

Potrzeby superwizji w społeczności terapeutycznej

Ewelina Wasiek-Organa

Wstęp

Pracuję metodą społeczności terapeutycznej od ponad dwudziestu lat i pomimo tego doświadczenia nie jest mi łatwo o niej pisać, ponieważ z jednej strony znam ją bardzo dobrze a z drugiej na rynku polskim nadal jest bardzo mało naukowych publikacji dotyczących tej metody pracy. Janusz Strzelecki napisał, że „społeczności są jak ludzie, przez których są tworzone i z których się składają. To żywe ewoluujące byty. Zmieniają się w zależności od potrzeb osób oczekujących pomocy, wymogów stawianych przez system ochrony zdrowia, warunków, możliwości i aktualnej sytuacji w regionie i kraju”¹. Bardzo osobiście doświadczam tej sentencji, zaczynając pracę uczyłam się od bardziej doświadczonych koleżanek i kolegów, wielu z nich było neofitami/wychowankami Marka Kotańskiego. Tak jak zmieniał się mój rozwój zawodowy, moja świadomość jako psychoterapeuty, a jednocześnie potrzeby osób potrzebujących pomocy tak zmienia się również przez lata społeczność terapeutyczna, w której pracuje.

Początki społeczności terapeutycznej w Polsce

Początki powstawania ośrodków terapii uzależnień dla osób uzależnionych pracujących metodą społeczności terapeutyczną sięga lat 70 ubiegłego stulecia. Pierwszy ośrodek został otworzony przez Marka Kotarskiego w 1978 r. Wzorował się na rozwiązaniach amerykańskich, a bezpośredni wpływ miało odwiedzenie przez niego zachodniobерlińskiego Synanonu. Pierwszy ośrodek powstał z przeniesienia części pacjentów i pracowników Sanatorium w Garwolinie do jednego z mniejszych oddziałów w Głuskowie, formalnie nadal pozostając w strukturach szpitala². Podstawą działania ośrodka stały się samodzielność i samokontrola pacjentów. Reguły jego funkcjonowania były oparte na charyzmatycznym przywództwie, równości członków społeczności, pełnej abstynencji, ograniczonym dopływie wzorców z zewnątrz i budowaniu własnych norm. W ośrodku terapię podejmowały osoby głównie uzależnione od substancji opioidowych. W tamtym czasie uzależnienie od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol uznawane było za nieuleczalne. Społeczności Synanonu opierały się na zasadzie, że z „Synanonu się nie wychodziło, w Synanonie się

¹ Janusz Strzelecki „Polskie społeczności terapeutyczne” Terapia osób uzależnionych i ich bliskich nr 4/2024, 11-18

² Janusz Strzelecki „Polskie społeczności terapeutyczne” Terapia osób uzależnionych i ich bliskich nr 4/2024, 11-18

