

Lech Kalita¹, Bogumiła Kadela², Aleksander Lebedziński³, Piotr Stoń⁴, Renata Święch³,
Krzysztof Walczewski²

ROLA KLINICZNEJ SUPERWIZJI W FUNKCJONOWANIU ODDZIAŁÓW PSYCHIATRYCZNYCH: TRZY PRZYKŁADY WDROŻENIA MODELU SUPERWIZJI

THE ROLE OF CLINICAL SUPERVISION IN THE FUNCTIONING OF PSYCHIATRIC WARDS: THREE EXAMPLES OF IMPLEMENTING A SUPERVISION MODEL

¹Praktyka prywatna

²Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie, Oddział psychiatryczny I

³Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim,
Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży XII

⁴Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie, Centrum Zdrowia Psychicznego

clinical supervision
psychiatric care
multidisciplinary teams

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy było przedstawienie roli superwizji klinicznej w funkcjonowaniu zespołów psychiatrycznych oraz porównanie trzech modeli jej wdrożenia w odmiennych warunkach instytucjonalnych.

Metoda: Opisano modele superwizji realizowane na oddziale leczenia psychoz dorosłych, oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży oraz Centrum Zdrowia Psychicznego. Analizę jakościową uzupełniono pilotażowym badaniem kwestionariuszowym SE-SC8 obejmującym 79 pracowników, w tym 44 osoby korzystające z superwizji.

Wyniki: We wszystkich trzech modelach superwizja wspierała porządkowanie myślenia klinicznego, regulację obciążeń emocjonalnych i integrację perspektyw zespołu. Osoby superwizowane wysoko oceniały zarówno spełnienie oczekiwań wobec superwizji, jak i jej wpływ na kompetencje kliniczne; stwierdzono przy tym istotne różnice między ośrodkami, z najwyższymi ocenami w Kościerzynie.

Wnioski: Skuteczna superwizja kliniczna powinna być dostosowana do specyfiki instytucji, zespołu i populacji pacjentów. Jej podstawową funkcją jest tworzenie przestrzeni refleksji, która pomaga zespołowi organizować doświadczenie kliniczne, integrować różne perspektywy i odzyskiwać zdolność do konstruktywnego działania.

Summary

Objective: The aim of the study was to examine the role of clinical supervision in psychiatric teams and to compare three models of its implementation in different institutional settings.

Method: Three supervision models were described: in an adult psychosis treatment ward, a child and adolescent psychiatric ward, and a Community Mental Health Centre. The qualitative analysis was supplemented by a pilot SE-SC8 questionnaire study involving 79 staff members, including 44 participants who had received supervision.

Results: Across all three models, supervision supported the organization of clinical thinking, regulation of emotional burden, and integration of different professional perspectives. Supervised staff reported high levels of satisfaction and perceived improvement in clinical competence, with significant differences between centres and the highest ratings observed in Kościerzyna.

Conclusions: Effective clinical supervision should be adapted to the specific institutional context, team structure, and patient population. Its key function is to provide a reflective space that helps teams organize clinical experience, integrate perspectives, and regain the capacity for constructive action.

Wprowadzenie

Leczenie chorób psychicznych na oddziałach psychiatrycznych współcześnie opiera się na kompleksowych oddziaływaniach lekarskich (psychiatrycznych), psychologicznych (psychoterapeutycznych) i opiekuńczych (pielęgniarskich) [1–3]. Celem autorów niniejszego artykułu jest przyjrzenie się roli superwizji klinicznej jako narzędzia integrowania tych trzech perspektyw na rzecz skutecznej pomocy pacjentom oraz wspierania zespołów leczących. Przedstawiono trzy warianty wprowadzenia superwizji jako stałego elementu pracy oddziałów psychiatrycznych w odmiennych kontekstach instytucjonalnych: na specjalistycznym oddziale leczenia psychoz dla dorosłych mężczyzn w dużym ośrodku miejskim, na oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży w większym mieście powiatowym oraz na ogólnym oddziale psychiatrycznym w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego w mniejszym mieście powiatowym. Przegląd wdroyen uzupełniono wynikami ilościowego badania skuteczności i satysfakcji z superwizji w trzech modelach, zrealizowanego za pomocą kwestionariusza SE-SC8.

Superwizja w lecnictwie psychiatrycznym

Superwizja kliniczna jest coraz częściej uznawana za kluczową kompetencję zawodową w obszarze zdrowia psychicznego i istotny element systemów opieki oraz programów szkoleniowych [4]. Mimo rosnącego znaczenia praktyk opartych na dowodach sama superwizja rzadko bywa prowadzona w sposób bazujący na solidnych danych naukowych.

Istnieją cztery główne kliniczne powody, by lepiej rozumieć i rozwijać superwizję: wspieranie kompetencji specjalistów, ułatwianie wdrażania metod opartych na dowodach oraz ograniczanie niepotrzebnych interwencji i kosztów systemu opieki [5]; powodem czwartym i być może najważniejszym jest dbałość o dobro pacjentów i zapewnienie im najlepszej możliwej pomocy. Choć badania nad skutecznością superwizji są ograniczone metodologicznie, dostępne dane sugerują jej pozytywny wpływ na wyniki leczenia pacjentów [6] oraz jakość zapewnianej opieki [7]. W sytuacji braku superwizji jakość opieki zależy od zdolności specjalistów do samodzielnej refleksji nad własną pracą. Intensywność przeżyć w kontakcie z pacjentami psychiatrycznymi utrudnia taką refleksję niezależnie od doświadczenia, a u początkujących praktyków stanowić może szczególnie duże wyzwanie.

Niedawne przeglądy poświęcone superwizji klinicznej

Bradley i Becker [8] przeprowadzili przegląd modeli superwizji wdrażanych w instytucjach psychiatrycznych, analizując praktyki sprzyjające rozwojowi umiejętności oraz dobrostanowi specjalistów w oparciu o metaanalizę 11 projektów badawczych o najwyższej dostępnej wartości metodologicznej. Wynika z niego, że najczęściej stosowano informację zwrotną, omawianie interwencji i odgrywanie ról. Autorzy podkreślili potrzebę dalszych badań, zwłaszcza w warunkach opieki środowiskowej, oraz ujmowania superwizji jako procesu o wielu funkcjach.

