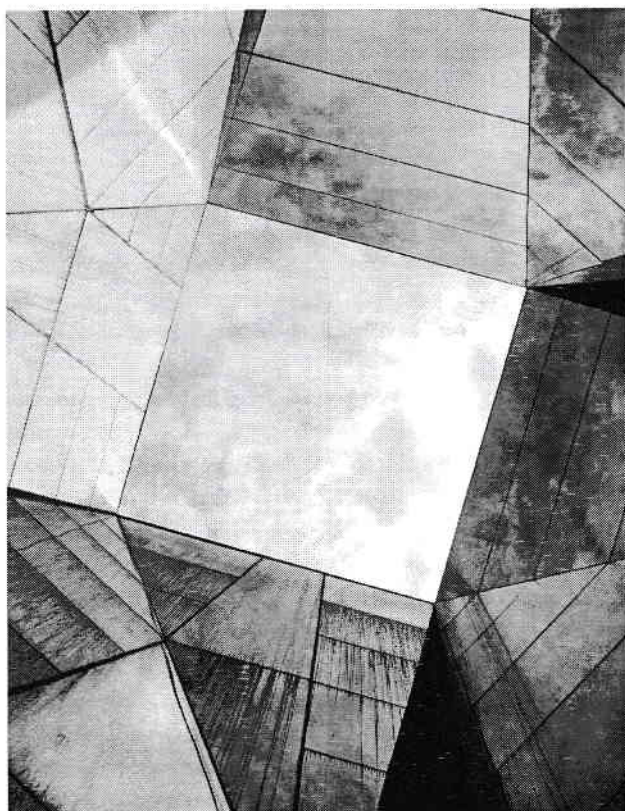


Vasile Marineanu

PRACTICA SUPERVIZATĂ

ÎN PSIHOLOGIA CLINICĂ

VALIDATĂ ȘTIINȚIFIC



Prefață — 9

Cuvânt introductiv — 11

PARTEA I

PROBLEME GENERAL-TEORETICE PRIVIND PRACTICA SUPERVIZATĂ ÎN PSIHOLOGIA CLINICĂ VALIDATĂ ȘTIINȚIFIC

Capitolul 1. Introducere în problematica practicii supervizate în psihologia clinică validată științific — 17

1.1. Delimitări conceptuale — 17

- 1.1.1. Ce este psihologia clinică validată științific? — 17
- 1.1.2. Ce este supervizarea și de ce este importantă? — 19
- 1.1.3. Supervizare versus Psihoterapie — 19
- 1.1.4. Supervizare versus Consultare — 21

1.2. Principii ale supervizării în psihologia clinică validată științific — 22

- 1.2.1. Scopul și obiectivele trainingului în psihologia clinică — 22
- 1.2.2. Alegerea unui supervisor/consultant — 24
- 1.2.3. Etapele procesului de supervizare — 25
- 1.2.4. Relația de supervizare — 25
- 1.2.5. Aspecte etice ale procesului de supervizare — 26

Capitolul 2. Strategii și tehnici de supervizare în psihologia clinică validată științific — 28

2.1. Caracteristici ale supervizării clinice eficiente — 28

2.2. Strategii de supervizare în psihologia clinică validată științific — 31

2.3. Tehnici de supervizare în psihologia clinică validată științific — 35

Capitolul 3. Competențe în cadrul procesului de supervizare în psihologia clinică validată științific — 38

3.1. Orientarea educațională în supervizare — 38

3.2. Competențe așteptate de la clinicienii în supervizare — 39

- 3.2.1. Competențe de bază și competențe specifice — 39
- 3.2.2. Atestări în domeniul psihologiei clinice — 42
 - 3.2.2.1. Competențele psihologului atestat în psihologia clinică — 42
 - 3.2.2.2. Competențele psihologului atestat în consiliere psihologică — 43
 - 3.2.2.3. Competențele psihoterapeutului — 43
- 3.2.3. Evaluarea nevoilor de pregătire ale clinicienilor supervizați — 44

3.3. Competențele supervisorului în CBT — 45

- 3.3.1. Expertiza de supervisor în CBT — 45
- 3.3.2. Adaptarea supervizării la nevoile de formare ale persoanei supervizate — 46
- 3.3.3. Capacitatea de a structura sesiunile de supervizare — 46
- 3.3.4. Domenii specifice de supervizare — 46

3.3.5. Competențe privind tehnicile specifice de supervizare — 47

3.3.6. Monitorizarea activității profesionale a clinicianului supervizat — 47

Capitolul 4. Evaluarea în cadrul supervizării bazată pe competențe — 48

4.1. Evaluarea competențelor în cadrul procesului de supervizare — 48

4.2. Raportul de supervizare — 54

Capitolul 5. Strategii relaționale în supervizarea clinică multiculturală — 59

5.1. Concluzii și recomandări ale Grupului de lucru APA privind relația terapeutică bazată pe dovezi — 59

5.1.1. Concluziile Grupului de lucru APA privind relația terapeutică bazată pe dovezi — 59

5.1.2. Recomandări ale Grupului de lucru APA privind relația terapeutică bazată pe dovezi — 60

5.2. Rolul relației terapeutice validate științific în supervizarea intervenției clinice multiculturale — 62

5.3. Rolul relației de supervizare în supervizarea clinică multiculturală — 64

5.3.1. Lucrul cu evenimente critice în supervizare — 64

5.3.2. Comportamentul relațional în cadrul alianței de supervizare — 65

5.3.3. Supervizarea relației din perspectiva unui supervisor novice — 67

5.3.4. Relațiile sexuale și hărțuirea sexuală în supervizare — 68

5.4. Aspecte etice și de diversitate culturală în relația de supervizare și practica clinică — 70

Capitolul 6. Practici recomandate pentru supervizarea în psihologia clinică validată științific — 72