zostawało”. Ta zasada nie obowiązywała w ośrodku założonym w Głogowie. Natomiast w związku z bardzo dużą potrzebą pomocy osobą uzależnionym osoby kończące program razem z Markiem Kotańskim zakładały i prowadziły kolejne ośrodki. Wśród pracowników - wychowawców przeważali neofici (osoby, które ukończyły własną terapię i zmieniły system wartości). Ośrodki pracujące metodą społeczności terapeutycznej powstawały jako jedyna skuteczna metoda pracy z pacjentem uzależnionym od opioidów. Obecnie metoda społeczności terapeutycznej jest jedną z najczęściej stosowaną w terapii stacjonarnej długoterminowej osób uzależnionych od różnych substancji psychoaktywnych. Według danych NFZ w 2023 roku w Polsce było 74 oddziały /ośrodki stacjonarne. Metoda stosowana jest zarówno w stosunku dla dzieci i młodzieży, osób dorosłych jak i osób z podwójną diagnozą. Społeczności terapeutyczne realizują w ośrodkach stacjonarnych programy o różnej długości. Programy krótkoterminowe od trzech tygodni do sześciu miesięcy, programy średnioterminowe od sześciu do dwunastu miesięcy, programy długoterminowe od dwunastu do dwudziestu czterech miesięcy. Jest to uwarunkowane specyfiką i potrzebami poszczególnych grup pacjentów. Skrócenie programów stacjonarnych wynika ze zmiany profilu pacjenta, do ośrodków trafia coraz więcej osób młodych, zmieniły się również zażywane substancje na nieopiodowe, ale także nacisków NFZ jako dysponenta środków publicznych. Metoda ta funkcjonuje na zasadach formalnych jak szpitale psychiatryczne, pomimo, że w praktyce mało je przypominają. Przez lata stosowania metody przeszła ona wiele zmian. W pierwszych latach działalności stosowane w niej było wiele naruszeń praw pacjenta, stosowano wiele brutalnych technik konfrontacyjnych oraz wiele form nacisku, a terapia była często ograniczana głównie do utrzymywania abstynencji, ergoterapii, rozwoju osobistego oraz doraźnego rozwiązywania problemów wynikających ze wspólnego bytowania. Ośrodki miały zazwyczaj prostą, najczęściej trójdzielną strukturę o charakterze etapowym. Wiele zmian zostało wprowadzonych w wyniku szkoleń certyfikujących uprawnienia zawodowe, upowszechniania Kodeksu etyki Terapeuty uzależnień, a także funkcjonującej przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii komisji ds. Etyki³. Współczesne programy są zazwyczaj bardziej rozbudowane i proponują również ofertę dla osób o specjalnych potrzebach. W większości ośrodków nadal można spotkać podział struktury na trzy etapy: nowicjusz: osoba nowoprzyjęta do ośrodka, domownik: zazwyczaj najdłuższy etap, pełni różne funkcje i zadania związane z codziennym życiem społeczności, monarowiec - rezydent osoba przygotowująca się do opuszczenia ośrodka i powrotu do społeczeństwa. Ideą społeczności jest aby poszczególni jej członkowie przyjęli odpowiedzialność za siebie i inne osoby w grupie.

³ Janusz Strzelecki „Polskie społeczności terapeutyczne” Terapia osób uzależnionych i ich bliskich nr 4/2024, 11-18

Jasne normy i zasady, przyjęte normy i wartości, wypracowane zwyczaje zapewniają poczucie bezpieczeństwa co sprzyja procesowi zmiany⁴. Dzięki temu, że społeczność ma charakter hierarchiczny daje możliwość funkcjonowania w różnych rolach (gospodarz domu, kierownik, pracy, kierownik służby ochrony, szef kuchni). Zaliczenia etapów liczą się z oceną zaangażowania w życie ośrodka, a także przestrzeganiem norm i zasad i zmianą systemu wartości. Wraz ze wzrostem kwalifikacji personelu oferta ośrodków jest rozszerzana o elementy pracy innych modeli terapii, na przykład metod behawioralno - poznawczych, humanistycznych, psychodramy, dialogu motywacyjnego, podejść skoncentrowanych na rozwiązaniach, szkoły strategiczno-strukturalnej, a także podejść psychodynamicznych i analitycznych. Pacjenci w ramach terapii społecznością terapeutyczną mają w ofercie pracę w kontakcie indywidualnym oraz małych grupach terapeutycznych.

Superwizja w społeczności terapeutycznej

Proces rozwoju społeczności terapeutycznej niewątpliwie związany jest z procesem rozwoju pracowników i personelu. Odkąd superwizja stała się integralnym elementem kształcenia w psychoterapii uzależnień weszła również w kanon pracy w zespołach terapeutycznych pracujących metodą społeczności terapeutycznej. Proces rozwoju terapeutów odbywa się przez własne doświadczenia zawodowe, przez poznawanie wyników badań naukowych i nowych opinii o psychoterapii, wreszcie przez konsultowanie własnej pracy terapeutycznej z rówieśnikami i bardziej doświadczonymi psychoterapeutami⁵. Superwizja jest procesem wymiany doświadczeń zawodowych, wspólnym zastanawianiem się nad źródłem trudności pacjenta, źródłem trudności w relacji terapeuta - pacjent, terapeuta - grupa, pacjent - grupa. Według de Barbaro celem superwizji nie jest poszukiwanie obiektywnej prawdy, lecz poszukiwanie jej wersji, która będzie użyteczna przy wychodzeniu z impasu, która może generować „dobrą zmianę”⁶. Superwizja kliniczna staje się coraz bardziej popularna w terapii uzależnień, a szczególnie superwizja kliniczna w zespołach terapeutycznych. Superwizja zespołu terapeutów pracujących metodą społeczności terapeutyczną może dotyczyć wielu obszarów pracy, zarówno w zakresie prowadzonych procesów terapeutycznych z pacjentami jak i problemów w zespole. Zespoły potrzebują integracji,

