DOI 10.25588/CSPU.2020.154.1.016
УДК 616.896-008
ББК 88.53

Н. И. Галюкова[1], И. А. Галюков[2]
[1]ORCID № 0000-0001-9997-1648
Доктор медицинских наук, главный врач,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Челябинская областная детская туберкулезная больница»,
г. Челябинск, Российская Федерация.
E-mail: galjukov@mail.ru

[2]ORCID № 0000-0002-5517-293X
Доктор медицинских наук, профессор кафедры спортивной медицины
и физической реабилитации, Уральский государственный университет
физической культуры, г. Челябинск, Российская Федерация.
E-mail: galjukov@mail.ru

ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АЛЕКСИТИМИЕЙ НА ОСНОВЕ МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА

Аннотация

Введение. В статье анализируются вопросы, взаимосвязи алекситимического процесса с социальными факторами их влияние на эмоциональный и психосоматический статус и психосоматические заболевания у детей и подростков, факторы риска, влияющие на микросоциальную среду и эмоциональность детей и подростков, а также основные процессы, определяющие динамику психосоматики. Комплексный реабилитационный процесс позволяет оказывать влияние на эмоциональный статус при алекситимии. Психолого-медико-социальная характеристика детей и подростков с алекситимией на основе корреляционного анализа даёт усредненный портрет изучаемого контингента.

Материалы и методы. Разработанная авторская методика комплексного психолого-медико-социального обследования позволила выявить причинно-следственные связи, определить основные факторы, влияющие на алекситимию у детей и подростков.

Результаты. Алекситимия у изучаемого контингента детей и подростков встречается в два раза чаще, чем у здоровых сверстников. В 8,3 % у детей и подростков с алекситимией встречаются симптомы снижения энергетического потенциала и «эмоционального оскудения». У всех детей и подростков снижен адаптационный потенциал, при этом отмечается высокий корреляционный показатель взаимосвязи дезадаптации с социальными факторами, особенно семейным фактором.

Обсуждение. Выявленная прямая взаимосвязь влияния на эмоциональное состояние детей и подростков: наличия инфекционного процесса, соматических заболеваний, микроклимата в семье, вредных привычек у родителей и самого подростка, материальный доход семьи, состояние здоровья членов семьи. У детей и подростков с алекситимией на фоне семейной депривации, связанной с инфекционной и соматической патологией, часто наблюдается декомпенсация в психоэмоциональной сфере. Дети и подростки с алекситимией, воспитывающиеся без родителей в социальных учреждениях, имеют большую устойчивость к психологической дезадаптации.

Заключение. Алекситимия у тубинфицированных и болеющих туберкулезом детей и подростков может быть как сопутствующим синдромом — вторичным, так и самостоятельным – первичным. Во всех случаях факторы экзогенного характера имеют прямое влияние на характер течения процесса. Алекситимия в свою очередь влияет на течение соматической и инфекционной патологии. Основными факторами, влияющими на оба процесса, чаще всего являются микросоциальная среда: семья, материальный уровень, благополучие родителей, вредные привычки, уровень образования, условия воспитания ребёнка, образовательные учреждения.

Ключевые слова: психология; медико-социальные факторы; дети; подростки; алекситимия; многофакторная характеристика.

Основные положения:

В основу выполненного исследования положено комплексное психолого-социально-медицинское исследование факторов определяющих алекситимический процесс, на основе корреляционного анализа в ранговом порядке, дана многофакторная характеристика медико-социального портрета детей и подростков.

1 Введение (Introduction)

В обществе на его современном этапе огромное значение играет палитра многообразий форм общения. Проблемы, связанные с нарушениями коммутативности, становятся объектом пристального внимания многих учёных.

К их числу можно отнести и невозможность выражать свои эмоции через речь, подбора необходимых слов для донесения до собеседника своих внутренних ощущений. Именно этот психологический процесс и определяется как алекситимия [1; 2; 3].

