

Lech Kalita

SZCZEGÓŁOWY OPIS RELACYJNO-INTEGRACYJNEGO MODELU SUPERWIZJI PSYCHOTERAPII

A DETAILED DESCRIPTION OF A RELATIONAL-INTEGRATIVE MODEL OF PSYCHOTHERAPY SUPERVISION

Praktyka prywatna

**supervision
integrative approach
relational approach**

Streszczenie

Cel pracy: *W niniejszej pracy przedstawiono szczegółowy opis modelu superwizji stosowanego w grupowej pracy superwizyjnej z kształcącymi się psychoterapeutami.*

Metoda: *W artykule przedstawiono wyniki badań dotyczących związków między superwizją a skutecznością psychoterapii oraz wskazano na podkreślaną we współczesnych opracowaniach naukowych potrzebę tworzenia i precyzyjnego opisu modeli superwizji psychoterapii. Sformułowano szczegółowy opis modelu opierającego się na dwóch podstawach teoretycznych: rozumienie dynamiki interpersonalne odwołuje się do relacyjnych i intersubiektywnych podejść w superwizji psychoterapii, natomiast postawa pragmatyzmu i oparcia na dowodach naukowych bazuje na perspektywie integracyjnej. Z tego powodu przyjęto nazwę modelu relacyjno-integracyjnego.*

Wyniki: *Zasadniczą część artykułu stanowi szczegółowy opis technik superwizji w prezentowanym modelu oraz prezentacja praktycznego zastosowania tych technik w pracy z dwiema grupami kształcących się terapeutów.*

Wnioski: *Prezentowany opis modelu superwizji stanowi odpowiedź na sugerowaną we współczesnej literaturze potrzebę głębszego wniknięcia w techniki pracy superwizji klinicznej. Szczegółowa prezentacja metod pracy superwizyjnej i przykładów ich praktycznego zastosowania pozwala zarówno korzystać z owych metod innym klinicytom, jak i weryfikować ich naukową zasadność.*

Summary

Objectives: *In this article, a detailed description of a supervision model applied in supervisory work with groups of psychotherapy trainees is presented.*

Methods: *Results of research in the field of links between supervision and psychotherapy effectiveness are presented; there is a contemporary emphasis on the need for creating and formulating precise descriptions of models of psychotherapy supervision. The presented model is built upon two theoretic foundations: the understanding of interpersonal dynamics is grounded in the relational and intersubjective approach to psychotherapy supervision, while the attitude of pragmatism and evidence-based interventions are linked with an integrative perspective. Thus, the presented approach is described as a relational-integrative model.*

Results: The main part of this paper is a detailed description of supervision techniques in the relational-integrative model and examples of practical implementation of these techniques in the work with two groups of psychotherapy trainees.

Conclusions: The formulated description of the supervisory model is an answer to the demand suggested in contemporary literature: the need to explore in more detail techniques of clinical supervisory work. A detailed presentation of methods of supervision and provision of examples of practical implementation allows other clinicians to use these techniques and to verify their empirical foundations.

Wprowadzenie

Superwizję uznaje się za metodę edukacyjną, za pośrednictwem której bardziej doświadczony klinicysta nawiązuje relację z mniej doświadczonym specjalistą, by wesprzeć jego umiejętności praktyczne i możliwości konceptualizacji zjawisk klinicznych [1]. W wymiarze praktycznym można odwołać się do definicji Hessa [2], zgodnie z którą superwizja jest relacją międzyludzką służącą przekształceniu zachowań, uczuć i spostrzeżeń superwizanta w sposób umożliwiający świadczenie bardziej skutecznych usług pacjentom. Rola superwizji w psychoterapii została obszernie opisana: przeglądowe artykuły publikowali m.in. Watkins [3, 4], Wheeler [5] i Hess [6] (zob. także np. [7–9]). Niedawno w języku polskim ukazał się rzetelny przegląd literatury na temat relacji superwizyjnej [10]. Polscy badacze podjęli również wysiłki w kierunku systematycznego uporządkowania kwestii potrzeb i zasad superwizji z perspektywy psychoterapeutów i superwizorów [11].

Jednym z ważnych wyzwań dla współczesnych modeli pomocy jest badanie skuteczności superwizji w różnych kontekstach i okolicznościach. Na niejasne wyniki związku między superwizją a skutecznością psychoterapii zwracał uwagę Watkins [4], zaś Ladany [12] podkreśla konieczność głębszego wniknięcia w poszczególne wymiary relacji superwizyjnej, zwłaszcza w styl, techniki i zachowania superwizora. Ze względu na wytyczne Ladany [12] w niniejszym artykule skoncentruję się na przybliżeniu szczegółów modelu superwizji realizowanego w grupie kształcących się psychoterapeutów, objętej własnymi badaniami, ograniczając do niezbędnego minimum podsumowanie aktualnego stanu wiedzy na temat superwizji, zwłaszcza jej związków ze skutecznością psychoterapii.

Watkins [4] w przekrojowym artykule dokonuje krytycznego przeglądu badań poświęconych związkowi superwizji psychoterapii ze skutecznością oddziaływań terapeutycznych. Poddaje analizie wcześniejsze prace podsumowujące dostępne wyniki badań w tej dziedzinie realizowane między 1981 a 2006 rokiem, następnie zaś uzupełnia je o własny przegląd wyników uzyskanych między rokiem 2006 a 2011. Jego rzetelne poszukiwania wykazały, iż na przestrzeni 30 lat zrealizowano jedynie 18 tego typu badań, a bliższy ich ogląd nakazał wyłączyć z przeglądu trzecią ich część wskutek słabego związku między zgłoszonymi do badania a faktycznie badanymi zjawiskami. Watkins wnioskuje, iż w dalszym ciągu brakuje rzetelnych dowodów na związki między superwizją a skutecznością terapii i zachęca do kontynuowania badań; wskazuje jednocześnie, iż ostatnie lata przyniosły pojawienie się kilku metodologicznie spójnych, obiecujących projektów, jako modelowy przykład podając badanie Bamblinga i współpracowników [13].

Autor ten wraz z zespołem [13] zbadał wpływ superwizji skoncentrowanej na sojuszu terapeutycznym na skuteczność pracy terapeutycznej w 127 parach terapeuta — pacjent. Pary losowo przydzielono do dwóch grup: w jednej z nich terapeuta był superwizowany,

w drugiej nie korzystał z superwizji. Dodatkowo grupę terapeutów superwizowanych podzielono na dwie podgrupy: w pierwszej superwizja koncentrowała się na interpersonalnej czy relacyjnej dynamice sprzyjającej sojuszowi terapeutycznemu; w drugiej zaś obszarem superwizji były specyficzne umiejętności i techniki budowania sojuszu terapeutycznego. Zmiennymi zależnymi w badaniu były zarówno objawy depresji, jak i jakość sojuszu terapeutycznego. W obydwu podgrupach w grupie korzystającej z superwizji odnotowano istotnie większą ($p < 0,01$) jakość sojuszu terapeutycznego (średni wynik WAI w grupie superwizowanej skoncentrowanej na dynamice relacyjnej — 233,9, w grupie superwizowanej skoncentrowanej na umiejętnościach — 225,5) niż w grupie niesuperwizowanej (średni wynik WAI — 191,6). Analogicznie w obszarze zmiany objawowej, mierzonej za pomocą kwestionariusza depresji Becka (początkowy przeciętny wynik w obydwu grupach wynosił 33 punkty), w grupie korzystającej z superwizji odnotowano istotnie większą ($p < 0,01$) redukcję objawów (średnie obniżenie BDI do 6,3 punktu w podgrupie skoncentrowanej na dynamice relacyjnej oraz do 8,6 punktu w grupie skoncentrowanej na umiejętnościach) niż w grupie niesuperwizowanej (średnia obniżenie wyniku BDI do 12,2).

