

Кулаков С.А.

Клиническая супервизия случая соматоформной болевой дисфункции

Медицинская ассоциация «Центр Бехтерев» опубликовано в журнале Клиническая и

медицинская психология http://medpsy.ru/climp/2016_2_12/article05.php

Аннотация. В статье на примере пациента, обратившегося по поводу психосоматического заболевания, показаны сложности диагностики и психотерапии расстройств личности с использованием модели клинической супервизии. Клиническая супервизия уделяет внимание слабым профессиональным и личностным сторонам супервизируемого, напрямую влияющими на благо клиента. Подчеркнуто, что опора на эти «мишени» при заключении терапевтического контракта поможет избежать ошибок, способствует профессиональному росту специалиста.

Ключевые слова: психосоматика; супервизия; шестифокусная модель; модель клинической супервизии, нарциссическое расстройство личности.

Супервизия в той или иной форме является обязательной составляющей частью подготовки и повышения квалификации специалистов в области психотерапии[5]. Варианты взаимодействия между людьми, которыми оперирует как личностно-ориентированная, так и симптоматическая терапия, настолько бесконечно разнообразны, что, несмотря на профессиональный и жизненный опыт, формальный статус психотерапевта, испытание сложностями неизбежно. Это могут быть сложности общего порядка, идущие от недостаточной информированности, опыта или эмоционального выгорания терапевта. Или частного, такие как вопросы контрпереноса, личных отношений с пациентом, слепых пятен, технических аспектов проводимой психотерапии.

Клиническая супервизия заботится о реальной работе супервизируемых в таких областях, как терапевтические отношения, благо клиента (client welfare), допуск на клиническую работу и приемлемость вмешательств, клинические навыки и прогноз[10]. Другими словами, клиническая супервизия уделяет внимание слабым профессиональным и личностным сторонам супервизируемого, напрямую влияющими на благо

клиента. Наиболее известными моделями супервизии являются шестифокусная модель[5,9] и модель, основанная на анализе психотерапевтических «мишеней»[8].

Несмотря на наличие достаточного количества работ по диагностике пограничных и личностных расстройств[2,4,6], проведение с ними психотерапии является сложной задачей как для начинающих, так и продвинутых специалистов. В этом случае клиническая супервизия «как организованный, обучающий процесс, имеющий административные (организационные) и содержательные (клинические) задачи, в котором принципы трансформируются в практические навыки», помогает минимизировать ошибки в дальнейшей практике. Проиллюстрируем это на конкретном примере.

Случай, представленный на супервизию.

Обратилась мать юноши к психотерапевту С. через электронную почту. «У моего 20-летнего сына, Саши, уже 5-й месяц не проходят боли внизу живота. Вернее, даже не боли, а, как он говорит, "давит". Обошли врачей - терапевта, хирурга, гастролога, невропатолога, сдавали анализы, УЗИ, ФГДС — все в норме. Сын даже в больнице несколько дней пролежал — ничего не нашли. Боли эти постоянные. Последний анализ показал превышение в 11 раз «хеликобактер пилори» (бактерия, участвующая в патологии желудка - прим. С.А.). Гастролог назначила курс на эрадикацию (уничтожение - прим. С.А.) бактерии, включая антибиотики. В течение месяца улучшений нет. Летом у сына было одновременно несколько непростых ситуаций, он пережил стресс. Вполне возможно, что это и спровоцировало такие боли. Может быть, эти боли носят психосоматический характер?»

Юноша пришел на прием один. Анамнез заболевания. В возрасте 8-13 лет наблюдались редкие приступы бронхиальной астмы, которые прекратились с наступлением пубертата. В июне 2015 года с десятой попытки парень сдал зачет по одному из предметов очень строгому

преподавателю-женщине. Чувствовал себя утомленным, уязвленным. Через две недели после окончания экзаменов соседка, девушка примерно того же возраста, выбросилась из окна, и милиция несколько раз приходила к нему в квартиру с просьбой опознать её, но он категорически отказывался из-за страха — через день начались боли в животе. Пациент фиксирован на них, они мешают ему сосредоточиться на учебе.

