

Czy można mówić o specyfice psychoterapii i superwizji psychoonkologicznej?

The questions about the differences of psychotherapy and supervision in psycho-oncology

Marcin Jacek Jabłoński¹, Joanna Kozaka², Wojciech Rachel³

¹Institut Psychologii, Wydział Filozoficzny, Akademia Ignatianum w Krakowie

²Institut Psychologii, Uniwersytet Gdański

³Klinika Psychiatrii Dorostych, *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego

Psychoonkologia 2015, 3: 97–103

DOI: 10.5114/pson.2015.57170

Adres do korespondencji:

dr Marcin Jacek Jabłoński
Instytut Psychologii, Wydział Filozoficzny
Akademia Ignatianum w Krakowie
ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków
e-mail: marcinjablonski@interia.pl

Streszczenie

Psychoterapia jako metoda leczenia chorych z zaburzeniami psychicznymi ma już wieloletnią tradycję. Jednak określenie możliwości i obszarów zastosowania psychoterapii u osób z chorobami somatycznymi nadal wymaga doprecyzowania. W artykule podjęto próbę opisaną różnic występujących na różnych poziomach tworzenia relacji terapeutycznej z pacjentem onkologicznym w stosunku do standardowego procesu psychoterapii zaburzeń emocjonalnych niepowiązanych przyczynowo z chorobą somatyczną. Zakres diskutowanych zagadnień obejmuje też porównanie statusu formalnego psychoterapeuty i psychoonkologa oraz omówienie różnic pomiędzy pacjentem psychoterapeuty a pacjentem psychoonkologa i ich potencjalnego wpływu na charakter relacji terapeutycznej w psychoonkologii. Kolejny diskutowany temat dotyczy zagadnienia superwizji w psychoonkologii, w tym określenia grona jej beneficjentów oraz optymalnego zakresu stosowania. Celem pracy jest również zachęta do szerszej dyskusji o zakresie psychoterapii i superwizji w psychoonkologii.

Abstract

Psychotherapy as a treatment method for patients with mental disorders have a long tradition. But the possibilities and areas of application of psychotherapy in somatic diseases is still debated. In the present article the authors takes an attempt to describe the dissimilarities that appear at different levels of the therapeutic relation during the treatment process of oncological patients compared to the standard process of psychotherapy. The discussed issues includes the comparison of the occupational status of psychotherapist and psycho-oncologist and an attempt to finding the answer for the question: whether there are differences between the client of psychotherapist and a customer of psycho-oncologist? If they exist, how do they affect the nature of the therapeutic relationship in psycho-oncology. Another problem that have been discussed below is the issue of supervision in the psycho-oncology, and the designation of the circle of its beneficiaries and its scope. The aim of this paper is also an invitation for other authors for a broader discussion about psychotherapy and supervision in psycho-oncology.

Słowa kluczowe: psychoterapia w psychoonkologii, superwizja w psychoonkologii, szkolenie w psychoonkologii.

Key words: psychotherapy in psycho-oncology, supervision in psycho-oncology, training in psycho-oncology.

Wstęp

Psychoterapia jest szczególnym spotkaniem pacjenta i terapeuty w określonym miejscu i czasie. To właśnie wybór miejsca i czasu jest tym, co wydaje się najbardziej odróżniać psychoterapię zaburzeń psychicznych od psychoterapii podejmowanej z powodu rozpoznania choroby nowotworowej. Profesjonalny terapeuta swoją postawą powinien stworzyć optymalne warunki do współpracy, wykorzystać swoją osobowość, uwagę, empatię i dyskrecję, a przede wszystkim umiejętności i kwalifikacje zawodowe, aby pacjent odniósł realne korzyści z tego spotkania. Przeglądy badań wskazują, że szeroko rozumiane zdrowie psychiczne terapeuty i jego osobowość są pozytywnie skorelowane z wynikiem terapii, stąd wynika podstawowe dla terapeutów zalecenie pracy z własnymi emocjami (psychoterapia treningowa, *self-experience*) i pracy pod superwizją [1–3].

