

**PROBLEM GRANIC W PROCESIE
SUPERWIZYJNYM**

THE ISSUE OF BORDERS IN THE SUPERVISION PROCESS

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

² Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej

³ Krakowski Instytut Psychoterapii Stowarzyszenia Siemacha

**supervision
supervisor-supervisee
relationship
borders on
supervisors-supervisee
relationship**

W artykule przedstawiony jest zapis dyskusji, jaka się odbyła w ramach Konferencji Superwizorów dnia 4 października 2013 roku w Bochni pomiędzy superwizorami, pracującymi według różnych podejść terapeutycznych. W dyskusji udział wzięli: Barbara Józefik, Krzysztof Rutkowski, Jarosław Gliszczyński, Zofia Miłska-Wrzościńska, Bogdan de Barbaro, Zofia Pierzchała, Magdalena Sariusz-Skapska, Krzysztof Szwejca. Podczas dyskusji oraz w komentarzu do niej omawiana jest istota relacji superwizyjnej i jej granice, oddzielające ją od relacji terapeutycznej, rozważana jest możliwość i zasadność działań terapeutycznych superwizora wobec superwizowanego terapeuty.

Summary

The article presents a discussion of supervisors, representatives of various theoretical perspectives that took place within the Supervisor Conference on October 4th 2013 in Bochnia. The point of consideration were various depictions of the supervisory relationship, with particular emphasis on the issue of boundaries between supervision and supervisee's therapy. Supervision is one of the basic forms of teaching psychotherapy, and the most personal. Its axis is the relationship between the supervisee and the supervisor. The intensity of this process, with a high level of mutual exposure and its emotional nature, with the inevitable asymmetries and inequalities, makes this relationship complex and unique. The feelings experienced by the supervisee in the process of therapy are a response to what the patient brings, but also contains the psychotherapist's personal experience. Clarifying what is personal and what is relational, which is an important objective of supervision, can reveal very private, intimate issues. Hence the substantial question: how to maintain the proper boundary between what should be subject of reflection in light of the supervision and what is appropriate for the psychotherapeutic relationship? The question was answered in a panel discussion involving supervisors, representatives of the main psychotherapeutic approaches. In a multithreaded, personal discussion panelists spoke in favor of clear boundaries and their impermeability, or in favor for impenetrability as one of the variants, and not of any particular value. There was also talk of interactivity and processuality of supervision, it's accountability, the need for awareness and self-restraint of the supervisor.

Uwagi wstępne

Superwizja stanowi jedną z podstawowych form uczenia psychoterapii. Jest procesem w „którym psychoterapeuta współpracuje z bardziej doświadczonym kolegą psychoterapeutą, aby w ciągłym rozwoju rozwinąć swoje umiejętności” [1, s. 13]. Dzięki temu zapewniony jest dobrostan pacjenta, a psychoterapeuta uzyskuje poczucie bezpieczeństwa. Ta prosta, jednoznaczna definicja nie oddaje złożoności procesu superwizyjnego obejmującego różne aspekty, przybierającego zróżnicowane formy zależnie od podejścia terapeutycznego, kontekstu, rodzaju problemu i doświadczenia psychoterapeuty oraz superwizora [2, 3]. Obok aspektu edukacyjnego, a niekiedy instruktazowego, istotnym aspektem superwizji jest relacja pomiędzy obiema stronami, w której dochodzi do negocjowania, pozwalająca na zbudowanie przymierza. Lesser [4] podkreśla ważność tego wymiaru, pisząc, że superwizja jest współtworzeniem relacji i negocjowaniem znaczeń. W procesie superwizyjnym psychoterapeuta wnosi zagadnienia związane z prowadzoną terapią, ale też inne kwestie kluczowe dla jego rozwoju zawodowego. Relacja superwizyjna jest intensywna odpowiednio do intensywności uczuć, z którymi skonfrontowany jest psychoterapeuta. Ujawnianie uczuć bezradności, złości, wstydu, poczucia winy, oczarowania jest możliwe w sytuacji zaufania i bezpieczeństwa. Uczucia doświadczane w procesie terapii stanowią odpowiedź na to, co wnosi pacjent, ale też reflektują osobiste doświadczenia psychoterapeuty. Dookreślenie, co jest osobistym wątkiem psychoterapeuty, będące ważnym celem superwizji, może otwierać osobiste problemy osoby korzystającej z superwizji. Stąd istotne pytanie, jak utrzymać właściwą granicę pomiędzy tym, co powinno być przedmiotem refleksji superwizyjnej, a tym, co jest właściwe dla relacji psychoterapeutycznej?

Warto podkreślić, że psychoterapia jest odmienną dziedziną niż superwizja. Celem tej pierwszej jest usunięcie cierpienia pacjenta i rozwój jego potencjału. Z kolei w superwizji celem jest dobro pacjenta. Dokonuje się ono „poprzez wnikliwą refleksję i krytyczne badanie relacji terapeutycznej, stworzenie przestrzeni na refleksję nad procesem psychoterapii; szukanie związków pomiędzy praktyką a teorią” [1, str. 14 i 15], a także „zachęcanie psychoterapeuty do uświadomienia sobie potencjalnego wpływu, jaki wywiera na przebieg terapeutycznych rozmów” [5, s. XI]. Złożony kontekst relacji superwizyjnej, na który składają się zależność, hierarchia, zaufanie, bezpieczeństwo może sprzyjać regresji superwizanta i gotowości do dzielenia się tym, co prywatne.

To wyrażone powyżej pytanie skłoniło nas do zaproszenia do dyskusji panelowej przedstawicieli różnych podejść i praktyk psychoterapii i podzielenia się swoimi refleksjami w tej kwestii. Poniżej przedstawiamy zapis dyskusji, która odbyła się w Bochni 4 października 2013 roku podczas Konferencji Superwizorów organizowanej przez Sekcję Nauką Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

<Barbara Józefik>

Chciałabym naszą dyskusję rozpocząć od kwestii najbardziej podstawowej, a mianowicie, jak rozumiana jest superwizja w podejściu, które Państwo reprezentujecie, bo wiemy, że jest wiele definicji, że jest to złożony proces, wiele zjawisk zachodzi podczas

procesu superwizyjnego. Więc sprawdźmy, czy podobnie Państwo o nim myślą. Czy są różnice? Chciałabym też prosić o odniesienie się do relacji superwizyjnej.

<Krzysztof Rutkowski>

Czym jest superwizja? W ujęciu psychoanalitycznym, w którym przyszło mi komentować, mówiąc bardzo skrótowo, jest czymś mocno doradczym. Gdy słuchałem wcześniejszych rozmów dzisiaj i była mowa o dużej odpowiedzialności, przejmowaniu, nawet odpowiedzialności za superwizanta, to wydaje mi się, że to, co jest istotne i wpływa historycznie ze stanowiska psychoanalitycznego, to jest pewien rodzaj spojrzenia. Dzieje się pewien wspólny proces, najpierw na poziomie — pacjent i analityk — następnie tenże proces jest widziany, weryfikowany tak czy inaczej — zależnie od potrzeb analityka, czyli superwizanta — i wspierany przez superwizora. Trudniej mi sobie wyobrazić bardziej paternalistyczne podejście, które może być pomocne. Dlatego że, przechodząc już do drugiego punktu, czyli do granic, to pacjent ma bezpośrednio przeniesienie, a w pracy analitycznej jest to zjawisko niemal codzienne. Więc nie sposób wyobrazić sobie procesu superwizyjnego, który by tego zjawiska nie uwzględniał na poziomie między superwizantem a superwizorem i to w taki sposób, że może to być zjawisko, które dotyczy bezpośrednio relacji tych dwóch osób, ale może to być też zjawisko, które rozgrywa się na poziomie nieświadomym, nieintelektualnym, i ten proces jest pomiędzy pacjentem a analitykiem.

