

Superwizja humanistyczno-doświadczeniowa

Superwizja, z którą się najczęściej spotykałem w swojej pracy jako terapeuta uzależnień była w głównej mierze skoncentrowana na rozumieniu pacjenta pod kątem klinicznych aspektów tego, z czym się zgłasza do terapii oraz na poszukiwaniu skutecznych metod oddziaływań nakierowanych na doświadczane objawy. Superwizja humanistyczno-doświadczeniowa jest spojrzeniem na proces terapeutyczny z perspektywy tego, co ważnego dla tego procesu dzieje się po stronie terapeuty i w przestrzeni, jaka tworzy się między nim a pacjentem. Celem jest poszukiwanie tego, co będzie korekcyjnym doświadczeniem dla osoby korzystającej z terapii, uwzględniając indywidualność każdego pacjenta i unikatowość każdej relacji terapeutycznej (indywidualnej bądź grupowej). Z mojego doświadczenia wynika, że jeśli wiemy *jak być z pacjentem* i *kim dla niego być*, nie potrzebujemy instrukcji czy schematów jak postępować podczas sesji.

Według mnie superwizja humanistyczno-doświadczeniowa jest procesem nastawionym na badanie i rozumienie tego, czego doświadczają terapeuta i pacjent w procesie psychoterapii. Superwizja jest więc procesem procesów. Superwizant będący w superwizji jest w procesie doświadczania jej (a dokładniej siebie w niej) różnymi częściami swojego ja: poznawczą, emocjonalną, fizjologiczną oraz obszarem potrzeb i wewnętrznych tendencji. Pacjent zaś doświadcza z podobnych obszarów „ja” swoich trudności, procesu psychoterapii oraz relacji z terapeutą. Jestem zdania, że w psychoterapii ważniejsze jest, skupianie się na tym, kim terapeuta jest dla swojego pacjenta niż na tym, co ma z nim robić. Chodzi zarówno o to, kim terapeuta jest dla pacjenta w ogóle ale też kim dla niego jest w każdym tu i teraz procesie terapeutycznego. To zaś jest związane z doświadczaniem procesu przez terapeutę.

Pozwolę sobie na zobrazowanie tego, jak rozumiem superwizję i co proponuję jako superwizor, poprzez analogię. Osoby znające się na anatomii proszę o wybaczenie niedoskonałości mojej wiedzy na ten temat. Mówi się, że człowiek jest tym, co je. Jeśli się jednak nad tym głębiej zastanowić, istotne jest nie tylko to, co jemy (choć to oczywiście ma znaczenie) ale przede wszystkim to, co zostanie przyswojone przez nasz organizm. Możliwa jest więc taka sytuacja, że jedzenie wartościowych pokarmów będzie miało niewielki wpływ na nasze zdrowie. Podobnie, jak dobre i sprawdzone interwencje czy techniki terapeutyczne mogą mieć niewielkie znaczenie w procesie terapeutycznym pacjenta. Trawienie zaczyna się już w jamie ustnej. Im lepiej pogryziemy i przeżujemy jedzenie przed przełknięciem (dzięki czemu już na tym etapie zaczną swoje oddziaływanie

odpowiednie enzymy) tym bardziej efektywny będzie dalszy proces trawienia. Następnie jedzenie trafia przez przełyk do żołądka, gdzie jest rozpuszczane przez soki żołądkowe do postaci najlepszej dla tego, co ma się wydarzyć w następnym etapie. Żołądek przepuszcza do jelit wszystko, z czego organizm może wydobyć coś wartościowego. W jelitach natomiast dzieje się to, co jest kluczowe. To od ich (jelit) sprawności zależy ile z tego, co zjedliśmy wchłonie się do organizmu. Inaczej mówiąc ile z tego będzie mógł wykorzystać nasz organizm. Jeśli jelita są „pozatykane” i nie funkcjonują prawidłowo, większość wartości pokarmowych zamiast wgląd naszego organizmu trafi do naszego wewnętrznego kosza na śmieci a stamtąd do toalety. Można więc powiedzieć, że jesteśmy raczej tym, co przyswoimy a nie tym, co zjemy. Podobnie w psychoterapii - terapeutyczne będzie tylko tyle, ile pacjent przyjmie wgląd swojego ja. Tak więc dla skuteczności psychoterapii istotna jest chłonność pacjenta, która w znaczącej mierze związana jest z chłonnością terapeuty i dzięki niej się rozwija.

