

Prefață

Bazele supervizării clinice

Traducere din engleză de
Raluca Hurduc

3
TREI

Cuprins

- 5 *Prefață*
- 11 *Capitolul 1. Introducere în supervizarea clinică*
- 45 *Capitolul 2. Evaluarea*
- 96 *Capitolul 3. Considerații etice și legale*
- 143 *Capitolul 4. Modele ale supervizării*
- 198 *Capitolul 5. Relația de supervizare: influența diferențelor individuale, culturale și de dezvoltare*
- 264 *Capitolul 6. Relația de supervizare: procese și probleme ale triadei și diadei de supervizare*
- 302 *Capitolul 7. Relația de supervizare: factori specifici supervizatului și factori specifici supervisorului*
- 341 *Capitolul 8. Organizarea experienței supervizării*
- 385 *Capitolul 9. Intervenții de supervizare: supervizarea individuală*
- 429 *Capitolul 10. Intervenții de supervizare: supervizarea de grup*
- 461 *Capitolul 11. Intervenții de supervizare: supervizarea în direct*
- 497 *Capitolul 12. Predarea și cercetarea în domeniul supervizării*

Notă: S-au făcut toate eforturile pentru a oferi în această carte informații exacte și actuale existente pe Internet. Cu toate acestea, Internetul și informația postată prin intermediul lui se schimbă constant, astfel încât, inevitabil, unele adrese de Internet listate în acest manual se vor modifica.

Introducere în supervizarea clinică

Multe profesii au o „pedagogie specifică” („signature pedagogy” — cf. Shulman, 2005), o strategie particulară cuprinzând instrucțiuni care reglementează pregătirea specialiștilor proprii. În medicină, de exemplu, în timpul orelor de practică în spitale, o echipă de medici și studenți la medicină trece pe la pacienți, discută problemele de diagnostic și tratament pentru fiecare bolnav în parte, în contextul evoluției fiecărui caz în perioada care a trecut de la ultima vizită. La drept, studenții vin la cursuri pregătiți să fie solicitați în orice moment să prezinte argumentele esențiale ale unei anumite spețe sau să rezume și să răspundă la argumentele oferite de un alt student. În timpul acestor interacțiuni, profesorul îi angajează într-un tip de dialog socratic.

Supervizarea clinică este pedagogia specifică profesiilor din domeniul sănătății mentale (Barnett, Cornish, Goodyear și Lichtenberg, 2007; Goodyear, Bunch și Clairborn, 2005). Ca și pedagogia specifică altor profesii, ea este caracterizată prin: (a) angajare, (b) nesiguranță și (c) formare (Shulman, 2005): *angajare*, în sensul că învățarea are loc printr-un dialog profesor-student; *nesiguranță* pentru că punctul central și rezultatele sunt de obicei neclare participanților la începutul unui demers pedagogic, și *formare* prin aceea că procesele raționale ale studentului îi devin clare profesorului care îl ajută pe primul să le configureze astfel încât să înceapă să gândească exact „ca un (medic, avocat, psiholog etc.)”. În această carte, suntem preocupați și de trecerea spre un nivel superior, acela al „gândirii ca un supervisor” (cf. Borders, 1992).

Shulman (2005) notează că acestea sunt:

... pedagogii de acțiune, întrucât schimburile se încheie de obicei cu cineva care spune: „Toate astea sunt foarte interesante. Acum ce avem de făcut?” (p. 14)

Supervizarea clinică este o pedagogie specifică, datorită respectării tuturor acestor criterii care subliniază atât importanța supervizării pentru

12 profesiiile din domeniul sănătății mentale, cât și complexitatea ei. Cartea și propune să abordeze această complexitate oferind instrumentele tehnice și conceptuale necesare supervizării.

Afirmăm că fiecare profesionist din domeniul sănătății mentale ar trebui să dobândească abilități de supervizare, pentru că aproape toți vor ajunge să-i supervizeze pe alții. De fapt, supervizarea este una dintre activitățile cele mai răspândite în care se angajează profesioniștii din domeniul sănătății mentale. De exemplu, Norcross, Hedges și Castle (2002) au rezumat datele din sondajele realizate de membrii Departamentului de Psihologie al Asociației Americane de Psihologie (APA) în 1981, 1991 și 2001. În fiecare dintre aceste sondaje, supervizarea a fost pe locul trei în lista activităților profesionale cel mai frecvent promovate (după psihoterapie și diagnosticare / evaluare). Sondajele în rândurile consilierilor psihologici au avut rezultate similare (de exemplu, Goodyear et al., 2008; Watkins, Lopez, Campbell și Himmell, 1986).

