

Содержание

Целевая аудитория данного руководства	9
Введение	14
Глава 1. Психосоматический парадокс.....	23
Глава 2. Зигмунд Фрейд и истоки психосоматики: конверсионная истерия, военные неврозы, психогенные нарушения зрения и актуальный невроз	29
Глава 3. Критика медицинской психосоматики Франца Александера.....	38
Глава 4. Психосоматическое исследование: ключевые понятия Пьера Марти.....	44
4.1. Введение в терминологию и ее специфику.....	45
4.2. Вторая топика З. Фрейда или влечение к смерти для понимания процесса соматизации	54
4.3. Соматизация против конверсии. Сенсомоторные навыки и принцип энергетической эквивалентности	56
4.4. Психосоматические расстройства, расщепление и психозы	58
4.5. Аллергические объектные отношения	59
4.6. Процесс соматизации и психосоматическая нозография.....	63
4.7. Соматизация: регрессия и прогрессивная дезорганизация	67
4.8. Соматизация и символизация	68
4.9. Процесс соматизации путем регрессии	72
4.10. Соматизация и сублимация	73
4.11. Ментализация и психизация	73
4.12. Ментализация и репрезентации	75
4.13. Опературное мышление и алекситимия	77
4.14. Сверх Я, Идеал-Я и соматизация.....	80
4.15. Диффузная тревога	82

4.16. Эссенциальная депрессия и «комплекс отказа от всего»	82
4.17. Невроз характера	84
4.18. Оперативная жизнь и эссенциальная депрессия.	86
4.19. Материнская функция или стержень психосоматического равновесия.	89
4.20. Психоаналитическое интервью с психосоматическим пациентом по П. Марти.	92
4.21. О туберкулезе, головных болях, болях в спине, и аллергии	94
4.22. Актуальность идеи Пьера Марти для современной психоаналитической практики	100
Глава 5. Марилия Айзенштейн и «второе» поколение парижской школы	103
Глава 6. Театры тела Дж. Макдугалл	107
Глава 7. О психосоматическом в работах Ж. Лакана	109
7.1. Симптом: знак vs означающее	111
7.2. Психосоматическое явление — это не симптом?	116
7.3. Психосоматические реакции и отношения	116
7.4. Можно ли говорить о психосоматической структуре?	120
7.5. Психосоматический феномен — это форма письма?	120
7.6. Истерическое и ипохондрическое тело	121
Глава 8. Понимание психосоматического функционирования пациента с помощью концепций Андре Грина	127
8.1. Психосоматический симптом: от бессмыслицы к значению	127
8.2. Симптом: истерический, ипохондрический и (психо)соматический	134
8.3. Тело как движущая граница. Понятие «borderline body»	138
8.4. Не — невротические пациенты и психосоматические пациенты ..	139
8.5. Работа негатива и «гипотезы» А. Грина о психосоматическом	145
8.6. Соматический кризис и какова роль аффекта, эмоций?	150
8.7. Негативная галлюцинация тела и соматизация	151
8.8. Андре Грин о психосоматическом характере	152
8.9. Траектория движения: от тела к объекту	156

8.10. Белый психоз и эссенциальная депрессия	159
8.11. Фаллический нарциссизм и соматизация	162
8.12. Объективирующая и деобъективирующая психическая функции	167
8.13. Форклюдия, дефицит ментализации и психосоматическое функционирование	172
Глава 9. Введение в психоаналитическую психоонкологию	174
9.1. Феномен «Болезнь до болезни». Случай миссис К.	174
9.2. Психизм и онкология.....	181
9.3. Психодинамика рака молочной железы.....	186
Глава 10. Психодинамика боли и головных болей	190
10.1. Моноклональные антитела для лечения мигрени.....	197
Глава 11. Шум в ушах или тиннитус	213
11.1. Тиннитус и личностно — специфический конфликт.....	215
11.2. Шум в ушах = физическая боль?.....	217
11.3. Тиннитус как фантомная или нейропатическая боль?.....	219
11.4. Шум в ушах как слуховая галлюцинация?	220
11.5. Семиотика переживания шума в ушах пациентами	220
11.6. Психодинамика возникновения шума в ушах: конфликт или дефицит?.....	224
11.7. Психодинамический инсайт и эмоциональные драйвы	234
Глава 12. Цистит и вульводинимия	238
Глава 13. Хронический абактериальный простатит, геморрой и аноректальные свищи	246
Глава 14. Бруксизм	258
Глава 15. Синдром раздраженного кишечника	265
Глава 16. Общая специфика психоаналитической работы с психосоматическими пациентами	270
16.1. Фрейминг -структура	276
16.2. Психоаналитический кадр и завершение лечения	278