Следует отметить и то, что наличие «эмоционально зажима» у детей и подростков не только мешает коммутативным связям, влияет на их успеваемость и как следствие на задержку интеллектуального развития, но и оказывает влияние на формирование характера [4].

Общепринято считать, что эмоциональная сфера человека определяет психологическое и физиологическое состояние и как следствие социальный статус и качество жизни.

Немаловажными событиями влияния на алекситимический генез являются социальные и микросоциальные факторы. Прежде всего, к ним можно отнести: неблагополучные семьи, депривация общения с родными и близкими [5; 6].

На сегодняшний день однозначно решен вопрос о прямом выраженном влиянии эмоций на психосоматический статус. Однако остаётся огромное количество вопросов, прежде всего, как психосоматические заболевания, особенно у детей и подростков влияют на эмоциональный статус, как в целом психо-соматические заболевания оказывают влияния на алекститимию, как в этих усло-

виях реабилитационные мероприятия меняют характер эмоциональных дисфункций [7].

Цель исследования состояла на основе многофакторного анализа изучить эмоциональное здоровье детей и подростков, выявить распространенность и структуру алекситимии. По итоговым результатам сформировать психолого-социальную, медицинскую характеристику изучаемого контингента и на основе корреляционного анализа дать усредненный портрет изучаемого контингента детей. Выявить факторы риска влияния микросоциальной среды на эмоциональность детей и подростков, а также влияние этого процесса на динамику психосоматики. Оценить возможность комплексного реабилитационного процесса на изменение эмоционального статуса в рамках алекситимии [1; 6; 3].

2 Материалы и методы (Materials and methods)

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Челябинская областная детская туберкулезная больница», в состав которого входит общеобразовательная школа, структурное подразделение МОУ СОШ № 17.

На первом этапе согласно разработанным критериям нами была сформирована совокупность, которая включала 257 детей и подростков, болевших и тубинфицированных туберкулезом. Уровень алекситимии среди изучаемого контингента составил 0,4 случая на 100 заболевших, что в два раза выше показателей в аналогичной группе среди здоровых детей и подростков.

По характеру алекситимического процесса выделенная совокупность была разделена на группы. Первую группу составили дети и подростки — 22 человека с признаками, но не установленным диагнозом алекситимия, вторую — 11 с установленным диагнозом алекситимии. В третью группа вошли 3 случая с признаками алекситимии и наличием психотических проявлений.

При проведении исследования применялись следующие методы: клинический, диагностический методы (опрос, беседа, те-

стирование), социологический (анкетный в форме стандартизированного интервью), социально-гигиенический (выкопировка данных из учетной и отчетной документации).

На основе анализа причинно-следственных связей проводилось определение факторов, влияющих на течение алекситимии, и их взаимосвязь.

Исследованы основные микросоциальные факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на течение алекситимии у детей и подростков.

На втором этапе применялись методы: математико-статистический, метод непосредственного наблюдения, экспертных оценок.

Статистическая обработка полученной информации осуществлялась путем расчета относительных и средних величин, их достоверности и ошибки; стандартных показателей; корреляционного (расчёта табличных и ранговых коэффициентов корреляции).

По результатам проведенной комплексной реабилитации у детей и подростков, страдающих алекситимией, была получена оценка динамики эмоциональных процессов.

Сформирован на основе корреляционного анализа усредненный портрет изучаемого контингента детей.

3 Результаты (Results)

Согласно предварительным данным исследования было выявлено, что у нашего контингента пациентов алекситимия встречается в два раза чаще, чем у здоровых сверстников.

Кроме того, при анализе случаев заболевания туберкулёзом легких и алекситимии была определена и сопутствующая патология.

Сопутствующая патология распределилась следующим образом: патология зубов — 39,7; лор патология — 35,1 случаев; энтеробиоз — 17; задержка психомоторного развития – 3,2; дискинезия желчевыводящих путей — 30,1; гастрит — 3,2; вегетососудистая дистония — 33,7; анемия — 2,3 на 100; энурез — 1,8; пиелонефрит — 0,7; дерматит — 1,9 случаев на 100 заболевших детей и подростков.