<Jarosław Gliszczyński>

Jestem w konflikcie tożsamościowym jako superwizor. Reprezentuję tutaj psychodramę, którą uważam za odrębne podejście terapeutyczne, historycznie drugą szkołę, grupę terapii, po psychoanalizie. Jestem też superwizorem psychoterapii. Byłem nim nawet wcześniej, zanim zostałem superwizorem psychodramy. Tym ostatnim zostałem raptem 2 tygodnie temu, po 20 latach kształcenia.

W związku z tym będę opisywał proces superwizji z perspektywy mojej modalności, ale żywe jest we mnie pytanie o moją superwizyjną tożsamość. Superwizja w psychodramie nie różni się zasadniczo od samej psychodramy — obie są rodzajem eksperymentalnego teatru. Psychodrama to rodzaj gry w czasie terapii; jest ona terapeutyczna i wykorzystywana do celów terapeutycznych. Jej istotą jest granie ról. Zamiana ról jest nie tylko techniką, jest sposobem rozumienia relacji, w dużej mierze też rozumienia człowieka. I psychodrama jest przede wszystkim metodą, która wyraża się w działaniu, czyli większą rolę od sfery werbalnej odgrywa działanie i doświadczanie różnego rodzaju sytuacji — w tym umownym obszarze, jakim jest psychoterapia. Umownym, czyli takim, który nie jest ani realnością uczuciową, ani wewnętrznym światem naszych pacjentów. W związku z tym w superwizji też pojawia się gra i eksperymentowanie. I bardzo ważne określenie w psychodramie, które towarzyszy nam psychodramatystom, to poszerzanie rzeczywistości. Jego odpowiednikiem jest w psychoanalizie korektywne doświadczenie emocjonalne, w dużym skrócie. Czyli poszerzanie rzeczywistości, wychodzenie człowieka ze zredukowanej rzeczywistości, ma też miejsce w sytuacji superwizyjnej. Czyli w sytuacji superwizyjnej odbywa się pewna gra. I to jest podstawowe narzędzie w superwizji, w której superwizo-

wana osoba ma okazję doświadczyć różnych ról; na przykład, jak to jest być w roli swojego pacjenta, jak trudno jest przenieść się do roli terapeuty, jak można sobie eksperymentować z różnego rodzaju zachowaniami, które pomagają przepracować przeniesienie w specyficzny sposób — inaczej niż w psychoanalizie czy w podejściu psychodynamicznym.

<Zofia Mińska-Wrzońska>

W podejściu psychodynamicznym superwizję można rozumieć jako formę rozwoju zawodowego albo uczenia zawodowego. To, w jaki sposób ten rozwój czy też ten rodzaj uczenia zawodowego przebiega, zależy w głównej mierze od etapu rozwoju superwizanta. Czegoś zupełnie innego potrzebuje osoba, która jest na początku drogi, a czegoś zupełnie innego osoba doświadczona: na przykład, gdyby profesor de Barbaro poddawał się superwizji — obie formy są różne. Natomiast czym ta forma rozwoju zawodowego różni się od innych? Dotyczy ona w dużej mierze udzielenia pomocy w dostrzeżeniu takich zjawisk, których z jakichś powodów superwizant sam nie dostrzega lub dostrzega je częściowo. A zakres pomocy zależy od etapu rozwoju zawodowego superwizanta. Może polegać czasem nawet na tym, że superwizor przekaze, a czasem na tym, że superwizant w toku superwizji sam zreflektuje. Natomiast w odróżnieniu od takich form, jak np. ćwiczenia warsztatowe czy teoria, czy wspólne grupy diagnostyczne, gdzie można wspólnie psychodynamicznie diagnozować swoich pacjentów i wzajemnie się w tym wspierać, w superwizji w sensie ścisłym mówimy o przeniesieniowych aspektach emocjonalnych czy relacyjnych i dochodzimy do tego, co jest ukryte. Sposoby zależą i od założeń superwizora, i od etapu rozwoju superwizanta.

<Bogdan de Barbaro>

Bliskie mi jest to, co Zosia mówiła, że to, czym jest superwizja zależy od etapu, na jakim jest superwizant. W związku z tym widzę ją jako rodzaj kontinuum od sytuacji, w której osoba superwizująca jest nauczycielem w relacji z uczniem; do drugiego bieguna, na którym widziałbym superwizanta jako twórczego uczestnika dialogu. I to, w którym miejscu między dwoma biegunami pozostaje ta diada, będzie zależało od etapu rozwoju superwizanta. Gdyby szukać jakichś elementów związanych z konstrukcjonizmem społecznym, to powiedziałbym, że superwizor ma być użyteczny. Nie jest jego zadaniem znalezienie prawdy, w ścisłym tego słowa rozumieniu, tylko jego zadaniem jest znalezienie wersji użytecznej. To, co tutaj wydaje mi się jeszcze ważne — zwłaszcza na tym biegunie zbliżonym do symetrycznego dialogu — to sprawa superwizora jako kogoś, kto przedkłada swoje myśli. W odróżnieniu od psychoterapii jako „push” i „pull” — że pchamy do czegoś lub przyciągamy do czegoś. W superwizji ani nie pchamy, ani nie przyciągamy, tylko przedkładamy, a osoba superwizowana może sobie wybrać z myśli superwizora tę, która będzie jej odpowiadać. Oczywiście innego rodzaju odpowiedzialność będzie wtedy, gdy przychodzi osoba rozpoczynająca swoją drogę terapeuty i tu wydaje się potrzebna także rola niemal edukatora. Moja odpowiedź jako superwizora powinna być odpowiedzialna, a więc adekwatna, komplementarna do potrzeb tego, kto przychodzi po pomoc. Bliskie mi jest też prze-

konanie, że w superwizji powinien być szacunek do osoby superwizowanej, powinna być dbałość o bezpieczeństwo i klimat wzajemnego zaciekawienia.

<Zofia Pierzchała>

Zgadzam się z panem profesorem w ostatniej części jego wypowiedzi. Podejście humanistyczno-egzystencjalne bazuje na relacji określonej przez wzajemny szacunek, ciekawość i dialog, który „tu i teraz” rozwija się poprzez wzrost jednej i drugiej osoby. Wspomniane podejście jest oparte o filozofię i wyposaża nas w metodologię i sposób myślenia. Filozofowie ukierunkowali psychoterapeutów do patrzenia na wartości i na człowieka w ogóle, na wartości specyficznie ludzkie, będące do tej pory domeną filozofii, a teraz przynależące do psychologii. Wartości takie jak miłość, wolność, wolny wybór, poszukiwanie sensu życia.

Chciałabym zwrócić uwagę na określenie superwizji jako relacji Dwojga, gdzie wyjściowo klient przychodzi do terapeuty, a wtórnie terapeuta przychodzi do superwizora. Mamy więc do rozważenia dwie relacje, które muszą być oparte na tym, co się w nich wydarza. Szczególnie bliskie w tym względzie są mi poglądy Martina Bubera. Według jego podejścia możemy superwizję rozważać jako sytuację, która z punktu widzenia klienta jest opisana jako narada nad nim bez jego obecności. Z punktu widzenia superwizanta jest naradą nad jego kompetencjami i uwarunkowaniami osobowościowymi do bycia terapeutą tego konkretnego klienta. Jeśli z tej sytuacji korzyści wynoszą superwizant i superwizor, to realizuje się rogeriański postulat wzrostu Dwojga w wyniku Spotkania.