Psychoterapia jako metoda leczenia zaburzeń psychicznych, głównie afektywnych i lękowych, ale również zaburzeń osobowości i psychoz, ma swoją długą historię. Jednak zlokalizowanie i określenie zasad stosowania psychoterapii w obszarze medycyny somatycznej nadal nie jest oczywiste. Wynika to z wielu zasadniczych różnic pomiędzy kontekstami chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych. Różnice tych kontekstów ujawniają się przy próbie zdefiniowania samego celu terapii. Uzasadnionym celem psychoterapii w przypadku zaburzeń psychicznych jest łagodzenie lub ustąpienie objawów tych zaburzeń pod wpływem oddziaływania na aparat psychiczny chorego (np. redukcja objawów lęku, depresji, psychozy) bądź korzystna zmiana osobowości. W tej sytuacji psychoterapia może być traktowana jako leczenie przyczynowe. W przypadku choroby somatycznej oczywiste jest, że celem psychoterapii nie będzie przyczynowe wyleczenie choroby somatycznej, np. choroby nowotworowej. Kolejne różnice dotyczą statusu formalnego psychoterapeutów i osób prowadzących psychoterapię u chorych somatycznie oraz kontekstu medycznego leczenia, który w przypadku choroby somatycznej, zwłaszcza nowotworowej, jest o wiele bardziej złożony niż okoliczności przeciętnego spotkania terapeutycznego. Odrębne zagadnienie stanowi również odmienna organizacja procesu szkolenia i superwizji psychoterapeutów oraz nie w pełni jeszcze zdefiniowanego systemu szkolenia psychoonkologów. Rodzi się także pytanie, na ile różnorodne metody oddziaływań psychologicznych i wsparcia psychologicznego stosowane w grupie chorych onkologicznie mogą choćby w potocznym znaczeniu aspirować do miana psychoterapii. Pytanie to po-

jawia się w kontekście obserwacji, że cechą charakterystyczną szkół terapeutycznych nastawionych na pracę z chorymi na nowotwory jest stosowanie prostych procedur i tworzenie algorytmów interwencji terapeutycznych, co ma na celu skrócenie i uproszczenie procesu terapii, z równoczesnym skróceniem okresu szkolenia, po którym absolwenci mogą się posługiwać mianem terapeuty. Podejścia te są następnie reklamowane, promowane i przedstawiane na komercyjnych kursach, stwarzając iluzję jakiejś szczególnej skuteczności prowadzonej „terapii psychoonkologicznej”. Zdaniem autorów należy wyraźnie powiedzieć, że nie każdy rodzaj pomocy psychologicznej jest psychoterapią, choć wiele działań psychoonkologa może mieć intencję leczenia, a nawet efekt leczący (ocena adaptacji, pomoc w porządkowaniu spraw pacjenta, wsparcie emocjonalne).

Celem artykułu jest próba krótkiego, krytycznego przeglądu obserwowanych odrębności psychoterapii w psychoonkologii oraz zabranie głosu w dyskusji o warunkach szkolenia i superwizji specjalistów pracujących z pacjentami onkologicznymi.

Porównanie statusu formalnego psychoterapeuty i psychoonkologa

Do nakreślenia tła teoretycznego do dalszych rozważań pomocne może być omówienie pewnych formalnych różnic pomiędzy psychoterapeutą prowadzącym terapię zaburzeń psychicznych a psychoonkologiem prowadzącym terapię pacjenta z chorobą nowotworową.

W pierwszym przypadku już samo określenie psychoterapeuta jasno wskazuje na kompetencje i cele zawodowe osoby posługującej się tym tytułem. W systemie wartości opartym na dobrej praktyce klinicznej (*Good Clinical Practice*) oddziaływania lecznicze, a takim z całą pewnością jest psychoterapia, prowadzone przez osoby bez odpowiedniego przygotowania profesjonalnego są nie do pomyślenia. Model medyczny psychoterapii i obowiązujące w Polsce zasady szkoleń dla psychoterapeutów zakładają, że psychoterapeuta musi dysponować gruntowną i rozległą wiedzą, aby móc leczyć poprzez proces psychoterapii. Służą temu wieloletnie i wymagające kursy, atestowane przez towarzystwa psychoterapeutyczne. Psychoterapeuta powinien studiować wiedzę o psychologicznym funkcjonowaniu człowieka, a następnie odbyć szkolenie psychoterapeutyczne, aby móc się legitymować uprawnieniami (certyfikatem) do prowadzenia psychoterapii [2]. Cały system szkolenia w psychoterapii jest oparty na sprawdzonym wzorcu myślenia i wartości, dającym się streścić