Эти данные свидетельствует о более высокой заболеваемости детей и подростков с алекситимией соматической патологией. Различие между первой и второй групп наблюдений мы не выявили.

В третьей группе, которая характеризовалась, кроме наличия алекситимии, снижением энергетического потенциала, выраженным «эмоциональным оскудением», в одном случае наличием сверхценных суждений, случаев соматической патологии не отмечено.

Оценка характеристики общей тревожности логично была выше во второй группе. В обеих группах были высокими показатели тревоги в отношениях с коллективом. Различие с первой группой заключалось лишь в том, что во второй группе показатель тревожности при взаимоотношениях с родственниками был значительно выше и имел высокий корреляционный показатель прямой зависимости ($r = 0,96 \pm 0,2$) от макросоциальных факторов.

Причинно-следственный анализ позволят предположить с высокой степенью вероятности, что именно эти факторы и определяют успешность образовательного процесса и социализации детей и подростков в целом ($r = 0,91 \pm 0,2$).

У всех детей и подростков в трех группах был высокий дезадаптационный коэффициент. Корреляционные показатели взаимосвязи дезадаптации с социальными факторами соответствовали: первая группа ($r = 0,89 \pm 0,3$), вторая группа ($r = 0,91 \pm 0,3$); третья группа ($r = 0,85 \pm 0,3$).

В первой группе детей и подростков декомпенсации дезадаптации регистрировались только по невротическому типу, тогда как второй группе встречались и смешанные варианты невроистерического характера.

В этих случаях наблюдалась стереотипность в поведении снижение критичности к своему состоянию.

В третьей группе дезадаптация проявлялась снижением критики и психопатоподобным поведением.

Корреляционный анализ между тревожностью и интеллектом

показал наличие связи с показателем (r=0,59±0,3), что свидетельствует о низком влиянии интеллекта на процесс тревожности.

В патогенетической структуре алекситимии особое место занимает самооценка. Именно самооценка является ведущим фактором, влияющим на общий фон настроения. У всех детей и подростков с алекситимией была отмечена заниженная самооценка. В первой группе в 8, во второй — в 5 случаях был диагностирован и психологическими исследованиями подтвержден диагноз субдепрессия.

На процесс формирования депрессивных проявлений у детей с алекситимией большое влияние оказывали микросоциальные факторы (r = 0,92 ± 0,2).

В социально неблагополучных семьях у детей и подростков была выявлена выраженная прямая корреляционная зависимость между тревожностью и социальным положением семьи (r = 0,87 ± 0,1), при этом психическая и социальная адаптации составляли (r = 0,82 ± 0,2) и (r = 0,78 ± 0,2) соответственно.

У детей и подростков в неполных семьях или сирот показатель тревожность и социальных факторов соответствовал (r = 0,87 ± 0,3) и (r = 0,91 ± 0,2) соответственно.

При проведении исследования алекситимии как фактора, предполагающего развитие психосоматической патологии было установлено, что возможны два варианта:

– алекситимия как преморбидный фактор психосоматики;

– соматические заболевания влияют на процесс алекситимии.

Проведенный анализ показал, что существует прямая корреляционная зависимость между тяжестью соматических проявлений и уровнем алекситимических нарушений (r = 0,82 ± 0,2).

На основании этих данных можно предполагать с большой долей уверенности, что алекситимия как фактор может лежать в основе развития психосоматических проявлений. И как уже общепринято считать, фон эмоционального состояния влияет на течение

заболевания. Анализ факторов влияющих на течение алекситимии (Таблица 1).

