

# La supervisione dei casi clinici in un'ottica post-razionalista

Salvatore Blanco

## Indice

[Introduzione](#)

[Modelli di supervisione cognitivo-comportamentali](#)

[Il paradigma comportamentale](#)

[Il paradigma cognitivista](#)

[Modelli di supervisione sistemico-relazionali](#)

[Modelli di supervisione umanistici](#)

[La supervisione nel modello gestaltico](#)

[La supervisione nell'analisi transazionale](#)

[La supervisione nell'approccio centrato sulla persona](#)

[La supervisione nel Modello Post-razionalista](#)

[Conclusioni](#)

## Introduzione

Comunemente, s'intende per supervisione l'esposizione, da parte di un allievo ad un collega più esperto, di materiale clinico relativo a una o più sedute allo scopo d'essere supportato e aiutato nella conduzione di quel caso e, più in generale, nell'acquisizione di competenze cliniche. Già nel 1957, Horn aveva qualificato la supervisione come *“una funzione d'elevata complessità svolta da uno psicoterapeuta esperto, il quale mira a far sì che un altro psicoterapeuta, meno esperto, diventi capace di dare aiuto al paziente”*.

La professione di psicoterapeuta dovrebbe essere un cantiere dagli incessanti lavori in corso soprattutto a causa del rapido e ininterrotto incremento delle conoscenze nel campo delle neuroscienze; di conseguenza ciò obbliga ad una formazione continua con incessanti riconfigurazioni dei paradigmi teorici di riferimento. La supervisione dei casi clinici può rappresentare un momento di formazione professionale permanente che, iniziata durante gli anni di formazione teorica e clinica di base, dovrebbe continuare per tutta la durata della propria attività professionale. Solitamente, l'impostazione teorico-concettuale e metodologica della prassi di supervisione segue quella degli approcci terapeutici e dei modelli che fanno riferimento ad una particolare teoria della psicoterapia: le diversificazioni nelle procedure dipendono, quindi, dai paradigmi teorici delle varie scuole. In questo articolo, anche se succintamente, accennerò ad alcuni dei modelli di supervisione che caratterizzano particolari forme di psicoterapia, per poi evidenziare alcuni aspetti peculiari del paradigma post-razionalista.

## Modelli di supervisione cognitivo-comportamentali

Prendo in considerazione gli elementi essenziali della supervisione nell'approccio cognitivo e in quello comportamentale riferendomi ai punti di vista di alcuni autori e, in particolare, al mio ormai lontano passato clinico come psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. All'interno di questo paradigma, la supervisione assume principalmente la forma di un insegnamento e di una verifica delle procedure applicate dal terapeuta e viene impiegata come uno strumento essenziale per l'aggiornamento teorico-pratico e lo sviluppo professionale del clinico. Tale approccio prende in

considerazione sia il piano delle competenze e delle prestazioni professionali, sia quello delle dinamiche cognitive e relazionali della diade terapeuta-paziente.

## **Il paradigma comportamentale**

Il modello di supervisione è stato formulato ed elaborato secondo un sistema a tre assi che ne misura l'efficacia e che comprende: (a) gli obiettivi della supervisione, (b) i metodi e le procedure utilizzati per raggiungere questi obiettivi e (c) i contesti di generalizzazione (setting, tipologia di personalità del paziente, modalità terapeutiche) in cui ci si aspetta di vedere realizzate le competenze del terapeuta.

Nel **primo asse**, quest'approccio considera che il comportamento del paziente, per poter essere capito, deve considerarsi come un risultato dell'azione, singola o integrata, di uno o più dei sistemi: cognitivo, motorio e fisiologico-emotivo. Allo stesso modo le competenze comportamentali del terapeuta devono esser comprese come esito del sistema cognitivo, di quello motorio delle azioni e di quello della comprensione, consapevolezza e gestione degli aspetti emotivi. Infatti, al terapeuta comportamentale si chiede non solo di imparare a rispondere appropriatamente attraverso i tre sistemi, ma anche di comprendere le influenze di un sistema sull'altro.

Il **secondo asse** si occupa dei metodi tecnici e procedurali che sono utilizzati per ottenere l'acquisizione delle abilità nel terapeuta: (a) le risposte di rinforzo e sviluppo delle competenze comportamentali che riguardano tutti quegli interventi che vanno dal role playing, all'esperienza pratica, al feedback, al rinforzo del senso di autoefficacia personale e di stima di sé; (b) le risposte di disinibizione che servono a modificare o ridurre quei fattori che possono diminuire la capacità del terapeuta nell'uso di competenze precedentemente acquisite: si tratta di procedure centrate sul modeling delle risposte inibite, sulla desensibilizzazione dell'ansia interferente, sulla ristrutturazione cognitiva, sulla discussione e il confronto inerenti a valori, convinzioni ed obiettivi della terapia; (c) le procedure di trasposizione e generalizzazione che sono necessarie per estendere un apprendimento sviluppato in un determinato contesto ad altri contesti specifici. Dapprima, saranno supervisore e supervisionato insieme ad individuare le tecniche più idonee agli obiettivi da raggiungere.

Infine, il **terzo asse** del sistema attraverso cui si snoda la supervisione comportamentale si riferisce sia ai contesti di generalizzazione che comprendono le tipologie del setting, dei pazienti e delle modalità terapeutiche, sia al fatto che il supervisionato deve imparare ad applicare le sue competenze alla generalità di questi contesti.