słowami, że adept musi najpierw dysponować wiedzą o swoim własnym funkcjonowaniu psychicznym i swoich ograniczeniach, a także wiedzą specjalistyczną, aby móc przystąpić do czynności leczenia innych. Innymi słowy, leczący najpierw kształtuje siebie, aby móc służyć innym ludziom [2, 3]. I tu pojawia się pytanie, czy podobne wymagania są stawiane przed psychoonkologami mającymi się zajmować psychoterapią? Obserwacja stanu faktycznego w psychoonkologii ujawnia, że psychoterapią na oddziałach i w poradniach nastawionych na pomoc chorym na nowotwory rzadko zajmują się kompleksowo szkoleni (certyfikowani) psychoterapeuci, a zdecydowanie częściej osoby z fragmentarycznym przygotowaniem warsztatowym, w najlepszym przypadku psychologów klinicznych, a w innych sytuacjach terapeuci po wąskich szkoleniach w metodach terapeutycznych o słabo udokumentowanej wartości. Należy zdawać sobie sprawę, że nawet wśród psychologów klinicznych, plasujących się na najwyższej zawodowej półce profesjonalistów, wyszkoleni psychoterapeuci stanowią niewielki odsetek. A ilu takich specjalistów pracuje w zawodzie psychoonkologa? Zatem podstawowa różnica pomiędzy psychoterapeutą a psychoonkologiem, osobą z definicji wykonującą szereg innych niż psychoterapia zadań w zakresie opieki nad pacjentami onkologicznymi, zaznacza się dość wyraźnie już na tym najbardziej podstawowym poziomie.

Kolejna różnica pojawia się w odniesieniu do zasady podmiotowości pacjenta i przysługującego mu prawa wolnego wyboru terapeuty. Przed nawiązaniem kontraktu terapeutycznego w zakresie zdrowia psychicznego regułą jest, że to psychoterapeuta oczekuje na pacjenta (jest do jego dyspozycji), a nie szuka go aktywnie. Pacjent, który usłyszał o wskazaniach do psychoterapii od lekarza opieki podstawowej lub lekarza psychiatrii bądź osoba samoświadoma takiej potrzeby, zwykle na własną rękę poszukuje najbardziej odpowiedniego dla siebie psychoterapeuty i miejsca terapii, które spełnia jej oczekiwania. Często odbywa się to metodą prób i błędów. Zainteresowany pacjent przeszukuje internet, radzi się rodziny i zaufanych znajomych, szuka rekomendacji co do osoby psychoterapeuty, któremu ma powierzyć swoje najbardziej intymne sprawy. W razie niekorzystnego pierwszego wrażenia po spotkaniu z psychoterapeutą może swobodnie i bez żadnych konsekwencji zaniechać dalszego kontaktu i udać się do innego psychoterapeuty działającego na wolnym rynku. Czy podobnie jest w przypadku psychoonkologii? Jaką szansę na podjęcie kontaktu z psychoonkologiem innym niż zatrudniony w leczącej go placówce onkologicznej ma chory na no-

wotwór? Ilu psychoonkologów działa na wolnym rynku? Może z czasem będzie ich coraz więcej, ale na obecnym etapie, zwłaszcza w jednostkach onkologicznych, w hospicjach, szpitalach, dobrze jest, jeśli w ogóle pracuje psycholog lub psychoonkolog. Pacjent z chorobą nowotworową i cechami kryzysu emocjonalnego kierowany jest zwykle do psychoonkologa przez lekarza onkologa lub pielęgniarkę dostrzegającą problemy emocjonalne chorego. Źródłem motywacji może też być rodzina szukająca wsparcia dla siebie i dla pacjenta. Bywa też, że pacjent zidentyfikowany w ramach rutynowych procedur konsultacyjnych jest aktywnie zachęcany do uczestnictwa w terapii przez samego psychoonkologa. Oczywiście jest, że każdy człowiek, także z rozpoznaniem choroby nowotworowej, ma prawo podejmowania decyzji co do swojej osoby, w tym również do wyboru miejsca i osoby terapeuty. Możliwe, że jest to szczególnie ważne w przypadku chorych na raka, kiedy często podmiotowość tych osób ginie w procedurach medycznych. I tu rodzi się pytanie, w jaki sposób ten podstawowy dla psychoterapii warunek kontraktu terapeutycznego, którym jest prawo do wolnego wyboru psychoterapeuty i szacunek dla podmiotowości pacjenta, zostanie zapewniony, jeśli psychoonkolog mający zacięcie terapeutyczne i monopol w danej placówce niejako narzuci swoje usługi pacjentowi?