Choy-Brown i Stanhope [9] analizowały dostępność i jakość superwizji w środowiskowych instytucjach zdrowia psychicznego. Wykazały, że superwizja może zwiększać kompetencje specjalistów, zmniejszać stres i korzystnie wpływać na stan pacjentów. Dane z 14 placówek i od 273 specjalistów obejmowały czas trwania superwizji (średnio 2,17 godz. tygodniowo) oraz obecność najlepszych praktyk (np. informacji zwrotnej opartej na obserwacji pracy). Autorki wskazały, że jakość superwizji może być istotniejsza niż jej ilość, a ograniczenia budżetowe i nacisk na rozliczanie usług sprzyjają marginalizacji przeznaczanego na nią czasu.

W przeglądzie Chen i współpracowników [10] przeprowadzonym w oparciu o metaanalizę 14 projektów badawczych z udziałem 161 specjalistów wykazano, że wielu pracowników ochrony zdrowia przejawia stygmatyzujące postawy wobec pacjentów z doświadczeniem psychozy, a część personelu spoza oddziałów psychiatrii ma jedynie podstawową wiedzę o zaburzeniach psychotycznych. Jednocześnie specjaliści pracujący bezpośrednio z pacjentami psychotycznymi dysponują wysokim poziomem wiedzy, ale często zgłaszają niskie poczucie pewności siebie w praktyce, co podkreśla znaczenie superwizji jako przestrzeni wspierającej kompetencje i zaufanie do własnych umiejętności klinicznych.

W polskim piśmiennictwie powstało dotąd niewiele opracowań dotyczących superwizji klinicznej w instytucjach psychiatrycznych. Istotnym wkładem w rozwój refleksji nad tym zagadnieniem jest praca pod redakcją Skowrońskiej i Łodej-Sobańskiej [11], zwłaszcza rozdział autorstwa Prot-Klinger prezentujący model grupowo-analityczny w pracy superwizyjnej z zespołami leczącymi pacjentów z doświadczeniem psychozy. W konsekwencji wciąż brakuje opisów wdrożeniowych modeli superwizji w psychiatrii instytucjonalnej – szczególnie takich, które pokazują jej funkcjonowanie w realiach zespołów wielozawodowych.

Ogólne ramy modelu superwizji

Relacyjno-integracyjny model superwizji psychoterapii, rozwijany i stosowany przez jednego z autorów [12], opiera się na dwóch filarach: podejściu relacyjnym oraz integracyjnym. Podejście relacyjne akcentuje znaczenie zjawisk interpersonalnych i intersubiektywnych w procesie superwizyjnym, w szczególności dynamiki relacji terapeuta – pacjent oraz superwizant – superwizor. Superwizor nie występuje tu jako autorytet, lecz jako uczestnik relacji badający wspólnie z superwizantem znaczenia i emocje pojawiające się w obu diadach. Kluczową rolę odgrywają proces równoległy oraz praca z przeciwnieństwem.

Perspektywa integracyjna zakłada pragmatyzm, szacunek dla dowodów empirycznych oraz elastyczne korzystanie z różnych podejść i technik zależnie od potrzeb superwizanta, pacjenta i etapu terapii. Superwizor może przyjmować role nauczyciela, konsultanta, mentora czy obserwatora uczestniczącego, kierując się zasadą „co działa, co nie działa?”. Model łączy refleksję nad relacjami i emocjami z decyzjami klinicznymi, wspierając formułowanie hipotez psychopatologicznych oraz przekładanie ich na język dostępny dla pacjenta.

Psychodynamiczne korzenie zastosowanego modelu

Zastosowany model superwizji ma charakter integracyjny – wyniki badań wskazują, że skuteczność superwizji wiąże się w dużej mierze z czynnikami niespecyficznymi dla poszczególnych podejść terapeutycznych [6, 13]. W wymiarze relacyjnym, szczególnie w warunkach instytucji psychiatrycznych, model odwołuje się do koncepcji psychoanalitycznych/psychodynamicznych, dostarczających pogłębionego rozumienia relacji zespół leczący – pacjent oraz superwizor – superwizant. Punkty odniesienia obejmują teorię mentalizacji, podejście relacyjne/intersubiektywne oraz doświadczenia szkoły relacji z obiektem w rozumieniu psychoz.

Warto zauważyć, że wytyczne National Institute for Health and Care Excellence nie rekomendują psychoterapii psychodynamicznej jako metody z wyboru w leczeniu psychoz, jednak zalecają korzystanie z psychodynamicznego rozumienia doświadczeń psychotycznych. Stanowi to dodatkowe uzasadnienie wdrożenia modelu superwizji umożliwiającego zespołom refleksyjne podejście do objawów, relacji i dynamiki leczenia – niezależnie od głównego modelu terapeutycznego stosowanego na danym oddziale.

Mentalizacja

W podejściu mentalizacyjnym podkreśla się, że specjaliści pracujący w sektorze publicznym, mający codzienny kontakt z ludzkim cierpieniem, narażeni są na napięcia emocjonalne, które mogą zagrażać ich zdolności do utrzymania refleksyjnej postawy wobec pacjenta i siebie samych. Jak zauważa Cooper [14], jednym z mechanizmów obronnych w takich sytuacjach jest tendencja do „działania zamiast myślenia”. Superwizja pomaga wówczas zachować zdolność do refleksji nad stanami umysłu pacjenta i własnymi [15], wspierając rozumienie sytuacji klinicznej oraz chroniąc przed wypaleniem i psychiczną sztywnością. Pojawiają się empiryczne doniesienia wskazujące na skuteczność superwizji prowadzonej w oparciu o teorię mentalizacji [16].

Kornerup [17] podkreśla potrzebę tworzenia „przestrzeni refleksyjnych” – regularnych momentów, w których głównym zadaniem nie jest działanie, lecz myślenie. Czasowe zawieszenie presji pozwala uzyskać dostęp do warstwy przeżyć, która w codzienności bywa pomijana lub wypierana.

W pracy z osobami doświadczającymi poważnych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza w spektrum psychoz, kluczową kompetencją zespołu jest zdolność do utrzymywania postawy mentalizacyjnej [18, 19]. Model zagnieżdżonej mentalizacji [20] opisuje proces wzajemnego pomieszczenia na wielu poziomach relacji: zespół pomieszcza doświadczenia

pacjenta, a sam również potrzebuje bycia pomieszczonym. W tym miejscu pojawia się rola superwizora jako czynnika pomieszczającego zdolnego do przyjęcia i przetworzenia przeżyć mogących dezorganizować pracę grupową.

Zagnieżdżona mentalizacja obejmuje także poziom systemowy: relacje z rodziną pacjenta, instytucjami i środowiskiem. Zespoły uczą się mentalizowania siebie nawzajem, aby móc skutecznie mentalizować pacjentów [19]. Superwizja staje się bezpieczną przestrzenią, w której zespół odzyskuje zdolność do porządkowania myślenia.

