

PSYCHODRAMA W SUPERWIZJI KLINICZNEJ*

PSYCHODRAMA IN CLINICAL SUPERVISION

SP ZOZ Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrze

psychodrama clinical supervision

*Autorka, mając długoletnie doświadczenie w prowadzeniu superwizji grupowych dla terapeutów uzależnień i psycho-
terapeutów, reflektuje trudności w pracy superwizorskiej
i specyfikę superwizji prowadzonej z wykorzystaniem
psychodramy.*

Summary

I have a long-term professional experience in conducting individual and group supervision for two professional groups: addiction therapists and psychotherapists. In this thesis I concentrate on the possibilities of applying the method of psychodrama in supervision. In my professional practice I often wonder in what way I should conduct the supervision so that supervised therapist's dependent attitudes are not being strengthened, how I should provide them with information in order not to judge in an excessive manner. Such a method has appeared to be psychodrama. According to the assumptions of psychodrama, supervision stimulates a psychotherapist's professional development, his/her creativity, authenticity, being beneficial for his/her patients at the same time; it should carry a fresh viewpoint on the practice and a new viewpoint on the therapeutic relationship. Supervision with the use of psychodrama does not lean only on its application in pure form. In the supervisory process also elements of psychoanalysis become integrated theories of family systems, cognitive-behavioral theories and humanistic approach. On the part of a supervisor it involves knowledge, flexibility and creativity as well as engagement in the process itself. Similarly to psychodrama, in supervision, the main value is a safe and confidential atmosphere. A supervisor needs to ensure that a person who takes the material from their work with a patient can fearlessly reveal their work, making constructive changes and hold a new different view of a therapeutic relationship.

Wstęp

W swojej praktyce superwizyjnej często zastanawiam się, w jaki sposób prowadzić superwizję, by nie wzmacniać postaw zależnościowych osób superwizujących się, jak udzielać informacji, by w nadmierny sposób nie oceniać. Coraz częściej stwierdzam, że rola superwizora nie jest łatwa i wymaga ciągłego doskonalenia umiejętności zawodowych, wymiany doświadczeń z innymi superwizorami oraz wnikliwej samoobserwacji. Z upływem czasu i tym samym zdobywaniem doświadczenia w prowadzeniu super-

* Dziękuję Ani Bielańskiej i Eduardo Verdu za inspirację.

wizji klinicznej przeżywam coraz więcej dylematów i wątpliwości. Wciąż poszukuję sposobów minimalizowania poziomu lęku i wzmacniania niezależności superwizantów, a także różnych sposobów prowadzenia superwizji. Jednym z nich jest analiza zachodzących procesów równoległych w rozumieniu psychodynamicznym, innym sposobem okazała się metoda psychodramy.

Pojęcie superwizji, jej znaczenie i trudności

Superwizja odgrywa duże znaczenie w procesie kształcenia i rozwoju kompetencji zawodowych psychoterapeutów i terapeutów uzależnień. Z jednej strony pomaga i jest niezbędna w codziennej pracy wykwalifikowanych psychoterapeutów, ale też może być źródłem lęku przed oceną i wielu napięć, zwłaszcza dla osób w procesie kształcenia. Superwizja jest procesem wymiany doświadczeń zawodowych, wspólnym zastanawianiem się nad źródłem trudności w relacji terapeuta — pacjent/grupa, poszukiwaniem znaczenia pracy terapeutycznej, poznawaniem siebie przy otwartości na dokonywanie konstruktywnych zmian. Superwizja to czas na ujawnianie uczuć, przekonań i skryptów życiowych przez superwizanta, który jednocześnie konfrontuje się ze swoją wiedzą i dokonuje analizy procesu terapeutycznego. Co dotąd zdarzyło się w terapii? Co dzieje się aktualnie, co może i co powinno się zdarzyć?

Według de Barbaro [1] celem superwizji nie jest odkrycie obiektywnej prawdy, lecz poszukiwanie takiej jej wersji, która będzie użyteczna przy wychodzeniu z impasu, która może „generować dobrą zmianę”. Superwizja, podobnie jak psychoterapia, jest procesem, w trakcie którego zmienia się relacja superwizor — superwizowany; od etapu budowania kontaktu, sprawdzania kompetencji, wzajemnego poznawania się, poprzez etap oporu, wzajemnego ściągania się, do etapu współpracy i otwartości na wzajemne przyjmowanie informacji zwrotnych. W relacji superwizyjnej niejednokrotnie mamy do czynienia z tzw. procesem równoległym [2], czyli odtwarzaniem emocji, istniejących w relacji superwizowany — pacjent; emocje te przeżywa superwizor i poddaje analizie, stąd bardzo ważne, by miał on doświadczenie w rozpoznawaniu własnych stanów emocjonalnych, by rozróżniał, na ile wynikają one z jego przeciwprzeniesienia, a w jakim stopniu z relacji terapeutycznej superwizant — pacjent. Zdaniem J. Bomby [2] doświadczenie emocji i ich omawianie mają wartość przepracowania, w wyniku którego superwizowany terapeuta podnosi swoje kompetencje zawodowe.

Podstawą superwizji jest relacja, którą cechują: zaufanie, zachowanie tajemnicy, poczucie bezpieczeństwa, współpraca, edukacja, uwzględnianie uczestniczenia w podejmowaniu decyzji, a także empatia i zrozumienie. Superwizja powinna być skupiona na prezentacji problemu, czyli superwizowana osoba wnosi ten problem, a superwizor powinien „wspierać, kierować i prowadzić pracę kolegów, posługując się metodami profesjonalnymi, zewnętrznym monitorowaniem, informacją zwrotną, oceną i odwoływaniem się do wiedzy empirycznej i teoretycznej” [2, str. 9].

Zdaniem N. Aptera [3] proces superwizji umożliwia dzielenie się doświadczeniem, wgląd oraz klaryfikacje nie do końca zrozumianych wątków pojawiających się w terapii, a także pomaga w radzeniu sobie ze stresem. De Barbaro podaje, że superwizor w swojej pracy powinien kierować się pięcioma zasadami: neutralnością

wobec osoby superwizowanej, postawą zaciekawienia, kwestionowaniem własnych hipotez, wrażliwością na zjawiska „systemowe” oraz dbaniem o optymalną różnicę. Kierowanie się tymi zasadami chroni superwizora przed ocenianiem szkolącego się, stronniczością, stawianiem szybkiej eksperckiej diagnozy, ułatwia poszukiwanie wieloaspektowego rozumienia problemu i zmusza do używania języka zbliżonego do języka superwizanta [1].

