

ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΔΥΟ ΕΠΟΠΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΠΛΟΚΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ

Δημοπούλου-Λαγωνίκα Μαρία¹, Κατσουνάρη - Μυριανθέως Ιωάννα²

Περίληψη

Η κλινική εποπτεία αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές διεργασίες στο κλινικό έργο του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού, ψυχολόγου και συμβούλου. Είναι μια διαδραστική διεργασία στην οποία η δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ επόπτη και εποπτευόμενου αποτελεί την κύρια συνιστώσα για το μαθησιακό κλίμα και αποτέλεσμα. Επόπτης και εποπτευόμενος εμπλέκονται σε μια ιδιόζουσα νοητική και συναισθηματική βιωματική εμπειρία με κοινό στόχο την επιθυμητή κλινική πράξη. Στο άρθρο αυτό παρουσιάζονται οι κυριότερες θεωρητικές προσεγγίσεις της εποπτείας και κλινικής εποπτείας, οι λειτουργίες, οι δεξιότητες και τα μοντέλα της κλινικής εποπτείας. Το θεωρητικό υλικό πλαισιώνεται και υποστηρίζεται από παραδείγματα τα οποία προέρχονται από την εποπτική εμπειρία των συγγραφέων και στοχεύουν στη βαθύτερη κατανόηση των χαρακτηριστικών και της δυναμικής της κλινικής εποπτείας.

Λέξεις κλειδιά: Κλινική Εποπτεία, Κλινική Κοινωνική Εργασία, Κλινική Ψυχολογία, Συμβουλευτική, Διαδραστική Διεργασία, Μοντέλα Κλινικής Εποπτείας.

Εισαγωγή

Η περιγραφή και ανάλυση των χαρακτηριστικών της Κλινικής Εποπτείας συνεπάγεται όχι μόνο μια ολοκληρωμένη, τεκμηριωμένη και «ορθολογική» αναφορά στις γνώσεις και τις σχετικές εμπειρίες, αλλά και την περιγραφή της προσωπικής, συναισθηματικής εμπλοκής του επόπτη κατά την περίοδο συναλλαγής του με τους εποπτευόμενους.

Αυτή η προσωπική συναλλαγή αποτελεί μια μοναδική εμπειρία κάθε συνάντησης, που εμπεριέχει ταυτόχρονα όλες τις ιδιότητες και τη διεργασία της εποπτείας. Η εποπτεία είναι μια

1. Καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας, Κλινική Κοινωνική Λειτουργός (MSW), Αθήνα.
2. Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας (MA, PsyD), Κλινική Ψυχολόγος, Λευκωσία.

ζωντανή, αμοιβαία, συναλλακτική επικοινωνία μεταξύ του επόπτη και των εποπτευόμενων, μια συναλλαγή που δονείται νοητικά και συναισθηματικά και από τα δύο μέρη ταυτόχρονα. Για να κατανοήσει λοιπόν ο αναγνώστης αυτή την ιδιόζουσα δυναμική της εποπτείας, για να μπορέσει να επωφεληθεί από τη θεωρία της, αλλά και από τις εμπειρίες των συγγραφέων-εποπτών, χρειάζεται αυτό το ιδιαίτερο μαθησιακό κλίμα να μεταδοθεί με τέτοιο τρόπο ώστε ο αναγνώστης να γίνει κοινωνός της συνολικής διεργασίας του.

Εμείς οι δύο συγγραφείς αυτού του άρθρου, έχοντας βιώσει τις πολυποίκιλες αποχρώσεις σχέσεων, συμπεριφορών, στάσεων και συναισθημάτων, θετικών και αρνητικών των εποπτευόμενων αλλά και των δικών μας, καθώς και της δυναμικής αλληλεπίδρασής τους σε κάθε στιγμή της εποπτικής διεργασίας, θα επιθυμούσαμε σ' αυτό το κείμενο να μεταφέρουμε όχι μόνο γνώσεις θεωρητικές αλλά και εμπειρικές, χρωματισμένες με το συναισθηματικό κλίμα και την ενσυναίσθηση που επικρατεί σ' αυτή τη μοναδική βιωματική συναλλαγή.

Το κείμενό μας λοιπόν περιέχει αρχικά μια σύντομη αναφορά θεωρητικών γνώσεων σχετικά με την κλινική εποπτεία και στη συνέχεια επικεντρώνεται ειδικότερα στις λειτουργίες, τις δεξιότητες και τα μοντέλα της, που αποτελούν τη γέφυρα για το «πέρασμα» στην πράξη της συνολικής εποπτικής διεργασίας.

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο στόχος αυτού του κειμένου φαίνεται να είναι πολύ ευρύς και εκτενής για να υλοποιηθεί στα πλαίσια ενός άρθρου. Καταβάλλεται λοιπόν η προσπάθεια να περιοριστεί το πολύ ενδιαφέρον θεωρητικό υλικό και να αναλυθεί περισσότερο η θεωρία «εφαρμογής» που σχετίζεται άμεσα με την πράξη και εμπεριέχει παραδείγματα από την εποπτική κλινική εμπειρία των δύο εποπτριών/συγγραφέων.

Αυτό το βίωμα, σε συνδυασμό με την κριτική επιλογή θεωρητικού υλικού μεταφέρει, κατά τη γνώμη μας, εν μέρει μόνο το συναισθηματικό κλίμα και την ενσυναίσθηση που επικρατεί κάθε φορά κατά την εποπτική συναλλαγή. Μία λεπτομερής καταγραφή ολοκληρωμένων εποπτικών παραδειγμάτων θα ήταν περισσότερο εύστοχη για να μεταφερθεί αυτό το «κλίμα». Επιφυλασσόμαστε να πραγματοποιηθεί αυτή η επιθυμία μας σε επόμενο άρθρο.

Όμως, και σ' αυτό το άρθρο, προσπαθήσαμε συνειδητά να μεταφέρουμε στο ύψος, στις επιλογές και τα παραδείγματα που καταγράφουμε, την προσωπική μας συμβολή και παρουσία ώστε να μην αποτελεί μόνο ένα βιβλιογραφικό κείμενο, αλλά μια ζωντανή αναπαράσταση του συνολικού, ολοκληρωμένου εποπτικού μας βιώματος.

Το παρόν κείμενο περιλαμβάνει τα εξής Μέρη/Κεφάλαια:

Μέρος Α: Σύντομη θεωρητική επισκόπηση της Κλινικής Εποπτείας

Μέρος Β: *Οι Λειτουργίες, οι Δεξιότητες και τα Μοντέλα της Κλινικής Εποπείας.*

Επιδίωξή μας είναι τα δύο αυτά τμήματα του κειμένου να είναι αλληλοεξαρτώμενα, να συμπληρώνουν το ένα το άλλο και κυρίως να μεταφέρουν - το καθένα με τη χωριστή ιδιότητά του - την ιδιαίτερη ατμόσφαιρα της κλινικής εποπείας, όπως βιώνεται από όλα τα μέλη αυτής της μοναδικής συναλλακτικής εμπειρίας.

ΜΕΡΟΣ Α : Σύντομη Θεωρητική Επισκόπηση της Κλινικής Εποπείας

Παρόλο που οι επαγγελματίες της Κοινωνικής Εργασίας και της Κλινικής Ψυχολογίας κατά τη διάρκεια της μαθησιακής τους διεργασίας έχουν τη δυνατότητα να βιώσουν την εμπειρία της εποπείας, σ' αυτό το κείμενο για λόγους μεθοδολογικούς, κρίνεται αναγκαίο να διατυπωθούν εκ νέου οι βασικές έννοιες της εποπείας και της κλινικής εποπείας. Η εννοιολογική θεωρητική 'επανάληψη' εννοιών που ήδη γνωρίζουμε, όπως και η βαθύτερη επισκόπησή τους, προσθέτει νόημα και ποιοτική βαρύτητα στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία, ιδίως όταν συνυπάρχει και η κλινική εποπτική εμπειρία των δύο συγγραφέων αυτού του άρθρου.

1. Ορισμοί της εποπείας

Η εποπεία θεωρείται μια εξαιρετικά πολύπλοκη, δυναμική διεργασία που στηρίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ του επόπτη και του εποπτευόμενου και αποβλέπει στη βελτίωση της απόδοσης του εποπτευόμενου στην πράξη, στη συναισθηματική του αποφόρτιση και στη διασφάλιση παροχής καλής ποιότητας υπηρεσιών στους εξυπηρετούμενους. Ειδικότερα, η εποπεία στοχεύει στην επαύξηση των γνώσεων του εποπτευόμενου, στη βελτίωση των δεξιοτήτων του, στη συνολική ανάπτυξη των προσωπικών δυνατοτήτων του και στην τροποποίηση τυχόν αρνητικών του στάσεων προς τους εξυπηρετούμενους. Η εποπεία όμως δεν αποτελεί μια απλή διαδικασία μάθησης και γνώσης. Παρέχει λύσεις εκεί που ο εποπτευόμενος αισθάνεται ότι βρίσκεται σε αδιέξοδο, ενδυναμώνει τον αδύναμο, βελτιώνει το επικοινωνιακό στυλ, ωριμάζει προσωπικότητες, διδάσκει την κατάλληλη επαγγελματική στάση (Λεβιδιώτη-Λέκκου, 1996) και ωθεί τον εποπτευόμενο να κάνει «θεραπεία μέσω σκέψης» (Winnicott, 1971).

Κύριοι συντελεστές της εποπείας αποτελούν το οργανωμένο πλαίσιο εφαρμογής -η κοινωνική ή συμβουλευτική οργάνωση-, οι συγκεκριμένες προδιαγραφές και όροι στην περίπτωση ιδιωτικής άσκησης συμβουλευτικής ή κλινικής κοινωνικής εργασίας, και η θετική

σχέση αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας μεταξύ επόπτη και εποπτευόμενου. Η τήρηση δεοντολογικών αρχών και αξιών αποτελούν επίσης απαραίτητο συντελεστή της ποιότητας της εποπτείας, όπως και η αξιολόγηση της συνολικής εποπτικής διεργασίας.

Σε εναρμόνιση με τα ανωτέρω, οι Borders & Brown (2006) θεωρούν την εποπτεία ως μια ενεργητική, προγραμματισμένη, σκόπιμη και στοχοθετημένη δραστηριότητα, ενώ νεότεροι συγγραφείς (Grant, Schofield, & Crawford, 2012: 582) την ορίζουν ως «μια βασική μέθοδο για την εφαρμογή των επαγγελματικών δεξιοτήτων, για την ενίσχυση της επαγγελματικής ανάπτυξης και τη διαφύλαξη της δημόσιας αξιοπιστίας του επαγγέλματος». Επομένως, οι επόπτες οργανώσεων οφείλουν να ελέγχουν την ποιότητα υπηρεσιών των εποπτευόμενων τους, ενώ παράλληλα αναπτύσσονται επαγγελματικά, επαυξάνοντας τις θεωρητικές τους γνώσεις και δεξιότητες.

2. Κλινική εποπτεία και κοινωνικός περίγυρος

Διαχρονικά, η μεθοδολογία και οι στόχοι της κλινικής εποπτείας στην Κλινική Ψυχολογία και την Κλινική Κοινωνική Εργασία αλλάζουν ανάλογα με την κυρίαρχη κοινωνικο-πολιτισμική ιδεολογία στον χρόνο και στον τόπο. Τα μοντέλα και οι στόχοι της εποπτείας επηρεάζονται από τα εκάστοτε θεωρητικά μοντέλα εφαρμογής: το ψυχοδυναμικό, το συστημικό, το γνωσιακό-συμπεριφορικό, το προσωποκεντρικό/υπαρξιακό, τις θεραπείες βραχείας διάρκειας, την αντι-καταπιεστική πρακτική κ.α. (Kadushin, 1992, 2014). Από τη δεκαετία του 1970 και μέχρι σήμερα, οι προηγούμενες κυρίαρχες ψυχοδυναμικές διαστάσεις της εποπτείας σταδιακά τροποποιούνται, χωρίς όμως να χάνουν τον κλινικό τους χαρακτήρα και τον ποιοτικό ελπισμό. Το κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο του δυτικού κόσμου, με τα συνεχώς αυξανόμενα οικονομικά προβλήματα σε όλο και μεγαλύτερες ομάδες του πληθυσμού, αλλά και η παγκοσμιοποίηση με τις νέες προκλήσεις της, η συνειδητοποίηση της κοινωνικής αδικίας και των κοινωνικών ανισοτήτων έχουν προκαλέσει ιδεολογικές και κοινωνικές ανακατατάξεις. Η ευαισθητοποίηση στα δικαιώματα των καταπιεσμένων ομάδων και οι συμμετοχικές δημοκρατικές διαδικασίες επηρεάζουν όλο και περισσότερο το ιδεολογικό υπόβαθρο της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας, της Κλινικής Ψυχολογίας, της Συμβουλευτικής και της Εποπτείας. Ο εποπτικός «έλεγχος» μειώνεται, η αμοιβαιότητα στην εποπτική σχέση και οι συμμετοχικές διαδικασίες στη λήψη αποφάσεων κερδίζουν έδαφος, ενώ ποικίλα σχήματα και μοντέλα εποπτικής διεργασίας αναδύονται. Η κλασική, παραδοσιακή μορφή της ατομικής εποπτείας μπορεί να αντικαθίσταται ή να συμπληρώνεται και από άλλα σχήματα εποπτείας που της προσδίδουν νέα δυναμική. Εν μέσω των αλλαγών,

η κλινική εποπεία με την οποία θα ασχοληθούμε εκτενέστερα σ' αυτό το άρθρο, δεν χάνει ούτε την ποιότητα, ούτε την εμβάθυνση του περιεχομένου της. Ακολουθώντας τις προδιαγραφές της Κλινικής Ψυχολογίας, της Συμβουλευτικής και της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας, διαμορφώνεται σε ένα σύνολο γνώσεων, πρακτικών και δεξιοτήτων, που καλύπτουν τις ανάγκες και τα προβλήματα της σύγχρονης εποχής.

3. Ορισμοί και περιεχόμενο της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας, της Κλινικής Ψυχολογίας και της Συμβουλευτικής

Για την κατανόηση του περιεχομένου της Κλινικής Εποπείας και τη διατύπωση των σχετικών ορισμών της, θα ήταν χρήσιμο να παραθέσουμε αρχικά τους ορισμούς της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας, της Κλινικής Ψυχολογίας και της Συμβουλευτικής, οι οποίες διαμορφώνουν το θεωρητικό πλαίσιο και τις εφαρμογές της. Είναι ενδιαφέρον ότι το περιεχόμενο αυτών των επαγγελμάτων, τα οποία επικαλύπτονται, προσδιορίζει και οριοθετεί και το περιεχόμενο της κλινικής εποπείας.

Σύμφωνα με την Εταιρεία Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας (2015), η *Κλινική Κοινωνική Εργασία* είναι η επαγγελματική εφαρμογή της θεωρίας της Κοινωνικής Εργασίας και των μεθόδων της στη διαφοροδιάγνωση, στην πρόληψη, στη βελτίωση και στη θεραπεία της βιοψυχοκοινωνικής, πνευματικής (spiritual) δυσλειτουργικότητας του ατόμου, που περιλαμβάνει ψυχικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και εθιστικές διαταραχές, αναπτυξιακές μειονεξίες, καθώς και τις επιπτώσεις των σωματικών ασθενειών, του τραύματος και της αναπηρίας στη βιοψυχοκοινωνική και πνευματική λειτουργικότητά του. Οι μέθοδοι και οι προσεγγίσεις της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας περιλαμβάνουν αλλά δεν περιορίζονται στη διαφοροδιαγνωστική εκτίμηση των ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών και αναπτυξιακών μειονεξιών, καθώς και στην εκτίμηση της κοινωνικής και ψυχοκοινωνικής επίδρασης της σωματικής ασθένειας, της βλάβης και της ανικανότητας του ατόμου στο πλαίσιο μιας ολιστικής, βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης. Περιλαμβάνουν, επίσης, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων, όπως της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας σε άτομα, ζευγάρια, οικογένειες και μικρές ομάδες, με τη χρήση ψυχοθεραπευτικών μεθόδων και μεθοδολογιών που αναφέρονται στη βραχεία και μακράς διάρκειας ψυχοθεραπεία, στην παρέμβαση στην κρίση, στην ψυχανάλυση, σε ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες με στόχο την αυτεπίγνωση, στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, στη διαπροσωπική θεραπεία, καθώς και σε ψυχοεκπαιδευτικές προσεγγίσεις στην κλινική διαχείριση περιπτώσεων και στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων των εξυπηρετούμενων.