## **Il paradigma cognitivista**

In un **paradigma di tipo cognitivista**, in genere, in una seduta di supervisione:

- si fa il punto della situazione attuale;
- si effettuano collegamenti con le precedenti sedute di supervisione per rivedere i compiti assegnati e verificare i casi già supervisionati;
- si struttura l'agenda e si stabilisce la priorità degli item da discutere;
- si sollecitano nel terapeuta feedback rispetto a quello che viene espresso durante i vari momenti della seduta ed alla sua conclusione;

- si procede alla formulazione di riassunti focalizzati, sia durante che alla fine della seduta, assegnando nuovi compiti.

In tal modo, questo modello di supervisione svolge funzioni di consulenza clinica, consultazione e didattica; in sintesi, intende permettere: (a) l'esame delle questioni e dei problemi del supervisionato, che vengono affrontati con tecniche di terapia cognitiva; (b) l'acquisizione di capacità psicodiagnostica differenziata, a cui vanno applicati i modelli esplicativi e di trattamento cognitivi; (c) lo sviluppo della capacità di un'elaborazione concettuale del caso che serve a comprendere il paziente; (d) l'apprendimento di abilità quali la vicinanza emotiva, l'autenticità, la congruenza, la comprensione empatica, la lettura della comunicazione non verbale, l'assunzione della giusta distanza, in relazione alla specificità della persona e alla sua diagnosi; (e) la maturazione della capacità di strutturare la seduta secondo il modello classico (problemi, convinzioni, pensieri automatici e comportamenti disadattivi che affliggono il paziente) e della capacità di individuare se e quando la procedura standard va modificata per ottenere una migliore alleanza terapeutica; (f) l'agevolazione nell'uso di tecniche cognitivo-comportamentali che vanno scelte con il supervisore in base alla concettualizzazione del caso e che sono comunque secondarie rispetto alla collaborazione del paziente.

In quest'ottica, la supervisione focalizza il suo ruolo d'insegnamento e valutazione, sia ampliando la conoscenza dei processi psicologici sia favorendo il riconoscimento dell'esperienza del terapeuta nell'interazione clinica al punto che la valutazione della sua efficacia può essere effettuata considerando non solo il cambiamento nel paziente, ma anche i mutamenti nelle emozioni del terapeuta.

Nel caso dell'approccio cognitivo comportamentale, indicazioni rilevanti si possono trovare nei "Training Standard" indicati dall'European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (l'associazione che assembla le varie associazioni dei paesi europei e rilascia un'attestazione valida per la circolazione dei terapeuti tra paesi europei). Le linee guida consigliano: (a) feedback e discussioni cadenzate regolarmente; (b) utilizzo di materiale diretto e/o audio/video registrato; (c) un minimo di 200 ore di supervisione dell'attività clinica; (d) un minimo di 8 casi seguiti dall'inizio alla fine; (e) un minimo di 3 diverse tipologie di problematiche psicopatologiche. Un esempio potrebbe essere dato da un allievo che, nel corso di due anni (il terzo e il quarto di una formazione quadriennale), conduce settimanalmente alcune ore di attività terapeutica e ne discute i contenuti settimanalmente in supervisione.

### **Modelli di supervisione sistemico-relazionali**

In quest'ambito, ho unicamente focalizzato l'interesse sulla terapia familiare e, quindi, su un processo di supervisione che, realizzato con una vasta gamma di tecniche, accompagna il terapeuta sin dall'inizio del suo training formativo. Tali procedure si avvalgono dallo specchio unidirezionale o da telecamere al telefono che collega la stanza di terapia a quella della supervisione, dalla compresenza di terapeuta e supervisore alla videoregistrazione.

La supervisione si snoda intorno alla terapia individuale e di gruppo rappresentando la 'base sicura' su cui costruire esplorazioni professionali sempre più efficaci ed efficienti, all'interno di una "bottega artigianale" in cui maestro e allievo lavorano insieme. Pur condividendo una teoria comune, il maestro non sovrappone il proprio stile a quello dell'allievo, piuttosto ne stimola la crescita

personale e la creatività professionale. In quest'approccio, la supervisione viene condotta attraverso: (a) la preparazione teorica con lo studio della letteratura e delle ricerche relative all'approccio familiare; (b) la supervisione dal vivo; (c) la videoregistrazione; (d) le formulazioni scritte dei casi.

Al supervisore sono richieste abilità specifiche come: (a) l'efficacia comunicativo-relazionale; (b) il pensiero critico-costruttivo; (c) la capacità di valutazione del contesto; (d) la chiarezza degli obiettivi a breve e a lungo termine della supervisione. Ciò affinché, focalizzando la sua attenzione sull'allievo-terapeuta e soprattutto sui modi specifici in cui usa il suo sé nelle trasformazioni della famiglia in terapia, agevoli in lui l'emergere di un atteggiamento professionale personalizzato che dia un senso compiuto all'insieme delle competenze tecniche acquisite.