Таблица 1 — **Многофакторная характеристика медико-социального портрета детей и подростков с алекситимией (по материалам корреляционного анализа)**

Table 1 — **Multifactorial characteristics of the medico-social portrait of children and adolescents by alexithymia (based on correlation analysis)**

Результативный признак	**Сила связи**
По данным анкетирования	
Наличие контактов с инфекцией	0,98 ± 0,3
Факторы риска; «часто болеющий», предрасположенность к хроническим заболеваниям, наличие туберкулезной интоксикации, преморбидный анамнез, наследственность	0,96 ± 0,2
Эпидемиологический анамнез, контакт с больным туберкулезом, анамнез жизни	0,98 ± 0,3
Место проживания город, село	0,97 ± 0,3
Профессия родителей (определяющая условия заражения и уровень жизни – депривационный фактор)	0,96 ± 0,3
Состав семьи	0,95 ± 0,3
Состояние здоровья	0,95 ± 0,2
Злоупотребление родителями алкоголем	0,94 ± 0,3
Наличие сопутствующих заболеваний	0,92 ± 0,2
Материальный уровень семьи	0,92 ± 0,2
Вредные привычки больного	0,92 ± 0,2
Своевременность оказание медицинской помощи и лечения	0,92 ± 0,2
Состояние здоровья членов семьи	0,71 ± 0,2
Наличие дополнительного дохода в семье	0,71 ± 0,2

Продолжение таблицы 1

Continuation of table 1

Результативный признак	**Сила связи**
По данным учётно-отчётной документации	
По контингенту амбулаторных больных (исходная документация амбулаторная карта)	
Наличие сопутствующих заболеваний	0,97 ± 0,3
Возраст ребенка	0,96 ± 0,3
Социальный статус родителей	0,93 ± 0,3
Наличие осложнений после перенесенного заболевания	0,89 ± 0,2
Наличие группы инвалидности у ребенка	0,77 ± 0,2
По признаку алекситимии	
Уровень эмоционального осознания	0,98 ± 0,3
Оценка связи эмоциональности и реализации двигательной активности	0,97 ± 0,3
Ограничение перспективной интеллектуальной деятельности	0,97 ± 0,3
Акцентирование мышления на событиях окружающей действительности	0,95 ± 0,3
Акцентирование внимания на прежнем опыте перенесенного ранее заболевания	0,93 ± 0,2
Включение прежнего опыта перенесенного ранее заболевания в процесс интеграции в общество и собственно социализации	0,93 ± 0,2
Активное психологическое принятие процесса инвалидизации	0,92 ± 0,2
Застревание на идее самоуничижения	0,91 ± 0,2
Смещение постоянно фона настроения в сторону негативного эмоционального вектора	0,91 ± 0,2
Выраженная пассивность и несостоятельность в принятии решении планов на будущее	0,88 ± 0,2
Несоответствие желаний и собственных возможностей	0,87 ± 0,2
Нереальность планов на свое будущее	0,86 ± 0,2
Процесс психологической саморегуляция	0,73 ± 0,2

Продолжение таблицы 1

Continuation of table 1

Результативный признак	**Сила связи**
По данным наблюдения психолога в стационаре и педагогов школы	
Эмоциональная олигофазия общения и самохарактеристика	0,99 ± 0,2
Снижение уровня представлений на события будущего, прошлого и реальной жизни	0,97 ± 0,3
Снижение инициативы и активности	0,91 ± 0,2
Психологическая зависимость от близкого взрослого (матери)	0,91 ± 0,2
Нарушения критики к себе и снижение к окружаемому пространству	0,88 ± 0,2
Здоровый образ жизни	0,81 ± 0,2
Правильный режим и активный образ жизни	0,76 ± 0,2

Разработана и внедрена нами авторская программа реабилитации больных туберкулезом с алекситимией.

Итоговый анализ эффективности комплексной медико-психолого педагогической реабилитации детей и подростков с алекситимией, болевших и тубинфицированных туберкулезом показал, что при «первичной алекситимии» она составляет — 28,3 %, а «вторичной алекситимии» — 95,8 %. Общая эффективность (исходя из числа случаев соотношений первичная/вторичная) — 87 %.

4 Обсуждение (Discussion)

На основании корреляционного анализа многофакторной характеристики психологического медико-социального исследования был сформирован портрет детей и подростков алекситимией, имеющих инфекционное заболевания легких.