Περιλαμβάνονται επίσης, η καταγραφή των περιστατικών, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των θεραπευτικών μεθόδων, η κλινική εποπτεία, η διδασκαλία και η έρευνα (Δημοπούλου-Λαγωνίκα στο Παπαδημητρίου, 2015).

Άλλες απόψεις και ορισμοί είναι λιγότερο απαιτητικοί σε σχέση με τους θεραπευτικούς στόχους και τις παρεμβάσεις, θεωρώντας την Κλινική Κοινωνική Εργασία ως μια γενικευμένη παρεμβατική δραστηριότητα στο ψυχοκοινωνικό πεδίο που περιλαμβάνει εφαρμογές όχι κατ' ανάγκην ψυχοθεραπευτικές (Cohen, 1980). Η πλειονότητα των θεραπειών και επαγγελματιών υποστηρίζει τη διευρυμένη εφαρμογή της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας, η οποία περιλαμβάνει την εκτίμηση, τη διαφοροδιάγνωση, τη θεραπεία και ειδικότερα την ψυχοθεραπεία, τη συμβουλευτική, τη συνηγορία, την κλινική εποπτεία και την αξιολόγηση (Brandell, 2011).

Η *Κλινική Ψυχολογία* ορίζεται ως ένας εφαρμοσμένος Κλάδος της Ψυχολογίας, ο οποίος μελετά κατ' εξοχήν την αποκλίνουσα συμπεριφορά, ασχολείται δηλαδή κυρίως με την ψυχική δυσλειτουργία (Heiden & Hersen, 1997, Marzillier & Hall, 1999). Αντικείμενο αυτού του εφαρμοσμένου Κλάδου της Ψυχολογίας είναι η πρόληψη, η αξιολόγηση, η τροποποίηση και η αποκατάσταση των διαταραχών του συναισθήματος, των γνωστικών μηχανισμών και της εξωτερικευμένης συμπεριφοράς σε άτομα (ή ομάδες) που δυσλειτουργούν. Η παρέμβαση (και μετά τη λήξη της η αποκατάσταση) θεωρείται η βασικότερη δραστηριότητα του Κλινικού Ψυχολόγου. Κεντρικός στόχος και φιλοσοφία του επαγγέλματος του Κλινικού Ψυχολόγου είναι η μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας και η επαύξηση και προαγωγή της ψυχολογικής ευεξίας (well-being) (Conway & MacLeod, 2002). Η Κλινική Ψυχολογία υιοθετεί το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για όλα τα επίπεδα δράσης της (Gilbert, 2002). Έτσι η απόκλιση ή δυσλειτουργία μελετάται με έναν ολοκληρωμένο, ολιστικό τρόπο, αφού αξιολογούνται και αξιοποιούνται δεδομένα από το βιολογικό, σωματικό και ψυχικό εαυτό, κι όλα αυτά σε συνάρτηση με κοινωνικές παραμέτρους.

Η ψυχολογική παρέμβαση βασίζεται στην ικανότητα δημιουργίας καλής θεραπευτικής σχέσης και στη διατήρηση της σχέσης αυτής. Σκοπός κάθε κλινικής παρέμβασης, η οποία γίνεται με λεκτικό τρόπο, είναι να ενδυναμώσει τον θεραπευόμενο να πάρει τις πιο λειτουργικές για εκείνον αποφάσεις και να αποκτήσει έναν ικανοποιητικό έλεγχο της ζωής του. Η ποικιλία των προσεγγίσεων, των τακτικών πρακτικής και των επιμέρους τεχνικών μεθόδευσης της Κλινικής Ψυχολογίας είναι σχεδόν ανεξάντλητη, και οι αλληλεπικαλύψεις τους τείνουν να ισορροπούνται από διαρκείς καινοτομίες στη σύλληψη ή και τις εφαρμογές τους. Όλες οι κλινικές μέθοδοι παρέμβασης έχουν συνήθως το ακόλουθο περιεχόμενο:

διαμόρφωση υποθέσεων για το πρόβλημα / τη δυσλειτουργία (δηλ. αξιολόγηση, διάγνωση και ερμηνεία), δημιουργία και εφαρμογή ενός παρεμβατικού σχεδίου, αξιολόγηση της ορθότητας σε σχέση με το συγκεκριμένο άτομο και τη δυσλειτουργία του, πιθανή προσαρμογή, εφαρμογή και αξιολόγηση του αποτελέσματος της παρέμβασης (Καλαντζή-Αζίτι, 2008).

Τα κύρια χαρακτηριστικά της *Συμβουλευτικής* περιγράφονται συνοπτικά στον ορισμό που διατυπώνει η Βρετανική Εταιρεία Συμβουλευτικής (British Association of Counseling) ως εξής: *«Ο όρος “Συμβουλευτική” συμπεριλαμβάνει την εργασία με άτομα και με σχέσεις, η οποία μπορεί να συνδέεται με την ανάπτυξη, την υποστήριξη κρίσεων, να είναι ψυχοθεραπευτική, καθοδηγητική ή να έχει στόχο την επίλυση προβλημάτων... Η Συμβουλευτική έχει σκοπό να δίνει στον “πελάτη” μια ευκαιρία να εξερευνήσει, να ανακαλύψει και να αποσαφηνίσει τους τρόπους που θα του παράσχουν μια ζωή πιο ικανοποιητική και δημιουργική»* (BAC, 1984 στο McLeod, 2005: 30). Η Συμβουλευτική αποτελεί μια πολύπλοκη σχέση που απαιτεί υψηλό βαθμό αυτογνωσίας του συμβούλου, πλατιά θεωρητική ενημέρωση -κυρίως σε θέματα επικοινωνίας και Συμβουλευτικής- και βέβαια γνώση και κριτική προσέγγιση μεθόδων, εργαλείων, δεξιοτήτων και τεχνικών (Κοσμίδου-Γαλανουδάκη, 1996). Αναφορικά με τον σκοπό της παρέμβασης, το αντικείμενο της Συμβουλευτικής μπορεί να λάβει διαφορετικές κατευθύνσεις, οι οποίες διακρίνονται κυρίως στη θεραπευτική (αντισταθμιστική, επανορθωτική) και την προληπτική. Ανάλογα με τους χώρους εφαρμογής της δημιουργούνται πολλές εξειδικεύσεις και κλάδοι της (Μαλικιώση-Λοίζου, 2012). Το κλειδί, η καρδιά στην πρακτική εφαρμογή της Συμβουλευτικής, όπως και κάθε λειτουργίας επικούρησης και βοήθειας του ανθρώπου, βρίσκεται στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των δύο μερών (ειδικού και βοηθούμενου). Η κατάσταση της «σχέσης» σημαίνει μια φυσική, πνευματική, ψυχολογική, συναισθηματική, γνωστική επαφή μεταξύ δύο συνήθως ατόμων η οποία, πέρα από όλα τα άλλα, είναι οργανωμένη και προγραμματιζόμενη. Αν δεν δημιουργηθεί αυτή η σχέση, η συμβουλευτική βοήθεια και πιο πολύ η θεραπεία είναι εκ των πραγμάτων αδύνατη (Δημητρόπουλος, 2007, Μαλικιώση-Λοίζου, 2012, McLeod, 2005, Σταλίκας, 2012).

Η σύγκριση των παραπάνω ορισμών και στις τρεις ειδικότητες μάς οδηγεί σε εννοιολογικές επικαλύψεις με διάχυση ορίων στις εφαρμογές τους. Μην αναλύοντας σ' αυτό το κείμενο τις διαφοροποιήσεις και τις ομοιότητες μεταξύ τους, οι οποίες στην εκπαίδευση και στον επαγγελματικό χώρο είναι διακριτές -*Κλινική Ψυχολογία, Συμβουλευτική, Κλινική Κοινωνική Εργασία*- τις εκλαμβάνουμε εδώ ως ένα επικαλυπτόμενο σύνολο γνώσεων, μεθόδων και

δεξιότητων που χρησιμοποιούν την κλινική εποπτεία ως το απαραίτητο εργαλείο για τη βελτίωση της απόδοσης των εποπτευόμενων και την προσωπική τους ανάπτυξη.

4. Ορισμοί και περιεχόμενο της κλινικής εποπτείας

Με αυτές τις σκέψεις και διευκρινίσεις προχωρούμε στη διατύπωση των ακόλουθων ορισμών: Η Κλινική Εποπτεία θα μπορούσε να οριστεί ως μια διαδραστική διεργασία κατά την οποία ο επόπτης βοηθά και κατευθύνει τον εποπτευόμενο στην πρόσληψη νέων εμπειρικών κλινικών γνώσεων, στη σύνθεση θεωρίας και πράξης και στην υποβολή της. Βασική διεργασία της κλινικής εποπτείας είναι η «θεραπευτική χρήση του εαυτού», δηλαδή, η σταδιακή και αυξανόμενη επίγνωση από τον εποπτευόμενο της δικής του διαδικασίας μάθησης και σύνθεσης, όχι μόνο θεωρητικών και εμπειρικών γνώσεων, αλλά κυρίως της αντικειμενικής γνώσης των δυνατών και αδύνατων σημείων του «εαυτού». Μέσω της κλινικής εποπτείας, ο εποπτευόμενος υποβοηθείται να «ανακαλύψει» τις δυνάμεις του, τις οποίες χρησιμοποιεί σκόπιμα πλέον για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των εξυπηρετούμενων (Kadushin, 1992, 2014).

Σε αντιδιαστολή με τα ανωτέρω, σύμφωνα με τους Bernard και Goodyear (2009), η κλινική εποπτεία αποτελεί μια «παρέμβαση», η οποία παρέχεται από ένα έμπειρο μέλος του επαγγέλματος σε ένα νεότερο μέλος αυτού του επαγγέλματος. Αυτή η σχέση είναι ιεραρχική, έχει ως σκοπό την αξιολόγηση, διαρκεί στον χρόνο και έχει ως παράλληλους στόχους την ενίσχυση των επαγγελματικών δεξιοτήτων του εποπτευόμενου και τη διαφύλαξη της ποιότητας και των προδιαγραφών των επαγγελματικών οργάνωσεων. Ωστόσο, σε αυτόν τον ορισμό ο όρος «παρέμβαση» δεν διευκρινίζεται, ενώ η σχέση επόπτη-εποπτευόμενου δεν είναι πάντα ιεραρχική, αλλά μπορεί να είναι και ισότιμη στην οργάνωση. Σίγουρα όμως ο επόπτης είναι πιο έμπειρος και έχει να προσφέρει τις περισσότερες γνώσεις, την εξειδικευμένη εμπειρία και τις κατάλληλες δεξιότητες. Καθοδηγεί λοιπόν τον εποπτευόμενο να τηρήσει τις βασικές αρχές του επαγγέλματος σε σχέση με την αξιοπρέπεια του ατόμου, την αυτοδιάθεση και τα δικαιώματά του, να συνηγορεί υπέρ των εξυπηρετούμενων, να διασφαλίζει ίσες ευκαιρίες σε όλα τα άτομα χωρίς πολιτισμικές, φυλετικές και άλλες διακρίσεις, να χρησιμοποιεί επιλεκτικά τις κατάλληλες για κάθε περιστατικό δεξιότητες, και κυρίως να αποδίδει την αρμόζουσα φροντίδα και υπηρεσίες στους εξυπηρετούμενους.

Αυτή η άποψη και ο ορισμός υποστηρίζεται και από τους Campbell (2006) και Haarman (2013), οι οποίοι αναφέρουν ότι κλινική εποπτεία είναι η διεργασία της κριτικής μελέτης και καταγραφής (monitoring) της εργασίας του επαγγελματία με σκοπό την επαύξηση των

δεξιοτήτων του για επίλυση προβλημάτων και παροχή στους εξυπηρετούμενους της καλύτερης δυνατής ποιότητας υπηρεσιών.

Είναι εμφανές ότι στους ανωτέρω ορισμούς συνυπάρχουν κοινά σημεία αλλά και διαφορές. Η κύρια διαφορά εντοπίζεται στους στόχους της κλινικής εποπτείας που εκπροσωπούν δύο διαφορετικές τάσεις. Η μία δίνει έμφαση στον στόχο της «επίγνωσης του εαυτού» και της «θεραπευτικής χρήσης του εαυτού» και αποτελεί επίδραση από την Ψυχοδυναμική σχολή, ενώ η δεύτερη, πιο πρόσφατη, δίνει έμφαση στην «ανάπτυξη δεξιοτήτων» για την εξασφάλιση καλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

Είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε ως επόπτες αυτές τις διαφορές και τις συγκλίσεις στη θεωρία της κλινικής εποπτείας, διότι στην πράξη καλούμαστε να λειτουργούμε συνειδητά και να επιλέγουμε κάθε φορά την έμφαση που θα δοθεί είτε στην «εξέλιξη» της προσωπικότητας του εποπτευόμενου ή στη βελτίωση των δεξιοτήτων του. Αυτή η επιλογή γίνεται με κριτήρια την προσωπικότητα του εποπτευόμενου ή τη δυναμική της ομάδας των εποπτευόμενων, τις ανάγκες και δυσκολίες των εξυπηρετούμενων, αλλά και την πολιτική και τους στόχους της οργάνωσης. Η διεργασία της εποπτείας είναι εύπλαστη, δυναμική και προσαρμόσιμη στην εξωτερική πραγματικότητα. Στην ουσία, ο έμπειρος επόπτης δεν παγιδεύεται στην απόλυτη και άκαμπτη επιλογή του ενός ή του άλλου τύπου κλινικής εποπτείας, αλλά εφαρμόζει ένα πολυμορφικό, ενοποιημένο (integrated) μοντέλο μεθόδων και εποπτικής σχέσης που ταιριάζει με την εκάστοτε πραγματικότητα που αντιμετωπίζει.

Ως διευκρίνιση των ανωτέρω, θα ακολουθήσει στο Μέρος Β' του άρθρου αυτού, η ανάλυση μερικών πτυχών της κλινικής εποπτείας που της προσδίδουν περισσότερη εμβάθυνση και κατανόηση των ιδιοτήτων της, για εφαρμογή στην πράξη. Θα αναλυθούν *οι Λειτουργίες, οι Δεξιότητες και τα Μοντέλα της Κλινικής Εποπτείας*.

ΜΕΡΟΣ Β : Οι Λειτουργίες, οι Δεξιότητες και τα Μοντέλα της Κλινικής Εποπτείας

1. Οι λειτουργίες της εποπτείας

Ο Kadushin (1992, 2014) αναλύει τις λειτουργίες της εποπτείας προσδιορίζοντας τα ιδιαίτερα δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της. Οι λειτουργίες της εποπτείας καθορίζονται ως εξής:

- I. Διαχειριστική ή Διοικητική
- II. Εκπαιδευτική ή Διδακτική
- III. Υποστηρικτική ή Υποβοηθητική

I. Αρχικά η Διαχειριστική ή Διοικητική λειτουργία αποτελούσε το κύριο χαρακτηριστικό της εποπτείας στις οργανώσεις. Μαζί με τη διδακτική λειτουργία, συνιστούσαν ένα ενιαίο σύνολο που χρησιμοποίησαν από την αρχή οι παραδοσιακές, καλά οργανωμένες οργανώσεις για να διασφαλίσουν την παρακολούθηση της εφαρμογής των κανονισμών της οργάνωσης, της τήρησης των όρων εργασίας, αλλά και τη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των εποπτευόμενων. Η διοικητική λειτουργία εμπεριέχει τον «έλεγχο» και την «εξουσία» του επόπτη στην εποπτική σχέση, όταν όμως εφαρμόζεται σωστά και συνυπάρχουν στοιχεία αμοιβαίας αποδοχής και «ταιριάσματος» στις προσωπικότητες επόπτη και εποπτευόμενου, τότε η εποπτεία συμβάλλει στην εύρυθμη διοικητική λειτουργία της Οργάνωσης συνολικά, στη βελτιωμένη ποιότητα παροχής υπηρεσιών στους εξυπηρετούμενους, αλλά και στη σταδιακή απόκτηση αυτοέλεγχου από τον επαγγελματία. Σε αντίθετη περίπτωση μπορεί να δημιουργήσει συναισθήματα εχθρότητας και ματαίωσης, ιδιαίτερα από τον εποπτευόμενο.