6.1. Principii generale și obiective de supervizare — 72

6.2. Formatul sesiunilor individuale de supervizare CBT — 73

6.3. Cursul și etapele supervizării CBT — 75

6.4. Prezența cognițiilor și emoțiilor în supervizare — 76

6.5. Importanța relației în supervizare — 77

6.6. Înregistrarea și evaluarea sesiunilor de terapie — 77

6.7. Concluzii — 79

Capitolul 7. Recomandări ale Asociației Psihologilor Americani pentru supervizarea în psihologia serviciilor de sănătate — 80

7.1. Asumpțiile recomandărilor privind supervizarea — 81

7.2. Scopul recomandărilor APA pentru supervizarea clinică — 82

7.3. Domeniul A: Competența supervisorului — 83

7.4. Domeniul B: Diversitate — 85

7.5. Domeniul C: Relația de supervizare — 87

7.6. Domeniul D: Profesionalismul — 88

7.7. Domeniul E: Evaluare/Apreciere/Feedback — 89

7.8. Domeniul F: Probleme de competență profesională — 91

7.9. Domeniul G: Considerații etice, legale și de reglementare — 94

7.10. Concluzii — 96

Capitolul 8. Rapoarte autoevaluative utilizate în practica supervizată CBT pentru diferite tipuri de probleme psihologice — 99**8.1. Tulburarea depresivă majoră — 100**

- 8.1.1. Formularul de conceptualizare clinică a cazului — 100
- 8.1.2. Rapoarte (autoevaluative) sumative de supervizare — 102
 - 8.1.2.1. Raport de supervizare sumativ (ședințele 4, 5 și 6) — 102
 - 8.1.2.2. Raport de supervizare sumativ (ședințele 7, 8 și 9) — 104
 - 8.1.2.3. Raport de supervizare sumativ (ședințele 10, 11 și 12) — 106
- 8.1.3. Fișa de lucru a sumarizării cazului — 108

8.2. Tulburarea de anxietate generalizată — 115

- 8.2.1. Formularul de conceptualizare clinică a cazului — 115
- 8.2.2. Rapoarte (autoevaluative) sumative de supervizare — 115
 - 8.2.2.1. Raport de supervizare sumativ (ședințele 4, 5 și 6) — 115
 - 8.2.2.2. Raport de supervizare sumativ (ședințele 7, 8 și 9) — 118
 - 8.2.2.3. Raport de supervizare sumativ (ședințele 10, 11 și 12) — 121
- 8.2.3. Fișa de lucru a sumarizării cazului — 123

8.3. Tulburarea de stres posttraumatic — 130

- 8.3.1. Formularul de conceptualizare clinică a cazului — 130
- 8.3.2. Rapoarte (autoevaluative) sumative de supervizare — 130
 - 8.3.2.1. Raport de supervizare sumativ (ședințele 4, 5 și 6) — 130
 - 8.3.2.2. Raport de supervizare sumativ (ședințele 7, 8 și 9) — 134
 - 8.3.2.3. Raport de supervizare sumativ (ședințele 10, 11 și 12) — 136
 - 8.3.2.4. Raport de supervizare sumativ (ședințele 13, 14 și 15) — 138
- 8.3.3. Fișa de lucru a sumarizării cazului — 141

8.4. Fobie specifică de tip situațional (de spații închise) — 150

- 8.4.1. Formularul de conceptualizare clinică a cazului — 150
- 8.4.2. Rapoarte (autoevaluative) sumative de supervizare — 150
 - 8.4.2.1. Raport de supervizare sumativ (ședințele 4, 5 și 6) — 150
 - 8.4.2.2. Raport de supervizare sumativ (ședințele 7, 8 și 9) — 153
- 8.4.3. Fișa de lucru a sumarizării cazului — 156

8.5. Tulburarea obsesiv-compulsivă — 163

- 8.5.1. Formularul de conceptualizare clinică a cazului — 163
- 8.5.2. Rapoarte (autoevaluative) sumative de supervizare — 163
 - 8.5.2.1. Raport de supervizare sumativ (ședințele 4, 5 și 6) — 163
 - 8.5.2.2. Raport de supervizare sumativ (ședințele 7, 8 și 9) — 166
 - 8.5.2.3. Raport de supervizare sumativ (ședințele 10, 11 și 12) — 168
 - 8.5.2.4. Raport de supervizare sumativ (ședințele 13, 14 și 15) — 171
- 8.5.3. Fișa de lucru a sumarizării cazului — 173

8.6. Tulburări alimentare (bulimie nervoasă, tip de purgare) — 181

- 8.6.1. Formularul de conceptualizare clinică a cazului — 181
- 8.6.2. Rapoarte (autoevaluative) sumative de supervizare — 181
 - 8.6.2.1. Raport de supervizare sumativ (ședințele 4, 5 și 6) — 181