Содержание

16.3. Негативная галлюцинация как потенциальное пространство	283
16.4. Работа сновидений у пациентов с соматизацией	286
16.5. Перенос и контрперенос	300
Глава 17. Перспектива будущего. Французский нейропсихосоматический подход Ж.Б. Стора	305
Заключение	308
Дополнительная литература	311

*Выражаю искреннюю благодарность
своей Семье, любимой жене **Ирине**,
и моим **детям**, и **родителям**
Спасибо, что вы у меня есть,
своим Учителям — **Ларисе Ивановне Фусу**
и **Аурелии Ивановне Коротецкой** — врачам — психиатрам,
психоаналитическим психосоматикам, членам IPA, SPP, IPSO.
Спасибо за полученные знания!*

«У психосоматического пациента психическая активность (подвижность) репрезентаций недостаточна и сводится к роли сопутствующих отношений с внешним объектом, в связи с этим часть направленной энергии субъекта ускользает от умственной работы по обработке и интеграции и может в итоге нарушать телесное функционирование»

Пьер Марти

«Психосоматика является царской дорогой для понимания негатива и негативности в психоанализе»

Клод Смаджа

«Невозможно говорить о психосоматике, не принимая во внимание процесс разрушения психического пространства, которое в нем участвует»

Андре Грин

«Судьба организации формы влечений, которая применима к психосоматическому функционированию, будет характеризоваться ранним разрывом ее связи с будущим объектом, отсоединением энергетического компонента влечения от объекта, на который оно нацелено, оставляя его на произвол судьбы...»

Андре Грин

«Неплохо бы каждому психоаналитику быть также и психосоматиком»

Л.И. Фусу

«Если кто — то задумается о психосоматике, то поймет, что в работах З. Фрейда есть доля правды. В психосоматике внутренняя деструктивность по отношению к телу развивается из — за неудачи нарциссизма. Это люди, которые не способны защитить себя, заставляя нарциссизм отвергать деструктивность, и поэтому они впадают в психосоматическую деструктивность. Поэтому идея о том, что нарциссизм — это первое сопротивление разрушению, кажется мне интересной»

Андре Грин

«Клиническая практика определяет психосоматику как один из способов исследования пространства дементализации»

К. Смаджа

Целевая аудитория данного руководства

«Ах, да. Доктор Чилтон! Он отвратен, да?
С психикой и мозгом возится как первокурсник
с застёжкой лифчика»

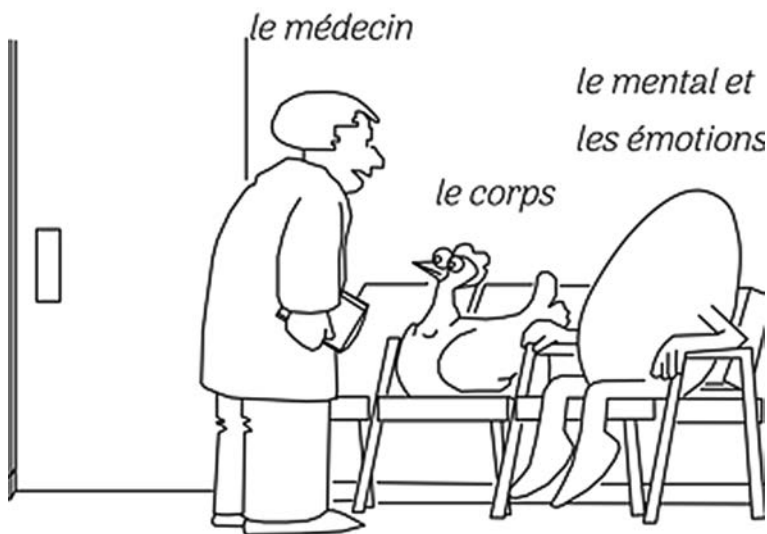
Ганнибал Лектер

«Принимаешь синюю таблетку, история
заканчивается, ты просыпаешься в своей постели и
веришь во что хочешь верить. Принимаешь красную
таблетку, и я показываю тебе, насколько глубока
кроличья нора»