Было установлено, что имеется взаимосвязь влияния на эмоциональное состояние детей и подростков: наличие инфекционной и соматических заболеваний, наличие микроклимата в семье, наличие вредных привычек у родителей и самого подростка, материальный

доход семьи, состояния здоровья членов семьи, профессия родителей. Исходя из этого, можно предположить, что социальный фактор является одним из ведущих этиологических причин формирования у детей и подростков алекситимической реакции личности.

У детей и подростков с алекситимией на фоне семейной депривации, связанной с инфекционной и соматической патологией, часто наблюдается декомпенсация в психоэмоциональной сфере. Дети и подростки с алекситимией, воспитывающиеся без родителей в социальных учреждениях имеют большую устойчивость к психологической дезадаптации.

Согласно психологическим наблюдениям необходимо обращать внимание при психологической коррекции на такие проявления, как: эмоциональная олигофазия в общении и самохарактеристике; снижение уровня представлений на события будущего, прошлого и реальной жизни; снижение инициативы и активности, так как именно эти характеристики при алекситимии служат факторами, влияющими на формирование личности.

5 Заключение (Conclusion)

Проведенные исследования показали, что алекситимия у детей и подростков, болеющих и тубинфицированных туберкулезом, может встречаться как самостоятельно — первичная, так и как синдром — вторичная.

Во всех этих случаях имеются факторы экзогенного характера, которые оказываю прямое влияние на характер течения. Вместе с тем, сама алекситимия влияет на течение соматической и инфекционной патологии.

Основными факторами такого влияния является микросоциальная среда: семья, материальный уровень, благополучие родителей, вредные привычки, уровень образования, условия воспитания ребёнка, образовательные учреждения и т. д. Особое значение имеет желание ребенка посещать школы, стремление к получению образования, склонность к самообразованию.

Немаловажным фактором является и наличие сопутствующих заболеваний, стремление детей и подростков к здоровому образу жизни.

Библиографический список

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М., 2007. – 352 с.

2. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / автор-сост. Д. Б. Ересько [и др.] : методическеи указания. СПб. : Издательство Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. 2005. – 25 с.

3. Соложенкин В. В., Гузова Е. С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. VIII. Вып. 2. С. 18–24.

4. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. СПб., 2004. – 960 с.

5. Коростелева И. С., Ротентберг В. С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 136–143.

6. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца / Т. И. Грекова [и др.]. Клиническая медицина. 2003. № 11. С. 32–34.

7. Калинин В. В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством// Социальная клиническая психиатрия. 2010. № 5. С. 96–102.

N. I. Galyukova[1], I. A. Galyukov[2]

[2]ORCID No. 0000-0001-9997-1648
Doctor of Medical Sciences,
Chief Physician of the State Budgetary Institution of Healthcare
“Chelyabinsk Regional Children's Tuberculosis Hospital”,
Chelyabinsk, Russia.
E-mail: galjukov@mail.ru

[2]ORCID No. 0000-0002-5517-293X
Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Sports Medicine and Physical Rehabilitation, Ural state University of Physical Culture, Chelyabinsk, Russia.
E-mail: galjukov@mail.ru

PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ALEXYTIMIA BASED ON MULTI-FACTOR ANALYSIS

Abstract

Introduction. The article analyzes the issues, the relationship of the alexithymic process with social factors, their influ-

ence on the emotional and psychosomatic status and psychosomatic diseases in children and adolescents, risk factors affecting the microsocial environment and emotionality of children and adolescents, as well as the main processes determining the dynamics of psychosomatic. The complex rehabilitation process allows you to influence the emotional status in alexithymia. Psychological, medical and social characteristics of children and adolescents with alexithymia based on correlation analysis gives an average portrait of the studied contingent.

Materials and methods. The developed author's method of complex psychological, medical and social examination made it possible to identify cause-and-effect relationships, to determine the main factors affecting alexithymia in children and adolescents.