W procesie superwizowania pojawia się wiele trudności. Najczęstsze ich przyczyny to: lęk superwizanta przed oceną, wstyd przed ujawnieniem niekompetencji, lęk przed ujawnieniem emocji i przekonań, lęk przed odkryciem „nieznanego”, zróżnicowana wiedza merytoryczna w grupie superwizyjnej, lęk/niechęć przed koniecznością dokonania zmian, lęk/niechęć przed uzupełnianiem wiedzy oraz obawa przed ujawnieniem informacji z superwizji poza grupą. W superwizji zespołu dochodzi jeszcze lęk przed oceną zwierzchnika, obawa przed zwolnieniem z pracy oraz poczucie niezrozumienia i słabego osadzenia w zespole, ukryte konflikty w zespole, przerzucanie odpowiedzialności na superwizora, np. za atmosferę w zespole, rozwiązanie konfliktów. Przed niejednym superwizorem stoi duże wyzwanie. Podobnie jak terapeuta w relacji terapeutycznej, superwizor przeżywa różne chwile i emocje, często trudne do akceptacji. Poszukuje możliwości pokonania oporu czy też rozwiązania ukrytych rywalizacji. Stara się udzielać informacji zwrotnych, by nie nasilać lęku przed ujawnieniem niekompetencji.

Wymienione trudności skłaniają do doskonalenia i poszukiwania nowych sposobów prowadzenia superwizji, ułatwiających proces i minimalizujących pojawiające się problemy. W trakcie szkolenia własnego z psychodramy odkryłam, że takim sposobem mogą być różne elementy psychodramy i zaczęłam je stopniowo wykorzystywać.

Psychodrama w superwizji — znaczenie kreatywności, spontaniczności i podejmowanych ról przez superwizora

Psychodrama i różne jej elementy mogą być wykorzystane zarówno w superwizji grupowej, jak i indywidualnej w formie monodramy. Ich zastosowanie pozwala na rozwijanie umiejętności zawodowych, stworzenie atmosfery bezpieczeństwa, zrozumienia i wzajemnego szacunku. Zdaniem Jaworskiej „psychodrama przybliżyła z metapoziomu dostrzeżenie w relacji dwóch odrębnych światów: terapeuty i pacjenta [...]. Poszerza rozumienie relacji międzyludzkich. Stanowi dobre wyposażenie do dalszej pracy superwizyjnej w wybranym przez superwizowanego teoretycznym modelu, zgodnie z jego osobowością i predyspozycjami. Chroni przed zgubnym fundamentalizmem” [4, str. 145].

W superwizji klinicznej można zauważyć znaczenie wielu idei zgodnych z założeniami Moreno, a szczególnie idei spotkania oraz spontaniczności i kreatywności. Spontaniczność i „kreatywność to energia, witalność, swobodne wyrażanie autentycznych aspektów naszego self” [5, str. 20]. Przeciwnościem tych dwóch sił napędzających każdego człowieka do działania są jego stereotypy, schematy czy też ograniczające go role społeczne. Dzięki uwolnieniu spontaniczności i kreatywności „człowiek może żyć pełniej i w poczuciu samorealizacji” [5, str. 20].

Na znaczenie kreatywności i działania w superwizji zwracają również uwagę A. Chester i L. Zografou [6]. Ich zdaniem wykorzystanie kreatywności i spontaniczności nie powinno być ograniczane do działań wyłącznie psychodramatystów czy terapeutów innych nurtów, ale powinno również dotyczyć działań superwizorów.

Rola superwizji polega na promowaniu profesjonalnego rozwoju psychoterapeuty. Superwizja w tym kontekście spełnia funkcję wspierającą oraz edukacyjną. Psychodrama to spotkanie zaangażowanych osób w przestrzeni „tu i teraz” w twórczym działaniu i rozwoju. Superwizja z wykorzystaniem psychodramy nie opiera się jedynie na jej użyciu w czystej formie („pure psychodrama” według zasad Moreno). W procesie superwizyjnym integruje się również teorie psychodynamiczne, teorie systemów rodzinnych, teorie poznawczo-behawioralne oraz podejście humanistyczne. Wymaga to ze strony superwizora wiedzy, elastyczności i kreatywności oraz zaangażowania w proces.

Superwizja zgodnie z założeniami psychodramy promuje zdrowie psychiczne, a także stymuluje profesjonalny rozwój psychoterapeuty, jego kreatywność, autentyczność, przynosząc tym samym korzyść jego pacjentom. Superwizant aktywnie zaangażowany w proces superwizji poszerza swoje umiejętności i kompetencje zawodowe. Według N. Aptera [3] psychodrama Moreno odbywa się w klimacie akceptacji złożoności ludzkiej natury, a także akceptacji uwewnętrznionych ról poszczególnych jednostek. Moreno uważał, że role — konserwy tłumią wewnętrzną moc człowieka do bycia spontanicznym i kreatywnym. Każdy z nas, rozpoczynając pracę terapeutyczną, wykazuje zaangażowanie i gotowość do działania. Z upływem czasu nabieramy doświadczenia, pewności siebie, ale też przyzwyczajamy się do pewnych schematów, popadamy w rutynę. Dotyczy to również pracy superwizorów, którzy nie są pozbawieni przyzwyczajzeń, stereotypów i schematów postępowania. Zdaniem A. Chester i L. Zografou superwizja powinna wносить świeże spojrzenie na praktykę i nowe spojrzenie na daną sprawę [6].

W superwizji, podobnie jak w psychodramie, główne znaczenie ma klimat bezpieczeństwa i zaufania. Superwizor musi zadbać, by osoba wnosząca materiał z pracy z pacjentem mogła bez obaw ją ujawniać, dokonywać konstruktywnych zmian oraz nabierać nowego, innego spojrzenia na relację terapeutyczną.

W psychodramie nie ma miejsca na ocenę, analizę czy interpretację. To zapewnia protagoniście (w tym wypadku superwizantowi) poczucie bezpieczeństwa. Literatura z zakresu psychodramy rzadko pokazuje, jak stworzyć taki klimat bezpieczeństwa i dlatego humanistyczna psychodrama powołuje się na Carla Rogersa i jego koncepcje relacji [3]. Podstawową rolą psychodramatysty i również superwizora staje się rola facylitatora.

Superwizor / psychodramatysta powinien dążyć do stworzenia relacji opartej na wzajemnym zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa. Zdaniem Aptera [3], by udało się stworzyć taki klimat w psychodramie czy też w superwizji, muszą być spełnione określone warunki.

Po pierwsze, musi być bezwarunkowa akceptacja osoby, która pozwala na „samouznanie” (poczucie, że „potrafię i zasługuję”), poczucie akceptacji i poczucie własnej wartości. Taka akceptacja (niezależnie od tego, co druga osoba zrobiła) pozwala na

danie sobie i drugiej osobie prawa do popełniania błędów w procesie uczenia się, jak również promuje sam proces uczenia się, który jest istotnym elementem superwizji, zwłaszcza szkoleniowej. Po drugie, ważna jest empatia, czyli autentyczna próba zrozumienia drugiej osoby. Poprzez proces eksploracji superwizor w subtelny sposób pozwala na odkrywanie różnic oraz podobieństw w rozumieniu pacjenta. Każda strona relacji superwizyjnej ma możliwość ekspresji siebie, jak również pogłębiania ogólnego zrozumienia analizowanego procesu we właściwym dla siebie czasie.