Porównania między podgrupami w grupie korzystającej z superwizji nie wykazały istotnych różnic zarówno w obszarze jakości budowanego sojuszu, jak i w zakresie redukcji objawów pacjentów. Omawiając ten wynik badacze zauważają, że zarówno techniki superwizyjne dotyczące zjawisk relacyjnych i wglądu, jak i techniki skoncentrowane na technicznych zagadnieniach poznawczych czy behawioralnych w podobnym stopniu wpływają na jakość budowanego sojuszu oraz na skuteczność zastosowanej terapii w zakresie poprawy objawowej. Być może zatem skuteczność superwizji opiera się na ogólnej koncentracji na sojuszu terapeutycznym bądź na wpływie czynników wspólnych [14]. Zastrzegając zatem, iż wyniki nie wskazują na żaden specyficzny kierunek organizowania przebiegu czy treści sesji superwizyjnych można jednocześnie stwierdzić, iż superwizja prawdopodobnie odgrywa istotną rolę zarówno w rozwijaniu sojuszu terapeutycznego, jak i w poprawie objawowej pod wpływem psychoterapii. Autorzy spekulują, iż czynniki wspólne, odgrywające istotną rolę w skuteczności psychoterapii [14], mogą analogicznie okazać się ważnym wymiarem skuteczności superwizji.

Na rzecz istotnej roli czynników wspólnych oraz tezy o braku różnic między specyficznymi podejściami teoretycznymi, także w superwizji, przemawiają wyniki innego badania, zrealizowanego przez Wecka, Kaufmann i Witthofta [15]. Autorzy skupili się na określeniu tematów i procesu superwizji w grupie 791 kształcących się terapeutów behawioralno-poznawczych i psychodynamicznych. Pośród poruszanych najczęściej znalazły się zagadnienia dotyczące interwencji terapeuty, sojuszu terapeutycznego, utrzymania pacjenta w terapii i celów terapii. Najczęstszym przedmiotem pracy było omówienie przypadku. W przebiegu superwizji pracy klinicznej pomiędzy obydwoma modalnościami, tj. behawioralno-poznawczą i psychodynamiczną, autorzy nie odnotowali istotnych różnic.

Z kolei Milne i współpracownicy [9] skoncentrowali się na próbie „syntezy danych empirycznych” w zakresie superwizji. Na podstawie przeglądu dostępnej literatury sporządzili integracyjne podsumowanie koncepcji i modeli superwizji opisanych w 24 dostępnych artykułach badawczych. Na podstawie jakościowej analizy danych przedstawionych w owych publikacjach zespół Milnego zaproponował podstawowy, conceptualnie integracyjny oraz oparty na dowodach naukowych model superwizji klinicznej, obejm-

mujący między innymi 26 rodzajów interwencji superwizyjnych oraz 28 mechanizmów zmiany. Wśród najczęstszych interwencji superwizyjnych autorzy modelu wymieniają nauczanie i udzielanie wskazówek (występuje w 75% włączonych w model badań), korektywną informację zwrotną (63% badań), obserwację lub analizę zapisów sesji (42%), ustanawianie celów (38%) oraz gromadzenie informacji i klaryfikowanie (38%). Wśród 28 mechanizmów zmiany aż 82% przynależy do „cyklu uczenia się przez doświadczanie” zgodnego z modelem Kolba [16]. Na ów cykl składają się fazy: konkretnego doświadczenia (w tym przypadku — doświadczenia prowadzenia psychoterapii z pacjentem), następnie refleksyjnej obserwacji (przyglądania się doświadczeniom), abstrakcyjnej konceptualizacji (wyciągania wniosków z doświadczeń), na końcu zaś — aktywnego eksperymentowania (wcielania w życie wyciągniętych wniosków).

Szczegółowy opis relacyjno-integracyjnego modelu superwizji: kontekst teoretyczny

W oparciu o przytoczone wyniki badań proponuję szczegółowy opis modelu superwizji stosowanego w pracy z grupą szkolących się terapeutów. Model znajduje zastosowanie w projekcie badawczym realizowanym nieprzerwanie od roku 2016, opisanym w innym miejscu [17]. Model ów uwzględnia zarówno rolę relacyjnego wymiaru sojuszu terapeutycznego, jak i wymiaru związanego z celami i zadaniami [13]. Uznając potwierdzoną rolę czynników wspólnych w psychoterapii [14] oraz bardzo prawdopodobną rolę czynników wspólnych w superwizji [13, 15], techniki superwizyjne stosowane w niniejszym modelu w dużej mierze oparto na perspektywie integracyjnej, uznającej superwizję za przestrzeń wspólnego z superwizantem poszukiwania najbardziej pomocnych sposobów wspierania rozwoju procesu terapeutycznego za pomocą możliwie szerokiego wyboru środków z wykorzystaniem współczesnej wiedzy i uwzględnieniem potrzeb pacjenta oraz możliwości terapeuty i superwizora. Z tej perspektywy superwizję kliniczną można rozumieć, zgodnie z definicją Hessa [2], jako relację międzyludzką służącą przekształceniu zachowań, uczuć i spostrzeżeń superwizanta w sposób umożliwiający świadczenie bardziej skutecznych usług pacjentom. Superwizyjna praca nad relacyjnym wymiarem (interpersonalną dynamiką) sojuszu terapeutycznego w niniejszym modelu opiera się na doświadczeniach psychoterapii relacyjnej i intersubiektywnej, czyli podejściach ściśle skoncentrowanych na badaniu subtelnych zjawisk relacyjnych oraz na określaniu wkładu obydwu uczestników relacji terapeutycznej w jakość sojuszu terapeutycznego [zob. np. 18, 19]. Zastosowany model superwizji łączy te dwie perspektywy (integracyjną i relacyjną), uznając je za podejścia niewykluczające się i spójne ze sobą.

Brown [20] przekonuje, że integracyjną czy kontekstualną koncepcję czynników wspólnych można bez konfliktu połączyć ze specyficznymi podejściami terapeutycznymi, definiowanymi przez określone techniki. Zarbo i in. [21] podkreślają, że integracyjne podejście do psychoterapii nie jest tożsame z podejściem eklektycznym; w takim rozumieniu zastosowanie podejścia relacyjno-integracyjnego w superwizji wymaga od superwizora zarówno znajomości paradygmatu relacyjnego, jak i konieczności uzupełnienia go o wiedzę z innych koncepcji czy szkół psychoterapii.

Frawley-O’Dea i Sarnat [22] w przekrojowej publikacji na temat superwizji wyróżniły kilka odrębnych modeli, wskazując na odmienne ujęcie trzech zasadniczych wymiarów: autorytetu superwizora, jego obszaru koncentracji oraz sposobu uczestnictwa w relacji. W modelu relacyjnym nie zakłada się z góry autorytetu superwizora i nie odwołuje się do jego wiedzy czy pozycji eksperta w zakresie teorii i techniki pracy, lecz do rozwiniętej umiejętności rozumienia wątków relacyjnych (w tym rozegrań) zachodzących w diadach terapeutycznych oraz superwizyjnych. W tym wymiarze superwizor jest raczej uczestnikiem relacji superwizyjnej, w której obie strony wzajemnie na siebie wpływają. Obszar skupienia superwizora jest w tym ujęciu szeroki, bowiem bierze on pod uwagę zarówno wątki relacyjne dotyczące diady terapeuta — pacjent, jak i relacji superwizor — superwizant. Obszar superwizowanych zjawisk obejmuje także doznania somatyczne, afekty i marzenia senne. Sposób uczestnictwa superwizora w relacji uwzględnia badanie rozmaitych wymiarów nieświadomego zaangażowania w rozegrania w diadzie terapeutycznej i diadzie superwizyjnej. Superwizor uczestniczy w relacji na rozmaite sposoby, np. dzieląc się informacjami lub pomieszczając przeżycia superwizanta, ale zawsze zachowuje świadomość sytuacji relacyjnej i gotowość do rozważenia wymiaru interakcji superwizyjnej. Takie podejście do nauki za pośrednictwem superwizji akcentuje rolę doświadczenia [22, s. 41; por. także z modelem „uczenia się przez doświadczenie” Kolba [16]).

