

W 2001 roku, w Penn State Univeristy (USA), grupa przedstawicieli różnych modalności psychoterapeutycznych kierowana przez prof. Louisa Castonguay'ego i prof. Clare Hill odbyła pierwszą z kilku konferencji poświęconych sformułowaniu cech „dobrego terapeuty”. Jedną z tych konferencji dotyczyła korekcyjnych doświadczeń.

TERAPEUTA NA KRAWĘDZI – DOŚWIADCZENIA KOREKCYJNE W SUPERWIZJI

Ireneusz Kaczmarczyk¹

*„To, jakimi jesteśmy
psychoterapeutami,
wyznaczają nasze rany”*

Claude Missiaen

„Korekcyjnym doświadczeniem nazywamy takie doświadczenie, które sprawia, że człowiek zyskuje zrozumienie wydarzenia lub relacji lub doświadcza ich w inny i niespodziewany sposób” – orzekli uczestnicy spotkania. „Doświadczenia korekcyjne to tylko część terapii, ale są taką jej częścią, która często prowadzi do transformacji, co czyni je ważnym dla badań procesem” – uzasadniała to spotkanie dr Clara Hill. Publikacja pod tytułem „Transformacje w psychoterapii”, pod redakcją Louisa Castonguay i Clary Hill, to efekt tej konferencji.

W tym artykule, skupiając się na procesie superwizyjnym, staram się - za autorami publikacji – przybliżyć założenia tego zjawiska, dzieląc się również swoimi doświadczeniami.

„BYĆ KAPITANEM”

W okresie pandemii superwizowałem swoją pracę superwizyjną z grupą, której uczestnikami byli szefowie zespołów. Mówiłem w jej trakcie o swoim ciężarze, o obawach związanych z poczuciem „bycia niewystarczającym” w poszukiwaniu sposobów, jak im pomóc tworzyć strategie kryzysowe, radzić sobie z lękiem o bezpieczeństwo swoje i swoich pracowników. Z każdą chwilą swojej opowieści coraz bardziej doświadczałem emocji. Czułem paraliż w nogach i ciężar na plecach.

Mój superwizor skomentował – „pracowałeś z kapitanami – byłeś więc kapitanem kapitanów”. Brakowało mi tego słowa. Zobaczyłem nagle całą tę flotę, rozpoznałem mobilizację i napięcie, które mnie „trzymały” przez kilka tygodni od tamtej pracy, poczułem, jak rozpręża się moje ciało, rozluźniają mięśnie, uwalnia się napięcie. Łzy napłynęły mi do oczu i pojawiła się ulga. Poczułem, że nie jestem sam, że ktoś widzi mnie, moje w zadaniu poczucie samotności i jego ciężar. Zamiast spodziewanego poszukiwania strategii interwencyjnych doświadczyłem troski, zrozumienia i obecności.

¹ Ireneusz Kaczmarczyk

To było niespodziewane i zaskakujące dla mnie przeżycie. Nagle wszystko znalazło się na swoim miejscu. Odkryłem w jednej chwili złożoność własnych reakcji, tendencje, a nawet „przymus” charakterystycznego zachowania wobec zagrożenia i wartości, które dynamizują moją pracę.

Emocje, które się pojawiły w obecności superwizora, ukazały nowe znaczenie, tworząc tak potrzebny w tej sytuacji dystans. Potrzebny zarówno mnie, jak i uczestnikom mojej superwizji. Wyszedłem z „mgły”, spod ciężaru, który ograniczał mi rozpoznawanie własnej roli wobec przeżyć uczestników procesu, a tym samym możliwości rozpoznawania ich rzeczywistych potrzeb.

Mogę powiedzieć, że to doświadczenie urealniło moją z nimi relację, przywróciło mnie do „obecności” wobec ich lęku, ciężaru, do „tu i teraz”, co zmieniło też moje możliwości towarzyszenia im w ich trudzie.

Doświadczając obecności superwizora przy mnie, poczułem, czego mogą potrzebować uczestnicy superwizyjnego procesu. Z czasem rozpoznawałem też, jakie warunki muszą być spełnione, aby te wszystkie elementy procesu złożyły się w całość, jak rolę ma tu superwizor.

