

Н. Н. Протко, А. Л. Евич, Д. Н. Кривицкий, А. В. Исаев,  
А. А. Анашечкин, В. О. Сапожников, Т. В. Подосетникова

## АЛЕКСИТИМИЯ КАК ОДИН ИЗ ПРЕДИКТОРОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕТНОГО СОСТАВА

ГУ «223 центр авиационной медицины Военно-воздушных сил  
и войск противовоздушной обороны Вооруженных Сил Республики Беларусь»

---

*В статье изложены данные по алекситимии как предикторе психосоматических заболеваний у летного состава. Описана нейрофизиологическая основа, этиология, основные проявления алекситимии. Приведены результаты исследований алекситимии у летного состава.*

**Ключевые слова:** алекситимия, психосоматические расстройства, летный состав.

N. N. Protko, A. L. Evich, D. N. Krivitsky, A. V. Isaev, A. A. Anashechkin,  
V. O. Sapozhnikov, T. V. Podosetnikova

## ALEKSITIMIYA AS ONE OF PREDICTORS OF PSYCHOSOMATIC DISEASES OF THE AIRCREW

*The article presents data on the problem of alexithymia as a predictor of psychosomatic disorders in flight crew. Neurophysiological basis, etiology, manifestations of alexithymia and the results of the study of alexithymia in flight crew are described in article.*

**Key words:** alexithymia, psychosomatic disorders, flight crew.

---

**П**сихосоматические заболевания (ПСЗ) – органические соматические заболевания, в патогенезе которых значительную роль играют психические факторы. К классическим ПСЗ относятся ИБС, артериальная гипертензия, ревматоидный артрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, неспецифический язвенный колит, бронхиальная астма, нейродермит, тиреотоксикоз, сахарный диабет 2 типа. По данным ВОЗ, от 38% до 42% всех пациентов врачей общесоматического профиля имеют проблемы психосоматического характера.

Проблема ПСЗ является значимой и для летного состава. Актуальность ее определяется существенной долей данной патологии в структуре заболеваемости и дисквалификации летного состава.

За последние 10–15 лет отмечен рост на 20% обращаемости за психоневрологической помощью в связи с невротическими расстройствами не только летчиков, но и членов их семей [8]. При ПСЗ более 80% летного состава продолжают свою профессиональную деятельность в течение нескольких лет, допуская больше ошибок и больше предположений к летным происшествиям [3].

В структуре медицинской дисквалификации летного состава 46,9% составляют пограничные нервно-психические расстройства, представленные невротическими (12,8%) и ПСЗ (34,1%) преимущественно у летчиков истребительной и истребительно-бомбардировочной авиации (в 67,9% случаев) [3]. По данным Годило-Годлевского В. А.,

за последние 20 лет структура дисквалификации летного состава осталась без изменений: каждый пятый летчик признан негодным к летной работе по заболеваниям сердечно-сосудистой системы [10].

Приведенные факты свидетельствуют о недостаточной эффективности проводимой работы по профилактике ПСЗ, прежде всего, первичной профилактики. Для повышения результативности мер по предупреждению ПСЗ необходимо обращать внимание на факторы, являющиеся прогностическими для развития данной патологии. Одним из таких предикторов, относящихся к психологическому состоянию личности, является алекситимия (АЛ).

**Понятие об АЛ.** Термин «алекситимия» был введен американским психоаналитиком П. Сифнеосом в 1969 г. как характеристика ряда особенностей, наблюдаемых у психосоматических больных. Согласно современным представлениям, концепция АЛ П. Сифнеоса является одной из ведущих теорий развития психосоматических расстройств [1, 2, 7, 9].

**Алекситимия** – психологическая характеристика личности, проявляющаяся в затруднении осознания и описания (вербализации) своих эмоций и эмоций других людей, фокусировании преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям, склонности к конкретному, логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций.

Невозможность осознать и вербализовать свои эмоции приводит к тому, что они вытесняются в подсознание и проявляются в виде соматических симптомов, т.е. телесных эквивалентов неотрагированных эмоций. Иными словами, все, что не отразилось в сознании, постепенно проявляется телесно.

