**Kako naj supervizija podpre naše terapevtsko delo?**

Vsi, ki delamo vedenjsko kognitivno terapijo, občutimo, da to terja od terapevta neprestan razvoj. Omogoča nam nenehno vznemirljivo učenje in terja od nas samorefleksijo. Eden ključnih prostorov za oboje je gotovo supervizija.

Smernice dobre prakse vedenjsko kognitivne terapije, kot so APA (1) in Nice (13), priporočajo redno supervizijo. Zanimivo je, da raziskave v tem trenutku ne nudijo posebno dobrih dokazov za doprinos supervizije k dvigu terapevtskih kompetenc, izkušnje pa kažejo, da prav ta bistveno bolje izboljšuje kvaliteto VK terapije kot zgolj izobraževanje. Kot opozarja Rakovshikova (predavanje Supervision and CBT, 2. 10. 2020), predstavlja supervizija predvsem podporo razvoju veščin, to pa je vseživljenjski proces, ki bi lahko ob pomanjkanju pozornosti stekel tudi v smeri deterioracije k bazičnim veščinam stroke.

Ali torej supervizija v resnici pomaga terapevtskemu delu? Ali dejansko vsebuje in sproža procese, ki omogočajo strokovni napredek? In če, kateri bi ti procesi lahko bili?

**Funkcije supervizije**

Supervizija VKT v klinični praksi ima po smernicah APA (12) dve osnovni funkciji.

Prva, **»normativna«** po Milneju (10)**,** je zagotavljanje ustrezne in kompetentne obravnave klientov, v skladu s strokovnimi smernicami in standardi.

Druga, **»formativna«** funkcija, pa je vzpodbujanje strokovnega razvoja supervizantov s spremljanjem njihove klinične prakse in sprotnimi povratnimi informacijami, usmerjenimi v izboljševanje njihovih kompetenc. Tako osnovnih, kot so profesionalnost, etičnost, komunikacija, kulturološka občutljivost…, kot tudi funkcionalnih kompetenc, ki vključujejo specifične veščine in znanje za izvajanje terapevtskih tehnik. Supervizija skrbi za generične kompetence, hkrati pa se poskuša prilagajati trenutnemu razvoju posameznih supervizantov in njihovim potrebam (npr. z vadbo specifičnih elementov VKT, kot je recimo dajanje feedbacka v posebnih okoliščinah).

Sacks (15) ločuje **oblikovanje kompetenc** na treh nivojih:

- kot deklarativno učenje na temelju teorije: KAJ delati in ZAKAJ,

- iz supervizijskih primerov - formulacija primera in strategije dela: KAJ delati in KDAJ in

- skozi prakso, usmerjeno v izgradnjo veščin: KAJ delati in KAKO.

Naloga supervizorjev je podpirati supervizante pri razumevanju in uporabi VKT konceptov, vzpodbujati učinkovito razmišljanje, ki prispeva k boljšemu razumevanju klientov/pacientov in njihovih težav, ter uporabo ustreznih terapevtskih pristopov.

Ob tem pa Milne dodaja še tretjo, **»podporno«** funkcijo supervizije: pomagati terapevtu, da je »najboljša verzija sebe«, da dela učinkovito in odgovorno, skrbi za varnost klientov, razvija samorefleksivnost, kritično razmišljanje in lastno poklicno identiteto, pa tudi lastno odpornost in učinkovito obvladovanje dela.

**Pričakovanja supervizantov**

Zabeležili smo nekaj pričakovanj, s katerimi vstopajo v supervizijski proces naši supervizanti. Izpostavili so:

* »Strukturiranje obravnave« (odgovor, ki smo ga dobili pri večini vstopajočih)
* »Spremljanje in usmerjanje VKT dela, kompas za VKT delo« (več odgovorov)
* »Izpiliti posamezne faze dela (npr. konceptualizacijo, kolaborativno postavljanje ciljev (posebej npr. s pacienti z osebnostno problematiko))« (več odgovorov)
* »Izpiliti posamezne tehnike (npr. izpostavljanje, druge vedenjske tehnike, vedenjske eksperimente…)«
* »Ocena, kaj delam dobro, kaj popravljati, ali delam na ključnem področju težav in s tem omogočam napredek«
* »Podpora in usmeritve pri delu z osebami s kompleksnejšo problematiko«
* »Podpora in usmeritve pri mojem vsakdanjem delu, ker nimam tima«
* »Profesionalni razvoj«
* »Poglabljanje VKT znanja na področjih, ki jih s svojim krogom klientov redkeje uporabljam«
* »Dobiti podporo«
* »Pridobiti na samozavesti…«

Videti je, da so supervizanti izhajali iz lastnih potreb po strokovnem napredku in podpori, pa vendar se njihovi odgovori kar ujemajo z zgoraj omenjenimi funkcijami.

