

La supervisione gestaltica in età evolutiva*
Gestalt Supervision during Stages of Development



Silvia Tosi**

[Ricevuto il 11 aprile 2024

Accettato per la stampa i 24 maggio 2024]

Abstract

The aim of this article is to give attention to supervision in childhood and adolescence.

Although supervision is a vitally important part of clinical training in child psychotherapy, it does not seem to have been addressed adequately in the literature.

This article will also emphasise the specific characteristics of therapeutic work with children and adolescents, which requires supervisors and supervisees to share knowledge of the complex world of minors and its ecosystem (Dowling & Kitchener, 2023). This work also requires greater responsibility on the part of the supervisor, both due to the young age of the patients and the complexity of the field in which we move as therapists and as supervisors.

The content in this article stems from the author's experience as an individual and group supervisor of psychotherapists who work with children and adolescents in both private and institutional contexts. The reflections that are brought forward also emerge from the context of the international training for supervisors at the Gestalt Institute HCC Italy, where she leads a seminar on supervision in the developmental age according to Margherita Spagnuolo Lobb's model (Spagnuolo Lobb, 2024).

The supervision case presented here is not intended to be an exhaustive example of supervision in the various stages of development, but rather is an interesting example, because it shows the complexity of working with minors, the need to deal with different actors, the delicacy of the encounter with the young patient, and the need to work inside and outside the setting. Following Spagnuolo Lobb's supervision model, we will see how the supervisor gives

* L'articolo è stato realizzato senza nessun finanziamento.

** Istituto di Gestalt HCC Italy. Via S. Sebastiano, 38, 96100 Siracusa. E-mail: silviatosi65@gmail.com

Note biografiche dell'autore in fondo al saggio.

Quaderni di Gestalt (ISSN 1121-0737, ISSNe 2035-6994), XXXVII, n. 1/2024

DOI: 10.3280/qg2024-1oa17954

support to the therapist's intentionality of contact, knowledge, and resources, while maintaining a broader view of the situation.

Through a clinical case, we will see how to work in developmental supervision through specific realms of recognition, also including the therapist's relationship with parents, family, and the social and educational community.

Keywords: supervision, child psychotherapy, intentionality of contact, reciprocity, recognition.

Riassunto

L'obiettivo di questo articolo è di dare attenzione alla supervisione della psicoterapia con bambini e adolescenti. Infatti, nonostante la supervisione sia una parte di vitale importanza della formazione clinica in psicoterapia infantile, non sembra esistere molta letteratura in proposito. In particolare, si vuole qui sottolineare la specificità del lavoro clinico con i minori, che ci chiama ad una maggiore responsabilità sia per la giovane età dei pazienti, sia per la molteplicità degli elementi del campo in cui ci muoviamo, come terapeuti e come supervisori. Viene di seguito presentato un caso di supervisione che mostra la complessità del lavoro con i minori, il bisogno di confrontarsi con diversi attori, la delicatezza dell'incontro con il piccolo paziente, la necessità di lavorare dentro e fuori il *setting*.

Attraverso la descrizione del caso clinico, verrà illustrato come lavorare in supervisione attraverso i livelli di riconoscimento del modello di Spagnuolo Lobb (2024). Tale modello ci consente sia di includere la complessità della situazione in cui minore e terapeuta sono inseriti, sia di sostenere, attraverso il riconoscimento, le risorse e l'intuito del terapeuta.

Parole chiave: Supervisione gestaltica, psicoterapia infantile, intenzionalità di contatto, reciprocità, riconoscimento.

Quello che conta sono
tutte le cose collegate,
su un filo, una tela,
ti ricordano te stesso,
ti riportano a te.

Veronica, 10 anni (in Candiani, Cirolla, 2015)

1. Introduzione

Sebbene la supervisione sia un aspetto di vitale importanza nella formazione clinica in psicoterapia dell'età evolutiva, non esiste molta letteratura in proposito. La psicoterapia infantile è in effetti una disciplina ancora giovane e quindi possiamo considerare la supervisione in questo ambito come un lavoro di ricerca da cui possiamo imparare molto, adeguandoci continuamente ad un mondo in costante cambiamento (Bertan, 2022). In generale, la super-

visione è un supporto fondamentale nel lavoro dello psicoterapeuta di qualsiasi orientamento durante tutto l'arco della sua vita professionale. La supervisione, come la psicoterapia, è un'arte (McWilliams, 2022), ed è uno dei processi più importanti e influenti nella crescita personale e professionale di un clinico (Resnick e Estrup, 2000).

Secondo il *Relational Matrix Model of Supervision* di Chidiac *et al.* (2017), è di fondamentale importanza il contesto in cui si svolge la supervisione. Le domande di supervisione nascono come prodotto diretto delle situazioni: la figura di supervisione emerge dal contesto di supervisione e dipende relazionalmente da tale cornice. Di conseguenza, la qualità della relazione di supervisione è preconfigurata dal contenuto, dai processi e dal contesto relazionale. Questo concetto è particolarmente importante nel caso della supervisione con l'età evolutiva.