Acest lucru este valabil și la nivel internațional. Într-un studiu la care au participat 2 380 de psihoterapeuți din mai mult de 10 țări, Rønnestad, Orlinsky, Parks și Davis (1997) au confirmat relația rațională dintre experiența profesională și probabilitatea de a deveni supervizor. În studiul lor, procentajul de terapeuți supervizori a crescut de la mai puțin de 1% în primele șase luni de practică la 85–90% din cei care aveau mai mult de 15 ani de practică.

Rezumând, această carte este destinată tuturor profesioniștilor din domeniul sănătății mentale. Se concentrează asupra unei intervenții de tip formativ, care este nu numai esențială, ci și definitorie pentru aceste profesii.

PRINCIPII FUNDAMENTALE

Una dintre provocările scrierii acestei cărți a fost aceea că am realizat faptul că aproape oricine o va citi va face acest lucru printr-o lentilă personală care reflectă convingeri, atitudini și așteptări legate de supervizare, formate pe parcursul experienței fiecăruia ca supervizat și, uneori, chiar ca supervizor. O astfel de cunoaștere preliminară face ca lectura textului nostru să fie mai relevantă și mai semnificativă la nivel personal. Dar, de asemenea, poate provoca reacții critice față de un material pe care cititorii îl consideră disonant cu opiniile lor. Sperăm că cititorii care au cea experiență vor găsi că am prezentat materialul într-o manieră care este îndeajuns de obiectivă pentru ca ei să poată să evalueze fără patimă orice conținut sau idei generatoare de disonanță.

Respect pentru oameni și cărți

1. *Supervizarea clinică este o intervenție de sine stătătoare.* Prin urmare, sunt posibile izolarea și descrierea problemelor, teoriei și tehnicii proprii domeniului supervizării. Mai mult, ca în cazul oricărei alte intervenții psihologice, practicarea supervizării impune ca aceia care oferă supervizare să aibă o pregătire adecvată specifică.
2. *Profesiile din domeniul sănătății mentale sunt mai curând asemănătoare, în ceea ce privește practicarea supervizării.* Cele mai multe abilități și procese de supervizare sunt comune tuturor profesiilor. Există, desigur, diferențe specifice fiecărei profesii în ceea ce privește accentul pus, modalitatea de supervizare etc. Acestea pot fi considerate drept ornamentele unice pe care fiecare profesie le aduce pedagogiei speciale, care ne este comună. Însă presupunem că există trăsături esențiale care intervin atunci când supervizarea este oferită de psihologi, consilieri, asistenți sociali, psihoterapeuți de familie, psihiatri sau asistente medicale de psihiatrie: „Indiferent de specializarea profesională și teoretică, supervizorii se angajează în practici de supervizare foarte asemănătoare” (Spence, Wilson, Kavanagh, Strong și Worrall, 2001, p. 138). De aceea, am extras informații din literatura de specialitate, pentru a putea aborda multitudinea de probleme și conținuturi care par să caracterizeze supervizarea clinică în practica din domeniul sănătății mentale. Am apelat, de asemenea, și la literatura internațională referitoare la supervizare, în continuă expansiune, în special cea britanică.

Acest capitol are ca scop să creeze o bază pentru capitolele următoare. De aceea, abordăm atât contextul profesional, cât și importanța sa. Vom trata definițiile atât formal, cât și din punct de vedere personal. Vom încheia prin prezentarea modelului conceptual care ajută înțelegerea informațiilor referitoare la supervizare și, totodată, ghidează organizarea acestei cărți.

LOCUL CENTRAL OCUPAT DE SUPERVIZARE ÎN DIFERITE PROFESII

Rolul esențial jucat de supervizare în formarea specialiștilor a fost recunoscut de mii de ani, așa cum se sugerează în primele rânduri ale faimosului jurământ al lui Hipocrate:

Jur pe Apolo medicul, pe Esculap, pe Higea și Panaceea și pe toți zeii și zeițele, pe care îi iau ca martori, că voi îndeplini acest jurământ și poruncile lui, pe cât mă ajută forțele și rațiunea — să respect pe cel care m-a învățat această artă la fel ca pe propriii mei părinți, să împart cu el cele ce-mi aparțin și să am grijă de el la nevoie; să-i consider pe descendenții lui ca frați... (Hipocrate, cca. 400 î.Hr.; subl. aut.)