Di conseguenza, la supervisione nella terapia familiare è attiva, collaborativa e direttiva; come il terapeuta, anche il supervisore è direttamente coinvolto nella relazione con i membri della famiglia in terapia al punto che, per agevolare l'allievo-terapeuta ad apprendere le capacità cliniche, alcuni didatti propongono una supervisione in vivo: quest'ultima si svolge con l'osservazione in presenza, da parte del supervisore, degli eventi e delle interazioni mentre avvengono durante una seduta di terapia. In alcuni casi, le osservazioni stesse si trasformano in interventi e suggerimenti al terapeuta affinché modifichi la strategia terapeutica.

I possibili vantaggi di questa modalità di supervisione sono: (a) offrire l'opportunità di condividere la responsabilità della conduzione della terapia; (b) permettere all'allievo di sperimentarsi come terapeuta sin dalle prime fasi del percorso formativo fornendo l'opportunità di "attraversare i casi insieme" in una sorta di insegnamento sottoforma di apprendistato; (c) offrire al supervisore l'opportunità di avere accesso diretto alla famiglia, al terapeuta e all'interazione reciproca che è, in particolare, l'unità di valutazione e il target-obiettivo dell'intervento di supervisione; (d) costituire un sostegno emozionale ed una guida tecnica su cui contare nei momenti più difficili del percorso formativo e professionale.

Tuttavia, solo una relazione di supervisione fondata sulla fiducia, sul rispetto e sul sostegno può consentire un uso competente di questo tipo di supervisione: infatti, senza una salda alleanza di lavoro e un'accettazione consapevole della guida esperta, gli interventi "in vivo" possono facilmente indurre una dipendenza del supervisionato oppure essere vissuti da quest'ultimo come intrusivi, svalutanti e limitativi.

## **Modelli di supervisione umanistici**

Tra i modelli di supervisione umanistici mi occuperò di alcuni aspetti riguardanti il modello gestaltico, l'analisi transazionale e l'approccio centrato sulla persona.

La **supervisione nel modello gestaltico**, in una duplice veste di formazione e di sostegno dell'allievo-terapeuta, si propone di realizzare un clima accogliente e sicuro all'interno del quale il supervisionato, sentendosi totalmente accettato, si impegna: (a) ad ampliare la conoscenza teorica del modello, la metodologia e le valutazioni diagnostiche differenziali; (b) ad accrescere le nozioni di etica e deontologia, a consolidare l'attività professionale mediante la consapevolezza emozionale; (c) a raffinare le proprie competenze e (d) a colmare le proprie lacune.

Il lavoro di supervisione facilita l'elaborazione della relazione terapeutica e consiste in un'attenta focalizzazione del paziente, del terapeuta e dell'interazione fra loro due caratterizzata dalle

reciproche proiezioni che, sia durante l'analisi e sia durante la supervisione del processo terapeutico, si concretizzano fondamentalmente in: (a) transfert del paziente sul terapeuta; (b) controtransfert del terapeuta in risposta a questo transfert; (c) transfert del terapeuta sul paziente; (d) controtransfert del paziente in risposta al transfert del terapeuta; (e) sentimenti attuali del paziente verso la persona del terapeuta; (f) sentimenti attuali del terapeuta per la persona del paziente; (g) controtransfert del supervisore e fantasie del supervisore sul paziente del terapeuta.

Nella terapia della Gestalt, l'individuazione del transfert è data dall'esperienza sinergica delle sensazioni corporee, della percezione emotiva e della comprensione cognitiva. La gestione del transfert è affidata a tecniche, tese a far comprendere come, dove e quanto si trasferisce e quale è l'area in cui non si è in grado di fare un adeguato esame di realtà. Queste tecniche, ugualmente valide in psicoterapia e in supervisione, sono: (a) la tecnica della **"hot seat"**, per cui, quando il paziente sperimenta un contenuto o un sentimento sproporzionato nei confronti del terapeuta e rispetto alla situazione reale, è in atto una riattualizzazione di qualcosa già vissuto. In tal caso, si propone al paziente di rivolgere i contenuti o i sentimenti che stanno emergendo verso una sedia vuota che rappresenti il terapeuta o la figura verso la quale sono diretti offrendo così al paziente la possibilità di mettere in atto un vissuto con un forte sentimento di attualità diretto verso il terapeuta e, a quest'ultimo, il vantaggio di poter continuare il suo compito; (b) la **tecnica del drenaggio**, con cui il terapeuta, al fine di promuovere la sperimentazione di un sentimento evocato come antico e lontano, assume delle posizioni o dice delle frasi tali da amplificare lo stimolo iniziale e provocare così l'emergere del vissuto che viene sperimentato nel presente; (c) la **tecnica di riallacciamento**, con cui, in seguito ad un forte movimento transferale o ad un'intensa regressione emotiva, il terapeuta attua una ridefinizione del processo relazionale, focalizzando la consapevolezza nel "qui ed ora"; (d) la **tecnica della spola**, caratterizzata dall'andirivieni sia tra presente e passato e sia tra realtà e fantasia, dovuto ad associazioni e collegamenti che si verificano spontaneamente tra il "qui e altrove" e tra "ora ed allora", pur avendo iniziato il colloquio con una centratura sul presente; (e) l'analisi del **processo contro-transferale** con cui, il terapeuta in supervisione, presta attenzione al contenuto del materiale anamnestico e clinico emerso in seduta e al modo in cui lo presenta al supervisore.