Il supervisore è al di fuori della relazione terapeutica e nello stesso tempo è in contatto con i sentimenti che vengono portati in supervisione (Dowling e Kitchener, 2023). Nell'approcciarsi nello specifico alle competenze emotive del supervisore nel campo del lavoro con i bambini, Schowalter e Pruett (1975) hanno fatto una ricerca, intervistando sia terapeuti esperti che studenti in neuropsichiatria infantile, dalla quale è emerso che empatia, interesse e conoscenza sono competenze del supervisore che vengono valutate dagli intervistati come positive. Dalla stessa ricerca apprendiamo quanto sia importante fissare con chiarezza fin dall'inizio gli obiettivi della supervisione per sviluppare la relazione supervisionato-supervisore in modo efficace. In linea con queste ricerche, il presente articolo vuole presentare la supervisione con l'età evolutiva in un'ottica di campo relazionale co-creato.

Come afferma Spagnuolo Lobb (2024), è fondamentale che il supervisore per prima cosa riconosca ciò che funziona tra paziente e terapeuta, per sostenere l'intenzionalità di cura del terapeuta.

Il lavoro che illustrerò di seguito nasce dalla mia esperienza come supervisore individuale e di gruppo di psicoterapeuti di bambini e adolescenti in contesti privati e istituzionali. Queste riflessioni emergono inoltre dalla mia esperienza di didatta nel corso internazionale per supervisori dell'Istituto di Gestalt HCC Italy, dove conduco un seminario sulla supervisione in età evolutiva secondo il modello di Margherita Spagnuolo Lobb (2024).

Pur consapevole delle sostanziali differenze della psicoterapia infantile e di quella con gli adolescenti, in questo articolo verranno prese in considerazione entrambe le fasce d'età, poiché quello che succede nella pratica clinica è che spesso la supervisione richiesta dai terapeuti dell'età evolutiva riguarda sia i pazienti bambini che i pazienti adolescenti. Inoltre, nonostante le numerose specificità, ci sono anche tanti aspetti in comune dovuti al fatto che si tratta di pazienti minorenni e che quindi il terapeuta deve anche lavorare con

i genitori, tenere in considerazione le leggi a tutela dei minori, essere consapevole della maggiore responsabilità dal punto di vista etico vista l'asimmetria nella relazione ed essere in grado di usare linguaggi comunicativi adeguati alla situazione.

2. Aspetti etici nella supervisione in età evolutiva: il *setting*

Quando facciamo supervisione clinica in ambito dell'età evolutiva dobbiamo ricordarci che ci sono aspetti etici e legali specifici nel lavoro con bambini e adolescenti (Levi, 2019). Aspetti che, in alcune richieste di supervisione, possono essere in figura o nello sfondo, ma che in ogni caso fanno sempre da cornice al lavoro. In accordo con il modello di psicoterapia con i bambini presentato altrove (Conte e Tosi, 2019; Tosi e Conte, 2021), la supervisione nell'ambito dell'età evolutiva deve includere la relazione del terapeuta con i genitori, con la famiglia e con la comunità sociale ed educante. Infatti, per poter differenziare e dare nome alle proprie sensazioni ed esperienze, il bambino deve poter contare sul sostegno degli altri significativi, capaci di dare riconoscimento alla sua intenzionalità di entrare in contatto con l'altro e con il mondo (Spagnuolo Lobb, 2019). Come affermano anche Dowling e Kitchener (2023), per fare supervisione con l'età evolutiva è necessario che ci sia una conoscenza condivisa del complesso mondo dei bambini, del suo ecosistema, del sistema familiare, sociale e scolastico in cui è inserito. Anche per Bertan (2022) il lavoro con il bambino sposta l'atto terapeutico dalla coppia terapeuta-paziente ad uno scenario più ampio che comprende il campo in cui è inserito.

Nella supervisione in età evolutiva dobbiamo sempre tenere presente che la relazione terapeuta-paziente include una differenza d'età significativa; inoltre, i minori non arrivano in terapia da soli, la domanda arriva dagli adulti che si occupano di loro; sono quindi gli adulti che decidono tempi, modi, durata della terapia. Inoltre, il disagio del figlio che induce i genitori a portarlo in terapia ha spesso a che fare con il sistema familiare o scolastico o sociale in cui è inserito. Dobbiamo quindi considerare che il minore non è l'unico destinatario del lavoro terapeutico e che ci sono sempre delle ricadute su tali sistemi. Un altro fattore specifico è dato dal fatto che bambini e adolescenti usano modalità comunicative proprie della loro fascia d'età; questo comporta che il lavoro con i minori debba avere un *setting* adeguato. Inoltre, è necessario essere a conoscenza della peculiare struttura esperienziale (cognitiva, emotiva e fisiologica) di ogni fascia d'età; è molto diverso lavorare con un bambino prescolare, con un bambino in età scolare o con un adolescente. È infine fondamentale essere a conoscenza dei diritti dei minori e

considerare che sono dei soggetti psicologici a tutti gli effetti e sono attori del loro processo di crescita (Oaklander, 2009).