<Magdalena Sariusz-Skąpska>

W podejściu poznawczym pytanie, czym jest superwizja, jest bardzo trudne. Trzeba by opisać, jak się zmienił paradygmat poznawczy przez ostatnie trzy, cztery dekady, żeby móc powiedzieć, jak to pojęcie było pierwotnie rozumiane, a jak jest rozumiane współcześnie, w świetle tak zwanej trzeciej fali terapii poznawczej, w której modele terapeutyczne, na których my bazujemy, są bardzo złożone. Terapia trwa długo, jest terapią z pacjentami ze złożoną problematyką. Tak samo można powiedzieć, że pierwotnie superwizja, jak sama nazwa wskazuje, była rodzajem nadzoru nad terapeutą i to nadzoru o charakterze może bardziej technicznym. W ślad za zmianami tego paradygmatu współcześnie możemy mówić o pewnego rodzaju kontinuum pomiędzy techniką a relacją. Praca z superwizantem tylko nad tym, jak od strony „technicznej” pracuje on jako terapeuta (do czego służą rozmaite narzędzia oceny) jest całkowicie niewystarczająca ze względu na wszystkie aspekty relacyjne. Używamy więc kontinuum pomiędzy technicznością a pracą własną tego terapeuty z jego własnymi schematami poznawczymi. Coraz częściej posługujemy się terapią schematu czy terapią dialektyczną, w których nie da się ominąć takiego aspektu superwizji, zahaczającego o terapię własną. Superwizja jest więc z jednej strony kontrolą procesu terapeutycznego — superwizor widzi rzeczy, których sam terapeuta może nie widzieć, nie dostrzegać. Nie mówię nawet o błędach, ale o pewnych aspektach, które warto zaznaczyć w procesie terapeutycznym. Z drugiej strony, poza tym nadzorem zawsze pojawiają się elementy własnych wątków terapeuty w kontekście schematów, jakie się uruchamiają, na przykład częstego schematu poświęcania się, które rzutują na jakość jego pracy.

<Krzysztof Szwajca>

Odniosłem wrażenie, że dużo mówicie Państwo o równości, partnerstwie, o wspólnym rozwoju, o komplementarności potrzeb i plastycznym dopasowywaniu się superwizora. A co ze skończonością czy relacją władzy, z którymi również mamy do czynienia w superwizji? I jeszcze jeden aspekt — mówiliście Państwo o superwizji „dostosowanej do potrzeb”. A co, jeśli fragmentem tych potrzeb jest potrzeba regresji lub potrzeba pracy nad materiałem własnym terapeuty?

<Barbara Józefik>

Jeszcze dodałabym, że pojawił się tutaj wątek własnego rozwoju, wspierania i uczenia, a także radzenia sobie z wątkami osobistymi. To jest ten temat, który jest dla nas interesujący, wszyscy się w zasadzie zgadzamy, że praca własna terapeuty stanowi odrębne szkolenie i nie jest tożsama w żaden sposób z superwizją. Ale zarazem w procesie superwizyjnym mamy dostęp do takich doświadczeń, które będą odnosiły się, co nazwę ogólnie, do pracy własnej. Czy w ramach waszych sposobów myślenia, waszego podejścia jest miejsce na to, żeby wątki pracy własnej podejmować, czy też z założenia nie ma go. A jeżeli tak, to gdzie są granice? Jak się w tym poruszać? Ponieważ relacja superwizyjna, przy całym tym obwarowaniu — szacunku i rozumienia, jest też relacją oceny. W tej relacji jest też element władzy.

<Jarosław Gliszczyński>

To jest bardzo ciekawa kwestia. Zastanawiałem się przed dyskusją, jak przeprowadzić granicę w reprezentowanym przeze mnie podejściu psychodramy. Zauważyłem w swojej pracy superwizora, że w zależności, od tego, czy jest mi bliżej do podejścia psychodynamicznego, czy do superwizora psychodramy, posługuję się różnym „językiem”. I ten inny język czyni mnie różnym superwizorem w jednym i drugim podejściu. Kojarzy mi się to z badaniami nad zmianami osobowości u osób dwujęzycznych, w zależności od tego, którym językiem się posługują. Kiedy podstawowo posługuję się psychodramą, to granica między terapią własną a superwizją przesuwana się i nie jest sztywna. Wydaje mi się, że wiąże się to ze specyfiką psychodramy jako podejścia, w którym terapeuta jest dużo bardziej transparentny niż w innych podejściach. Przykładowo, często w czasie sesji terapeutycznej daje tak zwany shake, czyli dzieli się tym, co jest osobiste również w nim, i jest to bardzo odmienne od psychoanalizy czy podejścia psychodynamicznego. Poza tym często w superwizji używamy gry — terapeuta psychodramy wchodzi w rolę swojego pacjenta, matki pacjenta czy jego psychoterapeuty i w pewnym sensie, w procesie superwizji, odgrywa własną psychodramę, ale w roli zastępczej, nie we własnej tożsamości. W psychodramie nazywa się to psychodramą z protagonistą pomocniczym. W związku z tym my nie tylko rozmawiamy o procesie terapii, także go odgrywamy. Jeśli terapeuta jest w roli swojego pacjenta, gra jakąś rolę, to nie da się tego zrobić bez uruchomienia bardzo osobistych ról w sobie. To, jak gra swojego pacjenta, zależy zarówno od tego pacjenta, jak i od świata terapeuty. W związku z tym, że taka praca jest bardzo angażująca, nie można w superwizji abstrahować od tego, co wnosi terapeuta. Często nie zatrzymujemy się na poziomie konstatacji, że oto odzywa się jakiś nierozwiązany temat czy problem terapeuty, aby

delegować go do terapii własnej. Oczywiście psychodrama nie zaciera zupełnie granicy między superwizją a terapią własną, oczywiście dużą i odrębną częścią szkolenia psychodramatysty jest terapia własna. Jednak w superwizji, poprzez użycie specyficznych, psychodramatycznych narzędzi, idziemy krok dalej w kierunku eksploracji własnego wnętrza terapeuty. Dlatego odpowiadając na pytanie o granice — wydaje mi się, że jest ona trochę inaczej postawiona, niż w wielu innych podejściach.

<Barbara Józefik>

Czy to by oznaczało, że następna sesja superwizyjna mogłaby być poświęcona w sposób planowy na pracę własną terapeuty? Czy tak jest w obrębie tego podejścia? Jest oczywiście, że dotykamy w superwizji spraw osobistych terapeuty, tylko jest pytanie, co znaczy, to dotykanie. Jak głęboko się posuwamy? Czy w procesie superwizyjnym jest możliwy fragment pracy własnej w takim sensie, że problem jest pogłębiony, a nie tylko nazwany.

