пищевого поведения среди девушек с высокими показателями алекситимии выше. Результаты дисперсионного и корреляционного анализов указывали на наличие связи между алекситимией и риском нарушений пищевого поведения [5].

Психосоматические расстройства вызывают дискуссии ученых и врачей всего мира. В последнее время они широко изучаются и в нашей стране. Однако нет достаточных данных, касающихся клинических проявлений, возрастных особенностей динамики психосоматических расстройств у детей.

У детей алекситимия является наименее изученной личностной характеристикой. Нельзя однозначно утверждать, является ли алекситимия триггерным механизмом психосоматической патологии, однако есть вероятность, что она представляет собой причину, которая повышает риск развития данной патологии. Возможно, алекситимия, которой присущи особенности личностных черт (стабильность в онтогенезе, связь с наследственностью), может способствовать формированию факторов риска и являться одним из предикторов психосоматозов.

Цель исследования – изучение алекситимии у детей школьного возраста в зависимости от возраста, пола и физического развития.

Материалы и методы исследования

Выборку составили 288 учащихся 6–7 и 10 классов средней школы № 5 г. Благовещенска, все дети «условно здоровые». Для измерения и оценки алекситимии выбрана Торонтская алекситимическая шкала (TAS). Торонтская Алекситимическая Шкала создана G.J. Taylor и соавт. (1985). На русском языке TAS-26 была адаптирована в НИИ им. Бехтерева. TAS-26 состоит из 26 вопросов, из которых ряд интерпретируется в прямых значениях, а ряд – в противоположных, что позволяет снизить установочность ответов.

Нормальным уровнем считается не более 62 баллов, 63–73 балла – «группой риска», значения в 74 и более балла соответствуют явной алекситимии, остальные значения – промежуточным степеням.

Результаты исследования и обсуждение

В исследованиях приняли участие 288 учащихся 6–7 и 10 классов средней школы г. Благовещенска, все дети «условно здоровые» – I и II групп здоровья, 10–14 лет – 134 ребенка и 15–18 лет – 154. Всего 136 мальчиков и 152 девочки.

В результате проведенной антропометрии все исследуемые группы детей были разделены на 3 группы по уровню физического развития на соматотипы по схеме Р.Н. Дорохова и И.И. Бахрака, согласно которой выделяют микро-, мезо- и макросоматотипы.

В подгруппе младших подростков преобладают дети с высоким физическим развитием – 65 детей (48,5 %), далее дети со средним физическим развитием – 58 (43,3 %) и низким физическим развитием – 11 (8,2 %). В то время как половина детей 15–18 лет (78 человек) имеют среднее физическое развитие, треть (48 человек) – высокое и 18,2 % (28 детей) – низкое физическое развитие. При сравнении детей 10–14 и 15–18 лет по критерию Манна – Уитни выявлены достоверные различия по соматотипу ($U=3,08$ при $p=0,002$). При сравнении возрастов по уровню физического развития тоже обнаружены достоверные различия по критерию Крискал – Уолеса ($H=11,53$ $p=0,003$).

В возрастной группе 15–18 лет соматотип ребенка связан с его полом, девочки достоверно чаще имеют микро- и мезосоматотипы, а мальчики чаще – мезо- и макросоматотипы ($R_s = -0,23$). Сравнивая микро- и макросоматотипы, выявили достоверные различия по полу: мальчиков больше с макросоматотипом, а девочек – с мезосоматотипом ($U=484$ при $p=0,04$).

Анализируя уровень алекситимии у детей 10–14 лет, определили, что всего 41,8 % детей данного возраста имеют нормальные показатели по шкале алекситимии, 32,1 % детей – имеют баллы группы риска и 26,2 % – высокие баллы по шкале TAS, соответствующие алекситимии.

Гендерный анализ всей группы детей 10–14 лет не выявил достоверных различий, и уровень алекситимии у мальчиков и девочек не отличался в целом по всей группе детей.

Анализ уровня алекситимии в зависимости от физического развития у младших подростков тоже не выявил достоверно значимых различий между группами. Можно отметить, что у детей с низким физическим развитием наметилась тенденция к увеличению группы детей с алекситимией на 10 %, по сравнению с детьми с нормальным и высоким физическим развитием. Уровень алекситимии выше у мальчиков с микросоматотипом и макросоматотипом, чем у мальчиков с мезосоматотипом. У девочек с микросоматотипом и мезосоматотипом баллы TAS выше, чем у девочек с высоким физическим развитием. Выявленные изменения не носят достоверный характер.

Результаты исследования уровня алекситимии у детей 15–18 лет ($n=154$): всего 33,7 % детей (52 ребенка) данного возраста имеют нормальные показатели по шкале алекситимии, 44,2 % детей (68) – имеют баллы группы риска и 22,1 % (34) – высокие баллы по шкале TAS, соответствующие алекситимии. В сравнении с группой детей 10–14 лет у подростков 15–18 лет уменьшилось количество не алекситимичных детей за счет увеличения на 12 % группы детей, входящих в группу риска по алекситимии.

Гендерный анализ всей группы детей 15–18 лет показал, что увеличение группы риска детей по алекситимии произошел за счет перехода девочек из группы нормы в группу риска

(группа риска составила 47,4 %). При исследовании корреляции Спирмена выявили достоверную, значимую, положительную зависимость уровня алекситимии и пола: девочки 15–18 лет имеют высокий балл по алекситимии, чем мальчики этой возрастной группы ($R_s=0,18$). В то время как мальчики 15–18 лет обеспечили положительную динамику к снижению уровня общей алекситимии (группа мальчиков 15–18 лет с алекситимией составила 18 %) (табл. 1).