TERAPEUTA W PROCESIE

Doświadczenia o podobnym charakterze rozpoznawane w superwizji osób pracujących z osobami uzależnionymi pomagają mi dziś jeszcze bardziej uprawomocnić tezę, że mamy w tej pracy do czynienia z osobistym, głębokim procesem terapeutycznym, a nie tylko ukierunkowanym na diagnozę poszukiwaniem metod interwencji.

Złożoność historii pacjentów, ilość emocjonalnego bólu dotyka bowiem w procesie pomagania wielu wrażliwych miejsc. Obserwowałem to również w realizowanych dla terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi projektach uczenia doświadczeniowej pracy, indywidualnej i grupowej, którymi miałem szczęście kierować. Superwizje były ich istotnym elementem. Wraz z psychoterapeutami i superwizorami, z którymi podobnie rozumiemy proces zmiany, braliśmy udział w terapeutycznej przygodzie i wspólnie z uczestnikami obserwowaliśmy jej efekty. To ona w dużej mierze zainspirowała mnie do napisania tego tekstu.

DWA WYMIARY PROCESU DOŚWIADCZANIA

Relacja z terapeutą stanowi narzędzie terapeutycznej zmiany. Obserwowana z bliska ukazuje bardzo praktyczny obszar psychoterapii. Odślonięcie w bezpiecznych warunkach zmienia wcześniejszą izolację w bliski kontakt z drugim człowiekiem. Stanowi warunek głębokiego spotkania z bolesnymi przeżyciami. To, co było dotąd „chronione” adaptacyjnymi strukturami, nabiera innego znaczenia. Zgodnie z założeniami FOT (psychoterapii zorientowanej focusingowo), do zmiany dochodzi, gdy znaczenia są nie tylko na nowo wyjaśnione i poznawczo zrozumiane, ale również w nowy sposób odczute w ciele. Powiązanie ze sobą reakcji z ciałem, emocji, odczytanie tego znaczenia w powiązaniu z potrzebami prowadzi do zmiany zachowań.

Podstawą terapeutycznego procesu jest więc przetwarzanie doświadczeń, w następstwie czego następuje zmiana o głębokim i trwałym charakterze. Tak tworzy się nowy sposób reagowania, bardziej swobodny i adekwatny do sytuacji i warunków. Kształtuje go wiele drobnych, często niedostrzegalnych, właśnie korekcyjnych, zmian, jakie zachodzą w trakcie sesji. W bezpiecznej, terapeutycznej relacji zachodzi również zmiana w kontakcie z własnym doświadczeniem. W konsekwencji takiego emocjonalnego procesu zmiany dokonują się również na poziomie pracy mózgu.

SZLAKI ZMIANY

Na poziomie neuronalnym trauma powoduje dysregulację neurobiologicznych procesów odpowiedzialnych za ocenę i reakcję na zagrożenie. Zaburzenia w prawidłowej współpracy i przepływie informacji w sieciach połączeń neuronalnych między strukturami hipokampu a obszarami korowymi utrudniają prawidłową integrację i kontekstualizację emocji i odczuć z ciałem w pamięci autobiograficznej (Cozolino, 2018). Zdezintegrowany proces sprawia, że ciało reaguje tak, jakby trauma z przeszłości działa się „tu i teraz”. Nadmierne pobudzenie organizmu odzwierciedla nieprawidłową regulację pomiędzy ciałem migdałowatym i autonomicznym układem nerwowym. Wywołuje pierwotną reakcję emocjonalną, zapamiętaną jako zagrożenie i przygotowującą do walki lub ucieczki. Korekcyjne doświadczenie to nic innego, jak „naprawianie” tego systemu. Jak to się odbywa?

Modele sieci neuronalnych i zmiany, jakie w nich zachodzą, przedstawić można w formie metafory. Tak jak od jednej zapalniczki zapalają się kolejne ułożone jedna obok drugiej, tak ulga w jednej sytuacji usprawnia komunikację pomiędzy neuronami w sieciach neuronalnych. Zmiana w jednym korektywnym przeżyciu może w przyszłości w podobnych emocjonalnie sytuacjach uruchomić nowo powstały wzorzec połączeń.

Ta metafora odzwierciedla obserwowane, terapeutyczne zmiany. Jeden ruch na szachownicy zmienia jej cały układ. Emocjonalna zmiana, jaka się na przykład dokonuje w psychoterapii grupowej, zmienia charakter budowania relacji ich uczestników poza grupą.

