

Piotr Miszewski

Znaczenie superwizji w procesie psychoterapii

słowa kluczowe: *superwizja, przeniesienie, przeciwprzeniesienie, wypalenie zawodowe, psychoterapia*

Artykuł rozpocznę krótkim przedstawieniem tego, jak rozumiem proces psychoterapii, ponieważ uważam, że sposób prowadzenia i rozumienia superwizji jest pochodny wobec teorii, którą posługuje się superwizor (Kitrasiewicz, 1997–2014).

Celem psychoterapii jest zmiana w zakresie objawów pacjenta, osiągnięta zarówno poprzez złagodzenie nieświadomych konfliktów intrapsychicznych, jak też przez redukcję deficytów rozwojowych i transformację stosowanych przez pacjenta mechanizmów obronnych z mniej „dojrzałych” w kierunku bardziej „dojrzałych” (Kitrasiewicz, 1997–2014). Słowa „dojrzały” używam tutaj w rozumieniu nie wartościującym, pejoratywnym, a w znaczeniu opisowym, odnoszącym się m.in. do wpływu tych mechanizmów obronnych na stopień zniekształcania rzeczywistości przez pacjenta.

Narzędziem zmiany w psychoterapii jest więź pacjenta z terapeutą, tworząca relację psychoterapeutyczną, pozostającą w dynamicznym rozwoju, określonym zarówno „przymusem powtarzania” jako nieświadomą tendencją do przeżywania „traumy” w relacji psychoterapeutycznej ze strony pacjenta, jak i interwencjami werbalnymi terapeuty (Kitrasiewicz, 1997–2014).

W tak rozumianym modelu psychoterapii poznanie drugiego człowieka jest procesem subiektywnym. Subiektywizm w tym przypadku oznacza, że wszelkie poznanie, w tym też poznanie naszego pacjenta, jego świata wewnętrznego, zależne jest m.in. od właściwości umysłu psychoterapeuty i jego sposobu odczuwania i przeżywania. Takie rozumienie zbliża proces poznania w psychoterapii do procesu poznania w filozofii. Poznania rozumianego jako „partycypacja w przedmiocie poznania”. Przyjęcie takiej perspektywy oznacza świadomą rezygnację poznającego ze stosowania kategorii poznawczych i, w ten sposób, powrót do „przeżycia” relacji. Jest to baza dla rozumienia psychoterapeutycznego, dostarczająca subiektywnego materiału, który następnie zostaje poddany weryfikacji teoretycznej, przywracającej terapii myślenie przy czynowo-skutkowe (przejście od „procesu pierwotnego” do „procesu wtórnego”). Zdolność terapeuty do empatii, jego intuicja i wiedza stanowią o jego skuteczności psychoterapeutycznej, są bowiem warunkiem tego, że dokonywany równolegle proces diagnozy psychoterapeutycznej i leczenia będzie „trafny” i asymilowany przez pacjenta (Kitrasiewicz, 1997–2014).

Ten sposób poznania chorego różni psychoterapeutę od psychologa. Psycholog podczas swojej pracy stara się, poprzez narzędzia diagnostyczne, którymi dysponuje

i do stosowania których został przygotowany, uwolnić się od subiektywizmu poznania (Bomba, 1989).

Subiektywizm poznania pacjenta w procesie psychoterapii oznacza, że w swojej pracy konfrontujemy się nie tylko ze zregresowaną psychiką naszego pacjenta i siłą jego popędów, ale również z własnymi obronami przed kontaktem z taką częścią własnego aparatu psychicznego (Kitrasiewicz, 1997–2014). Kiedy przyjmujemy takie rozumienie, proces terapeutyczny oznacza nie tylko proces leczenia chorego, który odbywa się m.in. poprzez uzyskanie wglądu, ale również jest to proces poznania samego siebie, który dokonuje się u terapeuty. Tak pojmowany proces psychoterapii staje się specyficznym i obciążającym doświadczeniem, w którym uwaga terapeuty nieustannie balansuje pomiędzy zajmowaniem się pacjentem, analizą jego komunikatów werbalnych i niewerbalnych, a analizą siebie, swoich myśli i emocji (Wilk, 1997–2014).

Ten nieustanny balans pomiędzy przeniesieniem a przeciwprzeniesieniem, konfrontacja z silnymi uczuciami i zachowaniami naszego pacjenta mogą spowodować u terapeuty problemy z utrzymaniem swojej profesjonalnej tożsamości, z myśleniem w kategoriach diagnostycznych i klinicznych. Innymi słowy: „Trudno terapię widzieć las, kiedy drzewa przesłaniają widok” (Gabbard, Wilkinson, 2011, s.186). W takiej sytuacji psychoterapeuta nie tylko traci swoją funkcję lekarza, który z neutralnej pozycji zajmuje się leczeniem chorego, ale zostaje uwikłany w nieświadomą komunikację z pacjentem. W komunikację opartą o własne, silne przeciwprzeniesieniowe emocje. Powoduje to, że zaczyna funkcjonować w sposób zdominowany przez nieświadome motywy i pragnienia, zostaje wypełniony silnymi afektami, traci rozumienie procesu leczenia. Taka sytuacja staje się sygnałem do jak najszybszego odbudowania przestrzeni psychoterapeutycznej.

Drogi prowadzące do tego celu to superwizja własnej pracy psychoterapeutycznej oraz psychoterapia własna psychoterapeuty. Pierwsza skupia się na lepszym rozumieniu pacjenta, druga droga zorientowana jest na lepsze rozumienie siebie przez terapeutę (Gabbard, Wilkinson, 2011).