Матрица

Согласимся, что везде куда не помотришь говорят о «психосоматике», «психосоматическом», используют редукционистское, примитивные обороты речи «все из — за нервов», «все из — за обид», «это из — за мамы или отца». Каждый психолог заявляет, что знает, что такое «психосоматика» и «умеет работать с такими пациентами, клиентами» и особенно «интерпретировать симптомы», «читать симптомы», или лучше скажем «гадать по ним, что они значат». Однако, все ли так просто? Увеличивается количество «гипнологов», «психосоматологов», «регрессологов», «психосоматических психологов», «энерготерапевтов», «телесных психологов», которые с легкостью занимаются *трактовкой* любого симптома, подчеркну слово *трактовкой*, сводя их легко к «негативным эмоциям», «травмам детства», «межпоколенческой травме», «абьюзивным отношениям», «нарциссическим партнерам» и прочим психологическим штампам. По — прежнему идет война в понимании про то, что первично «телесное» (физиологическое) или «психическое», что шуточно показано моими французскими коллегами на рисунке ниже. Вы наверно, замечали, что часто соматизирующие пациенты часто до последнего пытаются найти «физиологическую» причину, не доверяя как они говорят «психологической причине» или «стрессу».

По — прежнему соматизация, психосоматическое функционирование понимается исключительно в негативном, патологическом ключе. Даже в современной психиатрии, психотерапии и клинической психологии чаще всего говоря о «психосоматическом», «психосоматозах», «соматизациях», «психосоматике» примитивизируют, схематизируют данные понятия в логике «орган — означает», «это из — за этого», «это — негативно», «это — не



Who was first ?

норма». Клинический психоанализ, а точнее Французская школа, напротив делает акцент на *сложной специфике* «соматопсихического», «соматизации», «негативной галлюцинации тела» как форме психического функционирования и организации конкретного, уникального человека, не предлагая общее готовое решение. В связи с этим данное *профессиональное руководство* направлено прежде всего на клинических психологов, которые специализируются на психодинамической психотерапии, психоаналитиков, психоаналитически — ориентированных психологов, психотерапевтов. Это руководство направлено на то, чтобы познакомить читателей с ключевым тезисом, что *каждый соматизирующий человек уникален и важно учитывать и понимать психодинамическую, психоэкономическую, интерперсональную специфику его функционирования*.

В отличие от *медицинско — поведенческого подхода* к психосоматике (например подход Ф. Александера), *психоаналитический (психодинамический) подход* начинается с определения процесса соматизации в психическом функционировании у конкретного пациента, т.е. задается вопросом «*почему и зачем этот симптом возник у пациента именно сейчас?*».

Подход к часто соматизирующим пациентам рассматривается через *фильтр отношений* их отношений (прошлых, настоящих, будущих, фантомных, идеальных, реальных), в том числе и тех, которые психоаналитик устанавливает с пациентом. Процесс соматизации представляет собой цепочку психических событий у пациента, которые способствуют развитию, форму-

лированию соматической жалобы. Вы же обращали внимание на речь пациентов, которые постоянно соматизируются? Она специфическая и богата органично — проблемными оборотами, медицинскими терминами, заученными медицинскими штампами. В ней что — то ускользает, она механистична, монотонна, наполнена специфическим страданием без передачи того, что эмоционально беспокоит пациента.

Обычно проводится различие между двумя модальностями процесса соматизации: «*процессом соматизации через регрессию*» и «*процессом соматизации через разрядку*» (клиника возбуждения по Д. Тобакоф).