În acest jurământ, este evidentă venerația acordată unui profesor sau supervisor. Mai mult, compararea aceluși profesor cu propriii părinți sugerează puterea și influența pe care medicul neofit le recunoaște profesorului.

Pentru a putea aprecia această putere și influență, este necesară înțelegerea naturii diferitelor profesii din domeniul sănătății mentale (vezi, de exemplu, Goodyear și Guzzardo, 2000), îndeosebi a modurilor în care ele sunt diferite de alte ocupații. Aceste distincții includ faptul că: (a) profesioniștii lucrează cu o autonomie substanțial mai mare; (b) profesioniștii trebuie să emită opinii în condiții de mare nesiguranță (Sechrest et al., 1982), o caracteristică a acestei activități, pe care Schön (1983) o descrie în mod impresionant drept „a lucra în ținuturile mlăștinoase” ale practicii (în opoziție cu tehnicienii care lucrează, conform unui protocol prestabilit, în situații care în mod tipic sunt restricționate cu mare grijă); și (c) profesioniștii se bazează pe un corpus de cunoștințe care sunt suficient de specializate, încât persoanelor obișnuite le este dificil să le înțeleagă atât în sine, cât și implicațiile lor.

Din cauza acestor atribute ale acestor profesii, este în general acceptat faptul că neinițiații nu au cunoașterea necesară pentru a le reglementa. De aceea, societatea permite profesiilor să se autoregleze, în schimbul asigurării că membrii lor vor pune bunăstarea societății și a clienților lor mai presus de propriile interese (vezi, de exemplu, Schein, 1973; Schön, 1983). Această autoreglementare include controlul celor admiși să practice stabilirea de standarde pentru comportamentul membrilor și disciplinarea membrilor incompetenți sau lipsiți de etică.

În cadrul profesiilor din domeniul sănătății mentale există trei mecanisme primare de autoreglementare: (1) organismele de stat; (2) asociațiile profesionale de acreditare; (3) acreditarea de programe de formare. Supervizarea este esențială pentru funcțiile de reglementare ale fiecărui mecanism, întrucât oferă mijloacele de a transmite mai departe abilitățile necesare, de a face cunoștință novicilor cu valorile și codul etic al fiecărei profesii, pentru a proteja clienții și, în final, pentru a monitoriza

disponibilitatea supervizaților de a fi admiși în cadrul profesiei. Pe scurt, supervizarea joacă un rol decisiv în menținerea standardelor profesiei” (Holloway și Neufeldt, 1995, p. 207).

Organismele de stat

Organismele de stat tratează supervizarea ca pe o activitate reglementată și de aceea codifică practicarea ei. Ele stipulează: (a) *calificările* necesare celor care supervizează; (b) *numărul de ore* de practică sub supervizare pe care trebuie să îl obțină fiecare candidat pentru a putea practica autonom; (c) *condițiile* în care trebuie să aibă loc această supervizare (de exemplu, raportul dintre orele/ședințele supervizate și totalul orelor de practică; proporția ședințelor de supervizare de grup; cine poate face supervizarea). Unele organisme de reglementare cer o licență separată pentru supervizorii din cadrul unor anumite profesii. De exemplu, statul Alabama acordă separat licențe supervizorilor consilierilor psihologici.

Asociații profesionale de autorizare

Există unele asociații independente care autorizează, la rândul lor, profesioniștii din domeniul sănătății mentale: Academy of Certified Social Workers (ACSW — Academia Asistenților Sociali Autorizați), American Board of Professional Psychology (ABPP — Comitetul American pentru Psihologie), National Board for Certified Counselors (NBCC — Comitetul Național pentru Consilieri Psihologici Autorizați), American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT — Asociația Americană de Terapie de Cuplu și Familie) și British Association for Counselling and Psychotherapy (BACP — Asociația Britanică de Consiliere Psihologică și Psihoterapie). Acreditările pe care aceste asociații le acordă de obicei se adresează practicanților avansați și autorizează competența dincolo de nivelul minim necesar pentru protejarea clientului (pragul de competență necesar pentru acordarea licenței de practică nu este o competență reală, ci mai curând o asigurare rezonabilă că persoana în cauză nu va face rău). Ca și organismele de reglementare, aceste asociații de autorizare stipulează de obicei un număr de ore și condițiile de supervizare pe care trebuie să le îndeplinească acei candidați care doresc să obțină una dintre calificările acordate de ele.