Kiedy przetwarzają się blokujące przepływ emocji sytuacje z naszego życia, sieci połączeń neuronalnych w naszym mózgu ulegają modyfikacji. Tworzą się nowe, automatyczne reakcje. W trakcie – jak pisze van der Kolk – uwalniają się dwa istotne dla zmiany neuroprzebieżniki: dopamina, która odpowiedzialna jest za motywację, oraz noradrenalina, która odpowiada za działanie (Levine, 2021). Przebudowa mózgu odbywa się na podstawie naszych doświadczeń, a nie „zaimplementowanej” nam o nich wiedzy. Wiedza potrzebna jest raczej psychoterapeutom do rozumienia i wykorzystywania w swojej pracy szlaków zmiany. Dokonuje się w bezpiecznych warunkach, przy rozpoznawaniu emocjonalnych możliwości i ograniczeń pacjenta, umiejętności ich regulacji w trakcie pracy, podtrzymywania efektów, jeśli zachodzi. Wymaga naszego zaangażowania i uważności.

Dlatego podnoszę ten temat właśnie w kontekście superwizji, bo to jedna ze ścieżek, w których w sposób praktyczny i na własnym doświadczeniu możemy się tego uczyć.

SUPERWIZJA INDYWIDUALNA

Uczestnicy superwizji często mówią o trudnych doświadczeniach superwizyjnych, o niepokoju, który im towarzyszy na długo przed sesją. Terapeuta wchodzi bowiem w proces superwizyjny w swoim własnym schemacie; reaguje na pacjenta, na grupę, na superwizora. Myślom i emocjom towarzyszą reakcje fizjologiczne. Ostrożne „tu i teraz” wiązanie tych reakcji z ich źródłem prowadzi do zmiany utrwalonego wzoru. Odzywają się „kruche miejsca” wraz ze sprawdzonymi sposobami ochrony, które kiedyś umożliwiały odzyskanie wpływu na sytuację. Superwizji towarzyszą również aktualne, osobiste problemy.

Normalizowanie tych reakcji przez superwizora, przyjmowanie superwizantów wraz z ich bagażem jest już początkiem korekcyjnego doświadczenia. Wiemy przecież, że taki proces stanowi część osobistego doświadczenia każdego terapeuty bez względu na podejście, płeć, orientację etc. Im więcej bezpieczeństwa w relacji, tym więcej swobody w odślanianiu i rozmowie na temat tych trudności.

Podobnie jak pacjenci w relacji z terapeutą, tak superwizanci przetwarzają swoje problemy w relacji z superwizorem. I podobnie jak w kontakcie terapeutycznym, pojawiają się również i tutaj nowe odczucia w ciele, emocje, ujawniają się potrzeby. Dzieje się to w sposób niespodziewany, nieznan, niewystępujący dotąd we własnym środowisku czy relacjach (starałem się to opisać w osobistym doświadczeniu na początku artykułu).

Odwołując się do Carla Rogersa, korekcyjne doświadczenia dotyczą często paraliżujących warunków wartości. Warunków, które musi spełnić dziecko, aby być kochane. Przy akceptacji superwizora pogłębia się więc autentyczność terapeuty. Dopiero te specyficzne warunki, które zapewnia triada, pozwalają superwizantowi poddać refleksji własne bariery, sposoby radzenia sobie z nimi i nadać im nowe znaczenie oraz włączyć w swój proces, eliminując tym samym źródło emocjonalnych, paraliżujących reakcji.

Obok bezpieczeństwa czynnikiem warunkującym tę zmianę jest pewien poziom pobudzenia emocjonalnego, który nie powinien być zbyt wysoki i przekraczać poziomu tolerancji w danej chwili. Nie powinien być też zbyt niski, bo optymalny poziom pobudzenia sprzyja tworzeniu się nowych połączeń neuronalnych.

Dr Melissa Harte, zmarła niedawno psychoterapeutka i superwizorka doświadczeniowa, sugerowała nawet, żeby, zanim zaczniemy pracować, badać stopień „rozgrzania” naszego systemu przetwarzania (Harte, 2019). Tłumaczą to zjawiska, o których pisałem wyżej. Ukierunkowanie na doświadczanie przy otwartości zbudowanej w bezpiecznej relacji powoduje, że w trakcie sesji superwizant może być bliżej siebie, swojego przeżycia, w taki sposób, aby mogło się pojawić jego nowe znaczenie.