Podejście relacyjne

W podejściu relacyjnym superwizja nie jest rozumiana jako przekazywanie wiedzy czy kontrola, lecz jako dynamiczny układ relacji stanowiący źródło informacji i transformacji. Autorytet superwizora nie powinien opierać się na hierarchii, ale na zdolności rozumienia wątków relacyjnych [21]. Superwizor pozostaje uważnym obserwatorem-uczestnikiem zarówno relacji terapeuta – pacjent, jak i superwizor – superwizant.

Relacyjne podejście kładzie nacisk na zjawiska pozawerbalne: doznania somatyczne, afekty, intuicje czy wyobrażenia. Obserwacja relacji superwizyjnej pozwala rozumieć proces równoległy, czyli przenoszenie napięć z relacji terapeutycznej do relacji superwizyjnej [22]. Wrażliwość superwizora na własne reakcje emocjonalne i cielesne może stanowić źródło wiedzy o świecie wewnętrznym superwizanta i, pośrednio, pacjenta [23].

Poniżej przedstawiamy trzy warianty (modele wdrożeniowe) wprowadzenia wyżej opisanego sposobu superwizji w trzech różnych warunkach instytucjonalnych. W każdym z nich superwizję prowadzi ta sama osoba: superwizor z doświadczeniem 15 lat współpracy z instytucjami publicznymi (pomocy społecznej, sektora NGO oraz służby zdrowia), posiadający certyfikaty superwizora psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz superwizora psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej.

Wariant 1.

Oddział leczenia psychoz.

Wspólne budowanie znaczeń za pomocą narracji

Oddział Psychiatryczny I funkcjonuje w strukturach Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Dysponuje 42 łózkami i przeznaczony jest dla dorosłych mężczyzn z rozpoznaniem psychotycznym. Około 75% pacjentów stanowią osoby chorujące na schizofrenię, a pozostałe 25% to pacjenci z innymi zaburzeniami psychotycznymi, takimi jak zaburzenia schizoafektywne czy ostre psychozy reaktywne. Oddział koncentruje się na intensywnym leczeniu farmakologicznym oraz podstawowych oddziaływaniach terapeutycznych i opiekuńczych.

Superwizja zespołowa odbywa się dwa razy w miesiącu. Każda sesja trwa około dwóch godzin i jest prowadzona zdalnie (Zoom), a 2–3 razy w roku organizowane są spotkania stacjonarne. Uczestniczą w nich lekarze psychiatry (w tym stażyści), psychologowie, pielęgniarki oraz fizjoterapeuci; średnio około 10 osób. Skład grupy jest częściowo zmienny – około 30% uczestników rotuje.

Spotkanie obejmuje omówienie dwóch przypadków klinicznych prezentowanych przez lekarza prowadzącego i terapeutę indywidualnego. Prezentacje nie są przygotowywane pisemnie i nie korzysta się z zapisu sesji; omawianie opiera się na dokumentacji oraz bieżących doświadczeniach. Materiał pochodzi głównie z terapii indywidualnych i rozmów lekarzy z pacjentami, uzupełnianych obserwacjami z terapii grupowej i funkcjonowania pacjenta na oddziale.

Najczęściej pojawiają się dwie potrzeby zespołu: uporządkowanie myślenia o pacjencie w sytuacjach dezorientacji i przeciążenia oraz zrozumienie silnych reakcji emocjonalnych wywoływanych przez pacjentów. Superwizja staje się przestrzenią przyglądania się przeciwn przeniesieniu i poszukiwania wspólnego języka dla tych przeżyć.

Superwizor pełni przede wszystkim rolę eksperta merytorycznego pomagającego zespołowi w tworzeniu spójniejszych narracji o pacjentach z doświadczeniem psychozy. Wspierając zespół w obciążającej pracy, może przy tym w pewnym zakresie ograniczać jego samodzielność i sprzyjać zależności, co prowadzi czasem do subiektywnego wrażenia bycia idealizowanym.

Perspektywa ordynatora: Krzysztof Walczewski, Bogumiła Kadela

„Oddział od ponad 20 lat pomaga pacjentom, łącząc leczenie biologiczne i różnorodne oddziaływania terapeutyczne; kierunek myślenia wyznaczają głównie koncepcje psychoanalityczne. W ostatnich latach korzystamy również z teorii włoskich analityków (m.in. Lombardiego), kładących nacisk na pracę z psychozą. Superwizora wybraliśmy zgodnie z tymi preferencjami. Początki współpracy z Lechem Kalitą były ostrożne, z czasem stały się bardziej otwarte i przyniosły satysfakcję.

Superwizja wpływa na pacjentów, osoby prowadzące oraz zespół. Omawianie pacjenta w grupie, w określonych ramach czasowych (jedna godzina) jest sytuacją wyjątkową, pozwalającą budować hipotezy, rejestrować uczucia i rozwijać namysł nad pacjentem, będący odpowiednikiem bionowskiego *reverie*.

Dla osób prowadzących superwizja oznacza pomieszczenie i przetwarzanie chaotycznych informacji oraz ukształtowanie spójnej narracji, co zmniejsza obciążenie i zwiększa zdolność rozumienia. Ważne są także konkretne wskazówki od zespołu i superwizora.

Dla zespołu znaczenie ma stała, względnie częsta forma superwizji oraz obecność superwizora jako obiektu zewnętrznego, który wnosi strukturę i odzwierciedlenie, sprzyjając rozwojowi umysłu zespołowego”.

Wariant 2.

Oddział psychiatrii dzieci i młodzieży.

Rola środowiska rodzinnego i otoczenia społecznego

Oddział psychiatrii dzieci i młodzieży (Ośrodek wyspecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży) w Starogardzie Gdańskim funkcjonuje w strukturach Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana. Jest częścią Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży. To koedukacyjny oddział stacjonarny dysponujący 30 łózkami, przeznaczony dla pacjentów do 18. roku życia.

Na oddział trafiają pacjenci wymagający intensywnej diagnostyki i leczenia; najczęstsze powody hospitalizacji to próby i myśli samobójcze, zaburzenia nastroju oraz zaburzenia zachowania, rzadziej objawy psychotyczne.

Leczenie prowadzone jest w modelu interdyscyplinarnym, z udziałem lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów, psychologów, terapeutów zajęciowych, pedagogów, pielęgniarek. Obejmuje oddziaływania psychoterapeutyczne i środowiskowe, z uwzględnieniem kontekstu rodzinnego i szkolnego, oraz farmakoterapię.

