

„Motywacja do superwizji w ujęciu psychoanalitycznym”

Trudne momenty w psychoterapii

Superwizja w psychoterapii analitycznej jest uznawanym i niezbędnym elementem praktyki klinicznej, który wspiera rozwój profesjonalny, zapewnia jakość opieki nad pacjentami – daje rozumienie pacjenta oraz monitoruje proces terapeutyczny, który zachodzi w gabinecie, zabezpiecza przed błędami, ćwiczy refleksyjność, ukazuje „ślepe plamki”, czyli to co na pozór nie jest widoczne. Pisząc niniejszy esej chciałabym przedstawić różnorodne aspekty motywacyjne (świadome i nieświadome), które skłaniają terapeutów do poszukiwania superwizji. W podejściu psychoanalitycznym superwizja koncentruje się przede wszystkim na nieświadomych procesach, które zachodzą w gabinecie psychoterapeutycznym i na tej części głównie skoncentruje się w niniejszej pracy omawiając trudne momenty, których doświadcza terapeuta w pracy z pacjentem. Chciałabym oprzeć się na własnych doświadczeniach z superwizji oraz na literaturze związanej z tą tematyką.

Trzy podstawowe funkcje superwizji (Hawkins, Shohet, 1989) to:

- kształtująca – uczenie się poprzez doświadczenie;
- normatywna – odnoszenie się do zasad etycznych związanych z settingiem terapeutycznym;
- wzmacniająca – towarzyszenie i wspieranie superwizanta w trudnych momentach, by był zdolny wrócić do stanu równowagi.

Wydaje się, że jednym z najbardziej oczywistych motywem terapeutów do uczestnictwa w superwizji jest chęć uczenia się i rozwoju zawodowego. Znaczna część psychoterapeutów, ma świadomość, że ciągła nauka jest potrzebna i daje wsparcie, aby zaadaptować się do zmieniających się wyzwań pracy z ludźmi, które wynikają z ciągłych przemian społeczno-kulturowych oraz celem zakresu poszerzenia umiejętności, aby budować głębsze i bardziej satysfakcjonujące relacje. Superwizja oferuje unikalną przestrzeń do refleksji nad własną praktyką, umożliwia eksplorowanie obszarów do rozwoju oraz wspiera w zdobywaniu nowych umiejętności i technik terapeutycznych. Może być widziana jako dążenie do osiągnięcia większej kompetencji terapeutycznej oraz większego zrozumienia funkcjonowania pacjenta.

W ujęciu psychoanalitycznym jest niezbędna w poszerzaniu rozumienia procesów nieświadomych w bezpiecznym i wspierającym środowisku. Poprzez refleksję nad własnymi doświadczeniami i eksplorację nieświadomych motywacji, terapeuci mogą lepiej zrozumieć siebie i swoich pacjentów, co przekłada się na większą skuteczność terapii. „Jednocześnie, jak postulują

autorzy tacy jak Robert Langs (1994), Mary Frawley-O'Dea i Joan E. Sarnat (2001), zachodzi uczenie się nieświadome. Subiektywności superwizora i superwizanta przenikają się od samego początku”. I tutaj na początku następuje introjektowanie obiektu superwizora, czyli przyjęcie jego sposobu myślenia i pracy jako jedynego właściwego kursu, od którego nie należy odchodzić. Jest to rodzaj podążania za uwewnętrznionym głosem superwizora. W kolejnym etapie następuje integracja, czyli opieranie się na własnym, niezależnym i elastycznym sposobie myślenia. W taki sposób kształtuje się superwizor wewnętrzny w terapii. Oznacza to, że terapeuta jest otwarty i potrafi przyjmować wskazówki superwizora, jednak opiera się też na własnym doświadczeniu (Casement, 1985).

Motywacja do uczestnictwa w superwizji może wynikać również z chęci rozwoju osobistego. Superwizja sprzyja introspekcji, zachęca do refleksji nad własnymi przekonaniem i zachowaniami. Za pomocą przypadków klinicznych pomaga lepiej zrozumieć drugiego człowieka oraz siebie zarówno w sposobie funkcjonowania jak i myślenia. Proces samoświadomości jest nie tylko korzystny dla praktyki terapeutycznej, ale także dla osobistego poczucia tożsamości. Wzrost osobisty osiągnięty poprzez superwizję może prowadzić do większej empatii, lepszej regulacji emocjonalnej i głębszego rozumienia siebie, ludzi i świata.