Что противостоит этим двум движениям, так это качество способности к процессу «*ментализации*», из которого они развиваются. К. Смаджа говорил, что *качество ментализации, т. е. психической проработки, поддержанное либидинальными инвестициями — лучшая защита от смертоносных эффектов соматизации у пациента.*

Пациент, склонный к частым соматизациям, связывает свое тело и внешнюю реальность, подавляя при этом все, что относится к уму (например: «А что вы на этот счет думаете? Почему этот симптом появился именно сейчас? Что с вами происходило на кануне? Что привело вас к этому состоянию, что вы с собой делали?»). Большая часть психических свойств пациентов склонных к соматизации, особенно с «тяжелой соматической дезорганизацией», доступна нам, психоаналитикам, для клинического и теоретического понимания на основе модели деобъективирующей функции влечения к смерти.

Французский психоаналитик Марилия Айзенштейн писала, что «все больше сталкивается с пациентами, которые относятся к своему телу как к чужой стране». Ее фраза приблизила меня к тезису Дональда Винникотта, в котором интеграция психики и тела составляет основу истинного «Я». Мимходом отмечается определенная близость между механическим функционированием и ложным «Я», в частности «специфическим конформизмом» пациентов склонных к частым соматизациям.

Соматизацию следует понимать как довербальное физическое проявление психических (точнее скажем «нарциссических») ран у пациента, которые можно понимать через призму *пограничных состояний*, «не — невротического функционирования» (по Андре Грину). В них тело действует как «движущаяся граница, чтобы защитить себя от различных вторжений». С помощью психоаналитического подхода и концепта «психосоматической регрессии» пациент способен взглянуть в лицо своим «первоначальным» ранам и добиться стойких характерологических и психодинамических изменений.

«Излечиться» от стойких и жизнеугрожающих соматизаций означает для начала получить доступ к невербальному психическому материалу пациента, и преобразовать его в речь. Т.е. показать, как обучить пациента проговаривать, выражать и говорить о своем психическом мире. Это происходит через перенос и контрперенос (который может быть и соматическим) в психоана-

лизе, в котором первоначальные раны, вызвавшие расщепление психики и тела (сомы), рассматриваются и прорабатываются в конкретных отношениях, заживая через проработку с течением времени.

Также невозможно понять психическое функционирование и проводить эффективное психоаналитическое лечение данных пациентов, если не учитывать, знать и использовать вклад *Парижской психосоматической школы психоанализа* («дефекты в ментализации», «опературное мышление», «эссенциальная депрессия», «соматоз», «дезорганизация» и др.) и концепций Андре Грина (например, «работа негатива», «понятие негативной галлюцинации» и др.). Взгляды А. Грина можно условно разделить на три периода: 1967 — 1970 гг.; с 1980 по конец 1990 гг.; 2000 — 2010 гг. Они удивительно обширны, плодотворны и охватывают большое количество тем применительных для психоаналитической психосоматики.

Говоря про психосоматику, отдельное внимание следует уделить понятию «симптом», в связи с этим в руководстве особое внимание уделяется дифференциации понятий «истерический», «соматический» и «ипохондрический» симптом. Также понятию «детализировано» дано понятие «соматизации» в психоаналитическом ключе. Детально описан вклад З. Фрейда, Парижской школы на примере работ П. Марти, М. Айзенштейн, а также Ж. Лакана, Андре Грина в понимании психосоматического функционирования. Впервые систематизированы теоретические гипотезы Андре Грина насчет психосоматического функционирования или коллапса пациента. Показаны точки соприкосновения и расхождения А. Грина и П. Марти. Дифференцированы понятия: «первичная» депрессия и эссенциальная депрессия, белый психоз и эссенциальная депрессия. Описано отличие «негативная галлюцинация тела» от «негативной галлюцинации» как формы негатива. Представлена роль объективирующей функции влечения жизни и деобъективационной функции влечения к смерти для понимания процесса соматизации. Детализирован «фаллический нарциссизм» и его связь с соматизацией. Прослежена связь между форклюзией, дефицитом ментализации и психосоматическим функционированием. С практической точки зрения в книге представлена специфика фрейминг (сеттинг, кадр) — структуры, психоаналитического кадра, переноса, контр — переноса и завершения лечения у данной группы пациентов. Сделан акцент на роли негативной галлюцинации как потенциального пространства и работе сновидений.