**Struktura supervizije**

V zadnjih dvajsetih letih so različni avtorji razvili več **modelov supervizije**, ki poudarjajo različne komponente. Liese in Beck (9), pa tudi Padeskyjeva (14) izpostavili **"refleksivni model"**, ki se nanaša na to, da struktura VKT supervizije sledi modelu VK terapije. Pozneje so Falender in drugi (5) poudarili **kompetence**, kot so znanje o modelih, teorijah, modalnostih in raziskavah na področju supervizije. Scaife je izpostavil **supervizijski odnos** (16). Milne in James (11) sta svoj model usmerila v **individualizacijo supervizije**, Armstrong in Freeston (2) pa sta poudarila **konceptualni okvir** (ki izhaja iz Kolbovega učnega cikla, fokusa in značilnosti vsakega srečanja ter konteksta ("kaj kdo prinese "). Eden novejših je **PURE** model, ki sta ga oblikovala Corrijeva in Lane (4) (PURE kot priprava, izvajanje, izpopolnjevanje in izboljševanje).

Tudi v VKT superviziji nas, kot v terapiji, **struktura** vodi od oblikovanja supervizijskega dogovora, vnaprejšnjega zastavljanja dnevnega reda, prek razprave o primerih, njihovi formulaciji, avdio/video posnetkih, morda opazovanja terapevtovega dela v živo, igre vlog. Uporabljamo vedenjske eksperimente za preizkušanje prepričanj o sebi, KV terapiji, klientih (npr. »Sem slab terapevt«; »KVT vedno deluje«; »Klient je len«…). Z igro vlog lahko vadimo in izboljšujemo svoje odzive v zahtevnih situacijah ali pa preizkušamo svoje odzive na kliente in situacije, da bi oblikovali najprimernejše. Ustvarjamo lahko notranje in zunanje dialoge, ki nam lahko pomagajo predstaviti klienta ali ovire v terapiji, delati s čustvi, terapevtovimi obrambami in strategijami spoprijemanja. Vadimo lahko specifične elemente veščin, ki jih lahko modelira supervizor, lahko jih vadimo in izboljšujemo s povratno informacijo.

**Procesi v superviziji**

Skozi to dogajanje teče cela vrsta **procesov**: tu je stičišče klientovih/pacientovih, terapevtovih in supervizorjevih procesov (7), ki jih poskušamo prepoznavati in reflektirati. ob njih delujejo še terapevtske strategije in posegi, terapevtski in supervizorski odnos in kontekst supervizije (službe, izobraževanja…). Preproste tehnike, kot sta zapisovanje in oblikovanje mini konceptualizacij mehanizmov in procesov, vzpodbujajo refleksijo nanje in z njo učinkovitejše učenje.

In prav refleksija in **samorefleksija** sta pri terapevtskem delu in v superviziji ključna procesa. Refleksija na dogajanja v terapevtskem delu kot tudi na lastne izkušnje z uporabo kognitivno-vedenjskih tehnik (kot npr. strategij za identifikacijo, konceptualizacijo in obravnavo določene težave). In spet: dodatne procese sproža zapisovanje refleksij. Delitev lastnih refleksij s kolegi in supervizorji nam to omogoča pogled iz različnih perspektiv in še boljše učenje iz svojih izkušenj.

Samorefleksija po Bennett-Levy in sod., (3) deluje na treh različnih ravneh:

* Osebna izkušnja: razmislek o lastnih izkušnjah z uporabo KVT tehnike, npr. vedenjskega eksperimenta. Kaj je bilo koristno? Kaj ni bilo?
* Vpliv na klinično prakso: Kako lahko te izkušnje vplivajo na moje delo s klienti? Katere spremembe bom morda naredil v svojem pristopu?
* Razumevanje teorije KVT: Kako te izkušnje vplivajo na moje razumevanje teorije KVT? Ali sem se naučil kaj novega o delovanju KVT?