* * *

Krzysztof ma sześćdziesięcioletni staż w pracy z pacjentami uzależnionymi. W superwizji zgłasza objawy wypalenia i poczucie, że „nie nadaje się do tej pracy”. S. – *Co to znaczy?*

T. – Wchodzę w „rolę”, staram się, mobilizuję... jestem coraz bardziej zmęczony...

S. – Zatrzymaj się na tym zmęczeniu, sprawdź, co jest takie męczące...

T. – Udawanie...

S. – ?...

T. – Udawanie kogoś, kim w tej sytuacji nie jestem...

S. – ...że nie doświadczasz w pełni siebie samego...

T. – ...i że się muszę cenzurować...

S. – To bolesne pozostawać w takim rozdarciu, między tym, kim jesteś i jak autentycznie czegoś doświadczasz, a tym, w jaką rolę wchodzisz, że jest to duża rozbieżność i że musisz się cenzurować... ukrywać...

T. – ...bo nie mogę siebie wyrazić takim, jakim jestem...to jest... było groźne...narażałem się na okrucieństwo...

S. – O czym to jest?...

T. – O mojej mamie...

S. – Trudno, żeby w naszej pracy nie natrafić na podobne doświadczenia... przyglądanie się swojej autentyczności w relacji terapeutycznej stanowi metodę kolejnych przybliżeń do siebie w sobie i w relacji... a jak jest teraz?

T. – Ta odległość jest już mniejsza...nie boję się, że coś ze mną jest nie tak...

Dotychczasowy sposób reagowania wiązał się z mobilizacją i ukrywaniem z obawy przed ujawnieniem, co blokowało drogę do autentyczności, nie tylko w kontakcie terapeutycznym, lecz zapewne szerzej między ludźmi. Tamto zapisane w sieciach doświadczenie zaczęło już stwarzać poważne problemy w relacji terapeutycznej. Dopóki nie nastąpi jego „uwolnienie” (przetworzenie), nie bardzo wiadomo, co się dzieje. Adaptacyjny schemat kieruje nas często w stronę wyjaśnień, a to z kolei uruchamia krytyczne części, które próbują „przywrócić porządek”. Nie znaczy to jednak, że ruszyliśmy z miejsca, w którym „utknęliśmy”.

Napięcie w tej sesji zostało nazwane, rozpoznane zostały jego źródła. Przesunęło Krzysztofa w inne miejsce. Słowem, które otworzyło ten ukryty dotąd sens, było „okrucieństwo” i jego głęboko ukryte dotąd znaczenie (było się czego bać). Krzysztof przeszedł od „tu i teraz” do „tam i wtedy” i z powrotem.

Taki właśnie szlak przechodzi impuls w sieci neuronalnej. Sprawdza niejako, czy wszystko jest już na swoim miejscu. Wtedy pojawia się ulga. System przetwarzania uczy się, jak inaczej reagować na sytuacje. Otwiera też dla Krzysztofa obszar terapeutycznej pracy. Normalizowanie podobnych procesów, nieuchronnych w naszej pracy, prowadzi do transformacji.

* * *

Korekcyjne doświadczenie przynosi czasem chwilową destabilizację, przeciążenie systemu emocjonalnej odporności, co uruchamia chęć ucieczki, czasem złość jako sposób obrony przed zagrożeniem. „Przymywanie” przez superwizora tych reakcji ma działanie uspokajające, zwłaszcza jeśli superwizor „widzi” te części, które są odpowiedzialne za utknięcia, a które domagają się uwagi i troski. (mogłem doświadczyć tego wielokrotnie w swojej własnej superwizji).

To pozytywne doświadczenie kształtuje sojusz superwizyjny, zmienia nastawienie, kieruje w stronę nadziei na rozwiązanie i zmianę. Pojawia się przekonanie, że można nad nią wspólnie z innymi pracować.

Rozpoznawanie emocjonalnych barier, może stanowić istotny cel superwizji. Przetwarzanie trudnych doświadczeń pozwala, dzięki włączeniu ich w swój własny proces, przekształcać je w zasoby w postaci rozumienia siebie, swoich możliwości, tego, co dzieje się między ludźmi, a w konsekwencji w terapeutycznej relacji.