- 8.6.2.2. Raport de supervizare sumativ (ședințele 7, 8 și 9) — 185
- 8.6.2.3. Raport de supervizare sumativ (ședințele 10, 11 și 12) — 187
- 8.6.2.4. Raport de supervizare sumativ (ședințele 13, 14 și 15) — 189
- 8.6.2.5. Raport de supervizare sumativ (ședințele 16, 17 și 18) — 191

8.6.3. Fișa de lucru a sumarizării cazului — 193

8.7. Probleme de cuplu — 201

8.7.1. Formularul de conceptualizare clinică a cazului — 201

8.7.2. Rapoarte (autoevaluative) sumative de supervizare — 203

8.7.2.1. Raport de supervizare sumativ (ședințele 4, 5 și 6) — 203

8.7.2.2. Raport de supervizare sumativ (ședințele 7, 8 și 9) — 205

8.7.2.3. Raport de supervizare sumativ (ședințele 10, 11 și 12) — 207

8.7.3. Fișa de lucru a sumarizării cazului (probleme de cuplu) — 210

8.8. Tulburarea de panică cu agorafobie — 219

8.8.1. Fișa de lucru a sumarizării cazului (tulburare de panică cu agorafobie) — 219

8.9. Anxietatea socială — 227

8.9.1. Fișa de lucru a sumarizării cazului — 227

8.10. Anxietatea de sănătate — 233

8.10.1. Fișa de lucru a sumarizării cazului (anxietatea de sănătate) — 233

8.11. Optimizare și dezvoltare personală — 240

8.11.1. Fișa de lucru a sumarizării cazului — 240

8.11.2. Fișa de lucru a sumarizării cazului — 245

Capitolul 9. Fișe de lucru utilizate în practica clinică supervizată — 252

9. 1. Fișe de lucru utilizate în practica clinică supervizată pentru diferite tipuri de probleme psihologice — 255

9. 2. Fișe de lucru utilizate în practica clinică supervizată pentru probleme alimentare — 277

9. 3. Fișe de lucru utilizate în practica clinică supervizată pentru probleme de anxietate — 309

Capitolul 10. Resurse informative pentru clienți/pacienți utilizate pe timpul practicii clinice supervizate — 350

10.1. Pliant anxietate — 350

10.2. Pliant depresie — 353

10.3. Pliant furie — 355

10.4. Pliant tehnici de calmare — 358

10.5. Pliant relaxare musculară progresivă — 360

10.6. Pliant rezolvare de probleme — 363

10.7. Pliant activare comportamentală — 365

10.8. Pliant strategii de comunicare — 368

10.9. Pliant comunicare asertivă — 370

10.10. Pliant gândire disfuncțională — 373

Anexe — 375

Bibliografie — 413

INTRODUCERE ÎN PROBLEMATICA PRACTICII SUPERVIZATE ÎN PSIHOLOGIA CLINICĂ VALIDATĂ ȘTIINȚIFIC

1.1. Delimitări conceptuale

1.1.1. Ce este psihologia clinică validată științific?

Conform David (2006) *psihologia clinică*, în sens larg, studiază mecanismele psihologice implicate în *sănătate* și *boală* și interfața lor cu mecanismele biologice/genetice. În sens restrâns, psihologia clinică studiază mecanismele psihologice implicate în sănătatea și patologia mentală (psihică). Indiferent de sens, termenul „clinic” nu se referă la clinică, spital, medical etc, ci la o abordare individualizată a subiectului uman, cu referire la starea lui de sănătate și/sau boală.

Prima componentă, cu referire la sănătate, vizează investigarea mecanismelor psihologice pentru promovarea, optimizarea sănătății și prevenirea patologiei (pentru *clienți*), iar cea de-a doua componentă, cu referire la boală, vizează investigarea mecanismelor psihologice implicate în patologie (pentru *pacienți*¹). Atunci când în abordarea clinică domină prima componentă, ea se mai numește și *psihologia sănătății*, iar când în cadrul celei de-a doua componente avem de-a face cu patologie somatică, ea se mai numește și *psihologia sănătății clinice, psihosomatică* sau *medicină comportamentală*. Când, însă, avem de-a face cu patologie psihică, psihologia clinică se mai numește *psihopatologie* sau *psihologie medicală* (deși uneori aceasta include și elemente de patologie somatică). Astfel, *psihologul clinician* (înțelegând aici și *consilierul psihologic* și *psihoterapeutul* pentru forma specifică de psihoterapie pe care o practică) îndeplinește mai multe *funcții* (*ibidem*):

- *Psihodiagnostic și evaluare clinică* (se evaluează atât tabloul clinic/mecanismele etiopatogenetice psihologice, cât și stările de sănătate/mecanismele de sanogeneză);
- *Intervenție psihologică generală și de specialitate*, cea de specialitate dobândită prin programe avansate de formare profesională, exprimată prin *consiliere psihologică și psihoterapie* (atât pentru promovarea sănătății și

¹ În această lucrare am folosit cuvintele client/pacient ca termeni generici pentru o persoană care solicită ajutor psihologic specializat. De asemenea, pentru a evita exprimarea greoaie cauzată de folosirea pronumelui el/ea, am folosit forma masculină, exceptând cazul în care am vorbit despre cazuri prezentate în detaliu, când forma feminină este folosită pentru a desemna un client sau un pacient anume.

dezvoltare personală, cât și pentru tratamentul tulburărilor psihice și/sau a celor care implică în etiopatogeneză mecanisme psihologice);

- *Cercetare*, vizează investigarea rolului factorilor psihologici în sănătate și boală;

- *Educație și formare profesională*, vizează atât implicarea celor deja formați în acest domeniu în formarea unor noi generații de profesioniști pentru a deveni psihologi clinicieni – *formare inițială*, cât și în dezvoltarea lor profesională – *formare profesională continuă*.