Ze swojej strony dodałbym jeszcze jeden czynnik ułatwiający terapię utrzymanie pozycji zawodowej. Tym czynnikiem, z mojej perspektywy, jest usystematyzowana teoria, która umożliwia nam wydobyć się z regresu, co z kolei pozwala na utrzymanie neutralnej postawy terapeutycznej. Dzieje się tak dlatego, że teoria daje nam lepsze rozumienie zjawisk i procesów, z którymi mamy do czynienia, a także poprzez używanie specyficznego języka pozwala na uzyskanie dystansu do przedmiotu naszych badań. Możliwość rozumienia i opisanie relacji psychoterapeutycznej w języku stosowanej przez terapeutę teorii stanowi warunek tzw. postawy terapeutycznej, pozwala bowiem na kontrolę procesu psychoterapii oraz kontrolę wpływu osobowości terapeuty na osobowość pacjenta i różnicuje relację „prywatną” od profesjonalnej (Kitrasiewicz, 1997–2014).

Usystematyzowana, wewnętrznie spójna teoria staje się nie tylko „wewnętrznym kompasem” pozwalającym na wyznaczenie kierunku dalszej pracy z pacjentem, ułatwiając jednocześnie terapię „odkrywanie” nieznanego ładu w relacji psychoterapeutycznej. Teoria pozwala również na ujęcie w słowa tego, co niezrozumiane, i na

usłyszeniu tego, co niewypowiedziane. Taka teoria daje nam szersze rozumienie psychopatologii naszego pacjenta, dopełniając i uzupełniając jednocześnie ateoretyczne opisy diagnostyczne zawarte w DSM IV [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – przyp. red.] i ICD 10 [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – przyp. red.].

W tej części artykułu skoncentruję się przede wszystkim na roli superwizji jako narzędzia, które pozwala zrozumieć to, co nieświadome w komunikacji pacjenta z terapeutą. Przyjmując tezę, że poznanie drugiego człowieka w procesie psychoterapii jest subiektywne, musimy zdawać sobie sprawę, że pacjent wnoszony, omawiany i analizowany przez nas w trakcie procesu superwizyjnego nie jest tym samym pacjentem, który przychodzi na terapię do swojego terapeuty. Mówiąc inaczej, pacjent pojawiający się podczas superwizji nie jest tą samą, realnie istniejącą osobą, która rozmawiała z psychoterapeutą w jego gabinecie. Pacjent jest w pewnym sensie „fikcją” stworzoną przez terapeutę, „fikcją”, w tworzeniu której bierze udział zarówno psychika pacjenta wraz z jego mechanizmami obronnymi, jak również psychika i mechanizmy obronne terapeuty (Ogden, 2010).

Proces superwizji polega na wspólnym wysiłku superwizanta i superwizora, nastawionym na to, żeby ożywić w superwizji to, co na świadomym, przedświadomym i nieświadomym poziomie charakteryzuje relację pacjenta z jego terapeutą, ułatwiając jednocześnie rozdzielenie tego, co w przeniesieniu wnosi pacjent, od przeciwprzeniesieniowej odpowiedzi terapeuty (Ogden, 2010). Odtwarzanie podczas sesji superwizyjnych nieświadomych relacji terapeuty, związanych z jego pacjentem, może nie tylko przynieść istotne kliniczne i diagnostyczne informacje o pacjencie. Relacjonowanie przebiegu sesji terapeutycznej często powoduje zmniejszenie intensywności emocji odczuwanych przez terapeutę, co prowadzi w kierunku odzyskania przez niego zdolności funkcjonowania na poziomie poznawczym (Gabbard, Wilkinson, 2011).

W trakcie procesu superwizji dochodzi do wzajemnego przeplatania się relacji superwizyjnej z psychoterapeutyczną. Oznacza to, że emocje przeżywane przez superwizora – włączając w to jego prywatne, „subiektywne” fantazje oraz osobiste odczucia wobec superwizanta – często pozwalają sprecyzować charakter nieświadomego procesu, cechującego relację superwizowanego z jego pacjentem. Można powiedzieć, że zarówno uświadomione, jak również nieświadome procesy działające pomiędzy pacjentem a jego terapeutą często znajdują odzwierciedlenie w świadomej i nieświadomej relacji pomiędzy terapeutą a jego superwizorem (Ogden, 2010).

Zgodnie z powyższym nieświadomy poziom relacji psychoterapeutycznej wkracza do relacji superwizyjnej nie tylko pod postacią wypowiedzi superwizanta na temat jego pracy z pacjentem, ale może przede wszystkim poziom ten ożywa i staje się widoczny w charakterze relacji superwizyjnej. Ujmując to innymi słowami, można powiedzieć, że charakter relacji superwizyjnej, stosunek do superwizora pokazuje istotę nieświadomego stosunku pacjenta do terapeuty (Ogden, 2010).

Tak rozumiany proces superwizji pozwala terapeutce na przełamanie przeciwprzeniesieniowego impasu i w związku z tym na dalsze skuteczne prowadzenie procesu

leczenia. Przede wszystkim jednak zapobiega „wypaleniu zawodowemu”, związanemu z przepełnieniem terapeuty silnymi afektami wzbudzonymi w trakcie tego procesu. Nie jest dowodem na bycie niedojrzałym terapeutą, ale implikuje zaakceptowanie superwizji jako konieczności związanej z prowadzonymi przez nas procesami leczenia. Jest to element konieczny z uwagi na ciężar związany z subiektywizmem poznania chorego (Bomba, 1999).

