

УДК 616.89

**Психосоматические аспекты структуры внутреннего «Я»,  
факторы психологической защиты и самооценка  
временного континуума у больных с депрессией  
с сопутствующей зависимостью от наркотических веществ**

**Фусу Лариса Ивановна**

Врач-психиатр, кандидат медицинских наук,  
психоаналитически ориентированный психотерапевт,  
кандидат study групп ИРА, ректор,  
Институт психологии и психоанализа,  
101000, Российская Федерация, Москва, Чистопрудный бульвар, 21;  
e-mail: florayy@mail.ru

**Аннотация**

В статье определены бессознательные функции внутреннего «Я» у больных с депрессией с сопутствующим злоупотреблением наркотическими веществами, которые проявляются дефицитарными изменениями. Выявлены характерные защитные механизмы (отрицание, компенсация, избегание, изоляция, аутоагрессия и регрессия) данной категории больных. Представлено восприятие больных с депрессией и сопутствующей наркоманией в категориях восприятия времени, а также выявлены характерные особенности идентификации сферы чувств.

**Для цитирования в научных исследованиях**

Фусу Л.И. Психосоматические аспекты структуры внутреннего «Я», факторы психологической защиты и самооценка временного континуума у больных с депрессией с сопутствующей зависимостью от наркотических веществ // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2017. Том 6. № 2А. С. 77-87.

**Ключевые слова**

Депрессия, наркотическая зависимость, механизмы психологической защиты, семантический дифференциал, алекситимия, центральные бессознательные функции, внутреннее «Я».

## Введение

Целью терапии в динамической психиатрии является восполнение дефицита структуры «Я», восстановление здорового ядра личности и полное развитие идентичности человека. Поэтому для постановки диагноза, проведения лечения и стимуляции развития личности крайне важным является по возможности наиболее адекватная квантификация структуры «Я», а также создание профилей структуры личности, типичных для различных нозологических состояний [Фрейд, 1991; Freud, 1968].

В научных публикациях последних лет упоминаются исследования, касающиеся проблемы оценивания защитного функционирования индивида. Как известно, П. Марти, вслед за Фройдом, выявил у человека три пути выхода возбуждения и совладания с ним: ментальный, поведенческий и соматический. Последний используется тогда, когда остальные два перегружены или заблокированы [Marty, 1976; Marty, 1980]. Эта модель как раз лежит в основе концепции психосоматической экономии П. Марти. Обнаружена высокая корреляция соматизаций с эссенциальной депрессией, нередко соматизация экономически связана с отсутствием аффективных проявлений эссенциальной депрессии. Однако психоаналитическая практика показывает, что мы встречаем эссенциально-депрессивных пациентов, которые не страдают соматическими нарушениями.

Рассмотрение аффективной пары, состоящей из боли и тревоги, приводит Фрейда к двум выводам. Первый вывод – генетического порядка. Оба аффекта смешаны в начале жизни ребенка и постепенно дифференцируются по ходу развития Я. Второй вывод – метапсихологического порядка. Боль определяется как специфический аффект, вызванный потерей объекта, в то время как страх воспринимается в качестве аффекта, вызванного опасностью потери объекта, что предполагает наличие определенного уровня развития Я [Фрейд, 1995; Фрейд, 1991]. Как бы то ни было, наличие избытка тревожной и болевой реакции еще раз, и с неизменным упорством, утверждает Фрейдом [Freud, 1968].

Обновленная концепция, привнесенная «Приложением» в проблему боли, открывает перспективу чрезвычайной важности для понимания причин отсутствия проявления душевной боли при эссенциальной депрессии. Для Фрейда специфика болевой аффекта связана с «накалом отношений инвестиции и связи, при которых завершаются эти процессы, ведущие к ощущению неудовольствия». Здесь мы вновь сталкиваемся с понятием уровня психической загрузки, от которого зависит подготовка к тревоге, которую Фрейд постулировал, описывая травматический невроз. Эти понятия также сопоставимы с понятием десексуализированной психической энергии, которой обладает Я для проведения процессов внутренней трансформации [Фрейд, 1995; Фрейд, 1991; Freud, 1968]. Становится понятным, что речь идет о том экономическом факторе, который П. Марти предложил назвать «ментализация» [Marty, 1966].