Deși sub aspectul conținutului, respectiv al tipului problemelor abordate, competențele *psihologului clinician*, *consilierului psihologic* și ale *psihoterapeutului* sunt diferite, sub aspectul procesului și al mecanismelor implicate ele sunt similare, fiind tributare unui demers specific în domeniu (de exemplu cognitiv-comportamental, dinamic-psihaanalitic, umanist-existențial-experiențial). De aceea, în cele ce urmează ne vom referi doar la *psihologul clinician* (denumit uneori generic *clinician*), menționând consilierul psihologic și psihoterapeutul numai acolo unde există particularități distincte care le diferențiază activitatea.

În mod analog, *psihologia clinică validată științific* este știința care se ocupă cu studiul mecanismelor psihologice implicate în sănătate și boală, dar care are ca fundament teoretico-metodologic integrarea celor mai bune rezultate ale *cercetării științifice cu expertiza clinică* în contextul caracteristicilor individuale, culturale și preferințelor clienților/pacienților (APA, 2006).

Obiectivul fundamental al *psihologiei clinice validate științific* este acela de a promova o *practică psihologică eficientă* și de a crește *gradul de sănătate publică* prin aplicarea *principiilor validate științific* referitoare la *evaluarea clinică*, *conceptualizarea cazului*, *componentele relației terapeutice și intervenția psihologică specializată* (*ibidem*). Cel mai bine reprezentat model din *psihologia clinică validată științific (evidence-based)* este, la momentul actual, modelul *cognitiv-comportamental*, care, prin cercetările și demersul său, constituie prototipul psihoterapiei validate științific (David, 2012).

La baza *psihoterapiei cognitiv-comportamentale (Cognitive Behavior Therapy – CBT)* se află *paradigma cognitiv-comportamentală*, care se bazează pe următoarele principii (*ibidem*):

1. *Cogniția* este cel mai important determinant al răspunsurilor afectiv-emoționale/subiective, cognitive, comportamentale și al unor răspunsuri psihofiziologice/biologice, toate interrelaționate;

2. Mare parte din psihopatologie este rezultatul *cognițiilor disfuncționale și/sau iraționale*, fiind penetrabilă cognitiv;

3. *Cognițiile disfuncționale și/sau iraționale* pot fi *identificate și schimbate*;

4. Schimbarea se face prin *tehnici cognitive și/sau comportamentale*;

5. În abordarea cognitiv-comportamentală atât *teoriile*, cât și *procedurile/pachetele de intervenție trebuie validate științific*.

Conform Cully și Teten (2008) *cunoștințele din cadrul modelului cognitiv-comportamental pot fi grupate în două domenii mari*: 1) cunoașterea conceptelor teoretice specifice CBT, care angajează mecanismele etiopatogenetice implicate în sănătate și boală și 2) cunoașterea modului practic, procedural, de a aplica aceste concepte, care oferă pachete de intervenție psihologică specializată.

Informațiile conținute în manualele și protocoalele de administrare a pachetelor de intervenție psihologică specializată validate științific vizează cunoștințele de bază, conceptele CBT și oferă sfaturi practice despre cum pot fi utilizate eficient conceptele de bază. Cu toate acestea, pentru că furnizarea intervenției psihologice specializate este variabilă în funcție de clinician, client/pacient, tipul de problemă/tulburare și planul de intervenție/tratament, aplicațiile derivate din CBT trebuie să fie personalizate și practicate în mediul ecologic al clientului/pacientului. Aceste manuale sunt doar primul pas spre obținerea de cunoștințe și informații despre cele mai bune modalități de a aplica principiile CBT în scop clinic. *Supervizarea și consultarea* sunt două metode de a dezvolta abilitățile CBT prin practică, interacțiunea cu un supervisor CBT și feedback-ul profesionist al acestuia.

1.1.2. Ce este supervizarea și de ce este importantă în CBT?

Practica supervizată corespunzător reprezintă experiența de învățare centrală în trainingul unui psiholog clinician (Aveline, 2010). În acest context, *supervizarea clinică* este o relație formală, în cadrul căreia există un acord contractual prin care clinicianul în supervizare prezintă unui alt clinician supervisor activitatea sa cu clienții/pacienții într-o manieră onestă și deschisă, care să-i permită supervisorului să aibă o viziune clară asupra modului în care este condusă activitatea (Turpin și Wheeler, 2011).