Durante la supervisione di psicoterapie con l'età evolutiva talvolta la domanda riguarda la decisione se prendere il bambino o l'adolescente in terapia. È importante comprendere con il supervisionato cosa spinge il minore ad agire un comportamento che sembra rendere necessaria una psicoterapia, e valutare se è davvero utile una presa in carico da parte del terapeuta o se ci siano invece gli elementi per inviare in terapia familiare o ad una mediazione genitoriale, oppure se necessita di interventi contigui alla psicoterapia, come ad esempio la psicomotricità, la logopedia, l'arteterapia.

A volte, come nel caso che illustrerò, è necessario raccordarsi con la rete dei servizi territoriali, con il Tribunale dei Minori e con altri operatori coinvolti. Anche le considerazioni sul *setting* rientrano nell'ambito degli aspetti etici implicati nel lavoro con i minori che vanno trattati durante la supervisione. Il *setting* è costituito da un suo spazio, un suo tempo, sue regole e suoi linguaggi: è la cornice che rende possibile la relazione terapeutica. I livelli dell'esperienza e le modalità espressive e comunicative usate da bambini e adolescenti sono diverse da quelle degli adulti e quindi anche da quelle del terapeuta. È necessario che la stanza di terapia sia organizzata come uno spazio attrezzato per poter utilizzare diversi linguaggi espressivi, un luogo da vivere, con tante possibilità di fare esperienza, una sorta di laboratorio che consenta l'utilizzo di materiali diversi e l'uso del corpo e del movimento. Il terapeuta deve essere in grado di usare i linguaggi del bambino, del preadolescente e dell'adolescente rispettando la propria specificità di adulto, solo così potrà esserci un coinvolgimento diretto e profondo, facendo sempre attenzione che non è lo strumento, cioè la tecnica, la cosa importante, ma la relazione (Cartacci, 2002). Dobbiamo assicurarci che il minore abbia instaurato un rapporto con il terapeuta, che si fidi di lui, come in una danza lieve che costituisce il fondamento dell'accoglienza e della socializzazione (Bertan, 2022). Vogliamo qui sottolineare la necessità di avere sia nella psicoterapia che nella supervisione un'attenzione focalizzata sulla reciprocità (Spagnuolo Lobb 2019; Spagnuolo Lobb *et al.*, 2023).

In supervisione, soprattutto in fase iniziale, è necessario verificare con il supervisionato se i termini del contratto terapeutico sono chiari e ben definiti e se permettono al terapeuta di muoversi in maniera spontanea e creativa. Prendere in carico un minore significa trovarsi di fronte ad una situazione complessa dove ci sono più soggetti coinvolti, ognuno con la sua domanda. È quindi importante che il terapeuta sia in grado di rispondere in maniera corretta e trasparente a tutti gli interlocutori coinvolti. Tutto ciò implica tre livelli di contratto.

2.1. Il contratto con i genitori

La prima risposta, o meglio, il primo ascolto viene dato a chi per primo contatta il terapeuta, ovvero i genitori. Il contratto vero e proprio (comprendivo della *privacy*, delle informazioni su pagamento, assicurazione, modalità di svolgimento e di chiusura della terapia, ecc.) deve essere fatto con i genitori, che lo firmano. Legalmente è sufficiente la firma, ma è importante fare il contratto in presenza (o *online*) con entrambi i genitori. Dal punto di vista etico e clinico è fondamentale, infatti, che ci sia un accordo tra il terapeuta ed i genitori per la presa in carico del figlio, che non sia solo formale/legale, ma condiviso, basato su un rapporto di fiducia. Anche perché la cura dei bambini e dei ragazzi in terapia passa soprattutto dalla “presenza” dei genitori, dalla loro capacità di comprendere e di affrontare il problema e dal loro sostegno. La discussione sul contratto è anche l’occasione per definire alcune regole rispetto all’impegno dei genitori sulla tenuta della terapia e sugli accordi per la chiusura (ad esempio, è bene inserire nel contratto che, qualora i genitori decidessero di interrompere la terapia, devono garantire di far fare al figlio almeno un colloquio di chiusura e salute).

2.2. Il contratto con il bambino e l’adolescente

Stipuliamo un contratto terapeutico anche con il bambino e l’adolescente. È importante che essi possano esprimere la loro domanda indipendentemente da quella dei genitori. Questo ci consente di riconoscerli come soggetti e di relazionarci con loro. Chiediamo quindi cosa ne pensano della decisione dei genitori di contattare uno psicologo e se ritengono di avere dei motivi personali per iniziare un percorso (Conte e Tosi, 2016).

Chiediamo loro un pagamento simbolico, ed insieme concordiamo quale possa essere: un disegno, una frase, un piccolo oggetto se bambini in età scolare; un pensiero, una canzone o una poesia se adolescenti (Oaklander, 2009; Cartacci, 2002). Infine, è anche importante esplicitare le regole del *setting*, la modalità di coinvolgimento di genitori ed altri adulti di riferimento e tutto ciò che concerne la *privacy*.

2.3. Il contratto con l’inviante

Non si tratta di un vero contratto, non ha valore legale, ma è importante prendere in considerazione chi ha sollecitato i genitori a rivolgersi ad uno psicoterapeuta (spesso si tratta della scuola, a volte del Tribunale dei Minori

o del servizio sociale, di un altro professionista, di un familiare), circoscriverne la richiesta e definire in maniera chiara ruoli e competenze.