Następna różnica dotyczy przygotowania emocjonalnego terapeutów, zwłaszcza umiejętności pracy z własnymi emocjami, zarówno na etapie kształcenia, jak i w późniejszej samodzielnej pracy terapeutycznej. Tradycyjnie w procesie kształcenia psychoterapeutów wykorzystywana jest metoda pracy własnej (*self-experience*), zwana też psychoterapią treningową. W procedurze tej nie chodzi o promowanie tezy, że u każdego człowieka można się doszukać jakiejś wyjściowej sfery zaburzeń emocji lub osobowości, z którymi warto sobie poradzić, jeśli chce się być psychoterapeutą, ale o rozwijanie, w oparciu o własne doświadczenie poznawczo-emocjonalne, niezbędnych w pracy terapeutycznej umiejętności introspekcji, wglądu, empatii, identyfikacji i wykorzystania dyskretnych momentów terapeutycznego przeniesienia i przeciwprzeniesienia, tych wszechobecnych form międzyludzkiej komunikacji. Nie będzie zapewne przesadą stwierdzenie, że każdy psychoterapeuta powinien przejść i zwykle przechodzi etap pracy własnej. A jak ta sytuacja przedstawia się w odniesieniu do terapeutów psychoonkologów? Ilu z czytających te słowa praktyków psychoonkologów przeszło psychoterapię treningową, zanim podjęło się prowadzenia terapii z pacjentami? Z brakiem *self-experience* wiąże się brak umiejętności ukierunkowania i wykorzystania

Tabela 1. Porównanie statusu formalnego psychoterapeuty i terapeuty psychoonkologa
Table 1. The comparison of the occupational status of psychotherapist and the psycho-oncologist

Psychoterapeuta	Terapeuta psychoonkolog
Prowadzi psychoterapię	Realizuje szereg zadań na różnych poziomach opieki nad chorym na nowotwór
Oczekuje na pacjenta, a nie poszukuje go aktywnie	Czeka na pacjenta i często aktywnie go poszukuje
Zawiera kontrakt terapeutyczny na psychoterapię, który zakłada ustąpienie objawów zaburzenia lub rozwój osobowości	Jeśli zawiera kontrakt terapeutyczny, to na co?
Ma obowiązek pracy własnej – psychoterapii treningowej u innego psychoterapeuty	Nie ma obowiązku pracy własnej
Ma obowiązek superwizji u superwizora psychoterapii	Nie ma obowiązku superwizji, choć istnieją superwizorzy psychoonkologii
Stosuje różnorodne metody pracy, ale zdefiniowane teoretycznie: psychodynamiczne, kognitywno-behawioralne, zintegrowane i inne	Czy istnieje specyficzna psychoterapia psychoonkologiczna? Czy psychoonkolog może stosować psychoterapię bez uprawnień psychoterapeuty?
System szkolenia i superwizji jest już zdefiniowany i ugruntowany	System szkolenia i superwizji jest na etapie organizacji

własnego doświadczenia jako czułego narzędzia diagnostycznego, narzędzia samokontroli i zapleczka do oddziaływań terapeutycznych. Nie chodzi o mnożenie różnic, ale o podkreślenie znaczenia pracy własnej (*self-experience*) dla rozwoju kompetencji zawodowych niezbędnych w kontakcie z budzącymi silne emocje pacjentami onkologicznymi i pracy w zespołach profesjonalistów o wysokim ryzyku wypalenia zawodowego. Porównanie statusu formalnego psychoterapeuty i terapeuty psychoonkologa przedstawiono w tabeli 1.

Czy istnieją różnice pomiędzy klientem psychoterapeuty a klientem psychoonkologa?

Częściowa odpowiedź na to pytanie znajduje się w poprzednim akapicie, w którym jest mowa o wolności wyboru oraz podmiotowości pacjenta. W poszukiwaniu dalszych różnic pomiędzy klientem psychoterapeuty a klientem psychoonkologa nasuwa się znacznie więcej istotnych skojarzeń, na które warto zwrócić uwagę, definiując kontekst relacji terapeutycznej w psychoonkologii. Pierwsza podstawowa różnica jest taka, że do psychoonkologa trafiają osoby z problemami natury psychicznej, które zwykle wiążą się z zachorowaniem na nowotwór. Ta oczywista różnica modeluje dalszy kontekst relacji pacjent–terapeuta i daje się streścić w następującym pytaniu: ilu chorych na nowotwór planowałoby podjąć kontakt z psychoterapeutą, gdyby nie skłoniła ich do tego choroba nowotworowa? Zapewne niewielu. Wynika to z faktu, że pacjenci onkologiczni inaczej niż osoby z zaburzeniami psychicznymi w pierwszej kolejności poszukują pomocy w chorobie nowotworowej, a psychoterapię, jeśli już ją podejmują,