Vanno analizzate: la scelta delle parole, il ritmo dell'eloquio, le pause, il respiro, la postura nel suo insieme e nei vari distretti. In tal modo, il terapeuta in supervisione non solo può prendere coscienza del parallelismo, generalmente inconscio ma molto frequente, tra seduta terapeutica e seduta di supervisione, ma può anche rendersi conto di eventuali modificazioni nell'esposizione del caso, dovute o, al tipo di proiezione che sta attuando o, al materiale che sta occultando rispetto a vecchi conflitti, cristallizzati e riattualizzati dai messaggi o dalle tematiche del paziente. In tal caso, egli deve poter decidere cosa cambiare nelle strategie di lavoro e come cambiarlo o, come interrompere il rapporto con il paziente e, se è il caso, riprendere un lavoro su se stesso.

Nell'**Analisi Transazionale** per promuovere la formazione di terapeuti competenti, la supervisione è considerata un processo che persegue alcuni obiettivi che, adattandosi costantemente alla fase individuale di sviluppo personale dell'allievo, consentono di raggiungere un'identità come terapeuti imparando a comporre un piano di trattamento, a risolvere i problemi di controtransfert e ad applicare la teoria nella pratica clinica. A tale scopo, l'Associazione Internazionale di Analisi Transazionale ha proposto un modello di supervisione a tre stadi:

- (a) uno **stadio iniziale** che ha lo scopo di facilitare nel terapeuta lo sviluppo di abilità professionali attraverso l'uso di alcune forme particolari di supervisione come, ad esempio: portare in supervisione dei campioni di lavoro terapeutico audio o videoregistrati per ascoltarli o per rivederli assumendo di volta in volta una prospettiva diversa; descrivere il paziente in situazioni storiche, sociali, psicologiche e nella terapia attuale; recitare il ruolo di paziente o di un altro terapeuta o di se stesso come terapeuta con il supervisore; portare il supervisore all'interno della situazione terapeutica per farsi osservare durante il lavoro clinico. A ciascuna di queste forme di supervisione segue una discussione sul comportamento del paziente, sugli interventi usati, sui possibili interventi alternativi e sui concetti teorici da applicare perché il primo stadio di addestramento comprende anche il miglioramento delle capacità di osservazione e la correlazione di queste osservazioni ad una struttura teorica come gli stati dell'Io, il sistema del ricatto, la matrice del copione o altri modelli teorici con cui il terapeuta può organizzare le informazioni per formare un piano di trattamento realmente efficace. In alcuni casi è necessario che il supervisore dia anche delle informazioni tecniche per consentire al terapeuta di raggiungere una comprensione completa di come i concetti teorici siano utilizzabili nella pratica clinica. Tuttavia, anche se in questo stadio il terapeuta può aver acquisito le proprie abilità nella psicoterapia, può mancargli la fiducia per usarle: così, il compito del supervisore è quello di aiutarlo ad essere consapevole che ha già imparato a farlo cercando, non solo di avvalorare e sostenere tutto ciò che il terapeuta ha fatto per bene, ma addirittura decidendo di ignorare temporaneamente ciò che ha fatto male allo scopo di diminuire qualunque senso di inadeguatezza e ridurre al minimo la limitazione che il terapeuta opera sul suo potenziale, pur correndo il rischio di sostenere prematuramente i risultati terapeutici dell'allievo e di focalizzarsi sulla costruzione della fiducia nelle proprie capacità prima ancora che il terapeuta abbia una base solida del come si fa della psicoterapia.
- (b) uno **stadio intermedio** in cui, una volta che il terapeuta ha acquistato fiducia nell'uso delle proprie competenze terapeutiche, la supervisione si occupa della costruzione di un'identità terapeutica, affinando le capacità cliniche dell'allievo. Il supervisore cerca di potenziare la conoscenza acquisita e di stimolare nuove prospettive terapeutiche, sia sollecitando il terapeuta all'autovalutazione, sia mediante la tecnica "a due sedie", sia stabilendo un contratto di supervisione che definisca ciò che chiede il terapeuta e ciò che può offrire il supervisore. In questo stadio uno degli scopi è quello di imparare a pianificare un trattamento esplorando con il supervisore le opzioni di intervento terapeutico e perfezionando le abilità terapeutiche; a tal fine è necessario che il supervisore insista che l'allievo esponga in supervisione le basi teoriche degli interventi usati e porti i nastri delle 'sue' peggiori sedute di terapia in modo da apprendere dai propri errori e sviluppare nuove strategie di trattamento. Una volta che il terapeuta spiega adeguatamente la scelta operata da un punto di vista teorico, gli si propone di esporre come potrebbe lavorare con lo stesso paziente usando un concetto teorico diverso. Ciò consente al supervisore di individuare le aree teoriche o cliniche da attenzionare ed eventualmente da migliorare attraverso insegnamento o l'assegnazione di letture. In alcuni casi, la modalità con cui il terapeuta presenta il piano di trattamento può evidenziare eventuali problemi personali. Uno degli scopi di quest'approccio al training è quello di sviluppare un senso di sé integrato nel terapeuta; il supervisore focalizza l'attenzione sulle difficoltà dell'allievo causate sia dai suoi conflitti inconsci e irrisolti, sollecitati dal paziente (controtransfert) sia dalla mancanza di consapevolezza di ciò che, nell'interazione con il paziente, è stato introiettato e non

completamente rigettato o assimilato come proprio (contro identificazione proiettiva); tali meccanismi possono interferire ostacolando la buona riuscita della terapia con il paziente.