Ten specyficzny rodzaj poznania i pracy wymaga od terapeuty wypracowania zdolności do monitorowania i używania przeciwprzeniesienia oraz pomieszczenia pojawiających się w przeciwprzeniesieniu uczuć. Jeśli terapeuta nie jest w stanie tolerować silnych negatywnych i pozytywnych emocji (erotycznych, miłości, nienawiści, triumfu czy zależności), na nic zda się cała teoretyczna wiedza o przeciwprzeniesieniu. Połączenie zdolności do tolerowania emocji i teoretycznego rozumienia jest istotnym aspektem leczenia. Aby osiągnąć ten cel, terapeuta musi najpierw nauczyć się, często przy pomocy superwizora, świadomie monitorować swoje przeciwprzeniesieniowe uczucia. Musi nauczyć się odróżniać przeciwprzeniesienie od niekompetencji. Kiedy superwizor pokazuje, że reakcje przeciwprzeniesieniowe są także odbiciem funkcjonowania wewnętrznego świata pacjenta, przed terapeutą otwiera się zupełnie nowa perspektywa kliniczna (Gabbard, Wilkinson, 2011).

Istotne tutaj wydaje się wyjaśnienie pojęcia przeciwprzeniesienia, ponieważ sposób jego rozumienia pozwala nam lepiej zrozumieć możliwość wykorzystania tego zjawiska w procesie superwizji. W historii myśli psychoanalitycznej zakres pojęcia przeciwprzeniesienia uległ rozszerzeniu. Nowe perspektywy teoretyczne dokonały redefinicji podstawowych pojęć, w tym pojęcia przeciwprzeniesienia. Ta utrzymująca się współcześnie tendencja stwarza możliwość poszerzenia „starych teorii” o „nowe” aspekty. W takim rozumieniu „stare” nie traci na wartości, a „nowe” stwarza możliwość objęcia terapią szerszego kręgu pacjentów (Kitrasiewicz, 1997–2014).

W swoich rozważaniach posługuję się „szerokim”, „globalnym” rozumieniem przeciwprzeniesienia, pojmowanym jako całościowa reakcja terapeuty na pacjenta w danym przedziale czasu. Ta szeroka koncepcja przeciwprzeniesienia zastąpiła klasyczną koncepcję nakreśloną przez Freuda (1910/1957, za: Kernberg, 2012), która określała przeciwprzeniesienie jako przeniesienie analityka na pacjenta lub nieświadome aspekty relacji analityka na przeniesienie pacjenta. Koncepcja ta zakładała, że tylko własna praca analityczna nad sobą może pomóc terapii w przezwyciężeniu przeciwprzeniesienia (Kernberg, 2012). W takim rozumieniu przeciwprzeniesienie było w procesie psychoterapii przeszkodą, którą należało przezwyciężyć.

Z kolei szerokie, „globalne” rozumienie przeciwprzeniesienia zaproponowane przez Kernberga zakłada, że na bieżące reakcje emocjonalne psychoterapeuty mają wpływ między innymi:

- a) przeniesienie pacjenta,
- b) pewne aspekty rzeczywistości z życia pacjenta,

- c) pewne aspekty rzeczywistości z życia terapeuty, na które pacjent może mieć wpływ w sposób bezpośredni lub pośredni,
- d) nastawienie przeciwprzeniesieniowe terapeuty w wąskim rozumieniu, według klasycznej koncepcji przeciwprzeniesienia (Kernberg, 2012).

Implikacją tej współczesnej definicji przeciwprzeniesienia jest potrzeba stałego obserwowania przez terapeutę własnych reakcji przeciwprzeniesieniowych, aby mógł pogłębić rozumienie pacjenta, łącząc jednocześnie rozwój przeciwprzeniesienia z rozwojem przeniesienia (Kernberg, 2012).

W refleksji nad przeciwprzeniesieniem i jego funkcją dla procesu psychoterapii szczególnie użyteczne są rozważania Heinricha Racker'a i jego rozróżnienie na zgodne i komplementarne identyfikacje w przeciwprzeniesieniu (Racker, 2007). To rozróżnienie pozwoliło na praktyczne i kliniczne zastosowanie nowego rozumienia przeciwprzeniesienia jako złożonej struktury, tworzonej zarówno przez pacjenta, jak i psychoterapeutę. Wspomniany podział pozwolił na wykorzystanie przeciwprzeniesienia jako narzędzia diagnostycznego, określającego stopień regresji i nastawienie pacjenta do jego psychoterapeuty (Kernberg, 2012). Parafrazując Freuda, tak jak: „Objaśnianie marzeń sennych to (...) *via regia*¹ do poznania tego, co nieświadome w życiu psychicznym” (Freud, 1996, s. 509), tak również przeciwprzeniesienie jest „wyjątkową drogą” do poznania świata wewnętrznego naszych pacjentów.