Results. Alexithymia in the studied contingent of children and adolescents occurs twice as often as in healthy peers. In 8,3 % of children and adolescents with alexithymia, there are symptoms of decreased energy potential and "emotional impoverishment." All children and adolescents have a reduced adaptive potential, while there is a high correlation indicator of the relationship between maladjustment and social factors, especially the family factor.

Discussion. The revealed direct relationship of the influence on the emotional state of children and adolescents: the presence of an infectious process, somatic diseases, the microclimate in the family, bad habits of the parents and the adolescent himself, the material income of the family, the state of health of family members. In children and adolescents with alexithymia against the background of family deprivation associated with infectious and somatic pathology, decompensation in the psychoemotional sphere is often observed. Children and adolescents with alexithymia who are brought up without parents in social institutions have greater resistance to psychological maladjustment.

Conclusion. Alexithymia in children and adolescents infected with tuberculosis and tuberculosis can be either a concomitant syndrome - secondary or independent - primary. In all cases, exogenous factors have a direct impact on the nature of the process. Alexithymia, in turn, affects the course of somatic and infectious pathology. The main factors affecting both processes are most often the microsocial environment: family, material level, well-being of parents, bad habits, educational level, conditions for raising a child, educational institutions.

Keywords: Psychology; Medico-social factors; Children; Adolescents; Alexithymia; Multifactorial characteristics.

Highlights:

The study is based on a comprehensive psychological-socio-medical study of the factors determining the alexithymic process, based on correlation analysis in rank order, a multifactorial characteristic of the medical and social portrait of children and adolescents is given.

References

1. Aleksander F. (2007), *Psikhosomaticheskaya meditsina. Printsipy i praktiche-skoye primeneniye* [Psychosomatic medicine. Principles and practical application]. Moscow, 352 p. (In Russian).

2. Kalinin V.V. (2010), *Aleksitimiya, mozgovaya lateralizatsiya i effek-tivnost' terapii ksanaksom u bol'nykh panicheskim rasstroystvom* [Alexithymia, cerebral lateralization and the effectiveness of Xanax therapy in patients with panic disorder]. *Sotsial'naya klinicheskaya psikhiatriya,* 5, 96–102. (In Russian).

3. Korosteleva I.S. & Rotentberg V.S. (1993), *Problema aleksitimii v kontekste povedencheskikh kontseptsiy psikhosomaticheskikh rasstroystv* [The problem of alexithymia in the context of behavioral concepts of psychosomatic disorders]. *Telesnost' cheloveka: mezhdistsiplinarnyye issledovaniya,* Moscow, pp. 136–143. (In Russian).

4. Yeres'ko D.B., Isurina G.L., Kaydanovskaya Ye. V., Karvasarskiy B. D., Karpova E.B., Smirnova T.G., Krylova G. S., Tarkhan A. U., Chekhlatyy Ye. I. & Shifrin V.B. *Aleksitimiya i metody yeye opredeleniya pri pogranichnykh psikhosomaticheskikh ras-stroystvakh* [Alexithymia and methods for its determination in borderline psychosomatic disorders]. *Izdatel'stvo Sankt-Peterburgskogo nauchno-issledovatel'skogo psikhonevro-*

logiche-skogo instituta im. V. M. Bekhtereva, St. Petersburg, 2005. – 25 p. (In Russian).

5. Grekova T.I., Provotorov V.M., Kravchenko A.YA.& Budnevskiy A.V. (2003), *Aleksitimiya v strukture lichnosti bol'nykh ishemicheskoy bolezn'yu serdtsa* [Alexithymia in the personality structure of patients with ischemic heart disease]. *Klinicheskaya meditsina,* 11, 32–34. (In Russian).

6. Karvasarskiy B.D. (2004), Klinicheskaya psikhologiya [Clinical psychology]. St. Petersburg, 960 p. (In Russian).

7. Solozhenkin V.V. & Guzova Ye.S. (2008), *Aleksitimiya (adaptatsionnyy podkhod) i psikhoterapevticheskaya model' korrektsii* [Alexithymia (adaptive approach) and psychotherapeutic model of correction]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya,* VIII, 2, 18–24. (In Russian).