Руководство, которое вы держите в руках — это уникальное, непростое путешествие в психическое функционирование пациентов, склонных к частым и тяжелым соматизациям. Из — за специфики стиля изложения, терминологического своеобразия, перевода с французского, английского, немецкого языка ряда терминов, данная книга в первую очередь адресована профессионалам, а точнее сказать практикующим клиническим психологам, психоаналитикам и врачам — психотерапевтам, работающим с пациентами

склонным к психосоматическим коллапсам. Также она будет полезна студентам психологических, психоаналитических и медицинских вузов, интересующихся современным состоянием психосоматической медицины, психоаналитической психосоматики, работами Парижской психосоматической школы.

Мелёхин Алексей Игоревич

Кандидат психологических наук, доцент, профессор Российской Академии Естествознания, Почетный доктор наук (Doctor of Science, honoris causa), клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог — консультант, когнитивно — поведенческий терапевт, психоаналитик психосоматической ориентации (Парижская школа, IPSO), психоонколог, телесно — ориентированный терапевт и психодерматолог, Титулярный член Academy of Cognitive Therapy (США) Действительный член International Psycho — Oncology Society и INTERNASIONAL SOCIETY FOR CLINICAL PHYSIOLOGY and PATHOLOGY. Почетное звание «Заслуженный работник науки и образования» (РАЕН). Россия, г. Москва,

clinmelehin@yandex.ru

Введение

Тело — истерик говорит через тело,
Психосоматический пациент — страдает в своем теле

Л.И. Фусу

Начнем с того, что задайтесь вопросами, а **как вы понимаете**

• Что такое соматизация?
• Почему мы соматизируемся?
• Соматизироваться — это «хорошо» или «плохо»?
• Что такое «психосоматика» и нужно ли вообще говорить о «психо — соматике» (через дефис)?
• Логично ли говорить о лечении психосоматического расстройства? Можно ли лечить соматизацию или может быть следует использовать другой подход?

Часто нам с вами будут попадаться такие комментарии от пациентов: «на консультациях врачи, психологи говорили, что вероятность полного излечения подобных состояний 50-75% в зависимости от пациента и от конкретной ситуации, также помню разговор про пациента, у которого были соматизации, затем они были пролечены, после чего у него возникла растерянность и непонимание, что делать дальше. Получается, что у меня другой случай, т.е. это не является соматизацией как таковой, и поэтому полностью вылечить невозможно». Поднимаются ключевые вопросы: *А что мы лечим? Нужно ли лечить соматизацию? Что вообще мы делаем с соматизацией в рамках психоаналитического или психотерапевтического процесса? Про какое «лечение» мы вообще говорим?*

Многозначность терминов «психосоматика» и «соматизация» встречается в международных классификациях болезни DSM — V, МКБ — 10 и 11, и охватывает целый спектр (рис.1) проявлений «конверсия», «фиктивное» или симулятивное расстройство» (синдром Мюнхгаузена), «соматоформное расстройство», «ипохондрия», «хроническая боль», «расстройство телесного дистресса» и т. д.