Trzecim ważnym motywem jest dążenie do zapewnienia jak najwyższej jakości opieki dla pacjentów. Superwizja umożliwia terapeutom ocenę skuteczności stosowanych interwencji terapeutycznych, dostarcza bezpieczne miejsce do dyskusji na temat przypadków, które są trudne lub budzą wątpliwości oraz monitoruje procesy terapeutyczne zachodzące w gabinecie. Dzięki temu terapeuci mogą lepiej zrozumieć potrzeby swoich pacjentów i dostosowywać do nich metody pracy, a także, identyfikować własne ograniczenia, co ma na celu unikanie popadania w stan onnipotencji i tym samym uciekania od rzeczywistości. Superwizja zapewnia również ochronę pacjentów poprzez zapobieganie możliwym nadużyciom i błędom w terapii, co jest fundamentalne dla etyki pracy. Jest to zresztą kolejny ważny element, który skłania do superwizji. Są to m.in. pytania dotyczące natury moralnej, takie jak:

- czy zgłosić daną sprawę, czy nie?
- czy wspierać pacjenta w tym, by ujawnił jakąś prawdę czy pozostać w pozycji neutralności?
- czy odpowiadać na treści nie dotyczące terapii?

Kolejnym aspektem motywującym do superwizji jest dbanie o własny aparat psychiczny. Praca terapeutyczna jest emocjonalnie obciążająca. Bez wsparcia może prowadzić do wypalenia zawodowego, napadów lęku, depresji czy innych zaburzeń psychicznych. Superwizja oferuje przestrzeń, gdzie terapeuta może wyrazić i przetrawić różne emocje, którymi czuje się przeciążony w pracy. Poprzez wsparcie, kontenerowanie czy przetwarzanie materiału emocjonalnego terapeuta z

dużo większą łatwością może uchronić się przed czynnikami stresogennymi. Jest to kluczowe, by utrzymać skuteczną i długotrwałą praktykę kliniczną.

Do superwizji skłaniają też konkretne wątpliwości, na przykład może być to problem w postawieniu diagnozy pacjentowi. W psychoterapii uzależnień zdarza się, że pacjenci po długich ciągach narkotykowych mają psychozy. Niejednokrotnie stawia się im diagnozy schizofreni paranoidalnej, co w rzeczywistości okazuje się psychozą związaną z uzależnieniem – epizod psychotyczny. Pytania budzą też podwójne diagnozy depresji (czy inne) i uzależnienia. Czy to uzależnienia i długotrwałe zażywanie środków psychoaktywnych spowodowało stany depresyjne, czy może zaczęło się od depresji? Terapeuci (szczególnie z mniejszym doświadczeniem lub niedoświadczeni w leczeniu uzależnień) mogą kierować się na superwizję z pytaniem czym zająć się najpierw, albo czy kierować danego pacjenta do psychiatry celem diagnozy czy leczenia farmakologicznego.

Zdaża się, że motywacja do superwizji bywa zewnętrzna. Najczęściej jest to sytuacja, kiedy terapeuci idą na szkolenia lub kursy, których wymogiem jest doświadczenie superwizji własnej. Najczęściej dotyczy to osób, które są na początku swojej drogi zawodowej. Początkowo może być to podszyte sporym lękiem, jednak z czasem powoduje, że za sprawą własnego rozwoju zawodowego oraz poszerzania kompetencji staje się doświadczeniem, które zyskuje miano motywacji wewnętrznej.

Tak samo jak na pacjentów, tak i na terapeutów oddziałują czynniki nieświadome. Podczas procesów terapeutycznych pacjenci „uderzają” w tkliwe/nieprzepracowane części terapeutów. Ten proces zachodzi zarówno u osób, które mają i nie mają doświadczenia terapii własnej. Trudno jest wówczas się wydobyć i zrozumieć zachodzący proces w gabinecie. Niektórzy terapeuci mogą doświadczać oporu przed głęboką introspekcją i konfrontacją z własnymi nieświadomymi konfliktami. Myślę, że jest to przestrzeń która jest często motywatorem do superwizji, ponieważ blokuje proces (powoduje, że praca terapeutyczna stoi w miejscu), ponieważ pacjent nie może przepracować tego, z czym terapeuta nie ma lub nie chce mieć kontaktu.