Scopul supervizării este acela de a asigura clinicienilor aflați în supervizare o practică sigură pentru clienții/pacienții lor, în scopul optimizării rezultatelor, promovării unei viziuni mai bune asupra procesului terapeutic și dezvoltării abilităților și competențelor necesare. O altă sarcină importantă a supervizării este aceea de a învăța clinicianul în supervizare să-și cunoască limitele, lucrând cu clienții/pacienții într-un mod care să prevină epuizarea (burn-out).

1.1.3. Supervizare versus Psihoterapie

Pe de altă parte, supervizarea nu este psihoterapie și nu trebuie confundată cu aceasta, în ciuda faptului că supervisorul, fiind el însuși clinician,

ar putea-o considera o practică atractivă. Oricum, rolul supervisorului nu este acela de a rezolva problemele personale sau de personalitate ale clinicienilor supervizați, ci scopul lor primordial este acela de ajuta clinicianul în formare să furnizeze servicii de calitate clienților/pacienților cu care interacționează. Prin urmare, *diferențele esențiale între supervizare și psihoterapie* constau, conform Cully și Teten (2008), în următoarele aspecte:

a) supervizarea este un proces educativ, în timp ce psihoterapia este un proces de tratament psihologic;

b) în supervizare adevărul poate fi spus în mod direct, în timp ce în psihoterapie adevărul este revelat în mod gradual de către client/pacient;

c) în supervizare putem întreba supervizatul dacă acceptă critica, în timp ce în psihoterapie trebuie să fim foarte atenți la acest aspect, care este de preferat să fie evitat;

d) în supervizare dezvoltarea reacțiilor de transfer profund nu este încurajată (deși poate să apară), în timp ce în psihoterapie transferul poate fi anticipat și utilizat în scop terapeutic.

Așadar, rolul supervizării este acela de a încuraja dezvoltarea persoanei supervizate și de a asigura bunăstarea și siguranța clienților/pacienților prin monitorizarea serviciului psihologic furnizat, așa cum poate fi sintetizat în tabelul următor:

Tabelul 1.1. – Rolul supervizării

Pentru persoana supervizată	<ul style="list-style-type: none"> ➤ oferă feedback în legătură cu performanța sa clinică ➤ oferă îndrumare și puncte de vedere alternative ➤ contribuie la procesul de formare a identității de clinician ➤ servește ca bază sigură pentru a explora aplicații și principii de intervenție psihologică specializată
Pentru client/pacient	<ul style="list-style-type: none"> ➤ pacienții/clientii primesc servicii profesioniste ➤ clinicienii nu fac rău clienților/pacienților ➤ clinicienii posedă abilități suficiente ➤ clinicienii care nu dispun de abilitățile necesare primesc îndrumare pentru remedierea greșelilor și dezvoltarea deprinderilor
Supervizarea <i>NU este</i>	<p><i>Terapie personală</i> a clinicianului în formare, care este o componentă necesară, de intensitate și durată variabile, în cele mai multe traininguri formale*</p> <p>... cu toate că <i>supervizarea</i> poate implica explorarea experiențelor individuale ale clinicianului, aceasta este limitată la subiecte care pot influența activitatea profesională a acestuia</p>

* În pofida consensului care este în favoarea terapiei personale, mai ales la capătul psihodinamic al spectrumului, există puține dovezi publicate în legătură cu eficiența sa în sporirea abilităților psihoterapeutice (Aveline, 2010).

Pentru a furniza supervizare eficientă, supervizorii ar trebui să fie în măsură (Prasko, Vyskocilova, Slepecky, Novotny, 2011):

- să asigure consultanță și să faciliteze activitatea clinică;
- să stabilească o relație de învățare;
- să monitorizeze aspecte administrative prin ținerea unei evidențe clare;
- să-i învețe pe ceilalți, să le dezvolte și să le consolideze cunoștințe și abilități;
- să întărească abilitatea individuală de a descoperi și alege;
- să evalueze procesul decizional și alternativele;
- să monitorizeze aspecte de etică profesională;
- să furnizeze expertiză.

1.1.4. Supervizare versus Consultare

Există o diferență destul de clară între supervizare și consultare. În timp ce *supervizarea* implică urmărirea evoluției și analizarea directă a cazurilor clinice pe o perioadă de timp (adesea implică și evaluarea clinicianului), *consultarea* se referă la o relație care este proiectată pentru a ajuta la dezvoltarea profesională, dar nu implică observația sistematică și analizarea oficială a cazurilor clinice și poate sau nu continua în timp. În esență, consultarea presupune purtarea unor discuții orientate spre rezolvarea unor cazuri sau probleme fără supervizarea specifică sau evaluarea clinicianului (Cully și Teten, 2008).

În ceea ce privește *conținutul concret al activităților*, desfășurate atât în cadrul procesului de supervizare, cât și al consultării, acesta s-ar putea referi, conform Prasko *et al.* (2011), la următoarele aspecte:

- înțelegerea cazului și a conceptualizării lui;
- alegerea strategiilor terapeutice ca rezultat logic al conceptualizării cazului;
- conștientizarea momentelor critice, a obstacolelor și a blocajelor în terapie;
- înțelegerea rolului și dezvoltarea/menținerea relației terapeutice;
- clarificarea limitelor competențelor supervizorului și ale persoanelor supervizate;
- înțelegerea contextului în care este furnizată intervenția psihologică specializată;
- conștientizarea reacțiilor de contratransfer în gânduri, emoții, reacții corporale, comportament și atitudini;
- creșterea nivelului de cunoaștere;
- conștientizarea aspectelor etice;
- dezvoltarea unor abilități terapeutice specifice;
- sprijinirea autonomiei clinicianului în formare;
- grija pentru prevenirea epuizării (burn-out).