<Jarosław Gliszczyński>

Niestety, nie mam jednej odpowiedzi na to pytanie, ponieważ psychodramatyści różnią się od siebie pod tym względem. I nawet jak czytam różne sprawozdania z superwizji pisane przez różnych psychodramatystów, to widzę, że są tacy psychodramatycy, którzy idą w tę stronę, a nawet na jakimś etapie wykonują pracę jak terapeuta. Ale bardzo wielu też tego nie robi. Więc to jest kwestia jeszcze nie do końca ustalona. Nie ma standardu pod tym względem. Natomiast bardzo ciekawy jest sposób superwizji w procesie kształcenia psychodramatysty, bo ten bardziej zaawansowany proces kształcenia polega w głównej mierze na superwizji żywej. Czyli dzieje się proces w grupie, osoby prowadzą fragmenty terapii, czyli są role terapeutów psychodramy, jest superwizor, który reflektuje to i na żywo udziela pewnych wskazówek i informacji. Czyli jednocześnie w tym samym procesie kształcenia odbywa się terapia własna, bo uczestnicy grupy szkoleniowej są raz w roli terapeuty, raz w roli pacjenta, w psychodramie protagonisty. W związku z tym bardzo dużo jest zamian roli pomiędzy rolą pacjenta i rolą terapeuty, co jest dość owocne w procesie jego kształcenia. Dość często tego elementu psychodramy używam w czasie superwizji terapeutów niepsychodramatystów, bo to uczy tej elastyczności, przechodzenia od empatii do dystansu. Od bycia w czyichś butach do bycia w roli terapeuty. W związku z tym w tym procesie szkolenia terapeutów jedno i drugie dzieje się w tym samym miejscu, ale nie jest prowadzone przez tę samą osobę.

<Zofia Miłska-Wrzosińska>

Mogę odpowiedzieć bardziej jednoznacznie na to pytanie. W podejściu psychodynamicznym ta różnica jest i jest bardzo wyraźna, granice są niezatarte i powiedziałabym, że nie powinny się zacierać. Oczywiście, szacunek i otwartość na drugiego człowieka wszędzie są potrzebne, w każdym zawodzie związanym z pracą z ludźmi. Jednak same działania zawodowe w podejściu psychodynamicznym są rozumiane inaczej. Dokonano wielu rozstrzygnięć, żeby nie mieszała się i nie zacierała granica pomiędzy superwizją a pracą własną, zarówno jeżeli chodzi o sposób pracy, jak i o kwestie orga-

nizacyjne. A tak na marginesie powiem, że być może dlatego tak mi się to podejście podoba, że w początkach psychoanalizy było zupełnie inaczej, powiedziałabym, że było wręcz przeciwnie. Kolejni psychoanalizyści, poczynając od Anny Freud, szkolenie przechodzili na ogół u osób, które je analizowały. W przypadku Anny Freud był to jej ojciec. Melanie Klein analizowała się najpierw u Ferencziego, który z czasem zaczął ją przygotowywać do zawodu, a potem z nim współpracowała. Taką samą miała relację z Karlem Abrahamem. Melanie Klein bardzo chciała superwizować Winnicotta, kiedy on prowadził analizę jej syna, którego ona sama analizowała trochę wcześniej. Role się często mieszały. Myślę, że być może rygorizm, który później zaczął się wyłaniać, jest odpowiedzią na te traumy wczesnych podwójnych wiązań, a czasem także potrójnych i różnych negatywnych zjawisk, które w tym wczesnym okresie występowały. Identyfikuję się z tym rygoryzmem — inny jest zawód superwizora, inny terapeuty i powinny to być dwa zupełnie odrębne nurty pracy. Podobnie zresztą psychoterapia, czyli doświadczenie własne, powinna być tak daleka od szkolenia i superwizji, jak to tylko możliwe. Różne szkoły psychoterapii, szczególnie psychoanalityczna, bardzo dbają, żeby się nie mieszały te dwa porządki, tak żeby pacjent, który uczy się również psychoterapii, miał poczucie bezpieczeństwa. My, osoby myślące psychoanalitycznie, czasami mamy wątpliwości, czy tak zwane grupy samoświadczeniowe, które na różnych kursach się pojawiają, są rozwiązaniem optymalnym. Szczególnie jeśli są realizowane na tym kursie przez osoby bardziej znaczące albo jeżeli praca własna dzieje się w tej grupie, w której później uczy się terapeuta.

Na czym polega różnica w pracy z pacjentem, od pracy z superwizantem? W pracy z pacjentem psychoterapeuta psychodynamiczny jest skoncentrowany na wewnętrznym przeżyciu pacjenta, na tym, co się z nim dzieje, na jego emocjach, ale również na jego wzorcach relacyjnych, jeśli chodzi o zjawiska bardziej zewnętrzne. Tam jest skierowana jego uwaga, tym się zajmuje, pochyla się nad tym najdokładniej jak może, przygląda się na tyle wnikliwie, na ile pacjent jest na to gotowy, a psychoterapeuta ma takie możliwości. W superwizji jest jednak odmiennie. W zasadzie w centrum pozostaje pacjent, emocje pacjenta, przeżycia pacjenta, wzorzec relacyjny pacjenta. Emocje superwizanta są dla nas istotne, emocje superwizanta coś nam mówią, ale tylko w kontekście jego pracy z pacjentem czy pacjentami — to wynika z równoległości obu procesów. I to jest zupełnie inny sposób pracy, zupełnie inny sposób rozmowy, zupełnie inny sposób kontaktu. Jeśli ja na przykład zauważam, że moja superwizantka ma skłonność do przypisywania pacjentom złości, a pacjent raczej przejawia rozpacz i poczucie beznadziejności, to pytam, czy są również inne emocje, które się pojawiają, a ona może je uznać albo nie. Natomiast jeśli to jest taki rodzaj reakcji, o którym można myśleć przeciwprzeniesieniowo, który będzie się powtarzał i będzie obecny w naszym procesie superwizyjnym wielokrotnie, to wtedy zwracam jej uwagę, że jest to problem wymagający przyjrzenia się mu we własnym procesie psychoterapii. Ale nie zajmuję się z nią na superwizji tym, jak ona rozumie, że ma skłonność do tego rodzaju reakcji. To bym uważała za przekroczenie ram procesu superwizyjnego. Uważam, że nie mam do tego legitymizacji, nie jestem na to umówiona. Moim zadaniem jest, żeby jej powiedzieć: „Zobacz, po raz czwarty w ciągu roku coś takiego znowu się pojawia. To mnie zastanawia. Co ty o tym myślisz?”. Czasami trzeba postawić granicę. Jeżeli

u superwizanta przeciwprzeniesienie pojawia się w formie jakiegoś przekroczenia granic, to mogę jako superwizor powiedzieć, że się na nie nie godzę. W psychoterapii bym tak nie powiedziała, póki to nie byłby atak fizyczny na psychoterapeutę czy jakieś inne dramatyczne naruszenie reguł współżycia społecznego. Myślę, że superwizja i psychoterapia są po prostu innymi sposobami funkcjonowania, mimo że na ogólnym poziomie wymagają podobnej postawy. Ale jeszcze raz chcę podkreślić, że w centrum uwagi zawsze jest pacjent i w psychoterapii, i w superwizji. I to jest istotna różnica, bo w psychoterapii mamy do czynienia z tym pacjentem, a w superwizji mamy do czynienia z pacjentem pośrednio.

<Barbara Józefik>

A jeżeli pomyślimy o tym, że w centrum jest relacja terapeutyczna?

<Zofia Miłska-Wrzościńska>

Relacja terapeutyczna ma służyć pacjentowi, a nie psychoterapeucie. To dobrze, gdy służy psychoterapeucie, ale ma służyć pacjentowi.

