

# نظارت روانکاوانه



## فهرست مطالب

۱۱	..... درباره نویسنده
۱۳	..... پیش‌گفتار
۱۷	..... سپاسگزاری
۲۱	..... مقدمه نویسنده بر ترجمه فارسی
۲۳	..... مقدمه دکتر بابک روشنایی مقدم
۲۵	..... درآمدی بر نظارت روانکاوانه
۲۵	..... آموختن از دستاوردها و خطاهای گذشته
۲۷	..... سازمان‌یافتگی
۲۹	..... ملاحظات اخلاقی و اصطلاح‌شناسی
۳۱	..... فصل نخست: مروری بر نظارت روانکاوانه
۳۲	..... حمایت روان‌شناختی
۳۴	..... مشارکت صادقانه و اجرای درست نظارت
۳۸	..... ارائه اطلاعات
۳۹	..... مهارت‌آموزی
۴۵	..... پرورش حساسیت‌های اخلاقی
۴۸	..... آشناسازی نظارت‌شوندگان با طبع روانکاوانه
۴۸	..... انگیزش پیاپی کنجکاو و ممانعت از فرسودگی
۴۹	..... نظارت روانکاوانه چه چیز نیست
۵۰	..... نکته‌های فرجامین
۵۱	..... فصل دوم: زمینه تاریخی نظارت روانکاوانه
۵۱	..... نقش فروید
۵۴	..... نقش پسا‌فرویدی‌ها
۵۶	..... کشاکش‌ها و مضامین پرتکرار
۶۲	..... اتحاد نظارتی
۶۳	..... نکته‌های فرجامین

۶۴	..... فصل سوم: نشانه‌های سلامت روان شناختی
۶۴	..... ارزیابی پیشرفت درمان
۶۶	..... امنیت و تقویت دلبستگی ایمن
۶۹	..... ثبات خویشتن و ابژه
۷۲	..... حس عاملیت (خودمختاری، خودکارآمدی)
۷۵	..... عزت نفس واقعی و اصیل (خودشیفتگی سالم)
۷۷	..... تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری و تنظیم عاطفه (توانمندی ایگو)
۷۹	..... کارکرد تأملی (بینش) و ذهنی‌سازی
۸۰	..... فردگرایی و جمع‌گرایی
۸۲	..... سرزندگی
۸۴	..... پذیرش، بخشش و قدردانی
۸۵	..... عشق، کار و بازی
۸۶	..... نکته‌های فرجامین
۸۷	..... فصل چهارم: مشورت و نظارت فردی
۸۸	..... برقراری و حفظ اتحاد نظارتی
۱۰۰	..... پرداختن به مقاومت در برابر یادگیری
۱۰۱	..... بررسی راه‌حل‌های مختلف برای مشکلات بالینی
۱۰۴	..... پرورش حساسیت‌های اخلاقی
۱۰۵	..... ترغیب درمانگر برای درمان
۱۰۶	..... رضایت از مشورت و نظارت فردی
۱۰۷	..... نکته‌های فرجامین
۱۰۸	..... فصل پنجم: مشورت و نظارت گروهی
۱۰۹	..... مرور کلی
۱۱۲	..... نظارت گروهی با درمانگران تحت آموزش
۱۱۵	..... کاربست نظارت گروهی
۱۱۸	..... نظارت در گروه‌های دونفره
۱۱۹	..... مقاومت‌ها و پیچیدگی‌های مشورت یا نظارت گروهی
۱۲۲	..... فواید بلندمدت مشورت و نظارت گروهی
۱۲۳	..... نکته‌های فرجامین
۱۲۵	..... فصل ششم: نظارت و اخلاق
۱۲۵	..... بافتار گسترده‌تر
۱۲۵	..... مقدمات آشنایی
۱۲۶	..... احترام به حق بیمار برای دانستن