traktują zwykle jako element leczenia uzupełniającego. Często zresztą są do niej sceptycznie nastawieni. Jak wielkiego profesjonalizmu, mądrości i delikatności wymaga od terapeuty rozróżnienie tego kontekstu i powstrzymanie się od roli „nieuprawnionego odkrywcy” lub „nadopiekuńczego rodzica”, eksplorującego, ujawniającego bądź starającego się leczyć coraz to nowe obszary zaburzeń emocji, osobowości, aktywności i relacji pacjenta. Na sytuację tę można spojrzeć oczywiście również z innej perspektywy, gdyż istnieją pacjenci, którzy podobnie jak w tradycyjnej psychoterapii zgłaszają się po pomoc z powodu niezwiązanych bezpośrednio z chorobą nowotworową zaburzeń emocjonalnych, traumatycznych skutków wydarzeń zewnętrznych bądź zdarzeń losowych. Kiedy chory na raka zgłasza się na psychoterapię, można to również rozważać jako próbę skorzystania z sytuacji, wykorzystanie aktualnego kryzysu do pracy nad sobą, do porządkowania swojego życia, co w praktyce klinicznej jest nierzadko obserwowane. Kolejna istotna różnica wynika z kontekstu organizacji i samego przebiegu leczenia onkologicznego, w wypadku którego – w przeciwieństwie do względnej stabilności i izolacji gabinetu psychoterapeutycznego od czynników zewnętrznych – aż roi się od nagłych zmian sytuacji i oddziaływań innych uczestników procesu leczenia. W tradycyjnej psychoterapii kontakt pacjenta i terapeuty, przynajmniej z założenia, powinien być niejako chroniony od wpływów zewnętrznych. Rzadko kiedy terapeuta podejmuje się równoczesnych kontaktów z rodziną pacjenta, nie jest również regułą, aby w trakcie psychoterapii pacjent podejmował planowo inne regularne i agresywne procedury medyczne, w wyniku których ulega osłabieniu jego kondycja fizyczna, samopoczuc-

Tabela 2. Różnice pomiędzy klientem psychoterapeuty i klientem terapeuty psychoonkologa
Table 2. The differences between the client of psychotherapist and the client of psycho-oncologist

Klient psychoterapeuty	Klient terapeuty psychoonkologa
Osoba z zaburzeniami psychicznymi (F4x, F3x, F6x)	Osoba chora na nowotwór (Cxx, F43.x, F06.x, F07.x, Fxx?), która ma równocześnie problemy natury psychicznej
Poszukuje psychoterapii	Poszukuje pomocy w radzeniu sobie z chorobą nowotworową
Celem jest leczenie przyczynowe zaburzeń psychicznych (emocji, nastroju i innych) oraz rozwój osobowości	Większość klientów psychoonkologa nigdy nie podjęłoby psychoterapii, gdyby nie zachorowało na nowotwór
Klient z własnej woli przychodzi do wybranego terapeuty (zapewniona jest podmiotowość pacjenta oraz autonomia wyboru osoby terapeuty i metody terapii)	Często, zwłaszcza w szpitalu, to terapeuta i metoda „przychodzą do klienta”, zagrożenie dla swobody wyboru i podmiotowości pacjenta
Psychoterapia odbywa w środowisku naturalnym pacjenta, bez zbędnych czynników zakłócających i gwałtownych zmian	Psychoterapia zwykle odbywa się w szpitalu i często jest przerywana i uzupełniana innymi terapiami i silnymi bodźcami zewnętrznymi; znaczna zmiana środowiska naturalnego pacjenta
Ryzyko śmierci klienta jest odległe i związane z myślami i tendencjami samobójczymi	Ryzyko śmierci klienta jest bliskie i bezpośrednio związane z chorobą nowotworową