Często motywatorem do superwizji są trudności napotymane podczas procesu terapeutycznego. Według mnie to one najczęściej prowokują terapeutów do spotkania z superwizorem. Terapeuta może mieć poczucie, że coś się dzieje (czasem w ogóle nie ma do tego dostępu), ale nie do końca rozumie co i jak sobie z tym poradzić. Wiele z nich ma charakter nieświadomy, co oznacza, że treści psychiczne, w określonym czasie nie są dostępne w świadomości. W terapii psychoanalitycznej takie trudności wiąże się z oporem. Jest to zjawisko, które występuje zawsze w terapii wglądowej. „Opór może przejawiać się na poziomie werbalnym, w formie postaw oraz w postaci zachowań, które uniemożliwiają uświadomienie sobie percepcji,

myśli, wspomnień, uczuć lub całych zespołów takich elementów, mogących ukazać związek z wcześniejszymi doświadczeniami lub doprowadzić do wglądu w naturę nieświadomych konfliktów” (Moore, Fine, 1990).

Głównym założeniem psychoanalizy jest badanie przestrzeni nieświadomej. Są to procesy, którym ludzie poddają się bezwiednie, a przed ich dostaniem się do świadomości chronią mechanizmy obronne. Często osoby, którym ciężko odejść od świadomego to pacjenci z zaburzeniami psychosomatycznymi. Pamiętam na początku swojej drogi w roli psychoterapeuty doświadczenie z kobietą, która podczas terapii zalewała mnie treściami dotyczącymi jej przypadłości somatycznych. Z jednej strony ogromnie frustrowała (niemalże każda próba odejścia od objawów kończyła się opowieścią o kolejnym), z drugiej było widać jej realne cierpienie. Miałam wówczas poczucie, że nie mogę wydostać się z miejsca (podobnie jak pacjentka). Jedynym wyjściem była superwizja, podczas której doszło do ujawnienia nieświadomego, czyli tego co kryło się za objawami. Był to niewątpliwie trudny moment w procesie i sędzę, że bez „oczu” superwizora, nie byłabym w stanie zrozumieć pacjentki.

Kolejną trudnością jaka przychodzi mi na myśl jest przeżywanie nasilonych emocji takich jak lęk, niechęć, czy złość w relacji terapeutycznej. Czasami trudno zorientować się skąd one pochodzą, czy bardziej z pacjenta czy z terapeuty? Czy wynikają z przeniesienia czy z przeciwprzeniesienia? Co takiego dzieje się w procesie, co nie jest oczywiste i co kryje się pod powierzchnią?

Często zdarza się, że osoby zaburzone psychotycznie czy też z poziomu borderline chronią swój aparat psychiczny przed rozpadem czy cierpieniem poprzez rozszerzenie lub identyfikację projekcyjną (Gabbard, Wilkinson, 2011). Za pomocą tych mechanizmów obronnych „wpakowują” swoje niechciane emocje w terapeutę. Do czasu kiedy nie ma się tego w świadomości, jest to trudne do trawienia, co jednocześnie powoduje nierozumienie pacjenta i impas w terapii. Zilustruję ten przykład własnym doświadczeniem klinicznym. Pacjentka pochodziła z silnie destrukcyjnego domu, oboje rodzice uzależnieni od alkoholu, agresywni, nie okazujący czułości, nie wspierający. Okazało się, że kobieta dwa miesiące przed rozpoczęciem terapii została zgwałcona, zgłaszała myśli samobójcze. Po kilku sesjach zdecydowałam się na superwizję, w związku z poczuciem lęku o pacjentkę. Podczas superwizji okazało się, że pacjentka karmiła mnie swoim lękiem, i mimo tego, że nie odczuwałam go w ciele, paraliżował mnie on w relacji z nią (na poziomie interwencji terapeutycznych) i sprawiał poczucie bezradności (jeśli nie dam rady jej pomóc to może umrzeć, a nie wiem jak to zrobić), tak jak i ona czuła względem własnego życia (boję się, że nie dam rady już żyć). Dopiero po przyjrzeniu się z metapoziomu temu co dzieje się w relacji, byłam w stanie zobaczyć co pacjentka na mnie projektuje i w jaki sposób mnie paraliżuje lękiem, które de facto ona

odczuwała w bardzo nasilonym stopniu.