۱۲۹	دوراهی‌های اخلاقی دربارهٔ مصلحت بهینهٔ بیمار
۱۳۴	دوراهی‌های اخلاقی دربارهٔ مصلحت بهینهٔ جامعه
۱۴۳	دوراهی‌های اخلاقی دربارهٔ مصلحت بهینهٔ درمانگر
۱۴۶	الگوسازی عملکرد اخلاقی
۱۴۶	نکته‌های فرجامین
۱۴۷	<b>فصل هفتم: نظارت در مؤسسات روانکاوی</b>
۱۴۸	خشنودی‌های نظارت در مؤسسات روانکاوی
۱۴۹	چالش‌های نظارت در مؤسسات روانکاوی
۱۶۳	صلاحیت برای نظارت روانکاوانه: مسئله‌ای پیچیده
۱۶۴	فرضیه‌ای دربارهٔ فرهنگ‌های آمیخته
۱۶۶	ارزیابی
۱۶۹	آماده‌سازی نامزدها برای نظارت در مؤسسه
۱۷۰	نکته‌های فرجامین
۱۷۱	<b>فصل هشتم: تفاوت‌های فردی و چالش‌های نظارتی خاص</b>
۱۷۲	پویایی‌های شخصیتهای
۱۸۸	تفاوت‌های فردی: تلویحاتی برای نظارت
۱۹۲	نکته‌های فرجامین
۱۹۳	<b>فصل نهم: بیشترین بهره‌یابی از نظارت</b>
۱۹۳	فواید و اهداف کلی نظارت روانکاوانه
۲۰۱	درک ذهنیت ناظر
۲۰۴	بهره‌یابی از نظارت غیر آرمانی
۲۰۷	وقتی مشکل از شماست
۲۰۸	نکته‌های فرجامین
۲۱۰	<b>منابع</b>
۲۲۵	واژه‌نامهٔ انگلیسی به فارسی
۲۲۹	واژه‌نامهٔ فارسی به انگلیسی

## فصل نخست



### مروری بر نظارت روانکاوانه

می‌توان به‌سادگی این موضوع را مطرح کرد که نظارت مفید صرف‌نظر از جهت‌گیری نظری ناظر، درمانگر یا محیط بالینی، فقط نظارتی مفید است. از بسیاری جهات موافق این نگاه هستم و در واقع بیشتر مطالبی که در این کتاب می‌نویسم برای هر نوع نظارتی قابل اجرا است. اما اینجا برخی عناصر متمایز خرد بالینی روانکاوانه را که در رویکردهای دیگر کمتر مورد توجه قرار گرفته برجسته می‌کنم. فصل نخست ضمن تأکید بر شیوه‌هایی که ناظران وظیفه‌شناس می‌توانند رشد شخصی و حرفه‌ای همکاران کم‌تجربه‌تر خود را تسهیل کنند، به حوزه‌های مرتبط با پختگی بالینی درمانگران می‌پردازد. نظارت بر کار بالینی در بهترین حالت تحت عنوان آموزش قرار می‌گیرد. معروف است که فروید (۱۹۳۷) نظارت را یکی از سه حرفه «ناممکن»<sup>۱</sup> (علاوه بر درمان و حکمرانی) قلمداد می‌کند. نظارت روانکاوانه شاید به طور یکتا و حتی سرسختانه‌ای ناممکن باشد، چون به آموزشی بلندپروازانه، صمیمانه و هیجانی‌ای که فراتر از تدریس شیوه‌نامه‌هاست اهتمام می‌ورزد. روانکاوان همیشه به این حقیقت اذعان کرده‌اند که افراد هنگام کسب اطلاعات از نگرش، لحن و رفتار معلم درس‌هایی می‌گیرند که عمیق‌تر از آموخته‌های آشکار و هشیارانه است.