- (c) uno **stadio avanzato** in cui lo scopo della supervisione, condotta anche in gruppo, è lo sviluppo nel terapeuta della capacità di integrare strutture teoriche multiple di riferimento e di selezionare i vari piani di trattamento basati su osservazioni e ipotesi riguardo ad un particolare paziente per ottenere lo sviluppo della capacità di auto-supervisione.

**L'approccio centrato sulla persona** è contraddistinto dalla convinzione che ogni individuo possiede in sé le capacità e le risorse per attuare il cambiamento e la crescita personali. Di conseguenza, la supervisione cerca di stimolare nel terapeuta lo sviluppo e la sicurezza personali; ciò attraverso l'incremento della comprensione di sé e del processo terapeutico. Sono oggetto di attenzione le capacità d'accoglienza, l'autenticità dell'atteggiamento e l'empatia del terapeuta. Oltre all'abilità nel mettere in pratica tali atteggiamenti nella conduzione del caso clinico, sono analizzate le convinzioni, i sentimenti ed i valori del terapeuta in quanto possono influenzarne il lavoro clinico.

In tal modo, l'allievo in supervisione impara a comportarsi, non come un esperto che impone una conoscenza superiore e dà interpretazioni, ma come un compagno d'esplorazione che procede a fianco del paziente, coinvolgendosi in questo pienamente. Nel pieno rispetto dell'esperienza del paziente gli sta accanto momento per momento, con un'autentica premura, un reale interesse, un'attitudine al non giudizio e un'aspettativa positiva; ne comprende e accetta il punto di vista, senza per questo doverne approvare e condividere in toto il comportamento o le idee ed i valori.

Conseguentemente, anche il supervisore assume un atteggiamento simile nei confronti dell'allievo in quanto, in quest'approccio, la funzione valutativa della supervisione assume un significato processuale qualitativo autoguidato da parte del supervisionato piuttosto che una descrizione quantitativa o un monitoraggio sollecitato dal supervisore. Quest'ultimo concorda e condivide con l'allievo espliciti standard di prestazione che, se non rispettati, evidenziano particolari comportamenti inadeguati del supervisionato i quali, a loro volta, possono essere, o comunicati con considerazione e rispetto dal supervisore, o direttamente autovalutati dall'allievo e poi sottoposti all'attenzione del supervisore.

Per un'analisi del trend del lavoro di supervisione centrato sulla persona, è stato adottato un modello fondato sul consolidamento e l'integrazione delle abilità di base del supervisionato, sulla focalizzazione del processo attuale e sull'utilizzazione del gruppo per l'apprendimento e lo sviluppo professionale. Le abilità di comprensione empatica, rispetto, e autenticità, apprese durante il corso della formazione, possono essere sistematizzate in un atteggiamento di base con cui il supervisionato rivede le registrazioni delle sedute con i propri pazienti. Seleziona le sequenze da portare in supervisione in particolare tra quelle che hanno destato confusione, senso di inadeguatezza e desiderio di essere supportati; ciò gli permette di verificare costantemente quanto le sue condizioni di base sono sufficienti o meno a far progredire positivamente un intervento terapeutico.

Infine, il supervisionato, in quanto responsabile della salute dei propri pazienti, deve non solo riconoscere i loro disturbi ed eventuali situazioni che richiedono un invio specialistico, ma deve anche poter focalizzare la propria attenzione sulla relazione con il paziente; ciò gli consente di perseguire, in sedute di supervisione individuali o di gruppo, l'obiettivo fondamentale che è quello di raggiungere uno sviluppo personale tale da consentirgli di affrontare casi di particolare difficoltà e di favorire la tutela del benessere anche dei pazienti più difficili.

## La supervisione nel Modello Post-razionalista

Al di là dei modelli teorici di riferimento e dei rispettivi rituali connessi, in generale e in tutti i paradigmi esaminati, la supervisione clinica può essere definita come un aiuto da parte di uno psicoterapeuta esperto a un collega interessato ad acquisire e/o a migliorare le capacità appropriate per la pratica clinica. Dal punto di vista del supervisionato si configura, dunque, come un sostegno al proprio processo di apprendimento e crescita professionale, e, in particolare, di sviluppo personale. La finalità è quella di offrire informazione, aiuto, sostegno e confronto a un allievo in formazione o a uno psicoterapeuta meno esperto; ciò affinché l'allievo e lo psicoterapeuta possano condurre una pratica clinica valida ed efficace con i pazienti in trattamento, e gradualmente acquisiscano, con il progredire delle conoscenze e dell'esperienza, la capacità di impostare e condurre una psicoterapia appropriata, con una gamma eterogenea di casi e con problematiche di varia complessità. Dal mio punto di vista la scelta del paradigma teorico deve soddisfare un elevato criterio di validità scientifica e avere eccellenti capacità esplicative della fenomenologia dei casi clinici in terapia: deve essere un modello concettuale della psicologia umana e della psicopatologia che spieghi sia i meccanismi di equilibrio omeostatico del Sé sia gli eventuali suoi scompensi. Ciò congruamente e in accordo con le recenti scoperte delle neuroscienze cognitive.