Ważnym wymiarem superwizji w modelu relacyjnym jest uwzględnienie procesu równoległego, tj. sytuacji, w której pacjent nieświadomie komunikuje dane przeżycia, uczucia czy konflikty terapeutę, który następnie nieświadomie komunikuje ten materiał superwizorowi [23]. Z tej perspektywy proces równoległy można wykorzystać na rzecz: 1) badania dynamiki diady pacjent — terapeuta; 2) przyglądania się dynamice wewnętrznej, wniesionej przez terapeuta; 3) badania dynamiki diady terapeuta — superwizor. Każdy z tych obszarów może służyć rozwojowi zarówno procesu terapeutycznego, jak i procesu superwizyjnego [23, s. 297]. Neurobiologiczną podstawą koncepcji procesu równoległego są odkrycia dotyczące neuronów lustrzanych [24, 25].

Norcross i Popple [26] sformułowali kilka przejrzystych zasad, na których opiera się podejście integracyjne w superwizji psychoterapeutów. Podstawowym celem superwizji integracyjnej jest wsparcie superwizanta w integracyjnym podejściu do pracy klinicznej, dla podniesienia skuteczności jego pracy klinicznej. W tym celu superwizor może zachęcić superwizanta do identyfikowania sytuacji, w których wskazane byłoby przekierowanie pacjenta do innego specjalisty (co bywa najlepszym rozwiązaniem w przypadku początkujących terapeutów) bądź do skorzystania z integracyjnych metod pracy klinicznej (w przypadku terapeutów bardziej doświadczonych).

Do podstawowych obowiązków superwizora z perspektywy integracyjnej należy: zaszczepianie superwizantom szacunku do wyników badań empirycznych; ocena funkcjonowania pacjenta w oparciu o cechy niezwiązane z diagnozą; uwzględnienie cech pacjenta, takich jak poziom reaktywności, kultura, preferencje, style radzenia sobie; wspieranie i monitorowanie relacji terapeutycznej, zwłaszcza w zakresie ustalenia jej wspólnych celów; odnoszenie się do frustracji i konsternacji w samej relacji superwizyjnej. Jednym z ważniejszych wymiarów w tej perspektywie superwizyjnej jest pragmatyzm i nieustanna obserwacja: co działa, co nie działa? Ewaluacja powinna obejmować równoległe funkcjonowanie pacjenta, rozwój procesu terapeutycznego i rozwój procesu

superwizyjnego. W podejściu integracyjnym superwizor płynnie przyjmuje na siebie role wykładowcy, nauczyciela, konsultanta, kolegi, nadzorcy, popiecznika, mentora i quasi-terapeuty [26].

Zgodnie z zaleceniami Ladany [12], która wskazuje na potrzebę głębszego wniknięcia w poszczególne praktyczne wymiary relacji superwizyjnej, zwłaszcza styl, techniki i zachowania superwizora, przedstawię poniżej bardziej szczegółowo poszczególne elementy relacyjno-integracyjnego modelu superwizji.

Szczegółowy opis relacyjno-integracyjnego modelu superwizji: techniki

Poniższy przegląd nie stanowi pełnego katalogu interwencji możliwych do zastosowania w superwizji w modelu relacyjno-integracyjnym, zawiera natomiast większość najistotniejszych działań i technik.

A. Opis przypadku

Superwizor zachęca superwizantów do przygotowania opisu prezentowanego przypadku klinicznego. Wcześniejsze zapoznanie się z materiałem pomaga mu formułować własne hipotezy oraz zaoszczędzić czas na spotkaniu. Superwizanci w opisie przypadku nakreślają fakty z życia pacjenta, jego historię rodzinną, problemy zgłaszane przy rozpoczęciu terapii oraz przebieg procesu terapeutycznego. Dzieli się również swoim rozumieniem problemów pacjenta.

B. Określanie potrzeb i celu

Określanie potrzeb i celu pracy (Czy superwizant potrzebuje ugruntować swoje rozumienie koncepcyjne? Czy doświadcza trudności w budowaniu empatycznych relacji z pacjentami? Czy widzi powtarzające się trudności w pracy? Czy potrzebuje popracować nad jakimś określonym elementem warsztatu?) towarzyszy każdorazowemu procesowi superwizji z danym pacjentem (Czego dzisiaj superwizant potrzebuje w pracy z danym pacjentem?). Akcentowanie wyraźnego celu spotkania superwizyjnego odgrywa dwojaką funkcję: służy efektywniejszej współpracy na linii superwizor — superwizant oraz modeluje określony sposób myślenia, promujący pełną świadomość celów pracy z pacjentami.

C. Formułowanie hipotez

Superwizor wspólnie z superwizantami tworzą hipotezy dotyczące psychopatologii pacjenta oraz rozumienia danego momentu w rozwoju relacji terapeutycznej. Superwizor przyjmuje perspektywę włączającą: uznaje mnogość perspektyw rozumienia ludzkich zachowań, emocji i motywacji. Nie próbuje forsować własnych hipotez ani prowadzić superwizanta w kierunku spójnym z własnym sposobem rozumienia, wymaga natomiast umotywowania danych hipotez — przekonującego nakreślenia obrazu funkcjonowania psychicznego pacjenta. Takie podejście wspiera zarówno możliwość przekazywania pacjentowi spostrzeżeń terapeuty w bardziej zrozumiały sposób, jak i rozwija kulturę uważnego, systematycznego tworzenia własnych hipotez klinicznych w odróżnieniu od podejść opartych na intuicji. Formułowanie wyraźnych, uzasadnionych hipotez dotyczą-

cych funkcjonowania psychicznego jest podstawą późniejszego ewentualnego włączenia przeżyć regresyjnych w próby rozumienia pacjentów.

D. Proces równoległy

Badanie procesu równoległego, tj. nieświadomej transmisji relacyjnych wzorców z relacji pacjent — terapeuta do relacji superwizant — superwizor, musi uwzględniać nieuniknioną spekulatywność tego rodzaju sformułowań, co superwizor otwarcie komunikuje superwizantom. Jednocześnie perspektywę procesu równoległego można włączyć do szerokiego spektrum hipotez tworzonych na temat pacjenta. W badaniu procesu równoległego istotną rolę odgrywają zjawiska regresyjne, będące dominującym kanałem komunikowania treści nieświadomych. Z tego powodu superwizja obejmuje także badanie tego, jak superwizanci czują się z danym pacjentem, jakich doznań zmysłowych doświadczają w relacji terapeutycznej, czy mają jakieś nieumocowane w materiale intensywne skojarzenia bądź fantazje związane z pacjentem, jak przeżywają niewerbalne kanały komunikacji z nim. Wnioski na temat procesu równoległego wyprowadzone z badania zjawisk regresyjnych można uznać za zasadne (choć nadal spekulatywne) jedynie, jeśli da się je w zrozumiałym sposób powiązać z szerszym rozumieniem funkcjonowania psychicznego pacjenta.

E. Badanie zjawisk relacyjnych

Stałym elementem procesów superwizyjnych pozostaje próba systematycznego badania zjawisk relacyjnych, odnoszenia ich do celów terapeutycznych oraz osadzania w kontekście szerszego rozumienia pacjenta. Perspektywa relacyjna uwzględnia uczestnictwo zarówno pacjenta, jak i terapeuty w rozgrywaniu danego wzorca relacyjnego. Jest to zatem podejście mniej skoncentrowane na klasycznym ujęciu przeniesienia, typowym dla niektórych szkół myślenia psychoanalitycznego/psychodynamicznego, bardziej zaś na próbie określenia, jaką dynamikę relacyjną pacjent i terapeuta w spólnie tworzą podczas sesji terapeutycznej oraz oszacowania wkładu uczestników w jej odgrywanie. Analogicznie postrzegać można proces superwizyjny: nie uznawać wszelkich zjawisk w relacji superwizyjnej za wynik działania procesu równoległego, lecz dostrzegać wkład obydwu stron (także superwizora) we wspólne tworzenie relacji superwizyjnej, następnie zaś szacować, jaki jest wkład każdego z uczestników w tę dynamikę.

