**Piotr Miszewski**

Wykład: **Znaczenie superwizji w procesie psychoterapii**

Poznanie drugiego człowieka w procesie psychoterapii jest procesem subiektywnym. Subiektywizm w tym przypadku oznacza, że wszelkie poznanie, w tym też poznanie naszego pacjenta, jego świata wewnętrznego, zależne jest od właściwości umysłu psychoterapeuty
i jego sposobu odczuwania.

Ten subiektywizm 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 poznani (B. Winid, 1999).

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 (J. Kitrasiewicz, 1997-2014).

Przyjmując 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.

Wtedy proces psychoterapii jest 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
(M. Wilk, 1997-2014).

Ten nieustanny balans pomiędzy przeniesieniem a przeciwprzeniesieniem, konfrontacja
z silnymi uczuciami i zachowaniami naszego pacjenta, może spowodować u terapeuty problemy z utrzymaniem swojej profesjonalnej tożsamości, z myśleniem w kategoriach diagnostycznych i klinicznych. Innymi słowy: trudno terapeucie widzieć las, kiedy drzewa przesłaniają widok (G. Gabbard, 2011).

W takiej sytuacji psychoterapeuta nie tylko traci swoją funkcję lekarza, który z neutralnej pozycji zajmuje się leczeniem chorego, ale staje się uwikłany w nieświadomą komunikację
z pacjentem. W komunikację opartą o własne, silne, przeciwprzeniesieniowe emocje.
Powoduje to, że terapeuta 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
(G. Gabbard, 2011).

Ja, ze swojej strony, dodałbym jeszcze jeden czynnik ułatwiający terapeucie utrzymanie pozycji zawodowej i zapobiegający procesowi „wypalenia zawodowego”. Tym czynnikiem,
z mojej perspektywy, jest usystematyzowana teoria, która umożliwia nam wydobycie się
z regresu i dzięki temu pozwala nam na utrzymanie neutralnej postawy terapeutycznej. Dzieje się tak z tego powodu, że wiedza daje nam lepsze rozumienie zjawisk i procesów,
z którymi mamy do czynienia, a także poprzez używanie specyficznego języka pozwala nam na uzyskanie dystansu do przedmiotu naszych badań (J. Kitrasiewicz, 1997-2014).

W tym wystąpieniu skoncentruję się przede wszystkim na roli superwizji, jako narzędzia, które pozwala zrozumieć to, co nieświadome w komunikacji pacjenta z terapeutą. 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 u terapeuty, co prowadzi w kierunku odzyskania zdolności funkcjonowania przez terapeutę na poziomie poznawczym (G. Gabbard, 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. Oznacza to, że procesy zarówno uświadomione jak również nieświadome, działające pomiędzy pacjentem a jego terapeutą, często znajdują odzwierciedlenie w świadomej i nieświadomej relacji pomiędzy terapeutą a jego superwizorem (T. Ogden, 2010).

Tak rozumiany proces superwizji pozwala terapeucie na przełamanie przeciwprzeniesieniowego impasu i w związku z tym na dalsze skuteczne prowadzenie procesu leczenia. Przede wszystkim jednak zapobiega procesowi „wypalenia zawodowego”, który związany jest z procesem przepełnienia terapeuty silnymi afektami wzbudzonymi
w trakcie procesu leczenia.

Ten rodzaj rozumienia procesu superwizyjnego implikuje zaakceptowanie superwizji, jako konieczności związanej z prowadzonymi przez nas procesami leczenia, a nie jako dowodu na bycie niedojrzałym terapeutą. Jest to element konieczny z uwagi na ciężar związany
z subiektywizmem poznania chorego (B. Winid, 1999).

Ten specyficzny rodzaj poznania i pracy, jakim jest proces leczenia, wymaga od terapeuty nie tylko zdolności do tolerowania silnych afektów, pojawiających się w trakcie psychoterapii, ale również świadomości i nieustannej analizy przeciwprzeniesienia. Przeciwprzeniesienia rozumianego w szerszym znaczeniu, jako całościową reakcję analityka na pacjenta,
w określonym przedziale czasu (Kernberg, 1975).

Implikacją tej współczesnej definicji przeciwprzeniesienia jest potrzeba stałej obserwacji przez terapeutę własnych reakcji przeciwprzeniesieniowych, aby pogłębić rozumienie pacjenta.

W refleksji nad przeciwprzeniesieniem i jego funkcją dla procesu psychoterapii użyteczne są rozważania Heinricha Rackera, który wyróżnił dwa rodzaje przeciwprzeniesienia – zgodne
i komplementarne (H. Racker 1953). **Przeciwprzeniesienie zgodne** jest związane
z identyfikacją terapeuty z podstawowym, subiektywnym doświadczeniem pacjenta, „self
z self”, przypomina to zwykłą empatię i odzwierciedla zdolność terapeuty do dzielenia doświadczeń pacjenta (Kernberg, 1975). **Przeciwprzeniesienie komplementarne**
jest związane z identyfikacją terapeuty z tą częścią pacjenta, której pacjent w sobie nie toleruje
i projektuje ją na terapeutę, dokonując jednocześnie subtelnego nacisku na terapeutę,
w celu uzupełnienia swojej projekcji, ułatwiając w ten sposób terapeucie identyfikację
z wyprojektowanym aspektem (Kernberg, 1975).

Analiza przeciwprzeniesienia w trakcie procesu superwizji pozwala terapeucie zdobyć wiedzę o świecie wewnętrznym pacjenta. Dzięki temu umożliwia mu skuteczniejszą pracę psychoterapeutyczną. Przede wszystkim jednak proces superwizji pomaga mu 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.

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 (G. Gabbard, 2011).

Umożliwia ona również pomieszczanie, tolerowanie i opracowanie lęków i obaw doświadczanych przez terapeutę, a uruchomionych w procesie psychoterapii. Uzyskanie zdolności do tolerowania tych stanów afektywnych u terapeuty, pozwala na ich doświadczenie i tolerowanie u 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 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 (J. Pawlik, 2008).

Proces superwizji wymaga od superwizanta pewnej dojrzałości emocjonalnej, która związana jest gotowością do dzielenia się swoimi przeżyciami i fantazjami z superwizorem. Ten proces uczenia się mocno konfrontuje terapeutę z aktywizacją „rany narcystycznej”. Obawy przed zranieniem mogą rzutować na sposób prezentacji materiału, w sensie świadomego
i nieświadomego pomijania części materiału klinicznego przez terapeutę.

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 (B. Winid, 1999).

Bibliografia:

Bomba J. (1999): *Magia słów i znaczenie rozmowy*.

Gabbard G. O. (2011): *Przeciwprzeniesienie w terapii pacjentów borderline*.

Ogden T.O. (2010): *Ponowne odkrywanie psychoanalizy.*

Kitrasiewicz J. (1997-2014): rozmowy prywatne

Wilk M. (1997-2014): rozmowy prywatne

Racker H. (1953): odczyt podczas spotkania *The Argentinian Psychoanalytic Association*

Kernberg O. F. (2012): *Nierozłączność miłości i agresji. Perspektywy kliniczne i teoretyczne.*

Pawlik J. (2008): *Psychoterapia Analityczna. Procesy i Zjawiska grupowe.*