<Zofia Pierzchała>

Chciałam zwrócić uwagę na ten aspekt relacyjny, w którym rzeczywiście superwizor zajmuje się klimatem relacji, jaką superwizant tworzy wraz ze swoim klientem. W tym sensie obecne treści są dowodem na równoległe procesy. Z punktu widzenia humanistyczno-egzystencjalnego relacją superwizyjną kierują osoby zastanawiające się nad dobrem klienta. Bywają takie momenty, w których terapeuta superwizant czegoś nie rozumie, z czymś jest mu źle, popełnia błędy lub ma świadomość impasu. Coś w terapii „nie idzie”. Otwiera przed superwizorem obszary własnych trudności. Mówi: „pomóż mi”. Długoterminowe relacje superwizant — superwizor obfitują w takie momenty. Wówczas superwizant zwraca się do superwizora, by zająć się tą sprawą, która wyszła przy okazji omawiania, co dzieje się na sesjach z klientem. Zdarza się, że decyduję się na rolę terapeutki wobec superwizanta, gdyż on/ona nie ma innej możliwości na własną pracę terapeutyczną, niż podczas godziny tej superwizji. Dlaczego? Bo jest z małego miasta, bo skończył psychoterapię własną dawno temu, bo podjęcie na nowo procesu terapeutycznego wydaje się karkołomne z uwagi na bliskie spotkanie z klientem (np. za dwa dni), bo ma pewność, że jednorazowa praca nad tym jego/jej ograniczeniem czy kłopotem będzie wystarczająca, itd., itp. Ufam, że terapeuta jest osobą dojrzałą, że asymilacja efektu terapeutycznej interwencji wystarczy, by mógł efektywnie pomóc swojemu klientowi. Zdarza się, że na superwizji odbywa się proces terapeutyczny incydentalnie, jednorazowo tak, by terapeuta odzyskał siłę i moc terapeutycznego „ja”. Nie przekształcam jednak superwizji w terapię. To byłby błąd. Doświadczenia uczą mnie, że w procesie kształcenia młodych psychoterapeutów superwizor odbiera różne ich oczekiwania. Na początku szkolenia przyszły terapeuta najczęściej spodziewa się i potrzebuje konkretnych informacji, konkretnych instrukcji, konkretnych „przepisów”, dużej dozy wsparcia. Już średnio zaawansowani studenci posiadają wiedzę i wystarczające umiejętności, by prowadzić terapię. Boją się popełnić błąd. Często skoncentrowani są na przeżyciach własnych i wtedy najczęściej pojawia się pytanie o możliwość przepracowania terapeutycznie określonego tematu czy problemu w ra-

mach superwizji. Kiedy spotykam się z psychoterapeutami samodzielnymi, najczęściej z certyfikatami, superwizja staje się spotkaniem kolegów „po fachu” i wówczas próśb o sesję terapeutyczną w ramach superwizji jest niewiele. A jeśli są, nie odmawiam. Na chwilę staję się terapeutką, a po przepracowaniu trudności w naturalny sposób superwizja toczy się dalej. Wspólnie nachylamy się nad terapią klienta.

<Bogdan de Barbaro>

Siedzę pomiędzy jedną Zofią a drugą Zofią, rozumiem, że się różnicie i spróbuję opisać sytuację pośrodku. Zacznę od refleksji nad ważnym tekstem Penna, Sheinberga pod tytułem: „Czy jest terapia po konsultacji?” [6]. Artykuł ten pokazuje, w kontekście terapii rodzinnej, że jeżeli przeprowadza się wnikliwe konsultacje, wnikliwie bada problem, to może się okazać, że pytania zadawane przez konsultanta wymuszają znajdowanie ważnych odpowiedzi przez członków rodziny i znalezienie tych odpowiedzi powoduje zmianę w tej rodzinie. Pojawiają się nowe myśli tworzące nową rzeczywistość. Widzę w tym analogię do sytuacji superwizji. Może być bowiem tak, że superwizja, jeżeli trzymać się tego określenia, jest rodzajem twórczego dialogu i takie spotkanie może prowadzić do nowych opisów, nowych nazw czy znajdowania nowych kluczy, a to może inspirować zmianę w terapeutcie, który jest superwizorowany. A więc gdyby się odnieść do kategorii użytych przez Zosię, że są dwa nurty, to powiedziałbym, że są to dwa nurty, założenia, natomiast między tymi nurtami dochodzi do przecieków. Innymi słowy, badanie czegoś może generować zmianę. Jeżeli przyjąć, że superwizja ma być tylko pewnego rodzaju badaniem, a terapia ma prowadzić do zmiany, to można sobie wyobrazić, że samo badanie też może prowadzić do zmiany.

<Barbara Józefik>

Zbyszku to do Ciebie jeszcze jedno pytanie. Rozumiem, że mówisz o modelu teoretycznym. Chciałabym się zapytać od strony praktycznej, jakbyś pracował z osobą, która jest na początku swojej drogi, czyli jest w superwizji szkoleniowej, niemającej charakteru konsultacji. W tym, co ta osoba przedstawia, też w tych kwestiach, które są istotne, związane z uczuciami i przeżyciami tej osoby — terapeutę.

<Bogdan de Barbaro>

Do nazwania. Nie posuwałbym się do takich wypowiedzi, które miałyby charakter terapeutyczny, tym bardziej nie posuwałbym się do przejścia formalnie do roli terapeuty, tylko bym „do-ponazywał”, że to jest sprawa, którą można dalej zgłębiać przy pomocy kogoś innego zwanego terapeutą.

<Barbara Józefik>

Czy Ty jako superwizor systemowy systemowej terapii opowiadasz się za analizowaniem genogramu rodzinnego pacjenta, rodziny i porównania go z genogramem terapeuty i śledzeniem powiązań pomiędzy nimi?

<Bogdan de Barbaro>

Tylko do momentu, który można określić jako nazwanie problemu czy dostrzeżenie analogii. Rzeczywiście, gdy zaczynałem pracować jako terapeuta rodzinny, byłem tak

superwizowany. Pracowaliśmy grupowo — na jednej karcie przedstawialiśmy genogram rodziny w terapii, a na drugiej — własny genogram. Dostrzegano analogie między momentem, w którym byłem w impasie jako terapeuta i w impasie terapii tej rodziny, a tym, co było moim jakimś gorącym obszarem w moim genogramie. Ale nie powodowało to, że mój superwizor mówił: „no to teraz zajmiemy się tą twoją niedokończoną żalobą związaną z pradziadkiem”. Dochodziło tylko do momentu nazwania.

<Zofia Pierzchała>

Chciałam tylko dopowiedzieć. Ten moment, w którym superwizor mówi terapeutce: „to jest właśnie twój problem”, „ta sprawa dotyczy twojego ograniczenia”, otwiera możliwości pracy terapeutycznej. Jednak nie zachęcam, nie proponuję: „zróbmy to teraz”, „zróbmy to razem”. Podejście humanistyczne bezwzględnie bazuje na wolności wyboru i odpowiedzialności. Zarówno terapeuta, jak i superwizor to dwie równouprawnione osoby do podjęcia decyzji o tym, czy w trakcie superwizji będzie praca terapeutyczna terapeuty nad problemem, który ograniczył jego możliwości terapeutyczne wobec klienta.

<Magdalena Sariusz-Skąpska>

W paradygmacie poznawczym chcielibyśmy modelowo, żeby terapeuta po zakończonym szkoleniu, terapeuta, który jest już certyfikowanym terapeutą poznawczym, miał za sobą pracę własną i przepracowane wątki, nad którymi pracował w trakcie czteroletniego treningu.