Przeciwprzeniesienie zgodne związane jest z identyfikacją terapeuty z podstawowym, subiektywnym doświadczeniem pacjenta, „self z self”, przypomina to zwykłą empatię i odzwierciedla zdolność terapeuty do dzielenia doświadczeń pacjenta. Ten rodzaj przeciwprzeniesienia prowadzi do pogłębienia emocjonalnego zrozumienia ze strony psychoterapeuty i równocześnie do bycia zrozumianym przez pacjenta (Kernberg, 2012). Pewnym niebezpieczeństwem wynikającym z poddania się w tym przypadku silnym uczuciom przeciwprzeniesieniowym jest nadmierna identyfikacja z pacjentem, przejawiająca się w „patrzeniu na świat jego oczami”, czyli na utracie zarówno neutralności, jak i zdolności do analizy jego zachowania i życia. Jak pisze Kernberg: „Taka »nadmierna identyfikacja« terapeuty z pacjentem może prowadzić do przeciwprzeniesieniowych zachowań typu acting out, kiedy terapeuta ulega pokusie, by wraz ze swoim pacjentem zaprzeczać jakiemuś aspektowi rzeczywistości pacjenta, a w sytuacji psychoterapeutycznej powstają wtedy »bastiony«. Bastiony to obszary nieświadomej koluzji między pacjentem a terapeutą, prowadzące do powstania »ślepych plamek« w rozumieniu terapeuty” (Baranger i Baranger, 1969, za: Kernberg, 2012, s. 86).

Przeciwprzeniesienie komplementarne jest związane z identyfikacją terapeuty z tą częścią pacjenta, której pacjent w sobie nie toleruje i projektuje ją na terapeutę, jednocześnie, w celu uzupełnienia swojej projekcji, wywiera na niego subtelny nacisk,

¹ *Via regia* – w sensie ogólnym droga królewska podlegająca bezpośrednio królowi, na której obowiązywały specjalne prawa (przyp. autora).

ułatwiając w ten sposób terapeutę identyfikację z wyprojektowanym aspektem. W takim rozumieniu przeciwprzeniesienie komplementarne związane jest z projekcyjną identyfikacją. Zdaniem Kernberga jednak przeciwprzeniesienie komplementarne nie zawsze jest tworzone przez mechanizm identyfikacji projekcyjnej i może występować podczas sesji z pacjentem, który nie używa tego mechanizmu obronnego. Joseph Sandler (1976, za: Kernberg, 2012) stworzył pojęcie „podatności na rolę”. Oznacza to, że pewne projekcje pacjenta mogą rezonować z predyspozycjami psychoterapeuty i stać się częścią relacji przeciwprzeniesieniowej.

Podczas gdy w przypadku zgodnej identyfikacji przeciwprzeniesieniowej self terapeuty identyfikuje się z doświadczeniem pacjenta w danym momencie, to w przeciwprzeniesieniu komplementarnym terapeuta może identyfikować się z reprezentacją obiektu, pacjent natomiast ze swoją reprezentacją self lub odwrotnie – terapeuta identyfikuje się z wyprojektowaną reprezentacją self pacjenta, a pacjent – z reprezentacją obiektu z danej diady (Kernberg, 2012).

Przykład kliniczny

Pacjentka lat 22, u której zdiagnozowano bulimię i zaburzenie osobowości borderline, podczas I fazy procesu psychoterapii, trwającej ok. osiem miesięcy, wchodziła w zależność w bardzo charakterystyczny sposób: milcząc w trakcie sesji, opuszczając i spóźniając się na spotkania terapeutyczne. W tym okresie psychoterapii pacjentka często mówiła, że „nie wie, o czym ma mówić”, że ma „pustkę w głowie”. Na wszelkie moje interwencje i komentarze reagowała paranoidalnym wycofaniem z relacji. Sprawiała wrażenie, że musi bronić się przed moją aktywnością, tak jakby wszystkie moje komentarze, interpretacje wyrządzały jej krzywdę. Olbrzymią trudnością sprawiało mi egzekwowanie należności za sesje, które z winy pacjentki się nie odbyły. W przeciwprzeniesieniu miałem wrażenie, że oczekując zapłaty, wykorzystuję pacjentkę, która jest chora i bezradna. Jednocześnie pacjentka reagowała agresją na każdą moją prośbę o zapłatę za sesję, na której nie była, przeżywając to jako nadużycie z mojej strony.

Widać było pewną charakterystykę wchodzenia w zależność. Po każdej sytuacji, w której pacjentka zbliżała się do mnie, następowały zachowania, których nieświadomym celem było rozluźnienie relacji terapeutycznej. Miałem wrażenie, że w przeniesieniu funkcjonuję jako przerażający, prześladowczy obiekt.

Rozpoczęcie psychoterapii spowodowało jednocześnie u pacjentki zwiększenie intensywności napadów żarłoczności pomiędzy sesjami. Sprawiała wrażenie osoby, która traci kontrolę nad jedzeniem. Napady żarłoczności często pojawiały się w nocy, bez wiedzy pacjentki, która budziła się rano ubrudzona jedzeniem. W moim rozumieniu były to stany dysocjacji, w których tylko poprzez jedzenie pacjentka mogła uzyskać samouspokojenie. Taka sytuacja natychmiast uruchamiała u niej silne poczucie winy i przymus prowokowania wymiotów. Intensyfikację objawów bulimicznych rozumiałem jako wynik silnej regresji, powstałej w wyniku relacji z zagrażającym obiektem (terapeutą), charakteryzującej się wzmożonym lękiem prześladowczym, czyli jako

wyraz negatywnego przeniesienia pacjentki. W okresie tym pojawiało się również dużo werbalizowanych myśli samobójczych. Pacjentka bardzo dokładnie opisywała sposób, w jaki dokona zamachu samobójczego. Opisując akt samobójczy, sprawiała wrażenie osoby czerpiącej sadyistyczną satysfakcję z mojej bezradności.