درمانگران روانکاوانه به ارزش هیجان‌های ظریف و ناگفته واقف‌اند. این درمانگران به گشتالت<sup>۳</sup> فعالیت‌های نظارتی توجه ویژه‌ای دارند. برای نمونه، هر والدی باید بداند، وقتی کودک به‌شدت شرمگین می‌شود، حتی اگر محتوای انتقاد مراقب به جا باشد، درس اصلی‌ای که کودک می‌آموزد این است که شرمساری شدید اشکالی ندارد، من سزاوار سرزنش و از مظاهر قدرت باید بترسم. در این راستا، همان‌طور که در مقدمه گفتم، اگرچه آموزش معاصر دانشگاهی بر انتقال مهارت‌های بالینی مشخص و اندازه‌پذیر تأکید دارد، احساسات منتج از این فرایند از خود مهارت‌ها مهم‌ترند. در بهترین حالت، نظارت فرصت‌های فراوانی برای همانندسازی با مربیانی فراهم می‌آورد که مظهر یک نگرش

---

1. impossible  
2. protocol  
3. gestalt

درمانی هستند. از این رو، فصل نخست که دربارهٔ تکالیف آموزشی ناظران روان‌پویشی است را با فضای هیجانی پیشنهادی برای نظارت روانکاوانه آغاز می‌کنم.

## حمایت روان‌شناختی

درمانگران از مریبان می‌آموزند که چگونه طغیان‌های احساسات منفی‌ای که از سوی افراد پریشان مستقیم به سویشان روانه می‌شود را تاب آورند، چگونه عزت‌نفسشان را در برابر ارزش‌کاهی بی‌وقفه حفظ کنند، چگونه رگه‌های حقیقت را از لابه‌لای شکایات بیماران بیرون کشند و با آن کار کنند، چگونه پاسخ‌های تروماتیک خودشان را نسبت به گزارش‌های دردناک ضربهٔ روانی کنترل کنند، چگونه احساسات وحشتناک و بیگانه را در خود بپذیرند، چگونه بی‌یقینی را تاب آورند، چگونه برای افرادی که از محدودیت‌های معقول هم می‌رنجند مرز بگذارند، چگونه رازداری‌های سفت‌وسخت را حفظ کنند، چگونه امیدوار باشند وقتی مراجعان فضا را آکنده از ناامیدی می‌کنند، چگونه اضطراب‌های ناشی از مرگ بیمار در اثر خودکشی و سایر تجارب طاقت‌فرسای هیجانی را مدیریت کنند.

برخی از این حوزه‌ها به‌ویژه برای بالینگرانی که به‌تازگی کار روان‌پویشی را آغاز کرده‌اند، بسیار دشوار است. مرور گستردهٔ پیشینهٔ بالینی توسط بلاگیس و هیلسنروث (۲۰۰۰) نشان می‌دهد که درمان پویشی با انتقال<sup>۱</sup> شناخته می‌شود (برای نمونه، ما «با انتقال سروکار داریم»، «انتقال منفی را تفسیر می‌کنیم»، «انتقال شدید را تحمل می‌کنیم» یا «انتقال خود - ابژه را می‌پذیریم» و مواردی شبیه به این). بالینگران پویشی با بررسی پیچیدگی‌های هیجانی مانند جنبه‌های منفی ناهشیار رابطهٔ درمانی باید راحت باشند. یاری بیماران برای تجربهٔ احساسات انکار شده، کمینه شده یا توجیه شده نسبت به درمانگر در اینجا و اکنون مستلزم این است که ما نیز با دنیای درونی‌مان صادق باشیم. بالینگران تازه‌کار به‌سختی می‌پذیرند که از نگاه بیماران آنها به اندازهٔ والدینشان بد هستند و باید دست از تلاش برای نشان‌دادن برتری خود نسبت به والدین بیماران بردارند.