Если мы обратимся к наблюдениям, уже ставшим классическими, осуществленными первыми психосоматическими психоаналитиками, мы заметим, что они регулярно подчеркивают отсутствие аффективного выражения у пациентов, идентифицированных ими как оператуарные. Об этом свидетельствуют описания П. Марти [Marty, 1966; Marty, 1976; Marty, 1980]. А описания Сифнеоса, относящегося к другому течению психосоматического учения, привели этого автора к тому, чтобы разработать на основании этого клинического феномена понятие алекситимии [Sifneos, 1973].

Таким образом, *задачами* нашего исследования стало определение психологической структуры собственного «Я», определение степени психологической защиты в зависимости от структуры собственного «Я», взаимосвязь между внутренним «Я» и степенью личностной аффективности у больных с депрессией с сопутствующей наркотической зависимостью.

### Материалы и методы

Нами было обследовано 308 больных с депрессиями на фоне злоупотребления наркотическими веществами, которые составили основную группу. В эту группу вошли больные в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст  $31,1 \pm 7,46$  года). Контрольной группой служили 36 человек с наркотической зависимостью без депрессивного аффекта. В соответствии с поставленными задачами перед началом наблюдения у всех пациентов основной и контрольной групп были взяты психоаналитические первичные интервью и проведено клинко-психологическое исследование. В частности, психоаналитический метод включало оценку психологических особенностей у пациентов с исследованием количественных показателей по центральным бессознательным функциям по опроснику «Я-структурный тест Г. Аммона» [Кабанов, Незнанов, 2003]. Для изучения механизмов психологической защиты у депрессивных пациентов на фоне наркотической зависимости применялась методика «Индекс жизненного стиля» (LifeStyleIndex) [Малкина-Пых, 2005] и методика «Семантический дифференциал» [Вассерман, Трифонова, Червинская, 2009], для оценки степени алекситимии нами был использован опросник TAS-20 [Малкина-Пых, 2005].

Для статистического анализа полученных данных использовали программные пакеты «Statistica for Windows 8.0» (StatSoft Inc., США). Описание количественных признаков проводилось с использованием параметрических методов, достоверность разницы в этом случае определялась с помощью F-критерия Фишера и двустороннего критерия Стьюдента для парных выборок [Реброва, 2004; Флетчер, Флетчер, Вагнер, 2004]. Количественные показатели представлены в виде  $M \pm m$ , где  $M$  – среднее,  $m$  – стандартное отклонение. Для оценки качественных данных психометрии показателей использовался анализ таблиц сопряженности признаков с применением критерия  $\chi^2$ . За уровень достоверности статистических показателей принята величина  $p < 0,05$  [там же].

## Результаты исследования

При исследовании по опроснику Аммона было проведено сравнение количественных показателей по центральным бессознательным функциям «Я» наблюдавшихся больных с общепопуляционным данными [Кабанов, Незнанов, 2003]. Различия оказались статистически значимыми по большинству параметров. У пациентов как основной, так и контрольной группы установлены более низкие значения по конструктивным шкалам и более высокие по деструктивным и дефицитарным (см. рис. 1). Так, согласно общепопуляционным данным, соотношение конструктивное/деструктивное/дефицитарное составило  $53,8 \pm 8,8$  против  $20,6 \pm 8,7$  и  $20,3 \pm 9,2$  баллов Т-шкального показателя с преобладанием конструктивного компонента ( $p < 0,05$ ). При наркотической зависимости:  $26,2 \pm 5,5$ ,  $46,8 \pm 6,9$  и  $27,0 \pm 4,8$  баллов Т-шкального показателя с доминированием деструктивного компонента ( $p < 0,05$ ). У пациентов с депрессивными расстройствами и наркотической зависимостью интегральные баллы конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющих Т-шкального показателя можно представить как  $16,5 \pm 6,8$ ,  $30,0 \pm 5,2$  против  $53,5 \pm 7,4$  с достоверным преобладанием дефицитарного компонента ( $p < 0,05$ ).