Trudno opisać słowami siłę jej sadyzmu. W przeciwprzeniesieniu czułem się bezradny i przerażony siłą jej wrogich impulsów. Miałem poczucie wewnętrznego chaosu, dezorientacji i pomieszania tego, co dzieje się w relacji psychoterapeutycznej ze mną i moją pacjentką. Postrzegałem ją raz jako bezbronną i przerażoną ofiarę, a siebie jako oprawcę, innym razem widziałem w niej sadyistycznego dręczyciela, a siebie jako bezbronny wobec jej niszczycielskiej siły. W takiej sytuacji pojawiały się we mnie silne fantazje agresywne związane z pragnieniem zakończenia tego kontaktu.

Proces superwizji i analiza przeciwprzeniesienia pozwoliły na refleksję, że w tej fazie terapii pacjentka w przeniesieniu aktywizuje częściowe reprezentacje self i obiektu opatrzone silnym afektem. Widać było charakterystyczne, naprzemiennie pojawiające się w przeniesieniu diadyczne relacje, w których raz identyfikowałem się z bezradnym i przerażonym self pacjentki, a ona z reprezentacją sadyistycznego obiektu, a innym razem ona identyfikowała się z agresywną i sadyistyczną częścią własnego self, a ja z reprezentacją bezbronny i przerażony obiektu. Zrozumienie rozwijającej się specyficznej relacji przeniesieniowo–przeciwprzeniesieniowej umożliwiło mi skoncentrowanie się na analizie relacji terapeuta–pacjent oraz na analizie łączącego naszą diadę afektu, pozostawiając interpretacje genetyczne na późniejszy okres psychoterapii.

Zmiana mojej aktywności interpretacyjnej, analiza z pacjentką rozwijającego się silnego przeniesienia pozwoliły nie tylko na utrzymanie przeze mnie neutralnej pozycji terapeutycznej, ale również umożliwiły pacjentce łączenie częściowych reprezentacji self i obiektu w bardziej zrównoważone wewnętrzne reprezentacje. Zaowocowało to osłabieniem objawu bulimicznego oraz spadkiem intensywności myśli samobójczych.

Intensywne przeciwprzeniesienie komplementarne może przerodzić się w „przeciwidentyfikację projekcyjną”. Pojęcie to stworzył Leon Grinberg (1956, 1979, za: Kernberg, 2012) na określenie sytuacji, w której analityk „utknął” w nieświadomej identyfikacji z projekcyjną identyfikacją pacjenta, będąc niezdolnym do wewnętrznego rozdzielenia pomiędzy emocjonalnym rozgrywaniem w przeniesieniu a wtórną autorefleksją stanowiącą część pracy analitycznej.

Analiza przeciwprzeniesienia w trakcie procesu superwizji pozwala terapeutę na zdobycie wiedzy o świecie wewnętrznym pacjenta. To natomiast umożliwia mu skuteczniejszą pracę psychoterapeutyczną. Przede wszystkim jednak proces superwizji pomaga w rozdzieleniu tego, co w relację wnosi pacjent, od tego, co jest własną percepcją terapeuty, zabezpieczając go w ten sposób przed syndromem „wypalenia zawodowego” oraz przed odreagowaniami rozgrywanymi zarówno w przestrzeni terapeutycznej, jak i przemieszczonymi z obszaru psychoterapii na obszar życia poza-terapeutycznego.

Konieczność ciągłej analizy przeciwprzeniesienia powoduje, że terapeuta powinien mieć zdolność do przyjęcia pełnego rozwoju mogącej wystąpić w jego psychice emocjonalnej regresji oraz w związku z tym prymitywnych fantazji, które mogą pojawiać się nagle, czasami przerażać swoją prymitywnością lub okrucieństwem, czy to natury pasywnej, zależnej, masochistycznej, sadystycznej, seksualnej czy karzącej. Terapeuta powinien tolerować pełen zakres swoich reakcji emocjonalnych pojawiających się w przeciwprzeniesieniu zamiast rozgrywania ich w działaniu, aby móc ich użyć do zrozumienia, dlaczego powstały i co oznaczają (Kernberg, 2012).

Te silne regresje mogą upośledzać zdolność terapeuty do „pomieszczenia” w sobie wzbudzonego afektu i w rezultacie blokować umiejętność przekształcania projekcyjnej identyfikacji w myśl „niosącą” znaczenie. To uniemożliwia pomieszczenie, tolerowanie, opracowanie i zrozumienie natury prymitywnych fantazji, lęków i obaw, doświadczanych przez terapeuta, a uruchomionych w procesie psychoterapii, i prowadzi do podtrzymania utraty zdolności do integracji odszczepionych aspektów self i obiektu u pacjenta. W takiej sytuacji superwizor pomaga terapeutce „ubrać” uczucia w słowa, nadać im znaczenie i poprzez to zrozumieć, co pacjent nam komunikuje i co w przeniesieniu odtwarza się w relacji psychoterapeutycznej. To umożliwia wyjście z przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowego impasu, ułatwia odbudowanie wspólnej płaszczyzny komunikacji z pacjentem, wydobywając jednocześnie psychoterapeutę z przeciwprzeniesieniowych uczuć znużenia, zniechęcenia, bezradności i strachu. W ten sposób psychoterapeuta może ochronić siebie przed syndromem „wypalenia zawodowego” i uzyskuje możliwość dalszego prowadzenia procesu leczenia.

Należy podkreślić, że nieświadomy proces identyfikacji projekcyjnej pojawiający się w relacji terapeuta–pacjent nie zniknie pod wpływem superwizji. Jednak odkrywanie podczas sesji superwizyjnej nieświadomych reakcji terapeuty związanych z pacjentem może przynieść istotne klinicznie i diagnostycznie informacje (Gabbard, Wilkinson, 2011).