Innym przykładem trudności, które były moim motywatorem do superwizji było niedostrojenie się do pacjenta, a konkretnie przyjęcie postawy omnipotentnej i obronnej. Miałam poczucie, że wiem o co chodzi, i w którym kierunku podążać, jednak nie dostrzegałam tego o czym tak naprawdę mówi mi pacjent. Była to sytuacja psychoterapii grupowej. Pacjent opowiadał o tym, że inna osoba z grupy zabrała mu uwagę podczas ostatniej sesji, ja natomiast podjęłam się interpretacji jego rodziny pierwotnej, gdzie brat w podobny sposób zabierał jego przestrzeń. „Zgrabnie” uciekałam od naszej relacji (po raz kolejny w procesie) oraz relacji przeniesieniowej, co frustrowało pacjenta, ponieważ jego matka robiła dokładnie to samo.

Kolejnym przykładem kliniczny, który skłonił mnie do superwizji była relacja w fuzji z pacjentem. Miałam poczucie zalewania treściami podczas procesu i trudnością zastrzymania pacjenta, który był w ciągłym biegu (psychoruchowym). Był to mężczyzna, który trafił na terapię razem z żoną. Gdy okazało się, że ma ona kochankę zdecydował się na terapię własną. Bardzo dobrze funkcjonował w środowisku zawodowym, natomiast miał problem w bliskich relacjach interpersonalnych. Podczas analizy okazało się, że pacjent podobnie jak niegdyś od rodziny, ucieka od terapii. Pozornie przychodził, natomiast trudno mu było być w relacji, uciekał od bliskości, nie pracował terapeutycznie. Co prawda analizował niektóre treści na poziomie racjonalnym, natomiast emocjonalnie uciekał od doświadczania. Ja, podobnie jak pacjent nie dostrzegałam tego procesu. Bez superwizowania tego co się dzieje między sesjami trudno byłoby mi wyjść z fuzji.

Istnieje jeszcze wiele rodzajów oporu, w z związku z którymi terapeuci udają się na superwizję. Otani (1989) kategoryzuje je w następujący sposób:

a) powstrzymywanie się od komunikowania:

- milczenie,
- sporadyczne i skąpe odpowiedzi,
- podejmowanie tematów niezwiązanych z terapią.

b) unikanie istotnych treści:

- wdawanie się w rozmowy na błahe tematy,
- skłonność do nadmiernego intelektualizowania,
- zadawanie pytań retorycznych,
- obsesyjne uciekanie od tematu.

c) manipulowanie:

- lekceważenie, uwodzenie,
- przypisywanie swoich problemów innym,
- zapominanie.

d) łamanie reguł:

- opuszczanie umówionych spotkań,
- niedotrzymywanie terminów płatności,
- formułowanie niestosownych prośb,
- manifestowanie niewłaściwych zachowań.

Podsumowując, superwizja w ujęciu psychoanalitycznym stanowi fundamentalny element w rozwoju i praktyce terapeutycznej. Dzięki niej terapeuci mogą lepiej zrozumieć nie tylko pacjentów, ale i samych siebie oraz procesy nieświadome, które zachodzą w relacji terapeutycznej, co przekłada się na większą efektywność pracy oraz zdolność do tworzenia głębszych i opartych na bliskości relacji terapeutycznych. Są to korzyści, które motywują do superwizji, choć często związane są też z trudnościami, których psychoterapeuci doświadczają w pracy.

Literatura:

- Gilbert M.C., Evans K. *Superwizja w psychoterapii*. GWP 2004;
- Łodej-Sobańska W., Skowrońska J. *Superwizja psychoterapii*. PWN, 2023;
- Kottler J.A. *Opór w psychoterapii*. GWP, 2003;
- Moore B.E, Fine B.D. *Słownik psychoanalizy*. Jacek Santorski & CO Wydawnictwo, 1990.