I wreszcie po trzecie, musi być kongruencja, czyli specyficzny rodzaj autentyczności, w której superwizant i superwizor dają sobie prawo do werbalizacji własnych doświadczeń oraz werbalizacji konkluzji, jakie wyciągnęli z owych doświadczeń. Taki rodzaj ekspresji oraz odkrywania siebie w relacji z innymi prowadzi do pogłębienia relacji psychoterapeuta—pacjent, superwizor—superwizant. Kongruencja, empatia oraz bezwarunkowa akceptacja w relacji pozwala na dialog oraz autentyczne spotkanie [3].

Rola superwizora facylitatora jest ważna z uwagi na duże znaczenie emocjonalnego wsparcia i ułatwianie robienia postępów, ale nie jest wystarczająca. Superwizja to nie tylko wsparcie, to również edukacja, czasem konfrontacja, wymaga też spełnienia pewnych zasad i ram czasowych. I dlatego A. Chester i L. Zografou [6] wymieniają jeszcze 4 role superwizora psychodramatysty: nauczyciela (edukatora), ewaluatora, konsultanta i administratora, które w różny sposób przez superwizorów są podejmowane i wymagają treningu oraz elastyczności.

Superwizor edukator (nauczyciel) wyjaśnia teorię, dzieli się wiedzą, modeluje techniki interwencji i praktykę ich stosowania, zachęca superwizowanego do dzielenia się swoją wiedzą. Pyta superwizowanego o to, co wie i wskazuje na sprzeczności i niejasności, proponuje literaturę do przeczytania. Superwizor edukator udziela jednoznacznych wskazówek i porad, m.in. mówi: „W pracy z tym pacjentem nie należy stosować konfrontacji”.

Superwizor jako ewaluator (oceniający) podąża za interwencjami omawianymi na poprzednich sesjach, daje informacje zwrotne o mocnych stronach i ograniczeniach superwizanta, odwołując się do teorii, technik i indywidualnego stylu pracy; monitoruje standardy etyczne; konfrontuje w sytuacjach tego wymagających. Superwizor ewaluator wydaje w końcu opinie o superwizancie.

Superwizor jako konsultant współpracuje z superwizowanym w celu zrozumienia zgłoszonej sprawy, zwraca uwagę na szerszy kontekst niż tylko pacjent — terapeuta, bardziej eksploruje niż udziela odpowiedzi. Superwizor daje przestrzeń i wchodzi w dialog, superwizowany korzysta z eksploracji tej przestrzeni i wykorzystuje swoją wiedzę kliniczną.

Z kolei superwizor administrator zapewnia odpowiednią przestrzeń, czas i częstotliwość superwizji, ustala zasady związane z obecnością (częstotliwość i punktualność) oraz z płatnościami i wzajemną komunikacją.

Stoltenberg i McNeill mówią o 3 poziomach relacji superwizor—terapeuta [6]. Na poziomie pierwszym terapeuta ma tendencję do odczuwania lęku i zależności od superwizora. Superwizowani mogą potrzebować budowania poczucia bezpieczeństwa poprzez dawanie gotowych procedur i technik oraz zapewnień o ich kompetencji. Mogą

być zagubieni i niezdolni do myślenia kreatywnego i w związku z tym skupiać się na sobie i na tym, jak wypadną. Superwizor powinien podejmować się roli ewaluatora i nauczyciela.

Na poziomie drugim terapeuta jest w stanie skupić się na pacjencie bardziej niż na swoim lęku przed brakiem kompetencji. Widzi się w sposób bardziej złożony, co może wywołać lęk, zmieszanie, frustrację. Omawia pacjenta w sposób bardziej kompleksowy, co może dawać poczucie przeciążenia i stwarzać ryzyko identyfikacji z pacjentem. W pewnych obszarach czuje się pewnie i ma świadomość swojego doświadczenia, w innych obszarach może wykazywać odporność na wiedzę i mniejsze kompetencje. Superwizor powinien rozpoznawać te obszary i stwarzać możliwość rozwoju kompetencji. W sposób elastyczny powinien poruszać się między rolą konsultanta, ewaluatora i facylitatora w zależności od potrzeb superwizowanego. Rzadziej powinien ujawniać rolę edukatora.

Na poziomie trzecim terapeuta osiąga więcej autonomii i umiejętności samo-obszernacji w trakcie sesji i korzystania z doświadczenia. Relacja z superwizorem staje się bardziej kolegialna. Terapeuta w mniejszym stopniu demonstrowa postawy obronne, chętnie podejmuje dyskusję, wnosi wątpliwości, jest bardziej refleksyjny, potrafi wziąć większą odpowiedzialność na siebie za nazywanie potrzeb w superwizji i dlatego w kategoriach roli superwizora więcej pojawia się roli facylitatora i konsultanta. Zgodnie z ideą psychodramy superwizor nie powinien się usztywniać w rolach, nie powinien ich pełnić w sposób szablonowy i bezrefleksyjny. Usztywnienie w roli tłumi wewnętrzną zdolność do rozwoju, do bycia spontanicznym i kreatywnym. Stąd ważne, by superwizor rozpoznawał, poddawał oglądowi i doskonalił swoje najczęściej pełnione role w procesie własnej superwizji. Oprócz rozpoznawania pełnionych ról ważne jest również, by superwizor był świadomy tego, na co najczęściej zwraca uwagę swoim superwizantom.

Chester i Zografou piszą o tzw. 7 oczach superwizora, przez które patrzy na procesy zachodzące w superwizji i które powinien identyfikować [6]. Oczy superwizora to:

— Oko treści sesji — do tego oka należą pytania: Co się stało podczas sesji? Co jest powodem rozpatrywania sprawy? Co wiesz o historii klienta? Skupiając się na tym oku, superwizor oddziela informacje od spekulacji, przysłuchując się danym z obserwacji. W ten sposób pomaga superwizowanym w oddzielaniu tego, co obserwują, od tego, co sobie wyobrażają.

— Oko strategii i interwencji — do tego oka należy pytanie: W jaki sposób? Superwizowani mogą prosić m.in. o wskazówki, jak prowadzić terapię, jak radzić sobie ze swoim przeciwprzeniesieniem, z oporem, jak kończyć psychoterapię. Superwizor także może skupić swoją uwagę i pracę na podobnych problemach superwizowanych. Na przykład, gdy superwizowany pyta o to, jak radzić sobie z oporem grupy, superwizor może pytać o strategię interwencji i strukturę ostatniej sesji. Może pytać o pomysły na zmianę kierunku pracy, może przedstawiać swoje propozycje.

— Oko relacji terapeutycznej — odnosi się do tego, co się dzieje między terapeutą a pacjentem na poziomie świadomym i nieświadomym. Do tego oka należą pytania: Czego chce mój pacjent i czego potrzebuje? Co się dzieje między nami? To oko po-

zwala superwizowanemu nadać sens temu, co się dzieje w relacji i jak spostrzega ją pacjent. Mieści się w tym psychodynamiczna koncepcja przeniesienia.