Superwizja zespołowa odbywa się stacjonarnie raz w miesiącu i trwa około czterech godzin. Uczestniczą w niej lekarze psychiatry, psychoterapeuci, psychologowie, pielęgniarki i terapeutki zajęciowe oraz stażyści (średnio ok. 10 osób); skład zespołu pozostaje względnie stały. Spotkanie obejmuje omówienie dwóch przypadków klinicznych prezentowanych przez lekarza prowadzącego i terapeutę indywidualnego oraz dyskusję całego zespołu. Nie przygotowuje się opracowań pisemnych ani nagrań sesji; podstawą są notatki z dokumentacji i doświadczenie osób prezentujących.

Podczas superwizji najczęściej poruszane są trzy obszary: rozumienie problemów dziecka w kontekście rodzinnym, planowanie zintegrowanych działań terapeutycznych w trakcie hospitalizacji i po wypisie oraz funkcjonowanie społeczności oddziałowej w sytuacjach destabilizujących zachowań pacjentów. Superwizor pełni rolę merytorycznego moderatora, wspierając zespół w porządkowaniu wielowątkowego myślenia i integrowaniu perspektyw; superwizja ma formę interdyscyplinarnej debaty ukierunkowanej na wspólne wypracowanie rozwiązań.

Perspektywa ordynatora: Aleksander Lebiedziński

„Oddział dziecięco-młodzieżowy w Starogardzie Gdańskim istnieje od 27 lat. Na oddziale przebywa 30 pacjentów w wieku 7–18 lat (najczęściej 10–15 lat) z zaburzeniami nastroju, zachowania i emocji, zaburzeniami lękowymi, psychozami, zaburzeniami odżywiania, ADHD oraz całościowymi zaburzeniami rozwoju. Większość ma epizody samookaleczeń lub próby samobójcze; częste są także eksperymenty z substancjami psychoaktywnymi, doświadczenia hejtu i wykluczenia oraz kryzysy rodzinne i szkolne.

Oddział funkcjonuje w oparciu o społeczność terapeutyczną od poniedziałku do piątku. Realizowany jest program psychoterapii grupowej, konsultacje i terapia rodzinna oraz indywidualna terapia każdego pacjenta z przydzielonym terapeutą i lekarzem prowadzącym. Prowadzona jest terapia zajęciowa, a od ponad 18 lat oddział współpracuje ze szkołą przyszpitalną. W pracy duży nacisk kładzie się na psychoedukację dotyczącą między innymi bezpieczeństwa w sieci, używek, relacji rówieśniczych, komunikacji oraz zdrowia fizycznego i psychicznego. Zespół terapeutyczny tworzą lekarze, psycholodzy, psychoterapeuci, pedagodzy, terapeuci zajęciowi oraz pielęgniarki i pielęgniarki.

Praca kliniczna podlega stałej superwizji prowadzonej przez Lecha Kalitę. Spotkania odbywają się raz w miesiącu i trwają około czterech godzin; uczestniczą w nich członkowie zespołu oraz stażyści. Najczęściej omawiane są dwa przypadki pacjentów niejasnych diagnostycznie lub sprawiających trudności. Superwizja pomaga lepiej rozumieć funkcjonowanie pacjenta w kontekście domowym i rówieśniczym oraz mechanizmy utrudniające

terapię, a także porządkować emocje zespołu. Ułatwia rozróżnienie tego, co można zaofertować na oddziale, od tego, co wymaga dalszej terapii po hospitalizacji.

Czasem podejmowane są wspólnie decyzje dotyczące interwencji urzędowych (np. zawiadomienie sądu, niebieska karta, wniosek o pieczę zastępczą). Spotkania pomagają omawiać różnice zdań między grupami zawodowymi, usprawniać organizację pracy i komunikację oraz przygotowywać się do zmian wynikających z reform psychiatrii dzieci i młodzieży, co miało znaczenie przy powiększeniu oddziału z 18 do 30 łóżek i rozbudowie zespołu”.

Komentarz psychologa: Renata Świąch

„Pracuję na Oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży w Starogardzie Gdańskim od 26 lat (z kilkuletnią przerwą na pracę w OLZON-ie). Jestem specjalistą psychologii klinicznej i psychoterapii dzieci i młodzieży oraz psychoterapeutą. Pracuję w podejściu integracyjnym, głównie psychodynamicznym i systemowym. Od dwóch lat koordynuję siedmioosobową grupę psychologów i psychoterapeutów pracujących na oddziale.

Oddział powstał jako część szpitala o tradycyjnej strukturze, w której dominowało podejście biologiczne, a psychoterapia była dodatkiem. Psychologowie byli nieliczni i niezintegrowani. Z czasem liczba psychologów i psychoterapeutów wzrosła, a istotna zmiana nastąpiła w 2023 roku, w trakcie restrukturyzacji (remont, wzrost liczby pacjentów do 30, rozszerzenie zespołu). Siedem psycholożek i psychoterapeutek zaczęło budować odrębną grupę z własnymi zasadami pracy z pacjentami i współpracy z lekarzami, personelem pielęgniarskim i terapeutami zajęciowymi.

Zasadniczym założeniem naszej pracy jest stabilna relacja pacjenta z tym samym psychoterapeutą przy rehospitalizacjach. Jest to obciążające, zwłaszcza przy coraz krótszych pobytach i częstej traumie relacyjnej. Zdarzają się sytuacje, gdy nie można wypisać pacjenta z powodu krzywdzenia lub porzucenia przez opiekunów, a oddział pozostaje jedynym bezpiecznym miejscem. Wtedy rola psychoterapeuty przesunęła się w stronę interwencji kryzysowej, a opieszałość instytucji rodzi złość, bezsilność i poczucie osamotnienia.

Duża liczba pacjentów, krótki czas hospitalizacji i liczny zespół zwiększają podatność na rozszczepienia w zespole i fragmentację myślenia o pacjencie, nasilając ryzyko projekcji i odreagowań. Dodatkowym problemem jest niewydolna opieka ambulatoryjna po wypisie. Nastoletni pacjenci wzbudzają w zespole przeżycia sprzeczne i trudne do zniesienia; systematyczna superwizja wspiera refleksję i odzyskiwanie pozycji specjalisty.

Superwizja pojawiła się około dziewięć lat temu z mojej inicjatywy; prowadziła ją Danuta Łopalewska. Spotkania dotyczyły trudnych pacjentów i pomagały odzyskać dystans, swobodę myślenia oraz bardziej zintegrowany obraz pacjenta, realistycznie oceniać możliwości i odróżniać cele pilne od długoterminowych.