cie, sen i pojawiają się przykre doznania somatyczne (ból, wymioty, neuropatia) lub zachodzi konieczność planowych przerw w psychoterapii. A taka dokładnie sytuacja jest udziałem pacjentów onkologicznych poddawanych długoterminowo chemioterapii czy radioterapii. Również to, co najbardziej niepokojące dla każdego terapeuty, czyli ryzyko śmierci pacjenta, w przypadku zaburzeń psychicznych związane najczęściej z obecnością myśli i tendencji samobójczych, jest zwykle odległe. Odwrotnie jest w przypadku terapii chorych na nowotwór, gdzie ryzyko śmierci klienta jest bliskie i bezpośrednio związane z chorobą nowotworową. W tej sytuacji plan, zasady i grafik terapii (*setting* terapeutyczny) muszą być dostosowane do kalendarza leczenia onkologicznego. Tutaj nieprzewidywalność jest normą. Podobnie jak oddanie pierwszeństwa metodom farmakologicznym, medycznym (chirurgia, chemioterapia, radioterapia) i podporządkowanie się zasadom i grafikowi wynikającemu z ustaleń innych uczestników procesu leczenia: onkologów, chirurgów, terapeutów bólu i innych. Psychoterapeuta pracujący z chorym onkologicznie musi nauczyć się balansować na granicy niepewności odnośnie do rokowania co do długości życia i ryzyka śmierci pacjenta z powodu choroby nowotworowej lub powikłań leczenia. Sama tematyka przygotowania do śmierci pojawia się w obszarze dialogu terapeutycznego, co również nie jest typowe, w takim zakresie, dla psychoterapii zaburzeń psychicznych. Także współpraca z rodziną nabiera innego znaczenia, zwłaszcza jeśli pacjent wnosi zagadnienie kryzysu rodziny w obszar poruszanych tematów. Czasem nawet rodzi się pokusa, żeby niejako „z marszu” kompleksowym oddziaływaniem terapeutycznym objąć też rodzinę pacjenta. Pojawia się wtedy pytanie o granicę, motywację psychoterapeuty do tej

proaktywności, o granicę paternalizmu i ryzyko wpadnięcia w pułapkę terapeutycznej omnipotencji. Są to już jednak zagadnienia do omówienia w procesie superwizji. Różnice pomiędzy klientem psychoterapeuty i klientem terapeuty psychoonkologa zestawiono w tabeli 2.

Podsumowując, należy jeszcze raz zaznaczyć, że psychoonkolog, który spotyka pacjenta z chorobą nowotworową, powinien rozpocząć współpracę z nim od przeprowadzenia konsultacji. Jest ona wywiadem, rozmową, która służy możliwie szerokiemu rozeznaniu się w sytuacji pacjenta. To rozeznanie jest potrzebne zarówno pacjentowi, jak i psychoonkologowi. I tak, jak w każdej pracy psychologicznej, tutaj również pojawia się podstawowe pytanie: co sprowadza pacjenta do terapeuty, czy pacjent ma sprawy, kwestie, które chciałby omówić z terapeutą. Podkreślić należy, że to nie psychoonkolog *a priori* wie, nad czym należy pracować z pacjentem, ale dowiaduje się o tym, słuchając pacjenta. Oczywiście jest również, że psychoonkolog nie leczy raka. Psychoonkolog zajmuje się oceną adaptacji chorego do sytuacji choroby i leczenia. I w zależności od zgłaszanych problemów i wyniku tej oceny może następować rozmowa o oczekiwaniach pacjenta i ewentualne podjęcie kontaktu terapeutycznego. Zawsze należy zadać sobie pytanie: czy, a jeśli tak, to w jakim zakresie, pacjent oczekuje pomocy psychologicznej. Ważne jest też, aby psychoonkolog zdawał sobie sprawę z własnych kompetencji i ograniczeń. Jeśli oczekiwania pacjenta i kompetencje psychoonkologa stwarzają szansę na podjęcie adekwatnej relacji terapeutycznej, wtedy dopiero psychoonkolog może oferować psychoterapię czy inne formy pomocy psychologicznej, w których jest kompetentny.

Tabela 3. Różnice w prowadzeniu superwizji w psychoterapii i w psychoonkologii
Table 3. *The differences in respect of supervision in psychotherapy and in psycho-oncology*

Superwizja w psychoterapii	Superwizja w psychoonkologii
W określonym podejściu terapeutycznym („szkole”), zgodnym z praktyką i szkoleniem psychoterapeuty	W podejściu interdyscyplinarnym lub w podejściu psychoterapeutycznym danego superwizora, gdyż brak specyficznej szkoły „psychoterapii psychoonkologicznej”
W relacji mistrz–uczeń	W modelu konsultacyjnym, kontraktowym
Model superwizji w „systemie zamkniętym”: $1k + 1t + 1s$ (opisy skrótów w tekście)	Model superwizji w „systemie otwartym”: $1k + 1t + 1s + n$, gdzie n oznacza inne osoby leczące (onkolog, chirurg, medycyna komplementarna)
Superwizja pracy z oporem, przeniesieniem, przeciwprzeniesieniem, koncepcje formowania objawów, opis mechanizmów obronnych itp.	Superwizja pracy z kryzysem, utratą, antycypacją śmierci, żałobą, strategie adaptacyjne, coping, wypalenie, bezradność itp.
Zwykle zorientowana na funkcjonowanie superwizowanego	Zwykle zorientowana na proces leczenia, konsultacyjna