Asociațiile menționate mai sus autorizează clinicieni în domeniul clinic. Cel puțin trei dintre ele (AAMFT, NBCC și BACP) au mai făcut un pas spre acreditarea supervisorilor clinici. În acest fel, au exprimat clar ideea că supervizarea este formată dintr-o constelație unică și importantă de abilități.

Acreditarea de programe

În timp ce emiterea de licențe și autorizații se adresează individual specialiștilor, acreditările se adresează programelor de formare a specialiștilor. Fiecare profesie din domeniul sănătății mentale are propriul ei organism de acreditare a programelor de formare, iar directivele acestora abordează supervizarea cu diferite grade de specificitate. De exemplu, Asociația Americană de Psihologie (APA, 2008) lasă la latitudinea fiecărui program de formare stabilirea numărului de ore de supervizare necesar. Însă alte societăți profesionale sunt foarte exacte în ceea ce privește cerințele pentru supervizare. De exemplu, orice absolvent al unui program acreditat de AAMFT trebuie să fi făcut cel puțin 100 de ore de supervizare față-în-față, iar proporția trebuie să fie de o oră de supervizare la cinci ore de lucru direct cu clientul (AAMFT, 2006). Council of Accreditation of Counseling and Related Educational Programs (CACREP — Comitetul de Acreditare pentru Consiliere și Programe Educaționale Corelate) (2001) prevede ca un student să aibă săptămânal cel puțin o oră de supervizare individuală și 1,5 ore de supervizare de grup, în perioada în care este practicant și stagiar; standardele programului doctoral CACREP prevăd și cerințe de supervizare a supervizării.

SUPERVIZAREA CLINICĂ ÎN PREGĂTIREA SPECIALIȘTILOR ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MENTALE

Am vorbit mai sus despre responsabilitățile pe care le au supervisorii față de profesia lor și față de societatea extinsă în slujba căreia se pun. Următorul nivel de responsabilitate este al supervizaților cu care lucrează, pentru a se asigura că aceștia dezvoltă competențele necesare. Următoarea secțiune abordează competențele pe care trebuie să le dobândească supervizații și rolul supervizării pe parcursul acestui proces.

Se poate considera că formarea profesională a clinicienilor din domeniul sănătății mentale are două componente majore: (1) teoriile și cercetarea formală care sunt predate în mod obișnuit într-o manieră didactică tradițională și (2) cunoașterea bazată pe experiență a specialiștilor. Aceste componente, care pot fi considerate știința și arta practicii, ar trebui să se completeze una pe alta. De fapt, această presupusă complementaritate se află în centrul modelului savant-practician în conformitate cu care sunt formați cei mai mulți psihologi și mulți alți profesioniști din domeniul sănătății mentale.

Totuși, aceste domenii de cunoaștere sunt evaluate diferentiat. În universități, primul este mult prea frecvent considerat a fi adevărata cunoaștere, în timp ce ultimul este ignorat sau chiar privit cu oarecare dispreț. Și prejudecata opusă este deseori adevărată printre clinicieni. Drept urmare, este deseori foarte dificil să ajungi la un echilibru optim între cele două; este încă și mai greu să le integrezi.

Aceste prejudecăți constituie o barieră pentru studenții capabili să integreze adecvat cele două domenii de cunoaștere. O altă barieră este faptul că studenții sunt expuși de obicei secvențial acestor domenii de cunoaștere, învățând mai întâi teoria și cercetarea formală în sala de curs. Abia mai târziu obțin cunoștințele de la clinicieni, când încep să participe la oferirea de asistență umanitară și să solicite înțelepciunea altor furnizori de servicii.

Supervizorii clinicieni sunt esențiali pentru integrarea acestor două tipuri de cunoaștere. Practica supervizată oferă creuzetul în care supervizatul le poate amesteca, iar supervizorul este acela care poate oferi o punte între campusul universitar și clinică (Williams, 1995), puntea cu care supervizații încep să acopere „marea prăpastie dintre teorie și practică” la care au făcut aluzie Rønnestad și Skovholt (1993, p. 396).