F. Konceptualizacje teoretyczne

Zdarza się, że próby formułowania hipotez na temat funkcjonowania psychicznego pacjenta wymagają odwołania do określonych koncepcji teoretycznych. Superwizor czasem przedstawia superwizantom teorie dotyczące psychopatologii, funkcjonowania psychicznego czy postawy terapeutycznej. Priorytetem jest wówczas praktyczne połączenie zaprezentowanej teorii z materiałem klinicznym wniesionym przez superwizanta — tak, by teoria nie służyła akademickiej dyskusji na temat prezentowanego przypadku, lecz możliwości formułowania bardziej spójnych i prawdopodobnych hipotez, które superwizant będzie umiał w usystematyzowany sposób przedstawić pacjentowi. Superwizor zaznacza, w których obszarach teoretycznych porusza się sprawniej i zachęca superwizantów, by

wnosili także inne perspektywy teoretyczne, które przyswoili w trakcie swojej drogi zawodowej. Tam, gdzie to możliwe, superwizor odnosi konceptualizacje teoretyczne do wyników badań empirycznych, akcentując, iż niektóre sformułowania teoretyczne uzyskały przekonujące potwierdzenie w wynikach badań naukowych.

G. Sugestie dotyczące techniki pracy

W zależności od potrzeb superwizantów superwizor wspiera niektóre hipotezy dotyczące funkcjonowania pacjenta konkretnymi propozycjami dotyczącymi techniki pracy. Czasami superwizor proponuje ogólny kierunek interwencji, czasem zaś dzieli się konkretnymi wypowiedziami, które formułowałby na miejscu superwizanta. Wyraźnie zaznacza, iż nie jest to jedyna słuszna wersja adekwatnej techniki pracy, lecz jego własny sposób rozmawiania z pacjentem. Podstawowym celem tej metody pracy superwizyjnej jest modelowanie umiejętności przekładania hipotez klinicznych na język bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Superwizor często zachęca superwizantów, by w podobny sposób proponowali własne możliwe interwencje. Zdarzało się, że superwizanci zgłaszają własne wątpliwości dotyczące podstawowych ram pracy psychoterapeutycznej bądź kwestii etycznych. Wówczas superwizor bezpośrednio odpowiada na te wątpliwości, zaznaczając, iż jasne wytyczenie konkretnego kierunku interwencji wynika np. z zaleceń etycznych lub z dbałości o fundamentalne zasady psychoterapii (np. zasadę poufności).

H. Dzielenie się własnym doświadczeniem klinicznym

W niektórych przypadkach superwizor nawiązuje bezpośrednio do własnej pracy klinicznej. Jednym z powodów stosowania tej metody pracy klinicznej jest zaznaczanie wartości uczenia się w oparciu o doświadczenie: pokazanie, iż przetrwanie trudnych i skomplikowanych sytuacji klinicznych w pracy z określonym pacjentem pozwala z większą pewnością siebie odnosić się do podobnych sytuacji z innym pacjentem. Superwizor jednak zaznacza, iż wszystkie procesy terapeutyczne i wszystkie pary pacjent — terapeuta różnią się od siebie, a wszelkie analogie mają jedynie naturę pomocniczą. Drugim powodem dzielenia się doświadczeniem klinicznym jest potrzeba wspierania superwizantów w radzeniu sobie z frustracją i porażkami. Superwizor czasem przytacza przykłady własnych porażek terapeutycznych czy niedostatków rozumienia pacjenta, by modelować postawę pokory terapeuty i akceptowania nieuchronnych błędów i sytuacji niezrozumienia — co nie zwalnia z odpowiedzialności zawodowej, ale pozwalało superwizantom łagodniej traktować własne błędy.

I. Superwizja superwizji

Do warsztatu pracy superwizora należy także korzystanie z superwizowania procesów superwizyjnych. Otwieranie się na kolejne perspektywy równoległego postrzegania relacji pacjent — terapeuta i terapeuta — superwizor wprowadza dodatkowy wymiar rozumienia i pomaga superwizorowi zrozumieć własne postawy superwizyjne oraz wyraźniej definiować własną rolę w relacjach z superwizantami.

Przykładowy opis przebiegu rocznego procesu superwizji relacyjno-integracyjnej w grupie kształcących się psychoterapeutów

W skład grupy wchodziły:

T1: terapeutka w szkoleniu w psychoterapii psychoanalitycznej

T2: terapeutka w szkoleniu w psychoterapii Gestalt

T3: terapeutka w szkoleniu w psychoterapii psychodynamicznej

T4: terapeutka w szkoleniu w psychoterapii systemowej

T5: terapeutka w szkoleniu w psychoterapii integracyjnej

W pracy z grupą wyraźnie zaznaczyły się cztery odrębne fazy pracy cechujące się określonymi zjawiskami relacyjnymi oraz określonymi pragmatycznymi potrzebami superwizyjnymi stażystów. Fazy te wyraźnie korespondowały z ogólnymi fazami rozwoju procesu grupowego znanymi z innych form pracy grupowej, układając się wedle schematu orientacja → konflikt → współdziałanie i spójność → aktywność celowa i konstruktywna (zob. np. [27], [28], [29]). W niniejszym opracowaniu zaznaczam te fazy, koncentruję się jednak przede wszystkim na zjawiskach związanych z procesem superwizji i rozwojem superwizantów.

Faza I

W pierwszej fazie pracy superwizyjnej w grupie dominowały zjawiska relacyjne typowe dla nowo zawiązanych grup — uczestniczki współtworzyły atmosferę podejrzliwości i poczucia prześladowania. Zwłaszcza sytuacja zgromadzenia w jednej grupie osób szkolących się w różnych podejściach sprawiała, że spodziewały się one krytyki ze strony koleżanek i superwizora. Dzięki rozumieniu relacyjnego wymiaru procesu grupowego superwizor starał się w swoich wypowiedziach wprost i bezpośrednio zachęcać je do otwartego dzielenia się myślami na temat prezentowanego materiału w możliwie neutralny pojęciowo sposób, bez żargonu przynależnego do danej modalności terapeutycznej. Z uwagi na przewagę terapeutek psychodynamicznych w grupie superwizor podawał przykłady niepotrzebnego „żargonu psychoanalitycznego” i tłumaczył takie zwroty na wspólny dla wszystkich uczestniczek język czynników wspólnych, np. w pierwszym kontakcie pacjentów ze stażystami prezentując koncepcję „lęków paranoidalnych” jako potrzeby budowania zaufania. Superwizor zaznaczał, iż takie uwspólnianie języka pomija pewne niuanse kliniczne, ale służy możliwości wymiany myśli. Pierwsze sesje superwizyjne wymagały jednak od superwizora dużej aktywności, bowiem uczestniczki pragnęły schować się w cieniu i niechętnie dzieliły się własnym rozumieniem czy swoimi hipotezami na temat psychicznego funkcjonowania pacjenta. Terapeutki kształcące się w podejściu psychodynamicznym, tj. T1 i T3, z nieco większą śmiałością zaczynały dzielić się swoimi spostrzeżeniami — natomiast superwizor starał się aktywnie włączać w rozmowę T2, T4 i T5, prosząc, by przedstawiły swoje rozumienie materiału. Wymiar relacyjny dynamiki grupowej odpowiadał w pewnym zakresie wymiarowi relacyjnemu rozpoczynanych przez stażystki procesów terapeutycznych: podobnie jak grupa stażystek szukała „wspólnego języka”, tak każda ze stażystek szukała „wspólnego języka” ze swoim pacjentem, zaś po obu stronach dochodziło do nasilonych lęków i wzajemnej podejrzliwości. Superwizor także zdawał sobie sprawę z własnego lęku

w obliczu naporu oczekiwań stażystek i uznawał ten stan rzeczy za nieuniknione rozegranie wzorców relacyjnych wpisanych w nawiązywanie kontaktu.