Według Gabbarda proces pomieszczenia w procesie superwizji ułatwia fakt, że w trakcie superwizji istnieje większa swoboda do dzielenia się przez terapeuta swoimi uczuciami niż w przypadku prowadzonej psychoterapii. Także superwizor w większym stopniu w relacji do superwizanta może ujawniać swoje myśli i emocje, niż mógłby to czynić w relacji do pacjenta. Dzięki temu zarówno terapeuta, jak i superwizor mogą nazwać to, czego nie nazwaliby w relacji z pacjentem (Gabbard, Wilkinson, 2011).

Moim zdaniem istotnym czynnikiem ułatwiającym odbudowanie w przestrzeni superwizyjnej funkcji kontenerowania jest również neutralność superwizora, oznaczająca w tym przypadku to, że nie jest on w sposób bezpośredni uwikłany w emocjonalną relację pacjenta z jego terapeutą. Dzięki temu ma on możliwość korzystania z funkcji ego obserwującego, przy pomocy którego analizując werbalne i niewerbalne komunikaty terapeuty oraz własne myśli, fantazje, afekty i zachowania, jest w stanie przełożyć tę wiedzę na język teorii i specyfikę opisywanej przez terapeuta relacji.

W takiej sytuacji zalewające terapeutę pierwotne „nieprzetrawione” emocje mogą zostać pomieszczone i zmodyfikowane przez superwizora. Superwizja wprowadza wiedzę i zrozumienie w miejsce przeżywania i działania, czego efektem jest odzyskanie przez terapeutę zdolności do rozróżniania tego, na ile postawa terapeuty wobec pacjenta, sposób niesienia pomocy pacjentowi, nie miesza się z własnymi potrzebami terapeuty (Gabbard, Wilkinson, 2011). Uzyskanie zdolności do tolerowania i zrozumienia przez terapeutę silnych stanów afektywnych pozwala na ich doświadczenie, tolerowanie i zrozumienie przez pacjenta.

Wydaje się, że tak rozumiany proces superwizyjny odnosi się nie tylko do doświadczenia klinicznego zawartego w przestrzeni terapeuta–pacjent, czyli do badania rezonansu, jaki wywołuje w superwizowanym kontakt z pacjentem, ale również – moim zdaniem – zawiera w sobie pewien aspekt dydaktyczny. Superwizja jest bowiem przekazaniem pewnego modelu psychoterapii i w związku z tym proponowane interwencje terapeutyczne powinny mieć uzasadnienie wyrażone w terminach danej teorii (Pawlik, 2008).

Superwizja uczy, co jest istotą psychoterapii – czyli rozumienia własnego doświadczenia w relacji. Uczy również stosowania wiedzy i introspekcji w terapii, „ożywiając” w ten sposób teorię. Pozwala doskonalić umiejętność indywidualnego podejścia do każdego pacjenta, wymuszonego koniecznością rozeznania źródła patologii; ten sam obraz psychopatologiczny może być bowiem zakorzeniony w różnych strukturach osobowości. Pomaga w rozumieniu siebie i pozwala zachować właściwe proporcje w dymensjach: „zajmowanie się sobą” a „zajmowanie się pacjentem” (Kitrasiewicz, 1997–2014). Tak rozumiana superwizja nie tylko służy podtrzymaniu zdolności psychoterapeuty do wykonania „pracy psychologicznej” ze swoim pacjentem, ale pełni również funkcję „edukacyjną”, przy utrzymaniu, oczywiście, zdrowego dystansu, tak żeby proces emocjonalny, jakim jest kontakt terapeutyczny, nie przeistoczył się w proces akademickiej dydaktyki.

Proces superwizji wymaga od superwizanta pewnej dojrzałości emocjonalnej, która związana jest z gotowością do dzielenia się swoimi przeżyciami i fantazjami z superwizorem. Ten proces uczenia się mocno konfrontuje terapeutę z aktywizacją „rany narcystycznej”. Związane jest to z faktem, że, podobnie jak w procesie psychoterapii, w superwizji aktywizuje się u superwizanta specyficzny i osobisty stosunek do autorytetu, jakim jest w tej relacji superwizor (Bomba, 1989). Autorytetu reprezentującego zarówno siłę, jak i wiedzę. Takiej aktywizacji własnego stosunku do autorytetu sprzyja różnica w pozycji zawodowej obu uczestników superwizji – superwizora i superwizanta, czyli niesymetryczność relacji. Sytuacja ta ma oczywiście nie tylko wymiar symboliczny – osobistego, wewnętrznego stosunku superwizanta do obrazu autorytetu, ale wzmacnia ją realność związana z rzeczywistym poddaniem własnej pracy analizie i ocenie przez superwizora.

Ten lękowy i agresywny aspekt superwizji nabiera szczególnego znaczenia i widoczny jest zwłaszcza w przebiegu procesów superwizyjnych przyszłych psychoterapeutów, będących w trakcie szkolenia i uczestniczących we własnych terapiach szkoleniowych.

Taka sytuacja silnej zależności superwizyjnej, szkoleniowej i terapeutycznej uruchamia i wzmacnia u superwizanta jego dialog z „wewnętrzną figurą autorytetu”, charakteryzujący się m.in. narcystycznym lękiem przed zranieniem i utratą idealnego obrazu siebie oraz agresywnymi i dewaluacyjnymi wątkami przeżywanymi do superwizora.