Pracę z obecnym superwizorem Lechem Kalitą rozpoczęliśmy w 2022 roku, przed reorganizacją oddziału. Organizacja pracy psychoterapeutycznej pozostała oparta na stałej relacji indywidualnej, z włączeniem rodziny, pracy społeczności oraz form grupowych. Staramy się współpracować stale z lekarzami i pielęgniarkami. Spotkania superwizyjne odbywają się raz w miesiącu i pomagają w organizacji współpracy i komunikacji, choć ponowna integracja dużego zespołu bywa trudna i superwizja niewiele tu zmieniła.

Na superwizjach analizujemy pacjentów szczególnie trudnych i budzących skrajne nastawienia w zespole. Materiał przygotowują lekarz prowadzący i psychoterapeuta indywidualny, a w dyskusji biorą udział wszyscy członkowie zespołu. Wychodzimy z uporządkowanym rozumieniem pacjenta, czasem z praktycznymi rozwiązaniami i planem dalszego postępowania, znajdując także czas na *reverie*”.

Wariant 3.

Centrum Zdrowia Psychicznego i oddział ogólnopsychiatryczny. Model zagnieżdżonej mentalizacji

W Centrum Zdrowia Psychicznego w Kościerzynie superwizja jest zintegrowana z bieżącym funkcjonowaniem zespołu i ma charakter systematyczny. Superwizor uczestniczy w pracy zespołu raz w tygodniu przez około pięć godzin, co pozwala na planowe spotkania superwizyjne oraz reagowanie na aktualne potrzeby pracowników i pacjentów.

Dzień superwizora obejmuje udział w porannym obchodzie lekarskim, a następnie spotkania superwizyjne, głównie z zespołem psychologów, dotyczące zwłaszcza pracy z pacjentami oddziału dziennego oraz poradni. Pacjenci z oddziału stacjonarnego są omawiani w ramach codziennej pracy zespołu; superwizor może włączać się w konsultacje indywidualne lub sytuacje kryzysowe.

Istotnym elementem tego modelu jest elastyczność – oprócz zaplanowanych spotkań odbywają się spontaniczne rozmowy superwizyjne. Nie przygotowuje się pisemnych opracowań przypadków ani zapisów sesji; podstawą są doświadczenia zespołu i, w razie potrzeby, dokumentacja.

Na oddziale stacjonarnym dominują zagadnienia dotyczące decyzji o dalszym leczeniu w przypadkach niejednoznacznych oraz analiza reakcji emocjonalnych i mechanizmów przeciwprzeniesieniowych. W pracy poradnianej superwizja koncentruje się na wspieraniu długoterminowych relacji terapeutycznych, obejmując kwestie techniczne i relacyjne.

Rola superwizora jest złożona – staje się on aktywnym członkiem zespołu, wnosi doświadczenie i wiedzę, a jednocześnie zachowuje dystans. Na oddziale stacjonarnym relacja z superwizorem bywa zazwyczaj bardziej autentyczna i pozbawiona idealizacji, co sprzyja otwartości, ale czasem utrudnia sięganie po pomoc. W poradni wysoki poziom zaufania i bliskości niesie ryzyko uwikłania superwizora w dynamiki zespołu i napięcia organizacyjne.

Perspektywa ordynatora: Piotr Stoń

„Od początku szkolenia rezydenckiego i kursu w kierunku certyfikatu psychoterapeuty PTP uważałem superwizję za stały element pracy. Uzyskałem certyfikat psychoterapeuty PTP, a następnie podjąłem szkolenie w terapii systemowej oraz w Polskim Towarzystwie Psychoterapii Psychoanalitycznej. Korzystałem z indywidualnej cotygodniowej superwizji u Anny Posiewnik; najbliższe były mi teorie psychoanalityczne i systemowe.

Po objęciu stanowiska kierującego oddziałem, a następnie Centrum Zdrowia Psychicznego w Kościerzynie, doprowadziłem do wprowadzenia superwizji. Początkowo odbywała się raz w miesiącu, w stałym terminie, w kierunku psychoanalitycznym, z doktor

Posiewnik, co wiązało się z przygotowywaniem tekstów teoretycznych oraz opisów sesji i relacji z pacjentem. Zespół początkowo odbierał superwizję i superwizora także jako prześladowczych, między innymi z powodu lęku przed oceną.

Lech Kalita zwrócił się do mnie o możliwość stażu na oddziale w związku ze staraniami o status superwizora. W trakcie jego obecności pojawił się pomysł modelu, w którym superwizor uczestniczy w pracy zespołu: bierze udział w obchodach, zleceniach i omawianiu pacjentów, towarzyszy przeżywaniu ich historii i reakcji przeciwprzeniesieniowych. Cotygodniowa, kilkugodzinna obecność superwizora tworzy przestrzeń na indywidualne pytania członków zespołu i omawianie doświadczeń związanych z pacjentami. Superwizor ma możliwość kontaktu z pacjentami raz w tygodniu i śledzenia zmian stanu psychicznego; z pomocy mogą korzystać także inni pracownicy.

Zespół psychologów Poradni Zdrowia Psychicznego ma stałą godzinę superwizyjną na swoich pacjentów, jest też miejsce na przyglądanie się procesom zachodzącym w zespole. Uznaliśmy, że pomysł jest nowatorski; zarząd szpitala podszedł do niego przychylnie i model zadomowił się w CZP w Kościerzynie, gdzie od kilku lat trwa z powodzeniem. W porównaniu z wcześniejszą superwizją »z zewnątrz« obecna forma stała się bardziej przyjazna, pomocna i konstruktywna.

Rezydenci w trakcie szkolenia specjalizacyjnego poznają również metody pracy psychoterapeutycznej i mogą obserwować jej efekty, co jest zachętą do poszerzania swojej wiedzy w tym obszarze. Umiejętności te w mojej ocenie są niezbędne w pracy psychiatry. Trudno mi wyobrazić sobie, że superwizja nie będzie kontynuowana. Nadałem tej współpracy nazwę »uwewnętrznione superego«.