Σ' αυτό το κείμενο δεν θα ασχοληθούμε με τις διάφορες πτυχές και προϋποθέσεις εφαρμογής της διοικητικής λειτουργίας της εποπτείας, εφόσον δεν είναι αυτός ο σκοπός του άρθρου. Δεν παραβλέπουμε όμως την αναγκαιότητά της ως πλαισίου αναφοράς στις Κοινωνικές Οργανώσεις και επισημαίνουμε ότι η ορθή εφαρμογή της προϋποθέτει ιδιαίτερη μελέτη, διοικητικές γνώσεις και ορθή κρίση διοικητικών επιλογών και δεξιοτήτων.

Η κλινική εποπτεία, αν και δεν περιλαμβάνει τη διοικητική λειτουργία στο περιεχόμενό της, δεν είναι δυνατόν να αγνοήσει την αναγκαιότητά της. Ουσιαστικά και οι τρεις λειτουργίες συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν. Ιδιαίτερα η κλινική εποπτεία περιλαμβάνει κυρίως εκπαιδευτικές και υποστηρικτικές λειτουργίες.

II. Η Εκπαιδευτική ή Διδακτική λειτουργία της Κλινικής Εποπτείας αναφέρεται στη «διδασκαλία» γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων, που είναι απαραίτητες για την εφαρμογή των στόχων της κλινικής εργασίας μέσω της λεπτομερούς ανάλυσης της αλληλεπίδρασης του εποπτευόμενου με τον επόπτη. Οι στόχοι της εκπαιδευτικής λειτουργίας είναι να κατανοήσει ο εποπτευόμενος καλύτερα τις ανάγκες και αντιδράσεις του εξυπηρετούμενου, να αναγνωρίσει τις δικές του αντιδράσεις, να διατυπώσει διαφοροδιάγνωση και μεθόδους παρέμβασης, να κατανοήσει τη δυναμική αλληλεπίδραση με τον επόπτη και να αξιολογεί σταδιακά την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεών του (Kadushin, 1992, 2014).

Ο επόπτης, για να ασκεί κλινική εποπτεία, θα πρέπει να έχει επαρκείς και στέρεες κλινικές γνώσεις, να διαθέτει γνώσεις γύρω από τη διοίκηση, τη διδασκαλία, την υποστήριξη, να έχει

κατάλληλες γνώσεις στην επικοινωνία-συνέντευξη, καθώς και δεξιότητες στη δημιουργία και διατήρηση της δυναμικής της ομάδας.

Ειδικότερα, ο κλινικός επόπτης πρέπει να έχει στέρεα θεωρητική κατάρτιση σε ένα μοντέλο παρέμβασης (π.χ. γνωσιακό-συμπεριφορικό, ψυχοδυναμικό, προσωποκεντρικό, υπαρξιακό, σχεσιακό κτλ) αλλά να διαθέτει παράλληλα και τη γνώση και ευελιξία για συνδυαστικές επιλογές όταν είναι απαραίτητο. Αν για παράδειγμα επιλέξει το ψυχοδυναμικό μοντέλο, οι γνώσεις του θα αναφέρονται κυρίως στην Ψυχολογία του Εγώ (*Ego Psychology*, Anna Freud), στη θεωρία των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων (*Object Relations Theory*, πχ. Fairbairn, Klein, Winnicott, Mahler, Kernberg), στη θεωρία του Δεσμού (*Attachment Theory*, πχ. Bowlby, Ainsworth) και στη θεωρία του Εαυτού (*Self-Psychology*, Kohut · Δημοπούλου-Λαγωνίκα στο Παπαδημητρίου, 2015 · Payne, 2014).

Επιπρόσθετα, ο κλινικός επόπτης θα πρέπει να γνωρίζει τα πιο έγκυρα διαγνωστικά εργαλεία, τις καλύτερες πρακτικές, αλλά και πρόσφατα ερευνητικά αποτελέσματα σχετικά με τις μεθόδους εποπτείας. Ανάλογα με το γνωστικό πεδίο του, θα πρέπει να γνωρίζει τις κυριότερες διαταραχές όπως περιγράφονται σε διαγνωστικά εγχειρίδια (DSM-5, ICD-11, NASW's Person in Environment - P.I.E. και Εγχειρίδιο «Πλεύση», 2004³), να κατευθύνει τον εποπτευόμενο στην κατάρτιση ενός ολοκληρωμένου ιστορικού ανάλογα με το αντικείμενο της οργάνωσης -π.χ. ψυχοκινητικό, κοινωνικό ιστορικό σε παιδοψυχιατρική κλινική-, να γνωρίζει τις θεραπευτικές επιλογές για να προβαίνει στις σωστές παρεμβάσεις και παρακολούθηση του εποπτευόμενου και να λειτουργεί μέσα στα πλαίσια του κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματος. Θα πρέπει επίσης να διαθέτει γνώσεις των μοντέλων, τεχνικών και δεξιοτήτων της κλινικής εποπτείας καθώς και των τρόπων μετάδοσής τους στον εποπτευόμενο.

Ολοκληρώνοντας αυτή την ενότητα, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι οι ανωτέρω γνώσεις εγκεφαλικά μόνο δεν είναι αρκετές. Στην ουσία οι γνώσεις ακυρώνονται αν δεν έχουν εσωτερικευτεί και συνδυαστεί με την κατάλληλη προσωπικότητα ενός επόπτη υποστηρικτικού, θετικού, με ενσυναίσθηση και κατανόηση των αναγκών του εποπτευόμενου.

3. Για τη χρήση του P.I.E στην Ελλάδα: Karls, J. M. & Wandrel, K. E. (2004). *Εγχειρίδιο «Πλεύση»*. Το Πρόσωπο στο Περιβάλλον του, επιμ. Θ. Καλλινικάκη, μετάφραση Α. Βεργέτη, Γ. Καρπέτης, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

III. Η Υποστηρικτική ή Υποβοηθητική λειτουργία της Κλινικής Εποπτείας αναφέρεται στην παραδοχή και ενθάρρυνση του εποπτευόμενου από τον επόπτη σε σχέση με τους επιτυχείς χειρισμούς των περιστατικών του, στην άμβλυνση συναισθημάτων ανεπάρκειας σε γνώσεις και δεξιότητες που τυχόν αισθάνεται, καθώς και στη γενικότερη άμβλυνση εντάσεων και άγχους που πιθανώς να του δημιουργεί το εργασιακό περιβάλλον (Κανδυλάκη, 2001). Το μειωμένο και ελεγχόμενο άγχος ενδέχεται να έχει και θετική δράση, διότι διατηρεί τους εργαζόμενους σε εγρήγορση και σε πιθανή βελτίωση της απόδοσής τους. Όταν όμως το άγχος αυξάνεται, τότε λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας στην απόδοση του επαγγελματία, αλλά και στη συνολική ψυχολογική του κατάσταση.

Γενικά ο κλινικός επόπτης που είναι δοτικός, συνειδητά υποστηρικτικός και συν-αισθάνεται με τον εποπτευόμενό του, γνωρίζει να τηρεί τα όρια μεταξύ υποστήριξης και «εξουσίας» και να στοχεύει στην ενδυνάμωση του Εγώ και τη διαρκή ανάπτυξη του εποπτευόμενου.

Στην κλινική εποπτεία οι εκπαιδευτικές και υποστηρικτικές λειτουργίες σε αλληλεπίδραση παίζουν βαρύνοντα ρόλο. Γνωρίζουμε ότι ο χώρος της κοινωνικής οργάνωσης συχνά αποτελεί πηγή άγχους και στρες για τους εργαζόμενους. Διοικητικές δυσκολίες και συχνά αφόρτες πιέσεις, οι «δύσκολοι» εξυπηρετούμενοι με τα συχνά αδιέξοδά τους, κάποια λάθη στη διαχείριση των περιστατικών, ανεπάρκειες στην εξεύρεση των κατάλληλων πόρων, τυχόν διαταραγμένες εργασιακές σχέσεις, όλα μαζί αποδυναμώνουν τον επαγγελματία, ο οποίος ζητά στηρίγματα για να συνεχίσει. Θα τα βρει στην κλινική εποπτεία, ή μήπως και αυτή αποτελέσει μια ακόμη πηγή άγχους; Γι' αυτόν τον λόγο, σε όλες αυτές τις πιέσεις, η συνειδητή πολύπλευρη υποστήριξη από τον επόπτη αποτελεί αναγκαίότητα πρωτεύουσας σημασίας. Σε περίπτωση μάλιστα που οι εργασιακές σχέσεις είναι ιδιαίτερα διαταραγμένες, συνιστάται εξωτερικός, αποστασιοποιημένος επόπτης για να παίξει αυτόν τον σημαντικό, υποστηρικτικό και ενδυναμωτικό ρόλο.

Με αυτές τις προϋποθέσεις, ο υποστηρικτικός επόπτης θα ισχυροποιήσει τους λειτουργικούς μηχανισμούς άμυνας του Εγώ και την ικανότητα του εργαζόμενου να χειρίζεται ικανοποιητικά τις κρίσεις και εντάσεις. Απαλύνει το άγχος, ενθαρρύνει τα θετικά επιτεύγματα, δίνει ευκαιρίες για κάθαρση και εκτόνωση συναισθημάτων. Σ' αυτό το σημείο διατυπώνεται ένα σοβαρό ερώτημα: Οι ανωτέρω λειτουργίες δεν είναι με μια ευρεία έννοια “θεραπευτικές”; Ποια είναι τα όρια μεταξύ του εκπαιδευτικού και υποστηρικτικού ρόλου της κλινικής εποπτείας και του “θεραπευτικού”; Σ' αυτό το καίριο ερώτημα η απάντηση είναι ότι η εποπτεία/ υποστήριξη του εργαζόμενου διαφοροποιείται *στους στόχους, τους ρόλους και τη διεργασία* από τη θεραπεία /υποστήριξη (Kadushin, 1992, 2014).

Η κλινική εποπεία δεν είναι «θεραπεία»: οι διαχωριστικές γραμμές όμως δεν είναι απόλυτα σαφείς, γι' αυτό και ορισμένες φορές προκαλείται σύγχυση. Ο επόπτης πρέπει συνειδητά να μην συγχέει αυτά τα όρια. Κάποιες φορές, όταν ο εποπτευόμενος γίνεται αμυντικός ή/και αρνητικός να χειριστεί ορισμένα προβλήματα ή τύπους συμπεριφοράς/προσωπικότητας των εξυπηρετούμενων, ο επόπτης πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός στη διερεύνηση της αιτιολογίας αυτών των μηχανισμών άμυνας. Ο στόχος του θα είναι να βοηθήσει τον εποπτευόμενο να αποδεχθεί σε επίπεδο συνειδητό την πραγματικότητα, να εντοπίσει πού έγκειται η δυσκολία -στον εξυπηρετούμενο ή στον ίδιο-, να συγκρίνει την τωρινή συμπεριφορά του με παρόμοια περιστατικά στο παρελθόν και να μπορέσει να λειτουργήσει εποικοδομητικά προς όφελος του εξυπηρετούμενου. Η ανάπτυξη αυτο-επίγνωσης του εποπτευόμενου περιορίζεται στη λειτουργικότητά του στα πλαίσια της οργάνωσης και στη σχέση του με τον εξυπηρετούμενο. Η υποστήριξη και η διεργασία αυτο-επίγνωσης στην κλινική εποπεία δεν στοχεύει στη διερεύνηση από τον εποπτευόμενο της βαθύτερης αιτιολογίας μιας άμυνας που τον εμποδίζει στη διαχείριση των περιπτώσεών του. Όμως, όπως προαναφέρθηκε, στις ανθρώπινες καταστάσεις ο ψυχισμός του ατόμου αποτελεί ένα συνεχές, ενώ τα όρια μεταξύ υποστήριξης και θεραπείας με την ευρεία έννοια επικαλύπτονται. Αν, για παράδειγμα, κάποιες δυσλειτουργικές άμυνες του εποπτευόμενου διαμορφώνουν μια ανελαστική και άκαμπτη προσωπικότητα, που δημιουργεί δυσκολίες, όχι μόνο σε σχέση με τον εξυπηρετούμενο, αλλά και γενικότερα στις εργασιακές και προσωπικές του σχέσεις, τότε ο επόπτης θα πρέπει να εκτιμήσει σοβαρά την πιθανότητα παραπομπής του για θεραπεία, εφόσον η εποπτική υποστήριξη δεν επαρκεί. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, δοκιμάζεται η επάρκεια των κλινικών γνώσεων του επόπτη, η πείρα του, αλλά και η ακεραιότητά του για τήρηση της επαγγελματικής δεοντολογίας.

Ολοκληρώνοντας στο άρθρο αυτό τις *Λειτουργίες της Κλινικής Εποπείας*, συνοψίζουμε τα κατωτέρω:

- α. Οι λειτουργίες της κλινικής εποπείας βοηθούν τους εποπτευόμενους να αποκτήσουν τις κατάλληλες γνώσεις, στάσεις, δεξιότητες και επαγγελματική επάρκεια.
- β. Η κλινική εποπεία επιβοηθά τους εποπτευόμενους να ενταχθούν ικανοποιητικά στο επαγγελματικό πλαίσιο, ενώ παράλληλα υποστηρίζει την προσωπική και επαγγελματική τους ανάπτυξη (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2012).
- γ. Διασφαλίζει την ποιότητα και αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής διεργασίας και των παρεχόμενων υπηρεσιών, με παράλληλη συμμόρφωση με τον κώδικα της επαγγελματικής

δεοντολογίας. Τελικός στόχος είναι η προώθηση του επαγγελματία και η καλή επαγγελματική κλινική πρακτική (Falender & Shafrenske, 2004, Kilminster, Cottrell, Grant, & Jolly, 2007).

2. Οι δεξιότητες στην Κλινική Εποπεία

Κατά τον Thomson (2000), *δεξιότητα* είναι η ικανότητα διεκπεραίωσης μιας δραστηριότητας ικανοποιητικά και σταθερά σε συγκεκριμένα χρονικά όρια. Οι δεξιότητες κατά τον Thomson είναι προϊόντα μάθησης και όχι εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του επαγγελματία. Η συνολική επαγγελματική δραστηριότητα του κοινωνικού λειτουργού, του ψυχολόγου, του συμβούλου, του κλινικού επόπτη, εκφράζεται και υλοποιείται με τις δεξιότητες, οι οποίες συνιστούν τα εργαλεία έκφρασης του ρόλου τους (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011).

Οι *δεξιότητες* της κλινικής εποπείας διαχωρίζονται: **(α)** σε αυτές που χρησιμοποιεί ο επόπτης ως εργαλείο για την επιτυχή εφαρμογή της εποπείας και της διεργασίας της και **(β)** σε αυτές που καθορίζουν τη σχέση μεταξύ επόπτη και εποπευόμενου. Ο διαχωρισμός αυτός δεν είναι πάντα διακριτός στην εφαρμογή εφόσον η εποπεία είναι μια ενιαία διεργασία. Κρίνεται όμως αναγκαίο να αναφερθούμε στις δύο αυτές κατηγορίες δεξιοτήτων για λόγους μεθοδολογικούς και για την καλύτερη κατανόηση της αλληλεπίδρασής τους.

(α) Οι δεξιότητες του επόπτη που αφορούν την εφαρμογή και διεργασία της κλινικής εποπείας

Οι επαγγελματικές δεξιότητες του έμπειρου κλινικού επόπτη αντανakλούν ένα ανώτερο επίπεδο κατάρτισης. Ο επόπτης κατέχει τις απαραίτητες θεωρητικές έννοιες και δεξιότητες και τις εφαρμόζει στην πράξη με ευελιξία, ενώ παράλληλα έχει αποκτήσει την απαραίτητη εμπειρία στον εποπτικό του ρόλο. Ο κλινικός επόπτης έχει επίσης την ικανότητα να αξιολογεί τις δικές του άμεσες παρεμβάσεις, να επιδιώκει την επαγγελματική ανάπτυξη του εποπευόμενου και να αναγνωρίζει πότε χρειάζεται να αναζητήσει ο ίδιος, περιστασιακά, εποπεία (American Board of Examiners in Clinical Social Work, 2004).