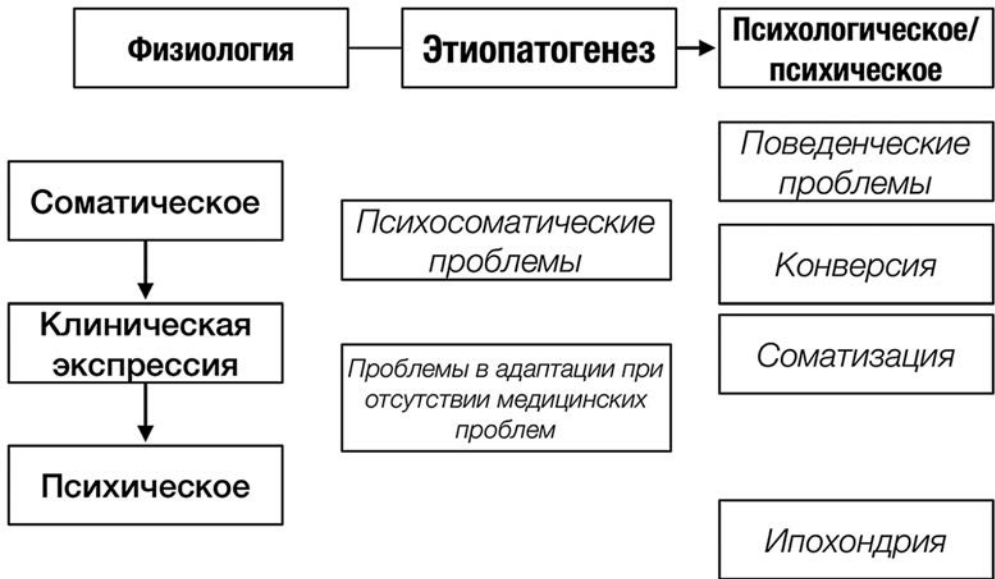


Рис. 1. Психологические и физиологические аспекты, которым следуют клиника и этиопатогенетическое понимание расстройств соматической экспрессии

Когда мы говорим про соматизацию, как подходят к этому процессу? Психоаналитик Л.И. Фусу часто подчеркивает, что хорошо функционирующий психический аппарат, психика защищает тело от соматизаций и наобо-

рот. К. Смаджа отмечает, что «средство, повышающее иммунитет существует — это наше воображение, психизация, наш психический аппарат».

Соматизация, даже тяжелая, является «последним бастионом жизни», последней попыткой психического аппарата, как парадоксально бы это ни казалось, удержать человека в жизни. То же самое утверждает и французский психоаналитик К. Смаджа — *«если пациенту удаётся инвестировать болезнь как объект (то есть провести работу соматизации), то он тем самым излечивается от самых тяжелых заболеваний, он заболевает не для того, чтобы умереть, а для того, чтобы выжить»*. Соматизация — это продукт психического аппарата, еще функционирующий, но на пределе. Сама способность создавать симптомы и болезни указывает на то, что психика пациента еще жива, а если психический аппарат функционирует, внутри человека есть жизнь.

В психоанализе психика понимается как сущность, протяженная в пространстве (по З. Фрейду), добавим и во времени (хронотопе) в том числе. Помимо расширения психической деятельности за пределы того, что является сознательным, эта пространственно — временная концепция означает выход психики из пространства *тела*. Когда мы говорим о начале психической жизни, мы имеем в виду *два тела* — младенца и матери (или иной фигуры), первоначально воспринимаемые младенцем как *одно*. Таким образом, расширение психики проистекает не только из ее телесного происхождения, но и из того, что она согласно Андре Грину — одновременно сама по себе и составляющая часть *двойного единства* (Green, 2010 г.). Психика — это результат *связи двух тел*, одно из которых отсутствует (например, при социальном дистанцировании, утрате и т.п.). Психоаналитики всегда проявляли интерес к *телу в психоанализе (например вопросу кожи)*, соматическим *проявлениям* у пациентов (например, болевые и кожные проявления, головные боли, болезнь Крона). Особенно стоит отметить психосоматическую школу в Париже (Пьер Марти, Мишель Фэн, Мишель де М'Юзан, Кристиан Давид, К. Смаджа и др. см. рис. 1).

Сразу отмечу, что в психоанализе редко прямо говорят о «психосоматических заболеваниях», «психосоматической структуре личности», чаще используют понятия: «психосоматический коллапс», «психосоматический феномен», «соматический коллапс» и «соматизация».

Например, Андре Грин часто рассказывал своим коллегам про следующий случай: *пациент страдал приступами головной боли, которые не купировались обезболивающими препаратами. Также у пациента присутствовали нарушениями конвергенции со стороны зрения, он имел проблемы пространственно — временно характера и нарушения ритмов сна — бодрствования. Работал погрузчиком. Он испытывал сильную головную боль в тот момент, когда он выражает свое негодование по поводу своих родителей, которые недостаточно помогали ему в школе, в то время как его братья были обучены лучше и получили «лучшее» образование, со слов пациента. Подавлял свои жестокие чувства обви-*



Рис. 1 Исследования (концептуальный аппарат) парижской школы психосоматики П. Марти, которые учитывал в своих работах А. Грин

нениями в отношении своих родителей, братьев, школьного учителя и коллег, а также в отношении психоаналитика (им был А. Грин) во время сессий.