W integracyjnym czy pragmatycznym wymiarze modelu superwizyjnego pierwszą fazę pracy grupy określić można jako czas najbardziej intensywnego akcentowania potrzeby sformułowania wyraźnego celu rocznej psychoterapii wspólnie z pacjentem. Być może superwizor irytował uczestniczki swoim powtarzającym się pytaniem o konkretne cele wynegocjowane z każdym pacjentem po kolei, jednak z premedytacją starał się zaszczerpić w terapeutkach zwyczaj wyraźnego ustalania kierunku i zakresu pracy. Pierwsza faza pracy grupowej była też okresem najsilniejszego skupienia na technice pracy — uczestniczki pytały o rozmaite konkretne ustalenia związane z materialnymi warunkami terapii oraz o konkretne sposoby prowadzenia konsultacji wstępnych, na co superwizor starał się na tym etapie bezpośrednio odpowiadać, zaznaczając, iż są to w większości wypadków możliwe, a nie jedyne sposoby pracy.

Faza II

W drugiej fazie pracy grupy superwizyjnej w wymiarze relacyjnym stosunki oparte na podejrzliwości i nieufności zaczęły ustępować miejsca relacjom rywalizacyjnym. Gdy uczestniczki bardziej otwarcie zaczęły dzielić się swoimi komentarzami i gdy każda z nich przedstawiła już jakiś fragment swojej pracy klinicznej, stosunkowo często dochodziło do pewnych tarć związanych z próbą budowania pewności siebie w oparciu o dewaluację innego sposobu myślenia. Superwizor decydował się szybko i bezpośrednio reagować na ten wymiar relacyjnej dynamiki grupy: zwracał uwagę grupy na momenty niepotrzebnego antagonizowania się i sugerował, by spróbować „obce” sposoby pracy przetłumaczyć na wspólny język. Dla przykładu, w tej fazie pracy grupowej T2, terapeutka Gestalt, przedstawiała swoją pracę z wykorzystaniem techniki pustego krzesła. Pozostałe uczestniczki odniosły się do jej metod pracy jako „dziwnych” i zaczęły rozwijać wątek rzekomego nadużycia pacjentki przez terapeutkę. W ramach interwencji superwizor zwrócił uwagę, że T2 realizuje zadanie terapeutyczne, posługując się tymi narzędziami, które nabyła podczas kształcenia, następnie zaś zaproponował, by technikę krzeseł spróbować opisać za pomocą słownictwa pozostałych modalności terapeutycznych. Superwizor wyjaśnił, że uważa interwencję T2 za pomocną, a jej technikę pracy uznaje za próbę konkretnego wsparcia pacjentki mającej trudności w abstrakcyjnej rozmowie o umysłowych reprezentacjach ważnych dla niej osób. T4 zauważyła wówczas, że w podobny sposób korzysta w pracy systemowej z faktycznej obecności członków rodziny. Wypowiedziała się w wyraźnie łagodniejszym tonie. Pozostałe uczestniczki podjęły taki styl dyskusji, co skierowało rywalizacyjny schemat relacyjny ku większej współpracy. Interwencje superwizora dotyczące wymiaru relacyjnego w tej fazie najczęściej dotyczyły podobnych spięć czy tarć.

W integracyjnym wymiarze superwizji ta faza pracy wymagała od superwizora największego wysiłku intelektualnego, bowiem rywalizacyjne podejście uczestniczek do siebie nawzajem sprawiało, iż próby formułowania hipotez na temat psychicznego funkcjonowania pacjentów wymagały równoległego tłumaczenia owych hipotez na „kilka języków”, a następnie wyrażania ich za pomocą jednej, prostszej, wspólnej dla wszystkich uczestniczek koncepcji. Pragmatyczne podejście do procesów terapeutycznych realizowanych

przez stażystów wymagało wspierania terapeutów w budowaniu kontekstu rozumienia kłopotów ich pacjentów, by przy ograniczonym czasie opracowywać interwencje służące realizowaniu celów nakreślonych w fazie pierwszej.

Także na styku tych wymiarów w niektórych sytuacjach klinicznych można było zauważyć analogiczne prawidłowości: między terapeutkami a pacjentami dochodziło czasem do „tarć” wynikających z prób negocjowania sposobu rozumienia kłopotów pacjentów.

Faza III

Trzecia faza rozpoczęła się w drugiej połowie roku stażowego. W wymiarze relacyjnym był to najprzyjemniejszy i najbardziej twórczy okres pracy grupy stażystek. Dzięki wcześniejszemu złagodzeniu w procesie superwizyjnym relacyjnych schematów podejrzliwości i nieufności, następnie zaś wrogiej rywalizacji — grupa wkroczyła w fazę współpracy, wzajemnego docenienia swoich propozycji, pluralizmu technicznego i teoretycznego oraz głębokiego zaangażowania w pracę na rzecz pacjentów. Stażystki zaakceptowały swoją odmiennność i korzystały z niej jako czynnika wzbogacającego rozumienie kliniczne, a nie utrudniającego je. Dla przykładu — terapeutka integracyjna T5, przedstawiając pracę z pacjentką zmagającą się z odtwarzaniem szkodliwego rodzinnego wzorca relacji z mężczyzną, poprosiła T1, terapeutkę psychoanalityczną, o pomoc w rozumieniu wewnętrznego przebiegu przekazu transgeneracyjnego. T1 rozwinęła rozbudowaną myśl teoretyczną, którą T3 uzupełniła w kilku punktach swoim rozumieniem. Wówczas T2 powiedziała, że co prawda rozmowa nie dotyczy jej pacjentki, ale bardzo skorzystała z zapoznania się z teoriami, których nie знаła. T5 poprosiła, by T2 powiedziała, jak ona z perspektywy Gestalt rozumie przekaz międzypokoleniowy, zaś T2 — zachowując własną tożsamość — podkreśliła, że raczej skupiła się w materiale sesji na bezpośredniej jakości kontaktu i w tej sprawie ma kilka słów do dodania. Grupa z ciekawością wysłuchiwała komentarza T2 i uznała go za pogłębiający rozumienie sytuacji terapeutycznej.

W tej fazie pracy wymiar relacyjny nie wymagał od superwizora większej aktywności. Delikatnie wspierał on rozwijające się pozytywne procesy współpracy i szacunku, często wycofując się w cień i pozwalając stażystkom udzielać sobie wzajemnie wsparcia. Jego interwencje zwykle koncentrowały się w ostatniej części spotkań grupowych i wynikały z troski o pragmatyczny aspekt wsparcia superwizyjnego.

Z perspektywy integracyjnego modelu superwizji akcentującego pragmatyzm, superwizor koncentrował się na kwestiach związanych z sojuszem terapeutycznym i rozwijaniem sposobów korzystania z empatycznego rozumienia na rzecz adresowania podstawowych problemów pacjenta (czyli celów terapii). Prowadzone przez stażystki procesy w większości rozwijały się pozytywnie, ale miały tendencje do rozgałęziania się na kolejne wątki — stażystki potrzebowały pewnego wsparcia w spójnym systematycznym ograniczaniu zakresu rocznej pracy do wynegocjowanych na początku celów terapeutycznych.