Анамнез жизни. Родился в Санкт-Петербурге от первой беременности матери. Развитие по возрасту. ДДУ не посещал из-за аллергических заболеваний. Воспитанием занималась бабка по линии матери. В школу пошел вовремя, учился всегда хорошо. Наблюдалось неприятие личности юноши со стороны референтных групп сверстников, с его слов, из-за высокого интеллекта. Обнаруживали низкие показатели успеха и популярности у лиц противоположного пола. Был обидчивым, ранимым. Специальность, по которой он учится в вузе, ему не нравится, разочаровался в ней, остается полгода до окончания бакалавриата, а что делать дальше — не знает. Очень боится службы в армии. Отношения с противоположным полом сложные. Недавно исполнилось 20 лет, а с ним ни одна девушка «даже не сходила в кино». Очень много времени проводит в интернете, телефон включен на приемку новостей постоянно. Для того чтобы понравиться девушке, представился эмигрантом из России, живущим в Америке, и полтора года с ней общается под вымышленным именем. Это его единственная виртуальная подруга, которую он боится потерять. Чувствует, что необходимо открыть свое настоящее имя, но боится быть отвергнутым и осмеянным, так как «pen-friend» из высокопоставленной семьи. Любит путешествовать. Не удовлетворён собственным физическим обликом и считает, что он не соответствует идеалам мужественности/женственности, принятым в молодежной среде. Критикует однокурсников за примитивность их интересов. Много мастурбирует. В последние месяцы стал ежедневно «пропускать» по кружке пива. Несколько встреч отказывался пригласить мать на интервью.

Семейный анамнез. Отец, 49 лет, по характеру обидчивый, с частыми перепадами настроения. Квалифицированный инженер, но никогда долго не задерживался на одном месте. Оставил семью, когда мальчику было 2 года, завел другую семью, а когда сыну исполнилось 13 лет, попытался восстановить отношения. В течение 2 лет мать пациента его принимала, затем отношения вновь охладились. Алименты платил нерегулярно. Но недавно для завоевания любви сына отец стал брать его в путешествия. Однако, обидевшись на что-либо, может потом несколько месяцев не отвечать на звонки ребенка.

Мать, 47 лет, работает бухгалтером и подрабатывает экскурсоводом. В молодости была застенчивой, но затем преодолела этот комплекс после того как начала проводить экскурсии. Критически оценивает свою семейную ситуацию. Считает семью достаточно изолированной, так мало родственников, друзей. Они живут втроем в малогабаритной квартире: бабушка, мать и сын.

Бабушка, 67 лет, пенсионер, ведет домашнее хозяйство, в том числе много делает за внука.

Психотерапевтический контакт был установлен не сразу. Недоверчиво относился к психотерапии, но с 3 сессии стал подробно излагать свои «комплексы». Был фиксирован на отношениях к нему противоположного пола, складывалось впечатление, что это единственный источник самоуважения. Домашние задания выполнял нерегулярно и формально, ссылаясь на загруженность подготовкой к зимней сессии. После 6 занятия с психотерапевтом у него усилился болевой синдром, и юноша был госпитализирован. Несмотря на уверения врачей, что органическая патология у него отсутствует, настоял на выполнении колоноскопии. Исследование не обнаружило каких-либо отклонений. Медикаментозное сопровождение психотерапии антидепрессантом Сертралином 50 мг/сутки эффекта не дало, юноша плохо его переносил, что потребовало отмены через неделю после начала приема. Предварительно в психотерапевтическом контракте была

договоренность, что юноша после зимней сессии на 2 недели будет госпитализирован в клинику для проведения интенсивной терапии, с переходом на поддерживающую терапию, и он формально с этим был согласен. Мать наблюдала, что болевой симптом нивелировался, но одновременно заметила, что молодой человек не делает домашних заданий, предложенных психотерапевтом, ссорилась с ним по поводу игнорирования участия в домашних делах. В последний момент отказалась госпитализировать сына в клинику, где находятся в основном зависимые пациенты, хотя и подчеркивала, что сын «стал увлекаться пивом и часами сидит в интернете». Отец юноши, примирившись с ним, увез его в путешествие на студенческие каникулы. Психотерапия была прервана.

Супервизорский разбор.

Успешность индивидуальной терапии достигается постановкой «психотерапевтического диагноза» и четким выделением «мишеней психотерапии». Мишень психотерапии — проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого в процессе психотерапии является осознанной целью взаимодействия. Р.К.Назыров и соавторы [3] выделяют 5 групп мишеней. В работе с пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами, наименее разработанными являются мишени 3-й, 4-й и 5-й групп. Трудностями выделения мишеней 3-й группы служит тот факт, что более половины пациентов имеют пограничную личностную организацию и соответственно эго-синтонное отношение к имеющейся симптоматике (2-я ось DSM IV). Специфика клинической ситуации (2-я группа) состоит в игнорировании родственниками необходимости участия в семейной терапии, одновременно мотивируя своих детей на лечение. Данная ситуация повышает риск рецидива при возвращении пациента в прежнюю, дисфункциональную семейную систему (4-я ось DSM IV). Все это заставляет искать методики, интенсифицирующие проработку проблем пациентов (5-я мишень) в рамках психотерапии, косвенно связанных с «мишенями нозологической

специфичности». В данной работе, основываясь на вышеописанной классификации психотерапевтических мишеней в нашей адаптации, осуществлена попытка структурирования психотерапевтического диагноза, служащего «лоцманской проводкой» индивидуального маршрута пациента, представленного на супервизию. Рассмотрим последовательно эти мишени.