Ale oczywiście nie zawsze tak jest i stąd przydatność pojęcia continuum. Terapeuta świeżo po szkoleniu oczekuje konkretnej pomocy i wskazówek. Szczególnie wyraziście formułuje pytanie: „co ja dalej mam zrobić”? Ma pytania bardzo konkretne i techniczne. Natomiast to continuum między techniką a relacją rozwija się w ramach szkolenia, w ramach superwizji również. Z czasem przechodzi się — w miarę zdobywania przez terapeutę doświadczenia — od wątków, które dotyczą strategii postępowania do różnych wątków własnych. Padła tu sugestia, że dobrze by było, aby zauważenie przez superwizora wątku własnego u terapeuty skutkowało zwróceniem na niego uwagi, zatrzymaniem się i pracą nad tym problemem i że dobrze by było, gdyby to zamknęło się w tej jednej konsultacji, żeby terapeuta był tak wyszkolony, żeby umiał sobie poradzić z tym tematem. Oczywiście czasem przychodzi też moment, kiedy sugerujemy rozważenie pracy własnej, już nie w ramach pracy z superwizorem. Jeżeli praca nad własnymi wątkami miałaby przekraczać jedną czy dwie konsultacje, warto rozważyć przekierowanie terapeuty. Aczkolwiek przenikanie superwizji i terapii wydaje się nieuchronne, szczególnie w sytuacji złożoności problematyki pacjentów, z którymi pracujemy.

<Krzysztof Rutkowski>

Odwołując się do psychoanalizy, ale może w jej dzisiejszym ujęciu, chciałbym podkreślić równorzędność obu osób uczestniczących w procesie superwizji, np. co do podejmowania decyzji. Trudno sobie wyobrazić pracę analityczną bez tego, co Pan przywoływał, czyli poznania, rozpoznania własnych emocji. Różnica polega

tylko na tym, że nie dzielimy się tymi treściami, podobnie jest w procesie superwizji. Trudno sobie wyobrazić precyzyjną umowę w sprawie granic, gdzie jest terapia własna, gdzie jest terapia w ogóle, gdzie jest analiza, a gdzie superwizja. I nie da się umówić z superwizantem, że jego nieświadomość będzie się ujawniać w analizie, a w superwizji się nie ujawni. Wiadomo, że ujawniać się będzie. Ewentualnie da się zawrzeć w kontrakcie, że nie pracujemy nad genezą treści ujawnianych w superwizji. Zakładamy, że są one wspomnianą wcześniej równoległością. Trudno komuś wskazywać: „tu jest twój problem, idź go sobie rozwiąż”. Raczej opisujemy: „tu zaszło takie i takie zjawisko” i już po stronie superwizanta, czy osoby będącej w analizie, jest poszukiwanie genezy tego zjawiska. Nie pytamy w czasie superwizji: „a jakie masz z tym skojarzenia, skąd ci się to wzięło?”. Natomiast pozwolę się nie zgodzić ze stwierdzeniem, że emocje superwizanta nie są w polu uwagi, nie są ważne, a na pierwszym miejscu jest pacjent. Powiedziałbym, że tak się dzieje przy opisach, a i tak nie w pełni, bo zawsze trzeba o przeniesieniu i przeciwprzeniesieniu też coś dopowiedzieć. Trudno niektóre zjawiska, które zachodzą w relacji i odbywają się na poziomie świadomym i nieświadomym opisać, bez uwzględnienia emocji superwizanta. Jak inaczej pracować np. nad identyfikacją projekcyjną niż poprzez rozpoznawanie jego emocji? Wówczas także superwizor korzysta z narzędzia, jakim jest jego własna psychika. Nie mówię o wiedzy, nie mówię o intelekcie, żeby pomóc takie zjawisko opisać, ale po prostu o psychice. Te zjawiska, które zachodzą na poziomie głęboko nieświadomym, angażują emocjonalnie, ale oczywiście ich pierwotne źródło — które dopiero pobudza i rezonuje w pozostałych psychikach — jest w nieświadomości pacjenta. To, co jest bardzo podobne w obu procesach: i analitycznym, i superwizyjnym, to jest ujawnianie się procesów nieświadomych. Ale bardzo ważną i zasadniczo nieprzekraczalną granicą jest szukanie przyczyn i praca nad nimi. W procesie superwizyjnym zostawiamy superwizantowi pole do zastanawiania się, nie szukamy przyczyn, a mówiąc: „będzie gdzieś tam w twojej nieświadomości”, już uciekamy od opisanego zjawiska jako takiego. Chodzi o to, co się dzieje w procesie z punktu widzenia superwizji, w procesie między pacjentem a analitykiem, czyli superwizantem.

<Barbara Józefik>

Czy zdarzało się Państwu przekroczenie tych reguł, o których mówicie. I Zosia, i Jarek mówią, że jest możliwy fragment pracy własnej, a inni Państwo, że nie. Ale czy zdarzały się takie sytuacje, czy taki rodzaj problemu wniesionego, że było możliwe przekroczenie tych granic?

<Krzysztof Rutkowski>

To będzie rozwinięcie tego, co powiedziałem przed chwilą. Szukanie przyczyny trudności wyłącznie w superwizancie i jego psychice czy w jakichś jego nierozwiązanych kompleksach, jest sygnałem ostrzegawczym. Powinniśmy zastanowić się, co się dzieje, dlaczego wychodzimy poza proces, poza obserwacje zjawisk i staramy się znaleźć przyczynę bardzo konkretną, punktową i zamkniętą.

<Jarosław Gliszczyński>

Myślę, że nie jest przypadkiem, że pewne rysy wspólne pojawiają się w podejściu humanistycznym i psychodramie. Wspólne są korzenie obu tych podejść, np. Martin Buber i koncepcja spotkania. Psychodrama rozumie terapię jako miejsce spotkania, czyli bardzo ważną relację związaną z drugim człowiekiem, ale też związaną z samym sobą i w związku z tym, jakby to odnieść do kwestii terapii własnej i granicy, to ja bym tak roboczo sformułował taką hipotezę odnośnie do psychodramy. Dlaczego ta granica tutaj jest widziana może trochę inaczej niż w podejściu psychodynamicznym czy psychoanalizie. W psychodramie po pierwsze koncentrujemy się na zasobach. Oczywiście współczesna psychodrama nie pomija zaburzeń, ale chodzi o punkt ciężkości. W związku z tym zaburzenia są często rozumiane jako wynik niedostatku spontaniczności i kreatywności — to dwa ważne pojęcia w psychodramie. W pewnym sensie, terapeuta może „zdrowieć” w superwizji, niekoniecznie tylko w terapii własnej, bo jego horyzont, kreatywność, spontaniczność, umiejętności czy zdolności twórcze podlegają rozwojowi. Oczywiście, zdecydowana większość superwizorów w psychodramie też nie zamienia superwizji w terapię. Podobnie, jak w psychoanalizie, w superwizji dokonuje się praca eksploracyjna, poszerzająca kreatywność, ale jeśli ktoś ma naprawdę poważne problemy, które się ujawniają w relacji, wtedy również jest delegowany do takiej czy innej formy terapii.

Podsumowując, szczególnie istotną rzeczą jest dostosowanie charakteru prowadzonej superwizji po pierwsze do założeń teoretycznych leżących u podłoża podejścia terapeutycznego, po drugie do tego, jak wygląda terapia w tym podejściu. Powinna być pewna analogia, powinniśmy na różnych piętach stosować podobne reguły. I może w tym kontekście można rozumieć, dlaczego różnie podchodzimy do kwestii terapii własnej i superwizji. Ja doskonale rozumiem stanowisko pani Zofii, która reprezentuje podejście psychodynamiczne, bo to jej do niego pasuje, do innych podejść mogą pasować trochę inne koncepcje. Szczególnie ważne jest dostrzeganie specyfiki własnego podejścia, a w przypadku integracji podejść, każdorazowe rozważenie, co do czego pasuje, a co nie. Jeśli tworzymy integrację, to również na poziomie teoretycznym.