Faza IV

W ostatniej fazie pracy grupy superwizyjnej w wymiarze relacyjnym dominowały przeżycia wdzięczności i satysfakcji, przeplatające się ze smutkiem związanym z zakończeniem wspólnego przedsięwzięcia i niezrealizowaniem niektórych możliwych celów

terapeutycznych. Na tym etapie analogie między procesem grupowym w superwizji a poszczególnymi procesami terapeutycznymi stały się wyraźne także dla stażystek. Terapeutki potrafiły podejmować w pracy ze swoimi pacjentami separacyjne wątki relacyjne i zaznaczały, iż bardzo pomaga im w tym możliwość wspólnego omawiania własnych przeżyć separacyjnych podczas superwizji. Utrzymywały przy tym wyraźnie granicę między uczuciami pacjenta a uczuciami własnymi, ze swoich przeżyć relacyjnych korzystając głównie na rzecz lepszego dostrojenia emocjonalnego. Superwizor w tej fazie — jak i we wszystkich poprzednich — odnosił się do zjawisk relacyjnych w grupowym procesie superwizyjnym, nie traktując ich jako podłoża do pseudoterapeutycznych komentarzy na temat wewnętrznych przeżyć terapeutek, lecz wykorzystując je, by zademonstrować działanie procesu równoległego lub wątki występujące w terapiach prowadzonych przez stażystki osadzić w doświadczeniu. Dla przykładu, kiedy T4 zaznaczyła, że będzie jej brakowało głosu koleżanek z grupy i już za kilka tygodni będzie musiała radzić sobie sama w pracy z kolejnymi pacjentami, superwizor nie sugerował grupie ani terapeutce zajęcia się jej wewnętrznymi przeżyciami, na przykład domniemanymi trudnościami w przejściu odpowiedzialności związanej z niezależnością (relacja superwizyjna nie dawała mu prawa do formułowania takich komentarzy), lecz skorzystał z tego zjawiska relacyjnego, by zwrócić uwagę na potencjalne trudności pacjenta w przejściu odpowiedzialności związanej z niezależnością — przeżycie T4 wykorzystując jako punkt odniesienia pozwalający lepiej dostroić się do afektu pacjenta.

Z punktu widzenia modelu integracyjnego ostatnia faza pracy służyła przede wszystkim ewaluacji kończących się procesów terapeutycznych. Miała ona zarówno empiryczny charakter ilościowy — realizację ostatniego, podsumowującego badania kwestionariuszowego — jak i naturę jakościową, w postaci bezpośredniego omówienia tego, co się udało, a co nie udało w każdym procesie terapeutycznym. Superwizor omawiał z grupą skuteczne interwencje i postawy, a także potencjalne powody blokad i niezrealizowania niektórych celów terapeutycznych. Stażystki zwróciły szczególną uwagę na wagę informacji zwrotnych podsumowujących rok wspólnej pracy: w odwołaniu do przebiegu prowadzonych procesów terapeutycznych superwizor sformułował komentarz podkreślający najbardziej pomocne elementy indywidualnego stylu pracy każdej z terapeutek, a także próbował zwrócić uwagę na potencjalne zagrożenia wynikające z osobistego stylu pracy. Stażystki zaznaczały, że wyodrębnienie i bezpośrednio wskazanie — za pomocą przystępnego języka — ich indywidualnego stylu pracy, z którego nie do końca zdawały sobie sprawę, stanowiło ważny element wspierający ich tożsamość jako terapeutek.

Podczas omówienia najważniejszych zmian w pracy klinicznej wskutek rocznej pracy superwizyjnej T1 zauważyła, że zaczęła posługiwać się teorią w mniej intelektualny sposób i uprościła język, jakim mówi do pacjentów; T4 stwierdziła, że zaczęła zwracać większą uwagę na przekazywanie pacjentom odpowiedzialności za własne leczenie; T2 podkreśliła, że nauczyła się bardziej systematycznej pracy i większej powściągliwości w używaniu własnych emocji w pracy terapeutycznej; T3 zaznaczyła, iż podniosła swe umiejętności szukania równowagi między udzielaniem wsparcia a pracą służącą wglądowi; zaś T5 uznała, iż nabrała większej biegłości w określaniu odpowiedniego dystansu w pracy z pacjentami, pozwalającego być blisko ich przeżyć i jednocześnie nie spoufaląć się z nimi.

Przykładowy zapis sesji superwizyjnej w modelu relacyjno-integracyjnym

Na koniec przedstawię przykładową sesję superwizyjną, pochodzącą z pracy z kolejną grupą stażystów. W skład tej grupy psychoterapeutów weszły następujące osoby:

T6: terapeutka w szkoleniu w psychoterapii psychoanalitycznej

T7: terapeutka w szkoleniu w nurcie systemowym

T8: terapeuta w szkoleniu w psychoterapii psychoanalitycznej

T9: terapeutka w szkoleniu w psychoterapii behawioralno-poznawczej

T10: terapeutka w szkoleniu w psychoterapii integracyjnej

Pracę z pacjentem przedstawiała T10:

Pani Natalia mieszka z matką, ojczymem i dwiema młodszymi siostrami. W najbliższym otoczeniu mieszka rodzina matki pacjentki (babcia, brat). Pacjentka obecnie rozpoczęła 3. rok studiów. Jej studia finansuje brat matki. Gdy miała 4 lata rodzice rozstali się, od tego momentu nie miała kontaktu z ojcem biologicznym. Ojciec zadzwonił tylko raz, z okazji 18. urodzin pacjentki, która wówczas powiedziała mu, że nie chce go znać. Pacjentka wie, gdzie mieszka jej biologiczny ojciec, jest to niedaleko jej domu. W domu pacjentka nie może rozmawiać o ojcu biologicznym, ponieważ matka dostaje wtedy „ataków hysterii”.

Pacjentka poszukiwała terapii z powodu stanów depresyjnych. Jest pod stałą opieką psychiatry, przyjmuje leki.

Jako cel terapii podała przepracowanie traumy związanej z opuszczeniem przez ojca oraz pracę nad koncentracją. Chciałaby także zyskać większą świadomość siebie i powodów swoich działań.

Od dwóch miesięcy pacjentka zaczęła opuszczać spotkania. Zawsze pamięta o usprawiedliwieniu swojej nieobecności — podaje różne powody (spotkanie z przyjacielem, obowiązek uczestniczenia w zajęciach na studiach, rozmowa o pracę).

K: — Dzień dobry.

T: — Dzień dobry.

K: — Tydzień temu przyszedł, a tu było ciemno. Nikogo nie było. Dopiero po chwili sobie przypomniałam, że pani odwołała sesję.

T: — Co pani poczuła, gdy nikogo pani tu nie zastała?

K: — Chyba ulgę. Ulgę, tak na pewno, że nie będzie terapii. Strasznie dużo mnie kosztuje, żeby tu przyjść.

T: — Nie do wytrzymania jest dla pani udział w terapii. Może pani coś więcej o tym powiedzieć?

K: — Jak już przyjdę to jest OK. Zaczynam mówić i jest dobrze, ale zanim to zrobię, to się zastanawiam, czy to ma sens. Mam wrażenie, że mi i tak nic nie pomoże. Teraz byłam u psychiatry i mam nowe tabletki, które w ogóle nie działają. Nie mam na nic siły. Zaczęłam wątpić, czy powinnam studiować [opowiada, jak na zajęciach z interwencji kryzysowej wszystkie przypadki brała do siebie i przeżywała swoje problemy na nowo].

T: — Czy jest coś jeszcze?

K: — Ostatnio miałam kłótnię z koleżanką... [opowiada o kłótni z koleżanką, która wyjechała na 2 tygodnie], mam wrażenie, że ta znajomość i tak nie ma sensu.

T: — Czy podobne odczucia ma pani wobec naszej relacji?

Pacjentka milczy.