Obawy przed narcystycznym zranieniem mogą rzutować na sposób prezentacji materiału klinicznego w trakcie superwizji, zarówno w sensie świadomego, jak i nieświadomego pomijania przez terapeutę tego, co mogłoby świadczyć o jego ewentualnych błędach lub niefortunnych posunięciach (Pawlik, 2008). Ekstremalną reakcją związaną z przeżywaniem superwizji wyłącznie jako oceny i ataku na poczucie własnej wartości może być eskalacja otwartego narcystycznego konfliktu pomiędzy superwizantem i superwizorem. Konflikty o to, która ze stron dialogu superwizyjnego ma w nim rację. W takim dialogu uwagi i sugestie superwizora przeżywane są jako zarzuty naruszające poczucie wartości superwizanta.

Obydwie przedstawione reakcje obronne powodują nie tylko impas w procesie superwizji, ale – co wydaje się dużo istotniejsze – w prowadzonych przez psychoterapeutów procesach leczenia. W takich sytuacjach relacja psychoterapeutyczna staje się polem walki z superwizorem kosztem leczenia pacjenta.

Inną reakcją na superwizję, również zakorzenioną w obawach przed narcystycznym zranieniem, może być nadmierne podporządkowanie się superwizorowi, zdanie się całkowicie na jego sugestie i przekazanie jemu całkowitej odpowiedzialności za prowadzenie procesu psychoterapeutycznego (Pawlik, 2008). Taka sytuacja podporządkowania chroni psychoterapeutę przed popełnieniem błędu i stworzoną w fantazji krytyką ze strony superwizora. Powoduje ona, że terapeuta bardziej jest zainteresowany spełnianiem oczekiwań superwizora, przekazaniem jego sugestii, interpretacji i komentarzy niż sobą w relacji do pacjenta. Ten rodzaj podporządkowania chroni go również przed własną agresywnością przeżywaną w stosunku do superwizora, a to czyni go „ślepy” na agresywne aspekty przeniesienia i własne przeciwprzeniesienie.

W związku z tym, że proces superwizji służy przede wszystkim usuwaniu trudności w relacji psychoterapeutycznej, superwizor w prowadzonych przez siebie procesach musi zdawać sobie sprawę z konieczności rozdzielenia funkcji superwizji od psychoterapii. Superwizja powinna być tak kontrolowana, żeby nie stawała się psychoterapią. Takie przesunięcie ciężaru superwizji w kierunku psychoterapii może pojawić się w pracy superwizyjnej z osobami lub grupami, które nie przechodziły własnej psychoterapii szkoleniowej. W takich sytuacjach prezentowany materiał kliniczny często jest niepowiązany w całość oraz nadmiernie nasycony różnymi interwencjami o wyraźnie przeciwprzeniesieniowym charakterze (Pawlik, 2008). Dlatego istotnym elementem szkolenia przyszłego psychoterapeuty wydaje się być jego udział w terapii szkoleniowej, która umożliwi mu przeżycie regresu i stworzy możliwość konfrontacji i przepracowania agresywnych i dewaluacyjnych „wątków” przeżywanym wobec wewnętrznej „figury autorytetu”. Gdy terapia szkoleniowa nie doprowadza do przepracowania tych wątków, wówczas możliwości identyfikacyjne z superwizorem

są wewnętrznie bojkotowane, a proces superwizji i szkolenia poważnie utrudniony lub wręcz niemożliwy (Kitrasiewicz, 1997–2014).

Jednocześnie superwizor i terapeuta powinni zdawać sobie sprawę, że wynik procesu psychoterapii zależy od całego szeregu różnych czynników, które niekoniecznie tkwią w nas, w pacjencie czy w charakterze jego schorzenia (Bomba, 1989).

Ważne jest, żeby uczestnik superwizji stawiał sobie nieustanne pytanie, jakie mogą w nim tkwić trudności związane z prowadzeniem psychoterapii, ale żeby jednocześnie zrozumiał, że trudności pojawiające się w procesie leczenia nie czynią go automatycznie niezdolnym do bycia terapeutą. Istotne jest, żeby skonfrontował się z faktem, że ranienie jego narcyzmu w procesie superwizji jest korzystne zarówno dla jego zdrowia, jak i prowadzonego procesu leczenia (Bomba, 1989). Do akceptacji tego faktu potrzebny jest jednak często wieloletni kontakt z jednym superwizorem, który umożliwi nam stanie się dojrzałym psychoterapeutą, gotowym do przyjmowania uwag i przeżywania refleksji nad sobą. Staje się to możliwe poprzez mechanizm identyfikacji z procesem szkolenia, który reprezentuje superwizor. Taka dojrzała identyfikacja wpływa bowiem na wzbogacenie osobowości i jest przeciwieństwem rywalizacyjnego i dewaluacyjnego stosunku do superwizora (Kołakowski, Winid, 1973).