I. Клинические (нозологические) «мишени». Психическое отклонение из объединенной группы соматоформных расстройств, характеризующихся жалобами пациентов на заболевания или болезненные ощущения, которые не подтверждаются диагностикой узкоспециализированного общего направления. Хроническое соматоформное болевое расстройство ни в коем случае нельзя относить к симуляции патологического состояния – источником боли являются психические душевные переживания пациента. Факторы этиологии соматоформной боли: неосознаваемые внутриличностные противоречия; психотравмы прошлого; психосоциальный стресс; тревога ожидания боли; депрессия; эмоциональная отчужденность - алекситимия (чувственная слепота – неспособность вербализовать свои чувства); иммунологические нарушения (выброс гормонов стресса). Кроме основного диагноза сюда будут относиться другие синдромы, соответствующие 1 оси многоосевой классификации психических и поведенческих расстройств DSM-IV и отражающие коморбидность конкретного пациента. Пример: сезонные колебания настроения, навязчивый страх или тревожное состояние, галлюцинаторные переживания после перенесенного психоза. Работа с этими мишенями будет осуществляться совместно врачом и психологом. Обсуждение диагноза совместно с пациентом и семьей предоставляет возможность обсудить сроки и прогноз психотерапии [6].

II. «Мишени», специфичные клинической ситуации (мотивы обращения за помощью, инициатор обращения, характер установки на лечение). Эти феномены связаны с полем, на котором идет разворот симптоматики. В случае Александра мы имеем несколько феноменов.

1. Низкая психологическая компетентность.
2. Социальная дезадаптация.
3. Дисфункциональная семья, симптом выполняет морфостатическую функцию.
4. Отсутствие собственной мотивации лечения и неустойчивая позиция родственников.

III. «Мишени», затрагивающие индивидуально-психологические особенности пациента. Структура (психодинамический диагноз). Объектные отношения. Операционализированная психодинамическая диагностика проводится по следующим осям [1].

Ось 1. Восприятие заболевания. Степень повреждения. Вторичная выгода. Мотивация к лечению. *Вторичная выгода* — согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы дают человеку чувствовать доброе отношение со стороны других или избежать неприятной ситуации или решения. Болевой синдром помогал юноше сохранять свое реноме и не брать ответственность за свою жизнь и выборы.

Ось 2. Отношения. Конфликтные, дисфункциональные.

Ось 3. Конфликт идентичности и образа Я. Обнаруживался конфликт самооценности против ценности объекта (стыд, гнев, идеализация и обесценивание).

Ось 4. Структура. Следует подчеркнуть, что недостаточно симптоматического описания для постановки определенного диагноза: необходим сложный анализ структуры личности. Юноша имеет средний структурный уровень. О расстройствах же личности мы говорим в тех случаях, когда данное лицо постоянно использует определенные, одни и те же механизмы реагирования на ситуации повседневной жизни совершенно неадекватным, плохо адаптированным, стереотипным способом. Если мы сравним клинико-психологические данные, полученные психотерапевтом, то речь идет о нарциссическом расстройстве личности. Согласно DSM-5

(пересмотр – июнь 2011) для диагностики нарциссического личностного расстройства необходимо наличие следующих критериев (курсивом отмечено наличие этих симптомов у пациента):

А. Значительные нарушения функционирования личности проявляются в:

- 1. Нарушения в функционировании Я (а или б):
 - а. Идентичность: *выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки; самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной, или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки.*

- б. Направленность Я: *постановка целей основана на получении одобрения других; личные стандарты неоправданно высоки, что дает возможность воспринимать себя как исключительного*

- 2. Нарушения в межличностном функционировании (а или б):
 - а. Эмпатия: *нарушенная способность распознавать и сопереживать чувствам и потребностям других; чрезмерная ориентация на реакции других, но только если они воспринимаются как относящиеся к себе; пере- или недооценка собственного влияния на других.*

- б. Интимность: *Отношения преимущественно неглубокие и используются для регуляции самооценки; взаимность ограничена слабым интересом к переживаниям других и приоритетом личной выгоды*

- . Патологические личностные черты в следующих сферах:
 - 1. Антагонизм:
 - а. Грандиозность: *потребность в признании, открытая или скрытая; центрированность на себе, основанная на убеждении, что кто-то лучше, чем другие; снисходительное отношение к другим.*