In fase di contratto, sia con i genitori che con i minori bisogna anche esplicitare le informazioni in merito all'obbligo di riferire al tribunale e/o ai servizi sociali se si viene a conoscenza di abusi, maltrattamenti, comportamenti a rischio, trascuratezza o, in ogni caso, se si tratta di un lavoro in rete.

Un'altra informazione fondamentale da condividere con tutti i membri coinvolti riguarda il segreto professionale.

3. La conclusione della terapia

La conclusione della terapia con un minore richiede un'attenzione particolare. Se nella terapia con gli adulti la conclusione si decide in una relazione a due, con i bambini non è mai così e spesso non lo è neanche con gli adolescenti. Come per l'inizio della terapia, anche per la sua fine sono spesso gli adulti che ne vorrebbero dettare i tempi.

Diventa quindi spesso un elemento importante da attenzionare nelle supervisioni. Con i bambini e con gli adolescenti potrebbero essere sufficienti alcuni mesi di terapia per raggiungere buoni progressi. Per alcuni sono necessari tempi più lunghi, ma raramente si superano i due/tre anni. A volte già solo la fase di consultazione produce un cambiamento nel bambino e nei genitori. I bambini e gli adolescenti sembrano avere un senso interno che li guida, sanno quando non riescono ad andare oltre e mostrano alcuni segnali che rivelano quando è l'ora di fermarsi, ad esempio iniziano a farsi assorbire da attività esterne e la terapia comincia ad essere un impedimento alla loro vita. Questo rappresenta un buon momento per fermarsi, anche perché bambini e adolescenti hanno bisogno di assimilare e integrare nella loro crescita i cambiamenti prodotti dalla terapia. Bisogna inoltre preparare il minore alla chiusura della terapia e prevedere un momento di valutazione del percorso fatto insieme (Oaklander, 2009).

Presenterò di seguito un caso di supervisione individuale di un preadolescente, seguendo il modello di supervisione di Margherita Spagnuolo Lobb (2024).

4. Il modello di supervisione di Margherita Spagnuolo Lobb applicato all'età evolutiva

Secondo il modello di Spagnuolo Lobb (2024), anche in supervisione come in terapia cerchiamo di focalizzarci sul qui e ora della relazione tra

supervisionato e supervisore, e di sostenere l'intenzionalità di cura che il supervisionato sente bloccata. Coerenti con un approccio fenomenologico e situazionale (Spagnuolo Lobb e Cavaleri, 2021), non lavoriamo "sul supervisionato", ma in un'ottica di campo co-creato tra supervisionato e supervisore. Il supervisore è interessato a impostare un clima di riconoscimento della figura del terapeuta e garantire un sentimento di sicurezza nella loro relazione (*ground* sicuro) lavorando su tre aree di riconoscimento: ciò che il supervisionato sa del paziente; ciò che sa del modo in cui il paziente fa contatto con lui; cosa sa del suo "danzare" con il paziente. Oltre a riconoscere l'intenzionalità di contatto del terapeuta, riconosciamo il processo parallelo tra relazione terapeutica e supervisione (Spagnuolo Lobb, 2024).

Il caso di supervisione che presenterò riguarda una situazione complessa con tanti attori diversi. Non vuole essere esaustivo di una situazione-tipo, ma solo esemplificativo della complessità del campo in cui emerge la sofferenza infantile, per cui il lavoro nella stanza con il minore, seppur fondamentale ed irrinunciabile, è solo una parte del tutto. La funzione del supervisore facilita questo sguardo allargato (Dowling e Kitchener, 2023).

Il terapeuta (T.)¹ è un collega agli inizi della sua pratica clinica. Il caso che porta in supervisione (J.) è un ragazzino di 12 anni che segue da giugno 2023 all'interno di un Centro di Milano che lavora in rete con i servizi sociali per i minori. La supervisione avviene a febbraio 2024, in contesto individuale e privato su richiesta del terapeuta di "essere aiutato a mettere ordine, a fare una ipotesi diagnostica e a inquadrare la situazione da un punto di vista gestaltico".

4.1. Riconoscere ciò che il terapeuta sa del paziente

Quando facciamo supervisione nell'ambito dell'età evolutiva, dobbiamo riconoscere cosa il terapeuta sa del paziente, della famiglia, dell'ambiente sociale e della scuola. Inoltre, dobbiamo capire sia le aspettative che i genitori e gli eventuali invidanti hanno sulla terapia, sia cosa vorrebbe il piccolo paziente o l'adolescente. Coerentemente con il modello gestaltico suaccennato, non lavoriamo sugli "errori" del terapeuta, ma sosteniamo le risorse, quello che il terapeuta ha riconosciuto nella storia del paziente, dei suoi genitori e del suo ambiente.

T. racconta di J. e della sua famiglia. Sa tante cose del bambino, dei suoi genitori, della famiglia, di alcuni operatori coinvolti. Conosce anche la Consulenza Tecnica d'Ufficio da cui emergono parecchie informazioni. J.