Per meglio spiegare le modalità operative e i fini della supervisione giova premettere alcune basilari differenze teoriche che caratterizzano il paradigma post-razionalista. Una rilevanza particolare assume in questo modello l'enfasi posta sul ruolo delle componenti tacite e affettive delle esperienze umane nei processi di mantenimento e scempenso del Sé. Questa preferenza obbliga a focalizzare l'indagine clinica sugli aspetti affettivo-esperienziali della vita di relazione, operando una sorta di fenomenologizzazione delle neuroscienze cognitive. Partire dall'analisi del ruolo che il corpo vivo (leib) e le sue componenti affettive rivestono nella costruzione della nostra esperienza delle cose e degli altri, sia nella vita reale sia nel mondo della finzione narrativa, può consentire un'indagine empirica della costituzione della soggettività e dell'intersoggettività su basi nuove rispetto a quelle adottate dal cognitivismo classico, cioè senza eliminare gli aspetti in prima persona dell'esperienza.

Il processo terapeutico è da intendersi come una momentanea messa tra parentesi dei giudizi e dei pregiudizi del terapeuta (a) per ricostruire col paziente, quale sistema cervello-corpo vivo situato nel mondo, la sua rete di significati personali e (b) per decostruire l'esperienza sintomatica, focalizzando l'intervento sulle incoerenze che rendono incongrua la costruzione di senso da parte del soggetto. In tal modo il paziente può spiegarsi come si è destabilizzato secondo una delle organizzazioni di significato personale (DAP, OSS, FOB, DEP), manifestando una sintomatologia congrua con i rispettivi disturbi lungo il continuum nevrosi-psicosi. In considerazione dell'importanza data all'esperienza e all'essere-al-mondo del paziente, la moviola è una delle tecniche tipiche dell'approccio clinico di Guidano. Essa tende a ricostruire il vissuto interiore del soggetto alla luce dei criteri dedotti dal modello: le scene di vita "trigger" riportate vengono smontate, rallentate, ricostruite alla luce dello stato generato dalla chiusura organizzativa di quella specifica organizzazione di significato personale di cui fa parte la struttura conoscitiva del paziente.

Il modo di esperire e di spiegarsi i propri stati emozionali e affettivi, riscontrato attraverso le moderne tecniche di osservazione del cervello in vivo, ha portato alla distribuzione delle persone sulle diverse posizioni di un continuum, portando alla creazione di due nuovi costrutti. L'*Inwardness*, ovvero il dirigersi verso l'interiorità, ha come suo elemento principale la possibilità che i trigger rilevanti elicitino emozioni vissute prevalentemente attraverso il corpo e nei propri



visceri; l'interno spiega l'esterno. È il caso delle persone che vivono momenti di forte attivazione corporea come accade, per esempio, in soggetti con disturbi da attacco di panico. Sul versante *Outwardness*, dove la direzione è verso l'esteriorità, si trovano le persone che esperiscono le attivazioni emotive in modo meno definito dal punto di vista corporeo. Le condizioni rilevanti del disagio generano spiegazioni verso l'esterno, verso l'Altro o verso strutture di riferimento concettuali e teoriche: l'esterno spiega l'interno. In caso di scompenso, questi individui sviluppano disturbi alimentari e disturbi ossessivi.

La prospettiva metodologica post-razionalista si sviluppa, partendo dall'esperienza di essere-al-mondo del paziente decostruita con la tecnica della moviola, fino a contestualizzare la persona all'interno della propria storia di vita (è la trama del film a dare senso ai suoi fotogrammi). Il post-razionalismo si declina in un metodo psicoterapeutico fenomenologico ermeneutico (esperire-spiegare), basando la natura del suo intervento sulla messa a fuoco dell'esperienza vissuta e sulla sua riconfigurazione nel racconto, per cui il racconto è il fulcro dell'intervento e va ristrutturato a partire da esso stesso. Per tale motivo la parola, nello spiegare l'esperire e fatto racconto, va inserita sempre nel contesto che l'ha generata, sedimentando significati e temi in una personalità stabile soggetta, comunque, a possibili e a volte drammatici cambiamenti, dato che il cambiamento è parte integrante della condizione umana.

La condizione umana è intesa come un costante essere situato del soggetto nel mondo, quale sistema cervello-corpo vivo, che non si può generare da sé, in un atto interiore, ma si ricava dagli eventi a cui è assegnata la esistenza della persona, rimodulando in ogni momento la propria omeostasi esistenziale: è questo il gioco tra stabilità e cambiamento che risponde alla domanda fondamentale che permea il discorso del post-razionalismo attuale "*chi è l'uomo?*" Il *chi* diventa, quindi, l'oggetto della terapia. Centrare l'intervento sul *cosa* (le categorie diagnostiche) è una inefficace riduzione ontologica, aderendo al percorso tracciato da Husserl e Heidegger. Il *chi* è dentro la storia e si dispiega attraverso gli eventi che tonalizzano e sedimentano il proprio stato emotivo, riducendosi da un lato a categorie naturali indagabili dal punto di vista del metodo scientifico (il continuum inward-outward) e al contempo inglobandosi nella storia della persona.

Una parte rilevante della supervisione è bene che abbia un carattere personale e garantisca l'approfondimento delle problematiche intersoggettive nella conduzione del caso, nonché l'esame e l'approfondimento delle caratteristiche dello psicoterapeuta che vengono a interagire, e talora a interferire, con il trattamento a diversi livelli: sia sul piano della struttura cognitiva e delle aspettative, sia sul piano del comportamento manifesto in seduta ma soprattutto sul piano dell'attivazione affettivo-emotiva e del coinvolgimento personale. È utile ricordare a questo proposito il ruolo dei neuroni specchio e dei meccanismi di simulazione incarnata e di rispecchiamento nell'interazione tra terapeuta e paziente, tra supervisore e terapeuta. L'addestramento di uno psicoterapeuta consiste, oltre all'acquisizione teorico-pratica, nell'analisi del proprio materiale personale; gli allievi durante il lavoro clinico osservano sul piano dell'esperire e dello spiegare le proprie perturbazioni affettive, monitorati da un supervisore che garantisce il benessere e la salvaguardia del paziente e agevola lo sviluppo personale dell'allievo, ciò al fine di incrementare in quest'ultimo le capacità introspettive e la consapevolezza dei processi taciti personali.

La supervisione è un processo finalizzato a formare l'allievo nell'uso di un metodo rigoroso, ad aiutarlo ad acquisire la capacità terapeutica basata sulla comprensione del modello post-

razionalista, ad osservare il proprio lavoro e a determinare fino a che punto la consapevolezza personale ha raggiunto i suoi scopi. Perciò è intesa come un processo di crescita personale che può essere limitato da attitudini e da meccanismi di autoinganno inconsapevoli sia nell'allievo sia nel supervisore, ma che è analogo al processo di psicoterapia tramite il quale si cerca di aiutare il paziente a sviluppare introspezione, indipendenza e consapevolezza. La supervisione si sviluppa come un processo didattico comprendente la struttura delle psicopatologie in esame, le fasi della psicoterapia e il suo corso, e le attività tecniche dell'allievo incluse le sue capacità personali di introspezione e di gestione della relazione terapeutica; a ciò si aggiunge l'opportunità e la responsabilità del supervisore nell'osservare le peculiarità specifiche dell'allievo, le sue doti mentali, la struttura della sua personalità e i suoi eventuali inconsapevoli meccanismi di autoinganno.

La supervisione è un'esperienza condivisa nella quale una persona divide con un collega i frutti della propria esperienza clinica e dove si attua un'indagine sul proprio modo di essere-al-mondo e sulle proprie capacità cliniche. Va posto l'accento sul fatto che la supervisione consiste in un sistema complesso di sottosistemi, in un processo di intercomunicazione con almeno tre elementi che vi prendono parte: supervisore, psicoterapeuta e paziente. Ciascun membro del sistema triadico è anche membro di un sistema diadico che agisce anche indipendentemente dalla terza componente. Quando la supervisione è condotta in gruppo i sottosistemi e le interazioni si complessificano. L'attività clinica che ne consegue è condotta da uno psicoterapeuta, di solito in via di formazione, che rende conto periodicamente della propria attività clinica ad uno psicoterapeuta esperto, che lo guida nella comprensione e nella direzione della cura e l'aiuta a prendere coscienza dei propri meccanismi di autoinganno e delle difficoltà nella gestione della relazione terapeutica. Questa impostazione didattica ha anche lo scopo di consentire all'allievo di cogliere in che cosa consista l'intervento propriamente psicoterapeutico, rispetto ad altri modi di azione clinica (suggerimenti, consigli, direttive, chiarimenti, sostegno, ecc.).

Il supervisionato riceve idee, informazioni e suggerimenti sul proprio lavoro da un'altra prospettiva che gli permettono di apprendere abilità concettuali e tecniche, competenze diagnostiche e cliniche che, oltre a consentirgli di sviluppare un migliore adeguamento al paradigma post-razionalista, la comprensione della prassi clinica, il coinvolgimento personale e la sensibilità empatica, lo guidano a pianificare e utilizzare al meglio le proprie risorse personali e professionali. Attraverso l'analisi dei resoconti clinici, ottenuti con l'uso di strumenti e tecniche di registrazione e la ricerca di strategie collaborative con i propri pazienti, si facilita la soluzione di problemi inerenti situazioni cliniche e di sviluppo professionale. Per di più, si sollecita un'autovalutazione costante del proprio comportamento nella relazione terapeutica, coinvolgendo il supervisionato in un processo interpersonale che tendono a migliorare le proprie capacità critiche, costruttive e intuitive.

Il supervisore controlla la correttezza della pratica professionale del supervisionato attraverso il monitoraggio costante del processo di acquisizione e sviluppo delle competenze operative nella relazione terapeutica e nella gestione della professione. A tal fine, focalizza l'attenzione su alcuni fattori fondamentali, quali: capacità di accogliere, ascoltare e comunicare, autoconsapevolezza, capacità di stabilire un'alleanza terapeutica, sviluppare, mantenere e chiudere una relazione terapeutica, etica professionale, competenze tecniche, autovalutazione e sviluppo professionale. Il supervisore sostiene il supervisionato con l'attenzione empatica, il confronto costruttivo, l'incoraggiamento che lo rassicurano, sul piano personale e professionale, di non esser solo a gestire difficoltà e problemi ma di poter condividere, in un clima di profonda fiducia e di forte coinvolgimento, le percezioni, le emozioni, le azioni e gli atteggiamenti che scaturiscono dalla relazione terapeutica con il paziente.

La supervisione condotta in gruppo, prassi che io privilegio, permette di economizzare il tempo dedicato alla formazione sul campo, offrendo maggiori possibilità di confronto delle esperienze e

ottimizzando il potenziale di apprendimento. Conseguentemente, in una supervisione di gruppo, i possibili benefici sono dovuti all'acquisizione di molteplici punti di vista su un medesimo caso, alla maggiore quantità di stimoli e alla possibilità di ascoltare come i colleghi gestiscono il loro lavoro, minimizzando una possibile dipendenza del supervisionato dal supervisore e un'eccessiva gerarchizzazione della relazione. Tuttavia, la minore disponibilità di tempo per l'analisi individuale del caso, il bombardamento di opinioni e di informazioni che non possono essere assimilate e risultano talvolta superflue, le dinamiche interpersonali competitive e potenzialmente ostacolanti, inducono a considerare il bisogno che gli psicoterapeuti, all'inizio della professione, si basino non solo sulla supervisione di gruppo ma vi affianchino anche la supervisione individuale.

La supervisione può anche essere effettuata tra pari e in essa ci s'impegna ad essere sia supervisori che supervisionati e, conseguentemente, a sviluppare la capacità di svolgere efficacemente entrambi i ruoli. In sostanza, questa è svolta tra colleghi esperti che applicano all'esperienza della supervisione ciò che già Freud consigliava per l'analisi: di riprenderla periodicamente; questa è da intendersi come una forma di consulto allo scopo di scambiarsi idee e di mettere alla prova concetti e approcci clinici, specialmente quando ci si trova, nell'analisi di alcuni pazienti, di fronte ad una situazione difficile o si è interessati ad approfondire uno specifico quadro clinico.

Un'ulteriore forma di supervisione da me operata e che oggi sta progressivamente ottenendo approvazione e consenso è l'intervisione che è condotta, essendo supervisione a distanza, con l'ausilio di un'ampia gamma di mezzi: dal computer, con l'uso di Internet, delle e-mail o del fax, fino alla videoconferenza o alla supervisione telefonica. Così, la supervisione a distanza consente di ottenere risultati vantaggiosi rispetto ai costi e ai tempi impiegati e le risposte del supervisore sono velocemente disponibili tanto che si può richiedere il parere di supervisori dislocati ben al di là del proprio contesto territoriale e accedere alle indicazioni e ai commenti di più esperti sullo stesso caso. Tuttavia, anche se da un lato la supervisione a distanza costituisce uno spazio operativo di grandi risorse e potenzialità applicative, dall'altro il fatto che quando non si ha un reciproco contatto visivo con il supervisionato, ciò potrebbe rendere più difficile al supervisore poter individuare correttamente le aree problematiche da trattare. Per cui l'approccio da privilegiare è la video conferenza che consente un mutuo contatto visivo.

## **Conclusioni**

In generale, i metodi della supervisione a causa dei differenti paradigmi teorici sono rimasti piuttosto vaghi e lasciati alla responsabilità individuale e alla creatività dei singoli didatti. Continuano, perciò, a sussistere le opinioni più diverse, spesso contraddittorie, circa gli scopi ed i metodi della supervisione; le difficoltà di conciliare approcci differenti hanno determinato un rinvio della soluzione dei problemi concernenti la metodologia dell'insegnamento stesso. La metodologia rimane tanto più problematica quanto più si dibatte la questione del fine ultimo della supervisione. Sorgono domande riguardanti se la supervisione deve essere incentrata soltanto sul paziente o non deve piuttosto aiutare l'allievo a divenire consapevole dei suoi problemi personali man mano che questi emergono in relazione al caso.

Al di là dei paradigmi teorici di riferimento, delle liturgie ad essi associati la supervisione dovrebbe svolgersi entro un setting specifico, intendendo per setting, sia l'atteggiamento sia l'insieme delle norme fissate per realizzare il compito nelle migliori condizioni possibili, senza che questo compito subisca interferenze e pressioni provenienti dall'una o dall'altra parte, tali da mettere in pericolo l'obiettivo. Quindi, uno degli scopi del processo di supervisione è l'acquisizione, da parte dell'allievo, delle conoscenze e delle capacità necessarie per svolgere il più adeguatamente possibile il compito

del terapeuta. Un aspetto essenziale è che l'allievo impari ad ascoltare il paziente, a mantenere la capacità di osservare ciò che accade nella seduta, a comprendere, a trarre conclusioni e a formulare strategie terapeutiche avvalendosi delle proprie risorse personali. In tale setting si viene a creare, infatti, un contesto di apprendimento in cui le potenzialità del supervisionato sono incoraggiate e sviluppate, mentre sono contemporaneamente proposti validi e saldi riferimenti teorico-concettuali e tecnico-operativi cui attingere nell'individuazione di strategie efficaci di lavoro.

Conseguentemente, il supervisionato non adotta rigidamente il modello teorico di riferimento, il metodo e i punti di vista indicati dal supervisore nel contesto didattico, ma è facilitato nella ricerca di un'integrazione soggettiva dei principi appresi e nell'applicazione metodologicamente corretta e creativa degli stessi.