Dostrzegłem, że im więcej podobnych doświadczeń, tym więcej pojawia się egzystencjalnych treści; pytań o własną tożsamość terapeuty, poszukiwanie podejścia, styl pracy, o jej sens. Więcej danych organizuje się bowiem wokół spójności i ciągłości osobistych historii. Otwierają się w nich często jakiegoś kolejne drzwi. W tej przestrzeni wraca energia tendencji aktualizacyjnej.

* * *

Superwizja pacjenta uzależnionego od narkotyków, z epizodami psychotycznymi i pobytami w szpitalu. Pracujemy z Anitą razem od roku, poświęcając temu procesowi sporo miejsca.

T – Nie chcę z nim pracować. Wydaje mi się, że nie mogę mu pomóc, że jestem niekompetentna. Muszę się zająć swoim zdrowiem, pracuję za dużo....

S – Powiedz, co czujesz przed sesją...

T – Strach... że on kogoś zabije lub zabije siebie...

S – Zatrzymajmy się tu na chwilę, o czym jest ten strach, co widzisz...

T – Nie wiem czemu, ale wszystkie te sytuacje, kiedy się wycofywałam z pracy, bo mnie przerastały... S – To jest to, jak się chroniłaś... w tym strachu... a sam strach?

T – Strach jest przed wejściem do knajpy, kiedy mama mnie wysyłała po ojca... strasznie się bałam... S – Skąd to przeświadczenie, że mogłaś poradzić sobie z tym, z czym sobie nie radzili dorośli?...

T – Bo byłam oczkiem w jego głowie...

S – I szłaś z otwartym sercem...

T – I nie udawało się...

S – Byłaś naprawdę mała i nie miałaś szans...

T – Teraz czuję smutek i złość...

S – Pobądź chwilę przy tych uczuciach...

S – Jak z tego miejsca widzisz swojego pacjenta, to co możesz mu powiedzieć? T – Że mogę przy nim posiedzieć, że go rozumiem, a nawet współczuję... S – I na co mógłby liczyć?

T – Że mogę mu wyjaśniać, żeby i on lepiej rozumiał siebie, doradzić, skierować po pomoc, która będzie dla niego adekwatna, jeśli zechce z niej skorzystać...

T – Czuję się, jakbym była między superwizją a terapią...

S – Bo jesteś...

T – Na takiej krawędzi... S – Bo to jest krawędź... S – Jak teraz?

T – Stoją mi znowu przed oczyma wszystkie te sytuacje, kiedy się wycofywałam.

S – Bardzo potrzebowałaś się ochronić, wiele było problemów za tymi dużymi drzwiami...

T – Tak, wiedziałam, kiedy mam otwarte serce dla tego pacjenta, a kiedy zamknięte, wtedy sztywniałam i chciałam się wycofać i żeby nie przychodził, a jednocześnie się o niego bałam...

S – Doszłaś do swoich drzwi, teraz możesz przy nich chwilę postać, ale nie będziemy przez nie przechodzić, bo to jest już dla Twojej terapii... A jak teraz do pacjenta?

T – Nie mogłam dotąd wyznaczać w sobie granic pomagania... A teraz? Teraz czuje twarz i serce. I mogę się z nim spotkać.

W następnym miesiącu...

T – Mieliśmy sesje. Współczucia mam więcej, widziałam w nim pacjenta, osobiście dotarło do mnie, ile w tej mojej pracy trudu. I poszukałam wsparcia. Coś w ogóle było inaczej, nie bałam się być między ludźmi... jak to się stało? Nie wiem... nie byłam wcześniej w ten sposób przy swoim doświadczeniu. S – Co to znaczy?

T – Odstąpiłam się...

S – Czemu to było możliwe?

T – Bo wcześniej doświadczyłam dużo wsparcia... nigdy tyle nie dostałam...

W podobnych przykładach transformacji mamy do czynienia, jak mówi Claude Missiaen, z własnym „procesem terapeutycznym” superwizanta, ale nie z terapeutyczną sesją. Z procesem, do którego „włączona” jest również sprawa pacjenta. Superwizor pomaga wtedy bezpiecznie odróżniać te procesy i poddawać je refleksji.

Ważne, aby kontrakt zapowiadał, że możemy – przy jednoczesnym rozpoznawaniu i przywoływaniu (w sobie) bezpiecznego miejsca – dotykać takiej „krawędzi”.