Этот факт был подтвержден Китаевым-Смыком Л. А. и его коллегами в экспериментах по изучению АЛ у летчиков в состоянии невесомости. Ими была изучена стрессовая АЛ невесомости. При этом АЛ проявлялась только у испытуемых, у которых были соматические реакции на невесомость: тошнота, рвота, потливость, слабость. Из 127 человек с описанными реакциями на невесомость АЛ была выявлена у 125. Именно у людей с АЛ, т.е. с трудностями осознания телесных ощущений и дискомфортных эмоций при невесомости – это «неосознание» завершалось соматическими реакциями – тошнотой и рвотой. Данная группа испытуемых была названа «пассивными тошнотиками». По сравнению с ней в группе «активных пугливых весельчаков» проявлений АЛ не отмечалось, как не было и указанных соматических проявлений сразу в невесомости либо при последующих ее режимах [4].

Таким образом, АЛ на психологическом уровне становится аналогом соматизации, которая прояв-

ляется на уровне физиологическом и играет большую роль в развитии многих ПСЗ. Было выявлено, что среди больных с соматоформными расстройствами алекситимиков больше (60%), чем среди больных с невротическими расстройствами (50%) [5]. Исследования Keltihangas (1985г.) показали положительную связь между тяжестью соматического заболевания и уровнем АЛ.

**Нейрофизиологическая основа АЛ.** По мнению целого ряда исследователей, в основе развития АЛ лежат следующие структурно-функциональные изменения головного мозга [4, 5, 6]:

- Недостаточная связь между левым (сознательным, речевым, малоэмоциональным) и правым (подсознательным, невербальным, эмоциональным) полушариями [5]. Это подтверждают данные Tenhontenetal (1985) о том, что достаточно часто возникновение АЛ наблюдается в послеоперационном периоде у больных, перенесших комиссуротомию.

- Дисбаланс правого полушария головного мозга. Один из ведущих исследователей состояния А. Л. Ротенберг В. С. (2006), российско-израильский психофизиолог, отмечает, что АЛ является результатом нарушения функционирования правого полушария головного мозга. Эта гипотеза подтверждается экспериментальными данными Taylor (1985), показавшего связь между выраженностью АЛ и снижением функциональной полноценности правого полушария.

Правое полушарие отвечает за целостное восприятие внешней стрессогенной среды, пространственную ориентировку, интегративный анализ поступающей информации, в том числе принципиально новой. Поэтому неожиданность и беспрецедентность «удара» невесомостью, адресованная правому полушарию, у «пассивных тошнотиков» перенапрягла их функциональные возможности, что и вызвало АЛ как результат правополушарного ослабления [4].

**Этиология АЛ.** В отечественной науке и практике выделяются разновидности АЛ: первичная и вторичная; органическая и функциональная; стойкая или переходящая.

**Первичная АЛ** (генетически обусловленная). Ее проявления могут быть заложены в структуре некоторых типов личности, таких как экстраверт (по К. Г. Юнгу), мыслительный тип (по К. Г. Юнгу), шизоидный тип (по А. Лоуэну). В этом случае она является стабильным, базисным состоянием личности, сформированным с детского возраста. АЛ может быть также дефектом развития головного мозга, передаваемых генетически, а также симптомом некоторых заболеваний, развивающихся с детства (аутизм). Первичная АЛ является устойчивым симптомом, плохо поддающимся коррекции.

**Вторичная АЛ.** Этот вид АЛ может возникнуть в процессе жизни человека как реакция на ту или иную стрессогенную ситуацию или как симптом возникшего заболевания.

АЛ наблюдается при заболеваниях головного мозга, черепно-мозговых травмах, воздействии наркотических веществ (АЛ алкоголиков). По мере выздоровления АЛ уменьшается [4, 12].

Многими авторами алекситимический радикал рассматривается не только как предиктор, но и как симптом ПСЗ, а также признак эмоционального расстройства, ассоциированного с тревогой и депрессией, нервной булимией, невротических и психотических расстройств [1, 2, 5, 7, 9]. Это, как бы, общий компонент многих форм патологии, отражающих функциональную дефектность правого полушария [4].

На развитие вторичной АЛ определяющим образом влияет также неправильное воспитание (отвергающее, противоречивое, гиперопека, гипоопека) [5]. Данный вид АЛ может возникать также из-за того, что в семье, в которой вырос ребенок, не допускалось проявление эмоций, а также вследствие интроекции некоторых социальных стереотипов («мужчины не плачут», «нельзя выносить сор из избы», др.).

В зависимости от особенностей стрессогенных ситуаций, степени их влияния на человека, а также от способностей человека справиться с этими ситуациями, АЛ может рассматриваться как защитная реакция организма. Защитный характер АЛ проявляется в ситуациях, когда человек сталкивается с информацией, которую он не способен перенести. Это бывает в следующих ситуациях:

- Ситуации, связанные с невозможностью представить себя в определенной роли. Например, АЛ у человека, которому очень стыдно за свое поведение.