Omawiając rolę i znaczenie superwizji w procesie psychoterapii, chciałbym podkreślić rolę intymności tej relacji. Przyjmując perspektywę subiektywizmu poznania drugiego człowieka, musimy zdawać sobie sprawę, że w związku z tym proces superwizji oznacza proces dzielenia się superwizanta z superwizorem bardzo osobistym i intymnym materiałem. Materiałem, w którym uczestnik superwizji indywidualnej lub grupowej w sposób świadomy, przedświadomy i nieświadomy odkrywa siebie, pokazując swoje przeżycia związane między innymi z bliskością, seksualnością i strachem. W tym sensie proces superwizji bardzo podobny jest do procesu psychoterapii (Gabbard, Wilkinson, 2011). Ten rodzaj odsłonięcia siebie dotyczy również w jakimś sensie superwizora, który przecież za pośrednictwem swojego sposobu myślenia, swoich reakcji na świadome, przedświadome i nieświadome komunikaty superwizanta pokazuje mu, czym dla niego jest bycie psychoterapeutą (Ogden, 2010). Kiedy terapeuta odkrywa przed superwizorem swoje intensywne przeciwprzeniesieniowe emocje, tworzy się między nimi bliska więź. Powstające pomiędzy terapeutą a jego superwizorem przymierze, którego celem jest rozwijanie profesjonalnych umiejętności terapeuty, powinno opierać się na wzajemnym szacunku i koleżeństwie (Book, 1987, za: Gabbard, Wilkinson, 2011).

W związku z tym istotne jest stworzenie przez superwizora takich warunków pracy, w których ten skomplikowany emocjonalnie proces mógłby przebiegać w miarę komfortowy i bezpieczny sposób. Warunków, które stwarzają możliwość refleksji nad prowadzonym procesem terapeutycznym i analizy własnego funkcjonowania w tym procesie, a nie są jedynie nic niewnoszącym acting outem. Tak jak w procesie psychoterapii indywidualnej czy grupowej, tak w procesie superwizji takim gwarantem bezpieczeństwa jest rama mówiąca o warunkach wzajemnej współpracy superwizora i superwizanta. Rama, która określa ogólne warunki superwizji, takie jak: czas

jej trwania, koszt, częstotliwość spotkań, sposób prezentacji materiału klinicznego (np. praca na zapisie sesji), poufność i nieujawnianie przez superwizora materiału uzyskanego w trakcie superwizji.

Wydaje się jednak, że najistotniejszą regułą superwizji jest utrzymanie zawodowego, ukośnego charakteru tej relacji. Oznacza to, że tylko perspektywa, w której superwizor pozostaje superwizorem, pozwala nam na zachowanie diagnostycznej funkcji tego procesu. Taka relacja pozwala na utrzymanie przez superwizora jego neutralności i stanowi gwarancję bezpieczeństwa dla superwizanta.

Wnioski

Rola superwizora i superwizji polega m.in. na wspieraniu terapeuty w utrzymaniu postawy terapeutycznej, umożliwiając mu skuteczniejsze prowadzenie procesu leczenia.

Sięgnięcie przez terapeutę po pomoc z zewnątrz pozwala na zachowanie elastyczności w pracy klinicznej, umożliwia utrzymanie pozytywnego obrazu siebie oraz ogranicza wpływ nieświadomych wysiłków pacjenta, służących zneutralizowaniu ego terapeuty (Gabbard, Wilkinson, 2011).

Superwizor, pomagając terapeutę „ubrać” w słowa pojawiające się w nim uczucia, pełni funkcję „pomieszczającego obiektu”, który ułatwia wyjście z przeciwprzeniesieniowego impasu. Dzięki temu superwizja może pełnić funkcję zabezpieczającą terapeutę przed „wypaleniem zawodowym”.

Parafrazując Thomasa Ogdena można powiedzieć, że dobrze jest, jeżeli superwizor i terapeuta raz na jakiś czas dysponują „czasem do zmarnowania”, czyli czasem, który wspólnie mogą przeznaczyć na próbę przyjrzenia się pacjentowi i relacji terapeutycznej (Ogden, 2010, s. 59).

Literatura

- Bomba J. (1989). Magia słów i znaczenie rozmowy. Rozmowa z doc. dr. med. Boguchwałem Winidem, kierownikiem Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Medycyny Klinicznej w Kielcach, Akademii im. Mikołaja Kopernika w Krakowie. *Psychoterapia* 2, 69, s. 5–12.
- Freud S. (1900). *Die Traumdeutung*; wyd. polskie (1996). *Objaśnianie marzeń sennych*, przeł. R. Reszke. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Gabbard G., Wilkinson S. (1994). *Management of Countertransference with Borderline Patients*; wyd. polskie (2011). *Przeciwprzeniesienie w terapii pacjentów borderline*, przeł. G. Olesiak, M. Żylicz. Gdańsk: Wydawnictwo IMAGO.
- Kernberg O. (2012). *The Inseparable Nature of Love and Aggression. Clinical and Theoretical Perspectives*. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing.
- Kitrasiewicz J. (1997–2014), komunikacja prywatna.
- Kołakowski S., Winid B. (1973). Trudności szkolenia w indywidualnej psychoterapii dynamicznej. *Psychiatria Polska*, t. VII, 3, 305–308.
- Ogden T. (2009). *Rediscovering Psychoanalysis. Thinking and Dreaming, Learning and Forgetting*; wyd. polskie (2010). *Ponowne odkrywanie psychoanalizy. Myślenie i śnienie, uczenie się i zapominanie*, przeł. L. Kalita. Warszawa: Oficyna Ingenium.

- Pawlik J. (red.). (2008). *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*. Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Racker H. (2007) The meanings and uses of countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, vol. LXXXVI, 3, 725–777.
- Wilk M. (1997–2014), komunikacja prywatna.

Piotr Miszewski
certyfikowany psychoterapeuta PTP i PTPPd
superwizor treningu psychologicznego PTP, superwizor socjoterapii PTP
Ośrodek Psychoterapii Psychodynamicznej w Bydgoszczy
mail: opp@opp.bydgoszcz.pl