Pentru atingerea obiectivelor asociate activităților de mai sus, clinicianul în formare pune la dispoziția supervisorului, pe timpul ședințelor de supervizare, informații relevante referitoare la cazurile aflate în derulare. Un exemplu de *Plan general* cu privire la *informațiile furnizate de către clinicianul supervizat* în cadrul procesului de supervizare clinică, în care se regăsesc aspectele menționate mai sus, este oferit în Anexa 2.

1.2. Principii ale supervizării în psihologia clinică validată științific

1.2.1. Scopul și obiectivele trainingului în psihologia clinică

Scopul trainingului în psihologia clinică, în general, este de a facilita exersarea abilităților naturale și a competențelor dobândite ale clinicianului, astfel încât acestea să fie folosite la potențial maxim și în interesul beneficiarului serviciilor psihologice (Aveline, 2010). În mod analog, scopul trainingului în psihologia clinică validată științific, de exemplu, de orientare cognitiv-comportamentală, îl constituie dezvoltarea abilităților necesare pentru punerea în aplicare a principiilor paradigmei cognitiv-comportamentale, astfel încât clinicianul să fie în măsură să abordeze, la potențial maxim și în interesul beneficiarilor serviciilor psihologice, aspecte legate de experiențele lor psihologice și somatice, implicate în sănătate și boală.

Din punctul de vedere al *persoanei care se instruieste în psihologia clinică*, obiectivele trainingului pot viza (*ibidem*):

a) Obiective generale

1. Să înregistreze progrese cu privire la utilizarea optimă a abilităților.
2. Să identifice tipul de intervenție și gama de probleme și personalități pe care le pot avea clienții/pacienții cu care clinicianul poate lucra în mod eficient.

b) Obiective specifice

1. Să învețe să asculte ceea ce este și ceea ce nu este exprimat de clienți/pacienți.
2. Să dezvolte capacitatea de a-și crea un spațiu psihologic sigur și de a păstra contactul cu clienții/pacienții în explorările lor emoționale dureroase.
3. Să dobândească sensibilitate la momentele în care trebuie și în care nu trebuie să intervină.
4. Să dobândească un cadru conceptual coerent, în interiorul căruia să înțeleagă ce se întâmplă în cadrul ședințelor și ceea ce este de dorit să se întâmple.
5. Să studieze dezvoltarea umană, procesul de învățare și funcționare a relațiilor interpersonale care se dezvoltă în mod natural între oameni, precum și relațiile artificiale, construite în cadrul ședințelor terapeutice.
6. Să înțeleagă și să folosească patternurile de intervenție psihologică

specializată pe care diverse tipuri de abordări le au în comun (*factorii nespecifici sau comuni*) și cele specifice abordării cognitiv-comportamentale (sau la care au aderat).

7. Să folosească la maxima lor capacitate răspunsurile emoționale, structurile teoretice și tehnicile, pentru a rezolva problemele clientului/pacientului.

8. Să adere la practica bazată pe dovezi.

9. Să își îmbunătățească autocunoașterea și să lucreze pentru rezolvarea conflictelor personale care pot interfera cu intervenția psihologică specializată.

10. Să-și cunoască propriile limite și să fie capabil să obțină și să folosească supervizarea.

11. Să facă evaluări diagnostice valide, să cunoască caracteristicile principalelor tulburări psihice, indicațiile și contraindicațiile principalelor medicamente psihotrope.

12. Să aibă cunoștințe în ceea ce privește celelalte tipuri de intervenții, astfel încât să o aleagă pe cea potrivită pentru nevoile beneficiarilor serviciilor psihologice, să-și modifice tehnica sau să recomande clientul/pacientul unui alt clinician.

13. Să fie conștient de dilemele etice și să internalizeze standarde etice înalte; să aibă un nivel corespunzător de încredere în sine.

14. Să fie familiarizat cu sistemul teoretic ales și conștient de limitele acestuia, să-și ajusteze intervenția psihologică în funcție de semnificația factorilor culturali și sociali; să evalueze în mod critic anumite aspecte prin: a) experiența practicii clinice, b) supervizare, c) studierea literaturii de specialitate; să fie capabil să evalueze rezultatul, să stabilească standardele de practică și să verifice în mod sistematic implementarea lor.

15. Să înțeleagă implicațiile contextului de lucru în care trebuie să practice (filosofic, politic, instituțional, economic și contractual).

16. Să se angajeze pentru dezvoltarea profesională continuă; să dobândească certificare profesională la nivelul carierei de psiholog clinician/consilier/psihoterapeut.

Din punctul de vedere al *trainerului*, obiectivele pot viza (*ibidem*):

1. Să evalueze: a) nivelul de dezvoltare a persoanelor pe care le instruieste, b) să le identifice punctele slabe și punctele tari. În diferitele stadii ale instruirii, această evaluare poate implica funcțiile normative de selecție pentru training și evaluarea pentru oferirea certificării.