Dryden (6) pa še posebej poudarja, da vsak udeleženec v supervizijski proces prinaša svoj delež:

* vsakdo vlaga svoj delež **odgovornosti** (za dobro pripravo in predstavitev primera, vprašanja, sodelovanje, komunikacijo, podporo… navsezadnje tudi porabo časa),
* v proces supervizije prinaša svojo **ekspertnost**, specialna znanja, ki omogočajo učenje vsem v skupini (kot prinaša tudi v terapiji klient svoje poznavanje notranjega in zunanjega dogajanja in povezav) in
* lastne **predpostavke**, ki jih je pomembno sproti prepoznavati in preverjati.

Ob tem seveda ne smemo pozabiti še na dogajanja **skupinske dinamike** (Kennerley, predavanje Group Supervision in CBT, 3. 10. 2020), saj v vsaki supervizijski skupini tečejo procesi povezovanja, podpore, vzpodbujanja, navdušenja in razočaranja, simpatije in ne-simpatije, ki so podvrženi razvojnim zakonitostim skupine in pomembni za njeno delo.

**Vtisi: kaj udeleženi vidijo kot učinkovito?**

**Kelly in Hassett** (8) sta raziskovala, **katere elemente supervizanti in supervizorji ocenjujejo kot relevantne za učinkovito supervizijo VKT**.

Tako supervizanti kot supervizornji so izpostavljali pomen supervizije **kot strukturiranega učenja.** Za supervizante so to predvsem procesi učenja, kot jeintegracija že obstoječih veščin v novo celoto *(»aha, v redu je, nekaj že znam od prej«),* možnost za odpravljanje vrzeli v znanju in veščinah, možnost reči *»vem, da smo se o tem učili, a ne razumem čisto«,* povezovanje teorije s prakso *(»občasno izbrati nekaj teorije in to prenesite v prakso - kakšna je teorija za tem, kako se aplicira v prakso«*) in, nenazadnje, pomoč skupine (celo bolj kot supervizorja) pri doseganju uvidov. Potrebe supervizantov se skozi čas spreminjajo, kar zahteva oceno močnih točk in učnih potreb ter prilagajanje supervizije le-tem.

Poudarjali so pomen strukture srečanj, pripravljenosti supervizantov in aktivne metode dela.

* Kot najplodnejša so ocenjevali srečanja, kjer je **supervizija sledila strukturi VK terapevtskih srečanj**, saj ta skupaj z drugimi elementiVK terapije (učenje specifičnih veščin KVT, uporaba KVT konceptualizacij) ne ponuja le modela dela, temveč omogoča tudi refleksijo na lastno terapevtsko delo.
* Prepoznali so da, bolje kot so prišli **pripravljeni na SV,** več so od te pridobili (kar je sicer predvidljivo, a pomembno za motivacijo).
* Kot učinkovito so ocenili tudi **uporabo raznolikih, predvsem aktivnih, metod dela**: ne le razprava o primerih in avdio posnetki, tudi igranje vlog, risanje po tabli, mini-konceptualizacije *(»da ne sedim samo tam in se pogovarjam«, »posnetki so brutalno iskreni, nič se ne da prikriti«)*.

Druga skupina dejavnikov, ki so jo izpostavili, pa so **supervizijski odnosi in proces:**

* **Supervizijski odnos** kot varno okolje za izražanje ranljivosti, da lahko udeleženec reče, da nečesa ne zna. Pomembna je normalizacija anksioznosti v superviziji *(»v redu je, normalen sem, normalno je, da grem skozi proces od-učevanja in novega učenja veščin«)*. To vse omogoča učinkovita komunikacija *(»zelo pomemben je bil občutek, da me res posluša, namesto da bi, govoril več, kot sem sposoben slišati (kot včasih to počnemo s klienti)«*.
* Prav izzivi in situacije stiske, ki so se jim supervizanti izpostavili v superviziji, so pogosto prinesli največ učenja in napredka. Torej je **upravljanje z izzivi,** različnostjo in nesoglasji, predvsem sodelovanje pri premoščanju pomanjkljivosti v praksi, sposobnost refleksije ter sprejemanja različnih perspektiv, ključnega pomena za izboljševanje prakse. Tu so supervizanti videli pomembno podporno vlogi skupine. Prav supervizanti pa so (bolj kot supervizorji) izpostavili tudi pomen supervizorjevega znanja, strokovnosti inmodeliranja *(»zaupati moram njegovem znanju in veščinam VKT, saj se od njega učim«),* njegovega navdušenja nad VKT ter vlogo supervizorja.
* Vsem udeležencem so se nenazadnje zdeli pomembni tudi **etični in pravni vidiki**: profesionalno delovanje, meje, vključno z zaupnostjo v skupini, upravljanjem z neravnotežjem moči, izzivi in konflikti, raznolikostjo, etičnimi vprašanji in poklicnimi mejami.