⁴ Anna Przenzak „Programy i metody Terapii osób uzależnionych i ich bliskich nr 3/2023, 19-23

⁵ Czesław Czubala „Pomiędzy kanonem a wolnością - stawania się psychoterapeutą i superwizorem” Terapia osób bliskich i ich bliskich 3/2022, 5-6

⁶ Bogdan de Barbaro „Superwizja w terapii rodzin: podejście konstrukcjonistyczne” Psychoter. 1998, 4 (107), 77-85

pokonywania barier przed odkrywaniem własnych ograniczeń, opanowaniem lęku przed oceną. Tematem superwizji mogą być ukryte konflikty, wzajemna niechęć do siebie, trudności w udzielaniu informacji zwrotnych, oraz problemy pojawiające się w pracy z pacjentem czy też grupą terapeutyczną np. trudności diagnostyczne, źródła różnych emocji przeżywanych przez terapeutę w relacji z pacjentem, rozumienie problemów pacjenta⁷. Superwizja może stać się bezpiecznie skonstruowaną przestrzenią do rozwijania alternatywnych perspektyw dotyczących omawianych problemów. Tematem superwizji może stać się również analiza programu terapeutycznego w celu jego modyfikacji i doskonalenia⁸. W związku z tym, że zespoły są bardzo zróżnicowane pod względem doświadczenia terapeutycznego superwizja może stać się polem do integracji różnych podejść i może uwzględniać różne teoretyczne perspektywy. W procesie superwizji zmienia się relacja superwizor - superwizowany od etapu budowania kontaktu, sprawdzania kompetencji, wzajemnego poznawania się, poprzez etap oporu, wzajemnego ścierania się do etapu współpracy i otwartości na wzajemne przyjmowanie informacji zwrotnych⁹. Superwizja związana jest z prezentowaniem problemu a superwizor powinien wspierać, kierować i prowadzić pracę kolegów posługując się metodami profesjonalnymi, zewnętrznym monitorowaniem, informacją zwrotną, oceną i odwoływaniem się do wiedzy empirycznej i teoretycznej¹⁰. Podstawą superwizji jest relacja, którą cechuje zaufanie, zachowanie tajemnicy, poczucie bezpieczeństwa, współpraca, edukacja, uwzględnienie uczestnictwa w podejmowanych decyzjach. Dlatego bardzo ważnym aspektem jest aby zespoły terapeutyczne miały wpływ na wybór superwizora i prezentowały gotowość do podjęcia z nim współpracy. W relacji superwizyjnej niejednokrotnie mamy do czynienia z procesem równoległym, czyli odtwarzaniem emocji, istniejących w relacji superwizowany - pacjent; emocje te przeżywa superwizor i poddaje analizie, stąd bardzo ważne, by posiadał on doświadczenie w rozpoznawaniu własnych stanów emocjonalnych, by rozróżniał, na ile wynikają one z jego przeciwprzeniesienia, a w jakim stopniu z relacji superwizant - pacjent¹¹. W odniesieniu do własnych doświadczeń pracy w ośrodku niejednokrotnie tematem analizy na superwizji był również wpływ schematów funkcjonowania

⁷ Małgorzata Kowalcze „Kto i kiedy najczęściej korzysta z superwizji w obszarze terapii uzależnień” *Terapia osób uzależnionych i ich bliskich* 3/2021, 20