Οι Hawkins & Shohet (2006) αναφερόμενοι γενικά στις δεξιότητες του «ιδανικού επόπτη» τον περιγράφουν ως τον επαγγελματία που έχει την ικανότητα να ανατρέχει σε διαφορετικές θεωρίες και να χρησιμοποιεί ένα μεγάλο εύρος δεξιοτήτων και θεραπευτικών μεθόδων. Κατέχει επίσης την ικανότητα πολυεπίπεδης θεώρησης μιας κατάστασης από πολλές και διαφορετικές οπτικές γωνίες, διαθέτοντας παράλληλα και διαπολιτισμική

ευαισθησία. Σημαντικές επίσης δεξιότητες του κλινικού επόπτη θεωρούνται η ικανότητά του να αντέχει την αγωνία τόσο του εποπτευόμενου όσο και του ίδιου, να είναι ανοιχτός σε μια διαδικασία μάθησης, μαθαίνοντας τόσο από τον εποπτευόμενο όσο και από τις νέες καταστάσεις που αντιμετωπίζει και να μπορεί να χειρίζεται κατάλληλα τη δύναμη και εξουσία που απορρέουν από το ρόλο του χωρίς να κάνει κατάχρηση αυτών, με υπομονή, ανοχή και χιούμορ. Ειδικότερα οι δεξιότητες του έμπειρου επόπτη είναι οι εξής:

(i) Δεξιότητες του επόπτη στη δημιουργία συμφωνητικού (ή συμβολαίου) εποπτείας

Ένα από τα πιο σημαντικά εργαλεία του επόπτη στην εφαρμογή της κλινικής εποπτείας είναι η δημιουργία ενός ξεκάθਾਰου *πλαισίου εποπτείας*, όπου ο σκοπός και οι στόχοι της διατυπώνονται με σαφήνεια κατά *το αρχικό στάδιο της εποπτείας*. Αυτό το συμβόλαιο εποπτείας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει τις διαφορετικές παραμέτρους της εποπτείας, όπως τον χώρο όπου θα γίνεται η εποπτεία, τη συχνότητα, την αναμενόμενη διάρκεια, τις πολιτικές της οργάνωσης καθώς και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της συνεργασίας. Η ικανότητα δημιουργίας ενός σαφούς πλαισίου εποπτείας αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές δεξιότητες στην εισαγωγική φάση της εποπτείας, καθώς μειώνει την πιθανότητα δημιουργίας διαφορετικών προσδοκιών μεταξύ επόπτη και εποπτευόμενου. Η διατύπωση ή η σύναψη του συμβολαίου εποπτείας αποτελεί και μια ρητή μορφή δέσμευσης, η οποία “συνενώνει” τα δύο μέρη στην κοινή προσπάθεια για μάθηση.

Κατά τη διαδικασία δημιουργίας του πλαισίου εποπτείας είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο επόπτης να συμπεριλάβει την ανατροφοδότηση του ίδιου του εποπτευόμενου σχετικά με τους επιδιωκόμενους στόχους αλλά και πιθανές ανησυχίες του κατά την εποπτεία. Συνεπώς ο επόπτης εναρμονίζει το συμβόλαιο της εποπτείας δίνοντας έμφαση στις περιοχές όπου εμφανίζονται να υπάρχουν ιδιαίτερες ανάγκες.

Για παράδειγμα, σε μια οργάνωση για παιδιά και έφηβους με συμπεριφορικές δυσκολίες, η έμφαση δίνεται στη συμβουλευτική γονέων ως ένα σημαντικό και απαραίτητο μέρος της παρέμβασης. Ορισμένοι εποπτευόμενοι πιθανώς να εκφράζουν τις ανησυχίες τους σχετικά με την ικανότητά τους να διαχειριστούν τους γονείς και τις συγκρουσιακές σχέσεις που αναπτύσσονται εντός του οικογενειακού πλαισίου, λόγω του νεαρού της ηλικίας τους. Κατά τη διάρκεια δημιουργίας του συμφωνητικού εργασίας ο επόπτης θα πρέπει να συζητήσει μαζί με τον εποπτευόμενο σχετικά με τις ανησυχίες του αυτές και να δώσει έμφαση στην ανάπτυξη των κατάλληλων δεξιοτήτων από τον εποπτευόμενο για τη δημιουργία

αποτελεσματικών ‘συμμαχιών’ με τους γονείς αλλά και με την υπόλοιπη οικογένεια. Μέσα από αυτή την παράλληλη διαδικασία, την αντιμετώπιση των ανασφαλειών του εποπτευόμενου και την ανάπτυξη των κατάλληλων δεξιοτήτων, ο εποπτευόμενος θα είναι ικανός να κατανοήσει και να διαχειριστεί τις δυσκολίες που εμφανίζουν τα παιδιά μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο.

Καθώς με την πάροδο του χρόνου, η εποπτική σχέση αλλά και η δεξιότητά του εποπτευόμενου εξελίσσεται σε πιο προχωρημένα επίπεδα, το συμφωνητικό εποπτείας δύναται να διαφοροποιηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να αντανακλά τα νέα επίπεδα εξέλιξης (American Board of Examiners in Clinical Social Work, 2004).

(ii) Δεξιότητες του επόπτη στην οριοθέτηση του ρόλου του

Ο επόπτης οφείλει να οριοθετεί τον ρόλο του χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες δεξιότητες κατά τη διάρκεια της εποπτείας. Τα όρια πρέπει να είναι διακριτά και στα δύο μέλη και ο επόπτης πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός ως προς τον αντίκτυπο που προκαλεί η εξουσία του στο πλαίσιο της κλινικής πρακτικής. Η κοινωνική ή σεξουαλική επαφή μεταξύ του επόπτη και του εποπτευόμενου θεωρείται ανεπίτρεπτη σε όλες τις περιπτώσεις και παραβιάζει τον κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματος.

Συχνά, οι εποπτευόμενοι αναφέρουν προσωπικά θέματα στην εποπτεία τα οποία μπορεί να επηρεάζουν την κλινική διαδικασία. Αυτά τα προσωπικά θέματα συχνά συγκαλύπτουν αντιμεταβιαστικά φαινόμενα, τα οποία πρέπει οπωσδήποτε να τύχουν επεξεργασίας κατά τη διάρκεια της εποπτείας ώστε να γίνουν συνειδητά και να μην παρεμποδίζουν την ομαλή έκβαση της παρέμβασης.

Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της εποπτείας με εκπαιδευόμενη ψυχολόγο σε πλαίσιο με ασυνόδετους ανήλικους πρόσφυγες, η εκπαιδευόμενη εξέφρασε κατά τη διάρκεια της εποπτείας ότι της είναι δύσκολο να αντιμετωπίσει συναισθήματα απώλειας των εξυπηρετούμενων της που αφορούσαν τον θάνατο αγαπημένων προσώπων τους. Η εποπτευόμενη είχε και η ίδια βιώσει την απώλεια του πατέρα της σε μικρή ηλικία -την οποία δεν είχε επεξεργαστεί επαρκώς- με αποτέλεσμα να ταυτίζει τη δική της εμπειρία με αυτή των εξυπηρετούμενων της και να ‘πενθεί’ μαζί τους την προγενέστερη απώλειά της. Στην εποπτεία ανέφερε ότι είχε δυσκολία να επεξεργαστεί σε βαθύτερο επίπεδο το πένθος αυτό και είτε προσπαθούσε να το αποφύγει ή το ερμήνευε ως ένδειξη παθολογίας. Σε αυτή την περίπτωση κρίθηκε

απαραίτητο να συζητηθεί στην εποπτεία με ποιους τρόπους η προσωπική της απώλεια την οδηγεί στην υιοθέτηση μηχανισμών άμυνας με αποτέλεσμα να απομακρύνεται από την ουσιαστική επεξεργασία των ίδιων βιωμάτων στους εξυπηρετούμενούς της.

Στις περιπτώσεις όμως που η προσωπική ζωή των εποπτευόμενων δεν επηρεάζει την κλινική διαδικασία, τότε κρίνεται ότι πρέπει να αποφεύγεται να γίνεται αντικείμενο συζήτησης στην εποπτεία.

Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της εποπτείας, εκπαιδευόμενη συνήθιζε να ανακαλεί στην εποπτεία τις δυσκολίες που βίωσε κατά τη διάρκεια της επιλόχειας περιόδου και τη μετέπειτα έντονη προσκόλληση προς την κόρη της χωρίς να συνδέει αυτό το βίωμα με τις παρουσιαζόμενες δυσκολίες των εξυπηρετούμενων. Η συγκεκριμένη εκπαιδευόμενη είχε την τάση να αποκαλύπτει προσωπικά θέματα στην εποπτεία, γεγονός που φανερώνει την επιθυμία της να τη χρησιμοποιεί ως προσωπική θεραπεία. Σε αυτή την περίπτωση κρίθηκε απαραίτητο να συζητηθεί αυτή η ανάγκη της και η ακαταλληλότητα του πλαισίου της εποπτείας για διαχείριση τέτοιων θεμάτων.

Συχνά είναι δελεαστικό για τον επόπτη να ανταποκριθεί σε προσωπικές αποκαλύψεις ενός εποπτευόμενου (π.χ. παιδί αλκοολικού, επιζών σεξουαλικής κακοποίησης) ή να κάνει υποθέσεις για προσωπικά θέματα ακόμη και όταν δεν συζητούνται ανοιχτά στην εποπτεία. Ο επόπτης πρέπει να σεβαστεί αυτά τα προσωπικά στοιχεία χωρίς να μπαίνει στον πειρασμό να προβαίνει σε περαιτέρω διερεύνησή τους. Ο επόπτης οφείλει να προστατεύει τον σκοπό και τα όρια της εποπτείας αλλά και τον ρόλο του ως επόπτη και να αποφεύγει τον ρόλο του θεραπευτή. Το σημαντικό αυτό θέμα έχει ήδη αναφερθεί σε σχέση με την υποστηρικτική λειτουργία της εποπτείας σε προηγούμενο υποκεφάλαιο.

Για παράδειγμα, αν ο εποπτευόμενος αποκαλύψει ότι έχει αλκοολικούς γονείς, ο επόπτης θα πρέπει να επικεντρωθεί στο να εξετάσει εάν ο εποπτευόμενος δημιουργεί ταυτίσεις με εξυπηρετούμενους με παρόμοια προβλήματα και όχι στη διεργασία των προσωπικών βιωμάτων του εποπτευόμενου. Όταν ο επόπτης εστιάζει αποκλειστικά στα χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης και στην αντιμετώπισή τους, τότε δεν κινδυνεύει να μεταμορφωθεί σε προσωπικό θεραπευτή. Αν τα επώδυνα προσωπικά ζητήματα και συναισθήματα του εποπτευόμενου τον εμποδίζουν να είναι αποτελεσματικός με τους

εξυπηρετούμενός του, τότε ο επόπτης θα πρέπει να τον βοηθήσει να εξετάσει διάφορες επιλογές, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας, αλλά να μην αναλαμβάνει σε καμία περίπτωση ο ίδιος τον ρόλο του θεραπευτή.

(iii) Δεξιότητες του επόπτη κατά τη διεργασία επίλυσης προβλημάτων και η αξιολόγηση του εποπτευόμενου

Κατά τη διάρκεια συγκέντρωσης πληροφοριών για τη διατύπωση του ψυχοκοινωνικού ιστορικού και την εκτίμηση των δυσκολιών του εξυπηρετούμενου, το έργο του επόπτη είναι να καθοδηγεί τον εποπτευόμενο στη συλλογή και αξιολόγηση πληροφοριών σχετικά με τις δυσκολίες, τις δυνάμεις, τις πολιτισμικές και διαπροσωπικές επιρροές του εξυπηρετούμενου αλλά και των στρεσογόνων στοιχείων του περιβάλλοντός του. Στο πλαίσιο της διαγνωστικής εκτίμησης, ο επόπτης καθοδηγεί τον εποπτευόμενο ώστε να κατανοήσει τη βαρύτητα της αλληλεπίδρασης ενδογενών και εξωτερικών παραγόντων, βιοψυχοκοινωνικών και πολιτισμικών επιρροών, παρελθοντικών και τωρινών εμπειριών του εξυπηρετούμενου. Είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και το κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο αξιολογώντας τι είναι ή όχι φυσιολογικό. Ο εποπτευόμενος πρέπει να κατανοήσει επίσης τις αναπτυξιακές φάσεις οι οποίες προκύπτουν στον κύκλο ζωής του εξυπηρετούμενου και να τις διακρίνει από άλλες παθολογικές καταστάσεις. Παράλληλα, ο επόπτης αξιολογεί την ικανότητα του εποπτευόμενου να αναγνωρίσει άλλους παράγοντες (π.χ. ιατρικούς, κατάχρησης ουσιών, μαθησιακές δυσκολίες) που απαιτούν τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες. Επιπρόσθετα, ο εποπτευόμενος πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογήσει την αλληλεπίδραση μεταξύ προβλημάτων. Για παράδειγμα, για ένα εξυπηρετούμενο με ψυχική ασθένεια και κατάχρηση ουσιών, το κάθε πρόβλημα πρέπει να αντιμετωπιστεί ανεξάρτητα, όπως και η αλληλεπίδρασή τους (American Board of Examiners in Clinical Social Work, 2004).

Ο εποπτευόμενος χρειάζεται καθοδήγηση από τον επόπτη του για την κατανόηση της διαγνωστικής εκτίμησης του εξυπηρετούμενου, ως μιας δυναμικής και όχι στατικής διαδικασίας. Χρειάζεται επίσης υποστήριξη για την κατανόηση της λειτουργικότητας και αλληλεπίδρασης των ευρύτερων αναπτυξιακών, ιστορικών και άλλων δυνάμεων που επηρεάζουν και στηρίζουν τον εξυπηρετούμενο. Γενικότερα, ο επόπτης χρειάζεται να υποβοηθά τον εποπτευόμενο στην ολοκληρωμένη θεώρηση του περιστατικού του, όχι μόνο κατά τη διεργασία επίλυσης προβλημάτων -αρχική φάση, διαγνωστική εκτίμηση,

προγραμματισμός, θεραπευτική παρέμβαση -, αλλά και κατά τη διάρκεια της συνεχιζόμενης αξιολόγησής του (American Board of Examiners in Clinical Social Work, 2004).

Συχνά, οι εποπτευόμενοι βρίσκονται αντιμέτωποι με τους περιορισμούς της πολιτικής και των διαδικασιών της οργάνωσης. Όταν εγείρονται αυτά τα θέματα στην εποπτεία ως εμπόδια στην επιτυχή διεκπεραίωση των περιστατικών, ο επόπτης οφείλει να ακούσει τις ανησυχίες του εποπτευόμενου. Στις περιπτώσεις στις οποίες εμπλέκονται άλλοι επαγγελματίες στη διαχείριση του περιστατικού, ο επόπτης διδάσκει στρατηγικές διαβούλευσης του εποπτευόμενου με αυτούς χωρίς να δημιουργείται σύγκρουση σχετικά με την "κατοχή" του περιστατικού (Shulman, 1993).