T: — *Sesje nie odbyły się przez 2 tygodnie z powodu mojego wyjazdu.*

K: — *Coś chyba w tym jest, ale wiem, że nie mogę się złościć, przecież każdy może mieć wolne. To ja sobie ubzduralam, że jest spotkanie.*

T: — *Poczuła się pani opuszczona.*

K: [milczy] — *Sama nie wiem, ostatnio miałam takie myśli destrukcyjne, żeby nie oddać pracy na uczelnię. Tak się na siebie złościłam, ale nie mogłam jej pisać, po prostu nie mogłam! 20 minut i za 3 dni znowu próbowałam. Czulałam się beznadziejnie, bo normalnie ludzie piszą od razu. Gdyby nie Bartek, tobym nic nie napisała.*

T: — *Znów odniosę się do naszych spotkań. Na pierwszej sesji poruszyła pani bardzo głębokie tematy, jakby pani od razu wszystko chciała opowiedzieć... napisać...*

K: — *Trochę tak jest. Ja bym chciała, abym już teraz czuła się lepiej, ale tak nie jest i się zloszczę. Czuję się jak jakiś flak. Nawet myśli samobójcze mi wróciły, żeby się pociąć, ale nic sobie nie zrobię, wiem, że to nie jest wyjście, ale czasem nie mogę wytrzymać. Nie mam siły na nic. [Opowiada o zaprzestaniu chodzenia na siłownię i dbania o siebie].*

T: — *Jakby pani była w zamkniętym kole, nie ma pani siły, a jednak wymaga od siebie 100% i nie daje pani rady, przez co pani się na siebie złości.*

K: — *I przez tę złość też nie mam siły. Dokładnie tak jest. Chyba mam depresję.*

T: — *Co to dla pani znaczy?*

K: — *W zasadzie to nic, i tak nikt tego nie rozumie. Mówiłam babci o tabletkach, to mi powiedziała, że mam się zebrać w sobie. Chciałabym, aby ktoś mnie poprowadził, mówił, co jest dobre, a co złe. Mam wrażenie, że ta terapia, a nawet całe moje życie, to jakbym była w ciemnym pokoju i tak rękami robiła [pokazuje], ale nic nie widzę...*

T: — *Potrzebuje pani, aby zapalić światło.*

K: — *Tak, tak, żeby ktoś zapalił światło.*

T: — *Czy to może być pani?*

K: — *Ha, ha... tylko nie wiem, gdzie jest kontakt.*

T: — *Możemy spróbować go poszukać. Na dzisiaj jednak będziemy kończyć.*

Poniżej przedstawiam zapis dyskusji, która wywiązała się w grupie:

Superwizor: — *Zacznijmy. Może powie nam pani kilka słów na temat obecnej sytuacji w pracy z panią Natalią i spisanej sesji.*

T10: — *No cóż, nie mam wiele więcej do powiedzenia ponad to, co napisałam. Od poprzedniej superwizji było może trochę lepiej, ale niedługo potem zaczął się obecny kryzys. Pacjentka znajduje powody, żeby nie przychodzić na spotkania, a ja nie wiem, czy nie przerwie terapii. Nie do końca wiem, czy chodzi bardziej o jej motywację, czy o to, że terapia jest dla niej tak trudna. Wydaje mi się, że chyba to drugie, ale sama nie wiem. W ogóle nie wiem, co myśleć, ciekawa jestem waszych komentarzy. [Do grupy] Co wy na to?*

S — [w kwadratowych nawiasach kursywą przedstawiam niewypowiedziane myśli superwizora pojawiające się podczas sesji superwizyjnej] [*Decyduję się nie interweniować*]

i przyglądać rozwojowi sytuacji — odnotowuję, że terapeutka zwróciła się do grupy po pomoc i myślę, że być może jej pacjentka faktycznie ma motywację, by szukać pomocy, biorąc pod uwagę burzliwe losy jej terapii i to, że mogła przerwać terapię wcześniej, przy okazji przerwy].

T6 — Ja pomyślałam, że może ta pacjentka reaguje na coś, co jest związane z procesem terapii. Jakoś mnie zastanawia to, że ona może czuje się tak niezdolnie w kontakcie z tobą, może jest coś, co ją gniecie. Może to jest zbyt rzadki kontakt? I ona wtedy nienawidzi cię jak swojego biologicznego ojca?

S — *[To mnie osobiście nie przekonuje, ale myślę, że ważne, że T6 usiłuje wesprzeć T10 swoim rozumieniem i dość szybko proponuje swój komentarz, bez napiętego milczenia. Przyglądam się sytuacji dalej].*

T10 — Nie wiem, czy ona mnie nienawidzi. Ale rzeczywiście czasami ja sama w kontakcie z nią czuję się dość niezdolnie czy niewygodnie. Nie bardzo wiem, co mogłabym jej powiedzieć, jak mogłabym jej pomóc. I nawet złapałam się na tym, że ja też, jak pacjentka w tej sesji, poczułam pewnego rodzaju ulgę, kiedy ona nie przyszła.

S — *[Myślę, że może właśnie bezradność przeżywana przez T10 jest dominującym przeżyciem pacjentki, ale na razie — wycofuję się i czekam, co dalej].*

T8 — No właśnie — i mnie się wydaje, że może powinnaś skorzystać z tych swoich uczuć, w oparciu o nie powiedzieć coś pacjentce. Ona sprawia wrażenie bardzo zagubionej w swoich przeżyciach i gdybyś, korzystając z przeciwprzeniesienia, powiedziała jej, że to ona czuje się niezdolnie i zaakcentowała, że to ona czuje ulgę, kiedy może się z tobą nie spotkać, to pomogłoby jej się lepiej odnaleźć. Uważam, że trzeba byłoby powiedzieć jej coś w przeniesieniu-przeciwprzeniesieniu.

S — *[Z jednej strony w tym komentarzu wybrzmiewa ton lekkiego pouczenia, ale na pierwszym planie nadal jest to, że T8 usiłuje wesprzeć T10 i proponuje jej swój punkt widzenia. T10 nie uraża się, słucha. Równolegle cieszą się lepszą pracą grupy i myślę, że może pani Natalia poszukuje podobnego doświadczenia, bycia słuchaną przez kogoś, kto wyraźnie usiłuje jej pomóc — a bez tego czuje się jak w ciemnym pokoju].*

T10 — Nie wiem, nie wiem... chyba trochę boję się jej o tym mówić, żeby się nie wystraszyła. W ogóle zastanawiam się, czy ja coś jej mogę powiedzieć. Nie chciałabym swoim komentarzem doprowadzić do tego, że w ogóle przestanie przychodzić.

T7 — Jakaś taka... masa bezradności. Kto ma zapalić to światło?

S — *[Poczułam, że może to jest właśnie jeden z kłopotów w bieżącej sytuacji terapeutycznej. Po jednej stronie pacjentka w obliczu przerażającego lęku przed nicością poszukująca rozpaczliwie obiektu, z drugiej strony terapeutka troszcząca się o nią, ale obawiająca się, by jej nie skrzywdzić. Cisza, która zapadła po komentarzu T7, wydaje mi się korespondować z napiętą atmosferą w gabinecie T10, którą sobie wyobrażam — myślę o uczuciu chodzenia po omacku w ciemnym pokoju. Formułuję myśl na temat potrzeby większej aktywności ze strony terapeuty, ale na razie decyduję się, by zaprosić do dyskusji T9 — wydaje mi się, że dziś jest na uboczu dyskusji, nieco przytłoczona „psychoanalitycznym tonem” wypowiedzi T6 i T8. Czuję, że będzie to sprzyjać zarówno jej swobodzie w grupie, jak i w pewnym sensie wyrazi w sferze doświadczenia coś, co chce następnie opisać].*

S — A pani? Co pani myśli?

T9 — Ja? Ja myślę, że ta pacjentka pograża się w depresji. Nie dba o siebie, wycofuje się z życia podobnie jak z terapii. Z tego powodu chyba próbowałabym czegoś, co może ją zaktywizować: na przykład mogłabym wspólnie z nią stworzyć listę zajęć czy ułożyć plan dnia. Tak, żeby przestała się pograżać w tym stanie.