- Сильные, запредельные стрессы, особенно связанные с угрозой для жизни человека. Постстрессовую АЛ можно рассматривать как защиту от вербализации, от полного осознания и запоминания страха, возникающего у людей из-за их опасной беспомощной стрессовой пассивности во время пугающей ситуации («падения в бездну» при невесомости). Описано состояние «алекситимического горя», когда у человека возникает состояние полной опустошенности после сильных эмоциональных реакций. И рассказать о случившемся такой человек сможет, только оправившись от стресса.

АЛ вследствие сильных стрессов или сильных эмоциональных реакций, может возникать у членов экипажа после авиационных событий. Поэтому участники событий не всегда сразу могут рассказать о своих ощущениях и переживаниях.

- Ситуации, когда возникает несоответствие между ощущениями и реальностью. По мнению исследователей, ситуации, связанные с раздвоением представления человека о пространстве, являются основными причинами АЛ после невесомости и перегрузок в кабине самолета [4].

Раздвоение представления летчика о пространстве в состоянии невесомости или в результате перегрузок в кабине самолета, является более значимым фактором формирования АЛ, чем стрессы. Результаты исследований парашютистов при катапультировании, которые проводились при испытании «трехкаскадной» катапультно-парашютной системы аварийного покидания боевых реактивных самолетов, подтвердили данное предположение. Стресс, связанный с угрозой для жизни, у испытуемых был. А причин для раздвоения восприятия пространства не было, так как они телесно (гравирецепторами) ощущали перегрузку при катапультировании, потом пониженную весомость при падении до раскрытия парашюта. Ни в одном случае у испытателей после катапультирования и парашютирования не отмечались признаки АЛ. У некоторых, напротив, сразу после благополучного приземления была логорея (неудержимая разговорчивость) [4].

Интересный факт о возникновении АЛ после невесомости и перегрузок в кабине самолета и отсутствии АЛ при парашютировании после катапультирования требует дополнительного изучения (Ротенберг В. С.).

АЛ может быть стойкой или преходящей. В экспериментах по изучению влияния невесомости временная АЛ была у многих здоровых испытуемых. Любопытным оказался тот факт, что АЛ была только у тех, кто оказался в числе стрессово-пассивных испытуемых, т.е. «пассивных тошнотиков» [4].

Постоянство или динамичность вторичной АЛ зависит от разных факторов. Патологическая АЛ на фоне органических заболеваний, а также как патохарактерологическая черта личности является стойкой. АЛ как защитная реакция чаще бывает преходящей. Однако если человек «застревает» в стрессовых ситуациях, АЛ приобретает стойкий характер и может рассматриваться как фактор риска ПСЗ.

Иногда возникает необходимость дифференцировать первичную АЛ, как преморбидную особенность личности психосоматического больного и вторичную АЛ. По мнению Freyberber HJ. (1985), вторичная АЛ поддается достаточно быстрой коррекции при психотерапевтическом воздействии. Пациенты с первичной АЛ не только не чувствительны к динамической психотерапии, но у них даже может произойти ухудшение соматической симптоматики после психотерапевтических воздействий.

**Симптомы АЛ.** Для лиц с АЛ характерны следующие особенности:

- Расстройства аффективных функций, которые проявляются в «эмоциональной слепоте» – трудности вербализации своих чувств, склонность к эмоциональным взрывам, импульсивности.

- Расстройства когнитивных функций – скудность воображения, монотонность идей, недостаточная способность к творчеству. Преобладающий образ жизни – действие. Поведение часто ротообразное.

- Нарушение самосознания – дефицит рефлексии, который считается важным признаком АЛ, ограниченная способность к регуляции своих внутренних состояний. Так, Р. Horton (1992) показал, что, находясь в состоянии стресса, алекситимики используют меньше способов самоуспокоения, чем здоровые люди [5].

- Нарушение взаимоотношений с окружающими – снижены адаптационные способности к внешним обстоятельствам и окружающим людям [5]. Плохо понимая себя, алекситимик часто неверно оценивает других людей, склонен к замкнутости, имеет небольшой круг друзей и знакомых.

Авторами данной статьи было проведено **исследование АЛ у летного состава**. Целью исследования явилось выявление у испытуемых АЛ:

- как предиктора или симптома ПСЗ, коррекция которого поможет в профилактике и лечении данной патологии;

- как фактора, ухудшающего коммуникативные способности, коррекция которого благоприятно отразится на межличностном взаимодействии, особенно при работе в команде.