¹ Ringrazio il Dott. Eugenio Bonino per la fiducia dimostratami nell'avermi scelto come supervisore e per la generosità nel permettermi di utilizzare il suo lavoro per questo articolo.

frequenta la seconda media e attualmente vive con la madre ed una sorella minore di un anno. I bambini, prima di essere ricollocati dalla madre, hanno vissuto per un periodo in comunità poiché i genitori, entrambi tossicodipendenti, non erano in grado di occuparsi dei figli. J. inizialmente ha incontrato il padre un paio di volte presso lo Spazio Neutro², ma attualmente non vuole vederlo. I genitori sono separati e conflittuali. J. ogni tanto ha delle esplosioni di rabbia che spaventano la madre e le altre figure di riferimento.

Ha molte paure e sembra avere bisogno di tenere tutto sotto controllo, a volte sembra rigido, ad esempio si muove a scatti ed appare poco fluido nei movimenti. La domanda di terapia arriva dal Tribunale dei Minori e dal servizio sociale che ha in carico la situazione e che richiede esplicitamente un terapeuta maschio, viste le difficoltà con la figura paterna. La madre sembra subire questa richiesta ed è molto aggressiva nei confronti del terapeuta proprio perché maschio.

T. racconta che J. viene volentieri agli incontri. Anche se inizialmente non era molto motivato perché stufo di vedere psicologi, pian piano ha iniziato a fidarsi. T. sente che c'è una buona alleanza tra di loro. All'inizio, quando ha proposto alcuni test proiettivi, J. non ha mostrato alcun interesse. Nonostante la richiesta del servizio, T. ha scelto di non insistere, è rimasto in contatto con il bambino ("non ne avevamo voglia"), riconoscendogli il bisogno di essere visto nella sua fragilità. Ciò ha favorito che J. potesse esprimere la sua paura del buio, affidandosi piano piano al suo terapeuta.

Mi colpisce molto la quantità e la qualità del lavoro che T. ha fatto con questo bambino, la sua capacità di sostenere J., di coinvolgersi nelle riunioni di rete con i servizi e di confrontarsi con i colleghi del Centro. Gli rimando quante cose conosca di questo caso e come la sua presenza spontanea e fluida abbia sostenuto la co-costruzione della loro relazione, affinché J. sentisse di potersi affidare e mostrare le proprie fragilità. Sottolineo anche come sia stato solidamente in contatto con gli operatori dei servizi per costruire insieme quello sfondo sicuro finora mancato a J.

Un altro riconoscimento che sento importante rimandargli è che mi sembra che abbia già delle tracce da seguire per fare delle ipotesi diagnostiche: gli aspetti di paura, rigidità e bisogno di controllo che vede in J., il suo sentirsi confuso e smarrito come terapeuta ed il suo attivarsi sul prendersi cura con tenerezza di questo piccolo ragazzino spaventato.

² Lo Spazio Neutro è un servizio per l'esercizio del diritto di visita e di relazione secondo i principi enunciati dell'art. 9 della Convenzione dei diritti dell'infanzia. La finalità principale è rendere possibile e sostenere il mantenimento della relazione tra il bambino ed i suoi genitori a seguito di separazione, divorzio conflittuale, affido ed altre vicende di grave e profonda crisi familiare.

Il terapeuta si sente riconosciuto dalle mie parole e questo sembra rassicurarlo nel suo lavoro, anche se a volte si sente smarrito dentro tutta questa complessità.

4.2. Riconoscere ciò che il terapeuta sa del modo di fare contatto del paziente

A questo livello dobbiamo riconoscere ciò che il terapeuta sa del modo di fare contatto del paziente, sia attraverso la narrazione del paziente stesso, il modo in cui si è adattato creativamente, sia attraverso il racconto dei *caregiver*, sia attraverso il modo in cui entra in contatto con il terapeuta.

T. descrive il suo piccolo paziente come “perfettino, un po’ sfigato, simpatico e solare ma anche cupo ed impaurito”. Nel contatto con il terapeuta appare curioso e motivato ma tende a non fare il primo passo. J. non vuole parlare del padre e della sua storia familiare, sembra invece interessato a parlare e a lavorare sulla paura del buio. Questa richiesta di J. fa molta tenerezza al terapeuta e lo attiva nel prendersi cura di lui e della sua paura da bambino piccolo, stando con lui ed accompagnandolo nell’affrontarla.

La madre e l’educatrice riferiscono che J. ogni tanto si arrabbia in maniera dirompente. Il padre dice che J. rifiuta di incontrarlo e di dirgli direttamente che non lo vuole vedere. Le percezioni che gli altri adulti significativi hanno di J. mostrano al terapeuta un altro punto di vista sul bambino che lui accoglie ed integra nella sua percezione.

Il T. nota che quando J. mostra la sua paura del buio in seduta è molto spaventato e fragile, ma ha anche un luccichio negli occhi che rivela molta energia e forza. Questa percezione lo sostiene nel suo lavoro ascoltando la paura del bambino e lo supporta nell’affrontarla insieme sentendo che ce la può fare.

Parliamo insieme delle modalità di fare contatto di J. Il ragazzino sembra essersi adattato creativamente alla sofferenza di essere stato abbandonato dai genitori (J. era stato collocato in comunità) facendosi ancora più piccolo muovendo sentimenti di tenerezza negli adulti, ma anche essendo intransigente con loro, rifiutando il contatto e mostrando una certa rigidità.