Analiza porównawcza

Tabela 1. Porównawcza analiza trzech wariantów wdrażanego modelu superwizji klinicznej

Kryterium	Oddział dorosłych (Kraków)	Oddział dziecięco-młodzieżowy (Starogard Gd.)	Centrum Zdrowia Psychicznego (Kościerzyna)
Częstotliwość i czas trwania	2 razy w miesiącu, 2 godziny	1 raz w miesiącu, 4 godziny	Cotygodniowo, ok. 5 godzin
Forma	Zdalnie (Zoom), kilka razy w roku na żywo	Spotkania stacjonarne	Spotkania stacjonarne, integracja z codzienną pracą
Uczestnicy	Zespół mieszany (lekarze, psychologowie, pielęgniarki, fizjoterapeuci); skład częściowo zmienny	Zespół interdyscyplinarny; skład stabilny	Głównie psycholodzy, czasem lekarze, inne osoby; zmienny skład kontekstowy

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Kryterium	Oddział dorosłych (Kraków)	Oddział dziecięco-młodzieżowy (Starogard Gd.)	Centrum Zdrowia Psychicznego (Kościerzyna)
Prezentacja przypadków	2 osoby: lekarz i terapeuta indywidualny	2 osoby: lekarz i terapeuta, potem aktywne uzupełnienia przez zespół	Spontaniczne rozmowy lub omawianie w ramach zleceń i konsultacji
Dokumentacja	Brak pisemnych opracowań, notatki z dokumentacji	Brak pisemnych opracowań, notatki z dokumentacji	Brak pisemnych opracowań, bieżące rozmowy
Główne wątki	Potrzeba uporządkowania myślenia, zrozumienie silnych reakcji emocjonalnych	Rozumienie problemów dziecka w kontekście rodziny i społeczności oddziałowej	Podjmowanie decyzji diagnostyczno-terapeutycznych; wsparcie relacji terapeutycznych
Rola superwizora	Ekspert merytoryczny, tworzy „lepsze opowieści”	Moderator dyskusji, porządkuje wielowątkowe zagadnienia	Obserwator-uczestnik, dzieli się wiedzą i oferuje dystans
Dynamika relacji z superwizorem	Silna idealizacja; źródło nadziei, ale może hamować aktywność zespołu	Relacja partnerska, zespół aktywny; superwizor jako „strukturujący myślenie”	Relacja autentyczna; mniej idealizacji, większa otwartość (ale też więcej napięć)

Analiza trzech modeli superwizji klinicznej pokazuje, że praktyka superwizji jest zakorzeniona w specyfice organizacyjnej i kulturowej danego miejsca. Choć wszystkie trzy modele wspierają pracę zespołów terapeutycznych, różnią się strukturą, dynamiką oraz funkcjami przypisywanymi superwizorowi i samej superwizji.

Wspólnym elementem wszystkich modeli jest brak formalnej dokumentacji przypadków – omawianie opiera się na relacjach ustnych, notatkach z dokumentacji oraz bieżących doświadczeniach. Taka forma sprzyja elastyczności, ale wymaga kompetencji narracyjnych i zaangażowania zespołu [5]. We wszystkich placówkach superwizja wspiera również regulowanie obciążeń emocjonalnych wynikających z pracy z pacjentami w kryzysie [13, 15].

W Krakowie superwizja ma najbardziej wyodrębnioną formę: dwa spotkania miesięcznie, głównie online. W centrum uwagi znajduje się porządkowanie myślenia o pacjencie oraz praca z silnymi reakcjami emocjonalnymi; superwizor pełni rolę eksperta pomagającego tworzyć spójne narracje o pacjentach psychotycznych [24, 25]. Idealizacja superwizora może wspierać zespół, ale też hamować samodzielność formułowania hipotez przez jego członków.

W Starogardzie Gdańskim superwizja ma charakter wielogłosowy: spotkania odbywają się co miesiąc przy stałym składzie zespołu interdyscyplinarnego. Praca koncentruje się na rozumieniu problemów dziecka w kontekście systemu rodzinnego, planowaniu działań terapeutycznych oraz dbaniu o spójność społeczności oddziałowej. Superwizor moderuje dyskusję i wspiera porządkowanie wielowątkowego myślenia [17, 26].

W Kościerzynie superwizja jest osadzona w codziennej praktyce: cotygodniowa obecność superwizora obejmuje obchody, zlecenia, spotkania z psychologami, konsultacje i sytuacje interwencyjne. Najczęstsze tematy to decyzje diagnostyczno-terapeutyczne na oddziale oraz wspieranie relacji terapeutycznych w poradni. Superwizor pełni funkcję obserwatora-uczesznika, oferując doświadczenie i pomagając członkom zespołu budować dystans do trudnych sytuacji [21].

Porównanie trzech modeli wskazuje, że forma i funkcja superwizji są związane z organizacją pracy, typem pacjentów oraz dynamiką zespołu. Im silniej superwizja jest zintegrowana z codziennością kliniczną, tym bardziej staje się narzędziem elastycznym, ale przy tym też podatnym na uwikłania organizacyjne. Strukturalne formy oferują większą przejrzystość, ale wymagają wysiłku, by nie stały się wydarzeniem oderwanym od praktyki [6, 27].

Rola superwizji w lecznictwie psychiatrycznym jest wielowymiarowa: reguluje emocje, porządkuje myślenie, integruje perspektywy i wzmacnia podmiotowość zespołu. W każdej instytucji pełni inne funkcje dominujące, co wskazuje na potrzebę kontekstowego projektowania modeli superwizyjnych zamiast ich uniwersalizacji.

Badanie kwestionariuszowe skuteczności i satysfakcji z superwizji

W celu uzupełnienia analizy trzech modeli wdrożenia superwizji przeprowadzono badanie kwestionariuszowe oceniające satysfakcję z superwizji oraz subiektywnie postrzegany wpływ superwizji na kompetencje kliniczne. Badaniem objęto łącznie 79 pracowników trzech instytucji (Kraków, Starogard Gdański, Kościerzyna). Część kwestionariuszową wypełniły zarówno osoby deklarujące korzystanie z superwizji ($N = 44$; Kościerzyna $n = 16$, Starogard Gdański $n = 20$, Kraków $n = 8$); jak i osoby ($n = 35$), które mimo że wchodziły w skład zespołów leczących, nigdy z niej nie korzystały – grupę tę niemal w całości konstituują pielęgniarki i terapeutki zajęciowe. Ocen dokonywano na skali 1–7.

Narzędzie: SE-SC8 (ang. *Supervision Evaluation and Supervisor Competence – Short Form*) to krótki, ośmiopunktowy kwestionariusz oceniający jakość superwizji klinicznej oraz kompetencje superwizora. Powstało jako skrócona wersja pełnej skali SE-SC i zostało opracowane przez Gonsalveza i współpracowników [28] w celu umożliwienia regularnego, szybkiego monitorowania jakości superwizji w kontekście kształcenia klinicznego. Skala obejmuje dwa ogólne wskaźniki – satysfakcję z superwizji i ogólną ocenę jej skuteczności – oraz sześć pozycji odpowiadających sześciu kluczowym kompetencjom superwizyjnym. SE-SC8 wykazuje bardzo dobrą rzetelność wewnętrzną ($\alpha = 0,89$) oraz trafność zbieżną i różnicującą względem innych narzędzi oceny relacji superwizyjnych (np. SWAI, SSI). Może być stosowane zarówno przez superwizowanych, jak i przez superwizorów czy obserwatorów zewnętrznych jako subiektywna ocena doświadczenia superwizyjnego.