Известно, что показателем максимального неблагополучия в развитии функции «Я» является повышение по деструктивной и особенно по дефицитарной шкале независимо от величины конструктивной шкалы.

В следующей части нашего исследования была установлена роль каждого из составляющих «внутреннего Я» при развитии психосоматических расстройств у депрессивных пациентов на фоне наркотической зависимости.

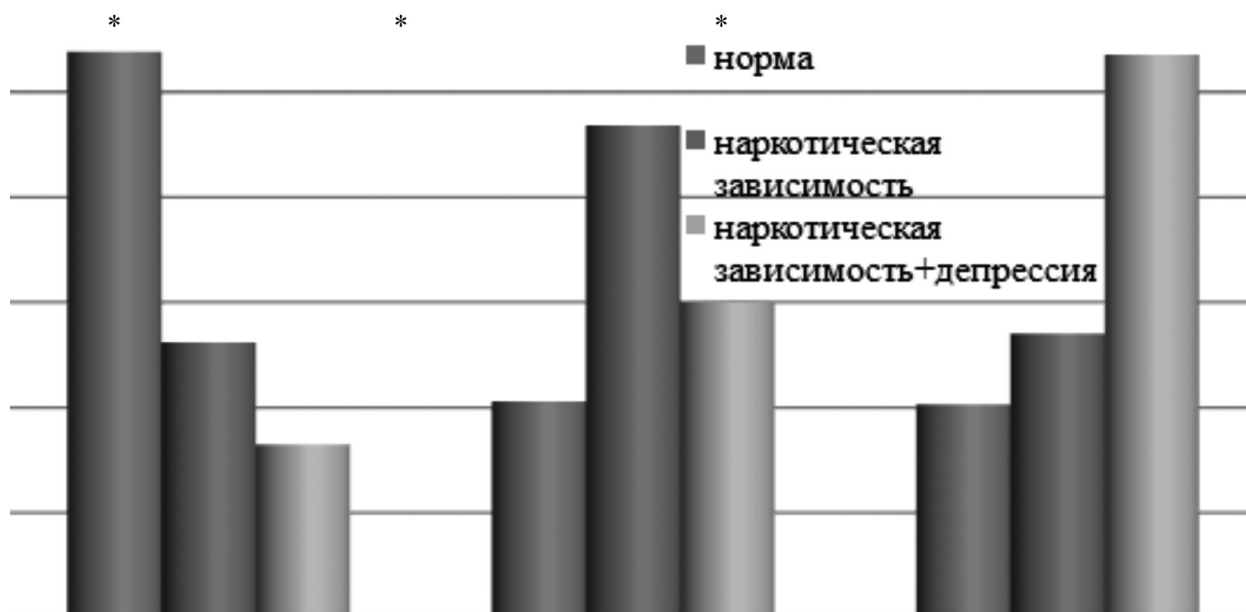


Рисунок 1. Средние значения интегральных шкал в нормативной группе у пациентов с наркотической зависимостью, у пациентов с депрессивными расстройствами и наркотической зависимостью: \* – достоверность разницы показателей

Защита – это совокупность бессознательных психологических процессов, которые направлены на предохранение человека от непереносимых переживаний тревоги, потери близких, потери их любви, страха кастрации (страха быть наказанным или униженным) и осуждения со стороны Супер-Эго [Фрейд, 1995]. Кроме того, эти механизмы призваны защитить человека от болезненных аффектов, вызванных этими угрозами [Кабанов, Незнанов, 2003].