Superwizja w psychoonkologii

Pojęcie superwizji pojawiło się w 1920 r. za sprawą Maxa Eitingona, berlińskiego psychoanalityka, który zaproponował ją jako formę kształcenia psychoanalityków w uzupełnieniu własnej psychoanalizy [4]. Według Aleksandrowicza superwizja niezmiennie jest uznawana za kluczową część procesu kształcenia psychoterapeutów. Wydaje się też oczywiste, że zdobywanie doświadczenia terapeutycznego wyłącznie metodą prób i błędów i ocena zasadności pomysłów młodego terapeuty dopiero po efektach tych prób stanowiłoby zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa osób korzystających z psychoterapii [4]. Superwizja psychoterapii zaburzeń psychicznych prowadzona jest zazwyczaj w określonym podejściu terapeutycznym odpowiadającym modalności pracy danego terapeuty. Każda z głównych szkół psychoterapii (psychoanalityczna, psychodynamiczna, kognitywno-behawioralna, systemowa, zintegrowana i inne) dopracowały się specyficznych reguł superwizji. To, co wspólne dla superwizji odbywających się w tych modalnościach, to założenie relacji mistrz–uczeń pomiędzy superwizorem a superwizantem oraz model superwizji, który w odniesieniu do jednostkowego procesu superwizji można określić jako model zamknięty w układzie $[1k + 1t + 1s]$, w którym współdziałają jeden superwizor ($1s$) z jednym terapeutą ($1t$) prowadzącym terapię jednego klienta ($1k$). Jak ta sytuacja przedstawia się w przypadku psychoonkologii? Czy superwizor w psychoonkologii powinien zwracać uwagę na funkcjonowanie psychiczne superwizanta? W jakim stopniu powinien analizować jego ograniczenia emocjonalne, mogące blokować bądź zniekształcać proces terapii, a wynikające np. z omawianego powyżej deficytu psychoterapii treningowej? Czy w ogóle powinien się zajmować analizą oporu, przeniesienia, przeciwprzeniesienia, słusnością tworzonych przez terapeutę koncepcji formo-

wania objawów, sposobem opisywania strategii i mechanizmów obronnych, schematów poznawczych czy wreszcie funkcjonowania systemowego pacjenta? Jeśli tak, to jaka jest szansa, że nieprzeszkolony w psychoterapii terapeuta psychoonkolog znajdzie wspólny język z omawiającym jego pracę superwizorem? Jeśli nie, to jakim językiem powinien w takim przypadku posługiwać się superwizor? Czy może ze względu na interdyscyplinarny i zespołowy charakter pracy z chorym onkologicznie powinien być bardziej superwizorem czy raczej konsultantem? Innymi słowy, jak powinna się kształtować proporcja pomiędzy rolą konsultacyjną superwizji, niezbędną przy rozwiązywaniu problemów merytorycznych, praktycznych, zespołowych i instytucjonalnych, a jej rolą w uruchamianiu wglądu i rozwiązywaniu problemów emocjonalnych terapeuty lub zespołu leczącego? Należy też zaznaczyć, że proces superwizji ma zawsze charakter wzajemny, dwustronny i poszerzający świadomość zarówno superwizanta, jak i superwizora [5]. Postulat ten może być realizowany, jeśli superwizor jest otwarty na wzajemność w relacji z superwizantem i swój ustawiczny rozwój. Na tle tych rozważań można nakreślić swoiste kontinuum zastosowań superwizji rozciągające się od wglądu osobistego poprzez konsultację kliniczną po wsparcie procesów zarządzania instytucją organizującą prowadzenie psychoterapii jako jednego z elementów jej działalności medycznej. W tabeli 3 zestawiono potencjalne różnice w superwizji w psychoterapii i psychoonkologii.