— Oko procesu terapeuty — skupia się na procesie przeciwprzeniesienia terapeuty. Jest to temat w oczywisty sposób powiązany z trzecim okiem i podczas superwizji często są omawiane razem. Różnica polega na tym, że czwarte oko skupia się tylko na uczuciach, skojarzeniach i wnioskach terapeuty. Oko czwarte pozwala odkryć czynniki blokujące proces, czego terapeuta może nie być czasami świadomy. Pytania w obszarze czwartego oka to m.in.: Dlaczego pacjent lub temat pracy tak mocno przykuwa moją uwagę? Dlaczego obawiam się jakiegoś tematu pracy?

— Oko procesu równoległego w superwizji — odpowiada na pytanie, w jaki sposób to, co dzieje się między superwizorem i superwizowanym, rzuca światło na materiał, który jest rozważany. W relacji superwizyjnej niejednokrotnie mamy do czynienia z odtwarzaniem emocji, istniejących w kontakcie superwizowany — pacjent. Zwracając uwagę na ten fenomen, można wyciągnąć wnioski z pojawiającej się irytacji, momentów „utknięcia” lub nieporozumień dla uczenia się i wglądu. Oko procesu superwizora — oko szóste jest skierowane na proces przeciwprzeniesienia superwizora. Pytanie, które się tu pojawia, to: Jak uczucia, obrazy czy doświadczenia superwizora mają się do doświadczania danego tematu pracy czy doświadczania osoby superwizowanej czy też pacjenta.

— Oko kontekstu sytuacyjnego — pytanie, które się tu pojawia, to: W jaki sposób szerszy kontekst wpływa na terapię i superwizję? Czynniki kontekstowe dotyczą settingu związanego z terapią, miejsca, gdzie się odbywają sesje, czynników społeczno-politycznych, rodzinnych i związanych z zawodem.

Zdaniem Chester i Zografou [6] superwizor, który będzie bardziej świadomie wybierał pomiędzy „oczami”, w trakcie sesji superwizyjnej może modelować elastyczność i mieć więcej możliwości do kreatywnej pracy i spotkać się z wielością aspektów omawianego tematu sprawy. W trakcie rozwoju własnego superwizorzy powinni dążyć nie tylko do rozwijania swoich „siedmiu oczu”, by rozpoznawać różne możliwości pracy, ale do zauważania podczas sesji tych momentów, w których mogą wybierać pracę nad danym aspektem. Zwykle możliwe do zastosowania jest więcej niż jedno oko.

Reasumując, im bardziej superwizor jest świadomy pełnionych ról i swoich „oczach” oraz poziomu pracy terapeuty, tym bardziej jest kreatywny, elastyczny i spontaniczny, tym bardziej wspiera w rozwoju i stwarza klimat bezpieczeństwa, umożliwiając wnoszenie trudnych tematów do superwizji.

Elementy psychodramy wykorzystywane w superwizji — przykłady

W psychodramie ważnych jest też wiele innych aspektów, nie tylko idea kreatywności, spontaniczności czy też teoria ról. Zaczniemy od sceny, czyli miejsca, w którym prowadzona jest praca protagonisty. Jest to miejsce szczególne, wybrane i przez niego przygotowane. Ma mu pomóc w odtworzeniu tego, co się działo. Scena jest przestrzenią zgodną z wewnętrznym światem protagonisty. Jej przygotowanie jest elementem rozgrzewającym protagonistę i lidera do pracy.

Scena w spotkaniu superwizyjnym to miejsce, gdzie spotyka się superwizant ze swoim superwizorem, najczęściej jest to gabinet superwizora. Tu superwizant może przedstawić swoje miejsce pracy przy użyciu różnych symboli. W swoim gabinecie najczęściej wykorzystuje chusty; w przypadku ich braku prosi osobę superwizowaną, by użyła jakichś symboli, które są dostępne w gabinecie, np. czasem zwykłej kartki papieru (nie mogą to być rzeczy osobiste superwizanta — chyba że użyje ich jako symbolu własnej osoby). Wprowadzenie symbolu jest bardzo ważne, ponieważ ogniskuje uwagę superwizanta, który jeszcze bardziej może skontaktować się ze swoim światem wewnętrznym i zbliżyć się do problemu. Psychodrama daje możliwość odtworzenia na scenie miejsca, gdzie odbywa się spotkanie z pacjentem. Pozwala, poprzez działanie i wejście w rzeczywistość sceny, odczuwać własne uczucia z perspektywy chwili obecnej, a nie tylko pracować nad nimi w sposób poznawczy.

Wprowadzenie psychodramy w superwizji to ruch, który pozwala skontaktować się z uczuciami, oderwać się od mechanizmu intelektualizowania i pomaga w sytuacji, gdy superwizor czuje się przepełniony wniesionym materiałem oraz w sytuacji impasu („Nie wiem, co robić”), gdy superwizor ma poczucie, że praca „stoi w miejscu” i głowę ma pełną wskazówek oraz gotowych odpowiedzi. Ich udzielanie głównie wzmocniałoby postawy zależnościowe superwizanta, a przecież nie o to chodzi. Psychodrama niejednokrotnie „ułatwia funkcjonowanie” obydwu stronom w relacji superwizyjnej. Już samo oderwanie się od miejsca zajmowanego przez superwizanta jest pomocne, bo pozwala oderwać się od schematów, sztywnych ról, np. spacer psychodramatyczny — „Proszę, wstań z tego krzesła, wstań i opowiedz o tym pacjentce spacerując”, zamiana miejsca, np. zmiana krzesła — „siądź na krześle, które nie jest krzesłem terapeuty i opowiedz o tym pacjentce z perspektywy tego miejsca”. Ważne, by na scenie pojawiło się wszystko, co może pomóc superwizantowi w powrocie do swojego gabinetu i w zaprezentowaniu tego, co tam się działo i w dokonaniu zmian.

Prezentacja i zmiana są elementarnymi zadaniami superwizji klinicznej. Jak pisze Józefik, „zadaniem superwizora jest poszukiwanie >wieloobrazu<, udział w twórczym dialogu, który inspiruje do >ruchu myśli<. Superwizor nie narzuca, tylko inspiruje, nie śpieszy się z edukacją, tylko uważnie słucha” [7]. I w tym bardzo pomaga metoda psychodramy. Sharing na zakończenie pozwala w sposób bezpieczny na udzielanie informacji zwrotnych i dzielenie się własnym doświadczeniem terapeutycznym.