У пациентов с наркотической зависимостью без депрессии среди защитных механизмов на первом месте по частоте находилась рационализация ( $47,15 \pm 5,25$ ), далее изоляция ( $45,0 \pm 4,7$ ), проекция ( $44,12 \pm 2,35$ ), регрессия ( $40,37 \pm 3,93$ ) с высоким уровнем аутоагрессии ( $39,3 \pm 3,78$ ) и реактивных образований ( $38,10 \pm 4,15$ ), немногим меньше – замещение ( $33,82 \pm 2,92$ ), избегание ( $27,6 \pm 5,1$ ) и отрицание ( $25,07 \pm 4,9$ ), низкий уровень компенсации ( $23,4 \pm 4,21$ ), интроекции ( $16,0 \pm 2,75$ ), идеализации ( $14,2 \pm 4,1$ ), минимальный уровень идентификации с агрессором ( $7,4 \pm 2,1$ ) и вытеснение ( $7,5 \pm 1,9$ ) (см. рис. 2-3).

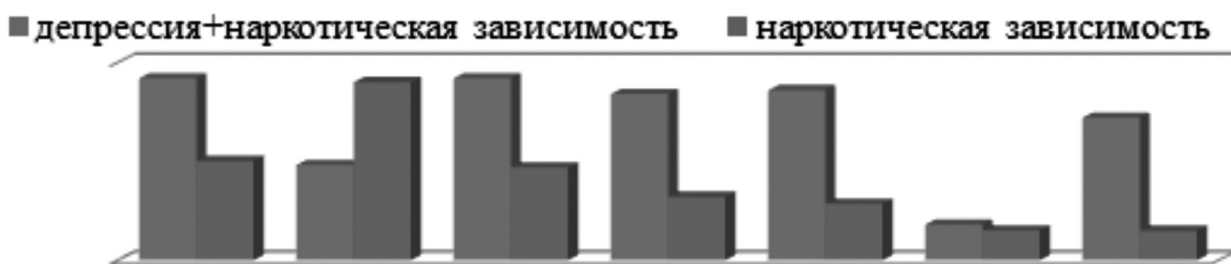
При наличии депрессивных расстройств на фоне наркотической зависимости среди механизмов защиты доминировали: отрицание ( $46,2 \pm 5,9$ ) и компенсация ( $46,1 \pm 4,8$ ) с равным распределением избегания ( $45,4 \pm 6,2$ ), регрессии ( $44,9 \pm 5,2$ ), идеализации ( $43,5 \pm 4,7$ ) и интроекции ( $42,3 \pm 5,4$ ), несколько менее выраженными были идентификации с агрессором ( $36,8 \pm 4,8$ ), замещение ( $34,8 \pm 6,7$ ) и изоляция ( $24,6 \pm 5,8$ ). Наименьшими значениями на фоне депрессии характеризовались такие механизмы, как рационализация ( $15,2 \pm 3,1$ ), реактивные образования ( $12,4 \pm 2,8$ ), проекция ( $10,1 \pm 2,6$ ), аутоагрессия ( $10,0 \pm 2,8$ ) и вытеснение ( $9,1 \pm 2,1$ ) (см. рис. 2-3).

Таким образом, при сравнении механизмов психологической защиты у пациентов с наркотической зависимостью при наличии/отсутствии депрессивных расстройств установлено, что с утяжелением течения заболевания изменяется структура защитного поведения.

Предполагается, что при развитии депрессивных расстройств у пациентов с наркотической зависимостью спонтанное проявление активности, направленное на достижение собственных целей и агрессивности в широком понимании этого термина, блокируется и трансформируется в прямо противоположные защитные механизмы, и, соответственно, основной ресурсный потенциал используется для формирования и поддержания депрессивной симптоматики.