Σημαντικό στοιχείο στην πορεία του εποπτευόμενου αποτελεί η ανάπτυξη της ικανότητάς του να συνεργάζεται από κοινού με τον εξυπηρετούμενο σε θέματα που αφορούν τη διάγνωση, τις επιλογές αναφορικά με την παρέμβαση, τις απαιτούμενες ενέργειες και τη συνολική διαχείριση του περιστατικού. Η ικανότητά του να μεταφέρει στον εξυπηρετούμενο ότι η πορεία προς τη βελτίωση είναι ένα κοινό 'ταξίδι' το οποίο απαιτεί τη βέλτιστη συνεργασία και προσπάθεια και των δύο μερών (επαγγελματία και εξυπηρετούμενου) αποτελεί σημαντική δεξιότητα στο αρχικό μέρος της παρέμβασης. Ο επαγγελματίας είναι πιο καθοδηγητικός στην αρχή της παρέμβασης ενώ σταδιακά παραχωρεί τον έλεγχο στον εξυπηρετούμενό του. Οι επαγγελματίες πρέπει να διδάσκονται να 'παρατηρούν' την πορεία προς την αυξημένη αυτοδιάθεση των εξυπηρετούμενων και να επεξεργάζονται δυσκολίες ανεξαρτητοποίησης από τον επαγγελματία (American Board of Examiners in Clinical Social Work, 2004).

Οι εξυπηρετούμενοι κατέχουν διαφορετικά επίπεδα ευαισθητοποίησης και διορατικότητας σε σχέση με τη συμπεριφορά, τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Ο επόπτης βοηθά τον εποπτευόμενο να αξιολογήσει την ικανότητα των εξυπηρετούμενων να κατανοούν τη φύση των προβλημάτων τους και να συμμετέχουν στη διαμόρφωση ενός σχεδίου παρέμβασης. Άλλωστε, η ικανότητα του εξυπηρετούμενου να αναπτύξει αυτο-επίγνωση (*insight*) σχετικά με τις δυσκολίες του επηρεάζει την επιλογή της παρέμβασης. Συνεπώς, ο επόπτης βοηθά τον εποπτευόμενο να καθορίσει την κατάλληλη παρέμβαση με βάση παράγοντες όπως η φύση του προβλήματος του εξυπηρετούμενου (διάρκεια, σοβαρότητα και περιβαλλοντικές επιρροές) και το στάδιο αποδοχής του προβλήματός του, πάντα με σεβασμό στην αυτονομία /αυτοδιάθεσή του (American Board of Examiners in Clinical Social Work, 2004).

Σημαντικό μέρος της εποπτείας αποτελεί και η συνεχιζόμενη αυτο-αξιολόγηση του εποπτευόμενου από την αρχή του κάθε περιστατικού και με την έναρξη της εποπτείας. Ο

εποπτευόμενος χρειάζεται να ευαισθητοποιηθεί στη διαδικασία αυτο-αξιολόγησής του μέσω της χρήσης διαφόρων μορφών αξιολόγησης, όπως ηχογραφημένες ή βιντεοσκοπημένες συνεδρίες, αναλύσεις περιστατικών, καταγραφή σημειώσεων συνεδριών, παρατηρήσεις μέσω μονόπλευρων καθρεφτών και ερωτηματολόγια ανατροφοδότησης των εξυπηρετούμενων. Ο επόπτης δεν πρέπει να περιορίζει την εποπτεία στη συζήτηση της «περίπτωσης» χωρίς να επεκτείνεται σε μια συζήτηση για τη «διεργασία» του τι συμβαίνει σε κάθε περιστατικό. Η αυτο-αξιολόγηση του εποπτευόμενου αποτελεί μέρος της τελικής αξιολόγησης, όπως θα αναλυθεί παρακάτω, και συμπεριλαμβάνει τις σκέψεις και συμπεριφορές του εποπτευόμενου. Αυτές οι τεχνικές όμως θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με κάποια επιφύλαξη, καθώς επιλεκτικές μελέτες δείχνουν ότι πιθανό να δημιουργούν άγχος και να παρεμποδίζουν την επίδοση του εποπτευόμενου (Ellis, Krenzel, & Beck, 2002).

Ο κλινικός οφείλει να διατηρεί μια στάση ‘αναμονής’ στην αρχή της κάθε συνεδρίας. Ακόμη και όταν η «αιζέντα» της παρέμβασης έχει ήδη δημιουργηθεί, ο κλινικός οφείλει να διερωτηθεί: *«Ποια νέα θέματα έχουν προκύψει τα οποία χρήζουν προσοχής;»* Στην κλινική εποπτεία, ο επόπτης καθοδηγεί τον εποπτευόμενο να εκτιμήσει τα απροσδόκτα ‘δώρα’ που μοιράζονται οι εξυπηρετούμενοι κατά τη διάρκεια των συνεδριών, ξεκινώντας από τις πιο έμμεσες αποκαλύψεις στο ξεκίνημα της συνεδρίας μέχρι τις άμεσες ‘αποκαλύψεις της πόρτας’ (door knob revelations) στο τέλος της συνεδρίας.

Για παράδειγμα, η αποκάλυψη μιας νεαρής κοπέλας ότι έχει σεξουαλικά κακοποιηθεί στο παρελθόν από συγγενικό της άτομο ενώ αποχωρεί από τη συνεδρία αποτελεί σημαντική αποκάλυψη, η οποία θα πρέπει να τύχει επεξεργασίας στις επόμενες συνεδρίες έστω και αν η παρέμβαση μέχρι εκείνο το σημείο είχε επικεντρωθεί στις εργασιακές της δυσκολίες. Σε άλλη περίπτωση, η αποκάλυψη μιας νεαρής έφηβης - στο τέλος της συνεδρίας ή τη στιγμή ακριβώς που φεύγει - ότι αισθάνεται έλξη σε άτομα του ίδιου φύλου θα πρέπει να αποτελέσει το επίκεντρο των επόμενων συνεδριών, έστω κι αν ο κύριος στόχος της παρέμβασης ήταν να την βοηθήσει να επεξεργαστεί το διαζύγιο των γονέων της.

Κρίσιμη δεξιότητα για τον επόπτη εδώ αποτελεί η ικανότητα να βοηθά τον εποπτευόμενο να αισθάνεται ελεύθερος να βάζει στην άκρη το «θεραπευτικό πλάνο» ή τη «διάγνωση» ώστε να μπορεί να λαμβάνει τις αποκαλύψεις και τα μηνύματα του εξυπηρετούμενου καθ’ όλη τη διάρκεια διαχείρισης του περιστατικού.

Ο επόπτης βοηθά τον εποπτευόμενο να κατανοήσει τις εκφάνσεις της συμπεριφοράς του εξυπηρετούμενου, οι οποίες μπορεί να παρουσιάζονται αρχικά ως «αποκλίνουσες συμπεριφορές». Ο εποπτευόμενος διδάσκεται να ερμηνεύει την έντονη συναισθηματική έκφραση του εξυπηρετούμενου ως μια μορφή επικοινωνίας (ίσως και προσαρμοστικής τη δεδομένη στιγμή). Στη συνέχεια, ο εποπτευόμενος κλινικός μπορεί να επιτρέψει στους εξυπηρετούμενους να εκφράσουν συναισθηματικές καταστάσεις και να χρησιμοποιήσουν αυτές τις εκφράσεις ως εργαλείο το οποίο θα τους βοηθήσει να κατανοήσουν και να ξεπεράσουν τις δυσκολίες που βιώνουν. Επείγοντα και δύσκολα ζητήματα πιθανό να προκύψουν στο «τέλος» της παρέμβασης. Ο εποπτευόμενος χρειάζεται βοήθεια ώστε να μην αποσυρθεί σε αυτή τη φάση, μιας και δύναται να είναι η στιγμή που ο εξυπηρετούμενος είναι έτοιμος να «δουλέψει» πιο καίρια ζητήματα.

Για παράδειγμα, σε πλαίσιο διαμονής ασυνόδευτων ανηλίκων προσφύγων παρατηρείται η δυσκολία των παιδιών να μεταβούν σε ανεξάρτητη διαβίωση όταν ενηλικιωθούν, η οποία εκφράζεται με παλινδρόμηση στη συμπεριφορά, τάσεις εξάρτησης από τους λειτουργούς του πλαισίου και έντονες συναισθηματικές εκφράσεις (απόγνωση, θυμός, λύπη, αυτοκαταστροφικότητα). Οι εκπαιδευόμενοι κλινικοί αρχικά ερμήνευαν αυτές τις εκφράσεις ως ενδείξεις χειριστικότητας των ασυνόδευτων, με αποτέλεσμα οι δικές τους αντιδράσεις να διέπονται από τους ανάλογους αμυντικούς μηχανισμούς (θυμός και απογοήτευση για τα αποτελέσματα της παρέμβασης). Στην εποπτεία δόθηκε έμφαση στη συμβολική επικοινωνία αυτών των συμπεριφορών των ανηλίκων και στη δυνατότητα επεξεργασίας αυτών των μηνυμάτων σε σχέση με τα βιώματά τους.

Σημαντικό μέρος της εποπτείας αποτελεί η διερεύνηση των προκαταλήψεων του εποπτευόμενου και των τρόπων με τους οποίους αυτές επηρεάζουν τη στάση του κλινικού και την αποτελεσματικότητα της παρέμβασής του. Ο επόπτης οφείλει να εντοπίζει αυτές τις προκαταλήψεις, τα μοτίβα επανάληψής τους με διαφορετικούς εξυπηρετούμενους, και τους τρόπους με τους οποίους επηρεάζουν τη σχέση με τους εξυπηρετούμενους και τις παρεμβάσεις του εποπτευόμενου.

Για παράδειγμα, μια εποπτευόμενη σε πρόγραμμα αναδοχής συζήτησε στην εποπτεία τη δυσκολία που είχε να αξιολογήσει πιθανά επιβαρυντικά στοιχεία υποψήφιων ανάδοχων οικογενειών, όταν οι υποψήφιοι ανάδοχοι ήταν βιολογικοί συγγενείς του παιδιού. Η εποπτευόμενη εξέφρασε την ανακούφισή της όταν συζητήθηκε αυτό το θέμα, καθώς αναγνώρισε ότι αυτή της η στάση την εμπόδιζε να

αξιολογεί αντικειμενικά την καταλληλότητα των ανάδοχων οικογενειών και δημιουργούσε προβλήματα στη διεκπεραίωση των υποθέσεων.

Στη φάση του τερματισμού ο εποπτευόμενος χρειάζεται καθοδήγηση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων ώστε να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο να εκτιμήσει το επίπεδο αλλαγής που έχει επιτευχθεί κατά τη διάρκεια της συνεργασίας, να αναγνωρίσει την προσπάθεια που καταβλήθηκε στο διάστημα αυτό, να αναγνωρίσει τομείς για μελλοντική ανάπτυξη και να διερευνήσει ευκαιρίες για συμπληρωματικές υπηρεσίες.

Με την έμφαση που δίνεται στην κλινική πρακτική ως προς την «τεκμηριωμένη πρακτική» (best evidence practice) και την επακόλουθη ανάπτυξη της έρευνας σε αυτό τον τομέα, ο εποπτευόμενος θα πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογεί και να χρησιμοποιεί πρακτικές οι οποίες υποστηρίζονται από έρευνα. Παράλληλα, ο εποπτευόμενος θα πρέπει να συγκρίνει αυτά τα ευρήματα με την κλινική εμπειρία. Ο εποπτευόμενος πρέπει να βοηθηθεί ώστε να μπορεί να αξιολογεί διαφορετικές προσεγγίσεις και να είναι αρκετά ευέλικτος ως προς την ενσωμάτωση νέων παρεμβάσεων και τεχνικών (American Board of Examiners in Clinical Social Work, 2004).

Ένα από τα καίρια σημεία της εποπτείας αφορούν την **αξιολόγηση του εποπτευόμενου** η οποία περιλαμβάνει, όπως αναφέρθηκε, και τη συνεχιζόμενη αυτο-αξιολόγησή του. Ο επόπτης πρέπει να αναγνωρίζει ότι η συνεχής αξιολόγηση του εποπτευόμενου επηρεάζει τη διεργασία της εποπτείας. Αξιολογήσεις μπορεί να διεκπεραιώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα και θα πρέπει να αντανακλούν τις απαιτήσεις του εκπαιδευτικού προγράμματος ή/και της οργάνωσης. Η ανατροφοδότηση πρέπει να είναι πάντα συγκεκριμένη και να συμπεριλαμβάνει την ενεργή συμμετοχή του εποπτευόμενου. Σε όλες τις αξιολογήσεις ο επόπτης οφείλει να διατυπώσει με σαφήνεια τόσο τα δυνατά όσο και τα αδύνατα σημεία του εποπτευόμενου, όπως και να καθορίσει τους μελλοντικούς στόχους στην εποπτεία (American Board of Examiners in Clinical Social Work, 2004).

Η προώθηση της **κριτικής σκέψης** στον εποπτευόμενο αποτελεί αναμφίβολα μια από τις σημαντικότερες δεξιότητες. Αναφερόμαστε στην κριτική σκέψη εννοώντας τον προβληματισμό του εποπτευόμενου σχετικά με το τι έγινε, γιατί έγινε με αυτή τη μεθόδευση, τι θα μπορούσε να είχε γίνει και ποιες θα είναι οι επιπτώσεις στους εξυπηρετούμενους. Αυτή η οπτική καλλιεργείται μόνο μέσω της γνήσιας διερεύνησης που δημιουργείται μεταξύ επόπτη και εποπτευόμενου στο πλαίσιο μιας θετικής εποπτικής σχέσης.

(β) Οι δεξιότητες του επόπτη που καθορίζουν τη σχέση του με τον εποπτευόμενο

Η θετική σχέση μεταξύ επόπτη και εποπτευόμενου αποτελεί ίσως τον καθοριστικό παράγοντα μιας επιτυχημένης εποπτείας. Οι Gazzola και Theriault (2007) διαφοροποιούν τρεις τομείς οι οποίοι προάγουν τη θετική σχέση και διευκολύνουν τους εποπτευόμενους να διευρύνουν τους ορίζοντές τους: *την ισοτιμία στη σχέση, τον κατάλληλο συνδυασμό υποστήριξης και κινητοποίησης και την ύπαρξη δομής και δέσμευσης στην εποπτεία*. Η Μαλικιώση-Λοίζου (2012) επίσης υπογραμμίζει τις βασικές δεξιότητες που χρειάζεται ένας καλός επόπτης που προάγει τη θετική σχέση: *ενσυναίσθηση, θετική εκτίμηση, αυθεντικότητα και διάθεση για αυτοεξέταση*. Περιλαμβάνει *τη δημιουργική σκέψη, την καινοτομία, παρέχει τη δυνατότητα εμπάθουσας, έχει εξαρχής διορατική σκέψη* σε αντίθεση με τη σκέψη σε «δεύτερο χρόνο» και προάγει *την εξερεύνηση και την ανίχνευση αντί του δογματισμού*.

Την κύρια ευθύνη για τη δόμηση της εποπτικής σχέσης την φέρει ο επόπτης, του οποίου η προσωπικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στη μάθηση. Ο επόπτης πρέπει να έχει την ικανότητα να μεταδίδει τις γνώσεις και εμπειρίες του ενώ παράλληλα διαχειρίζεται την εποπτική ομάδα αφήνοντας περιθώρια για αμοιβαία εξέλιξη στην εποπτική σχέση (Λεβιδιώτη-Λέκκου, 1996).

Περαιτέρω, ο επόπτης θα πρέπει να συμπλέει με τον εποπτευόμενο, να αφουγκράζεται τις ανησυχίες του, να αντιλαμβάνεται τα βασικά μηνύματα τα οποία μεταφέρονται από τον εποπτευόμενο, να ανιχνεύει πιθανά μη εξωτερικευμένα μηνύματα και να δείχνει έμπρακτα την υποστήριξή τους. Σύμφωνα με τον Yalom (2006), η ευρύτητα σκέψης και η επιλεκτική αυτο-αποκάλυψη εμπειριών αποτελούν επίσης σημαντικές δεξιότητες στο κτίσιμο της εποπτικής σχέσης.

Η συνεχής αυτοκριτική του επόπτη σχετικά με τις δεξιότητές του στην εποπτεία και την ικανότητά του να δημιουργεί τις συνθήκες για συμμαχία με τον εποπτευόμενο, θεωρούνται καθοριστικές δεξιότητες στην επιτυχημένη εφαρμογή της κλινικής εποπτείας (Falender & Shafranske, 2007). Άλλες απαραίτητες προϋποθέσεις περιλαμβάνουν τη χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας όπως την προσεκτική ακρόαση, τη στοχευμένη υποβολή ερωτήσεων, την ανάλυση, τη μετάβαση από το γενικό στο συγκεκριμένο και τη διερεύνηση των νοημάτων των αντιστάσεων και σιωπών στις συνεδρίες. Δεξιότητες ενσυναίσθησης, οι οποίες είναι ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία και τη διατήρηση μιας στέρας συνεργατικής σχέσης, περιλαμβάνουν επίσης την αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων πριν ακόμη ο εποπτευόμενος τα αναγνωρίσει (Kadushin & Harkness, 2002, Munson, 2002).

Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της εποπείας, η εποπτευόμενη περιέγραφε στην επόπτη το ιστορικό υποψήφιας ανάδοχης εξυπηρετούμενης. Η μη λεκτική έκφρασή της έδειχνε ξεκάθαρα σεναχώρια και συγκίνηση για τις πολλαπλές αντιξοότητες στο ιστορικό της εξυπηρετούμενης χωρίς όμως να έχει εκφράσει αυτά τα συναισθήματα στην εποπτεία. Αυτό παρατηρήθηκε από την επόπτη, η οποία έδωσε αυτή την ανατροφοδότηση στην εποπτευόμενη βοηθώντας την να λεκτικοποιήσει τα συναισθήματα αυτά.

Ο επόπτης έχει συναίσθηση της λειτουργίας του ως πρότυπο και επιδεικνύει ένα υψηλό βαθμό αυτογνωσίας στη σχέση, ενώ συνδυάζει τη χρήση παραδειγμάτων με πιο άμεσες υποδείξεις στην εποπτεία. Επιδεικνύοντας ιδιαίτερη ευαισθησία σε αυτή την «παράλληλη διαδικασία» (Kadushin & Harkness, 2002), ο επόπτης συμβάλλει επίσης στη συνεχή λειτουργικότητα της εποπείας, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως την προσωπικότητα του εποπτευόμενου, τον μαθησιακό του τύπο και τους στόχους της εποπείας.

Για παράδειγμα, ένας αρχάριος εποπτευόμενος έχει συνήθως περιορισμένη ικανότητα να ανταποκρίνεται άμεσα σε έντονο συναισθηματικό.

Η χρήση της δεξιότητας «συντονισμού» (attunement) με τον εξυπηρετούμενο αποτελεί ένα τρόπο για να βοηθηθούν οι εποπτευόμενοι να έρθουν σε επαφή με τα δικά τους συναισθήματα, τα οποία πιθανό να συνδέονται με το παρελθόν τους όταν αντιμετώπιζαν παρόμοιες καταστάσεις (Shulman, 1999). Αρχάριοι εποπτευόμενοι τείνουν να χρησιμοποιούν μηχανιστικές ανταποκρίσεις (π.χ. αντανάκλαση: «σας ακούω να λέτε...»). Ο επόπτης πρέπει να βοηθήσει τον εποπτευόμενο να «βρει τη δική του φωνή» μέσω της βίωσης του συναισθήματος και διατυπώνοντάς το με τρόπο που να είναι γνήσιο.

Ο επόπτης αρχικά δημιουργεί τις συνθήκες όπου ο εποπτευόμενος μπορεί να αποκαλύψει μεταβιβαστικά συναισθήματα. Αυτό δύναται να επιτευχθεί με την αναγνώριση από τον επόπτη της ικανότητας του εποπτευόμενου να αναγνωρίσει αυτά τα συναισθήματα και την αποδοχή των συναισθημάτων του εποπτευόμενου.

Για παράδειγμα, μια εποπτευόμενη ψυχολόγος είχε αναλάβει ένα παιδί, το οποίο έπρεπε να προετοιμάσει και να στηρίξει για τον επικείμενο θάνατο της μητέρας του από καρκίνο. Από την πρώτη συνεδρία, η εποπτευόμενη αποκάλυψε τη δυσκολία της με το συγκεκριμένο περιστατικό, καθώς σκεφτόταν τη δική της πιθανή απώλεια και επίδραση στο παιδί της. Αυτές οι σκέψεις της προκάλούσαν θλίψη και πόνο με αποτέλεσμα να έχει δυσκολία στο να επεξεργαστεί αποτελεσματικά τα

συναισθήματα του παιδιού. Στην εποπεία εκφράστηκαν αυτά τα συναισθήματα, τα οποία έτυχαν επεξεργασίας με αποτέλεσμα η εποπτευόμενη να τα αποδεχτεί και προχωρήσει στη στήριξη του παιδιού.

Προκειμένου να αποφευχθεί η μετατροπή της εποπείας σε θεραπεία, ο επόπτης εξετάζει το συναίσθημα συνδέοντάς το στενά με την εργασία του εποπτευόμενου με τους εξυπηρετούμενους ή άλλους επαγγελματίες. Ο επόπτης εκφράζει ενσυναίσθηση και κατανόηση στη διαδικασία διερεύνησης των δύσκολων καταστάσεων και αλληλεπιδράσεων με τον εποπτευόμενο. Για παράδειγμα, ο επόπτης μπορεί να κατανοήσει τον εκνευρισμό του εποπτευόμενου και πώς αυτός μπορεί να έχει οδηγήσει σε δυσκολίες επικοινωνίας με άλλους επαγγελματίες. Μόνο μέσω της έκφρασης ενσυναίσθησης προκύπτει η δυνατότητα για τον επόπτη να ζητήσει από τον εποπτευόμενο να κατανοήσει τη συμπεριφορά του άλλου επαγγελματία. Ο επόπτης οφείλει να αναγνωρίσει τις προσπάθειες του εποπτευόμενου να υποστηρίξει τον εξυπηρετούμενό του ενώ παράλληλα τον βοηθά να αποκτήσει πιο αποτελεσματικές μεθόδους συνηγορίας προς αυτόν. Η έκφραση υποστήριξης και ενσυναίσθησης από τον επόπτη προς τον εποπτευόμενο αυξάνει την πιθανότητα ότι θα πράξει και ο ίδιος με αυτό τον τρόπο με άλλους επαγγελματίες και συστήματα τα οποία είναι σημαντικά για τον εξυπηρετούμενο. Σε περιπτώσεις όπου ο εποπτευόμενος αντιστέκεται στην αυτο-εξέταση της δικής του συμβολής στην αλληλεπίδραση με άλλο επαγγελματία/οργάνωση, ο επόπτης οφείλει να το σημειώσει ως περιοχή για βελτίωση στην αξιολόγηση του εποπτευόμενου.

Η εποπτική σχέση προϋποθέτει τη δημιουργία των συνθηκών υπό τις οποίες οι εποπτευόμενοι να μπορούν να εκφράσουν τη διαφωνία τους. Οι επόπτες πρέπει να είναι ανοικτοί στην ιδέα ότι οι αξιολογήσεις τους μπορεί να μην είναι ακριβείς, και ότι οι εποπτευόμενοι έχουν το δικαίωμα να το επισημάνουν αυτό. Μέσα από την αποδοχή της διαφωνίας αυτής και της επεξεργασίας της στο πλαίσιο της εποπείας, ο επόπτης λειτουργεί ως πρότυπο ως προς την αποδοχή της διαφοράς σε ό,τι αφορά την αξιολόγηση, γεγονός που λειτουργεί θετικά στην κλινική πρακτική του εποπτευόμενου.

Ολοκληρώνοντας και αυτή την ενότητα, μπορούμε να καταλήξουμε ότι η επιτυχία της κλινικής εποπείας βασίζεται στη συνέργεια δεξιοτήτων του επόπτη που «ανιχνεύουν» τις ικανότητες και την προσωπικότητα του κάθε εποπτευόμενου, ενεργώντας ως πρότυπο συμπεριφορών και κρίσεων γι' αυτόν και του ταιριάσματος που δημιουργείται μεταξύ επόπτη και εποπτευόμενου μέσα από την προσέγγιση και τους χειρισμούς του κάθε επόπτη. Αναμφίβολα αυτές οι δεξιότητες ωριμάζουν και μεταλλάσσονται ανάλογα με το θεσμικό

πλαίσιο και τις κοινωνικές δυνάμεις που διαμορφώνουν κάθε φορά το πλαίσιο της επαγγελματικής πρακτικής.

Η λεπτομερής ανάλυση των *Δεξιοτήτων της Κλινικής Εποπείας* που προηγήθηκε, ευαισθητοποιεί τον αναγνώστη στις παραμέτρους που συνιστούν την αποτελεσματική εφαρμογή της. Το υποκεφάλαιο που ακολουθεί, αναφερόμενο στα *Μοντέλα στην Κλινική Εποπείας*, συμπληρώνει την κατανόηση του αναγνώστη στη δυναμική της Κλινικής Εποπείας για την πληρέστερη εφαρμογή της.

3. Τα Μοντέλα της Κλινικής Εποπείας

Η κλινική εποπεία είναι μια «εύπλαστη» και ευμετάβλητη διεργασία, η οποία, δεδομένων των ορίων της, δεν εντάσσεται απόλυτα σε φόρμες, μοντέλα και χρονικές περιόδους. Χρήσιμο είναι όμως να γνωρίζουμε τα ποικίλα μοντέλα της για να μπορούμε να επιλέγουμε εκείνα τα χαρακτηριστικά τους που μας είναι απαραίτητα για κάθε περίπτωση. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται μεγάλη ποικιλία εποπτικών μοντέλων σε μια προσπάθεια ευρύτερης κατανόησης της κλινικής εποπτικής διεργασίας και κυρίως διατύπωσης αποτελεσματικών μεθόδων μάθησης και εφαρμογής των κατάλληλων δεξιοτήτων⁴.

(α) Μοντέλα «ψυχοθεραπευτικών θεωριών»: Το πρώτο κυρίαρχο μοντέλο κλινικής εποπείας ανατρέχει από τη δεκαετία του 1950 περίπου μέχρι το 1970-80, επηρεασμένο από την *Ψυχαναλυτική Σχολή* και την τάση παραλληλισμού της κλινικής εποπείας με θεραπευτική συνεδρία. Η κλινική εποπεία ταυτιζόταν με τη «θεραπεία» του εποπτευόμενου, με σκοπό την αυτογνωσία, την επίγνωση των αντιστάσεων του για μάθηση ή ακόμα και των αντιστάσεων του στην εποπτική σχέση. Μέσα από αυτή τη διαδικασία στόχος ήταν η προσωπική του εξέλιξη και όχι η εκμάθηση δεξιοτήτων προς όφελος του εξυπηρετούμενου (Haarman, 2013). Σήμερα, παρ' όλο που το μοντέλο αυτό αμφισβητείται στην απόλυτη μορφή του, χρειάζεται συχνά ο επόπτης να «δουλέψει» με ορισμένα χαρακτηριστικά ή στάσεις της προσωπικότητας του εποπτευόμενου που τον εμποδίζουν να εμβαθύνει στην κλινική κατανόηση του προβλήματος του εξυπηρετούμενου και να προχωρήσει στις κατάλληλες παρεμβάσεις, όπως αναλύθηκε στο προηγούμενο υποκεφάλαιο.

Για παράδειγμα, ένας ασυνόδευτος ανήλικος πρόσφυγας με ταραγμένο ιστορικό φυγής από την οικογένεια και την πατρίδα του, είναι σιωπηλός, απόμακρος και

4. <http://www.clinicalsupervisionguidelines.com.au/models-and-modalities>

αρνείται οποιαδήποτε επικοινωνία με την κοινωνική λειτουργό, ενώ η ίδια είτε διστάζει ή έχει αποτύχει στις προσπάθειές της να τον προσεγγίσει. Η επιδίωξη της κλινικής επόπριας είναι να διερευνήσει και' αρχάς όλα τα πραγματικά εμπόδια στη δυσκολία επαφής μεταξύ των δύο μερών, τα εμπόδια που ανάγονται στο ιστορικό και την προσωπικότητα του ανήλικου, αλλά και εκείνα που αφορούν τη στάση και ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της κοινωνικού λειτουργού. Στην τελευταία περίπτωση τα ερωτήματα είναι: Τι είναι αυτό που αναστέλλει την επαγγελματία; Φόβος, θυμός, ανασφάλεια επαφής και επικοινωνίας, ψυχική εξουθένωση και απογοήτευση, ή φόβος «αποκάλυψης» μιας διεργασίας πένθους και θρήνου; Η στάση αυτή της κοινωνικής λειτουργού είναι περιστασιακή ή επαναλαμβανόμενη; Η ανάγκη διερεύνησης των τυχών δυσκολιών της πιθανώς να χρειαστεί να οδηγήσει την επόπρια σε μια συζήτηση σε συνειδητό επίπεδο, των τυχών προσωπικών δυσκολιών της σε παρόμοιες καταστάσεις στη ζωή της που της υπαγορεύουν ανάλογες συμπεριφορές.

Ένα υποστηρικτικό, ενθαρρυντικό κλίμα στην εποπτική σχέση θα ενδυναμώσει ενδεχομένως την εποπτευόμενη να προχωρήσει σε συσχετίσεις παραστάσεων και βιωμάτων, ώστε να συνειδητοποιήσει τις ιδιαίτερες αποχρώσεις της στάσης της προς τον ανήλικο, αλλά και κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς της που τυχόν δυσχεραίνουν μια ήδη δύσκολη επικοινωνιακή κατάσταση μαζί του. Τότε πιθανώς θα γίνει περισσότερο «ανοικτή» σε εναλλακτικές μεθόδους προσέγγισης του ανήλικου, ώστε να τον «αγγίξει» μέσω της ενσυναίσθησης, για να προχωρήσουν μαζί πλέον σε μια γνήσια σχέση και επικοινωνία.

Αυτή είναι η διεργασία της κλινικής εκπαιδευτικής και υποστηρικτικής εποπτείας, η οποία διαφοροποιείται από τη θεραπεία, όπως ήδη αναφέραμε στο προηγούμενο κεφάλαιο. Δεν παύει όμως να επεξεργάζεται στάσεις και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του εποπτευόμενου προς όφελος των εξυπηρετούμενων.

Εφόσον η κλινική εποπτεία είναι ένας ευρύτερος όρος που περιλαμβάνει γενικότερα «θεραπευτικές» και υποστηρικτικές διεργασίες, όχι μόνο από την κλινική κοινωνική εργασία αλλά και από την κλινική ψυχολογία, τη συμβουλευτική, την ψυχιατρική, η μελέτη των μοντέλων της οδηγεί στην επίδραση των εκάστοτε θεωρητικών ρευμάτων: Στα μοντέλα των ψυχοθεραπευτικών θεωριών περιλαμβάνονται η **ψυχοδυναμική** θεωρία που ήδη αναφέραμε, η **ανθρωποκεντρική** όπου έμφαση δίνεται σε μια μη-κατευθυντική εποπτική σχέση, η **γνωσιακή-συμπεριφορική** με έμφαση στα μαθησιακά μοντέλα και την αλλαγή

συμπεριφοράς, η **συστημική** θεώρηση, η **αφηγηματική** κ.α. (Bernard & Goodyear, 1998, 2009).

(β) Τα Αναπτυξιακά Μοντέλα αποτελούν τη δεύτερη κατηγορία μοντέλων όπου έμφαση δίνεται στη διεργασία αλλαγών και εξέλιξης του εποπτευόμενου, με επίκεντρο στις δυνάμεις και τις δυνατότητες βελτίωσής του (Leddick, 1995). Καθώς εξελίσσεται ο εποπτευόμενος ως άτομο και επαγγελματίας, η στάση του επόπτη αλλάζει και παράλληλα αλλάζει και η ποιότητα της σχέσης τους. Από ένα «μυμπτικό» και εξαρτώμενο από τον επόπτη τρόπο μάθησης, ο εποπτευόμενος αποκτά αυξανόμενη αυτο-επίγνωση και κατανόηση των άλλων, αυτο-επιβεβαίωση, κίνητρα και αυτονομία. Σταδιακά, η αρχική αντίσταση, αποφυγή και τυχόν συγκρούσεις του εποπτευόμενου με τον επόπτη υποχωρούν, για να αντικατασταθούν με αυτοπεποίθηση και ανεξαρτησία στην επιλογή διαγνωστικών συμπερασμάτων και τύπων παρέμβασης.

Όπως παρατηρείται, η έμφαση στα αναπτυξιακά μοντέλα τοποθετείται στις δυνατότητες και την εξελισσόμενη προσωπικότητα του εποπτευόμενου για προσωπική και επαγγελματική βελτίωση, συνιστώντας μια «γέφυρα» σύνδεσης με την πρώτη ομάδα μοντέλων.