**Zaključek**

Če morda razmišljate, ali bi se vključili v supervizijo, naj predstavim **še nekaj vtisov naših supervizantov** o tem, kaj so najbolj cenili v supervizijskem srečanju:

* *»Poudarjanje pomena prvih faz: konceptualizacija, potem cilji«*
* *»Pomen in veščina dobrega opredeljevanja ciljev, jasni cilji, sledenje ciljem pri izbiri terapevtskih ukrepov«*
* *»Ne hiteti, vzeti si na začetku dovolj časa, da razumemo, kako ta klient funkcionira«*
* *»Zdaj jasneje vidim povezave v mehanizmu težav in kaj bom naprej naredila«*
* *»Razbremenili ste me, bolj sem optimistična, jasneje vidim, kako naprej«*
* *»Razmišljanje o tem, koliko je včasih konstruktivno pacienta tudi izpostavljati izzivom in nelagodju«*
* *»Razmišljanje o tem, da včasih prevzemamo nase del odgovornosti, ki je pacientova«*
* *»Razmišljanje o tem, kako vzdržati, ko je težko s pacientom«*
* *»Pomembno je bilo, da smo se vračali na procese v klientu«*
* *»Refleksija na moja prepričanja in pričakovanja do sebe kot terapevta in izkrivljenja, ki se tu pojavljajo«*
* *»Razmišljanje o pomenu terapevtovih čustev, pomen izkustva pri delu s čustvi«*
* *»Pomen opažanja pozitivnega pri našem delu«*
* *»Samorefleksija«*
* *»Različnost obravnavanih primerov«…*

**Na kratko: kaj torej lahko pričakujemo od supervizije?**

* podporo pri izboljševanju terapevtskih veščin in znanja,
* podporo samozavesti in učinkovitosti pri delu s klienti,
* podporo in usmeritve od izkušenih supervizorjev in ostalih supervizantov,
* preprečevanje izgorelosti in skrb za lastno duševno dobrobit,
* podporo pri tem, da postanemo kot terapevti »najboljša verzija sebe« in zagotovimo svojim klientom/pacientom najboljšo možno oskrbo.

**VIRI**

1. American Psychological Association. (2002). Criteria for practice guideline development and evaluation. *The American Psychologist*, *57*(12), 1048-1051.
2. Armstrong, P. V., & Freeston, M. H. (2006). Conceptualising and formulating cognitive therapy supervision. In *Case formulation in cognitive behaviour therapy* (pp. 365-388). Routledge.
3. Bennett-Levy, J., Thwaites, R., Haarhoff, B., & Perry, H. (2014). *Experiencing CBT from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Publications.
4. Corrie, S., & Lane, D. A. (2015). *CBT supervision*. Sage.
5. Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). Clinical Supervision: A Competency-Based Approach. Washington, DC, USA: American Psychological Association.
6. Feltham, C., & Dryden, W. (1994). *Developing Counsellor Supervision: SAGE Publications*. Sage.
7. Hawkins, P., & Shohet, R. (1989). Supervision in the helping professions. Milton Keynes.
8. Kelly, N., & Hassett, A. (2021). Clinical supervision in CBT training: what do participants view as effective?. *The Cognitive Behaviour Therapist*, *14*, e27.
9. Liese, B. S., & Beck, J. S. (1997). Cognitive therapy supervision.
10. Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, *46*(4), 437-447.
11. Milne, D., & James, I. (2005). Clinical supervision: ten tests of the tandem model. In *Clinical Psychology Forum* (Vol. 151, pp. 6-10).
12. Newman, C. F., & Kaplan, D. A. (2016). *Supervision essentials for cognitive-behavioral therapy*. American Psychological Association.
13. National Institute for Clinical Excellence. (2004). Guideline development methods: information for national collaborating centres and guideline developers. *Book Guideline Development Methods: Information for National Collaborating Centres and Guideline Developers*.
14. Padesky, C. A. (1996). Developing cognitive therapist competency: Teaching and supervision models.
15. Sacks, D. (2022). *The use of deliberate Practice for the acquisition of CBT skills in supervision and training* [Skills Class]. EABCT congress 2022. https://eabct2022.org/images/site/Abstract-book-eabct-2022.pdf
16. Scaife, J. (2010). *Supervising the Reflective Practitioner*. Abingdon, UK: Routledge.