Practica supervizată: soluția pentru dezvoltarea competenței

Practica supervizată oferă oportunitatea integrării științei cu practica. De fapt, este absolut esențială ca mijloc prin care supervizații să dobândească abilități profesionale. La asta s-a referit Peterson (2002) când a spus gluma despre turistul ajuns în New York care s-a rătăcit și a întrebat un taximetrist: „Cum pot ajunge la Carnegie Hall?” Răspunsul

taximetristului a fost: „Practică, practică, practică”. Peterson a subliniat faptul că poanta glumei este semnificativă: taximetristul nu a spus: „Citește, citește, citește”.

Însă practica singură nu este unicul mijloc prin care să obții competența necesară: dacă nu este însoțită de un feedback sistematic și de o reflecție ghidată (cuvântul operativ fiind „ghidată”) oferite de supervizare, supervizații pot să nu obțină mai mult decât iluzia că își dezvoltă competența profesională. Dawes (1994) afirma:

Două condiții sunt importante pentru învățarea din experiență: prima, o înțelegere clară a ceea ce constituie o reacție incorectă sau o eroare de judecată și a doua, un feedback imediat, neechivoc și consecvent atunci când sunt făcute astfel de erori. În profesiile din domeniul sănătății mentale, niciuna dintre aceste condiții nu este îndeplinită. (p. 111)

Afirmațiile lui Dawes referitoare la cele două condiții necesare pentru învățarea din experiență au un caracter obligatoriu. Dar credem că afirmația lui conform căreia *niciuna* dintre cele două condiții nu este îndeplinită în domeniul sănătății mentale este exagerată. Ne-am construit această carte pe ipoteza că supervizarea poate satisface aceste condiții, precum și alte condiții necesare învățării.

Este adevărat că un „supervizor” (sau orice nume ar putea avea) nu este neapărat necesar pentru achiziționarea multor abilități motorii și de performanță. În aceste domenii, simpla îndeplinire a sarcinii poate oferi suficient feedback referitor la stăpânirea capacităților respective. Învățarea dactilografierii este un exemplu. Învățarea condusului unui autoturism este altul (Dawes, 1994): La condus, persoana care întoarce volanul prea abrupt primește un feedback imediat de la vehicul; același lucru este valabil pentru cazurile de frânare bruscă în momentul apropierii de un alt vehicul. În această situație și în altele, experiența la volan îi oferă persoanei oportunitatea de a obține un feedback imediat și neechivoc. De aceea, abilitățile de șofat pot fi dezvoltate și îmbunătățite pur și simplu prin experiența șofatului.

Însă competențele de practică psihologică sunt de un tip diferit. În acest domeniu, simpla experiență rareori oferă una dintre cele două condiții stipulate de Dawes ca fiind necesare pentru ca învățarea din experiență să aibă loc. Competențele specialistului nu pot fi configurate doar de experiență, în aceeași manieră automată în care se dezvoltă abilitățile de a conduce un autovehicul. Individul trebuie să primească un

feedback deliberat și clar, așa cum este disponibil în supervizare. Datele obținute în urma cercetărilor confirmă faptul că practicarea consilierii psihologice nesupervizate nu accelerează progresul clinic al celor aflați în formare (Hill, Charles și Reed, 1981; Wiley și Ray, 1986), o concluzie întărită de cea a psihologilor educaționali care au cercetat domeniul mai larg al învățământului (vezi mai ales Kirschner, Sweller și Clark, 2006).

Pe scurt, (a) practica este esențială, dar (b) insuficientă sau chiar contraproductivă dacă nu este ghidată în modalitățile pe care le poate oferi supervizarea. Așa cum nota Brashears (1995), „au fost discuții despre cât de mult ar trebui să dureze supervizarea și cât de multă supervizare este necesară, dar nu despre necesitatea ei” (p. 692).

PREGĂTIREA NECESARĂ PENTRU A PUTEA SUPERVIZA

Materialul de mai sus s-a concentrat asupra rolului supervizării în ajutarea supervizaților să dezvolte competențe profesionale. Însă, în timp ce a fost acordată o atenție foarte mare supervizării în dezvoltarea competenței noilor specialiști, s-a acordat mult mai puțină importanță dezvoltării competenței supervizorilor înșiși. Milne și James (2002) sunt de părere că acesta este un paradox pe care domeniul trebuie să îl rezolve.