Jestem zmęczona ciągłym staraniem się i kontrolą, czyli co jest sceną i jak wykorzystać scenę w superwizji

W superwizji indywidualnej psychoterapeutka (bez doświadczenia w psychodramie) wnosi temat pacjentki, którą do psychoterapii zachęciła córka. Terapeutka mówi o dużym zmęczeniu i zmuszaniu się do wymyślania pacjentce nowych pomysłów na życie — „Muszę się ciągle wykazywać, mam tego dosyć”. Sama jako superwizor nie potrafiła się skoncentrować na tym, co mówiła superwizantka, ponieważ mówiła szybko, wносиła dużo treści, na dużym poziomie ogólności; zaczęłam zastanawiać się i poszukiwać rozwiązań, by ją zadowolić „Muszę coś jej przekazać”, poczułam też lekkie znużenie. W rozumieniu psychodynamicznym mamy tu do czynienia z proce-

sem równoległym — w relacji superwizyjnej superwizor przyjmuje podobną postawę i przeżywa podobne emocje jak terapeutka w relacji z pacjentką. Z relacji terapeutki wynikało, że syn pacjentki zmarł, gdy miał 1,5 roku; później urodziła córkę — w międzyczasie jedną ciążę poroniła. Córka cierpiała na chorobę zagrażającą życiu, ale choroba ustąpiła. Pacjentka po rozwodzie, mąż był agresywny. Zgłosiła się do terapeutki mówiąc: „Moim problemem jest córka, mam dolegliwości psychosomatyczne i czuję się samotna”. Pacjentka według terapeutki przychodziła na sesje regularnie, wносиła różne tematy, była wielowątkowa (podobnie przeżywałam terapeutkę, gdy opowiadała o pacjentce). Terapeutka mówiła: „Mam wrażenie, że pacjentka oczekuje mojego kierowania, wskazówek; przychodzi, mówi, że jest na luzie, a wnosi trudne tematy”. Terapeutka odczuwała chęć zaopiekowania się pacjentką, ale nie wiedziała, jak to zrobić. Mówiła, że pacjentka demonstruje postawę kontroli i wiedzy, odcina się od uczuć, często używa słowa „wiem”. Jest zmęczona kontrolą. Terapeutka z kolei mówiła o zmęczeniu staraniem się — „Muszę to jakoś ogarnąć, jak zapanować nad sesją, mam wrażenie, że tematy się rozchodzą”. Poprosiłam terapeutkę, by zastanowiła się, co jest najtrudniejsze w pracy z pacjentką. Odpowiedziała: „Jej wiedza i kontrola; czuję, że muszę udowodniać, że jestem równie mądra”. Na pytanie, co chciałaby wziąć z superwizji, odpowiedziała: „Powiedz mi, jak pracować z pacjentką. Co zrobić, żeby była zadowolona?”. Zaczęłam reagować zgodnie z jej oczekiwaniem i próbowałam udzielić jej wskazówek, ale słyszałam odpowiedź: „To robiłam”. Przyjęłam nieskuteczną w tej chwili rolę edukatora. Mogłam dokonać analizy toczących się procesów równoległych, ale terapeutkę przeżywałam jako osobę zależnośćową, z dość dużym poziomem lęku związanego z poczuciem braku kompetencji. Obawiałam się, że spotkam się z terapeutką na poziomie intelektualnym i w ten sposób mogą uruchomić się wątki rywalizacyjne, „która z nas jest mądrzejsza”. Ponadto uważałam, że dzięki wprowadzeniu technik psychodramatycznych terapeutka bardziej skontaktuje się z tym, co dzieje się w relacji i to może umożliwić jej odkrycie nowego kierunku pracy. Terapeutka wiedziała, że pracuję metodą psychodramy — zaproponowałam jej monodramę. Poprosiłam, by wyobraziła sobie swój gabinet i przygotowała go tak jak wygląda, gdy odbywają się sesje z pacjentką; i by zastanowiła się „z kim, z czym” chciałaby się spotkać na scenie. Bardzo ważne jest, by nie narzucać superwizantowi protagoniście swojej wizji. Było to trudne zadanie dla mnie, superwizantka zapraszała mnie głównie do postawy eksperta, do roli edukatora — „Powiedz mi, jak pracować”. Pytanie, o którym należy pamiętać: co / kogo chciałabyś / chciałbyś zaprosić na scenę? Ważne, by protagoniście, zgodnie z ideą psychodramy, zapewnić całkowitą przestrzeń. Superwizant protagonista tworzy scenę zgodną ze swoim wewnętrznym światem.

Terapeutka wprowadziła na scenę „wiedzę” i „kontrolę”. Postawiła 2 krzesła, zaznaczając je chustami oraz swoje krzesło — terapeutki. Wyjaśniłam jej krótko znaczenie symboli i na czym polega zamiana ról. Jest to ważne w sytuacji, gdy superwizant nie zna tej metody. Dokonując zamiany ról poprosiłam, by usiadła na krześle „wiedzy” — przeprowadziłam wywiad psychodramatyczny zakończony pytaniem: „Co mówisz do terapeutki?”. Wiedza porządkuje życie, pozwala jej przetrwać, mówi do terapeutki: „Nie daj się sprowokować, musisz coś powiedzieć, ona musi z czymś wyjść, nie możesz milczeć”. Poprosiłam, by usiadła na krześle „kontroli” i znowu dokonując zamiany ról przeprowadziłam wywiad. Słowa kontroli: „Dobrze się trzymam, widzę,

że terapeutka stawia granice”. Słowa do terapeutki: „Trzymaj setting, pilnuj zasad”. Terapeutka odkryła w trakcie zamiany ról z tymi siłami znaczenie wiedzy — „Mam rywalizacyjne uczucia, też chcę być mądra, nie chcę jej zawieść”, „Muszę się wykazać; pacjentka musi sobie poradzić”. Powiedziała również, że była to w tej chwili jedyna jej pacjentka, o czym nie potrafiła mi powiedzieć wcześniej (pytana dlaczego, mówiła o wstydzie; to pozwoliło na przyjrzenie się naszej relacji), a także nie chciała, by pacjentka przerwała terapię. Zauważyła, jak utrudnia to relację terapeutyczną, np. pozwala pacjentce na przedłużanie sesji „Chcę jej dać więcej”. Wydawało mi się, że nie mogę tego tak zostawić i poprosiłam, by popatrzyła na krzesło terapeutki, by skontaktowała się ze swoimi uczuciami i pomyślała, co chciałaby sobie jako terapeutce powiedzieć. Patrząc na krzesło, terapeutka wzruszyła się i zaczęła do siebie mówić: „Nie musisz tak się napinać, nie musisz mieć na wszystko odpowiedzi, nie musisz się spieszyć”. Zwróciła też uwagę na krótki czas terapii — 5 sesji indywidualnych, na to, że pacjentka może wносить jeszcze wiele tematów, że jest to czas jej poznawania. Odkryła, że jest zmęczona wcześniej nieuświadomianą próbą przekonania pacjentki o swojej kompetencji.

Psychodrama pozwoliła superwizantce na ujawnienie uczuć, jakie przeżywała i które miały znaczący wpływ na relację terapeutyczną. Kontynuacją monodramy było podjęcie rozmowy o towarzyszącym jej wstydzie, lęku przed oceną, jaki przeżywała, wnosząc materiał, lęku przed ujawnieniem niekompetencji oraz o trudnościach, jakie przeżywała, prowadząc jednego pacjenta (terapeutka była na etapie uruchamiania gabinetu prywatnego). W tej superwizji byłam głównie w roli edukatora i facylitatora. Wprowadzenie psychodramy pozwoliło mi na uruchomienie roli konsultanta, który daje przestrzeń, ekspoluje i pozwala odkrywać superwizantowi to, co zachodzi w relacji.