(γ) Η τρίτη κατηγορία μοντέλων κλινικής εποπτείας περιλαμβάνει **τον συνδυασμό θεωρητικών προσεγγίσεων και την ενοποίησή τους** (integrative model) σε μια πρακτική (Bernard & Goodyear, 1992, 1998). Σ' αυτήν την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται πολλά μοντέλα κάποια από τα οποία δίνουν έμφαση στον ρόλο του επόπτη ως «δασκάλου» όταν μεταφέρει γνώσεις, ως «συμβούλου» όταν επισημαίνει τα σημεία «ακινητοποίησης» του εποπτευόμενου που ανάγονται στην προσωπικότητά του και ως «ειδικού» στη μεταφορά δεξιοτήτων. Όπως ήδη έχει αναφερθεί, αυτός ο τελευταίος ρόλος του επόπτη και οι δεξιότητες που συνεπάγεται (οι οποίες αναλύθηκαν στο προηγούμενο υποκεφάλαιο) θεωρείται ότι αποτελούν την κυρίως πρακτική στις οργανώσεις σήμερα και στην άσκηση της εποπτείας γενικότερα. Υπενθυμίζεται ότι αυτοί οι διακριτοί ρόλοι του επόπτη αντιστοιχούν στις βασικές λειτουργίες της εποπτείας του Kadushin, όπως ήδη αναλύθηκαν.

(δ) Στην τέταρτη κατηγορία μοντέλων περιλαμβάνονται όλα τα μοντέλα εποπτείας των τελευταίων ετών που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως **Μοντέλα Διεργασίας** (Process Models, 2013). Κοινό χαρακτηριστικό τους είναι η θεώρηση ότι η κλινική εποπτεία αποτελεί μια ιδιαίτερη διεργασία η οποία θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω θεωρητικά και

ερευνητικά. Επιλέγουμε να αναφέρουμε ενδεικτικά δύο Μοντέλα Διεργασίας της κλινικής εποπτείας που παρέχουν μια ολοκληρωμένη συστηματική ανάλυση στο περιεχόμενο και την εφαρμογή τους:

- (α) Η Συστημική προσέγγιση στην Εποπτεία (SAS Model της Elizabeth Holloway, 1995).
- (β) Το Μοντέλο της Διπλής Φόρμας (Double Matrix Model) ή το Μοντέλο του Επόπτη με τις Επτά Προσεγγίσεις (Seven Eyed Supervisor) των Hawkins & Shohet (2006).

(ε) Το Διαθεωρητικό Μοντέλο της Κλινικής Εποπτείας

Είναι ενδιαφέρον εδώ να γίνει μια σύντομη αναφορά στο *Διαθεωρητικό Μοντέλο της Κλινικής Εποπτείας* των Aten, Strain και Gillespie (Transtheoretical Model of Clinical Supervision-TMCS, 2008). Πρόκειται για το νεότερο μοντέλο που αναφέρεται στη βιβλιογραφία και αποτελεί συνδυασμό των προηγούμενων μοντέλων. Βασίζεται σε εννέα αρχές και περιγράφει έξι στάδια αλλαγής του εποπτευόμενου.

Οι αρχές είναι:

- i. Κανένα μοντέλο εποπτείας δεν μπορεί να καταγράψει την πολυπλοκότητα της εποπτικής διαδικασίας (Gilbert & Evans, 2001). Επομένως, ένα μοντέλο κλινικής εποπτείας αυτού του είδους μπορεί να παρέχει ένα πρότυπο για τους επόπτες, που θα τους διευκολύνει να κατανοήσουν τις ανάγκες των εποπτευόμενων και να συνθέσουν τις διάφορες προσεγγίσεις της εποπτείας για την κάλυψη αυτών των αναγκών.
- ii. Οι εποπτευόμενοι βιώνουν την κλινική εποπτεία με ποικίλους βαθμούς ανησυχίας, κινήτρων και φόβων.
- iii. Μέσω του μοντέλου αυτού διευκολύνεται η ολοκληρωμένη επαγγελματική ανάπτυξη.
- iv. Η ικανότητα ανάπτυξης και αλλαγής των εποπτευομένων μπορεί να ποικίλλει.
- v. Οι επόπτες θα πρέπει να εκτιμήσουν με ακρίβεια και τα έξι στάδια αλλαγής των εποπτευόμενων για την αξιολόγησή τους (βλέπε κατωτέρω).
- vi. Επόπτες και εποπτευόμενοι κερδίζουν παράλληλα πείρα από την κοινή εμπειρία τους.
- vii. Το συγκεκριμένο μοντέλο δεν αποτελεί ένα μοντέλο ψυχοθεραπείας καθώς συμπεριλαμβάνει άλλες έννοιες και τεχνικές που αφορούν την εποπτεία.
- viii. Οι επόπτες οι οποίοι χρησιμοποιούν το Διαθεωρητικό Μοντέλο Εποπτείας μπορούν παράλληλα να αντιμετωπίζουν θέματα διαφορετικότητας, διότι διαθέτουν τα εργαλεία να

αξιολογούν τις ποικίλες πολυπολιτισμικές (Falender & Shafranske, 2004), φεμινιστικές (Prouty, 2001), θρησκευτικές και πνευματικές πτυχές της εποπτείας (Aten & Hernandez, 2004).

ix. Η χρησιμότητα αυτού του μοντέλου ποικίλλει ανάλογα με την εμπειρία και ικανότητα των εποπτών.

Τα στάδια αλλαγής των εποπευόμενων

Το *Διαθεωρητικό Μοντέλο* περιγράφει έξι στάδια αλλαγής από τα οποία διέρχονται οι εποπευόμενοι έως ότου καταλήξουν σε μια μόνιμη αλλαγή. Ενώ για κάποιους εποπευόμενους η εξέλιξη αυτή θα είναι γραμμική και ανοδική, για τους περισσότερους η εξέλιξη θα προκύψει μέσα από μία μη γραμμική διαδικασία.

Ακολουθεί η ανάλυση των σταδίων:

1^ο. Προκαταρκτικό στάδιο

Σ' αυτό το στάδιο, οι εποπευόμενοι σε μεγάλο βαθμό δεν αναγνωρίζουν τις δυνατότητες βελτίωσης και αλλαγής τους, πιστεύουν ότι η αλλαγή δεν είναι δυνατή ή αντιστέκονται σ' αυτήν. Σ' αυτή τη φάση, μπορεί να αντιδράσουν αμυντικά όταν το θέμα αυτό έρχεται προς συζήτηση στην εποπτεία (Prochaska & DiClemente, 1984).

Παράδειγμα: Ο εποπευόμενος Α. εκδηλώνει θυμό σε ένα συναισθηματικά και οικονομικά στερημένο άτομο, το οποίο παρουσιάζει απέναντί του ασταθή, ασυνεπή και χειριστική συμπεριφορά, την οποία όμως εκλαμβάνει ως προσωπική του απόρριψη. Όταν το σημείο αυτό του επισημάνθηκε στην εποπτεία, ο Α. έγινε αμυντικός. Η ίδια εκδήλωση ανοικτού θυμού επαναλήφθηκε και σε άλλες περιπτώσεις. Ο Α. πιστεύει ότι έχει δίκαιο και καλώς αντιδρά θυμωμένα σε παρόμοια περιστατικά. Σ' αυτό το προκαταρκτικό στάδιο, ο Α. είναι δυνατόν είτε να «κολλήσει» στην άμυνά του, μη αναγνωρίζοντας την ανάγκη διερεύνησης της πραγματικότητας του ατόμου, ή να εξελιχθεί σταδιακά στα επόμενα στάδια, δεδομένης μιας θετικής, τροφοδοτικής σχέσης με τον επόπτη.

2^ο. Το στάδιο του στοχασμού

Σε αυτό το στάδιο, οι εποπευόμενοι έχουν την αίσθηση ότι απαιτείται αλλαγή, αλλά δεν είναι σίγουροι πώς να κινηθούν ώστε να επιτευχθεί η αλλαγή ή δεν μπορούν να δεσμευτούν ως προς την αλλαγή που απαιτείται. Συχνό φαινόμενο κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου είναι

το αίσθημα στασιμότητας που προκύπτει από την αυξημένη συνειδητοποίηση για το τι σημαίνει ο εποπτευόμενος να λειτουργήσει σε έναν επαγγελματικό ρόλο ή ικανοποιητικό κλινικό ρόλο. Οι προοπτικές της αλλαγής μπορούν να προκαλέσουν αμφιθυμία, ανησυχία, αγωνία και άγχος. Σημαντικό να σημειωθεί ότι οι εποπτευόμενοι με ικανότητα στοχασμού μπορούν να παραμείνουν σε αυτό το στάδιο για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο.

***Παράδειγμα:** Μια νεαρή εποπτευόμενη Β., εξαρτώμενη στις αρχικές φάσεις από την επόπριά της, έχει αναλάβει την περίπτωση μιας αυταρχικής, κυριαρχικής μητέρας, η οποία καταδυναστεύει τον χρόνο γιό της. Το παιδί είναι εξαρτώμενο από τη μητέρα του, αποσυρμένο από το σχολείο του, χωρίς φίλους, με προβλήματα στη σχολική του επίδοση. Η διερεύνηση των σχέσεων μητέρας-γιου και η ανάγκη τροποποίησης της συμπεριφοράς της μητέρας σε ελαστική και λιγότερο κυριαρχική, θα οδηγήσει τη Β. στον στοχασμό των δικών της τάσεων για «εξάρτηση» και τις δυνατότητές της για τη διαχείρισή τους. Αυτή είναι η αρχή μιας επώδυνης διαδικασίας «αυτο-εξέτασης» για αλλαγή, που συνοδεύεται από ανησυχία, άγχος και αμφιθυμία. Για να χειριστεί η εποπτευόμενη Β. θέματα εξαρτητικής συμπεριφοράς θα πρέπει η ίδια να έχει επίγνωση των δικών της τάσεων εξάρτησης. Επειδή είναι ευαισθητοποιημένη και κινητοποιημένη για προσωπική της αλλαγή και βελτίωση, μπορεί μεν να παραμείνει αρκετό διάστημα σ' αυτό το δεύτερο στάδιο αλλαγής, όμως έχει τις δυνατότητες να συνεχίσει και στα επόμενα στάδια και να ανεξαρτητοποιείται σταδιακά από την επόπριά της εφόσον θα έχει την αποδοχή και επιβεβαίωσή της, ώστε να μπορέσει να χειρίζεται αποτελεσματικά τάσεις εξάρτησης/ανεξαρτητοποίησης των εξυπηρετούμενων.*

3^ο. Το στάδιο της προετοιμασίας

Σε αντίθεση με τους εποπτευόμενους στα προηγούμενα δύο στάδια, στο στάδιο της προετοιμασίας βρίσκονται όσοι έχουν επίγνωση των περιοχών όπου υπάρχει ανάγκη ανάπτυξης αλλά και έχουν την πρόθεση για αυτή την αλλαγή. Αυτό το στάδιο είναι σύντομο για τους εποπτευόμενους, καθώς είτε η μετάβαση στο επόμενο στάδιο της δράσης ή η παλινδρόμηση στο προηγούμενο στάδιο του στοχασμού, πιθανότατα θα συμβεί σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Οι εποπτευόμενοι οι οποίοι έχουν διαπραγματευτεί με επιτυχία την αμφιθυμία, την ανησυχία, την αγωνία και το άγχος που συνήθως σχετίζονται με το στάδιο του στοχασμού, μπορεί να αισθάνονται υποχρεωμένοι να δράσουν. Η αμοιβαία συμφωνία στόχων μεταξύ των εποπών και των εποπτευομένων, έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει

μικρές συμπεριφορικές αλλαγές, οι οποίες επιβοηθούν τους εποπτευόμενους να προχωρήσουν στο επόμενο στάδιο της δράσης (Lehrman-Waterman & Ladany, 2001).

4^ο. Το στάδιο της δράσης

Οι εποπτευόμενοι στο στάδιο της δράσης βιώνουν παρόμοιες δυσκολίες και την ίδια αγωνία με όσα βιώνουν οι εποπτευόμενοι στο στάδιο του στοχασμού (π.χ. άγχος που προκύπτει από την ασυμφωνία μεταξύ της αυξημένης συνειδητοποίησης των εποπτευόμενων και της ετοιμότητάς τους να αλλάξουν). Η διαφορά, ωστόσο, είναι ότι το άγχος που αντιμετωπίζουν οι εποπτευόμενοι στο στάδιο της δράσης προκύπτει από τα αποτελέσματα της εφαρμογής νέων γνώσεων, δεξιοτήτων και παρεμβάσεων.

Οι επόπτες μπορούν να αναμένουν από τους εποπτευόμενους να αρχίσουν να δεσμεύονται ως προς την επαγγελματική τους ανάπτυξη και την εκτέλεση συντονισμένων στρατηγικών συμπεριφοράς για να επηρεάσουν την ανάπτυξη των εξυπηρετούμενων. Σ' αυτό το στάδιο παρατηρείται αυξημένη δέσμευση για αλλαγή από τον εποπτευόμενο.

5^ο. Το στάδιο της συντήρησης

Οι εποπτευόμενοι στο στάδιο της συντήρησης σκόπιμα επιδιώκουν και καταβάλουν συνειδητή προσπάθεια για να διατηρήσουν πετυχημένους τομείς αλλαγής. Μαζί με την ικανότητα υποστήριξης της προσωπικής τους ανάπτυξης, σε αυτό το στάδιο επιδεικνύουν εξελικτικές επιτυχίες. Ωστόσο, οι επόπτες θα πρέπει να γνωρίζουν ότι η συνεχιζόμενη επιτυχία απαιτεί μακροπρόθεσμη προσαρμογή στις οξείες αλλαγές που έγιναν στα προηγούμενα στάδια. Ο κύριος στόχος των εποπών κατά τη διάρκεια του σταδίου συντήρησης είναι να βοηθηθούν οι εποπτευόμενοι να διατηρήσουν τη θετική δυναμική που έχουν αποκτήσει και να συνενώσουν τις αναπτυξιακές αλλαγές για να προωθείται η συνεχής ανάπτυξη. Σε αντίθετη περίπτωση, ο κίνδυνος υποτροπής και επιστροφής σε προηγούμενα στάδια αυξάνεται.

Παραδείγματα για τα Στάδια Προετοιμασίας, Δράσης, Συντήρησης:

Σε σχέση με το προηγούμενο παράδειγμα, αν η εποπτευόμενη Β. δεν είναι ιδιαίτερα αμυντική και έχει κίνητρα για προσωπική αλλαγή και ανάπτυξη, η σταδιακή βελτίωσή της θα λειτουργήσει θετικά, θα αυξήσει την αυτοπεποίθησή της με αποτέλεσμα να μειώνεται σταδιακά η εξάρτησή της από την επόπτρια. Εισερχόμενη στο στάδιο της προετοιμασίας και αργότερα της δράσης, θα γίνεται

όλο και περισσότερο ικανή να χρησιμοποιεί προς όφελος των εξυπηρετούμενων, όχι μόνο τις γνώσεις, αλλά και τις δεξιότητες που εισπράττει και εσωτερικεύει από την επόπριά της. Η ανάγκη συντήρησης αυτής της νέας κατάστασης που βιώνει η εποπτευόμενη, ενισχύεται όλο και περισσότερο από την επόπριά της, αλλά και από την παράλληλη σταδιακή βελτίωση της στάσης της κυριαρχικής μητέρας προς τον γιό της, του οποίου η συμπεριφορά και απόδοση στο σχολείο βελτιώνεται.

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι η πορεία αλλαγής δεν είναι πάντα ανοδική. Υπάρχουν παλινδρομήσεις, άγχος, ανασφάλεια, αμφισβήτηση και κάποιες φορές ο εποπτευόμενος «λιμνάζει» σε προηγούμενα στάδια. Αυτή όμως η πορεία, με τα πιθανά «πισωγυρίσματά» της, σηματοδοτεί τελικά τη διεργασία μάθησης, όχι μόνο του «εαυτού» αλλά και των βελτιωμένων τεχνικών και δεξιοτήτων του εποπτευόμενου.