Таблица 1

Школьники 15–18 лет (n 154), абсолютные и относительные показатели

	Мальчики n78		Девочки n76	
	Норма	32	41 %	20
Риск	32	41 %	36	47,4 %
Алекситимия	14	18 %	20	26,3 %

Анализ уровня алекситимии в зависимости от физического развития у подростков 15–18 лет представлен в таблице 2. Анализ уровня алекситимии в зависимости от физического развития у старших подростков выявил следующую динамику: увеличение группы риска по алекситимии произошло за счет детей с нормальным и высоким физическим развитием на 15 % и 16 % соответственно. При гендерном анализе выявили, что этот рост произошел за счет девочек мезо- и макросоматотипа. В сравнении с группой девочек 10–14 лет количество девочек группы риска по алекситимии нормального и высокого физического развития увеличилось в 2 раза. При сравнении показателей девочек и мальчиков в данной возрастной группе по критерию Манна – Уитни обнаружили достоверные различия и по соматотипам и по уровню алекситимии ($U=2238$ при $p=0,008$ и $U=2336$ при $p=0,02$), таким образом девочки и мальчики старшей подростковой группы достоверно обладают разным соматотипом и уровнем алекситимии.

Таблица 2

Школьники 15–18 лет (n 154), абсолютные и относительные показатели

	Микросоматотип n28		Мезосоматотип n78				Макросоматотип n48					
	Мальчики n12		Девочки n16		Мальчики n32		Девочки n46		Мальчики n34		Девочки n14	
	Норма	8	67 %		25 %	8	25 %	14	30 %	16	47 %	2
Риск	4	33 %		25 %	14	44 %	22	48 %	14	41 %	10	71 %
Алекситимия	0	-		50 %	10	31 %	10	22 %	4	12 %	2	15 %

Проведенное исследование показало, что в исследуемой группе при изучении физического развития у исследуемых школьников определили, что 43,3 % детей в возрасте 10–14 лет имеют мезосоматотип, частота его увеличивается с возрастом – в 15–18 лет число детей со средним физическим развитием составляет более 50 %. Частота микросоматотипа также увеличивается с возрастом, а частота макросоматотипа, напротив, по мере взросления уменьшается ($U=3,08$ при $p=0,002$; $N=11,53$ $p=0,003$).

Большая часть (41,8 %) испытуемых детей 10–14 лет характеризует способность легко выражать собственные эмоции, опознавать и описывать то, что они действительно чувствуют. Треть испытуемых (32,1 %) характеризует сниженная способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний. И 26,2 % испытуемых показали выраженное наличие алекситимии, этим детям сложно осознавать и выражать свои чувства и эмоции. При этом мальчики и девочки с уровнем физического развития выше и ниже среднего, составляют большую часть, что позволяет отнести их к группе риска развития психосоматических заболеваний.

Только треть подростков 15–18 лет относятся к «неалекситимическому» типу личности и почти 70 % детей составляют группу «пограничного» и «алекситимического» типов личности. Эта динамика в сравнении с периодом 10–14 лет обусловлена увеличением числа подростков, входящих в группу риска по алекситимии.

Увеличение группы риска по алекситимии произошло за счет детей с нормальным и высоким физическим развитием. Гендерный анализ выявил, что этот рост произошел за счет девочек мезо- и макросоматотипа ($U=2238$ при $p=0,008$ и $U=2336$ при $p=0,02$).

Девочки 15–18 лет имеют достоверно более высокий риск развития алекситимии, чем мальчики этой возрастной группы ($R_s=0,18$).

Заключение

Таким образом, алекситимия действительно сочетается с разными факторами, в частности, уровнем физического развития, возрастом и полом. Это может служить почвой для развития психосоматических расстройств, что указывает на необходимость проведения диагностических и профилактических мероприятий детей дошкольного возраста с целью коррекции их физического развития и психологической адаптации.

Список литературы

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр; пер. с англ. С. Могилевского. – Москва: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Баданина Л.П. Основы общей психологии: учебное пособие / Л.П. Баданина. –

- Москва: Флинта, 2012. – 448 с.
3. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь / сост. и общ. ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 672 с.
 4. Гурович О.В., Звягина Т.Г., Ситникова В.П. Анализ взаимосвязи алекситимии и качества жизни у детей с нефропатиями / О.В. Гурович, Т.Г. Звягина, В.П. Ситникова // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. XVII, № 2. – С. 112.
 5. Келина М.Ю., Мешкова Т.А. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста / М.Ю. Келина, Т.А. Мешкова // Клиническая и специальная психология. – 2012. – № 2; URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52628.shtml>.
 6. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии /А.Н. Леонтьев. – Москва: Издательский центр «Академия», 2007. – 509 с.
 7. Маклаков А.Г. Общая психология /А.Г. Маклаков. – СПб.: ПИТЕР, 2008. – 583 с.
 8. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: ПИТЕР КОМ, 2013. – 720 с.
 9. Nemiah J.C., Freyberger H., Sifheos P.E. Alexithymia: a view of psychosomatic process / J.C. Nemiah, H. Freyberger, P.E. Sifheos // Modern trends in psychosomatic medicine / O.W. Hill (Ed.). – London: Butterworths, 1976. – P. 430-440.
 10. Yutkina O.S., Yutkina Y.R. Alexithymia in adolescents depending on physical development / O.S. Yutkina, Y.R. Yutkina // China-Russian Union for Innovation and development of Chinese Medicine The 13th Sino-Russia Forum of Biomedical and Pharmaceutical Science. The conference proceedings / HARBIN, CHINA, 2016. – С. 116-117.