Jako superwizor nie zawsze o tym pamiętałam. Miało to miejsce zwłaszcza wtedy, kiedy moja obecność przy jakimś ważnym doświadczeniu wskazywała na potencjał zmiany. I zdarzało się, że spotykałam się z ambiwalentnymi reakcjami.

Warunkiem pozostaje tu więc, obok kontraktu i celów superwizji, wspólne rozumienie, czym jest proces rozwojowy, zaplecze w postaci własnej terapii superwizanta i przyjaznego środowiska oraz możliwość omawiania tego, co się dzieje w naszej relacji.

SUPERWIZJA GRUPOWA

Korekcyjne doświadczenia mają miejsce również w superwizyjnych procesach grupowych. Im dłuższe, tym jest ich więcej. Sprzyja temu skoncentrowanie na doświadczaniu jednoczące rozumienie procesu zmiany, sojusz superwizyjny, zaangażowanie wielu osób, wypracowanie akceptującej postawy, docieranie do swoich utknięć, barier, rozpoznawanie ich źródeł, uważna i rozumiejąca obecność innych.

Ukierunkowanie na rozwiązanie problemu w takich warunkach sprawia, że proces przyspiesza, staje się intensywny. Wysłuchanie i poznanie reakcji innych sprzyja normalizowaniu własnych, często blokowanych dotąd, emocji. Skraca drogę do swoich doświadczeń, emocji i ich znaczenia, które pozostawały do tej pory poza uwagą. Cały proces pozostaje żywym doświadczeniem, łatwiej wtedy identyfikować „impulsy”, które się „tu i teraz” pojawiają.

Uwzględnianie reakcji uczestników superwizji na proces superwizyjny jednej osoby jest metodą uruchamiania zbiorowego doświadczania sensu i znaczenia rozpatrywanego problemu. Dotyczyć może zjawiska, reakcji superwizanta, problemu czy nawet samej sesji. Ta focusingowa struktura zaprasza wszystkich do procesu doświadczania, do obecności, gotowości „przyjęcia” w emocjonalny sposób tego, co każdy uczestnik słyszy w relacji jednej osoby, jak na nią reaguje, bez cenzury, interpretacji, ograniczając się do wyrażenia własnych odczuć, ujawnienia pojawiających się emocji, uczuć, skojarzeń, metafor, usymbolizowania własnej reakcji na to, „w czym” tu uczestniczę.

Transformacja opiera się na podstawie podzielanego i wyrażanego znaczenia wszystkich uczestników w reakcji na opisywany proces. Tak można superwizować zarówno grupę jak i indywidualnych pacjentów, przechodząc przez następujące kroki:

1. *Opowiedz o grupie, o procesach, o faktach z życia grupy, ostatnich ważnych doświadczeniach...(lub) o pacjencie, o tym, co o nim wiesz... (do superwizanta)*
2. *Powiedzcie, co się w Was dzieje, kiedy to słyszycie, jakie są Wasze reakcje, emocje, opisujące to metafory... (do grupy)*
3. *Powiedz, co się w Tobie dzieje, kiedy słyszysz te reakcje... (do superwizanta)*
4. *Jakie to uczucia, co się dzieje, czy pojawia się jakieś wyraźne słowo, które to ilustruje?... (do superwizanta)*
5. *O czym to jest...Co jest w tym Twojego... Zatrzymaj się... (do superwizanta)*
6. *Powiedz, jak jest teraz, co z tego miejsca, w którym teraz jesteś, widzisz, patrząc na grupę (lub pacjenta), którą prowadzisz... na Twoją relację z grupą, powiedz, czego tutaj potrzebujesz od nas... (do superwizanta)*

Ten „odczuty” przez uczestników superwizji sens pomaga terapeutę rozpoznać i nazwać znaczenie tego zjawiska. Pomaga w przybliżeniu się do tego, co pozostawało dotąd niewidoczne. Dostarcza nowych danych, odśladania i poszerza emocjonalne tło problemu.

Etap piąty to spotkanie z samym sobą, dotyka czasem „krawędzi”, może prowadzić do osobistej zmiany (felt shift). To korekcyjne doświadczenie wskazuje (podobnie, jak to zostało opisane wcześniej w przykładach) miejsca utknięcia lub te, które wymagają troski i opieki, pogłębienia we własnej terapii. Ujawniają się tu bowiem często jakieś wcześniejsze, „nieprzeżyte” historie. W reakcji pojawia się rozluźnienie, zmienia się coś w ciele, na twarzy, pojawiają się czasem łzy. Proces rusza z miejsca pchany energią aktualizacyjną.