W trakcie superwizji terapeuta odkrywa swoje osobiste przeszkody utrudniające relację terapeutyczną. Wprowadzenie psychodramy pozwala na ich odkrycie w sposób stosunkowo mało inwazyjny. Superwizor musi jednak pamiętać, że nie prowadzi psychoterapii superwizanta, ale zawsze ma możliwość zalecenia psychoterapii, jeżeli zauważy, że trudności psychoterapeuty powtarzają się i wyraźnie utrudniają mu pracę z pacjentem. Czas superwizji, na jaki się umawiamy, jest zawsze ograniczony.

By wykorzystać techniki psychodramy, superwizja indywidualna powinna trwać 60 minut (w grupowej 60 min na jedną osobę), co pozwala zadbać o czas poszczególnych faz psychodramy: ok. 15 min prezentacja materiału, ok. 30 min psychodrama (przygotowanie sceny i gra) oraz ok. 15 min feedback z ról i sharing. Moim zdaniem najbardziej optymalny czas, pozwalający w pełni zastosować psychodramę w superwizji, to 90 minut; czas poszczególnych faz ulega wówczas proporcjonalnie wydłużeniu: ok. 20 min, ok. 45 min i ok. 25 min. Sharing w superwizji prowadzonej metodą psychodramy obejmuje informacje dotyczące podobnych doświadczeń zawodowych; informacje nie dotyczą oceny gry superwizanta protagonisty. W ten sposób superwizant doświadcza, że nie jest odosobniony w swoich problemach czy deficytach. Zdaniem Aptera odgrywanie oraz sharing w psychodramie sprzyjają doświadczeniu bezpiecznego środowiska, w którym superwizant protagonista może zobaczyć w pełni tematykę swojej psychodramy. Ten sam autor podkreśla też, że w procesie nie oma-

wia się problemów psychologicznych protagonisty, ponieważ zaburzyłyby to jego poczucie bezpieczeństwa (jak wcześniej zaznaczyłam, superwizor może je wskazać, a nie analizować). W trakcie pracy podczas sesji superwizant odkrywa swoje zdolności, kompetencje, ale również swoje braki w kompetencjach. Zdaniem Aptera duży wpływ na proces superwizyjny ma jakość postrzeganego wsparcia przez superwizanta oraz jego poziom otwartości i gotowości do otrzymania konstruktywnego feedbacku i dlatego dbałość superwizora o poczucie bezpieczeństwa pełni znaczącą rolę. Sprzyja temu ujawnianie roli facylitatora [3].

W superwizji indywidualnej najpierw proszę superwizanta o feedback z ról i powiedzenie, co wzięł dla swojej pracy z pacjentem, co chce zmienić, następnie udzielam sharingu — co jest mi znane z własnego doświadczenia, a także przekazuję informacje zwrotne, domykając w ten sposób pracę z superwizantem z wykorzystaniem psychodramy. Pomocne jest zakończenie pracy z superwizantem pytaniem sprawdzającym: Co odkrył i wzięł dla siebie?

W przypadku superwizji grupowej podobnie proszę o feedback z ról: protagonista jako pierwszy (by nie sugerował się tym, co mówi grupa) i członkowie grupy oraz sharing. W sharingu jako superwizor nie udzielam informacji jako pierwsza, by nie wzmacniać zależności grupy, by nie narzucać własnego zdania. Chyba że grupa nie ma doświadczenia w psychodramie. Wówczas po krótkim wyjaśnieniu, czym jest sharing, udzielam informacji jako pierwsza na zasadzie modelowania, stopniowo z tego się wycofując, gdy zauważam, że grupa zaczyna rozumieć jego znaczenie. Należy dbać o to, by sharing nie zamienił się w poradnictwo oraz udzielanie jednoznacznych wskazówek i recept terapeutycznych. Co, jeśli nie zdążymy zrobić sharingu? Zawsze dajemy możliwość wyboru: wydłużenie superwizji, by zakończyć sesję lub rozpoczęcie od sharingu następnej superwizji (za zgodą superwizanta). To pierwsze rozwiązanie wydaje się najbardziej zasadne, ponieważ superwizja prowadzona jest najczęściej raz w miesiącu i to, co jest ważne, może ulec częściowemu zapomnieniu. I dlatego bardzo ważne jest, by superwizor nie zapominał o swojej roli administratora i o odpowiedzialności za czas trwania superwizji.

W superwizji ważne jest również, by superwizant odpowiedział sobie na pytanie: Co takiego w nim jest, co nie pozwala mu na zobaczenie tego, co jest w pacjencie? By zreflektować własne ograniczenia, niezbędne są czas i przestrzeń. Superwizor nie może ponaglać, nie może też zbyt szybko przystępować do działania. Jest to trudne w sytuacji, gdy słuchając narracji o pacjencie uruchamia się w roli eksperta, edukatora i ma gotowe odpowiedzi. Wówczas zbyt szybko udziela porady albo próbuje pracować zgodnie z własną wizją, która niekoniecznie jest tym, czego oczekuje superwizant. Optymalny moment wprowadzenia psychodramy powinien nastąpić po ok. 15 min prezentacji materiału. Wówczas superwizor nie ulega presji czasu i daje superwizantowi protagoniście więcej przestrzeni, co z kolei umożliwia autorefleksję i kontakt z emocjami. Presja czasu i zbyt szybkie działanie często prowadzą do utraty celu superwizji.

Stosując psychodramę w superwizji nie należy pomijać znaczenia stosowania różnych technik psychodramatycznych: wywiadu, zamiany ról, lustra i dublowania. Wywiad psychodramatyczny stosowany przy zamianie ról pozwala superwizorowi