وانگهی، لازم است درمانگران ذهنیت‌هایی<sup>۲</sup> را یادگیری‌زدایی کنند که پیش‌ازاین از نظر حرفه‌ای یا شخصی سازگارانه بوده‌اند. این ذهنیت‌ها شامل جلب رضایت دیگران، نصیحت‌کردن، اجتناب خودحمایتی برای پنهان‌کردن محدودیت‌ها و شکست‌های خود از دیگران، پاسخ خودکار به مشکل دیگری با توصیف اینکه چگونه موفق به حل مسئلهٔ مشابهی شده، یا قرارگرفتن در موضع «عقل کل» است. آخرین شکل یادگیری‌زدایی به‌ویژه برای درمانگران پزشک چالش‌برانگیز است، پزشکانی که به‌خاطر مسئولیت‌های حرفه‌ای قبلی مجبور بوده‌اند پیام «تو دکتر هستی، تو مسئولی!» را باور کنند.

1. transference  
2. mindset

دست‌یافتن به این حس اطمینان که فرد در حمایت از فرایند<sup>۱</sup> درمان متخصص است، درحالی که ادعای برتری نسبت به محتوای<sup>۲</sup> زندگی روانی بیمار ندارد، تحول شخصی پیچیده‌ای است. سرانجام، متخصصانی که می‌آموزند چگونه درمان روانکاوانه انجام دهند، حضور اصیل خود را با نقشی که انتقال بیمار به او محول کرده تلفیق می‌کنند. درمانگری که حضور در نقش و نه «بازی» نقش را تجربه کرده، می‌داند که دستیابی به این یکپارچگی سال‌ها طول می‌کشد. دست‌کم ۱۰۰۰۰ ساعت تمرین موردنیاز نوازندگان حرفه‌ای را می‌طلبند (اریکسون، کرامپ، و تش - رومر، ۱۹۹۳)، معروف است که مالکوم گلدول (۲۰۱۱) آن را به‌عنوان یک هنجار عمومی جا انداخت. در این هنگام، آشنایی با نمونه‌های بارز حضور در نقش درمانی حیاتی است. تجربه انتقال‌های شدید حتی برای تحلیلگران کارآموده هم آسان نیست، ولی با گذشت زمان فراموش می‌کنند که در سال‌های نخست چقدر برایشان دشوار بوده که در برابر احساسات مصرائه بیمار که بالینگر را طور دیگری تجربه می‌کند، چه از نظر درونی و چه از نظر ایفای نقش درمانی بر خودشان مسلط بمانند. نظارت‌شوندگان در فرایند حفظ اصالت و تسلط بر نقش، به موازات تمام حوزه‌های شناختی که باید بیاموزند، به احترام و همدلی نیاز دارند، آنچه بنجامین (۲۰۱۷) به زیبایی در قالب رسمیت دادن نظریه‌پردازی کرده است؛ یعنی ظرفیت ناظر برای همانندسازی با هر یک از نظارت‌شوندگان، ارج نهادن به فردیتشان، ایجاد حس دیده و پذیرفته شدن در آنها.

چالش اصلی ناظران روانکاوانه برقراری تعادل میان بازخورد انتقادی و حمایت هیجانی است. به طور معمول، زمانی که دانشجویان تازه شروع به کار روانکاوی می‌کنند، بعد حمایتی نیرومندتر است و وقتی در نقش درمانگر جا می‌افتند، رفته‌رفته از حمایت هیجانی کاسته می‌شود. یک ناظر کارآموده ضمن ارزیابی سطح پیشرفت حرفه‌ای نظارت‌شونده، می‌داند با افزایش پختگی و تجربه نظارت‌شونده اگر همچنان بخواهد تشویقش کند با او کودکانه رفتار کرده است.

