

*Francesco Bruni, Giuseppe Vinci e Maria Laura Vittori*

# Lo sguardo riflesso

Psicoterapia e formazione

## Capitolo 6

### La clinica nel training

Il percorso formativo in psicoterapia sistemico-relazionale, in genere, si articola in tre fasi: la parte propedeutica all'attività terapeutica, la fase delle terapie in supervisione diretta e la fase delle terapie in supervisione indiretta.

L'allievo, come abbiamo approfondito nei capitoli precedenti, nella fase propedeutica – il primo anno di formazione – apprende le basi dell'orientamento sistemico relazionale, impara a interpretare la domanda di aiuto, a costituire il setting e condurre un primo incontro terapeutico. Nello stesso tempo comincia un lavoro autocentrato che proseguirà per tutto l'iter formativo. Partecipa ad attività in piccoli gruppi condotti da un trainer, che progressivamente si trasformano in équipe terapeutica.

Nella fase di supervisione diretta – il secondo e il terzo anno – l'allievo è introdotto nell'attività psicoterapeutica e completa, progressivamente, l'apprendimento della conduzione del processo clinico. Nelle prime terapie, è guidato, sostenuto e coadiuvato dal didatta che lo assiste direttamente e lo introduce alla gestione del colloquio clinico. Il didatta supervisiona direttamente l'allievo, mentre conduce il colloquio clinico, osservandolo da dietro lo specchio, insieme al gruppo di allievi. La videoregistrazione dei colloqui e la successiva visione, da parte dell'allievo/terapeuta e del gruppo, permette di riconoscere le caratteristiche del sistema familiare che si presenta in terapia, di esaminare la relazione terapeutica e i suoi sviluppi temporali, approfondendone dettagli importanti. Il gruppo, in quanto équipe terapeutica, partecipa con la guida del trainer alle discussioni di pre e post seduta.

Nell'ultimo anno di formazione (o negli ultimi due anni, in alcune delle sedi del CSTFR che prolungano in un quinto anno la fase della supervisione indiretta) l'allievo segue autonomamente le terapie e le presenta negli incontri di supervisione. In questo periodo

nel gruppo possono formarsi mini équipes che vedono i componenti alternarsi nel ruolo di terapeuta e coterapeuta.

In questo capitolo ci soffermiamo sulla fase centrale del percorso formativo, l'attività clinica in supervisione diretta. Prima di addentrarci nel campo della supervisione facciamo il punto sul processo di maturazione personale del terapeuta, così come si presenta nel corso dell'attività clinica.

## L'allievo nel corso dell'attività clinica

Le competenze psicoterapeutiche di base, su cui si soffermano i diversi percorsi formativi, attengono all'integrazione di tre aree cruciali che sono considerate con sottolineature che variano a seconda dell'orientamento e dell'impostazione della scuola. Ci riferiamo all'intreccio che concerne maturazione personale e professionale del terapeuta, lettura della realtà che si incontra in ambito clinico, dalla diagnosi all'impostazione del percorso terapeutico, con le ricadute sull'interazione nel corso del processo clinico e sull'attività terapeutica complessiva (Bruni e Defilippi, 2006). Le aree cui facciamo riferimento possono essere così delineate:

1. la persona del terapeuta, intesa come principale "strumento" del suo lavoro, e che comprende emozioni, sensibilità, storia familiare e personale, risonanze, conoscenze, competenze e così via.
2. L'inquadramento delle problematiche familiari che il terapeuta rileva nell'incontro con chi chiede aiuto (dai criteri di valutazione e diagnosi al ciclo di vita, agli eventi paranormativi e alle risorse disponibili, con particolare attenzione ai processi di resilienza familiare).
3. Gli "oggetti" e i modi di fare terapia, dagli approcci alle metafore e agli strumenti che ampliano le possibilità di scelta del terapeuta, nelle terapie congiunte e disgiunte, e nella focalizzazione sulla struttura, sulla narrazione e sul mito. (Bruni, Defilippi, 2007, p. 290)

In un certo senso in tutti i percorsi formativi, pur con focalizzazioni differenti, si considerano la persona del terapeuta, l'inquadramento delle problematiche e gli oggetti e gli approcci utilizzati, con approfondimenti ed esiti che si caratterizzano in base all'assetto dell'impostazione clinica di riferimento. In tutti i casi, il terapeuta è considerato "strumento" del processo di cambiamento che connota l'esperienza psicoterapeutica, anche se ne vengono sottolineati aspetti che assumono denominazioni coerenti con il paradigma di riferimento. Nell'ottica sistemico relazionale, essere un buon terapeuta, come ci ricorda Minuchin, richiede una buona capacità di auto-riflessione. Capacità che dovrebbe essere coltivata nel corso della formazione.

“Negli ultimi quindici anni sono diventato sempre più interessato al terapeuta come strumento autoriflessivo: il terapeuta deve essere consapevole di se stesso come strumento, altrimenti sarà molto limitato. L’obiettivo è scoprire chi siamo in modo più complesso. Nel mio training quando insegno sto molto attento a facilitare negli allievi la capacità di auto-osservazione: i miei studenti non finiscono il training senza conoscere quello che fanno e cosa succede mentre portano avanti il loro intervento” (Minuchin, 1996, p.3)

Le trasformazioni che avvengono nel corso dell’attività clinica sono catalizzate dal terapeuta che si avvale di “differenti aspetti del sé in risposta ai diversi contesti sociali” (Minuchin, 1996, p.5). Egli, infatti, deve saper elaborare un’ipotesi parziale su come aiutare la famiglia e saper cambiare questa sua mappa ogni qual volta acquisisce nuove informazioni che lo portano a compiere interventi più efficaci. Anche se il terapeuta può controllare i suoi movimenti e non certamente quelli della famiglia, con l’aiuto del supervisore, può “incorporare voci multiple nel proprio repertorio” (Minuchin, 1996, p. 4).

Minuchin (1971), in passato, privilegiava l’insegnamento delle tecniche, a partire da quelle riportate in *Famiglie e terapie della famiglia*. Invece, negli ultimi venti anni, nella formazione del terapeuta familiare si sofferma anche sullo stile e su tutte quelle condizioni che permettano di “espandere il suo repertorio” (Minuchin, 1996, p. 6), poiché nella pratica clinica non è possibile separare le tecniche dall’uso del Sé. A proposito dell’influenza delle esperienze di vita sul suo stile terapeutico scrive nel suo ultimo libro:

Jorge Luis Borges mi insegnò il valore del mistero e dell’incertezza; mia madre, il significato dell’ordine nella vita; mio padre, le distorsioni della giustizia e, essendo ebreo, l’importanza dell’etnicità, della condizione di emigrante, l’angoscia della non appartenenza. Esperienze quasi sepolte nel dimenticatoio possono risalire a galla a seguito di un incontro con una nuova famiglia. Se il terapeuta accetta la parzialità e soggettività del suo ruolo, riconoscendo l’importanza di un’adeguata conoscenza di sé, potrà liberamente attingere alla propria vita. Tutto questo fa parte di quell’uso del Sé sul quale è consuetudine dei terapeuti familiari concentrarsi. (Minuchin e al., 2007)

Nell’ambito dell’ottica sistemica, il recupero della dimensione soggettiva ha riportato gli individui sulla scena relazionale, e la pragmatica si è aperta al mondo interno individuale e familiare (Onnis, Galluzzo 2002), integrandosi con la dimensione affettiva e il suo significato. Da qui, l’attenzione verso il sé del terapeuta e i processi per conoscere se stesso e auto-osservarsi, che reclamano un lavoro autocentrato durante tutte le fasi della formazione. L’attenzione alla dimensione soggettiva, insieme all’acquisizione reale delle competenze cliniche porta, di fatto, a modalità relazionali più mature anche sul piano personale.

Il percorso focalizzato sulla persona del terapeuta e sul processo di maturazione ha come meta la “differenziazione” che si articola, secondo Onnis e Mari (1995), in quattro livelli: attenzione alla storia familiare dell’allievo che inizia nel primo anno con il genogramma e

prosegue negli anni successivi; dinamiche interpersonali nel gruppo di training con i relativi rimandi della rappresentazione di sé agli altri; lavoro sull'allievo nel corso della supervisione diretta e, in particolare, le reazioni emotive dell'allievo in seguito all'incontro con la famiglia in terapia; lavoro sull'allievo nella supervisione indiretta soffermandosi sulle sue specifiche modalità interattive e sostenendolo verso la progressiva autonomia nel gestire il lavoro terapeutico.

Allora, l'obiettivo del training, come sostiene Malagoli Togliatti, consiste nell'aiutare l'allievo a saper "comprendere in che modo, consapevolmente o meno, influenza i comportamenti di chi chiede il suo aiuto" (Malagoli Togliatti, 2000, p. 6). Guidato dal didatta-supervisore, l'allievo dovrà necessariamente entrare in contatto con le forme del suo funzionamento psichico, con i meccanismi di difesa cui ha affidato il suo equilibrio, e con le sue esperienze.

Solo all'interno di un processo di questo tipo è possibile far acquisire agli allievi precise tecniche d'intervento nei confronti di situazioni d'interesse psicopatologico (...), lavoro che assume caratteristiche in gran parte paragonabili a una psicoterapia, tenuto altresì conto che non può esistere formazione al di fuori di un'attività psicoterapeutica.

La formazione di uno psicoterapeuta avviene, infatti, in un contesto di relazioni appositamente creato per permettere la integrazione tra la crescita e l'evoluzione dello psicoterapeuta come persona e l'acquisizione di tecniche e metodi specifici all'interno di un orientamento teorico che è, appunto, quello sistemico relazionale. (Ibidem, p. 6).

Ecco il senso della relazione didatta - allievo, prioritaria rispetto all'acquisizione delle specifiche tecniche da utilizzare nel corso delle terapie poiché, adottando diverse prospettive, l'allievo è portato a essere flessibile e a fare letture multiple dei processi interattivi. Nella fase propedeutica all'attività clinica, come riportato nei capitoli precedenti, impara a dare un significato alle emozioni e a riconoscere la sua situazione relazionale in riferimento ai contesti interpersonali in cui si trova ad agire, lavora sulla sua famiglia d'origine con l'ausilio di strumenti, quali: genogramma, sculture, *role playing*, simulate. E nel corso delle attività in gruppo partecipa a giochi psicologici per sperimentare situazioni relazionali che permettono di rivedere se stesso e di ricevere dagli altri un feedback dei vissuti emotivi.

## L'incontro con la famiglia

Completato il percorso propedeutico gli allievi passano alla fase clinica diretta, e al lavoro con le famiglie. Portano con sé un bagaglio teorico esperienziale sul modello sistemico

relazionale e una maggiore consapevolezza delle implicazioni cognitive di sé nei diversi contesti relazionali. Il percorso che conduce all'attività clinica è graduale. Si parte dall'osservazione di colloqui terapeutici videoregistrati, passando all'osservazione da dietro lo specchio di famiglie in terapia. Ogni momento stimola particolari processi di riflessione che vengono elaborati con la guida del didatta. Successivamente all'allievo viene affidata una terapia, magari non particolarmente complicata. I primi incontri sono condotti con l'apporto diretto del didatta/supervisore<sup>1</sup> e mano a mano che l'allievo/terapeuta diventa sempre più competente conduce i colloqui in prima persona assumendosi gradatamente maggiori responsabilità.

Nella conduzione della terapia l'allievo con l'ausilio del gruppo di colleghi dietro lo specchio, è supportato dal didatta che lo guida, lo sostiene e una volta più esperto ne diviene il consulente. Durante questo iter, il supervisore:

- stimola diversi punti di vista sulle interazioni nel sistema familiare e sulle situazioni su cui sta intervenendo;
- insegna le tecniche da adottare;
- favorisce il collegamento di quanto avviene nel corso della terapia con le teorie studiate e con il ruolo di terapeuta familiare;
- sostiene l'allievo nell'esaminare il proprio mondo interno in connessione con quanto avviene nel corso dei colloqui con la famiglia, aiutandolo a esplorare il proprio stato mentale e a sviluppare una propria personalità terapeutica.

L'allievo nel colloquio con la famiglia incontra un sistema relazionale guidato da proprie premesse e con specifiche caratteristiche emotive, cognitive e pragmatiche. Le concrete situazioni di sofferenza con cui viene in contatto lo scuotono e lo mettono alla prova nel stimolare il cambiamento relazionale verso modalità più funzionali alle esigenze della famiglia. L'incontro fa prendere contatto con parti di sé, fino a quel momento sopite, che può elaborare, apprendendo su se stesso.

Nel corso della supervisione clinica, il gruppo di allievi evolve diventando équipe terapeutica. I ruoli dei componenti il gruppo si ridefiniscono e ciascuno a turno assume compiti differenti: terapeuta, quadernista (colui che fa il verbale delle sedute), regista (responsabile delle riprese video), mentre altri allievi ricevono l'incarico di fare approfondimenti teorici sulle problematiche oggetto della terapia. Le responsabilità

---

<sup>1</sup> Nella sede di Bari, l'allievo, dopo la presentazione del setting insieme al didatta, lavora da solo con la famiglia per circa ¾ d'ora, poi si sospende la seduta e si rientra insieme per la restituzione, che è sempre a cura del didatta.

individuali e di gruppo aumentano e la rotazione degli incarichi, permette a ognuno di misurarsi con ruoli e letture diverse. Viene stimolata la propensione all'ascolto, la visione multipla e la capacità riflessiva, riferita al coinvolgimento emotivo, nel mentre dai dialoghi continui fra l'allievo/terapeuta, con la sua storia familiare, la famiglia che si incontra in terapia e il gruppo nascono nuove connessioni. Questo intreccio a più voci proietta tutti in una dimensione sociale più ampia. L'incontro con le famiglie mette l'allievo terapeuta a contatto con sistemi relazionali dotati di una propria organizzazione e storia, con specifiche caratteristiche che rimandano ad altre storie e altre famiglie, fra cui quella che gli risuona dentro.

Nel lavoro clinico con una famiglia disfunzionale, quando occorre preparare la strategia d'intervento o nella fase di commento e riflessione congiunta, a conclusione del colloquio, il contributo dei membri del gruppo diventa più costruttivo. La stessa terapia può avere più letture alternative che sono esaminate in gruppo, e le differenze arricchiscono il pensiero che si sta elaborando. L'apporto di ognuno, infatti, permette di arricchire e rielaborare le risonanze emotive, formulare ipotesi e fare osservazioni. Tutti i contributi e le considerazioni concorrono alla restituzione finale, che diventa un oggetto tangibile.

All'inizio di questa fase, le terapie incidono nella formazione personale e nell'identità di gruppo. I momenti critici che si affrontano segnano l'evoluzione della terapia e la crescita professionale degli allievi, che c'è ogni qualvolta si superano le difficoltà, quando si osservano importanti cambiamenti nella famiglia, o si riflette sulle ragioni e i vissuti connessi a un'interruzione dei percorsi. Sono passaggi che permettono la rielaborazione delle difficoltà personali incontrate nel rapporto con le famiglie. A tale proposito riportiamo le riflessioni di un didatta esperto:

*Pier Giuseppe Defilippi: credo che il più grande lavoro che il terapeuta fa su se stesso e che noi facciamo sul terapeuta sia il lavoro con le famiglie. Penso che ogni intervento terapeutico che suggeriamo, discutiamo o facciamo nelle terapie sia comunque un lavoro che si fa anche sul terapeuta. Molto di quello che il futuro terapeuta porterà con sé dipende dal lavoro che si fa dietro lo specchio e in stanza di terapia, unito alle riflessioni sui vissuti suscitati dalle famiglie. L'incontro con le famiglie induce cambiamenti nella vita dei terapeuti che se ne occupano. Quando l'allievo lavora con le famiglie è più facile apprezzare la sua flessibilità e sensibilità, la sua capacità di fare un certo tipo d'intervento e portarlo avanti, rispetto a valutazioni più astratte, più lontane dal contesto operativo concreto, dal quale possono venire risultati sorprendenti. Questa crescita professionale avviene non perché gli è stato detto: "Dai fai così", ma per effetto dell'evoluzione personale che ha vissuto attraverso il contatto con le famiglie.*

*Da questo punto di vista, appare persino stonato chiamare "allievi" i terapeuti in formazione, perché fondamentalmente sono giovani professionisti a contatto con altri professionisti, i didatti, che hanno maggiore esperienza. L'incontro tra loro non corrisponde tanto allo stereotipo del maestro e del discepolo, ma a una relazione co-creata fra terapeuti esperti e altri non esperti, ognuno in grado di dare un apporto*

*specifico e sviluppare una certa professionalità. Per questo è fondamentale il contesto nell'ambito formativo e il clima che si vive all'interno del centro. Il contesto stimola il cambiamento quando si crea un laboratorio terapeutico, costruito non soltanto sulla singola famiglia in terapia, ma sul modo stesso con cui viene organizzata l'attività formativa. (Bari, 24 settembre 2005)*

Se la formazione avviene in un clima di comprensione e condivisione l'allievo è più stimolato a esprimersi sul lavoro terapeutico, cioè sulle emozioni che prova nei confronti della famiglia, su come interpreta la situazione, sulle aspettative nei confronti del gruppo e del didatta. Si sente più coinvolto e capace di riflettere.

Una parte delle riflessioni del gruppo è dedicata all'esame del contenuto della terapia: ipotesi, strategia, interventi, caratteristiche del lavoro in équipe e altri sistemi relazionali che intervengono direttamente rispetto al problema presentato. Dal confronto fra gli allievi sull'inquadramento del sistema familiare e sulle varie fasi del percorso terapeutico scaturiscono storie e pensieri che permettono di apprendere da queste interazioni.

Con il lavoro in stanza di terapia, ogni allievo avvia un processo di differenziazione e individuazione superando la condizione iniziale di dipendenza dal didatta, ma sperimentando una maggiore vicinanza, dovuta alla libertà di stare vicino senza sentirsi "inglobati e annullati". Lo sviluppo di questa fase comporta la graduale individuazione dell'allievo/terapeuta.

## Il setting della psicoterapia familiare

Come noto, il setting classico di psicoterapia familiare è composto di una struttura di due stanze divise da una parete con specchio unidirezionale: in una si svolge il colloquio tra famiglia e allievo/terapeuta e nell'altra si posiziona il didatta supervisore con il gruppo di allievi. Vi è un sistema di videoregistrazione del colloquio con la famiglia, nel corso del quale il didatta può comunicare con l'allievo terapeuta tramite un citofono.

Può succedere che il didatta affianchi l'allievo nella stanza di terapia intervenendo direttamente nel corso del colloquio o conducendolo in prima persona. Le incursioni del didatta sono più frequenti nei primi colloqui, diradandosi via via che l'allievo diventa più esperto.

Nei primi colloqui la dipendenza dal didatta è molto forte. Il citofono svolge la funzione di guida per l'evoluzione della terapia e di superamento delle difficoltà che l'allievo incontra nella conduzione del colloquio. Se, nonostante l'evoluzione della terapia, si continua a utilizzarlo con eccessiva frequenza l'allievo è portato a passivizzarsi, accentuando la sua

dipendenza dal didatta, evitando di mettersi alla prova e sviluppare una propria personalità terapeutica.

In questa fase è preferibile dare all'allievo indicazioni sulla situazione in corso, sulle problematiche presenti lasciandogli più autonomia nella conduzione del colloquio, così da fare emergere un suo stile, che il didatta aiuta ad armonizzare in funzione dell'acquisizione di una piena competenza clinica. Prima della conclusione del colloquio, l'allievo terapeuta esce dalla stanza di terapia e insieme al didatta supervisore, e con l'apporto del gruppo, concorda come concludere l'incontro.

La famiglia fin dal primo momento è informata sull'impostazione del lavoro clinico, affinché ne condivida il percorso ed esprima formalmente il consenso. Il referente resta comunque il didatta, mentre l'allievo che conduce il colloquio viene sempre più responsabilizzato nel gestire i contatti con la famiglia.

Nel corso della fase in supervisione diretta ogni allievo partecipa a tante terapie poiché, oltre a quelle che conduce in prima persona, assiste, da dietro lo specchio, a quelle che sono condotte dai compagni del gruppo di training.

La videoregistrazione dei colloqui permette poi di esaminare le fasi più importanti di ogni seduta, di rifletterci con la guida del didatta, di preparare gli incontri successivi, di elaborare nuove ipotesi, di valutare gli effetti pragmatici di ogni singola manovra terapeutica.

Il setting così impostato è particolarmente adatto ai colloqui con le famiglie e favorisce diversi livelli di osservazione: famiglia, famiglia/terapeuta; famiglia/terapeuta/équipe. E' un contesto fondamentale di acquisizione delle conoscenze, strumento essenziale del processo terapeutico, anche per arginare la deriva individualistica (Selvini, Selvini Palazzoli, 1989).

Il setting sistemico relazionale stesso è, come sostiene Jay Haley (1996), strumento di formazione poiché offre la possibilità di osservare il terapeuta mentre conduce il colloquio con la famiglia. Permette di seguire il colloquio e la performance dell'allievo passo dopo passo, istruendolo a seconda di quello che accade. L'allievo può così esercitarsi guidato dal supervisore e apprendere abilità e tecniche necessarie per la conduzione del colloquio, adattandole alla diversità dei pazienti. Haley fa notare che per imparare a guidare un'automobile occorre apprendere le nozioni di base e poi fare pratica con un guidatore esperto: lo stesso principio vale nell'apprendimento della terapia familiare. Il setting con lo specchio unidirezionale e la videoregistrazione è equiparabile all'automobile con i doppi comandi della scuola guida. Tale struttura permette di vedere il terapeuta all'opera insieme

alla famiglia e coglierne le implicazioni verbali e non verbali: il dialogo, il tono della voce, i gesti, i movimenti corporei e le posizioni assunte dal terapeuta e dalla famiglia. Elementi che sono dettagliatamente esaminati da dietro lo specchio e approfonditi rivedendo la videoregistrazione, e che aiutano il terapeuta a correggersi.

Sul versante strategico, Haley ritiene che all'allievo occorra insegnare cosa fare: "Come porre una domanda, fare un commento, dare una direttiva, stabilire chi debba partecipare a un colloquio e pianificare le strategie di un caso" (Haley, 1996, p. 15)

Per diventare psicoterapeuti, non basta apprendere un insieme di abilità, ma occorre lavorare su se stesso. Per questo, il supervisore oltre ad insegnare che cosa fare in una data situazione, aiuta l'allievo a osservarsi ogni qual volta il suo funzionamento diviene un ostacolo alla efficace conduzione del trattamento. I principali problemi che s'incontrano nel corso della supervisione, sono così descritti da Haley:

Se la psicoterapia fosse solo una questione di abilità, sarebbe possibile insegnarla come un insieme di tecniche. Tuttavia, sono gli stessi terapeuti, lo strumento mediante il quale le tecniche terapeutiche si esprimono e talvolta questo strumento presenta dei problemi. Talvolta l'intensità delle emozioni durante una seduta è eccessiva per il terapeuta. Altre volte, fra trainer e trainee c'è conflittualità. Verrà sempre, prima o poi, un momento in cui i terapeuti sperimenteranno molti dei problemi dei loro pazienti. Spesso, il terapeuta è giovane e sta attraversando la fase del distacco dalla famiglia, cosa che può essere stressante. Invece di evitare i pensieri dolorosi e le persone afflitte da problemi, come fa la maggioranza della gente, i terapeuti se li vanno a cercare ogni giorno. Un lavoro di questo genere non è privo di conseguenze sul piano personale: per dirla con Bateson, la sonda che introduciamo negli esseri umani ha sempre un altro capo che penetra in noi.

A volte i trainer possono essere troppo ansiosi per effettuare un colloquio; altre volte fanno coattivamente qualcosa che non è di aiuto per il cliente. Alcuni trainer sono arroganti e non riescono ad andare d'accordo con nessuno ed altri fanno fatica ad ascoltare. Qualcuno non riesce a frenare la tendenza a porre una quantità eccessiva di domande e non prende mai una posizione. Nel lavoro con le coppie, il trainer può inavvertitamente schierarsi dalla parte di uno dei due partner ostacolando il cambiamento. In certi casi il trainer è sfiduciato e comunica questo atteggiamento al cliente. Il supervisore non ha solo il compito di insegnare al trainer le tecniche cliniche, ma deve anche aiutarlo a superare le difficoltà personali e a raggiungere il più alto livello possibile di competenza clinica. (Ibidem pp. 29-30)

Se il supervisore resta su un piano pragmatico altrettanto sarà indotto a fare il terapeuta, evitando di approfondire le problematiche soggettive e le implicazioni emotive delle interazioni nel corso del colloquio. Non è opportuno correre il rischio di perdere di vista le interazioni osservabili, ma se il supervisore è portato a concentrarsi anche sugli stati d'animo altrettanto farà il terapeuta con la famiglia. In pratica, quello che accade dietro lo specchio è altrettanto importante di quello che avviene nella stanza di terapia e ne rappresenta la modellizzazione, anche per i processi gerarchici. Pertanto, quando il

rapporto supervisore allievo è paritario, altrettanto sarà portato a fare il terapeuta con la famiglia, con il rischio di essere in difficoltà quando dovrà assumere il ruolo di esperto.

In genere, l'équipe dietro lo specchio adotta un atteggiamento costruttivo che il supervisore stimola: sollecitando gli allievi a suggerire indicazioni e osservazioni che rafforzino il morale del collega terapeuta, senza mettere in ridicolo la famiglia o squalificare il tipo di colloquio. La cooperazione e l'aiuto reciproco fra i componenti l'équipe vengono stimolati se gli allievi sono tutti coinvolti, e a turno si cimentano con i diversi compiti che rientrano nell'esperienza clinica.

Le opportunità offerte all'allievo nel corso della formazione variano - secondo l'impostazione seguita della scuola - da quelle sopra descritta a quelle praticate da scuole in cui l'attività clinica è molto studiata e poco praticata, e gli allievi si limitano a osservare i didatti mentre conducono le terapie.

Ecco le diverse situazioni, riprese da Bruni e Defilippi (2007), che gli allievi possono incontrare rispetto alla possibilità di pratica clinica in supervisione diretta:

- l'esperienza terapeutica è demandata alla fase e ai luoghi del tirocinio;
- si osserva da dietro lo specchio il didatta che conduce la terapia;
- si entra in stanza di terapia insieme al didatta e si assiste dall'interno al colloquio;
- si porta in sede una famiglia che l'allievo segue altrove per un incontro di consulenza con il didatta;
- si conducono terapie in supervisione diretta;
- si eseguono colloqui clinici altrove, per lo più nell'ambito del tirocinio e si riporta il contenuto in supervisione.

Anche l'esame finale risente di queste differenze, dove la pratica clinica è più occasionale ed è relegata al tirocinio, la valutazione è più orientata alle conoscenze acquisite nel percorso, poiché è difficile apprezzare le competenze terapeutiche dall'allievo. Mentre nelle scuole dove il percorso prevede un consistente lavoro clinico, la valutazione riguarda più direttamente le competenze terapeutiche acquisite dall'allievo.

## La supervisione

La supervisione può riguardare la consulenza e il sostegno diretto rispetto alle terapie che si svolgono nel training con la presenza del didatta (supervisione diretta), oppure il

sostegno all'allievo per l'attività clinica che svolge in altri contesti (supervisione indiretta). La fase di supervisione è decisiva per la formazione clinica, poiché permette l'acquisizione delle competenze necessarie per svolgere questa professione, e permette di verificare le competenze cliniche e la loro coerenza con gli standard di riferimento.

Se esaminiamo l'evoluzione della formazione dei terapeuti familiari dagli anni sessanta, possiamo constatare che l'impostazione della supervisione è coerente con il modello terapeutico insegnato e praticato dal didatta<sup>2</sup>, come se vi fosse sovrapposizione fra psicoterapia e formazione. Pertanto il supervisore si pone nei confronti dell'allievo secondo l'orientamento clinico che adotta. Schematizzando: quando aderisce all'approccio strutturale funge da guida nel favorire il processo di gerarchizzazione dei ruoli (supervisore, terapeuta, genitori, figli); quando segue il modello strategico diviene un consulente competente del terapeuta, cui lascia la conduzione del lavoro, intervenendo solo quando emergono problemi; quando fa riferimento all'approccio trigerazionale si pone da allenatore del terapeuta aiutandolo a rielaborare le relazioni con la propria famiglia d'origine, così come il terapeuta fa con il paziente designato e la sua famiglia; quando adotta un approccio esperienziale diviene un partner che affianca il terapeuta, e così via per ciascuno degli altri approcci.

La prevalenza di approcci integrati, affermatasi recentemente, ha messo in discussione questa stretta corrispondenza fra specifici modelli clinici praticati e percorso formativo seguito, e introdotto nuovi elementi che hanno arricchito l'assetto della supervisione.

La psicoterapia, abbandonati i modelli istruttivi onnicomprensivi e direttivi, è oggi comunemente considerata un processo costruttivo, in cui l'operatore ricerca caso per caso l'approccio clinico adeguato alla specifica situazione che incontra. Per questo è indispensabile, oltre a una buona tecnica, la maturazione personale e professionale dell'allievo, che rende viva l'aderenza a un protocollo standardizzato altrimenti limitativo, al di fuori dei casi specifici per cui è stato validato. Occorre comunque che gli allievi conoscano specifici protocolli, offrendogli anche l'opportunità di familiarizzare con approcci diversi e maturare un proprio stile, per essere in grado di poter affrontare situazioni cliniche particolari e difficilmente prevedibili.

Nella relazione con gli allievi, il supervisore assume una posizione "meta" rispetto alla costruzione del contesto terapeutico, a come si struttura nel tempo, al terapeuta nella relazione con la famiglia, con il gruppo di lavoro e con il supervisore stesso. Attento alla

---

<sup>2</sup> Ci riferiamo all'analisi di McDaniel, Weber e McKeever del 1983 e alle osservazioni di Cotugno (2002) rispetto alla supervisione.

storia del paziente e della famiglia, il supervisore risale al terapeuta, a come egli si pone nei confronti del paziente e della famiglia, in un processo circolare complesso che coinvolge la relazione fra terapeuta e supervisore e ingloba la famiglia e il gruppo di allievi. La necessità di ricercare un equilibrio fra formazione – dell'allievo terapeuta e del gruppo degli allievi come équipe terapeutica – e la necessaria e prioritaria cura della famiglia che chiede aiuto, complica ulteriormente questo intreccio relazionale.

La ricerca di un equilibrio è essenziale anche perché la relazione del terapeuta con la famiglia è speculare alla relazione che egli ha con il gruppo (de Bernart e Dobrowolski, 1996). Quando il supervisore stimola una relazione collaborativa fra terapeuta e gruppo, per osmosi, contribuirà all'evoluzione della relazione fra terapeuta e famiglia. Anche la relazione tra il supervisore e il terapeuta è speculare a quella fra la famiglia e il terapeuta: se nella prima diade prevale un rapporto di dipendenza è facile che questo avvenga anche nella relazione famiglia terapeuta. Nei primi momenti di pratica clinica la dipendenza dal didatta da parte dell'allievo inesperto è necessaria e inevitabile, ma a mano a mano che la supervisione evolve è bene che l'allievo sia sempre più stimolato a esprimere idee personali sul processo terapeutico, come preludio della sua individuazione professionale.

I compiti del supervisore, secondo Liddle e Schwartz (1983), con riferimento agli obiettivi della famiglia del terapeuta e del gruppo, si sviluppano attraverso sei fasi, che Vittori (1996) ha così schematizzato:

1. Valutazione generale della competenza del terapeuta  
Specificazione e identificazione delle qualità del terapeuta, in ordine a risorse, flessibilità, capacità relazionali e di gestione delle emozioni.
2. Considerazioni della preseduta  
Spazio in cui tracciare gli obiettivi specifici per la famiglia e gli obiettivi specifici per il terapeuta.
3. Considerazioni durante la seduta  
E' il momento in cui muoversi nella direzione dei sopraindicati obiettivi specifici, facendo attenzione alla costruzione di circuiti rigidi e improduttivi.
4. Indicazione per gli interventi di supervisione  
Osservando la seduta, il supervisore interviene in conformità ad alcuni fattori che gli autori identificano nei concetti di:
  - a. urgenza;
  - b. probabilità di esecuzione efficace;
  - c. dipendenza e differenziazione.

Il supervisore decide anche lo stile da adottare e il modo idoneo a trasmettere il messaggio:

1. tramite citofono;
2. tramite discussione con il terapeuta facendolo uscire dalla stanza;
3. tramite entrata in terapia.

5. Decisione relativa all'intervento

A questo punto il supervisore valuta l'impatto del suo intervento sul sistema terapeutico e si riserva, qualora necessario, la possibilità di intervenire nuovamente.

6. Considerazioni post-seduta

Sono passati in rassegna gli eventi rilevanti della seduta, e valutati in rapporto agli obiettivi prefissati.

Si nota come l'intervento che il supervisore concepisce e attua è, o dovrebbe essere, il risultato di una valutazione complessiva di diversi fattori, tra cui rientrano le considerazioni sul sistema familiare, sul livello del terapeuta in formazione, sulla relazione supervisore terapeuta. (Vittori, 1996, pp.130-131)

Queste funzioni presuppongono una sufficiente chiarezza dei confini tra formazione e terapia dell'allievo, per evitare il rischio che si generi confusione collocando l'allievo nel ruolo di paziente. Cosa non semplice e scontata, poiché l'apprendimento è di fatto terapeutico e trasformativo (Cotugno, 2002), e il supervisore deve ogni volta scegliere come considerare e trattare tutto quello che comprende della storia e della condizione emotiva e cognitiva dell'allievo.

Ritornando al sostegno dell'allievo impegnato nel comprendere i comportamenti sintomatici di chi ha in cura, il supervisore attento si pone come "correttore di bozze" (Cancrini, 1987), di ciò che il terapeuta porta di sé, relativamente alla terapia, intervenendo sugli errori rilevati. Con questa finalità, il supervisore, esperto nel lavoro con le famiglie, aiuta l'allievo a comprendere e ad agire terapeuticamente. Gli insegna a collocare il paziente nel sistema familiare, nel quale i suoi comportamenti diventano comprensibili per il terapeuta e l'équipe, e consentono di agire terapeuticamente.

I componenti la famiglia giungono in terapia portando problematiche relazionali e alcune parti di sé poco elaborate, che procurano una tensione emotiva a volte difficile da tollerare. Nel colloquio clinico, le parti dolorose vengono evacuate in un oggetto esterno, il terapeuta, percepito come contenitore e agente che può elaborarle e modificarle (Bion, 1961). Nel corso dell'attività clinica avviene un complesso processo che permette al paziente di riprendersi le sue proiezioni e di rielaborarle, di trasformarle e integrarle così da non sentirle più minacciose. Quando il terapeuta non riesce a contenere le proiezioni del paziente, poiché esse richiamano sue problematiche non risolte, la terapia si blocca ed è facile che egli porti al supervisore le sue reazioni emozionali che riflettono quelle del paziente (Grinberg 1976). Il supervisore rendendosi conto, e ricorrendo alla propria sensibilità, capacità ed esperienza può mostrare al terapeuta l'origine delle reazioni emozionali che prova con il paziente.

Esaminiamo i problemi che di solito si incontrano nel rapporto supervisore terapeuta, così come de Bernart e Dobrowolski (1996) li hanno indicati:

1. l'ambivalenza che l'allievo può manifestare nei confronti del supervisore, che è simmetrica a quella del paziente o della famiglia nei confronti del terapeuta, come anche la profonda dipendenza che nasconde rivalità e ostacola l'apprendimento;
2. l'allievo che ha bisogno di sentire sua la terapia con la famiglia può non tollerare gli interventi intrusivi del supervisore. In questo caso è opportuno che il supervisore adotti una comunicazione più empatica e sostenga l'allievo, rispettandone le difficoltà emotive e i tempi di elaborazione;
3. il rischio della collusione che si presenta in una relazione quando si utilizzano quelle parti di sé che rispondono ai bisogni dell'altro, rinunciando a sviluppare altre parti di se stesso che sull'altro vengono proiettate. Questo fenomeno si riscontra anche nella interazione terapeuta famiglia. La collusione diventa negativa nel momento in cui s'irrigidisce e non evolve verso livelli relazionali più articolati e maturi.

Cardinali e Guidi (1988), hanno studiato le dinamiche collusive nel corso della formazione e della supervisione terapeutica. Le interazioni collusive più frequenti sono da loro così schematizzate: “come noi non c'è nessuno”, quando supervisore e terapeuta tendono a soddisfare il reciproco narcisismo; Il terapeuta gratificato dalla famiglia e criticato dal supervisore, che proietta sulla prima le parti idealizzate di sé e sull'altro le parti persecutorie; il terapeuta a immagine e somiglianza del supervisore; interventi del supervisore che per il terapeuta diventano messaggi del tipo “o con me o contro di me”; e infine lo slittamento della supervisione a terapia del terapeuta.

Per non cadere in adattamenti regressivi, il supervisore si pone in posizione “meta” rispetto alla relazione terapeuta-paziente e alla relazione supervisore-terapeuta, a favore di un processo trasformativo che passa dalla sperimentazione di modalità più evolute di percezione di sé e dell'altro.

Le emozioni del terapeuta richiedono riconoscimento e attenzione, essendo termometro dell'evoluzione della terapia. La relazione di supervisione è il luogo naturale in cui ciò può avvenire. L'ascolto interno della famiglia da parte del terapeuta (Menghi e Giacometti, 1985) favorisce i processi d'individuazione dei diversi elementi della famiglia, e di differenziazione delle parti di sé. E' una condizione che richiede la sospensione dell'azione, e la tolleranza del “buio della mente” (Cancrini 1987). Quando il terapeuta si nega l'ascolto, e organizza subito i dati per fare comunque qualcosa corre il rischio di non comprendere l'altro e – conseguentemente – di non sentirsi compreso. Allo stesso modo, il supervisore deve saper ascoltare l'allievo terapeuta, aiutarlo a tollerare il dubbio e a

rispettare il tempo necessario, affinché i dati e le emozioni provate portino a una ristrutturazione cognitiva che gli permetta di capire e far evolvere la relazione terapeutica. Le emozioni che prova il supervisore, come ci insegna Searles (1965) riferendosi alla supervisione analitica, sono informazioni preziose per chiarire i rapporti esistenti fra allievo terapeuta e paziente. Nel rapporto di supervisione risiede un processo di riflessione circolare, “la sensazione che il supervisore prova è la stessa che il terapeuta avverte, la quale è a sua volta la medesima che il paziente ha durante le sedute ed è la stessa che sperimenta o sperimentava all’interno della sua famiglia” (Cotugno, 2002, p. 46). Possiamo parlare di risonanze (Elkaim, 1989), di sentimenti che si propagano con ripercussioni affettive, come i vissuti che il terapeuta non riesce a gestire, ma che una volta elaborati potrebbero favorire il cambiamento nel paziente e nella famiglia. Il supervisore, quando funge da contenitore dei vissuti emotivi del terapeuta, lo aiuta a trasformare quanto risente delle vicende della propria storia. Una volta che l’allievo terapeuta ha appreso questo processo è in grado di adottarlo con il paziente o con le famiglie nel corso dell’attività clinica.

## L’organizzazione della supervisione

Si prepara l’incontro con la famiglia e il terapeuta concorda con l’équipe che cosa fare nel corso del colloquio. All’inizio del primo incontro si presenta il setting e si fa direttamente conoscenza con il sistema familiare. Dopo la classica fase di joining, si passa all’esame dei problemi che vi sono in famiglia. Il terapeuta è attento alle considerazioni espresse da ogni componente la famiglia che fa interagire anche in merito alle soluzioni da loro ipotizzate e infine si definisce un contratto terapeutico. Il didatta supervisore e il gruppo, assistono al colloquio da dietro lo specchio. Il didatta comunica con il terapeuta per mezzo citofono e se necessario entra in stanza di terapia per dialogare direttamente con la famiglia.

Una volta esplorati gli argomenti concordati, il terapeuta esce dalla stanza dove è avvenuto il colloquio e si reca dietro lo specchio per preparare con il didatta e il gruppo la conclusione della seduta. In tale frangente, si valuta se vi sono gli elementi per concordare un percorso terapeutico e di conseguenza stabilire chi convocare per il prossimo incontro. Il terapeuta rientra in stanza di terapia, dove la famiglia lo stava aspettando, e conclude l’incontro. Congedata la famiglia, il gruppo si riunisce con il didatta e il terapeuta per il post seduta. Nei giorni successivi, prima del successivo appuntamento, il terapeuta rivede la

videoregistrazione della seduta insieme al quadernista che deve redigerne il verbale. Prima di ogni incontro con la famiglia, l'équipe si ritrova in pre seduta per preparare il colloquio. Il quadernista legge il verbale dell'incontro precedente. Quindi il supervisore stimola il terapeuta e il gruppo a riesaminare le ipotesi formulate, rielaborare la strategia e rivedere il percorso per definire come gestire l'incontro. Stabilire la strategia dell'intervento richiede invece approfondimenti e riflessioni che si strutturano nei primi colloqui a partire da alcuni indicatori sistemico relazionali su cui si ritornerà nel corso del trattamento: la fase del ciclo vitale della famiglia; l'organizzazione del sistema familiare con particolare attenzione alle caratteristiche strutturali; il grado di differenziazione di ogni componente della famiglia in una visione intergenerazionale; la funzione del sintomo nel sistema familiare. Nella formulazione delle ipotesi si considerano le diverse letture della situazione terapeutica che si costruisce e del funzionamento del sistema familiare, e saranno oggetto di continua verifica per tutto l'iter clinico.

Nel corso degli incontri, può capitare che il didatta decida di vedere, insieme agli allievi e al terapeuta, la videoregistrazione delle fasi più importanti della seduta precedente, che sono sottoposte a riflessione congiunta. La visione della seduta permette di formulare nuove ipotesi e costatare gli effetti di ogni manovra terapeutica (Malagoli Togliatti, 2000). Con la videoregistrazione, ognuno si rende più consapevole delle tecniche per influenzare l'altro e di come si viene influenzati, riconosce le interazioni comunicative disfunzionali, ne valuta la congruenza o l'incongruenza con l'immagine che si ha di se stessi, considera i sentimenti che prova, i comportamenti che adotta e prende coscienza dei propri strumenti. Nel rivedere le sequenze del colloquio ci si rende conto dei comportamenti verbali e non verbale e dell'effetto pragmatico che essi producono. Il terapeuta osservandosi, nella videoregistrazione della seduta, diventa consapevole dei sentimenti provati e della congruenza (o discrepanza) tra le sensazioni e i suoi agiti verbali e non verbali.

Sul piano cognitivo e affettivo il gruppo contribuisce all'evoluzione delle diverse fasi dell'attività terapeutica, che sono: informazioni sull'inviante, ricostruzione della storia della famiglia, prescrizioni, osservazione in merito al rapporto fra famiglia terapeuta e gruppo. Durante la terapia il didatta guida l'allievo a porsi domande e formulare ipotesi di lavoro. A questo scopo riportiamo la griglia di lettura elaborata da M. G. Cancrini e Harrison (1983):

1. *Dove?*

Qual è il contesto in cui sto lavorando, e come il contesto qualifica il mio intervento. Sono nell'anticamera di un ospedale, o di una clinica, sono in uno studio di terapia familiare? Come le persone che ho di fronte vivono il contesto, il mio ruolo, la mia funzione?

2. *Quando?*

Il sistema che ho di fronte mi sta chiedendo di aiutarlo ad abbassare lo stress, oppure qualcuno è alla ricerca di una trasformazione e vuole essere aiutato ad alzare lo stress perché ciò sia possibile?

3. *Qual è il sistema da prendere in considerazione?*

Famiglia, famiglia allargata, scuola, colleghi coinvolti o con il paziente o con una parte della famiglia? Come si configura il sistema attorno al sintomo?

4. *Con gli occhi di chi sto guardando la situazione?*

Chi è stato a fare la richiesta, che tipo di richiesta mi ha fatto; è d'accordo il resto del sistema? La valutazione emotiva degli altri coincide con quella data dalla famiglia, ed è congrua alla situazione? Perché mi è tanto simpatica la madre, perché non sopporto il padre e ritengo che non possa cambiare?

5. *Qual è il titolo che il paziente designato dà alla rappresentazione, con il sintomo? (Cancrini, Harrison, 1983, p. 124)*

Il supervisore insegna all'allievo determinate tecniche, lo aiuta a connettere quello che avviene nel sistema terapeutico e a definirsi nel ruolo di terapeuta. Esaminiamo pragmaticamente le fasi di questo passaggio.

#### Uso del citofono

Con il citofono il supervisore può dare al terapeuta indicazioni per gestire il qui e ora del colloquio clinico. Gli trasmette indicazioni sulla relazione terapeutica, sul clima emotivo e può suggerire messaggi da comunicare e cambiamenti da attuare.

Il citofono serve per comunicazioni immediate che richiedono una rapida esecuzione. Il terapeuta diviene l'esecutore delle indicazioni che riceve, ma quando sono frequenti tende a passivizzarsi. L'uso frequente del citofono, infatti, non favorisce l'ascolto di sé e non aiuta il terapeuta a ricercare la sintonia emotiva con la famiglia e con il paziente. In genere il didatta si limita a utilizzarlo per trasmettere brevi messaggi prescrittivi, in particolare quando vi sono situazioni che richiedono un intervento tempestivo. Non tutte le scuole utilizzano il citofono. Quelle che ne fanno a meno preferiscono non interrompere il terapeuta durante il colloquio, piuttosto, quando il supervisore sente la necessità di parlargli gli chiede di uscire momentaneamente dalla stanza di terapia.

Il citofono è utile nella fase iniziale di apprendimento e nelle prime sedute, in seguito dovrebbe essere usato di rado, per indirizzare il lavoro del terapeuta più che per fargli eseguire singoli interventi. Quando però vi si ricorre frequentemente l'allievo incontra difficoltà a elaborare un proprio stile e sviluppare un proprio pensiero terapeutico autonomo.

### Ingresso del supervisore in stanza di terapia

Il supervisore, durante il colloquio condotto dall'allievo terapeuta, può decidere di entrare in stanza di terapia per dialogare con la famiglia, in un clima di condivisione di quello che sta accadendo, o in caso di blocco dell'allievo in una fase delicata del lavoro. Se entra frequentemente instaura una relazione diretta con la famiglia con il rischio di relegare il terapeuta nella posizione di osservatore passivo. In tal caso la supervisione si trasforma in una coterapia, come faceva Whitaker. Il quale lavorava con le famiglie tenendo accanto l'allievo, che per lo più osservava i suoi interventi.

In alcune circostanze è opportuno porre l'allievo terapeuta in posizione di osservatore, ad esempio: quando si vuole ridurre il suo coinvolgimento con la famiglia e con alcuni suoi membri; per farlo uscire da una relazione collusiva; quando è necessario fare un intervento particolare che comporta un'interazione emotiva, che l'allievo terapeuta non riesce a sostenere, con un membro della famiglia. In tutti questi casi il supervisore deve tutelare il ruolo dell'allievo terapeuta nei confronti della famiglia. Per ogni incursione in stanza di terapia è opportuno che nel post seduta vi si dedichi un congruo tempo per favorire l'elaborazione dei vissuti innanzitutto del terapeuta, ma anche del gruppo dietro lo specchio.

I vissuti dell'allievo conseguenti agli interventi del supervisore sono un dato utile, possono facilitare il suo processo di differenziazione o, al contrario, accentuare in lui un atteggiamento passivo o imitativo. Quando l'allievo coglie che gli interventi del supervisore sono un'opportunità, per assumere momentaneamente una posizione di osservatore dell'interazione terapeutica e per esaminare un modo "più esperto" di stare con quella famiglia, giunge a elaborare nuove idee e nuove visioni. Questa esperienza lo aiuterà a differenziarsi e ad attivarsi in maniera diversa dal supervisore.

Ma se, come spesso capita nei primi colloqui, considera l'ingresso del supervisore un affronto o il "fallimento" di quello che lui sta facendo, sarà portato a giustificarsi, a correggersi o a imitarlo. Cosa inopportuna sia per l'evoluzione della terapia e sia per la formazione dell'allievo terapeuta. In tutti i casi, su queste dinamiche occorre ritornare nel post seduta.

Come opportunamente sottolineano de Bernart e Dobrowolski (1996) l'entrata del supervisore è comunque un intervento su tutto il sistema terapeutico: "è sempre, anche se desiderata, molto traumatica soprattutto per l'allievo (la famiglia la accetta benissimo) e quindi deve essere rielaborata in post seduta stessa" (p. 100).

## Attività dietro lo specchio

Il terapeuta, dopo aver affrontato con la famiglia gli argomenti oggetto del colloquio, si reca dietro lo specchio per concordare con l'équipe come terminare la seduta. Egli può recarsi dietro lo specchio per parlare con il supervisore e il gruppo anche in altri momenti della seduta. Cosa che avviene raramente, per lo più su richiesta del supervisore, quando il terapeuta è in difficoltà nel proseguire il colloquio. .

Dietro lo specchio, l'allievo è aiutato a riflettere sui suoi vissuti e riceve stimoli con il sostegno del gruppo, in quanto elaboratore di ipotesi e suggerimenti, che lo inducono a trovare la modalità idonea per proseguire il colloquio e concluderlo. Il dialogo dietro lo specchio aiuta a co-costruire un nuovo modello e fa emergere lo stile proprio del terapeuta, rispettandone le idee e tutelando i suoi tempi e i suoi spazi.

Se dopo pochi minuti dall'inizio del colloquio con la famiglia ci si rende conto che nei giorni precedenti si sono verificati eventi che hanno modificato profondamente l'equilibrio familiare può essere opportuno richiamare il terapeuta dietro lo specchio, onde fare il punto della situazione e valutare se dare un taglio diverso alla seduta rispetto a quanto stabilito in un primo tempo.

In merito all'importanza del lavoro dietro lo specchio, Cancrini si sofferma sulla collusione del terapeuta con le fantasie onnipotenti e sadiche del paziente designato. Situazione tipica nelle terapie delle famiglie con un figlio tossicodipendente o psicotico, che impedisce di vedere la sofferenza e la difficoltà dei genitori bloccando la terapia.

Il controllo di questo tipo di reazioni nell'ambito del training e della supervisione pone problemi non semplici. In supervisione diretta, dietro lo specchio, quello cui ci si trova di fronte è spesso un affascinatione quasi ipnotico dell'allievo, che ignora o attacca il genitore messo sotto accusa dal figlio. L'utilizzazione del citofono in casi di questo genere può restare senza esito perché l'allievo ascolta, dice di aver capito, ma continua a muoversi nello stesso modo. Talora può dunque diventare necessario (e utile) interrompere la seduta dando un consiglio esplicito di recupero di un rapporto di simpatia con il genitore in difficoltà, o entrare direttamente in seduta orientando diversamente il clima affettivo che in essa si sta determinando. Sta poi nell'uso corretto del materiale videoregistrato la possibilità di recuperare, in tutta la sua evidenza, gli effetti sul comportamento in seduta di emozioni non consapevoli legate a questo tipo di controtransfert. A distanza di ore o di giorni, infatti, l'allievo è fuori dal clima emotivo della seduta, e ritrova abitualmente una maggiore capacità di vedere ciò che gli è accaduto.

Ugualmente frequente e a volta più difficile il compito del supervisore che si confronta con questo tipo di controtransfert in supervisione indiretta. Lavorare sulla storia per fare emergere particolari utili a vedere in una luce diversa o evidenziare la marcata mancanza d'informazioni riguardanti figure troppo fortemente caratterizzate in sede di resoconto, può tuttavia essere utile in molti di questi casi. (Cancrini, 1997, p. 240)

Se, per controllare tali reazioni e aiutare l'allievo a uscire dalle trappole della collusione, si ricorre all'interruzione momentanea della seduta e si chiama il terapeuta dietro lo specchio per dargli consigli utili nel qui ed ora, è opportuno ritornare sull'episodio, in un secondo tempo, quando l'allievo avrà la possibilità di rivedersi e riconoscere gli effetti delle emozioni controtransferali.

### Pre seduta

La fase che precede il colloquio terapeutico è di solito utilizzata per fare il riepilogo degli interventi effettuati nelle sedute precedenti e preparare l'incontro imminente. In questa fase si legge il resoconto dell'ultima seduta, si riesamina l'ipotesi diagnostica e le strategie terapeutiche e s'imposta il colloquio. Nel caso di una prima seduta, si esaminano le informazioni sulla famiglia contenute nella scheda telefonica o quelle fornite dell'inviante in modo da formulare le prime ipotesi di lavoro.

La preparazione del colloquio dovrà tenere conto che ogni incontro comporta sempre un alto grado d'incertezza, e richiede disponibilità verso l'imprevisto. In ogni caso l'incontro con la famiglia reale sarà più o meno diverso da come sarà stato immaginato prima. Tuttavia è necessario formulare ipotesi, ma restando pronti a metterle in discussione non appena i nuovi dati dovessero contraddirle. Quando nella preparazione della seduta si adotta un'impostazione istruttiva, l'allievo terapeuta alle prime esperienze si sente rassicurato di sapere che cosa fare nel corso del colloquio. Può però essere indotto ad applicare meccanicamente procedure e tecniche standardizzate, senza concedersi l'opportunità dell'ascolto.

Occorre che il terapeuta si prepari a essere flessibile, sia per vivere un'esperienza autenticamente emozionante, sia per saper accogliere gli eventi impreveduti che possono aver modificato l'equilibrio familiare, di cui egli dovrà rapidamente tener conto.

Per evitare che il terapeuta assuma un atteggiamento rigido, controproducente nel colloquio con la famiglia, alcuni didatti, preferiscono soffermarsi nel corso della preseduta sulle implicazioni emotive del terapeuta connesse all'incontro, considerando la storia di questo rapporto e la sua evoluzione, oppure riflettendo sui rapporti con il supervisore e il gruppo, piuttosto che dilungarsi nel dare consigli sulle procedure e sulle tecniche da applicare.

### Post seduta

Terminato il colloquio, il supervisore invita il terapeuta e il gruppo a prendersi uno spazio di riflessione sui vissuti e sui pensieri emersi nella seduta appena conclusa. In un clima di accoglienza e comprensione, ognuno si attiva offrendo contributi che conducono all'elaborazione razionale degli agiti, alla mentalizzazione delle emozioni e alla produzione di ipotesi che vengono condivise nel gruppo.

In questo momento il gruppo, in quanto base sicura per accogliere emozioni e cognizioni, deve essere capace di contenere e di elaborare un pensiero complesso sull'esperienza clinica. Cosa possibile se nella fase propedeutica della formazione si è lavorato con attenzione sulle storie personali e sul clima nel gruppo. In questo spazio ci si può dedicare alle riflessioni sulla storia personale dell'allievo e della sua famiglia d'origine, approfondendone alcuni aspetti e rivisitandoli rispetto ai vissuti e agli agiti emersi nella relazione con la famiglia in terapia.

E' un momento importante, in cui sono rielaborati gli eventi rilevanti della seduta, compresi quelli in cui il terapeuta può essere stato poco ricettivo verso i membri della famiglia, e anche verso le indicazioni e i messaggi del supervisore. In tal caso occorre rivedere la relazione che si è determinata, e le implicazioni legate all'incontro con la famiglia reale in terapia e quelle con la famiglia interna che il terapeuta ha introiettato. Può essere utile, in alcuni casi, riprendere il genogramma dell'allievo per quanto connesso con le difficoltà che si sono presentate nella seduta.

#### Altri spazi di consulenza rivolti agli allievi

Nel corso del training vi sono momenti liberi dalle terapie programmate dedicati all'insegnamento delle tecniche o per essere spazio di consulenza a disposizione degli allievi.

In questi casi si visionano le sequenze delle sedute videoregistrate, seguendo le modalità che abbiamo sopra esposto. Di norma, tali approfondimenti avvengono in seguito al blocco della terapia, oppure quando occorre ridefinire il contratto o nei casi di variazione degli obiettivi, come in terapia di coppia quando occorre gestire la separazione. Anche nella formulazione di una diagnosi è necessario fare un approfondimento relativamente alla correlazione fra la descrizione sintomatica e la lettura sistemico relazionale delle interazioni familiari secondo il modello Beavers (Bruni, Defilippi, 2005) e nei casi specifici facendo riferimento al disturbo di personalità (Benjamin, 1996) che può meglio essere compreso e affrontato se lo si inquadra nella storia delle relazioni interpersonali della famiglia.

Il didatta, ponendosi da consulente, può aiutare l'allievo a rielaborare la relazione con la famiglia in terapia, superare gli agiti difensivi e uscire dalle situazioni di stallo o anche permettere la separazione dalla famiglia ed elaborarne il distacco in seguito alla conclusione del trattamento. Aspetto non facile per i terapeuti giovani che rischiano più di altri di affezionarsi alle famiglie che seguono.