Din fericire, se pare că există unele progrese vizibile în această privință. Pe parcursul celor 17 ani de când a fost publicată prima ediție a acestei cărți, am observat schimbarea substanțială a atitudinilor specialiștilor din domeniul sănătății mentale față de obținerea unei pregătiri formale ca supervizori. Acum ei sunt mult mai puțin înclinați să susțină vreuna dintre cele două ipoteze eronate. Cea mai puțin frecventă dintre ele este aceea că faptul de a fi fost supervizat reprezintă o pregătire suficientă pentru a ajunge supervizor. Aceasta ar fi oarecum asemănătoare cu a crede că ai putea fi terapeut doar pentru că ai fost odată client.

O ipoteză mult mai frecventă este aceea că a fi un terapeut eficient reprezintă o condiție prealabilă suficientă pentru a deveni un bun supervizor. Totuși, a presupune că abilitățile terapeutice se transferă automat asupra abilităților de supervizare este similar cu a presupune că un sportiv bun va deveni inevitabil un antrenor bun sau poate un comentator bun de sport. Cu toții putem găsi o situație în care nu s-a întâmplat deloc așa. De fapt, marii jucători au tendința să nu devină mari antrenori și invers, deși majoritatea antrenorilor cel puțin „au jucat jocul”. Carroll (1996) a abordat această problemă când a afirmat: „Pare o alegere groaznică, însă,

dacă așa avea de ales între un consilier bun care a fost un profesor slab și un consilier slab care a fost un profesor bun, l-aș alege pe ultimul ca supervisor" (p. 27).

Deși mult mai puțini profesioniști în domeniul sănătății mentale mai susțin astăzi astfel de opinii eronate, acestea au constituit o barieră în pregătirea formală a supervisorilor. O alta a fost reprezentată de circumstanțe. Mulți specialiști din domeniul sănătății mentale s-au trezit forțați să intre într-un rol de supervisor, indiferent de formarea lor. Îndeplinind acest rol, ei au ajuns deseori să creadă că fac o treabă destul de bună. Însă autoevaluarea competenței și competența reală sunt deseori independente una de alta (cf. Dunning, Johnson, Ehrlinger și Kruger, 2003). Profesioniștii care și-au asumat roluri de supervizare în acest mod sunt mai înclinați să creadă că, dacă ei au învățat să facă asta fără o pregătire formală, și studenții sau supervizații lor pot face cu ușurință la fel. Acești supervisorii din facultate și din clinică servesc drept modele de rol pentru supervizați, care altfel ar primi mesaje contradictorii despre importanța reală a formării prin supervizare. În acest mod, ei împiedică acceptarea generală a necesității formării în domeniul supervizării.

O altă barieră în obținerea pregătirii ca supervisor a fost dificultatea de a urma o formare (de exemplu, Hess și Hess, 1983; McColley și Baker, 1982). Din fericire, acest aspect s-a schimbat, întrucât organismele de acreditare stipulează în prezent ca studenții să primească acest tip de pregătire. Li s-a cerut programelor doctorale acreditate ale CACREP și AAMFT să ofere un curs de supervizare, iar direcțiile de acreditare APA stipulează supervizarea ca o zonă de competență, susținută de raportul grupului de lucru APPIC referitor la competențele în supervizare (Falender et al., 2004) care declară, de asemenea, supervizarea ca fiind o competență esențială; Association for Counselor Education and Supervision (ACES — Asociația de Educație și Supervizare a Consilierilor) a promovat Standardele pentru Supervisorii în Consiliere (1990), iar o variantă a acestora a fost adoptată ulterior de Centrul pentru Acreditare și Educație drept bază pentru acreditarea ca supervisor clinician autorizat. De asemenea, AAMFT are o categorie de membri supervisorii cu formare specifică.

Deși nu stipulează o formare specifică, organismele de reglementare în domeniul psihologiei din Canada au declarat supervizarea ca fiind o competență esențială care necesită abilități specifice (Mutual Recognition Agreement, 2001). În Marea Britanie, formarea ca supervisor este deja disponibilă pentru specialiștii calificați, printr-un număr de „cursuri” de formare independente (adică programe).