باین‌حال، اجازه دهید اشاره کنم که هدف ناظر کمک به نظارت‌شوندگان برای تداوم یادگیری است، به‌رغم این واقعیت که هر یادگیری - به‌ویژه دانش جدیدی که فرد به‌عنوان درمانگر باید بیاموزد - برای عزت‌نفس فرد دشوار است. مواجه شدن با چیزی که تا الان نمی‌دانستیم یا درباره آن اشتباه می‌کردیم دردناک است. برخی ناظران به‌خوبی می‌دانند چه زمانی با درایت و صمیمیت نکاتی را به نظارت‌شوندگانشان یاد دهند، ولی برخی دیگر باید مدام به خودشان یادآوری کنند که نظارت‌شوندگان، با اینکه اغلب بسیار باهوش و شایسته‌اند، هنوز در معرض آسیب‌های ناگهانی و شدید به عزت‌نفسشان قرار دارند (بنگرید به جیل، ۱۹۹۹).

برای نمونه، به یاد می‌آورم یکی از دانشجویان تحصیلات تکمیلی نزد من اعتراف کرد: «تمام زندگی‌ام گواه این واقعیت است که بسیار باهوشم، اما بیماری بی‌ارزش کننده موجب شده احساس کنم روستایی ابله‌ی بیش نیستم.» همکاری کارآزموده خواهان نظارت من بود، چون برای اولین بار، خودش را مملو از خیال‌های<sup>۱</sup> قتل بیماری بسیار تحریک‌آمیز می‌دید. یکی دیگر از نظارت‌شوندگانم گفت از وقتی بیماری را می‌بیند که مانند آزارگر دوران کودکی‌اش با وی رفتار می‌کند، پس از سال‌ها دوباره رؤیاهای روان‌گزنده سراغش آمده‌اند. یادم هست که به یکی از ناظرانم گفتم: «نمی‌توانم حالیه این بیمار کنم که انتقالش فقط یک انتقال/ست! او گمان می‌کند من دقیقاً شبیه مادر نفرت‌انگیزش هستم. چطور می‌توانم به او بفهمانم می‌خواهم کمکش کنم؟» (پاسخ: تا مدتی نمی‌شود و در این میان مجبورید با احساس سوءتفاهم کنار بیایید). باید به نظارت‌شوندگان تأکید کنیم که مراقب حملات پیاپی به عزت‌نفسشان باشند که ملازم نقش‌های هم‌زمان درمانگر و دانشجو است.

## مشارکت صادقانه و اجرای درست نظارت

افشای بی‌پرده هرآنچه در رابطه‌ای فکر و احساس می‌کنیم در گفت‌وگو اجتماعی معمول نیست. در واقع، آشکارگری<sup>۲</sup> کامل شیوه‌ای کم‌وبیش بی‌دردسر برای ازدست‌دادن حسن‌نیت دوستان و بستگان است. اما آشکارگری «قاعدۀ اصلی»<sup>۳</sup> درمان روانکاوانه است و پیروی از آن برای بیماران بسیار دشوار است (برخی روانکاوان به طور هوشمندانه‌ای خاطرنشان کرده‌اند که ظرفیت مشارکت کامل در تداعی آزاد<sup>۴</sup> تا پایان درمان از نظر روان‌شناختی امکان‌پذیر نیست). همان‌طور که برای بیماران دشوار است هر فکر، احساس یا تمایل رفتاری که از ذهنشان خطوط می‌کند را بر زبان آورند، برای بالینگران نیز دشوار است کارشان را با صراحت کامل به ناظرها ارائه دهند. حتی نظارت‌شوندگانی که ضبط ویدئویی یا صوتی جلساتشان را ارائه می‌دهند هنوز هم می‌توانند از خودآشکارگری کامل قسر در برونند. درمانگران انتخاب می‌کنند کدام قسمت از جلسه درمان را به ناظر نشان دهند یا به شروع و پایان جلسه، وقتی دستگاه‌های ضبط خاموش بوده‌اند، اشاره‌ای نمی‌کنند. به‌خصوص زمانی که ناظر از نظر قانونی یا مؤسسه‌ای مسئول ارزیابی کار بالینگر است، آشکارگری کامل برای بالینگران ترس‌آور است، به‌ویژه بالینگرانی که در مراحل آغازین حرفه‌شان هستند و نگران‌اند یکی پس از دیگری مرتکب اشتباه شوند.