W całej grupie osób superwizowanych ogólna ocena spełnienia oczekiwań wobec superwizji (pozycja 1. SE-SC8) była bardzo wysoka ($M = 6,20$; $SD = 0,93$), podobnie jak ocena poczucia wzrostu kompetencji klinicznych (pozycja 2. SE-SC8: $M = 6,25$; $SD = 0,84$). Test Kruskala-Wallisa wykazał istotne różnice między ośrodkami zarówno w ocenie satysfakcji ($H = 11,49$; $p = 0,0032$), jak i w ocenie wzrostu kompetencji ($H = 15,60$; $p = 0,0004$).

Istotna różnica między ośrodkami wystąpiła również w pozycji dotyczącej poczucia bezpieczeństwa w superwizji (Pozycja 7., „bezpieczna przestrzeń”: $H = 10,44$; $p = 0,0054$).

Najwyższe średnie uzyskano w modelu realizowanym w Centrum Zdrowia Psychicznego w Kościerzynie (pozycja 1.: $M = 6,75$; pozycja 2.: $M = 6,88$; „bezpieczna przestrzeń”: $M = 6,69$). Wyniki te przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Ocena satysfakcji, wzrostu kompetencji oraz poczucia bezpieczeństwa w superwizji (pozycje 1., 2. oraz 7. kwestionariusza SE-SC8 w trzech ośrodkach)

Pozycja SE-SC8	Kraków (n = 8) M(SD)	Starogard Gd. (n = 20) M(SD)	Kościerzyna (n = 16) M(SD)	p (Kruskal-Wallis)
1: Ogólna ocena spełnienia oczekiwań	6,38 (0,74)	5,70 (1,03)	6,75 (0,45)	0,0032
2: Ogólna ocena zwiększenia kompetencji	5,62 (0,74)	6,00 (0,86)	6,88 (0,34)	0,0004
7: Superwizja jako bezpieczna przestrzeń	6,12 (0,83)	5,80 (1,11)	6,69 (1,01)	0,0054

W analizie porównawczej stwierdzono istotne różnice między grupami zawodowymi (lekarze, psycholodzy, psychoterapeuci, pielęgniarki) w kilku pozycjach kwestionariusza, między innymi w zakresie ogólnej satysfakcji z superwizji oraz poczucia wzrostu kompetencji (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,05$). Najniższe oceny uzyskała grupa pielęgniarska. Jednocześnie nie stwierdzono różnic w zakresie postrzegania wspierającej postawy superwizora oraz poczucia bezpieczeństwa w superwizji, co może wskazywać, że różnice dotyczą raczej dopasowania treści superwizji do specyfiki funkcji zawodowej, a nie jakości relacji superwizyjnej.

Tabela 3. Różnice w ocenie superwizji między rolami zawodowymi (kwestionariusz SE-SC8)

Pozycja SE-SC8	Lekarz (n = 18) M	Psycholog (n = 9) M	Psychoterapeuta (n = 8) M	Pielęgniarka (n = 8) M	p (Kruskal-Wallis)
1: Ogólna ocena spełnienia oczekiwań	6,61	6,33	6,38	5,00	0,0024
2: Ogólna ocena zwiększenia kompetencji	6,61	6,33	6,38	5,63	0,0115
4: Superwizor jako sprawny terapeuta	6,83	6,78	6,75	5,88	0,0042
6: Superwizja miała wyraźną strukturę i cel	6,78	6,56	6,63	5,75	0,0051
5: Cele i narzędzia superwizji dopasowane do potrzeb	6,61	6,22	6,38	5,38	0,0102

Ograniczeniem badania jest nierównoliczność grup (szczególnie mała liczebność ośrodka krakowskiego) oraz sufitowy rozkład ocen, co ogranicza możliwość wnioskowania o wielkości efektów i uogólniania wyników. Co więcej, badanie miało charakter pilotażowy i objęło niewielką próbę, stanowiąc jedynie pierwszy krok w kierunku zaznaczenia możliwości wykorzystania empirycznych metod ilościowych w badaniu skuteczności superwizji w naturalnych warunkach klinicznych.

Dalsze refleksje

Porównanie trzech modeli superwizji realizowanych w różnych kontekstach instytucjonalnych pokazuje, że mimo odmiennych struktur organizacyjnych, rytmu pracy i dynamiki zespołów, w leczeniu pacjentów psychiatrycznych powraca doświadczenie bezradności, niepewności oraz frustracji po stronie profesjonalistów. Szczególnie ważnym obszarem naszej refleksji jest kontakt z pacjentami psychotycznymi (oraz psychotycznymi przeżyciami pacjentów z innymi diagnozami). Psychoza konfrontuje z tym, co trudne do uchwycenia: ekstremalną zmiennością stanów emocjonalnych, przeplataniem się lęku, pobudzenia i rozpadu, a także wycofaniem, izolacją i psychiczną pustką. Praca z taką amplitudą przeżyć może prowadzić do wtórnego chaosu w zespole terapeutycznym, który zaczyna doświadczać rozproszenia i dezorientacji [29–31].

Powtarzającą się potrzebą specjalistów okazuje się chęć nadania doświadczeniom sensu emocjonalnego – nie tylko interpretacji objawów czy klasyfikacji diagnoz, ale też organizowania tego, co wewnętrznie rozbite i trudne do zniesienia. Znaczenie emocjonalne staje się warunkiem odzyskania kontaktu z empatią i planowania leczenia w sposób mniej techniczny, a bardziej osadzony w realnym spotkaniu z pacjentem. Potrzeba ta koresponduje z podstawowym problemem psychozy, rozumianej jako continuum, w którym istotną rolę odgrywają słabość poczucia siebie, trudność myślenia o własnych przeżyciach, deficyty mentalizacji i poznania społecznego, a punktem zapalnym bywa stres wpisany w doświadczenia odrębności i separacji.