Rozszyfrowując moją analogię. Treść, czyli wszystko to, o czym rozmawiamy: kliniczne rozumienie, techniki, jakie stosujemy i tematy, które poruszamy podczas terapii to „pokarm” a to, w jaki sposób je stosujemy to proces „jedzenia i trawienia”. Ślina i soki żołądkowe to analogia do gotowości pacjenta do dzielenia tego, co do niego dociera na części w taki sposób, żeby były możliwe do przyswojenia w dalszym etapie. Natomiast jelita i ich zdolność do wchłaniania można porównać do gotowości pacjenta do przyjęcia tego, co pojawia się w procesie psychoterapii w nim samym oraz między nim a terapeutą czyli we wszystkich procesach, które się tam dzieją.

Supervizja tak, jak ją rozumiem jest procesem nastawionym na rozumienie tego, co dzieje się w pacjencie - w jego wewnętrznym procesie, który dzieje się w kontekście problemów, z którymi przychodzi oraz w relacji terapeutycznej. Kluczem do zrozumienia tego jest jednak uświadomienie sobie najpierw tego, co dzieje się w terapii w relacji ze swoim pacjentem gdyż te procesy wzajemnie na siebie oddziałują. Jestem zdania, że dla głębszego rozumienia pacjenta terapeuta musi mieć dobry kontakt z tym, co w nim się dzieje w procesie relacji z pacjentem. Powinien to włączać w proces terapeutyczny. Jest to ważne w kontekście tego, co Rogers nazwał autentycznością terapeuty, która jest jednym z kluczowych warunków skuteczności psychoterapii. Pozostając w kontakcie ze sobą, w relacji terapeutycznej możemy być z pacjentem w sposób, który pozwala nam lepiej zrozumieć to, czego On może doświadczać ponieważ ma to odbicie w tym, jak my Go doświadczamy (nawiasem mówiąc mowa tu o istotności własnej psychoterapii i jej wpływu na to, jakimi jesteśmy terapeutami). Dzieje się to bardziej na poziomie emocji i fizjologii, niż w sferze poznawczej. Wówczas dzięki odzwierciedleniom możemy pomóc

pacjentowi docierać do jego wewnętrznego doświadczania. W ten sposób następuje drugi kluczowy element Rogersowskiej triady - empatia.

Superwizja humanistyczno-doświadczeniowa jest też okazją do kształtowania i rozwijania w sobie ostatniego elementu triady - bezwarunkowej akceptacji. Jest ona związana z tym, co nazywam ciekawością terapeutyczną. Rozróżniam co najmniej kilka rodzajów ciekawości. Wścibska - wyraża się pytaniem: co/jak jest/było? Analityczna - wyrażająca się pytaniem: dlaczego tak jest/było? Behawioralna - wyraża się pytaniem: co i jak możemy z tym zrobić? W odróżnieniu od nich ciekawość terapeutyczna wyraża się pytaniem: jak Tobie z tym jest? albo czym to jest dla Ciebie? Jest więc chęcią poznania świata przeżyć i znaczeń pacjenta bez ocen, diagnoz i analiz. Ciekawością, jak to wszystko, w czym jest pacjent wygląda z jego perspektywy („Jak to jest tak mieć?”). Z mojego doświadczenia wynika, że posługiwanie się tym rodzajem ciekawości podczas terapii obniża lęk pacjenta i w sposób bezpośredni (choć rozłożony w czasie) przekłada się na jego gotowość do przyjmowania treści terapeutycznych. Ta ciekawość (podobnie niestety, jak inne rodzaje ciekawości) jest też zaraźliwa, co oznacza, że pacjent z czasem zaczyna kształtować podobne podejście i nastawienie do siebie a w dalszej perspektywie do innych ludzi. Najpierw jednak musi tego odpowiednio długo (to już jest indywidualne dla każdego pacjenta) doświadczać w relacji z terapeutą. Takie doświadczenie uruchamia naturalne procesy ozdrowieńcze - zdrowienie i poprawa jakości życia jest wewnętrznym procesem i dzieje się w pacjencie a nie poza nim. My jesteśmy do tego procesu zaproszeni w nadziei na to, że stworzymy pacjentowi bezpieczne warunki do poznawania i rozumienia siebie. U wszystkich pacjentów, z którymi przechodziłem proces, w którym rosła ich ciekawość i akceptacja dla siebie miało to przełożenie na większą akceptację, ciekawość i otwartość na innych ludzi.