برخی درمانگران موفق تازه‌کار در زمینه موسیقی، بازیگری یا هنرهای تجسمی مطالعه کرده‌اند. آنها

---

1. fantasy  
2. disclosure  
3. basic rule  
4. free association

به طور معمول برخی واقعیت‌ها را بیشتر می‌پذیرند: از راه‌های مختلفی می‌توان یک تکلیف را انجام داد، انسان به برخی آرمان‌های خیالی کمال هرگز دست نمی‌یابد، بیشتر تصمیمات بالینی بر اساس سبک‌سنگین کردن مزایا و معایب و نه درست و غلط اتخاذ می‌شوند، در طول زندگی حرفه‌ای به بازخورد انتقادی نیاز داریم، و انتقاد حرفه‌ای با حمله شخصی یکی نیست. بالینگران آشنا با هنر تلفیق فن با خویشتن اصیل و با کار انعطاف‌پذیر را می‌شناسند، همان‌طور که اصول کلی با شخصیتشان سازگار است. اما بیشتر درمانگران تازه‌کار فاقد چنین تجاربی‌اند. به‌خصوص افرادی که سوابق دانشگاهی دارند عادت کرده‌اند در امتحانات و مقالات دنبال نمره A باشند، تلاشی که کمال‌گرایی ناکارآمد را تقویت می‌کند و این پندار باطل را می‌پروراند که «پاسخی درست» در کار است (بنگرید به آرکوویتز، ۲۰۰۱). در نتیجه، وقتی ناظر می‌گوید بهتر بود در جلسه فلان کار را انجام می‌دادید، احساس بی‌کفایتی می‌کنند.

افزون بر این، شواهد توصیفی و تجربی تصریح می‌کنند که بسیاری از درمانگران سازمان‌شخصیت‌افسرده دارند (بنگرید به هاید، ۲۰۰۹؛ مک‌ویلیامز، ۲۰۰۴). آنها مجذوب نقش یاری‌رسان می‌شوند چون عزت‌نفسشان با انجام کارهای خوب در جهان تقویت می‌شود (و حالات خویشتن منفی‌شان خنثی می‌شود). درمانگران قلب‌بزرگی دارند. آنها همچنین مستعد احساس گناه هستند، خودانتقادگرند، و ارزیابی‌های منفی را به‌آسانی درونی<sup>۱</sup> می‌کنند. وقتی مراجعی در درمان خوب پیش می‌رود، آن را به حساب توانایی و سخت‌کوشی بیمار و وقتی بد عمل می‌کند، آن را به پای قصور خویش می‌گذارند. از این رو، هم به دلیل تأثیرات موقعیت‌نظارتی و هم به دلیل آمادگی شخصی درمانگران، ناظران باید حواسشان باشد که بالینگران به راحتی دچار احساس شرمساری و توبیخ می‌شوند. فقط خودشیفته‌ترین یا جامعه‌ستیزترین نظارت‌شوندگان – که خوشبختانه در حرفه ما نادر هستند – فاقد ندایی درونی‌اند که کاستی‌هایشان را گوشزد می‌کند.

سبک ارتباطی ناظران کارآزموده این‌طور است که ویژگی‌های مثبت کار بالینگر را به جا می‌آورند، و درعین‌حال اقدامی پیشنهاد می‌کنند که بالینگر می‌توانست برای کسب نتیجه‌ای بهتر انجام دهد. مهم است که در نظارت، مطابق با توصیه‌های روان‌شناختی رایج، ابتدا سراغ بازخوردهای مثبت و بعد بازخوردهای منفی برویم. نمونه‌هایی از نحوه اجرای این قاعده تجربی توسط یک ناظر مدبر را ذکر می‌کنم:

- «به نظر می‌رسد بیمارتان به‌رغم مشکلاتی که در زمینه اعتماد دارد، با شما راحت‌تر و گشوده‌تر شده است. این چیز کمی نیست؛ نشان می‌دهد چقدر خوب با او کار کرده‌اید. اما درعین‌حال،

از خودم می‌پرسم آیا هر دوی شما از حوزه‌هایی که بیمار هنوز بهشان بی‌اعتماد است اجتناب می‌کنید؟ و با توافق ضمنی دربارهٔ چشم‌بستن بر گرایش‌های بدبینانهٔ وی امنیت می‌جوید؟»

- «فهمیدم چرا جلسه را ادامه دادید. شاید من هم همین کار را می‌کردم، چون مراجع برای گرفتن وقت اضافه شما را تحت فشار هیجانی قرارداد. اما به گمانم تصمیمتان برای افزایش زمان در بلندمدت مشکلاتی ایجاد می‌کند، احساس محق بودن بیمار را تقویت می‌کند، یعنی چون رنج زیادی کشیده، اجازه دارد قوانین را به نفع خودش تغییر دهد. شاید ناخواسته مشکلاتی برای خود ایجاد کنید.»
- «عالی بود! آیا فکر می‌کنید بیمار حرفتان را پذیرفت؟ یا فقط من و شما می‌توانیم درستی حرفتان را تأیید کنیم؟»

ناظران هرچقدر هم حمایت‌کننده و حساس باشند بازهم نمی‌توانند از شرم و درد نظارت‌شوندگانشان پیشگیری کنند. پاسخ‌های منفی به نظارت اجتناب‌ناپذیر است: حتی تجربهٔ سادهٔ آموختن چیزی که فرد تاکنون نمی‌دانسته، جراحات خودشیفتگی کوچکی به همراه دارد. هم‌آهنگی<sup>۱</sup> با نحوهٔ پاسخ‌دهی نظارت‌شونده به بازخوردها، به‌ویژه احساسات منفی، بخش مهمی از فرایند نظارت روانکاوانه است. همان‌طور که ابراز خشم یا رنجش بیمار به درمانگر بینش‌های عمیق‌تری به کار بالینی وارد می‌کند، اذعان نظارت‌شونده به واکنش‌های منفی خود نسبت به ناظر کار مشترکشان را تسهیل و عمیق‌تر می‌کند.

به طور معمول، خیلی طول می‌کشد تا نظارت‌شوندگان برای ابراز مخالفت یا اذعان به واکنشی منفی احساس آزادی کنند، به‌ویژه نظارت‌شوندگانی که کارشان توسط برنامهٔ آموزشی ارزیابی می‌شود، اما ناظران باید این هدف ارزشمند را مدنظر داشته باشند. اگر هیجان پردازش نشود، دانش شناختی معیوب و شکننده می‌شود (بنگرید به بوچی و مسکی، ۲۰۰۷؛ کستونگوی و هیل، ۲۰۰۷؛ ویونا، ۲۰۱۳). نظارت‌شوندگان گاه به‌درستی احساس می‌کنند که پذیرش برخی انتقادهای مربیان‌شان نابخردانه است ولی اغلب چیزهای زیادی هم از آنان می‌آموزند (استرام، ۲۰۱۴؛ استرام و گولستاد، ۲۰۱۲). اما در بهترین حالت، ناظری که پرسش‌های انتقادی و پاسخ‌های منفی نظارت‌شوندگان را تاب می‌آورد، تجربهٔ اصیل و عمیق‌تری برایشان فراهم می‌کند.

گهگاه ناظر باید نظارت‌شوندگان را با دفاعی رویارو کند که برای محافظت از خود در برابر زخم خودشیفتگی به کار می‌گیرند. رویارویی با دفاع‌های نظارت‌شونده تفاوت چندانی با انجام این کار با بیمار ندارد: فرد به زمان، تدبیر و آمادگی نیاز دارد تا ببیند واکنش دفاعی چطور مانع یادگیری و