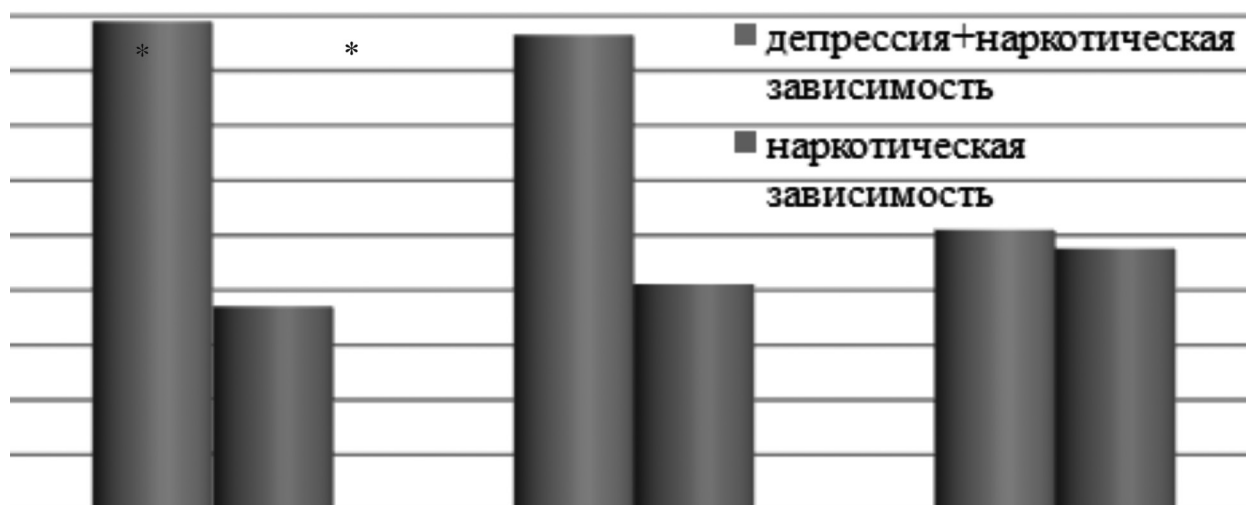
**Рисунок 2. Распределение типов психологической защиты у больных с наркотической зависимостью при наличии/отсутствии депрессивных расстройств: \* – достоверность разницы показателей**



**Рисунок 3. Распределение типов психологической защиты у больных с наркотической зависимостью при наличии/отсутствии депрессивных расстройств**

Остается открытым вопрос: является ли уровень отрицания следствием развития депрессивного расстройства или больные, изначально склонные часто использовать отрицание в качестве психологического защитного механизма, составляют группу риска развития депрессии? До появления этих социальных масок у больных наблюдаются напряжение, беспокойство, понижение настроения, угнетенность, потеря энергии, активности, чувство беспомощности, затрудненность в общении с окружающими, тоска, нежелание жить. Эти состояния возникают беспричинно или после психотравмирующих событий, порой незначительных, но имеют суточную динамику, носят глубокий, то есть жизненный (витальный) характер. Для выяснения этого было проведено исследование уровня алекситимии пациентов. В частности, использовалась шкала TAS-20, которая отражает три основных компонента алекситимии: трудности идентификации чувств (ТИЧ), трудности с описанием чувств другим людям (ТОЧ) и внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления (ВОМ). Данные представлены на рис. 4.

Суммарная оценка в основной группе составила  $75,3 \pm 5,8$  баллов против  $55,1 \pm 9,3$  в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Также достоверные отличия в основной и контрольной группах получены в показателях, отображающих трудности идентификации чувств ( $p < 0,05$ ) и трудности с описанием чувств другим людям ( $p < 0,05$ ).



**Рисунок 4. Результаты торонтской шкалы алекситимии у больных с наркотической зависимостью при наличии/отсутствии депрессивных расстройств: \* – достоверность разницы показателей**



Алекситимия имеет важные клинические следствия. Она связана с целым рядом распространенных соматических и психических расстройств, в этиопатогенезе которых, вероятно, играет роль недостаточная способность к модулированию эмоционального возбуждения посредством когнитивной переработки [Sifneos, 1973].