Для указанной группы испытуемых вторичная постстрессовая АЛ представляет интерес также в качестве фактора, который может снижать эффективность оценки авиационного события. Однако данный аспект был изначально исключен из нашего исследования. Мы не оценивали постстрессовую АЛ, связанную с профессиональной деятельностью испытуемых (авиационными событиями, перегрузками в кабине самолета, раздвоением представления о пространстве). Мы также исключили из исследования лиц, перенесших сильные бытовые стрессы в течение полугода до исследования.

Таким образом, объектом нашего исследования явилась АЛ, которая могла быть первичной (врожденной личностной особенностью человека), вторичной, связанной с особенностями воспитания и являющейся симптомом какого-либо заболевания.

Группа испытуемых была представлена членами летного состава (летчиками, штурманами,

борттехниками, бортоператорами). Средний возраст респондентов составил  $33,8 \pm 0,8$  лет.

В исследовании использовались следующие анкеты:

1. Торонтская Алекситимическая Шкала (ТАШ) – для оценки АЛ. Данная анкета была адаптирована в Психоневрологическом институте имени В. М. Бехтерева.

2. Разработанный авторами данной статьи опросник, включающий сведения о характере работы, выявленных заболеваниях, перенесенных в течение последнего года стрессах. Данный опросник позволял исключить из исследования лиц с вторичной постстрессовой АЛ.

Уровень АЛ вычислялся путем суммирования баллов, полученных за ответы на вопросы Торонтской шкалы. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает от 74 до 130 баллов, «неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже, 63–73 балла – зона риска.

Полученные с помощью Торонтской шкалы результаты сопоставлялись со средними значениями показателей АЛ у здоровых лиц и больных психосоматическими, невротическими и некоторыми другими расстройствами, полученными учеными Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Согласно их данным, установлены следующие уровни АЛ ( $p < 0,01$ ): у здоровых людей –  $59,3 \pm 1,3$ , группа больных с психосоматическими расстройствами (бронхиальная астма, эссенциальная гипертензия, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки) –  $72,09 \pm 0,82$ , группа больных неврозами (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) –  $70,1 \pm 1,3$  [1].

В результате проведенного нами исследования были получены следующие данные:

1. Сформированная АЛ выявлена у 3,2% лиц. Средний возраст респондентов с АЛ составил  $40,0 \pm 2,0$  года. Таким образом, АЛ была выявлена в более старшей возрастной группе.

Среднее значение АЛ по ТАШ в данной группе составило  $76,5 \pm 2,5$  баллов. Это значение превышало ( $p < 0,01$ ) значения АЛ у больных с психосоматическими расстройствами ( $72,09 \pm 0,82$ ), полученными в институте им. Бехтерева. Можно предположить, что у респондентов нашего исследования с выявленной АЛ, высока вероятность наличия ПСЗ. Поэтому данная группа должна находиться под более пристальным медицинским наблюдением.

2. Риск развития АЛ выявлен у 33,9%. Средний возраст составил  $33,4 \pm 1,3$  года, что соответствовало среднему возрасту всей исследуемой выборки.

Среднее значение по ТАШ в данной группе составило  $67,0 \pm 0,9$ . Это значение ниже показателей, характерных для больных с психосоматическими расстройствами ( $72,09 \pm 0,82$ ,  $p < 0,01$ ) и для больных невротизмом ( $70,1 \pm 1,3$ ,  $p < 0,01$ ), установленными в институте им.Бехтерева.

Наличие риска АЛ означает, что человек имеет отдельные алекситимические черты. По данным разных авторов (Loas G., 1995; Mattila A., 2006; Salminen J. K., 1999) такие черты имеет от 5 до 23% здорового взрослого населения. В нашей выборке этот показатель значительно выше (33,4%,  $p < 0,01$ ), что может свидетельствовать о наличии в данной группе формирующихся или сформированных психосоматических расстройств, прежде всего, невротического уровня. Поэтому данная группа также нуждается в более тщательном психолого-медицинском сопровождении.

3. Отсутствие АЛ выявлено у 62,9% респондентов. Средний возраст лиц данной группы составил  $33,4 \pm 1,1$  года, что соответствовало среднему возрасту всей исследуемой выборки. Среднее значение по ТАШ –  $53,0 \pm 0,9$ .

Таким образом, проведенное исследование подтвердило актуальность проблемы АЛ для летного состава, связанную с выявлением значительной доли лиц (33,9%), имеющих риск развития АЛ.