lepiej poznać pacjenta i rozumieć go, ale też stanowi formę rozgrzewki dla superwizanta, prowadząc do identyfikacji z rolą pacjenta. W sposób bezpieczny pozwala na kontakt z emocjami, osłabia mechanizmy obronne i ułatwia prezentację relacji superwizant—pacjent, jaka odbyła się w jego gabinecie. Wywiad pozwala odtworzyć słowa, które superwizant słyszy, a następnie w zamianie ról demonstruje sposób reagowania. Wywiad w naturalny sposób uruchamia zamianę ról, która pozwala w bezpieczny sposób pogłębić identyfikację z pacjentem i odkryć to, co nieświadome. Zamiana ról z pacjentem ułatwia zbieranie wywiadu na jego temat, umożliwia przeprowadzenie tzw. wywiadu empatycznego, pozwala zmienić perspektywę patrzenia na problem (można potwierdzić bądź odrzucić własne odczucia, uprzedzenia, opinie) oraz pozwala uniknąć lub ograniczyć blokadę emocjonalną, jakiej może doświadczać terapeuta, pozostając we własnej roli. W zamianie ról słyszy wewnętrzny dialog superwizanta protagonisty, który toczy sam ze sobą i który go usztywnia, nie pozwalając na nowy kierunek pracy w relacji. Dzięki zamianie ról i skontaktowaniu się z emocjami superwizant w sposób spontaniczny i kreatywny odkrywa nowe możliwości pracy z pacjentem. Zaczyna zauważać, co go ogranicza, prowadzi do rutyny i nie pozwala wyjść z impasu. Dochodzi do odblokowania negatywnych emocji, do tzw. katharsis i odkrycia nowych pozytywnych emocji, umożliwiających dalszą pracę z pacjentem. Jest to tzw. rzeczywistość poszerzona. Jak łatwo zauważyć, w ten sposób superwizor nie wzmacnia postawy zależnościowej superwizanta i zaprasza go do przyglądania się emocjom, odkrywania, a nie tylko do biernego powtarzania i odtwarzania. Nigdy po zakończonej pracy superwizor nie może zapomnieć o zwolnieniu z roli — w monodramie zwalniane są obiekty pomocnicze (różne przedmioty, chusty), w psychodramie osoby wybrane do roli ego pomocniczego. Inną pomocną techniką jest dublowanie, czyli lider (superwizor) wypowiada, stając za krzesłem superwizanta, to, czego on sam nie potrafi nazwać, wyrazić. Dublowanie ma pomóc głównie w odreagowaniu tłumionych emocji i może mieć charakter prowokacyjny (konfrontacyjny), wspierający lub ambiwalentny. Z kolei lustro najczęściej pomaga w sytuacji impasu; pozwala zobaczyć superwizantowi protagoniście z widowni to, co się dzieje na scenie — „Stań z boku i popatrz na to, co się dzieje w relacji; co widzisz?”. Zastosowanie lustra w psychodramie pozwala na uruchomienie ego obserwującego u superwizanta.

Psychodrama w superwizji grupowej — przykłady

Wyjątkowość psychodramy polega na tym, że pomaga w wielu sytuacjach. Błędem byłoby pominięcie przykładów stosowania tej metody w superwizji grupowej, tym bardziej że Moreno stworzył psychodramę jako metodę grupową. Ponadto do stosowania psychodramy zainspirowały mnie również superwizje grupowe (nie indywidualne), które prowadziłam początkowo głównie dla terapeutów uzależnień. Obecnie są to często grupy niejednorodne, gdzie spotykają się osoby o różnym poziomie kompetencji i wykształcenia. Nie jest to łatwe ani dla superwizora, ani dla uczestników superwizji. Jak pisałam wcześniej, na superwizjach grupowych często dominuje lęk przed odsłonięciem swoich ograniczeń, niewiedzy, lęk przed oceną i bardzo często dochodzi do przerzucania odpowiedzialności na superwizora. Najczęstsze stwierdzenia to: „nie wiem, jak pracować. Chcę to od was usłyszeć”. Oczywiście w grupie jest zawsze wiele odpowiedzi, wskazówek, trudniej z ich realizacją. Zanim superwizor zacznie stosować psychodramę

powinien do tego przygotować grupę, podobnie jak w superwizji indywidualnej superwizanta. Zdaniem Moreno protagonistę należy przygotować do spotkania z samym sobą [8]. Może już to zrobić na pierwszych spotkaniach, zawierając kontrakt z grupą i informując, w jaki sposób pracuje. Ważne jest, by nie przstraszyć uczestników grupy superwizyjnej, zwłaszcza gdy nie znają oni tej metody. Sprzyja temu krótkie wyjaśnienie, czym jest psychodrama, stopniowe wprowadzanie technik czy też elementów psychodramy, np. gdy superwizant, wnosząc materiał, ma trudności z nazwaniem emocji. Superwizor może wtedy zastosować dublowanie (oczywiście nie może ono być dyrektywne, narzucające, zawsze należy sprawdzić, czy to, co słyszy superwizant, jest mu bliskie) albo lustro, np. prosi, by ktoś z grupy powtórzył to, co superwizant mówi o pacjencie, a on sam, żeby tego posłuchał i skontaktował się ze swoimi uczuciami, myślami, słysząc to. Im bardziej grupa jest zaznajomiona z tą metodą, tym łatwiej ją stosować, ale z doświadczenia wiem, że znajomość metody nie jest bezwzględnym warunkiem wykorzystania psychodramy w superwizji. Kolejny przykład pokazuje znaczenie psychodramy, gdy w zespole pojawiają się wątki rywalizacyjne i członkom grupy superwizyjnej trudno siebie nawzajem i superwizora słuchać, ponadto mają trudności z udzielaniem informacji zwrotnych.

Superwizja grupowa. „Superwizja w zespole terapeutycznym, który nie potrafi słuchać siebie i superwizora”

Superwizja odbyła się w zespole terapeutów uzależnień w ośrodku stacjonarnym (zespół dbający o profesjonalizm). W tym zespole musiałam być ostrożna w podejmowaniu roli edukatora.

Terapeutka (certyfikat terapeuty uzależnień, w trakcie procesu certyfikacji z psychoterapii i po I stopniu z psychodramy) wniosła temat swojego pacjenta:

Mężczyzna K., 31 lat, wykształcenie wyższe, uzależnienie mieszane, 8 tygodni w terapii (terapia trwa w tym ośrodku 12 miesięcy i jest prowadzona m.in. metodą społeczności terapeutycznej). Pacjent idealizuje swoją rodzinę, wycofany, niewiele mówi. Terapeutka podkreślała, że nie potrafi dotrzeć do pacjenta: „Trudno mi wejść w głąb”. Jest zdystansowany w relacji; inni terapeuci też wspominali o takich trudnościach i o swojej niechęci do pacjenta. Lider społeczności mówił, że pacjent na pewno zostanie usunięty ze społeczności, ponieważ łamie zasady (dopytywany przeze mnie nie potrafił sprecyzować jakie). Terapeutka twierdziła, że pacjent jest powierzchowny, sprawia wrażenie dziecka, które przerzuca odpowiedzialność na innych. Mówiła, że czuje do niego odrazę, niechęć. W grupie pojawiły się podobne informacje, większość wspominała o niechęci do pacjenta. Miałam wrażenie błędnego koła. Zrozumiałam, że pacjent sam zapraszał do odrzucenia siebie i powinno to być nazwane i omówione; terapeuci przeżywali niechęć do pacjenta, a on niechęć do terapii, być może wywołaną chwiejną motywacją charakterystyczną dla osób uzależnionych albo kryzysem emocjonalnym, wywołanym funkcjonowaniem w społeczności terapeutycznej. Ponadto ważne byłoby nie koncentrowanie się na postawie pacjenta, tylko poszukiwanie porozumienia, chociażby w rozmowie o jego zainteresowaniach (terapeutka wspominała, że pacjent ożywił się, gdy mówił o informatyce). Nie chciałam interpretować i nazywać tego, co widziałam, ponieważ było to trudne do zrobienia w tym zespole. Często wcześniej,