Явно то, что и у опературных пациентов, и у эссенциально-депрессивных больных присутствует более или менее явная тенденция к тому, что можно было бы назвать аффективной фригидностью, которую разные авторы, каждый согласно своей концепции, приписывали специфическим механизмам иммобилизации, застывания, дезорганизации, репрессии или ликвидации психических репрезентаций влечения [там же]. Таким образом, тайна не-боли, отсутствия душевного страдания при эссенциальной депрессии сводится к той, что касается тенденции к аффективной фригидности, которая отмечает ее своей печатью.

Психосемантическая парадигма рассматривает индивида как носителя субъективного опыта со своей собственной системой смыслов. Субъективный опыт представляется в виде семантического пространства, осями которого являются обобщенные смысловые основания, используемые испытуемым для соотнесения и противопоставления стимулов или объектов, т. е. точки (понятия или объекты) располагаются в пространстве внутренних по отношению к испытуемому координат. Таким образом, в психосемантическом подходе реализуется не «объектная», а «субъектная» парадигма анализа данных, при которой исследование личности человека возможно без привлечения групповых данных. Такой подход позволяет рассматривать самого субъекта как некое пространство смыслов, индивидуальных значений, социальных отношений и идентификаций [Вассерман, Трифонова, Червинская, 2009].

Нами был проведен анализ индивидуальной структуры личности в системе собственных конструкторов. У больных с депрессией и наркотической зависимостью нарушается интуитивное положительное представление о своем будущем при отрицательной оценке также настоящего времени в отличие от пациентов с наркотической зависимостью без депрессивных расстройств, у которых сохраняется положительное отношение к своему будущему времени ( $p < 0,05$ , табл. 1). Полученный отрицательный показатель фактора «Активность времени» свидетельствует о том, что психологическое время кажется больному пассивным, постоянным, застывшим, расслабленным или даже пустым ( $p < 0,05$ ). Такое восприятие времени свидетельствует о психической заторможенности, апатичности, опустошенности и низкой мотивации. Отрицательные показатели фактора «Эмоциональная окраска времени» указывают на то, что психологическое время пациентам основной группы кажется печальным, тусклым, тревожным, серым и туманным, что подтверждает депрессивное состояние и характеризуется внутренней напряженностью, неудовлетворенностью нынешней ситуацией ( $p < 0,05$ ).

Отрицательные показатели фактора «Величина времени» предполагают описание испытуемым времени в таких понятиях, как маленькое, мгновенное, плоское, мелкое и узкое, что отражает низкий мотивационный потенциал и негативное эмоциональное состояние испытуемого ( $p < 0,05$ ). Отрицательные показатели фактора «Структура времени» предполагают

**Таблица 1. Результаты методики «Семантический дифференциал» у больных с наркотической зависимостью при наличии и отсутствии депрессивных расстройств**

	Основная группа $n=308$	Контрольная группа $n=36$	$p$
Активность времени	$-2,59 \pm 0,67$	$-1,0 \pm 0,57$	$<0,05$
Эмоциональная окраска времени	$-6,25 \pm 0,42$	$1,5 \pm 0,61$	$<0,05$
Величина времени	$-3,45 \pm 0,57$	$-1,2 \pm 0,58$	$<0,05$
Структура времени	$-2,00 \pm 0,89$	$1,0 \pm 0,41$	$<0,05$
Ощущаемость времени	$-2,82 \pm 0,95$	$-1,1 \pm 0,37$	$<0,05$

$p$  – достоверность различия по критерию Стьюдента двустороннему.