Takie doświadczenie uczy, że można być bardziej świadomym siebie, odczytywać sygnały z ciała, dotykać bolesnych miejsc, otwierać drogę pierwotnym emocjom i wracać do równowagi. Inaczej z tego miejsca widać już pacjenta czy grupę, inaczej własny proces. Zwykle superwizant wie już „co robić”, choć korzystanie ze wsparcia i informacji zwrotnych wzbogaca kliniczny warsztat.

Często przy grupowej superwizji zmieniały się w tym miejscu pytania superwizyjne, z którymi superwizant się pojawił. To efekt znaczeniowego „echa” wyrażanych emocjonalnych reakcji uczestników sesji, który „trafia” we właściwie miejsce.

Podobnie można pracować w sytuacji słuchania bądź oglądania nagrań.

Herbert Rice używa w opisie podobnych procesów grupowych („A Quakers View of Gendlins Philosophy”) metafory symfonii: możemy w takiej pracy słyszeć wszystko naraz lub każdy instrument osobno.

Po wielu takich sesjach powiedziałbym za nim, że to doświadczanie grupowego znaczenia (felt sense) daje w pracy wiele możliwości. Superwizor staje się wtedy kimś w rodzaju dyrygenta, który pomaga słyszeć superwizantowi symfonię oraz jego partię, dźwięki czyste i te wymagające dostrojenia.

To zwykle spotkania, w których toczy się jednoczący wszystkich proces, a uczestnicy doświadczają w postaci wspólnie odkrywanych znaczeń i sensów, głębokiego korekcyjnego przeżycia. Podobne procesy zachodzą w trakcie treningów interpersonalnych (por. „Doświadczenie a psychotherapia”). Opisał je również w kontekście zmian zachodzących na poziomie neuronalnym M. Lux.

Obserwujemy takie jakościowe zmiany w szkołach psychotherapii, w grupach, które wiele razem przeszły. Dla superwizora czy grupowego psychotherapeuty pojawia się w ten sposób nadzieja, następna praca ma już bowiem swój znany wzór i cel.

Transformację przechodzi również znaczenie psychotherapii i pomagania. Każda zmiana wymaga wielokrotnych aktywacji odpowiednich sieci połączeń neuronalnych. Głębsze zmiany tych wzorów zachodzą w intensywnych, ale nieprzeciążających procesach, chodzi więc bardziej o proces niż o pojedyncze doświadczenia.

EFEKTY

Zbieram od jakiegoś czasu efekty takiej pracy superwizyjnej. Po pierwsze, pojawia się ulga, coś w przeżyciu układa się „na swoim miejscu”, reakcje stają się bardziej „zrozumiałe” z osobistej perspektywy, zwykle własnego „utknięcia”. Spotkanie superwizyjne często staje się predyktorem podjęcia własnej terapii lub poszerzania jej obszarów. Wszyscy superwizanci mówili o wzroście współczucia, o empatii, zrozumieniu, a jednocześnie dystansie, o rozwianej „mgle”.

Wyjaśniają to znowu procesy zachodzące w naszym mózgu. Prawa półkula jest silniej połączona z układem limbicznym niż lewa, szybciej i adekwatniej identyfikuje emocje niż lewa, która jest bardziej zaangażowana w przetwarzanie znanych schematów i odpowiada za konceptualizację, ale w tych warunkach, specyficznych dla FOT, na chwilę „zwalniamy ją z pracy”. Zmieniają się wtedy uczucia, jakby powiedział Greenberg, na te bardziej adekwatne, przystosowawcze i bezpośrednie wobec pacjentów i ich problemów.

Tym samym superwizanci odzyskiwali zdolność do bycia przy ich cierpieniu, do ponownego zaangażowania i zaciekawienia. Rozpoznawali własne i pacjentów ograniczenia, odróżniali zaburzenie od bólu, który to zaburzenie wywołuje. To z kolei przekładało się na pewność siebie, poszukiwanie pomocy, przyjmowanie informacji zwrotnych, poszerzanie wiedzy.