gdy to robiłam, spotykałam się ze sprzeciwem, z postawą „tak, ale...”, kierownik czasem mówił: „W społeczności jest inaczej...”. Dla tego zespołu było ważne poczucie odkrycia, że to oni byli twórcami zmiany. Wszelkie wskazówki z mojej strony nie mogły być jednoznaczne. Łatwiej było im je przyjmować, gdy zaczynałam od słów: „A co myślicie o tym...”, „Czy rozważacie taką możliwość...” itp. Wiedziałam, że ten zespół odbył z inicjatywy terapeutki, wnoszącej materiał do superwizji, szkolenie o wykorzystywaniu psychodramy w uzależnieniach i był zafascynowany tą metodą. Pomyślałam, że warto to wykorzystać i zaproponowałam terapeutce psychodramę. Najpierw przygotowała scenę — superwizja była prowadzona w małym pomieszczeniu, nie miało to jednak większego znaczenia dla tego, co się działo. W takich sytuacjach warto zadbać, by oddzielić miejsce, gdzie odbywa się gra, od obserwatorów. Po wyborze osób do ról zastosowałam wywiad i zamianę ról. Terapeutka w roli pacjenta mówiła o nieufności do ludzi: „Ludzie go nie wzmacniają, czuje do nich odrazę, niechęć; obraża się, niechętnie i zdawkowo odpowiada, ożywia się, gdy mówi o komputerze; do terapeutę mówi, że właściwie nie wie, o czym rozmawiać”.

W zamianie ról terapeutka, słuchając tego, co do niej mówił pacjent, przerwała, mówiąc: „Ja już wiem, że to nie jest moja odraza, ja przeżywam odrazę pacjenta i odtrącam go tak, jak robią to inni w społeczności i tak, jak on odtrąca ludzi”. W psychoterapii psychodynamicznej takie zachowanie jest rozumiane jako rezultat identyfikacji projekcyjnej.

Po zakończeniu psychodramy miałam wrażenie, że terapeuci wyraźnie złagodnieli, mówiąc o pacjencie i wykazywali więcej zainteresowania sobą i tym, co on robi. I, co było ważne, zaczęli siebie uważniej słuchać, nie przerywali sobie. Zauważyli, że pacjent zaprasza społeczność i terapeutów do odrzucenia go (prawdopodobnie jest w kryzysie w związku z utrzymywaniem abstynencji narkotykowej, lecz o tym nie potrafi powiedzieć); w związku z tym nie należy wyrzucać go ze społeczności, tylko z nim omówić jego zachowania. Grupa go nie wzmacnia; pacjent karmi się jej złością. I dlatego warto zauważać również to, co pacjentowi się udaje. Należy okazać mu więcej zrozumienia i wprowadzić elementy wsparcia emocjonalnego, nie tylko konfrontacji. Najważniejszym efektem zastosowania psychodramy było odkrycie przez terapeutkę znaczenia odrazy („To nie jest moja odraza”) oraz wycofanie się lidera z pomysłu wyrzucenia pacjenta z ośrodka (co najłatwiej byłoby zrobić). Po zakończeniu psychodramy w superwizji można również zapytać grupę o to, co widziała na scenie, co zwróciło jej uwagę i co to może znaczyć w kontekście teoretycznym.

Głównym celem superwizji jest możliwość przyjęcia nowej perspektywy w zrozumieniu problemu, konfrontacja pracy z teorią, a także rozwój kompetencji osoby wnoszącej materiał. Można tego dokonać poprzez omawianie relacji terapeutycznej, przyglądanie się emocjom superwizanta, analizę procesów równoległych. Wydaje się jednak, że psychodrama wzbogaca proces superwizyjny, a jej wartością dodaną jest nie tylko klimat bezpieczeństwa, ale również bogactwo odkryć superwizanta przy pomocy superwizora, który jest swego rodzaju „drogowskazem”. Zdaniem Aptera psychodrama, dzięki jej zastosowaniu w superwizji, promuje zdrowie psychiczne, a także stymuluje profesjonalny rozwój superwizanta, przynosząc tym samym korzyść jego pacjentom [3]. Psychodrama aktywnie angażuje superwizanta w proces superwizji, dzięki czemu

poszerza on swoje umiejętności i kompetencje, co z kolei przekłada się na poszerzenie umiejętności pacjentów. Zastosowanie psychodramy w superwizji pozwala na stworzenie pozytywnego klimatu w relacji i odsłanianie swoich ograniczeń, promuje uczenie się. Opisana „Superwizja w zespole terapeutycznym, który nie potrafi słuchać siebie i superwizora” pokazuje, że psychodrama pozwala również na skontaktowanie się z tym, co się dzieje w zespole i jak łatwo można ulec zaproszeniu pacjenta do odrzucenia. Zastosowanie psychodramy nie tylko wzbogaca proces uczenia się, ale również może prowadzić do integracji zespołu.

Podsumowanie

Niniejsza praca oraz prezentowane przykłady mają przede wszystkim zwrócić uwagę na znaczenie i możliwości wykorzystania psychodramy w procesie superwizji, zarówno indywidualnej, jak i grupowej. Psychodrama ułatwia stworzenie klimatu bezpieczeństwa, rozwija kreatywność i spontaniczność, pozwala na odkrywanie mocnych stron i ograniczeń, uwalnia blokady, umożliwia katharsis, wytrąca ze stereotypów i schematycznego postępowania, umożliwia dzielenie się doświadczeniem, a przede wszystkim inspirowanie superwizanta do rozwoju osobistego potencjału. Z kolei podstawą superwizji jest relacja, którą cechuje zaufanie, zachowanie tajemnicy, poczucie bezpieczeństwa, współpraca, czasem edukacja, uwzględnianie uczestniczenia w podejmowaniu decyzji, a także empatia i zrozumienie. Stopień dojrzałości relacji superwizor—terapeuta, pozytywnie przekłada się na relację terapeuta—pacjent. Psychodrama okazuje się bardzo pomocna i dlatego uważam, że warto z tej metody skorzystać, przynajmniej w niektórych sytuacjach superwizyjnych.

Piśmiennictwo

1. de Barbaro B. Superwizja w terapii rodzin: podejście konstrukcjonistyczne. *Psychoter.* 1998; 4 (107): 77–85.
2. Bomba J. Superwizja z perspektywy psychodynamicznej. *Psychoter.* 2010; 3 (154): 5–10.
3. Krall H, Furt J, Fontanie P, red. *Supervision in psychodrama*. Wiesbaden: Springer VS; 2013.
4. Pawlik J, red. *Psychodrama i techniki niewerbalne*. Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2012.
5. Bielańska A, red. *Psychodrama. Elementy teorii i praktyki*. Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2009.
6. Chester A, Zografou L. *Creative supervision across modalities*. London Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2014.
7. Józefik B. Superwizja — perspektywa systemowa. *Psychoter.* 2010, 3 (154): 11–22.
8. Roine E. *Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu*. Opole: Kontakt; 1992.

adres: mkowalcze@interia.pl