Alcuni domini³ sembrano essere stati acquisiti con ansia. Nello specifico, diremmo che per quanto riguarda il dominio della confluenza, il corpo di J. è sempre teso e rigido. J. è piccolo e il suo corpo si restringe di fronte all’adulto, come se avesse paura di essere visto, come se dovesse nascon-

³ Per il concetto di sviluppo polifonico dei domini cfr. Spagnuolo Lobb, 2019.

dersi e potesse mostrarsi solamente come piccolo e indifeso. Riguardo alla proiezione, l'energia di protendersi verso l'altro è un luccichio negli occhi che deve essere visto dall'altro e a volte, in qualche occasione, può essere esplosivo. Per la retroflessione, la posizione di rigidità e intransigenza sembra la modalità da lui trovata per evitare la delusione dall'altro inaffidabile. Per quanto riguarda l'introiezione, la posizione rigida di difesa sembra impedirgli di ricevere nutrimento dall'altro e dall'ambiente.

4.3. Riconoscere la danza tra terapeuta e paziente

Per processo di riconoscimento intendiamo qui il rimandare al terapeuta come, da entrambe le parti, esiste uno specifico adattamento reciproco nel modo in cui terapeuta e paziente si rispondono l'uno all'altro, al fine di portare avanti un movimento verso obiettivi reciprocamente sostenuti (Spagnuolo Lobb, 2024). Diamo attenzione a riconoscere il modo in cui il terapeuta usa se stesso nel campo, ovvero la Conoscenza Relazionale Estetica (Spagnuolo Lobb, 2021) e la reciprocità nella danza (Spagnuolo Lobb, 2021) tra terapeuta/bambino, terapeuta/caregiver, terapeuta/ bambino-caregiver.

T. parla degli incontri con il ragazzino come di momenti piacevoli: gli piace molto stare con J., si sente sicuro nella relazione con lui tanto da osare passi coraggiosi insieme in cui sente di potersi prendere dei rischi per sostenere il bambino. T. sta con J. di fronte alla paura, non rispondendo in maniera diretta alla richiesta dei servizi sociali di lavorare su aspetti richiesti dal tribunale, come ad esempio sulla figura paterna. Questo atteggiamento del terapeuta fa sentire J. visto, capito e riconosciuto al di là della sua storia familiare e della richiesta del tribunale, dandogli la possibilità di potersi rilassare nella relazione con il terapeuta. Per quanto riguarda gli incontri con la madre, T. si sente costantemente attaccato e squalificato in quanto maschio che si prende cura del figlio, è in una posizione molto scomoda e faticosa, si chiede come possa sentirsi J. quando la madre gli dice che è uguale a suo padre. Sembra riuscire a sintonizzarsi con la mamma-buona quando la signora racconta che è una musicista e che a casa suona con i figli. Nel rapporto con il padre T. ha sperimentato un senso di impotenza di fronte ad una persona non disposta a mettersi in discussione, ma ha anche sentito il sincero dispiacere che il papà prova perché il figlio non vuole vederlo. Il rapporto con i servizi è ovviamente complesso, fatto di alleanze con alcuni operatori, di diffidenza con altri. L'essere presente a se stesso, sentirsi la voce di J. e fidarsi del campo consente al terapeuta di relazionarsi con spontaneità con tutti i vari attori e di lavorare insieme a loro per creare quella sicurezza di base fondamentale per la crescita di J.

Il terapeuta, nella relazione con J. reagisce alle sue richieste con empatia, sostenendolo nella sua ricerca di benessere. Sembra risuonare⁴ con il bisogno del bambino di essere visto come J. e non come il caso clinico seguito dai servizi, permettendo così al bambino, una volta riconosciuto, di potersi rilassare.

La danza con i genitori è una danza faticosa e poco fluida, fatta di diffidenza e di difficoltà a vedersi e riconoscersi, soprattutto con la madre. Il terapeuta risuona con le istanze affettive dei genitori che a loro modo si preoccupano del figlio e qui riesce ad incontrarli e a riconoscerli. Questo permette ai genitori di non sentirsi solo valutati e colpevolizzati, come spesso accade nei contesti di cura coatti.

4.4. Riconoscere l'intenzionalità di contatto del terapeuta

Ci chiediamo quale sia l'intenzionalità di contatto del terapeuta verso il piccolo paziente e verso tutta la situazione in cui il minore è inserito, ed anche la sua intenzionalità di contatto nel rivolgersi alla supervisione.

Durante le sedute T. sente che il contatto con J. è fluido, ma avverte che quando si spinge troppo a fondo e tocca temi sensibili, come ad esempio il rapporto con il padre (tema sensibile anche per la mamma), potrebbe “perderlo”.

Il terapeuta riporta che nelle riunioni d'equipe del Centro gli è stato rimandato che “prima di far guidare una Ferrari al bambino deve assicurarsi che abbia la patente”; questo lo fa sentire confuso e, con molta responsabilità e spontaneità, sente il bisogno di formulare in supervisione la richiesta di capire meglio il tipo di sofferenza del bambino, di fare una diagnosi.