⁸ Elżbieta Rachowska „Okiem superwizora” *Terapia osób uzależnionych i ich bliskich* 3/2021, 22

⁹ Małgorzata Kowalcze „Psychodrama w superwizji klinicznej” *Psychoter* 2016; 176 (1), 43-57

¹⁰ Jacek Bomba „Superwizja psychoterapii z perspektywy psychodynamicznej” *Psychoter.* 2010, 3 (154), 5-10

¹¹ Jacek Bomba „Superwizja psychoterapii z perspektywy psychodynamicznej” *Psychoter.* 2010, 3 (154), 5-10

kardę terapeutycznej na schemat funkcjonowania grupy oraz zgłaszanych przez pacjentów/ członków społeczności trudności i problemów.

Po czym poznać, że potrzebujemy superwizji

Podsumowując chciałabym jeszcze przytoczyć za profesorem Czesławem Czubałą sytuacje, w których warto rozważyć podjęcie superwizji:

- kiedy psychoterapeuta odczuwa niezadowolenie z siebie po kolejnych sesjach terapeutycznych,
- gdy jest zawsze zadowolony i nie ma wątpliwości, że znakomicie pracuje,
- jeśli dostrzeżę, że nie „nie lubi” albo „lubi” tego pacjenta, czy określonych pacjentów,
- kiedy pracuje sam i nie ma możliwości rozmawiania o swojej pracy i swoich pacjentach,
- jeśli ma poczucie, że pacjent nie chce z nim współpracować, zwłaszcza gdy racjonalizuje takie zachowania jak „opór”,
- gdy pacjent jest „posłuszny” i wykonuje wszystkie zalecenia bez refleksji,
- kiedy kolejni pacjenci przerywają proces leczenia,
- gdy terapeuta zaczyna myśleć o tym, co dla pacjenta „dobre” albo „nie dobre”¹²

Wszystkie wymienione sytuacje można doświadczyć w pracy społecznością terapeutyczną dlatego ważne aby była stałym narzędziem rozwoju psychoterapeuty uzależnień. Pacjenci/członkowie społeczności w procesie psychoterapii dokonują zmian w zakresie obrazu siebie i otaczającego świata, poznają motywy swojego zachowania, zmian w systemie wartości. Superwizja pomaga psychoterapeutę w uzyskaniu świadomości procesów intrapsychicznych pacjenta i reakcji terapeuty na te procesy. Jest ona niezbędna w procesie rozwoju zawodowym psychoterapeuty.

Piśmiennictwo:

Bogdan de Barbaro „Superwizja w terapii rodzin: podejście konstrukcjonistyczne” Psychoter. 1998, 4 (107)

Jacek Bomba „ Superwizja psychoterapii z perspektywy psychodynamiczne” Psychoter. 2010, 3 (154)

Czesław Czubała „Pomiędzy kanonem a wolnością - stawania się psychoterapeutą i superwizorem” Terapia osób bliskich i ich bliskich 3/2022

Czesław Czubała „Po czym terapeuta może poznać, że potrzebuje superwizji?” Terapia osób uzależnionych i ich bliskich nr 3/2021

¹² Czesław Czubała „Po czym terapeuta może poznać, że potrzebuje superwizji?” Terapia osób uzależnionych i ich bliskich nr 3/2021, 19

George De Leon „Społeczność terapeutyczna” Warszawa 1, 2003

Martiew Kooyman „Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych” Warszawa 2002

Małgorzata Kowalcze „Kto i kiedy najczęściej korzysta z superwizji w obszarze terapii uzależnień”

Terapia osób uzależnionych i ich bliskich” 3/2021

Małgorzata Kowalcze „Psychodrama w superwizji klinicznej” Psychoter 2016; 176 (1)

Anna Przenzak „Programy i metody Terapia osób uzależnionych i ich bliskich nr 3/2023

Elżbieta Rachowska „Okiem superwizora” Terapia osób uzależnionych i ich bliskich 3/2021

Janusz Strzelecki „Polskie społeczności terapeutyczne” Terapia osób uzależnionych i ich bliskich nr 4/2024