описание пациентами с депрессивными расстройствами на фоне наркотической зависимости времени в виде непонятного, неритмичного, делимого, прерывистого и необратимого, что свидетельствует об отсутствии планов и достаточно точных представлений о настоящих и будущих событиях ( $p < 0,05$ ). Отрицательные показатели фактора «Ощущаемость времени» предполагают описание его пациентами в таких понятиях, как кажущееся, далекое, частное, замкнутое и неоощуемое, что свидетельствует о негативном отношении больных к своему настоящему, о возможном нарушении ощущения изменения себя во времени ( $p < 0,05$ ).

### Заключение

Таким образом, на основании анализа соответствующих опросников (шкал) у больных с депрессивным аффектом с сопутствующей наркоманией можно констатировать характерные изменения функции бессознательного, которые сопровождаются определенными защитными психологическими реакциями, определенными уровнями алекситимии и своеобразным восприятием временного континуума. *Выводы:*

1. Для функции бессознательного больных депрессией в сочетании с наркозависимостью наиболее характерными являются дефицитарные изменения в отличие от больных с наркотической зависимостью, где преобладают деструктивные нарушения.

2. Особенностью защитных механизмов у больных депрессией и наркотической зависимостью в противовес больным с наркоманией является преобладание отрицания, компенсации, идентификации с агрессором, идеализации с обесцениванием, интроекции и регрессии и практически полное отсутствие проекции.

У больных с депрессией с сопутствующим злоупотреблением наркотическими веществами наблюдается выраженное «извращение» защитных механизмов в сторону усиления аутоагрессии (как следствие, поворота агрессии на себя), изоляции и депрессивной симптоматики.

3. Особенным для больных депрессией с сопутствующей наркотической зависимостью является «паралич» идентификации чувств к себе и к окружающим.

4. Больные с депрессией и злоупотреблением наркотическими веществами характеризуются низким мотивационным потенциалом, негативным эмоциональным состоянием, невосприятием ощущения себя во временном континууме и «извращением» временной составляющей своего восприятия.



## Библиография

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Червинская К.Р. Семантический дифференциал времени: экспертная психодиагностическая система в медицинской психологии. СПб, 2009. 44 с.
2. Кабанов М. М., Незнанов Н. Г. (ред.). Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
3. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2005. 992 с.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: Медиа-сфера, 2004. 312 с.
5. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. М.: Медиа-сфера, 2004. 352 с.
6. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1991. 456 с.
7. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа. М.: Алетейя, 1995. 256 с.
8. Freud S. Deuil et mélancholie (1917) // Métapsychologie. Paris: Gallimard, 1968. Pp. 147-174. S.E.T. XIV. Pp. 237-258. G.W.T.X. Pp. 428-446.
9. Marty P. La dépression essentielle // Revue française de psychanalyse. 1966. Vol. 30. Pp. 5-6.
10. Marty P. Les mouvements individuels de vie et de mort. Vol. 1. Essai d'économie psychosomatique. Paris: Payot, 1976. 86 p.
11. Marty P. Les mouvements individuels de vie et de mort. Vol. 2. L'Ordre psychosomatique. Paris: Payot, 1980. 92 p.
12. Sifneos P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // Psychother and Psychosom. 1973. Vol. 26. Pp. 270-285.

### **Psychosomatic aspects of the inner self structure, psychological defense factors and self-evaluation of the time continuum in patients with depression with concomitant dependence on narcotic substances**

**Larisa I. Fusu**

Psychiatrist, PhD in Medical Sciences,  
Psychoanalytically oriented psychotherapist,  
Candidate of the study groups IPA, Rector,

Institute of Psychology and Psychoanalysis,  
101000, 21 Chistoprudnyi bul'var, Moscow, Russian Federation;  
e-mail: florayy@mail.ru