β'. Το στάδιο του τερματισμού

Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, οι εποπτευόμενοι έχουν αποκτήσει αυξημένες ικανότητες, βελτιωμένες δεξιότητες, έχουν διορθώσει προβληματικές συμπεριφορές ή έχουν προχωρήσει σε ένα νέο αναπτυξιακό στάδιο. Το στάδιο του τερματισμού δίνει την ευκαιρία και στα δύο μέρη να αξιολογήσουν τα οφέλη που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια της εποπτείας, να εντοπίσουν περιοχές που εξακολουθούν να χρειάζονται ανάπτυξη και να συζητήσουν την εποπτική σχέση. Ο τερματισμός όμως δεν σημαίνει ότι η εποπτεία έχει τελειώσει ή δεν είναι πλέον απαραίτητη. Υποδηλώνει μάλλον μια μετάβαση κατά την οποία οι επόπτες και οι εποπτευόμενοι αξιολογούν τους στόχους της εποπτείας και επικεντρώνονται σε πιο πιεστικούς ή ανώτερους τομείς επαγγελματικής ανάπτυξης.

Οι Nellany, Sloan & Turnbull (2013) εισηγούνται τα παρακάτω κριτήρια για την αξιολόγηση των εποπτευόμενων: (α) δυνατότητα υιοθέτησης σταθερής επαγγελματικής ταυτότητας, (β) επαρκής χρησιμοποίηση βελτιωμένων δεξιοτήτων, (γ) αυτοπεποίθηση για αξιοποίηση δεξιοτήτων, (δ) περισσότερα θεραπευτικά οφέλη από τη χρήση αυτών των δεξιοτήτων.

Αυτονόητο είναι ότι παράλληλα με την ανάπτυξη του εποπτευόμενου, ο επόπτης χρειάζεται να τροποποιήσει σταδιακά τον ρόλο του, τηρώντας αποστάσεις και παρέχοντας τη δυνατότητα για αυξημένες πρωτοβουλίες και αυτοδιάθεση στον εποπτευόμενο.

Ολοκληρώνοντας το Διαθεωρητικό Μοντέλο της Κλινικής Εποπτείας, επισημαίνουμε ότι αυτό λειτουργεί μόνο **ως πρότυπο** για τους επόπτες. Υπόκειται σε προσαρμογές ανάλογα με τις

προσωπικότητες του επόπτη και του εποπτευόμενου, την ποιότητα της εποπτικής σχέσης, τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων και την πολιτική της οργάνωσης.

Συμπερασματικά, οποιοδήποτε μοντέλο και αν επιλέξει ο επόπτης, κοινά σημεία και βασικές προϋποθέσεις όλων των μοντέλων θα είναι: Η ασφαλής εποπτική σχέση, η στοχοθετημένη δομή της εποπτείας, η χρησιμοποίηση μεθόδων που αναφέρονται σε μια ποικιλία μαθησιακών προσεγγίσεων, η αμοιβαία συμφωνία-συμβόλαιο μεταξύ επόπτη-εποπτευόμενου, η αμοιβαιότητα στις προσδοκίες και των δύο μερών, η κατανόηση της σημασίας που έχει η πολιτική της οργάνωσης, η πολλαπλότητα των εποπτικών ρόλων, η χρησιμοποίηση δεξιοτήτων επικοινωνίας και επιβοήθησης των εξυπηρετούμενων και η προσωπική ανάπτυξη του εποπτευόμενου. Σταδιακά, ο επόπτης δυνατόν να επιλέξει να χρησιμοποιεί ένα προσωπικό, δικό του εποπτικό μοντέλο, ως αποτέλεσμα της αυξανόμενης εμπειρίας και εξέλιξής του ως κλινικού επόπτη.

Επίλογος

Η ολοκλήρωση αυτού του άρθρου μας οδηγεί σε ορισμένα καίρια σημεία που θα επιθυμούσαμε να επισημάνουμε: Το αρχικό μας κίνητρο για τη συγγραφή του κειμένου ήταν να καταγράψουμε τις εποπτικές μας εμπειρίες όπως τις βιώνουμε τα τελευταία χρόνια στον κλινικό χώρο. Παρόλο που το θέμα δεν είναι πρωτότυπο, πιστεύαμε ότι είχαμε να προσθέσουμε κάποιες ενδιαφέρουσες διαστάσεις στις δεξιότητες και μεθόδους της κλινικής εποπτείας, με την απαραίτητη προϋπόθεση της εμβάθυνσης στα δυναμικά της εποπτείας και στη συνειδητή χρησιμοποίηση κλινικών γνώσεων από τον χώρο της κλινικής ψυχολογίας και της κλινικής κοινωνικής εργασίας. Η αναγκαία πλαίσισή του θέματός μας με θεωρητικό υλικό, παλαιό και νέο, μας οδήγησε σε νέες διαδρομές. Επιδιώκοντας τη στήριξη και ενίσχυση των νέων εποπτών κυρίως, η επιμελής αναζήτηση και εμβάθυνση συστηματοποιημένων κλινικών γνώσεων γύρω από τη φύση, τα χαρακτηριστικά και τα όρια της κλινικής εποπτείας, διαμόρφωσε το στίγμα της εργασίας μας το οποίο περιλαμβάνεται στο Μέρος Α. Στη συνέχεια, η επισταμένη αναζήτηση όλο και περισσότερου θεωρητικού υλικού μας άνοιγε νέους ορίζοντες. Αναγκαίο ήταν λοιπόν να περάσουμε στην επιλογή ορισμένων θεμάτων εμβάθυνσης στη διεργασία της κλινικής εποπτείας περιχαρακώνοντας πλέον το θέμα μας. Αυτό έγινε στο Μέρος Β. του κειμένου, με την ανάλυση των Λειτουργιών, των Δεξιοτήτων και των Μοντέλων της Κλινικής Εποπτείας. Τελικά, η προσωπική μας συμβολή διαχέεται σε όλο το κείμενο, από την επιλογή του θεωρητικού υλικού μέχρι τα παραδείγματα της εποπτικής μας εμπειρίας, που διασαφηνίζουν τα σχετικά θεωρητικά

δεδομένα. Θα μπορούσαν τα παραδείγματα να ήταν πολύ περισσότερα. Η ανάγκη όμως περιορισμού της έκτασης του κειμένου στα πλαίσια ενός άρθρου, μας ανάγκασε να περιορίσουμε την έκταση και την ποικιλία τους.

Τέλος, θα επιθυμούσαμε να επισημάνουμε δύο ακόμη σημεία: Πάντα η μελέτη παρόμοιων θεωρητικών αλλά και εμπειρικών θεμάτων μας οδηγεί στην αναζήτηση νέου ερευνητικού υλικού, ιδιαίτερα στον ελληνικό και κυπριακό χώρο. Απουσιάζουν νέες ερευνητικές μελέτες σε σχέση με τα δυναμικά και τη διεργασία της εποπτείας, κάτι που θα εμπλούτιζε τις γνώσεις μας και θα ενίσχυε την εμπειρία μας. Επιτακτική είναι λοιπόν η ανάγκη για τους ερευνητές και επόπτες να ασχοληθούν με αυτό τον τομέα παράλληλα με την εποπτική τους ενασχόληση.

Θα θέλαμε επίσης να προσθέσουμε ότι συγγραφείς αυτού του άρθρου είμαστε δύο συνάδελφοι που γνωριστήκαμε στην Κύπρο και συνεργαστήκαμε ως καθηγήτριες στο Τμήμα Ψυχολογίας και Κοινωνικής Εργασίας στο Frederick University Cyprus, για κάποια χρόνια: η μία είναι κλινική ψυχολόγος και επίκουρη καθηγήτρια κλινικής ψυχολογίας από τη Λευκωσία και η άλλη, κλινική κοινωνική λειτουργός και καθηγήτρια κοινωνικής εργασίας από την Αθήνα. Το άρθρο γράφτηκε από απόσταση, με ηλεκτρονική και τηλεφωνική επικοινωνία. Η δύναμη όμως της αλληλο-παραδοχής, της αμοιβαίας ενδυνάμωσης και υποστήριξης γεφύρωσε τις αποστάσεις και παράγαγε ένα έργο ενιαίο, μεστό και αμοιβαία αποδεκτό και από τις δύο. Με την ίδια έννοια λοιπόν, η δύναμη της θετικής σχέσης επόπτη και εποπτευόμενου, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, μπορεί να παράγει μια βαθιά μαθησιακή εμπειρία, δυνατή και επωφελή και για τα δύο εμπλεκόμενα μέρη.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσσον

- American Board of Examiners in Clinical Social Work Practice (2004). *Clinical Supervision: A practice specialty of clinical social work*. Available at: www.abecsw.org [Accessed May 14, 2019]
- Aten, J. D., & Hernandez, B. C. (2004). Addressing Religion in Clinical Supervision: A Model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), pp. 152–160.
- Aten, J. D., Strain, J. D., and Gillespie, R. E. (2008). A transtheoretical model of clinical supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(1), pp. 1–9.

- Bernard, J.M. & Goodyear, R. (2009). *Fundamentals of Supervision* (4th edition). NY: Pearson.
- Bogo, M., & Vayda, E. J. (1998). *The Practice of Field Instruction in Social Work: Theory and process*. New York: Columbia University Press.
- Borders, D. & Brown, L. (2006). *The New Handbook of Counseling Supervision*. New York: Routledge.
- Brandell, J.B. (ed). (2011). *Theory and Practice in Clinical Social Work*. London: The Free Press
- Campbell, J. (2006). *Essentials of Clinical Supervision*. John Wiley & Sons Inc.
- Cohen, J. (1980). Nature of clinical social work. In: Ewalt, P.L. (Ed.) *Toward a Definition of Clinical Social Work*. (Washington D.C: N.A.S.W).
- Conway, C., & MacLeod, A.K. (2002). Well-being: its importance in clinical practice and research. *Clinical Psychology, 16*, pp.26-29.
- Corey, G. (2009). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, 8th ed*. Belmont: Thomson Brooks/Cole.
- Ellis, M. V., Kregel, M., and Beck, M. (2002). Testing self-focused attention theory in clinical supervision: Effects of supervisee anxiety and performance. *Journal of Counseling Psychology, 49*, pp.101-116.
- Falender, C. A. and Shafranske, E. P. (2004). *Clinical Supervision: A competency-based approach*. American Psychological Association.
Available at <https://doi.org/10.1037/10806-000> [Accessed June 1, 2019]
- Falender, C. A., and Shafranske, E. P. (2007). *What Makes for Good Supervision?* (pp. 37-58). Washington: American Psychological Association.
- Gazzola, N., and Thériault, A. (2007). Relational themes in counselling supervision: Broadening and narrowing processes. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 41* (4), pp.228-243.
- Gilbert, M.C. and Evans, K. (2001). *Psychotherapy Supervision: an integrative relational approach to psychotherapy supervision*. USA: Open University Press.
- Gilbert, P. (2002). Understanding the biopsychosocial approach: Individual and social interventions. *Clinical Psychology, 15*, pp. 28-32.
- Grant, J., Schofield, M.J. and Crawford, S. (2012). Managing difficulties in supervision: supervisor's perspectives. *Journal of Counseling Psychology, 59* (4), pp. 528-41.
- Haarman, G.B. (2013). *Clinical Supervision: Legal, Ethical, and Risk Management Issues*. USA: CreateSpace Independent Publishing Platform.

- Hawkins, P. and Shohet, R. (2006). *Supervision in Helping Professions*. Berkshire: Open University Press.
- Holloway, E. L. (1995). *Clinical Supervision: A systems approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kadushin, A. (1992). *Supervision in Social Work* (3rd ed.) New York: Columbia University Press
- Kadushin, A., and Harkness, D. (2002, 2014). *Supervision in Social Work* (4th ed.). New York: Columbia University Press.
- Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J. and Jolly, B. (2007) AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision, *Medical Teacher*, 29(1), pp. 2-19.
- Lehrman-Waterman, D. and Ladany, N. (2001). Development and validation of the evaluation Process within Supervision Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (2), pp.168–177.
- Marzillier, J., and Hall, J. (Eds.) (1999). *What is Clinical Psychology?* (3rd ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Munson, C. E. (2002). *Handbook of Clinical Social Work Supervision* (3rd ed.). New York: Hawthorn Press.
- Nellany, J., Sloan, G., Turnbull, S. (2013). Clinical supervision in psychological therapies. *British Journal of Mental Health Nursing*. 2 (2), pp. 84-89.
- Payne, M., (2014). *Modern Social Work Theory*, (4th ed.). Palgrave: Macmillan.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19 (3), pp. 276–288.
- Prouty, A. (2001). Experiencing feminist family therapy supervision. *Journal of Feminist Family Therapy: An International Forum*, 12 (4), pp. 171–203.
- Shulman, L. (1993). *Interactional Supervision*. Washington, DC: NASW Press.
- Shulman, L. (1999). *The Skills of Helping Individuals, Families, and Groups* (4th ed.). Itasca, IL: Peacock.
- Thomson, N. (2000). *Understanding Social Work*. London: Palgrave.
- Tsui, M. (2005). *Social Work Supervision: Contexts and concepts* (6th ed.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Yalom, I.D. (2006). *Momma and the Meaning of Life: Tales of Psychotherapy*. NY: Harper Collins editions.
- Winnicott, D.W. (1971). *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. London: Routledge.

Ελληνόγλωσσον

- Δημητρόπουλος, Σ. (2007). *Συμβουλευτική-Προσανατολισμός* (Τόμος Α'). Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Μ. (συν. Α. Καλούτσου & Χ. Μουζακίτης) (2011). *Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας: Μοντέλα Παρέμβασης*, Αθήνα: Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ.
- Heiden, L.A. & Hersen, M. (1997). *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία* (Επιμέλεια: Καλαντζή-Αζίτι, Α. και Αναγνωστόπουλος, Φ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίτι, Α. (2008). *Το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Ειδίκευσης στην Κλινική Ψυχολογία του Πανεπιστημίου Αθηνών*. Εισήγηση στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Φοιτητών Ψυχολογίας, Αθήνα, 11-13/04/2008.
- Κανδυλάκη, Α. (2001). *Η Συμβουλευτική στην Κοινωνική Εργασία. Δεξιότητες Επικοινωνίας και Τεχνικές Παρέμβασης*, Αθήνα: Σύγχρονες Ακαδημαϊκές και Επιστημονικές Εκδόσεις.
- Karls, J. M. & Wandrei, K. E. (2004). *Εγχειρίδιο «Πλεύση». Το Πρόσωπο στο Περιβάλλον του*, Επιμ. Καλλιδικάκη, Θ., μεταφρ. Βεργέτη, Γ., και Καρπίτης, Γ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κοσμίδου, Χ. και Γαλανουδάκη, Α. (1996). *Συμβουλευτική: Θεωρία και Πρακτική*. Αθήνα: Ασημάκης.
- Λεβιδιώτη-Λέκκου, Σ. (1996). *Εποπτεία στην πράξη της Κοινωνικής Εργασίας: εισαγωγικές σκέψεις, θέσεις και ασκήσεις*. Αθήνα: Έλλην.
- Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (2012). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Πεδίο.
- McLeod, J. (2005). *Εισαγωγή στη Συμβουλευτική*. Αθήνα: Μεταίχιμο.
- Παπαδημητρίου, Γ. (συντονιστής), Κουντή, Κ.Λ., Τζεδάκη Μ. και Πασσά, Μ. (επιμ) (2015). *Η Συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας στην Ψυχιατρική Θεραπευτική*. (Ενότητα Γ, Κεφ.5), Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος.
- Σταλίκας, Α. (2012). *Θεραπευτικές Παρεμβάσεις*. Αθήνα: Τόπος.

Ηλεκτρονικές Πηγές

www.nyssc.org/what-clinical-social-workers-do [Accessed April 4, 2019]

<http://www.clinicalsupervisionguidelines.com.au/models-and-modalities> [Accessed March 16, 2019]

[https://www.ericdigests.org/1995-1/models.htm,\(author:Leddick,G.R.\)](https://www.ericdigests.org/1995-1/models.htm,(author:Leddick,G.R.)) [Accessed March 25, 2019]