2. Să ajute persoanele instruite să securizeze experiențele de învățare continuă, care le vor planifica și le vor dezvolta afinitățile naturale cu anumite tipuri de intervenție psihologică și de probleme.

3. Să păstreze echilibrul de interes între nevoile de dezvoltare ale clinicienilor aflați în proces de instruire și nevoile clinice ale clienților/pacienților lor, până la momentul în care clinicienii în formare pot face acest

lucru ei înșiși.

Având în vedere obiectivele expuse anterior, supervizarea poate ajuta la dezvoltarea următoarelor elemente ale clinicianului supervizat (Barnett, 2015):

- *identitatea profesională*, ca membru al unei profesii și ca psiholog clinician/terapeut;
- *orientarea teoretică* și modălitatea de abordare a intervenției psihologice;
- *înțelegerea rolului cercetării* și a modului în care rezultatele acesteia sunt integrate în serviciile oferite clienților/pacienților;
- *înțelegerea formelor de diversitate/diferențelor individuale* și a modului în care acestea interferează cu procesul terapeutic;
- cunoașterea *aspectelor etice și legale* relevante pentru practica psihologică și capacitatea de a rezolva cu succes dileme și provocări profesionale;
- *conștientizarea* provocărilor profesiei și importanța angajării în *strategii de autoîngrijire și de prevenire a epuizării emoționale (burn-out)*;
- *angajamentul pe termen lung* de a învăța în permanență și de a-și *dezvolta continuu competențele clinice*.

1.2.2. Alegerea unui supervisor/consultant

Conform Cully și Teten (2008), următoarele caracteristici pot fi utilizate drept criterii în alegerea unui supervisor CBT sau consultant:

1) *Cunoștințele și experiența practică în CBT* – în mod ideal, supervizorii și consultanții CBT sunt specialiști care au primit instruire formală în CBT și utilizează CBT în practica de zi cu zi.

2) Disponibilitatea:

– pentru cei care învață cum să aplice principiile CBT, este recomandat să identifice supervizori/consultanți care sunt disponibili pentru întâlniri săptămânale sau bi-săptămânale, care presupun între 30-60 de minute pentru fiecare ședință. Durata efectivă a reuniunii poate fi determinată de numărul de cazuri care urmează a fi analizate;

– în programarea întâlnirilor trebuie luate în considerare o serie de probleme logistice. Sunt disponibili supervizorul/consultantul pentru sesiuni față în față sau telefonice? Reuniunile față în față sunt mai eficiente? Trebuie luate în considerare proximitatea, nevoia de călătorie, precum și disponibilitatea resurselor (de exemplu, înregistrări audio/video).

3) *Experiența supervizorului cu clienți/pacienți similari* celor cu care lucrează clinicienii aflați în supervizare.

În mod ideal, supervizarea și consultarea se produc la intervale constante de timp. În mod normal, pentru clinicienii care se formează în CBT, supervizarea/consultarea ar trebui să aibă loc în fiecare săptămână sau o dată la două săptămâni. De asemenea, consultările lunare pot fi adecvate

pentru psihoterapeuții licențiați, aflați într-un stadiu mai avansat de formare în psihoterapie.

1.2.3. Etapele procesului de supervizare

Fiind un proces dinamic, supervizarea poate fi subiect al schimbărilor și se dezvoltă trecând prin *mai multe etape, de la simplu la complex*.

La începutul supervizării, din cauza lipsei de experiență, clinicienii ar trebui să înceapă cu cazuri simple, pe durate de timp scurte, fără a prelua cazuri complexe. Ședințele de supervizare ar trebui să fie structurate, clare, cu caracter didactic și să aibă rolul de a încuraja clinicianul în formare. Cu timpul, *pe măsură ce supervizarea avansează și se maturizează*, ea devine mai sofisticată, cu jocuri și schimbări de rol frecvente, cu aspecte ce țin de relația terapeutică și reacții de contratransfer. Rolul didactic al supervizării devine din ce în ce mai puțin important, fiind înlocuit de descoperirea dirijată, jocul de rol, imaginație și lucrul cu propriile atitudini.

1.2.4. Relația de supervizare

Relația dintre clinicianul supervizat și supervizor (*relația de supervizare*) se bazează pe principii similare celor din relația terapeutică. Cu toate că în unele aspecte această relație reflectă relația dintre clinicianul supervizat și clienții/pacienții lui, încă de la începutul procesului de supervizare se pune mai mult accent pe egalitatea dintre cei doi parteneri, pe independența și libertatea clinicianului în supervizare.

Deși, așa cum am menționat într-un subcapitol anterior, subliniind similitudinile și diferențele, că ceea ce se întâmplă în supervizare nu este psihoterapie, totuși supervizatul, într-o manieră similară celei din cadrul relației terapeutice, ar trebui să se simtă securizat, înțeles și acceptat. În același timp, clinicianul trebuie stimulat să descopere noi conexiuni, iar acest aspect înseamnă descoperire dirijată caracteristică procesului terapeutic individual.

Relația de supervizare se bazează pe prevederile clare ale contractului, pe empatie, accentuarea și întărirea caracteristicilor relaționale pozitive. Procesul de supervizare este de așteptat să se dezvolte ca oricare altă relație, deoarece există și se manifestă o serie de mecanisme defensive, de rezistență, de transfer și contratransfer etc. Este important ca toate aceste aspecte să fie discutate, pentru că în acest fel clinicianul învață să le facă față eficient.