- б. Поиск внимания: *настойчивые попытки быть в центре внимания других; поиск своего пути выздоровления. Как видно из описания, это соответствует структуре личности нашего пациента.*

IV. «Мишени», характерные для психотерапевтического процесса.

В группу психотерапевтических мишеней, специфичных для психотерапевтического процесса включаются феномены, имеющие отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента вне рамок конкретного психотерапевтического метода. Воздействие на мишени этой группы необходимо для создания условий проводимой психотерапии. Примерами мишеней такого рода могут быть феномены, отражающие особенности участия пациента (избегание, пассивность), психотерапевта (степень директивности, степень активности) или стиля коммуникации между ними в процессе психотерапии.

V. «Мишени», характерные для психотерапевтического метода.

Выделение этих мишеней позволяют оценивать адекватность метода заявленным целям, в том числе в рамках супервизии. Для выделения мишеней, специфичных для метода, необходимо соотнесение их не только с теорией личности, лежащей в основе какого-либо метода, но и с концепцией патологии, предлагаемой данной теорией, уровнем организации личности, темпом реабилитации. В данном случае психотерапевт, сделавший акцент на когнитивно-поведенческой психотерапии, недоучел влияние психодинамических и системных факторов. Было вполне оправдано предложение проведения интенсивной психотерапии пациенту с расстройством личности в условиях стационара, о чем сообщали и другие авторы [2, 4]. Самой большой трудностью в этом случае было отсутствие полноценного терапевтического альянса всех членов семьи.

В случае если психотерапию проводит врач, полезно использовать в диагностике и многоосевой подход DSM.

1. Клинические психопатологические синдромы и другие релевантные клинические проблемы. Хроническое соматоформное болевое расстройство. Зависимость от интернета.

2. Расстройства личности. Нарциссическое расстройство личности. Любовная зависимость код F63.9

3. *Соматические болезни.* Бронхиальная астма в анамнезе (10-13 лет).

4. *Аномальные психосоциальные условия.* Дисфункциональная семья с длительным супружеским конфликтом и вовлечением в него ребенка. Противоречивое воспитание. Потворствующая гиперпротекция.

5. *Глобальный уровень функционирования (40).* Пациент с трудом справляется со всеми возникающими проблемами (трудности в социальной, профессиональной деятельности).

В ходе супервизии конкретного клинического случая супервизор ориентируется на запрос супервизируемого. Ориентиром может являться вариант клинической супервизии, так и другие модели. Супервизия не является чистой терапией, но отношения между супервизором и супервизируемым имеют и терапевтический аспект. Психотерапия дает возможность пациенту отреагировать значимые переживания на приеме у специалиста, а супервизия позволяет супервизируемому предоставить на сеанс выборочный материал психотерапии. Супервизируемый нередко приносит фрагмент занятия, зависящий и от его «бессознательного». Супервизия подобна терапии не потому, что супервизор проводит терапию, а потому что опытный терапевт проводит супервизию, помогая снять чувство вины за допущенные просчеты и помогая совершенствоваться в профессии.

Литература

1. Арндт П. Психосоматика и психотерапия: справочник — М.:МЕДпресс-информ,2014 — 368 с.
2. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. — М.: Класс, 2000. —464 с.
3. Клиническая психотерапия в наркологии (Руководство для врачей психотерапевтов) /Под. ред. Р.К.Назырова, Д.А.Федоряка, С.В.Ляшковой. — СПб:НИПНИ им.В.М.Бехтерева,2012. — с . 456 с.
4. Короленко Ц.П. , Дмитриева Н.В. Личностные расстройства. Питер,2010.—400 с.

5. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии. Учебное пособие для психотерапевтов и супервизоров. – СПб, ООО «Медицинский центр С.П. Семенова «Вита», 2004. — 128 с.
6. Мак-Вильямс Н. Формулирование психотерапевтического случая. — М.: Класс, 2015. — 328 с.
7. Млодик И. Карточный дом. Психотерапевтическая помощь клиентам с пограничными расстройствами. М., «Генезис», 2016. — 160 с.
8. Назыров Р.К., Логачева С.В., Ремесло М.Б, Холявко В.В., Павловский И.О. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами. Методические рекомендации. — СПб: Изд-во НИПНИ им.В.М.Бехтерева, 2011. — 18 с.
9. Уильямс Э. Вы — супервизор...: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии / Перевод с английского Т.С. Дробиной — М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. — 288 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 96).
10. Федоряка Д.А. Супервизия в психотерапевтической практике: – СПб.: Институт мозга человека РАН, 2014 – 104 с.