### Выводы

1. В исследуемой группе, в которую вошли представители летного состава, у основной части лиц АЛ отсутствовала (62,9%).

2. Значительная доля респондентов была представлена лицами с риском развития АЛ (33,9%).

3. Представляет интерес для дальнейших исследований вопрос о причинах формирования риска АЛ у летного состава, длительности формирования АЛ и эффективных методов снижения этого риска АЛ.

4. Группы лиц с выявленной АЛ и с риском АЛ подлежат более тщательному медико-психологическому сопровождению для снижения риска развития АЛ с целью профилактики (первичной и вторичной) ПСЗ и профилактики ухудшения межличностных коммуникаций.

5. Медико-психологическое сопровождение лиц с АЛ или риском АЛ заключается в психологической и психотерапевтической работе по снижению уровня АЛ.

6. Для коррекции АЛ рекомендованы следующие методы работы, основанные в основном на невербальном общении: телесно-ориентированная терапия, нервно-мышечная релаксация, арт-терапия, др.

### Литература

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Пособие для психологов и врачей / Сост. Д. Б. Ересько, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская [и др.]. – СПб.: Научно-исслед. психоневрологич. институт им. В. М. Бехтерева. – 2005. – 25 с.

2. Байкова, И. А. Психосоматика: учебно-методическое пособие // И. А. Байкова, Е. И. Терещук. – Мн.: БелМАПО, 2009. – 39 с.

3. Бодров, В. А. Проблема клинко-психологической экспертизы летного состава и ее экспериментальное изучение / В. А. Бодров, [и др.] // Профессиональная пригодность: субъектно-деятельностный подход / Под ред. В. А. Бодрова. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2004. – С. 137-177.

4. Китаев-Смык, Л. А. Феномены послестрессовой алекситимии и неопределенного дискомфорта как последствия пребывания в невесомости / Л. А. Китаев-Смык // Психологический журнал. – № 3. – 2007. – С. 115-123.

5. Королева, Е. Г. Портрет психосоматического больного с позиций алекситимии / Е. Г. Королева, Д. Ю. Лайша, П. М. Буславский // Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации психических и поведенческих расстройств: материалы международной конференции [на русском, английском языках] / Ред. кол. В. А. Снежицкий, В. В. Воробьев, В. В. Зинчук; отв. ред. В. А. Карпук. – Гродно: ГрГМУ, 2012. – С. 143-145.

6. Коростелева, И. С. Проблема алекситимии в контексте психосоматических расстройств / И. С. Коростелева, В. С. Ротенберг // Телесность человека: междисциплинарные исследования. – М., 1993. – С. 142-150.

7. Кулаков, С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.

8. Пономаренко, К. В. Особенности врачебно-летной экспертизы летного состава на современном этапе / В. К. Пономаренко // Материалы VI Международного научно-практического конгресса «Человек в экстремальных условиях: Человеческий фактор и профессиональное здоровье» [Электронный ресурс]. – 2008. – режим доступа: [http://www.medicport.ru/doctors/stati\\_dlya\\_vrachej/chelovek\\_v\\_ekstremalnyh\\_usloviyah/vrachebnoletnaya\\_ekspertiza/osobennosti\\_vrachebnoletnoj\\_ekspertizy летного\\_sostava\\_na\\_sovremennom\\_etape](http://www.medicport.ru/doctors/stati_dlya_vrachej/chelovek_v_ekstremalnyh_usloviyah/vrachebnoletnaya_ekspertiza/osobennosti_vrachebnoletnoj_ekspertizy летного_sostava_na_sovremennom_etape). – Дата доступа: 16.01.2015.

9. Секоян, И. Э. Алекситимия: предиктор, признак психосоматизации или личностная характеристика? / И. Э. Секоян // Независимый психиатрический журнал. – 2007. – № 4.

10. Соколов, Ю. А. Военно-научная конференция «Анализ состояния безопасности полетов авиации ВВС и войск ПВО в 2009 году» / Ю. А. Соколов, Ю. А. Черепков // Военная медицина. – № 1. – 2010.

11. Урванцев, Л. П. Алекситимия как фактор психосоматических заболеваний / Л. П. Урванцев // Психология соматического больного / Л. П. Урванцев. – Ярославль: Ин-т психологии РАН, Ин-т Открытое общество, 2000.

12. Finn, P. R. Alexithymia in Males at High Genetic Risk for Alcoholism / P. R. Finn, J. Martin, R. O. Pihl // Psychotherapy and Psychosomatics. – 1987. – № 47. – P. 18-21.

Поступила 12.10.2015 г.