<Zofia Miłska-Wrzośńska>

Skoro już wypadło mi reprezentować rygoryzm, to jeszcze wyostrzę. W podejściu, z którym się identyfikuję, nie wyobrażam sobie, żebym na jednej czy kilku sesjach zamieniła się w terapeutkę mojego superwizanta. Postrzegamy to jako niepotrzebnie wikłające, tworzące podwójne relacje. Nie widzę powodu, żeby tak robić. Podobnie, jeśli ktoś był u kogoś w wieloletniej terapii własnej (nie mówię w krótkoterminowej interwencji kryzysowej), to raczej, z wyłączeniem jakichś wyjątkowych sytuacji, nie pójdzie do tej osoby na superwizję — nawet po kilku latach. Musiałyby być ku temu jakieś wyjątkowe powody. Na ogół to się nie zdarza. Troszkę się patrzy liberalniej na kierunek odwrotny, od superwizji do terapii. Choć i tutaj, przy wieloletniej relacji superwizyjnej zmiana jej na terapię wydawałaby się dość karkołomna. Być może byłoby to możliwe w przypadku uczestnictwa w grupie superwizyjnej. Ale zasadniczo, tego rodzaju rygoryzm — zakaz mieszania ról, wpisany jest w podejście psychodynamiczne. W związku z tym odpowiedź Basiu na Twoje pytanie jest taka, że mnie od

czasów, od kiedy uważam się za dorosłą terapeutkę, a to jest dość długo, taka sytuacja się nie zdarzyła. Moja młodość terapeutyczna przypadła na takie czasy, kiedy w ogóle wszystko mieszało się ze wszystkim i kiedy było trudno ustalić, czy to jest szkolenie, czy to jest terapia, czy to jest trening, czy to jest jeszcze coś innego. Więc z wyjątkiem tego okresu młodości, później takich rzeczy nie robiłam. Natomiast myślę, że zdarzało mi się popełnić inny rodzaj przekroczenia, tzn. superwizja czasami miesza mi się z relacją osobistą. Czyli, kiedy widzę w toku superwizji, że superwizant jest potrzebujący, to daję mu jakieś wsparcie. Albo też zachowuję się dość nieprzychylnie, jeśli uważam, że pacjent został szczególnie źle potraktowany. Zdarza się, że reaguję osobiście, nie zawsze zachowuję neutralną postawę superwizora, natomiast nigdy nie wchodzę w rolę terapeuty i nie widzę powodów, żebym miała to robić. Nawet nie mam takiej pokusy.

<Zofia Pierzchała>

Chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na tożsamość superwizora, bo jest bardzo ważną kwestią to, kim on jest. Czy jest to psychoterapeuta o określonym zbiorze umiejętności i cech? Czy wystarczy być znawcą psychoterapii? Czy nauczycielem zawodu? Kim jestem pełniąc rolę superwizora? Kiedy jestem psychoterapeutką angażuję moje doświadczenie zawodowe i wiedzę do pomocy klientowi, by wyszedł z objawów, by przestał cierpieć ponad miarę, by poradził sobie z problemami, by żył w bardziej szczęśliwy i zdrowy sposób. Kiedy jestem superwizorką, także angażuję doświadczenie zawodowe i wiedzę, jednak na innym poziomie. Pomagam terapeutę w wdrożeniu świadomości na temat bycia terapeutą konkretnego klienta, w określonym momencie procesu terapeutycznego. Rozpoznaję, co jest mu potrzebne: jaka wiedza, jakie umiejętności, by efektywnie pomógł klientowi wówczas, gdy ma poczucie, że coś „nie idzie” lub „idzie nie tak”. W centrum uwagi superwizora znajdują się terapeuta i pacjent i ich wzajemna relacja, jednak świadomość ukierunkowana jest na klienta. Bycie superwizorem to współodpowiedzialność z psychoterapeutą za kondycję i zdrowie klienta.

GŁOSY UCZESTNIKÓW Z SALI

<Jerzy Aleksandrowicz>

To, co powiedzieliście, sprowadza się do przerzucenia odpowiedzialności za to, co się dzieje z pacjentem, na superwizowanego. Jak się to ma do naszych deklaracji w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia, że superwizor zabezpiecza prawidłowy bieg terapii? Po drugie mam wrażenie, że wszyscy Państwo mówili o superwizji tak, jakby było to pomaganie osobie zdrowej. Z takiego stanowiska może wynikać dyrektywa, że jeżeli stwierdzamy zaburzenia, to kierujemy do terapii własnej, która już nie jest superwizją, jest czymś innym. Że osobie zdrowej wystarczy czasami, że superwizor pomoże wyciągnąć z tego czego wnioski, nawet takie, że terapeuta potrzebuje jakiejś głębszej pracy nad sobą. Ale czy to samo może dotyczyć tego obszaru, w którym w superwizji pojawia się chociażby emocjonalne echo tego, co się dzieje w procesie terapeutycznym, czyli relacji z osobą chorą, której ta superwizja nie wystarcza?

Hanna Zielińska-Pinkowska:

Chciałabym zaprotestować przeciwko takiemu zero-jedynkowemu widzeniu człowieka — chory bądź zdrowy. Mam doświadczenia z superwizji, że u mojej superwizantki występuje taka trudność, która jej nie pozwala zobaczyć na przykład prawidłowo naszej relacji, ale boli ją ona, także boli ją relacja z pacjentem i tylko w pewnych zakresach to się ujawnia i w pewnych tylko momentach superwizji. Ja proponuję terapię własną, na którą ona się godzi i zawieszamy na jakiś czas superwizję. Po tym czasie ona wraca i pracuje się zupełnie inaczej. I ona jest z tego zadowolona, i ja też. I to nie jest człowiek chory, to jest człowiek, który ma pewną psychiczną trudność w określonym obszarze. I ja nie jestem od tego, żeby to rozwiązać. Ja mogę wskazać, że jest trudno i że może byłoby lepiej się tym zająć.

<Jerzy Aleksandrowicz>

Terapia własna tego superwizowanego terapeuty to jest coś innego niż leczenie zaburzenia.

<Bogdan de Barbaro>

Mnie się wydaje, że to jest bardzo ważne pytanie Jurku, które zadajesz. Podobnie jak Hania uważam, że podział na zdrowych i chorych jest bardzo ryzykowny i z jednej strony wolę odwoływać się do perspektywy zasobów, niż do takiej kategorii, jak patologia. A to dlatego, że bliskie mi jest konstrukcjonistyczne przekonanie, że nie ma zdrowych, są tylko „niedobadani”. W związku z tym, gdybym szedł tym tropem, to wówczas mogłaby się wzmocnić we mnie idea przenikliwości, która ma wadę: jak mam młotek, to znajdę gwoździe. A wtedy bardzo ważna relacja między superwizorem a osobą superwizorowaną, mająca być oparta na poczuciu bezpieczeństwa, zamieni się w relację: kto kogo przechytrzy. I to jest bardzo poważna pułapka w tej relacji. Idea przechytrzenia jest ideą, która często nam nieświadomie czy przedświadomie towarzyszy, bo chcemy, czujemy się, aby być mądrzejszymi od osoby superwizowanej. Ale wówczas osoba superwizowana będzie przedstawiać swoje problemy tak, żeby nie zostać przez superwizora zraniona, napomniana za nieuctwo albo za nieumiejętność. Z tego punktu widzenia na pytanie, kto odpowiada za terapię, w ostatecznym rozrachunku i tak będzie odpowiadał terapeuta. Moim zadaniem jest tak rozmawiać z terapeutą superwizorowanym, żeby czuł się wystarczająco bezpiecznie, żeby odsłaniał swoje istotne problemy, a nie tylko, żeby toczyła się gra pod tytułem „jestem dobrym terapeutą”. To jest poważne niebezpieczeństwo.