Conform Prasko *et al.* (2011), pe timpul supervizării există posibilitatea ca *supervizorii să se confrunte cu următoarele capcane*:

1. *Supervizorul preia în mod treptat inițiativa* și are tendința de a-și impune propriile abordări în fața clinicianului în supervizare, fapt care duce la demoralizarea acestuia.

2. *Competitivitatea supervizorului* duce la manifestarea dorinței sale de a prelua responsabilitatea cazurilor. În mod obișnuit, acest proces dinamic

inconștient se asociază cu sentimentul de inadecvare pe care îl experimentează supervizorul.

3. *Supervizorul joacă un rol protectiv* și preia asupra sa întreaga responsabilitate a supervizatului, care își prezintă materialul ca pe o listă de erori și înfrângeri.

4. *Supervizorul manifestă un optimism pasiv*, lăsând lucrurile să meargă în ritmul lor, încurajând doar și sprijinind la nevoie, ceea ce reprezintă o raționalizare a comportamentului lui din cauza temerii față de un eventual feedback negativ.

1.2.5. Aspecte etice ale procesului de supervizare

Termenul de *supervizor* poate fi ușor asociat cu ideea de superioritate a cuiva care deține puterea, controlul, cunoștințele și competențele, care se află dincolo de abilitățile de moment ale clinicianului în formare. Această situație creează supervizorului o anumită temere legată de poziționarea sa ca autoritate ce caută în permanență greșeli, obstacole sau îl face de rușine pe clinicianul novice ori care trebuie să știe să răspundă la orice întrebare și să rezolve orice problemă. Dacă oricare dintre aceste aspecte se întâmplă în procesul de supervizare, înseamnă că nu au fost respectate coduri etice fundamentale, deoarece *supervizorul nu este superior persoanei supervizate*, ci cooperează cu aceasta pentru a găsi cele mai bune soluții în folosul clientului/pacientului. Clinicianul în formare ar trebui să aibă oportunitatea de a-și exprima incertitudinile, greșelile și orice atitudine fără teamă sau fără a se simți rușinat, deoarece sarcina supervizorului este aceea de a fi de ajutor și de a crea o atmosferă suportivă. De aceea, *atributele esențiale ale unei supervizări etice se referă la (ibidem):*

1. *Utilitate și ajutor pentru client/pacient și clinicianul supervizat* – clienții/pacienții bine tratați sunt un credit pentru terapeutul lor și, în mare măsură, astfel de rezultate pot fi obținute prin supervizare adecvată. Scopul oricărui supervizor, la care el însuși poate contribui în mod fundamental, este acela de a lucra cu un clinician satisfăcut cu munca sa, în beneficiul clienților săi.

2. *A nu produce rău* – așa cum clientul nu este un subiect de testare pentru terapeutul lui, nici terapeutul nu ar trebui să fie un subiect de testare pentru supervizorul său. Una dintre cele mai frecvente surse de prejudiciu adus clinicianului supervizat o constituie *relația de contratransfer*, în special aceea care duce la critică excesivă, etichetare, furie, exploatare emoțională, trecerea dincolo de limitele admise, amestecarea rolurilor etc.

3. *Adecvare și loialitate față de contract* – ordinea de zi a ședințelor de supervizare este stabilită de comun acord, în baza contractului de supervizare asumat de ambele părți și în funcție de nevoile clinicianului

în formare. Supervizorul trebuie să ajute la formularea clară a obiectivelor și la conștientizarea părților mai puțin vizibile ale contractului. Pe timpul supervizării, contractul poate fi modificat sau reformulat de mai multe ori.

4. *Egalitate între clinician și client/pacient* – în cazul în care clientul/pacientul este abuzat (există dovezi clare în acest sens), supervizorul punctează imediat acest fapt și oferă un feedback critic clinicianului aflat în supervizare. Supervizorul ar trebui să ajute la clarificarea granițelor relației terapeutice și, de asemenea, să ajute în cazul în care clinicianul supervizat este abuzat de către client. În același timp, supervizorul este atent la limitele relației de supervizare și evită manipularea pentru preluarea responsabilității pentru deciziile clinicianului supervizat. Supervizorul nu trebuie să abuzeze de puterea pe care o are, în detrimentul acestuia și/sau în beneficiul său personal.

5. *Autonomie și dreptul de a alege* – supervizarea nu ar trebui impusă clinicianului supervizat, ci acesta are dreptul să-și aleagă în mod liber supervizorul, așa cum supervizorul are dreptul de a accepta sau nu să ofere servicii de supervizare.

6. *Realizarea nevoilor și intereselor proprii* – stresul cu care se confruntă clinicienii supervizați nu rezultă doar din relația lor cu clienții, ci este relaționat atât cu propriile atitudini și cerințe, cât și cu cele care provin de la organizațiile pentru care ei lucrează, precum și cu procesul de supervizare în sine. De aceea, rolul supervizării este acela de a proteja persoanele supervizate de epuizare emoțională (burn-out). În acest sens, este esențial ca persoana supervizată să învețe să observe semne de suprasolicitare sau nemulțumire în atingerea propriilor obiective și să-și stabilizească anumite limite până la care să poată să facă față.