Z takiego miejsca inaczej już obserwuje się praktyczny problem kliniczny. Podstawę pracy stanowi wtedy fundamentalna, oparta na więzi tendencja do współistnienia. To jest jeden z ważniejszych efektów korekcyjnego procesu.

PROGI

W obecnym sposobie myślenia o uzależnieniu, o kształceniu terapeutów, mniej zajmujemy się tego rodzaju pracą, przyjmując najczęściej, że korekta w superwizji dotyczy kompetencji klinicznych, konceptualizacji, technik, „rozumienia”. To metodologiczne rozróżnienie odpowiada myśleniu o terapii osób uzależnionych bądź terapii uzależnienia. Otwiera się przy tym dyskusja na temat procesów rozwojowych terapeutów i jego etapów. Każdy z nas, (niezależnie od modalności) obok obowiązku poszerzania kompetencji klinicznych, przyjmuje na siebie odpowiedzialność i gotowość do zmierzania się z trudnymi sytuacjami i ryzykiem związanym z przewyciężeniem własnych sposobów ich unikania.

Osobiste „utknięcia” spowodowane traumą terapeutów zatrzymują procesy, a same techniki nie tylko nie prowadzą do zmiany, lecz wzmagają zapotrzebowanie na „bardziej skuteczne”. Jeśli jednak korekcyjne doświadczenia dotyczą terapeuty, a w ich wyniku inaczej doświadcza on relacji, to mamy do czynienia ze zmianą o trwałym charakterze. Ta zmiana – co chyba najistotniejsze – obejmuje również nawiązywanie relacji i sposoby pomagania.

Wzrasta świadomość, że superwizja potrzebna jest psychotherapeucie także po to, aby przestał on lunatykować w swoim śnie, kiedy siedzący przed nim pacjent, często w bólu, potrzebuje jego obecności.

Korekcyjne doświadczenie, zmieniając psychotherapeutę, prowadzi również do transformacji systemu.

BIBLIOGRAFIA

1. Cozolino L., *The Neuroscience Of Psychotherapy: Healing The Social Brain (2Nd Ed.)* [e-book]. New York, NY, US: W W Norton & Co; 2010.
2. Elliot, R, Watson J.C, Goldman R, Greenberg L., *Psychoterapia skoncentrowana na emocjach*, IPZ. Warszawa 2009.
3. Levine P., *Trauma i pamięć*. Wyd. Czarna Owca. Warszawa 2021.
4. *Doświadczenie a psychoterapia*, Red. Maria Król-Fijewska Wyd. Ośrodek Pomocy i Edukacji Psychologicznej Intra. Warszawa 2019.
5. Harte M., *Processing Emotional Pain using Emotion Focused Therapy*. Wyd. Australian Academic Press. 2019
6. [Transformacje w psychoterapii](#), Red. Castonguay, L., Hill C. Wyd. Zielone Drzewo. IPZ. Warszawa. 2017
7. Kaczmarczyk I, „Psychoterapia doświadczeniowa w leczeniu uzależnień”. [w:] *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, Warszawa: 4/2018.
8. Kaczmarczyk, I. „Momenty zmiany w Psychoterapii doświadczeniowej”, [w:] *Terapia uzależnienia i współuzależnienia*, nr 1 2020.
9. Lux, M., *The Magic of Encounter – The Person-centered Approach and the Neurosciences*. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 9/2010, 274-289.
10. *Materiały z warsztatów L. Greenberga oraz organizowanych przez Ośrodek Pomocy i Edukacji Psychologicznej Intra warsztatów, które prowadzili K. Renders, C. Missiaen, M. Warner oraz seminarium naukowego i superwizyjnego Ośrodka INTRA.*
11. „Podejście humanistyczno-doświadczeniowe w leczeniu osób uzależnionych” – Projekt realizowany ze środków Ministerstwa Zdrowia dla Krajowego Biura Przeciwdziałania Narkomanii przez Polskie Towarzystwo Integracyjnej Psychoterapii Doświadczeniowej i Edukacji Społecznej Stowarzyszenie INTRA. Warszawa 2020.
12. „Psychoterapia grupowa w leczeniu osób uzależnionych – II edycja” – Projekt realizowany z środków Narodowego Programu Zdrowia przez Pracownię Motywacji i Zmian. Poznań 2019/2020. 13. „Terapia uzależnień on line” – projekt zrealizowany na zlecenie KBPN przez Pracownię Motywacji i Zmian. Poznań 2020.