<Magdalena Sariusz-Skapska>

Mogę się podpisać pod tym, chociaż w tym podejściu, które ja reprezentuję: my operujemy diagnozami, natomiast zasadniczo staramy się nie operować pojęciem zdrowy/chory i to jest bardzo istotny aspekt. Nie stawiamy takiej widocznej granicy. Rozpoznajemy natomiast rodzaj problemu, co jednak jest czymś troszeczkę innym. Zdecydowanie w podejściu poznawczym odpowiedzialność za czyjeś trudności w procesie terapeutycznym, stoi po stronie terapeuty, dlatego funkcja superwizji jest tutaj szczególnie ważna, trzeba te trudności omawiać, co wynika z samej konstrukcji tego paradygmatu.

<Zofia Milska-Wrzośńska>

Przyjmując metaforę zdrowia i choroby. Jeśli superwizant okazuje się „chory”, czyli wnosi takie emocje czy informacje do procesu superwizji, które pokazują mi, że on na różne sposoby swoich pacjentów krzywdzi, że działa nieoptymalnie, to rodzi to pytanie o moją odpowiedzialność. Czuję się odpowiedzialna za pacjenta i mojego superwizanta, ale znam granice swoich możliwości — nie poprowadzę terapii za superwizowanego. Jestem odpowiedzialna, za pomoc w uzyskaniu przez niego jak najlepszego wyposażenia, żeby w terapii dobrze sobie poradził. Ale założmy, że mimo tej mojej odpowiedzialności i pracy, superwizant będzie robił rzeczy niszczące, niedobre i jego błędy będą wynikać z jakiegoś jego wewnętrznego elementu psychicznego, który go do tego skłania. Jeżeli nie będzie możliwości zmiany, a wypróbuję wszystko, co mogę, to wyraźnie mu powiem, że nie zgadzam się z tym, co robi. Dalsze prowadzenie superwizji byłoby podpisywaniem się pod tym i wobec tego nie jestem w stanie współpracować. Ja jako superwizor nie czuję się onnipotentna, choćbym chciała.

Uwagi końcowe

Przedstawiona dyskusja była wielowątkowa, inspirująca. Przytaczamy ją praktycznie w całości, przekonani, że zaprezentowana złożoność wątków i żywy, osobisty charakter wypowiedzi doświadczonych superwizorów są szczególną wartością tego tekstu. Organizując tę dyskusję pytanie o granicę między procesem superwizyjnym a relacją psychoterapeutyczną obrosło w wiele aspektów, opisów, różnorodnych poglądów. I oczywiście, nie ma na nie jednoznacznej odpowiedzi. Doświadczeni i uznani reprezentanci szkół terapeutycznych opowiedzieli się albo za poglądem o zasadniczym znaczeniu jasnych granic i ich nieprzenikalności, albo za takim, gdzie ta nieprzenikalność jest jednym z wariantów, a nie jakąś szczególną wartością. Wydaje się to naturalne. Orientacje terapeutyczne realnie różnią się między sobą, wyposażają swych adeptów w inne nieco zestawy pożądaných technik i zachowań. Nie inaczej jest w superwizji. Nie jest jednak jasne, czy to modalność w największym stopniu wpływa na nasze funkcjonowanie w rolach, w tym w roli superwizora. Nancy McWilliams [7] pisze: „Superwizorzy są tak różnorodni i tak specyficzni, jak terapeuci. Większość doświadczonych nauczycieli terapii wypracowała własny styl, łączący ich osobowość ze stojącym przed nimi zadaniem” (s. 82). Jakie znaczenie dla superwizji mają nasze czynniki osobowościowe, nasze nastawienia, nasz indywidualny styl pracy? Nasze, czyli zarówno superwizora, jak i superwizowanego. Interakcyjność tego procesu nie budzi wątpliwości, a takie pojęcia jak komplementarność, wzajemny wpływ i dopasowanie, elastyczna, wzajemna adaptacja, są nieodłącznym elementem opisu sytuacji superwizyjnej. Znaczenie czynników osobowych, cech charakteru i interakcji czy kontekstu jest być może tym większe, że te zmienne pozostają w cieniu paradygmatu, w którym pracujemy. Z tej perspektywy ważne, choć może retoryczne, jest pytanie, czy te szkoły terapeutyczne, które bardziej akcentują jasność granic czy te, które akceptują ich płynność i przenikanie, bardziej wspierają to, co dzieje się w codziennej praktyce, w bardzo osobistym, intymnym spotkaniu dwojga osób, które służyć ma temu trzeciemu — pacjentowi.

W dyskusji wybrzmiało także znaczenie procesualności superwizji, zależności jej charakteru od etapu pracy i dojrzałości superwizowanego. Wydaje się, że łatwiej jest zaakceptować niejasną granicę między superwizją a terapią w pracy z bardziej doświadczonymi superwizantami, kiedy w naturalny sposób role są mniej sztywne, relacja jest bardziej osobista, a ryzyko regresji czy infantylizacji poddanego superwizji — niewielkie. Bowiem pomimo nieuniknionej asymetrii i nierówności w relacji superwizor — superwizowany, nikomu (zarówno tej dziedzinie, jak i klientowi) nie służy przesadna identyfikacja terapeuty z superwizorem, jego nadidealizacja, poszukiwanie w superwizorze „idealnego rodzica” [8].

Z tej perspektywy wydaje się, że paneliści mówili o tym samym. O potrzebie uważności i samoograniczania się superwizora, który może coś dostrzec, nazwać, zasugerować, ale... niewiele więcej. Bo superwizja nie jest terapią.

Piśmiennictwo

1. Gilbert MC, Evans K. Superwizja w psychoterapii. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
2. Józefik B. Superwizja — perspektywa systemowa. *Psychoter.* 2010; 3:11–22.
3. Popiel A, Pragłowska E. Superwizja w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Koncepcje, procedury, narzędzia. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2013.
4. Lesser RM. Supervision: Illusions, anxieties and questions. W: Caligor L, Bromberg PM, Melzer JD, red. *Clinical perspectives on the supervision of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: International Universities Press; 1983.
5. Bird J. *Constructing the narrative in super-vision*. Auckland: Publishing Press Limited; 2006.
6. Penn P, Sheinberg M. Is there therapy after consultation? A systemic map for family therapy consultation. W: Wynne L, Mc Danile S, Weber T, red. *Systems consultation. A new perspective for family therapy*. New York — London: The Guilford Press; 1986.
7. McWilliams N. *Psychoterapia psychoanalityczna*. Gdańsk: Harmonia Universalis; 2011.
8. Berman E. Psychoanalytic supervision: The intersubjective development. *Rel. Psychoanal.* Vol. 2: Innovation and expansion, 2013; 28: 145–170.

adres: martaszwajca@gmail.com