Tak więc uznaję superwizję za pracę nastawioną na rozumienie procesu terapeutycznego od strony doświadczania i relacji terapeutycznej. Celem superwizji nie jest zdobywanie wiedzy i umiejętności terapeutycznych, choć w jej trakcie oczywiście się to dzieje. Zdobywaniu wiedzy i umiejętności służą szkoły psychoterapii, kursy, szkolenia, warsztaty oraz czytanie. Superwizja służy temu, żeby lepiej rozumieć to, czego doświadcza w terapii pacjent oraz terapeuta, jaka jest dynamika i kierunek zmiany w pacjencie oraz dynamika i kierunek relacji terapeutycznej.

O skuteczności psychoterapii decyduje głębokie i subiektywne dostrojenie do szczerzej prawdy tkwiącej głęboko w osobie, w jej ciele. Szczególnie ważne jest pomaganie pacjentowi w poczuciu się bezpiecznie, dzięki czemu będzie mógł przyjmować wgląd siebie to, czego doświadcza. To pozwoli mu zrozumieć objawy nie od

strony ich przyczyny ale od funkcji, jaką pełnią i samo w sobie stanowi doświadczenie korekcyjne - w ten sposób pacjent/klient zaczyna rozumieć siebie w problemie a nie problem w sobie. Dzięki temu może zwrócić się ku swojemu wewnętrznemu doświadczeniu i budować na nowo poczucie tożsamości w oparciu o tendencję aktualizacyjną, którą Rogers nazywał również „ja organizmicznym”.

Terapeuta doświadcza superwizji w sposób podobny do tego, w jaki pacjent doświadcza psychoterapii. Zmaga się z wieloma barierami: lękiem, oporem, zaprzeczaniem, obawą przed oceną, poczuciem niekompetencji lub zwątpieniem w swoje umiejętności, niepewnością czy wnosić swoje trudności na forum i jak to wpłynie na to, jak jest postrzegany itp.. Nierzadko też nie wie jak wyrazić swoją trudność, jak nazwać to, czego potrzebuje. Podstawą pracy superwizyjnej podobnie, jak w przypadku psychoterapii jest relacja. Relacja superwizanta z superwizorem czy w grupie superwizyjnej musi opierać się na bezpieczeństwie i dobrowolności (co do samego udziału i poruszanych treści). Poruszane podczas superwizji kwestie mają sens jedynie wtedy, kiedy są wyrazem osobistej gotowości wynikającej z poczucia bezpieczeństwa i zaufania, które wynika z relacji superwizyjnej. Zadaniem pierwszego etapu procesu superwizji jest stworzenie bezpiecznych warunków w grupie superwizyjnej (lub superwizji indywidualnej). Tylko w takich warunkach terapeuta może w sposób rzetelny i konstruktywny przyglądać się temu, na czym skupia się superwizja humanistyczno-doświadczeniowa czyli badaniu i rozumieniu tego, co dzieje się w nim i w relacji z pacjentem. To natomiast ma przełożenie na poczucie bycia widzianym, przyjętym i rozumianym po stronie pacjenta a zatem stanowi dla Niego korekcyjne doświadczenie.