Rimando a T. quanta delicatezza ed energia mette in questa situazione per raggiungere il bambino, i genitori e gli altri operatori coinvolti e anche quanta ne sta mettendo qui con me. Mi ha cercato e ha chiesto questa supervisione con determinazione, portandomi poi tantissimo materiale. Io mi sento molto incuriosita e sollecitata dal suo lavoro, mi sento raggiunta da lui e dalla sua domanda.

Anche T. si sente riconosciuto da me nel suo lavoro, si rilassa, sorride, respira. Sento che le nostre reciproche intenzionalità si sono sviluppate al confine di contatto e che ci sentiamo entrambi riconosciuti dall'altro.

⁴ Il termine risuonare usato da diversi autori, in questo articolo viene inteso nell'accezione di risonanza cinestetica di Ruella Frank (2023). Risuonare cinestheticamente rappresenta lo schiudersi e il chiudersi della relazione attraverso un processo di contatto. Il processo di interazione e la dimensione intersoggettiva della soggettività è infatti basata sulla risonanza cinestetica, il tono percepito di riverbero che è generato da una persona all'altra.

4.5. Riconoscere il processo parallelo tra relazione terapeutica e supervisione

Il supervisore riconosce i processi paralleli tra relazione terapeutica e supervisione nel senso che ciò che accade tra supervisore e supervisionato è simile a quello che si crea tra paziente e terapeuta. Essere centrati sul qui e ora ci ancora alla relazione attuale tra supervisore e terapeuta e ci interroga su come questa esperienza nel qui e ora sia legata al senso della supervisione per il supervisionato (Spagnuolo Lobb, 2024).

Mentre il terapeuta mi parla di questa situazione così complessa, all'inizio mi sento confusa. Risuono con il suo desiderio di comprendere, di rispondere in maniera adeguata alle richieste di tutti gli attori in campo, anche io sento l'urgenza di fare la diagnosi di J. ma mi fermo, respiro, guardo T. Mi sento molto attivata dal racconto della sua relazione con J., da come terapeuta e bambino stanno insieme nella stanza di terapia, provo una grande tenerezza per T. e per J., sento che vorrei proteggere la loro relazione dalle richieste/pressioni esterne. Condividendo il mio sentire con T., riconosciamo il processo parallelo tra relazione terapeutica e relazione di supervisione.

Sento quindi il bisogno, nella relazione di supervisione, di prenderci tempo, di partire dalla danza tra T. e J. per conoscere il bambino, la sua sofferenza e le sue risorse. Solo partendo da questo sentire, sarà poi possibile fare una diagnosi gestaltica ed eventualmente poi “tradurla” per i servizi.

Cosa succede se ci prendiamo tempo per sentire, se stiamo nella confusione? Se non rispondiamo subito alle richieste esterne di comprendere ed agire? Il terapeuta si sente supportato nel continuare il suo lavoro con J. accompagnandolo piano piano, senza farsi confondere dalle richieste pur legittime degli altri attori. Parallelamente useremo la supervisione per fare un viaggio insieme, lentamente, utilizzando anche gli strumenti che abbiamo a disposizione nel nostro modello terapeutico, come ad esempio, la scheda clinica gestaltica (Spagnuolo Lobb *et al.*, 2021; Tosi e Conte, 2021).

Conclusioni

Occupandomi di psicoterapia con bambini e adolescenti, ho deciso di concentrare la mia attività di supervisore soprattutto con colleghe/i che lavorano con l'età evolutiva, consapevole che per chi lavora con questa fascia d'età è necessario muoversi all'interno di una cornice peculiare che presenta diversità anche sostanziali rispetto alla psicoterapia con gli adulti. Infatti, come evidenziato anche da autori di altri orientamenti (Bertan, 2022; Dowling e Kitchener, 2023; Schowalter e Pruett, 1975), per poter entrare in contatto con i piccoli

pazienti, non basta comprenderne le esperienze e l'adattamento creativo alla situazione. La supervisione in età evolutiva necessita che supervisore e supervisionato condividano una competenza specifica nell'ambito della psicologia e della psicoterapia con bambini e adolescenti, poiché il campo in cui ci si muove è estremamente articolato e complesso e richiede conoscenze sullo sviluppo infantile e sul sistema familiare, scolastico, sociale e giuridico in cui il minore è inserito. Non secondaria è ovviamente anche la condivisione di conoscenze che riguardano il modo di comunicare di bambini e adolescenti, primo fra tutti il gioco, ma anche il movimento, i linguaggi artistici, la musica, i social media, ovvero la capacità di stare in relazione, al confine di contatto con un bambino, con un adolescente, con un genitore.