[Teraz decyduję się na komentarz, w którym usiłuję zebrać dotychczasowe myśli grupy i swoje myśli oraz refleksję na temat równoległego procesu w superwizji].

S — Mnie się wydaje, że państwo mówią różnymi językami i proponują interwencje oparte na różnych, indywidualnych stylach, ale wszyscy państwo usiłują odnieść się do kłopotu pacjentki w podobny, moim zdaniem pomocny, sposób. Na początek podkreślę, że moim zdaniem pacjentka i na początku, i na końcu sesji wyraźnie przedstawia swój stan. Na końcu mówi o błąkanii się w pustym, ciemnym pokoju, ale też na początku spotkania mówi, że kiedy była tu ostatnio, było pusto i ciemno. Myślę, że to nie tylko dosłowny opis przyścia na odwołaną sesję, ale także opis jej świata wewnętrznego. Jeśli pacjentka pograża się, jak sugeruje T9, w stanie depresyjnym, byłoby to bardzo spójne z doświadczeniem depresji: przeżyciem rozpaczliwego ugrzęźnięcia w świecie, w którym zostało się samemu. Dlatego myślę, że wartością państwa propozycji jest przede wszystkim próba zaakcentowania, że terapeutka jest z pacjentką i jest gotowa jej pomóc. Aktywnego, metaforycznego chwycenia pacjentki za rękę, by wiedziała, że nie jest sama w pustym pokoju, choć tak się tego obawia. Czy zrobimy to za pomocą komentarza wyraźnie pokazującego, że myślimy o pacjentce i jej historii, jak T6, czy spróbujemy użyć swoich uczuć, by powiedzieć o przeniesieniu-przeciwprzeniesieniu, jak T8, czy skorzystamy z metaforycznego myślenia o włączaniu światła, jak T7, czy zaproponujemy pracę nad konkretnymi formami ożywiania przebiegu dnia, jak T9 — wydaje mi się mniej istotne niż to, by wyraźnie zaznaczyć swoją obecność i troskę o pacjentkę. Myślę, że jeśli pani chciałaby utrzymać tę pacjentkę, dobrze byłoby, żeby posługując się własnym stylem i własnym językiem pani wyraźniej upomniała się o nią, pokazała, że jest pani zaangażowana w próby jej rozumienia i że pani Natalia na spotkaniach z panią nie jest jednak sama w pustym pokoju. Jeśli pacjentka wyraźniej to poczuje, pani będzie mogła wrócić do pracy opartej na próbach osiągania wglądu, polegającej na wspieraniu pacjentki w rozumieniu jej przeżyć, ale na razie pani Natalia potrzebuje poczuć, że w ogóle jest z nią ktoś, kto będzie ją wspierał.

[Mam wrażenie, że komentarz dobrze przyjęła nie tylko T10, ale i grupa — zwłaszcza T9, która być może obawiała się, że jej propozycja jest zbyt „powierzchnowa” na tle reszty uczestników. Atmosfera wyraźnie się rozluźnia].

T10 — Dziękuję. Czuję się lepiej przygotowana do kolejnej sesji... Chyba nie boję się tak bardzo, że ją czymś zranię i wypadnie z terapii.

T6 [z uśmiechem] — No i może wiemy już, że to terapeutka ma zapalić światło...

Podsumowanie

W niniejszej pracy przedstawiono szczegółowy opis modelu superwizji stosowanego w grupowej pracy superwizyjnej z kształcącymi się psychoterapeutami. Model opiera się na dwóch podstawach teoretycznych: rozumienie dynamiki interpersonalnej odwołuje się do relacyjnych i intersubiektywnych podejść w superwizji psychoterapii, natomiast postawa pragmatyzmu i oparcia na dowodach naukowych bazuje na perspektywie inte-

gracyjnej. Z tego powodu przyjęto nazwę modelu relacyjno-integracyjnego. W artykule przedstawiono wyniki badań dotyczących związków między superwizją a skutecznością psychoterapii oraz wskazano na podkreślaną we współczesnych opracowaniach naukowych potrzebę tworzenia i precyzyjnego opisu modeli superwizji psychoterapii. Zasadniczą część artykułu stanowił zatem szczegółowy opis technik superwizji w prezentowanym modelu oraz prezentacja praktycznego zastosowania tych technik w pracy z dwiema grupami kształcących się terapeutów.

Piśmiennictwo

1. Watkins C. Toward a tripartite vision of supervision for psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapies: alliance, transference-countertransference configuration, and real relationship. *Psychoanal. Rev.* 2011; 98: 557–590.
2. Hess AK. *Psychotherapy supervision: theory, research, and practice.* New Jersey: Wiley; 1980.
3. Watkins C. Psychotherapy supervision in the 21st century: some pressing needs and impressing possibilities. *Clin. Supervisor*, 1998; 7(2): 93–101.
4. Watkins C. Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *Clin. Supervisor*, 2011; 30(2): 235–256.
5. Wheeler S, Richards K. The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature. *Couns. Psychother. Res.* 2007; 7(1): 54–65.
6. Hess AK. Psychotherapy supervision: A conceptual review. W: Hess AK, Hess KD, Hess TH, red. *Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice.* New Jersey: Wiley; 2008, s. 3–22.
7. Kilminster S, Jolly B. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med. Educ.* 2000; 34(10): 781–881.
8. Schlessinger N. Supervision of psychotherapy. A critical review of the literature. *Arch. Gen. Psychiatry* 1966; 15(2):129–134.
9. 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
10. Jelonkiewicz I. Co dzieje się w relacji superwizyjnej? *Psychoter.* 2018; 4(187): 69–80.
11. Bomba J, Bierzyński K. Potrzeby i zasady stosowania superwizji psychoterapii. *Psychoter.* 2015; 2(173): 5–14.
12. Ladany N, Mori Y, Mehr KE. Effective and ineffective supervision. *Couns. Psychol.* 2013; 41(1): 28–47.
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. Wampold B. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 2015; 14(3): 270–277.
15. Weck F. Topics and techniques in clinical supervision in psychotherapy training. *Cogn. Beh. Therapist*, 2017; 10, e3
16. Kolb DA. *Experiential learning.* Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 1984.
17. Kalita L, Chrzan-Dętkoś M. Program stażowy jako skuteczne i opłacalne narzędzie zwiększania dostępności psychoterapii. *Psychoter.* 2018; 3(186): 39–53.

18. DeYoung, P. *Relational psychotherapy. A primer*. London: Routledge; 2003.
19. Ringstorm A. Meeting Mitchell's challenge: a comparison of relational psychoanalysis and intersubjective systems theory. *Psychoanalytic Dialogues*, 2010; 20: 196–218.
20. Brown J. Specific techniques vs. common factors? *Psychotherapy integration and its role in ethical practice*. *Am. J. Psychother.* 2015; 69(3): 301–316.
21. Zarbo C. Integrative psychotherapy works. *Front Psychol.* 2015; 6: 20–21.
22. Frawley-O'Dea M, Sarnat JE. *The supervisory relationship: a contemporary psychodynamic approach*. New York: Guilford Press 2001.
23. Mendelsohn R. Parallel process and projective identification in psychoanalytic supervision. *Psychoanal. Rev.* 2012; 99: 297–314.
24. Gallese V, Goldman A. Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends Cogn. Sci.* 1998; 2: 493–501.
25. Meissner W. Toward a neuropsychological reconstruction of projective identification. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2009; 57(1): 95–129.
26. Norcross J, Popple L. *Supervision essentials for integrative psychotherapy (clinical supervision essentials)*. American Psychological Association; 2016.
27. Tuckman W. Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 1965; 63 (6): 384–399.
28. Corey M, Corey S. *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*. Instytut Psychologii zdrowia; 2008.
29. Jedliński K, red. *Trening interpersonalny*. Wydawnictwo WAB; 2011.

Adres: l.kalita@psyche.med.pl