### Abstract

In the article the unconscious functions of inner self are described in patients with depression with concomitant narcotic drug abuse that show up with deficiency changes. The discriminative escape mechanisms (negation, repression and regression) of this category of patients are studied. The author of the article shows the perception of patients with depression and concomitant narcotic drug abuse in the categories of time, and also defines the characteristic features of absolute identification of the sphere of feelings. The goal of therapy in dynamic psychiatry is to fill the deficiency in the structure of self, restore the healthy core of the personality and complete the development of human identity. Therefore, in order to diagnose, carry out treatment and stimulate the development of personality, it is extremely important to have the most adequate quantification of the structure of self, as well as the creation of personality profile profiles typical of various nosological conditions. Based on the analysis of the relevant questionnaires in patients with depressive affect with concomitant drug addiction, the author comes to the conclusion about characteristic changes in the function of the unconscious, which are accompanied by certain protective psychological responses, certain levels of alexithymia, and a peculiar perception of the time continuum.

### For citation

Fusu L.I. (2017) Psichosomaticheskie aspekty struktury vnutrennego "Ya", faktory psichologicheskoi zashchity i samoocenka vremennogo kontinuumu u bol'nykh s depressiei s soputstvuyushchei zavisimost'yu ot narkoticheskikh veshchestv [Psychosomatic aspects of the inner self structure, psychological defense factors and self-evaluation of the time continuum in patients with depression with concomitant dependence on narcotic substances]. *Psikhologiya Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical and Critical Reviews and Current Research], 6 (2A), pp. 77-87.

### Keywords

Depression, narcotic drug abuse, escape mechanisms, semantic differential, alexithymia, central unconscious functions, inner self.

### References

1. Fletcher R., Fletcher S., Vagner E. (2004) *Klinicheskaya epidemiologiya. Osnovy dokazatel'no imeditsiny* [Clinical Epidemiology. Fundamentals of Evidence-Based Medicine]. Moscow: Media-sfera Publ.

2. Freud S. (1968) Deuil et mélancholie (1917). *Métapsychologie*. Paris: Gallimard. Pp. 147-174. S.E.T. XIV. Pp. 237-258. G.W.T.X.Pp. 428-446.
3. Freud Z. (1995) *Osnovnye psikhologicheskie teorii v psikhoanalize. Ocherk istorii psikhoanaliza* [Basic psychological theories in psychoanalysis. Essay on the history of psychoanalysis]. Moscow: Aleteiya Publ.
4. Freud Z. (1991) *Vvedenie v psikhoanaliz: leksii* [Introduction to Psychoanalysis: lectures]. Moscow: Nauka Publ.
5. Kabanov M. M., Neznanov N. G. (eds.) (2003) *Ocherk dinamicheskoi psikhiatrii. Transkul'tural'noe issledovanie* [Essays on dynamic psychiatry. Transcultural study]. Saint Petersburg: Bekhterev Institut.
6. Malkina-Pykh I.G. (2005) *Psichosomatika: spravochnik prakticheskogo psikhologa* [Psychosomatics: a directory of practical psychologist]. Moscow: Eksmo Publ.
7. Marty P. (1966) La dépression essentielle. *Revue française c de psychanalyse*, 30, pp. 5-6.
8. Marty P. (1976) *Les mouvements individuels de vie et de mort. Vol. 1. Essai d'économie psychosomatique*. Paris: Payot Publ.
9. Marty P. (1980) *Les mouvements individuels de vie et de mort. Vol. 2. L'Ordre psychosomatique*. Paris: Payot Publ.
10. Rebrova O.Yu. (2004) *Statisticheskii analiz meditsinskikh dannykh. Primenenie paketa prikladnykh programm STATISTICA* [Statistical analysis of medical data. Application of the STATISTICA software package]. Moscow: Media-sfera Publ.
11. Sifneos P.E. (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother and Psychosom*, 26, pp. 270-285.
12. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Chervinskaya K.R. (2009) *Semanticheski idifferentsial vremeni: ekspertnaya psikhodiagnosticheskay asistema v meditsinskoj psikhologii* [Semantic differential of time: an expert psychodiagnostic system in medical psychology]. Saint Petersburg.