В ходе анализа Андре Грин делал акцент на установление недостающих связей в разрозненных репрезентациях пациента, и это приводило к тому, что головная боль прекращалась. Тут же А. Грин подчеркивает, что возникновение телесного недуга у пациента является выражением *аффективных переживаний*. П. Марти также отмечал, что наличие головных болей часто сопровождается *чувством вины* (часто не осознаваемым, подавленным). Например, в связи с недостаточной возможностью превзойти родителей в интеллектуальном плане. Это, по его мнению, приводит пациента к *«самокастрации собственных интеллектуальных возможностей посредством болезненного торможения своих мыслей, обычно у обоих полов связано с фигурой отца»*. Напомню, что у каждого нашего пациента свои неповторимые аффективные переживания и чувство вины, в связи с этим внимательно слушайте пациента».

Тут же сразу отмечу, что понятие «чувство вины» носит психоаналитический характер, не буквальный, как принято в русском языке. Еще до появления понятия «влечение к смерти» в 1916 г., З. Фрейд отмечает наличие у пациентов

определенной «патологической формы чувства вины», находящееся в основе психопатологических «агирований» (отыгрываний), целью которых является привязывание вины к реальным объектам из жизни. Позже наш французский коллега Клод Смаджа ввел понятие «патомазохизма» при описании объектализующей (парадоксальным образом) функции больного органа или болезни (когда пораженный орган или болезнь становятся *для человека объектом для внимания, и центром его жизни*). В работе «Экономические проблемы мазохизма» (1924 г.) для описания радикальной поражающей силы уничтожающей пациента, З. Фрейд использует понятие «потребности в наказании, идущее из чувства вины». Возвращаясь к этой теме позже, в работах «Недовольство культуры» (1930 г.), «Конечный и бесконечный анализ» (1937 г.), З. Фрейд указывает на «невозможность проработки чувства вины, идущего из влечения к смерти». Эти размышления З. Фрейда особенно важны при работе с часто соматизирующими пациентами.

Вернемся к пациенту Андре Грина с головными болями, данный пациент начинает усиливать фантазийную активность и говорит, что у него в голове возникают «странные образы и он боится сойти с ума». Появляются сновидения: *«мужчина сидит рядом со мной и показывает на меня пальцем, говоря: «Ты Сократ!»*. Пациент не предлагает никаких ассоциаций, но спрашивает психоаналитика: *«кто такой Сократ в моем сне?»*. Андре Грин указывает ему на изменение в позиции: кто — то учитель, и кто — то воспитывает его.

Второй сон на следующем сеансе: *«Когда он попытался купить книгу Сократа, продавец, не найдя ни одной, продал ему другую книгу. Он попытался прочитать ее, но у него сильно болели глаза и голова, и он сильно разозлился и ударяет своего сына»*. Это сновидение отсылает его к «насилию» со стороны отца.

Затем пациент рассказывает Андре Грину следующий сон: *«Он очень ясно видит маленького Иисуса с Девой Марией, Иосифом и волхвами, но не хватает осла и коровы»*. У пациента возникнут ассоциации с его детством, его отношения с матерью, у которой были периодические эпизоды депрессии, но которая всегда посылала ему хорошие подарки, чтобы у него было ощущение Рождества. А. Грин уделяет внимание «отсутствию», а точнее — что именно отсутствует в сновидении пациента: отсутствию осла, аналитика. Пациент может фантазировать об *отсутствии на фоне присутствия объекта*. Мы видим, что в анализе преобладают механизмы сгущения, взаимодействие разного рода идентификаций. Как и в сновидении, отмечает Андре Грин на пути от фантазии к симптому происходят различные искажения.

Что касается головной боли, то ее основная *психодинамическая функция* состоит, как и при конверсионных проявлениях, в замене «личной» проблемы телесным состоянием. Возникает в таком случае, отмечает А. Грин, если вытеснение не способно преодолеть конфликт переноса. (Психо) соматический симптом сопровождается нарушением в восприятии, мышлении, изменяющий первичный процесс и сопоставим с признаками процесса отрица-

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru