

ARTICOLO DI OPINIONE

Il controtransfert nella supervisione pluralistica integrata

Claudia Montanari¹, Laura Rapanà¹

¹ A.S.P.I.C.

ABSTRACT

In this article we want to focus on the work with countertransference in clinical supervision of according to the Integrated Pluralistic Model used by supervisors of the Association for the Development of the Individual and the Community. In supervision, countertransference analysis is an emotional contact technique for working through the unfinished *gestalts* that interfere in the psychotherapeutic process in the *here and now*; this intervention allows the supervisee to increase his awareness and be a more effective and efficient therapist. In this contribution, after a presentation of the model, the direct experience of a group supervision will be exposed to illustrate a possible work with the countertransference with the aim of generating reflections on this topic by professionals who deal with this specific field and to solicit greater investment in empirical evidence.

KEYWORDS

Supervision, countertransference, video recording.

ABSTRACT IN ITALIANO

In questo articolo si vuole porre il focus sul lavoro con il controtransfert nella supervisione clinica secondo il Modello Pluralistico Integrato utilizzato dai supervisori dell'Associazione per lo Sviluppo dell'Individuo e della Comunità. In supervisione, l'analisi del controtransfert è uno strumento di contatto emotivo per elaborare nel *qui e ora* le *gestalt* incompiute che interferiscono nel processo psicoterapeutico; tale intervento permette al supervisionato di aumentare la propria consapevolezza ed essere un terapeuta più efficace ed efficiente. Nel presente contributo, dopo una presentazione del modello, sarà esposta l'esperienza diretta di una supervisione in gruppo per illustrare un possibile lavoro con il controtransfert con lo scopo di generare delle riflessioni su tale argomento da parte dei professionisti che si occupano di questo specifico ambito e di invitare a un maggior investimento sull'evidenza empirica.

PAROLE CHIAVE

Supervisione, controtransfert, videoregistrazione.



Citation

Montanari C., Rapanà L. (2022).
Il controtransfert nella supervisione
pluralistica integrata
Phenomena Journal, 4, 76-91.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.174>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Claudia Montanari
info@claudiamontanari.it

Ricevuto: 23 ottobre 2022

Accettato: 29 novembre 2022

Publicato: 29 novembre 2022



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

La supervisione clinica ha importanti implicazioni per lo sviluppo di uno psicoterapeuta [1]. Per tale motivo, è necessario investire sugli interventi di supervisione affinché siano di supporto emotivo e psicologico, di crescita etico-morale, efficaci ed efficienti ai fini del perfezionamento professionale per l'acquisizione di competenze necessarie allo svolgimento di un lavoro *sufficientemente buono* per il proprio cliente [2-5]. Una stretta alleanza è alla base della relazione tra supervisore e supervisionato [6] tanto quanto quella tra terapeuta e cliente, perché può favorire la fiducia [7], ridurre il rischio di *burnout* [8], e perché aiuta a rivelare da parte del supervisionato, aspetti importanti [9], promuovendo anche l'esplorazione di controtransfert che impattano nell'interazione con i clienti [10]. Una supervisione competente [11] favorisce il riconoscimento dei punti di forza e dei talenti del supervisionato, incoraggiando l'autoefficacia che, come sottolineano Mesrie, Diener e Clark [3] in una loro ricerca, è direttamente influenzata dall'attaccamento del supervisionato al supervisore stesso. «L'arduo lavoro del supervisore è riuscire a cogliere i punti di forza e di blocco o frattura della relazione, attraverso il materiale portato dal supervisionato rispetto alla sua relazione con il paziente. Ed ecco che ci si addentra nell'ambito del transfert/controtransfert sia del supervisionato con il proprio paziente che con il suo supervisore, sia del supervisore con il proprio supervisionato» [4] (pagg. 42-43). Il controtransfert in senso generale indica tutto ciò che, essendo un aspetto della personalità del terapeuta, può intervenire nel processo terapeutico. Quello del controtransfert è un concetto che è stato sviluppato attraverso diverse prospettive. Nella tabella 1 è riportata una sintesi delle diverse descrizioni del controtransfert, fatta da Falender e Shafranske, associate al *background* storico di riferimento [11].

Tab. 1. Prospettive storiche e contemporanee del Controtransfert (CT) [4] (pagg. 44-46); *ri-adattato da* [11] (Tab. 6.1, pagg. 121-123)

| Prospettiva | Descrizione | Background storico |
|--|---|---|
| <i>CT come transfert nel transfert del cliente</i> | Comporta la risposta emotiva dello psicoterapeuta al transfert del cliente, che rappresenta un ostacolo all'obiettività e un'interferenza con il trattamento. | La visione originale fu quella di Freud [12, 13], comunemente definita <i>prospettiva ristretta</i> . Il CT si origina nelle questioni irrisolte dello psicoterapeuta. |
| <i>CT come totale responsabilità emotiva verso il cliente</i> | Comporta la totale responsabilità dello psicoterapeuta verso il cliente, vista come elemento che si genera inizialmente nel cliente e rappresenta un'utile fonte d'informazione per la comprensione del cliente stesso. | Il primo a proporlo fu Heimann [14], il quale sottolineò l'utilità per il terapeuta di prestare attenzione alle proprie reazioni emotive con lo scopo di raggiungere una migliore comprensione delle dinamiche del cliente; si definisce comunemente <i>prospettiva ampia o totalitaria</i> . Il CT si origina nel cliente. |

| | | |
|---|---|---|
| <i>CT come identificazione proiettiva</i> | Si tratta di un processo intrapsichico che coinvolge la fantasia, in cui i contenuti mentali del cliente si proiettano nello psicoterapeuta evocando in lui reazioni emotive. | Fu Klein a coniare il termine <i>identificazione proiettiva</i> , in cui il cliente proietta aspetti intollerabili dell'esperienza di sé sullo psicoterapeuta [15]. Teorie successive ipotizzarono che la pressione interpersonale applicata dal cliente esercitasse un'influenza sullo psicoterapeuta portandolo a un'ulteriore identificazione nelle proiezioni del cliente [16]. Il CT si origina nel cliente. |
| <i>CT come obiettivo</i> | Si sviluppa come risposta emotiva da parte dello psicoterapeuta nei confronti del cliente, simile a quella verso altre persone che fanno parte della sua vita. | Identificato da Winnicott, il CT <i>obiettivo</i> riflette le risposte caratteristiche che altre persone attivano quando sono in relazione con il cliente e fornisce informazioni importanti sulle modalità con cui il cliente entra in relazione con gli altri e sulla natura di tali relazioni [17]. |
| <i>CT come attuazione</i> | Quando lo psicoterapeuta agisce in modo complementare con il cliente mettendo in atto il transfert del cliente e la relativa risposta di CT dello psicoterapeuta. | La pressione interpersonale e intrapsichica che si origina sia nel cliente che nello psicoterapeuta sfocia nell'attuazione di un ruolo. Cliente e psicoterapeuta contribuiscono entrambi al CT di attuazione. |
| <i>CT come espressione di intersoggettività</i> | La responsività complessiva dello psicoterapeuta verso il cliente è influenzata dalla soggettività dello psicoterapeuta, da quella del cliente e dalla speciale relazione e interazione che si sviluppa tra loro. | Questa prospettiva postmoderna pone l'accento sulla costruzione reciproca di significato, conscia e inconscia, da parte del cliente e dello psicoterapeuta, compresi i fattori multiculturali, le differenze e le analogie individuali che influenzano costantemente la relazione terapeutica. |
| <i>CT come schema derivante dalla storia personale del terapeuta</i> | Schemi che delineano le valutazioni cognitive e la tendenza a determinate reazioni da parte del terapeuta nei confronti di se stesso, degli altri e degli eventi. | Gli schemi sono rappresentazioni cognitive di esperienze passate o situazioni che influenzano l'elaborazione delle informazioni, le risposte emotive e il comportamento. Gli schemi del terapeuta possono condurre a distorsioni cognitive, attenzione selettiva e meccanismi emotivi e interpersonali disadattivi. È nel concetto di <i>sistemi di fiducia terapeutica</i> [18] che viene posto l'accento sui processi cognitivi consci. |

| | | |
|--|---|--|
| <i>CT come non corrispondenza o sovrapposizione degli schemi</i> | Gli schemi che il terapeuta apporta alla relazione terapeutica possono inavvertitamente alimentare e rafforzare gli schemi disadattativi del cliente. | Una non corrispondenza o una sovrapposizione degli schemi si riferisce a quelle condizioni in cui gli schemi del terapeuta relativi alla terapia e alle relazioni possono confermare gli schemi negativi personali del cliente e le condizioni in cui schemi simili producono reazioni interpersonali complementari. Si pone l'accento sull'interazione degli schemi, in qualche modo simile alla concezione psicoanalitica di responsabilità dei ruoli. |
| <i>CT come interferenza</i> | Le reazioni personali possono interferire con la capacità del terapeuta di essere completamente presente all'esperienza reale di stare con il cliente. | Malgrado si valorizzi l'autenticità del terapeuta, il CT può allontanarlo dal contatto con il cliente o interferire con lo sviluppo di una considerazione positiva incondizionata. |
| <i>CT come conseguenza di un contatto del terapeuta all'interno del sistema familiare</i> | Vengono evocate reazioni personali nel momento in cui il terapeuta viene inserito in uno schema di relazioni familiari anomalo. | Questa prospettiva fa riferimento a concetti di transfert e CT, sottolineando le molteplici forze (identificazioni parziali, questioni relative alla famiglia di origine, dinamiche di potere) che influenzano l'interazione terapeutica e la natura delle reazioni del terapeuta. |
| <i>CT come reazione interna o esterna del terapeuta che si origina principalmente nel terapeuta</i> | Comprende le esperienze soggettive e le risposte emotive che si originano da conflitti irrisolti e vulnerabilità psicologiche radicate sia nel passato sia nelle relazioni ed esperienze attuali. | Questa prospettiva transteorica pone l'accento sul ruolo esercitato dagli effetti che i conflitti irrisolti e le vulnerabilità innescano nella relazione terapeutica e che sono manifestati mediante forme di comportamento evitanti da parte del terapeuta. |
| <i>CT come azione idiosincratica o modello di esperienza terapeutica</i> | Comprende esperienze e risposte nettamente diverse o inusuali che differiscono dagli standard comuni del comportamento di un terapeuta. | Questa prospettiva transteorica pone l'accento sulla fenomenologia del CT. |

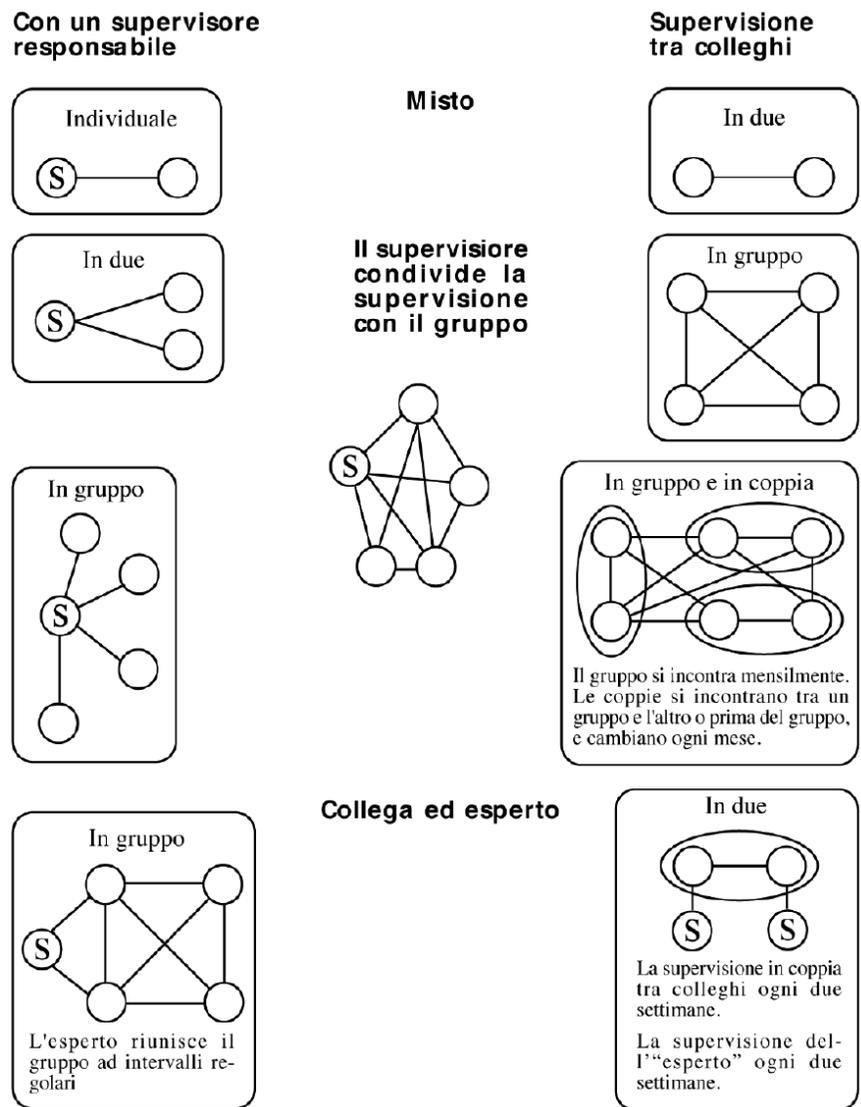
Questa rassegna ci permette di esplorare i vari modi in cui il controtransfert è concettualizzato, a seconda del modello teorico di riferimento, e consente di scegliere il modo più funzionale e appropriato di utilizzare emozioni e pensieri controtransferali nella specifica situazione; in generale, è comunque importante distinguere il controtransfert non riconosciuto da quello reattivo: il primo deriva dal materiale proprio del terapeuta che egli stesso porta in seduta, il secondo proviene dal materiale del paziente, cui il terapeuta reagisce, richiamando propri schemi interni del passato [19]. Lavorare in supervisione sul controtransfert permette al terapeuta di migliorare il suo senso di autoefficacia, la consapevolezza delle sue azioni e la gestione delle sue risonanze. In particolare, l'obiettivo finale della supervisione integrata secondo Norcross e Popple [20] (p. 40) è «quello di ritagliare l'approccio della supervisione su misura per i singoli clinici in formazione, con modalità che migliorino gli esiti dei loro clienti e le competenze dei clinici stessi».

2. Il controtransfert nella supervisione con approccio Pluralistico Integrato

Il modo in cui il transfert e il controtransfert vengono considerati e trattati ha subito un cambiamento di prospettiva già trent'anni fa [21]. Nella psicoanalisi l'analista lavorava sul transfert del cliente cercando di controllare al massimo il proprio controtransfert. Negli approcci successivi, come ad esempio nella Psicoterapia della Gestalt, il terapeuta considerava il transfert del paziente come una modalità di contatto nel *qui e ora* e utilizzava deliberatamente il proprio controtransfert con una costante consapevolezza del proprio sentito emozionale e corporeo in dialogo con il comportamento verbale e non verbale del cliente. Nell'approccio Pluralistico Integrato, dove la fenomenologia clinica e la psicoterapia umanistica sono il presupposto culturale, insieme all'integrazione dei fattori comuni ai diversi indirizzi psicoterapeutici, transfert e controtransfert sono espressioni della relazione psicoterapeutica che vanno ascoltate nel *continuum* di consapevolezza [22]. La supervisione favorisce e sostiene tale processo di crescita anche grazie alla flessibilità del supervisore, caratteristica che questo approccio considera necessaria non solo per il terapeuta con il proprio cliente ma anche per il supervisore con il proprio supervisionato. L'Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità (ASPIC) inizialmente costituita come *Gestalt Counseling Training Center*, nel 1991 aveva effettuato uno studio analizzando 28 videoregistrazioni di sedute di supervisione svolte da 11 supervisori diversi. Da questo studio [23] è emerso che il sostegno maggiore che veniva offerto dal giovane supervisore era nell'esplorazione della relazione controtransferale terapeuta/cliente e del processo parallelo in atto tra supervisore e terapeuta. Nel corso di tutti questi anni l'ASPIC si è impegnata, attraverso continue revisioni effettuate durante stages di approfondimento teorico e di supervisione pratica, a creare un modello etico/pratico di formazione della figura del supervisore. Le linee guida dell'APA (*American Psychological Association*) in vigore fino al 2024 [24, 25] indicano la "relazione di supervisione" al terzo posto tra i sette domini che descrivono gli aspetti essenziali per una supervisione clinica efficace. È importante esplorare la

relazione di supervisione anche dalla parte del supervisore, osservando il suo controtransfert nei confronti del supervisionato: «È sempre una relazione adulto/adulto o ci sono risonanze periferiche che contaminano il rapporto?» [23] (p. 286). Nello svolgimento di una supervisione con approccio Pluralistico Integrato è importante, che il supervisore parta dal presupposto che non esiste un solo modo corretto di offrire una supervisione: ogni supervisionato, avrà necessità differenti in momenti diversi [26, 27]. In un clima di collaborazione, di rispetto e di fiducia si dovrà sviluppare all'interno della relazione supervisore-supervisionato una “cultura del *feedback*”. È importante che entrambi si sentano liberi di esprimersi; il supervisore, inoltre, deve sentirsi libero di riconoscere i propri limiti e fare riferimento a un altro supervisore nel caso in cui abbia l'impressione di non riuscire ad aiutare un particolare utente. Il supervisionato gioverà molto dell'aiuto offerto dal supervisore per riconoscere e rinforzare i suoi punti di forza ovvero le aree della pratica in cui si sente maggiormente efficace e per sostenere i suoi punti di fragilità. Nel Modello Pluralistico Integrato applicato alla supervisione, è possibile ritrovare la definizione di Giusti e Rapanà di supervisione *multivariata* in cui la flessibilità è caratteristica del supervisore volta al rispetto verso ciascun supervisionato: «La supervisione multivariata è una supervisione che si basa su una moltitudine di approcci con una metodologia pluralistica integrata che utilizza strategie e tecniche varie, adottate in modi differenti, in contesti e su utenti specifici, permettendo ogni volta l'attuazione di un piano di supervisione personalizzato» [4] (p. 20). La formazione erogata dall'ASPIC prevede la supervisione come elemento essenziale in tutti i processi di apprendimento [5]. Nella Figura 1 sono riportate diverse forme di organizzazione della supervisione che possono essere utilizzate secondo le necessità, gli obiettivi e il contesto. Inskipp e Proctor [28, 29] hanno suddiviso le varie forme di organizzazione in base alla presenza di uno, due o più supervisionati e alla struttura di supervisione tra colleghi o tra esperto e collega.

Fig. 1. Possibili organizzazioni della supervisione [2] (Fig. 3, p. 22); da [28, 29].



Nella supervisione ad approccio Pluralistico Integrato dell'ASPIC vi è una procedura di addestramento alla conduzione del colloquio di sostegno e di aiuto, definita CUS (Counsellor/Terapeuta-Cliente/Utente-Osservatore/Supervisore): è un'esercitazione pratica svolta dagli allievi sin dal primo anno della scuola di formazione attraverso un addestramento al *feedback* fenomenologico. Secondo Montanari, attraverso il CUS, gli allievi «apprendono dall'esperienza, sanno comunicare a sé stessi e agli altri quanto stanno apprendendo e sapranno interagire proficuamente con i colleghi, per diventare essi stessi agenti di cambiamento» [5] (p. 7). In questo approccio, la relazione di supervisione si sviluppa grazie a una collaborazione e alla creazione di un legame tra supervisore e supervisionato. Sulla base di tre colonne portanti, ossia l'empatia, il rispetto e l'autenticità, i vari ruoli del supervisore (insegnante, tutor, facilitatore, formatore, counselor e collega) portano all'espressione di diverse funzioni

della supervisione: educativa, valutativa, di consulenza, di supporto, di *modeling*. Queste funzioni permetteranno una guida personalizzata del supervisionato riguardo alle sue necessità specifiche [2].

2.1 Scopo del presente lavoro

Il presente articolo ha lo scopo di evidenziare l'efficacia di un intervento di supervisione focalizzato sul controtransfert del terapeuta/supervisionato secondo il modello Pluralistico Integrato dell'ASPIC e di generare delle riflessioni su tale argomento da parte dei professionisti che si occupano di quest'area specifica. Durante la seduta di supervisione è utile esplorare le proiezioni inconscie: «Chi ti ricorda questo cliente? Quali momenti della vita in passato hai ancora in sospeso con questa immagine?» [23] (p. 286). Attribuire un ruolo fondamentale al controtransfert in supervisione è un'opportunità per il supervisore di aiutare il supervisionato in una continua crescita di consapevolezza.

Per Falender e Shafranske [30] esistono cinque fattori specifici che bisogna acquisire durante la formazione e la crescita personale per gestire in modo adeguato il controtransfert: l'autocomprensione, l'auto-integrazione, la gestione dell'ansia, l'empatia e concettualizzare le abilità, cioè la capacità del terapeuta di applicare la teoria alla pratica e di cogliere l'aspetto teorico delle dinamiche del paziente in termini di relazione terapeutica. L'uso del controtransfert può sia affinare l'intuizione sia promuovere la riflessione sulle dinamiche del cliente e della relazione con quest'ultimo. Anche il controtransfert del supervisore può essere utilizzato come strumento per approfondire elementi emersi in supervisione ad esempio attraverso l'esplicitazione del processo parallelo [31], ossia «... l'area di interazione presente nel campo fra psicoterapeuta e paziente che si replica nel campo tra supervisore e psicoterapeuta» [32] (p. 116). Nell'ottica gestaltica il transfert e il controtransfert sono presenti in ogni relazione che riattivi nel presente situazioni incompiute del passato [2]. La Psicoterapia della Gestalt è stata considerata la terapia eclettica per eccellenza, avendo generato un ponte unificante tra tecniche diverse di origine varie [33]. Nell'ambito eclettico, la Psicoterapia della Gestalt è spesso riuscita, in effetti, a costituire il punto d'incontro fra orientamenti inconciliabili e a puntare, con spirito interdisciplinare, all'essenza dell'essenza, in un progetto unificante delle diverse pratiche terapeutiche, con tecniche speciali confezionate nel *qui e ora* a misura dell'utente. Nella supervisione ad approccio Pluralistico Integrato dell'ASPIC le tecniche gestaltiche sono efficaci nel lavoro sul controtransfert, lavoro che richiede comunque prima la creazione di una relazione supervisore-supervisionato personale attuale e autentica. Il supervisore (come il terapeuta con il paziente/cliente) cerca di stabilire con il proprio supervisionato una relazione intersoggettiva [2; 33]:

- in *empatia* con la persona (con Lui/Lei),
- in *congruenza* con sé stesso (con me),
- in *simpatia* nella relazione Io/Tu (tra noi).

L'uso sano e adattivo del transfert/controtransfert è, quindi, caratterizzato da un «si-

stema cognitivo-affettivo-comportamentale aperto, in cui l'informazione dal passato viene elaborata unitamente a quella tratta dal presente» [2] (p. 144).

2.2 Tecniche e strategie utilizzate per il lavoro sul controtransfert in supervisione

In questo articolo si è voluto riportare un intervento videoregistrato della Dott.ssa Montanari proposto al convegno della FISIG 2015 [33] e riproposto, data l'attualità del tema, durante le Giornate di Studio della FISIG 2022 [34]. Il filmato permette di osservare un lavoro di supervisione in gruppo lavorando sul controtransfert di una supervisionata. La tecnica di videoregistrazione ci permette, come ormai in generale riconosciuto dalla ricerca [35], di visionare il lavoro svolto dal professionista in modo da facilitare e stimolare l'osservazione e l'attuazione di modelli di comportamento efficaci [36], migliorare l'apprendimento degli allievi in formazione e permettere (attraverso l'attivazione dei neuroni specchio) di immagazzinare nella memoria, modalità differenti [37]. La supervisione di gruppo consente di partecipare al lavoro nel *qui e ora* beneficiando di tutte le caratteristiche che le dinamiche di gruppo comportano [38]. La possibilità di rivedere una seduta di supervisione in cui si è lavorato con il controtransfert permette al supervisionato di riattivare emozioni elaborate e sperimentare *insight* terapeutici favorevoli al suo cliente, e permette agli altri allievi in formazione di osservare con più attenzione e di riconoscere dentro di sé spunti utili al proprio percorso personale e di crescita professionale. Il lavoro sul controtransfert presente nel filmato proposto di seguito, riguarda una psicoterapeuta in supervisione che riporta le proprie difficoltà a gestire delle richieste particolari di un cliente nella fase di contatto iniziale. L'esplorazione dei suoi vissuti si concentrerà su ciò che queste richieste hanno attivato in lei. Di seguito sono riportati stralci di dialogo iniziale (minuto 10:00 - 13:21) tra supervisore (S) e supervisionata (s).

s: *A me rimane la paura. La paura. Perché... Io mi sono resa conto in quell'occasione che...eh, probabilmente la cosa più sana che potevo fare per me era chiudere, proprio vederlo e chiudere. (Pausa). Perché ho avuto paura. Ho proprio avuto paura... e se mi capita un'altra volta una cosa del genere?*

S: *Se stai su questa paura... mi sembra che mentre lo racconti... (mano sul petto).*

s: *Sì sì, ogni volta che lo ripenso, che lo racconto... sto proprio (mano sul petto).*

DALLE PAROLE ALL'ESPERIENZA VISSUTA: IL LAVORO SULL'EMOZIONE

S: *Mentre la senti... Che cosa ti viene in mente? Un'altra epoca, un altro tempo... Un episodio che possa corrispondere a questo tipo di paura.*

s: *Nello specifico no, però io...*

S: *No no, nello specifico... la stessa paura.*

s: *Io ho una mia paura di sentirmi indifesa, ma proprio dalla violenza fisica, che io non ho subito. C'è stato un episodio anni fa, io facevo il tirocinio a Firenze in cui, la mattina presto, mentre andavo a fare il tirocinio a piedi, in una strada stretta, ma molto trafficata, un ragazzo, un uomo, tipo un barbone, stava camminando nel senso contrario a me e guardandomi fisso, m'ha dato un pugno nello stomaco e poi è fuggito. Io mi sono accasciata a terra e per penso dieci minuti buoni non si è fermato*

nessuno... nessuno, e ci stavano un sacco di macchine, tante persone hanno visto l'accaduto. Soltanto alla fine, un ragazzo che aveva un negozio mi ha visto a terra e mi ha soccorso... lì ho avuto quella paura... lì ho avuto la paura di sentirmi in quel momento indifesa anche perché è arrivata una scheggia, un pugno nello stomaco da uno sconosciuto, mi ha colpito. Quindi, a volte faccio questo parallelo quando lo racconto... È comunque mia la paura di essere aggredita e non sapermi difendere perché in quel momento mi sono paralizzata. A me la paura, mi paralizza, non mi fa fuggire.

S: Vedo che ...

s: Beh sì!

S: ...ci sono quei pugni che non hai dato...

s: Sì!

S: ...anche dalla sorpresa, perché mi sembra che dalla sorpresa non c'era proprio il tempo...

s: Sì! Non ho avuto il tempo di comprendere... Sì! Infatti adesso capita, a volte, magari ...se faccio un tratto di strada da sola di notte, magari dopo essere uscita con gli amici, vado a prendere la macchina, mi guardo sempre intorno...con... con la paura...

S: Hai esplorato questo episodio già?

s: No.

S: Ah...

s: No.

(Pausa)

S: Per cui non hai potuto elaborarlo...

Nella Tabella 2 sono riportati i punti salienti della registrazione suddivisi in specifici interventi nella relazione di supervisione e le corrispondenti dinamiche in atto.

Tab. 2. Punti salienti del filmato di supervisione di gruppo condotto dalla Dott.ssa Claudia Montanari [34].

| Tempi della registrazione | Relazione di supervisione | Spunti di riflessione per l'allievo |
|----------------------------------|--|--|
| 10:16 - 10:29 | ho avuto paura | CONTROTRANSFERT PROATTIVO O REATTIVO? [32] |
| 10:36 - 10:48 | un episodio del passato che possa corrispondere a questo tipo di paura | DALLE PAROLE ALL'ESPERIENZA VISSUTA: IL LAVORO SULL'EMOZIONE |
| 15:34 - 15:39 | chi è che ti dice "sei brava? sei forte?" | CONSAPEVOLEZZA |

| | | |
|----------------------|---|--|
| 16:22 - 16:40 | vi va di alzarvi | MODIFICARE L'ESPERIENZA VISITA ATTRAVERSO L'AZIONE NEL <i>QUI ED ORA</i> |
| 16:51 - 17:45 | adesso mi viene di proteggermi | LA POSSIBILITÀ DI AGIRE |
| 20:41 - 20:49 | mi viene in mente che io non chiedo aiuto | “POSSO DIFENDERMI E CHIEDERE AIUTO”: PIÙ SCELTE POSSIBILI |

Il filmato della supervisione in gruppo sul lavoro con il controtransfert può essere visto scansionando il presente QR Code.



16-19 Aprile 2015 Convegno FISIG-Federazione Italiana Scuole e Istituti Gestalt - Pratica e teoria della Terapia della Gestalt “Controtransfert in Supervisione”. Filmato di una supervisione in gruppo condotta da Claudia Montanari, Direttore dell'Istituto per la Formazione di Psicoterapeuti - ASPIC Scuola di Specializzazione quadriennale in Psicologia Clinica di Comunità e Psicoterapia Umanistica Integrata.

Nella Tabella 3, invece, sono riportate delle domande specifiche volte a far riflettere dopo la visione del filmato e a far stimolare un lavoro di consapevolezza.

Tab. 3. Stimoli utili alla riflessione sulla visione del filmato per un lavoro di consapevolezza [33].

| Tempi della registrazione | Stimoli per l'allievo in formazione per un lavoro di consapevolezza |
|----------------------------------|--|
| 02:03 | - Come avresti reagito a questa richiesta particolare? |
| 03:19 | - Avresti risposto agli sms? |
| 05:04 | - Ricordi momenti in cui ti sei forzato a fare/non fare qualcosa in risposta ad un paziente? |
| 07:08 | - Aspettative e speranze: vuoi che torni o che non torni più? |
| 08:09 | - Di quale protezione hai bisogno come terapeuta? |
| 10:18 | - Controtransfert proattivo o reattivo? |
| | - Nelle due esperienze in quale punto del ciclo del contatto si è verificata l'interruzione? |
| | - In che modo il lavoro proposto ha permesso di chiudere la gestalt? |

La supervisione è stata centrata sul processo di controtransfert di tipo proattivo, in cui lo psicoterapeuta introduce proattivamente al paziente il suo stesso transfert, con sentimenti, fantasie, proiezioni e paure proprie [32]. È di fondamentale importanza ricordare che i fenomeni transferali e controtransferali si esprimono non soltanto nei contenuti verbali ma anche con modalità non verbali, tramite il linguaggio del corpo, gli odori o l'atmosfera o gli aspetti del contesto [34]. Durante la supervisione riportata è stato proposto di dare (minuto 10:36 - 10:48) "movimento alle parole" per consentire al supervisionato di *riappropriarsi* del vissuto soggettivo della sua esperienza attraverso il "*continuum* di consapevolezza". In questo modo è stato possibile lavorare sulle distorsioni emerse al "confine del contatto" e che avevano perturbato le "funzioni del Sé" [34] (minuto 15:34 - 15:39). Questo lavoro ha consentito al terapeuta di consapevolizzare che l'interruzione del contatto era avvenuta nella fase del pre-contatto del ciclo del contatto-ritiro (**il quando**) e che il meccanismo di evitamento che era stato utilizzato era la deflessione, una sensazione interna di insicurezza che porta la persona, una volta prossima al confine di contatto, a fuggire [22] (**il come**).

La "messa in atto" corporea simbolica di un sentimento represso favorisce il passaggio dal fantasmatico a una catarsi liberatoria e rivelatrice (minuto 16:51 - 17:45). Questo passaggio si svolge sistematicamente nell'esperienza diretta seguente [34]:

- a) **mobilitazione** delle energie con l'espressione della difficoltà;
- b) **focalizzazione** sulle aree conflittuali, attraverso l'esperienza immediata;
- c) **attività di consapevolezza** nella differenziazione e polarizzazione distinta del conflitto;
- d) **affermazione di sé**, con l'assunzione di responsabilità rispetto al bisogno dominante emerso in "figura", mentre gli altri bisogni recedono temporaneamente sullo "sfondo" (funzione "Io", contatto pieno);
- e) **il centraggio e l'organizzazione della libertà di scelta**, con la conseguente azione integrativa ed il ripristino del flusso vitale evolutivo (funzione "Personalità", post contatto).

È essenziale che il clinico sia capace di distinguere il controtransfert proattivo da quello reattivo, «dato da quelle risposte dello psicoterapeuta che sono attivate o indotte dal paziente e che specificamente richiamano gli schemi di relazioni oggettuali del suo passato storico o fantasmatico» [32] (p. 107). Solo così diventa possibile ed efficace usare il controtransfert come informazione sugli schemi attesi o anticipati del paziente, piuttosto che confonderlo con dati organismici sulla vita del terapeuta, o con i suoi sentimenti, o bisogni storici e aspettative. Tutto ciò che è successo nel passato può influenzare il futuro ed è presente nel "*qui e ora*", se non è stato elaborato [34]. Le gestalt incompiute del passato, quindi, influenzano il presente e il futuro; è nel "*qui e ora*" che possiamo elaborarle. È nel *qui e ora* che con l'elaborazione del controtransfert chiudiamo una gestalt per far nascere una nuova consapevolezza e per liberare l'energia che permetterà un lavoro terapeutico migliore. Ciò che segnala i bisogni e mobilita i modi e i mezzi per soddisfarli è l'emozione. Se ne deduce che l'incapacità di organizzare il proprio comportamento in conformità a una gerarchia

necessaria di bisogni deriva spesso da un analfabetismo emozionale. Accade così che il movimento naturale senso-motorio (attrazione/repulsione-contatto/ritiro) vada fuori ritmo, creando distonia e disorientamento nella persona e penalizzandone la libertà di scelta e di movimento. La condizione indispensabile che consente all'individuo di comprendere ciò di cui ha bisogno è il “*continuum di consapevolezza*”; quando questa condizione viene a mancare, l'elemento evolutivo s'incepta, interrompendo il libero fluire dell'esperienza e del processo di crescita [34]. Attraverso la rievocazione del trauma con il sentire le emozioni della paura, della rabbia e della tristezza nel *qui e ora*, la supervisionata è giunta alla consapevolezza di ciò che aveva agito come controtransfert nella gestione del caso clinico.

L'esplorazione del controtransfert in supervisione permette non solo una maggior consapevolezza favorendo la crescita personale e professionale del supervisionato, ma anche una maggior tutela della relazione terapeutica stessa.

3. Conclusioni e possibili sviluppi futuri

L'analisi del controtransfert è considerata uno strumento elettivo in supervisione poiché dà la possibilità di riattivare nel *qui e ora* ciò che è accaduto nella seduta tra terapeuta e cliente permettendo al supervisionato di esplorare il suo mondo emotivo. Per quanto riguarda il supervisore, il lavoro effettuato permette di verificare il suo controtransfert nei confronti del supervisionato garantendo così una buona qualità della supervisione e la tutela del cliente assistito dal terapeuta in supervisione. Data la fondamentale rilevanza del controtransfert nella formazione, nella supervisione e nella tutela delle terapie svolte dai supervisionati, si auspica per il futuro la possibilità di attivare specifiche ricerche che possano approfondire concetti già conosciuti ed esplorarne di nuovi, con lo scopo di produrre un'evidenza empirica dell'efficacia della supervisione e motivare i professionisti a investire tempo e aggiornamento su questo importante aspetto della pratica clinica. Callahan e Love [39] hanno riportato in un numero speciale dedicato alle “*Prospettive del supervisionato dei processi di supervisione*” una rassegna di articoli di ricerca empirica su quanto le percezioni del supervisionato possano influire sui risultati della supervisione. È importante che il supervisore investa tempo ed energie alla creazione di un'alleanza di supervisione così come il terapeuta ne investe per creare un'alleanza terapeutica con il proprio paziente. Solo la creazione di una buona alleanza, infatti, può permettere un lavoro con il controtransfert; quindi risulta importante individuare i fattori che influenzano la soddisfazione percepita dai supervisionati e i vissuti presenti nella relazione di supervisione [40] per far sì che il supervisionato si affidi al proprio supervisore per aprirsi e indagare le emozioni più profonde, sin dall'inizio del processo formativo [41]. Nel Modello Pluralistico Integrato dell'ASPIC [42, 43], si dedica uno spazio importante al lavoro di supervisione utilizzando tutti gli aspetti essenziali individuati dai vari autori e ricercatori nel corso di questi anni [10; 44-50]. L'elemento cardine rimane la personalizzazione dell'intervento di supervisione [27], con prospettive future anche alternative [51]. Sarà importante una supervisione clinica sempre più ba-

sata sull'evidenza [52, 53] perché possa essere considerata una guida fondamentale in questo settore. L'idea di base è che la supervisione debba essere un percorso di accompagnamento *permanente* a tutta la carriera del professionista [4] perché lo aiuti a individuare segnali di *burnout*, a favorire continui aggiornamenti pratico-teorici, ad avere stimoli dal supervisore che permettano una costante auto-osservazione delle proprie emozioni nel *continuum* di consapevolezza e in particolare a lavorare sui processi controtransferali, e ad evitare soprattutto il ristagno dello sviluppo mentale delle competenze psicoterapeutiche che, alcuni studi [39], hanno dimostrato avvenire dopo la fine del percorso formativo, momento in cui spesso si conclude anche l'esperienza della supervisione obbligatoria.

BIBLIOGRAFIA

1. Ellis, M. V. (2017). Narratives of Harmful Clinical Supervision. *The Clinical Supervisor*, 1(36), 20-87.
2. Giusti, E., Montanari, C., & Spalletta, E. (2000). *La supervisione clinica integrata. Manuale di formazione pluralistica in counseling e psicoterapia*. Milano: Masson.
3. Mesrie, V., Diener, M. J., & Clark, A. (2018). Trainee Attachment to Supervisor and Perceptions of Novice Psychotherapist Counseling Self-Efficacy: The Moderating Role of Level of Experience. *Psychotherapy*, 55(3), 216-221.
4. Giusti, E., & Rapanà, L. (2019). *Supervisione multivariata: Guida pratica per professionisti della relazione d'aiuto in formazione*. Roma: Armando Editore.
5. Montanari, C. (2021). La Supervisione nel Modello Pluralistico Integrato ASPIC: dalla teoria alla pratica formativa. *ASPIC News*, 17, 5-21.
6. McWilliams, N. (2022). *La supervisione. Teoria e pratica psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
7. Mammen, M. (2020). Attachment Dynamics in the Supervisory Relationship: Becoming your Own Good Supervisor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 93-101.
8. Aggarwal, P., & Bhatia, P. (2020). Clinical Supervision in Forensic Psychiatry in India. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 9-15.
9. Guttman, L. E. (2020). Disclosure and Felt Security in Clinical Supervision. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 67-75.
10. Cucco, E. (2020). Who's afraid of the Big Bad Unconscious: Working with Countertransference in Training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 52-59.
11. Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2017). *Supervision Essentials for the Practice of Competency-Based Supervision*. Washington: American Psychological Association.
12. Freud, S. (1910). *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*. Opere, 6 (pagg. 197-206). Torino: Boringhieri, 1974.
13. Freud S. (1912). *Tecnica della psicoanalisi. Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*. Opere, 6 (pagg. 532-541). Torino: Boringhieri, 1974.
14. Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
15. Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
16. Sandler, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3, 43-47.
17. Winnicott, D. W. (1949). Hate in the Counter-transference. *International Journal Psychoanalysis*, 30, 69-74.
18. Rudd, M. D., & Joiner, T. (1997). Countertransference and the Therapeutic Relationship: A co-

- gnitive perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4(11), 231-250.
19. Montanari, C. (1991). La gestalt del transfert e controtransfert in D. Juston, & E. Giusti (Cur.). *La clinica del transfert*. Roma: Ed. Kappa.
20. Norcross, J. C., & Popple, L. M. (2017). *Supervisione in Psicoterapia Integrata. Elementi essenziali*. Roma: Edizioni Sovera.
21. Ginger, S. (1990). *La Gestalt. Terapia del "con-tatto" emotivo*. Roma: Edizioni Mediterranee.
22. Iacoella, S., & Ravenna, A. R., (Cur.). (2016). *Glossario Fisig*. Federazione Italiana Scuole e Istituti Gestalt, consultabile sul sito: <https://www.fisig.it>.
23. Giusti, E., & Montanari, C. (1994). La Gestalt della supervisione. Tecniche di supervisione avanzata con psicoterapeuti, in R. Zerbetto (Cur.). *Psicoterapia della gestalt per una scienza dell'esperienza*. Atti del IV Congresso Internazionale, (pagg. 281-286). Roma: Edizioni Centro Studi Psicosomatica.
24. American Psychological Association (2015). Guidelines for Clinical Supervision. *Health Service Psychology*, 70(1), 33-46.
25. Rapanà, L. (2015). La supervisione clinica. Linee guida dell'American Psychological Association per la supervisione clinica in psicologia. *You Tube*, 2 giugno. <https://youtu.be/IU9KqWOhaJM>
26. Cooper, M., & McLeod, J. (2011). *Pluralistic Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE.
27. Norcross J. C. (2018). *Come personalizzare l'intervento consulenziale e la Supervisione nel Counseling e nella Psicoterapia*, Giornata di elevata formazione professionale ASPIC, 13 Ottobre, Roma.
28. Inskipp, F., & Proctor, B. (1993). *The Art, Craft and Tasks of Counselling Supervision. Part 1: Making the Most of Supervision*. Twickenham: Cascade Publications.
29. Inskipp, F., & Proctor, B. (1995). *The Art, Craft and Tasks of Counselling Supervision. Part 2: Becoming a Supervisor*. Twickenham: Cascade Publications.
30. Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2012). *Getting the Most Out of Clinical Training and Supervision. A Guide for Practicum Students and Interns*. Washington: American Psychological Association.
31. Sarnat, J. E. (2019). What's New in Parallel Process? The Evolution of Supervision's Signature Phenomenon. *The American Journal of Psychoanalysis*, 79, 304-328.
32. Clarkson, P. (1997). *La relazione psicoterapeutica integrata*. Roma: Edizioni Sovera.
33. Montanari, C. (2015). *Pratica e teoria della Terapia della Gestalt "Controtransfert in Supervisione"*. *Filmato di una supervisione in gruppo condotta da Claudia Montanari*. 16-19 aprile. Torino: Convegno FISIG.
34. Montanari, C. (2022). *L'Analisi del controtransfert nella supervisione Gestaltica mediata*. 05-06 maggio. Online: Giornate di Studio FISIG. L'uso della modalità online nella psicoterapia e nella formazione.
35. Capaldo, A. (2023). La Videodidattica nella Supervisione. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 13, in press.
36. Arcangeletti, M. (2021). La supervisione Professionale e il Videomodeling in emergenza. *ASPIC News*, 17, 55-66.
37. Giusti, E., & Militello, F. (2011). *Neuroni specchio e psicoterapia*. Roma: Edizioni Sovera.
38. Neri, C. (2017). *Gruppi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
39. Callahan, J. L., & Love, P. K. (2020). Introduction to the Special Issue: Supervisee Perspectives of Supervision Processes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(1), 1-8.
40. O'Donovan, A., & Kavanagh, D. J. (2014). Measuring Competence in Supervisees and Supervisors: Satisfaction and Related Reactions in Supervision, in Watkins, C. E. JR, Miller, D. L. (Cur.) (pagg. 458-467), *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision*. New York: Wiley.
41. Leszcz, M. (2011). Psychotherapy Supervision and the Development of the Psychotherapist, in R. H. Klein, H. S. Bernard, V. L. Shermer (Eds.). *On Becoming a Psychotherapist. The Personal and Professional Journey* (pagg. 114-143). New York: Oxford University Press.
42. Giusti, E., Montanari, C., & Montanarella, G. (1995). *Manuale di psicoterapia integrata*. Milano: Franco Angeli.

43. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo, A. (2004). *Psicoterapie integrate: Piani di trattamento per psicoterapeuti a breve, medio e lungo termine*. Milano: Masson.
44. Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of Clinical Supervision (5th Edition)*. New Jersey: Pearson Education.
45. Holloway, E. L. (2016). *Supervision Essentials for a Systems Approach to Supervision*. Washington: American Psychological Association.
46. Krug, O. T., & Schneider, K. J. (2016). *Supervision Essentials for Existential-Humanistic Therapy*. Washington: American Psychological Association.
47. Ladany, N., Friedlander, M. L., & Nelson, M. L. (2016). *Supervision Essentials for the Critical Events in Psychotherapy Supervision Model*. Washington: American Psychological Association.
48. McNeill, B. (2016). *The integrative Development Model of Supervision. The Psychotherapy Supervision Video Series*, Meidenbaner, American Psychological Association.
49. McNeill, B., & Stoltenberg, C. D. (2016). *Supervision Essentials for the Integrative Developmental Model*. Washington: American Psychological Association.
50. Greenberg, L. S., & Tomescu, L. R. (2017). *La supervisione nella Psicoterapia focalizzata sulle Emozioni. Elementi essenziali*. Roma: Sovera.
51. Rapanà, L., & Spalletta, E. (2018). One Mental Shot Assessment Therapy-OMeSA. Un nuovo modello d'intervento integrato per diagnosi terapeutica e supervisione in una (sola) seduta. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 8, 147-158.
52. Holt, H., Beutler, L. E., Kimpara, S., et al. (2015). Evidence-Based Supervision: tracking outcome and teaching principles of change in clinical supervision to bring science to integrative practice. *Psychotherapy*, 52(2), 185-189.
53. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona: Ricerche scientifiche a prova di evidenza*, (Vol. 3). Roma: Armando Editore Strumenti.