Pomocną drogą nadawania znaczenia własnym przeżyciom jest świadome korzystanie z uczuciowej odpowiedzi współpracowników. Superwizja, o ile stwarza bezpieczną przestrzeń, sprzyja refleksji nad tym, co dzieje się w zespole w reakcji na kontakt z pacjentem. Istotne jest dopuszczenie do głosu elementów doświadczenia „psychotycznych” także po stronie członków zespołu: lęku przed utratą sensu, fragmentaryzacji myślenia oraz trudności w odróżnieniu własnych uczuć od tych, które przejawia pacjent. Zgoda na kontakt z własną „psychotycznością” nie oznacza identyfikacji z objawem, lecz gotowość do myślenia o doświadczeniu z perspektywy współodczuwania i wewnętrznej spójności [32].

Na tym tle formalna struktura superwizji – częstotliwość, długość, forma prezentacji przypadków – ma znaczenie drugorzędne wobec jakości tego, co wydarza się pomiędzy członkami zespołu. Co prawda w badaniu kwestionariuszowym relatywnie najwyższe średnie uzyskano w Kościerzynie, gdzie formuła superwizji jest stosunkowo nowatorska i obejmuje największą liczbę godzin, jednak różnice te, choć statystycznie istotne, wydają się nam mniej znaczące niż sufitowy rozkład wyników, sugerujący uniwersalną użyteczność superwizji w każdym z modeli wdrożeniowych. Kryterium użyteczności superwizji nie jest

zgodność z danym modelem wdrożenia, lecz to, czy sprzyja ona organizowaniu chaosu, odzyskiwaniu znaczenia i tworzeniu sensownego kontaktu – zarówno z pacjentem, jak i wewnątrz zespołów leczących.

Być może fakt, że personel pielęgniarski wchodzący w skład takich zespołów często nie bierze udziału w superwizji, a te osoby, które biorą udział, korzystają z niej relatywnie słabiej niż inne grupy zawodowe w zakresie wzrostu poczucia kompetencji (choć zgłaszają również wysoką użyteczność w zakresie „bezpiecznej przestrzeni” w superwizji), sugeruje potrzebę opracowania metod superwizji lepiej dostosowanych do zawodowych potrzeb tej grupy.

Piśmiennictwo

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196: 129–136. doi:10.1126/science.847460
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
3. Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J, red. Psychiatria: podstawy psychiatrii. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010.
4. Allan R, McLuckie A, Hoffecker L. Effects of clinical supervision of mental health professionals on supervisee knowledge, skills, attitudes and behaviour, and client outcomes: protocol for a systematic review. *Campbell Collaboration*. 2017: 1–44.
5. Milne D. How does clinical supervision work? Using a best evidence synthesis approach to construct a basic model of supervision. *Clin Supervisor*. 2008; 27(2): 170–190.
6. Watkins C. Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *Clin Supervisor*. 2011; 30(2): 235–256.
7. Schoenwald SK, Sheidow AJ, Chapman JE. Clinical supervision in treatment transport: effects on adherence and outcomes. *J Consult Clin Psychol*. 2009; 77(3): 410–421.
8. Bradley WJ, Becker KD. Clinical supervision of mental health services: a systematic review of supervision characteristics and practices associated with formative and restorative outcomes. *Clin Supervisor*. 2021; 40(1): 88–111.
9. Choy-Brown M, Stanhope V. The availability of supervision in routine mental health care. *Clin Soc Work J*. 2018; 46(4): 271–280.
10. Chen J, El-Den S, Pham L, O'Reilly CL, Collins JC. Healthcare professionals' knowledge, confidence and attitudes in relation to psychosis care: a systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. 2023; 69(8): 1856–1868.
11. Skowrońska J, Łodej-Sobańska W, red. Superwizja psychoterapii. Podejście grupowo-analityczne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2023.
12. Kalita L. Szczegółowy opis relacyjno-integracyjnego modelu superwizji psychoterapii. *Psychoterapia*. 2019; 189(2): 71–88.
13. Bambling M, King R, Raue P, Schweitzer R, Lambert W. Clinical supervision: its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychother Res*. 2006; 16(3): 317–331.
14. Cooper A. Surface and depth in the Victoria Climbié inquiry report. *Child Fam Soc Work*. 2005; 10(1): 1–9.

15. Rustin M. Conceptual analysis of critical moments in Victoria Climbié's life. *Child Fam Soc Work*. 2005; 10(1): 11–19.
16. Evans A, Griffith GM, Smithson J. What do supervisors' and supervisees' think about mindfulness-based supervision? A grounded theory study. *Mindfulness*. 2024; 15: 63–79. doi:10.1007/s12671-023-02280-8
17. Kornerup H. Milieu-therapy with children: planned environmental therapy in Scandinavia. London: Jessica Kingsley; 2009.
18. Fonagy P, Allison E. What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. In: *Minding the child*. London: Routledge; 2013. p. 11–34.
19. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
20. Eppler-Wolff N, Albertson J, Martin S, Infante L. In the nest: case studies from the school-based mental health collaboration. *J Infant Child Adolesc Psychother*. 2020; 19(4): 371–392.
21. Frawley-O'Dea M, Sarnat JE. *The supervisory relationship: a contemporary psychodynamic approach*. New York: Guilford Press; 2001.
22. Mendelsohn R. Parallel process and projective identification in psychoanalytic supervision. *Psychoanal Rev*. 2012; 99: 297–314.
23. Gallese V, Goldman A. Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends Cogn Sci*. 1998; 2: 493–501.
24. Evans M. Tuning into the psychotic wavelength: psychoanalytic supervision for mental health professionals. *Psychoanal Psychother*. 2008; 22(4): 248–261.
25. Schafer R. Narration in the psychoanalytic dialogue. *Crit Inq*. 1980; 7(1): 29–53.
26. Munro E. *The Munro review of child protection: final report – a child-centred system*. London: The Stationery Office; 2011.
27. Berger C, Mizrahi T. An evolving paradigm of supervision within a changing health care environment. *Soc Work Health Care*. 2001; 32(4): 1–18.
28. Gonsalvez CJ. A short scale to evaluate supervision and supervisor competence: the SE-SC8. *Clin Psychol Psychother*. 2021; 28(2): 452–461. doi:10.1002/cpp.2510
29. Goldberg L. Remarks on transference–countertransference in psychotic states. *Int J Psychoanal*. 1979; 60(3): 347–356.
30. Colson D, Allen J, Coyne L, Dexter N, Jehl N, Mayer C, Spohn H. An anatomy of countertransference: staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1986; 37(9): 923–928.
31. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. Psychiatric symptoms and countertransference feelings: an empirical investigation. *Psychiatry Res*. 2010; 178(1): 191–195.
32. Kalita L. *Rytmy otchłani. Rozważania o wczesnych stanach umysłu*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2022.

Adres: l.kalita@psyche.med.pl