W praktyce superwizja oznacza, że terapeuta – superwizant, przetwarza kwestie związane z pracą zawodową, własne doświadczenia i emocje oraz podejmuje próbę spojrzenia na owe doświadczenia z różnych perspektyw wraz z wyszkolonym superwizorem. Ostatecznym celem superwizji jest więc poprawa wyników pracy, stymulowanie kreatywności i poprawienie kultury pracy, a także identyfikacja jej ograniczeń [6]. Warto też zwrócić

uwagę na opisywane w literaturze wymiary instytucjonalne superwizji, które obejmują [7, 8]:

- nadzór nad jakością pracy zespołu, dbałość o morale zespołu, efektywność i satysfakcję z pracy całego zespołu,
- zabezpieczenie standardów, norm i procedur w procesie diagnostyczno-terapeutycznym,
- prawidłową dyspozycję środków finansowych płatnika,
- nadzór nad wymaganiami towarzystw naukowych, np. odnośnie do certyfikacji i kształcenia.

Definicja superwizji wg Fińskiego Stowarzyszenia Superwizorów (*Finnish Supervisors' Association*) określa superwizję jako „proces transformacyjnego nauczania, który odbywa się podczas interakcji między superwizorem a superwizowanym (zarówno indywidualnie, jak i w grupie) i gdzie treść oraz nacisk, długość i przerwy, kontekst i podejście są wspólnie uzgodnione, zgodnie z celami, które zostały wspólnie ustalone i uzgodnione” [9]. Ciekawą i kompleksową perspektywę na zakres superwizji daje również model opracowany przez Morrisona określany jako model $4 \times 4 \times 4$ [6]. Model ten opisuje superwizję jako proces złożony z 4 podstawowych dla pracy w danym środowisku typów oddziaływań, którymi są: wspieranie, rozwój, mediacja i zarządzanie. Model ten wskazuje na znaczenie i wykorzystanie zarówno przez superwizanta, jak i superwizora takich kompetencji osobowych, jak doświadczenie, zdolności analityczne, refleksja oraz planowanie w kontekście podejmowanych działań. Jako beneficjentów procesu superwizyjnego wskazuje bezpośrednich jego użytkowników, którymi w przypadku superwizji medycznych są pacjenci, ale również personel (terapeuci), organizacja (jednostka organizacyjna ochrony zdrowia) oraz jej partnerzy instytucjonalni. Model ten wydaje się uniwersalny, zarówno ze względu na systemowe podejście, jak i wielopoziomą analizę procesu superwizyjnego nieograniczającą się wyłącznie do bezpośredniej relacji w triadzie klient–terapeuta–superwizor. Model ten wpisuje się również w obszar zastosowania superwizji w psychoonkologii.

W kontekście powyższych rozważań warto na zakończenie podkreślić, że w trakcie 12. Ogólnopolskiej Konferencji Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego we wrześniu 2015 r. temat superwizji psychoonkologicznej był szeroko dyskutowany zarówno w trakcie warsztatów teoretycznych, jak i praktycznej superwizji grupowej dla psychoonkologów. Autorzy mają również nadzieję, że artykuł ten, pomimo że nie daje jednoznacznej odpowiedzi na tytułowe pytanie, wpisuje się w dyskusję na temat specyfiki terapii psychoonkologicznej i opracowania użytecznego modelu superwizji w psycho-

onkologii, uwzględniającego różnorodne doświadczenia i kompetencje polskich psychoonkologów.

Oświadczenie

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Rakowska JM. Skuteczność psychoterapii. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.
2. Jabłoński MJ, Pilecki MW, Murawiec S, Bielas J, Rachel W, Jach R. Nowe zagrożenia dla psychoterapii w Polsce po transformacji ustrojowej lat 80. XX wieku. *Psychiatria* 2014; 11: 81-86.
3. Jabłoński MJ, Murawiec S, Bielas J, Jach R, Pilecki MW. Financialization may affect the therapeutic relationship in psychotherapy. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2015; 15: 13-18.
4. Aleksandrowicz JW. Superwizja w psychoterapii. *Psychoterapia* 2010; 3: 23-30.
5. Szmagański J (red.). Superwizja pracy socjalnej. Zastosowania i dylematy. Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2005; 9.
6. Grewiński M. Refleksje nt. superwizji... (z uwzględnieniem wytycznych standardu) na bazie dotychczasowych doświadczeń WSP TWP i CAL. http://www.wspkorczak.eu/download/zrefleksje_nt_superwizji_cke_20.02.2013.pdf
7. Kadushin A, Harkness D. Supervision in social work. Columbia University Press, New York 2014.
8. Butterworth T, Cutcliffe JR, Proctor B (red.). Fundamental Themes in Clinical Supervision. Routledge, London and New York 2001.
9. Krzyszkowski J. Elementy organizacji i zarządzania w pomocy społecznej. Omega-Praxis, Łódź 1997.