La psicoterapia della Gestalt – ed in particolare il suo sviluppo relazionale – guarda alla reciprocità tra terapeuta e paziente, alla danza che emerge dai loro vissuti intenzionati, come specifica e determinante contestualizzazione della cura psicoterapica. Per inquadrare il problema e la domanda, ci focalizziamo sull'esperienza del terapeuta e del giovane paziente, nel qui e ora della seduta (Spagnuolo Lobb e Tosi, 2020). Il modello di supervisione di Spagnuolo Lobb, come abbiamo visto nel caso illustrato, consente di lavorare in supervisione con i terapeuti che si occupano di età evolutiva considerando il campo fenomenologico co-creato tra terapeuta e piccolo paziente e tra terapeuta e supervisore. Tale modello ci consente di includere tutta la complessità della situazione in cui sia il minore che il terapeuta sono inseriti, sostenendo, attraverso il riconoscimento, le risorse e l'intuito del terapeuta. Sostenere ciò che il terapeuta sta facendo bene, invece che rilevarne le mancanze, consente di non alimentare sentimenti di vergogna nel terapeuta, un'emozione frequente nel campo fenomenologico delle supervisioni (Spagnuolo Lobb, 2024).

Silvia Tosi: Psicologa, psicoterapeuta della Gestalt, didatta internazionale dell'Istituto di Gestalt HCC Italy e supervisore accreditato EAGT. Membro del comitato editoriale della rivista "Quaderni di Gestalt" e del *Gestalt Therapy Book Series*.

BIBLIOGRAFIA

- Bertan G. (2022), *Psicoterapia nell'età evolutiva. Supervisione come passaggio, ricerca e trasformazione dei ferri del mestiere*. Pisa: ARPA Edizioni.
- Candiani C.L., Cirolla A., a cura di (2015). *Ma dove sono le parole? Le poesie scritte dai bambini delle periferie multietniche di Milano nei seminari di una maestra speciale*. Milano: Effige Edizioni.
- Cartacci F. (2002). *Bambini che chiedono aiuto. L'ascolto e la cura nella terapia dell'esperienza*. Trezzano Sul Naviglio, MI: Unicopli.
- Chidiac M.A., Denham-Vaughan S., Osborne L. (2017) *The Relational Matrix Model of*

- Supervision: Context, Framing and Inter-connection. *British Gestalt Journal*, 26, 2: 21-30. DOI: 10.53667/BFYL7335
- Conte E., Tosi S. (2019). Tra spontaneità e intenzionalità di crescita: la psicoterapia della Gestalt con i bambini. In: Spagnuolo Lobb M., Levi N., Williams A., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt con i bambini. Dall'epistemologia alla pratica clinica*. Milano: FrancoAngeli, pp. 109-126 (ed. or.: *Gestalt Therapy with Children. From Epistemology to Clinical Practice*. Siracusa: Istituto di Gestalt HCC Italy, 2016, pp. 101-122).
- Dowling D., Kitchener J. (2023). *Supervision in a Changing World: Reflections from Child Psychotherapy*. London, UK: Routledge.
- Frank R., (2023) *The Bodily Root of Experience*. London, UK: Routledge.
- Levi N. (2019). Tra cura e rispetto. Aspetti etici della psicoterapia della Gestalt con i bambini. In: Spagnuolo Lobb M., Levi N., Williams A., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt con i bambini. Dall'epistemologia alla pratica clinica*. Milano: FrancoAngeli, pp. 69-92 (ed. or.: *Gestalt Therapy with Children. From Epistemology to Clinical Practice*. Siracusa: Istituto di Gestalt HCC Italy Publ.Co., 2016, pp. 63-86).
- McWilliams N. (2022). *La supervisione. Teoria e pratica psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Oaklander V. (2009). *Il gioco che guarisce. La psicoterapia della Gestalt con bambini e adolescenti*. Catania: Edizioni Pina (ed. or.: *Windows to Our Children. A Gestalt Therapy Approach to Children and Adolescent*. Moab, UT: Real People Press, 1978).
- Resnick R.F., Estrup L. (2000). Supervision: A Collaborative Endeavor. *Gestalt Review*, 4 2: 121-137. DOI: 10.5325/gestaltreview.4.2.0121
- Schowalter J.E., Pruett K. (1975) The Supervision Process for Individual Child Psychotherapy. *J Am Acad Child Psychiatry*. 14, 4: 708-718. DOI: 10.1016/s0002-7138(09)61467-9
- Spagnuolo Lobb M. (2019). La psicoterapia della Gestalt con i bambini: sostenere lo sviluppo polifonico dei domini in un campo di contatti. In: Spagnuolo Lobb M., Levi N., Williams A., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt con i bambini. Dall'epistemologia alla pratica clinica*. Milano: FrancoAngeli, pp. 27-68 (ed. or.: *Gestalt Therapy with Children. From Epistemology to Clinical Practice*. Siracusa: Istituto di Gestalt HCC Italy Publ.Co., 2016, pp. 25-62).
- Spagnuolo Lobb M. (2021). Il lavoro sullo sfondo, l'estetica e la "danza". La Conoscenza relazionale estetica e la reciprocità. In: Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di, *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli, pp.25-48.
- Spagnuolo Lobb, M. (2024). La supervisione in psicoterapia della Gestalt: la prospettiva situazionale come antidoto contro la vergogna. *Quaderni di Gestalt*, XXXVII, 1: 27-50. DOI: 10.3280/qg2024-1oa17952
- Spagnuolo Lobb M., Tosi S. (2020), L'estetica del contatto di Anna e la danza della reciprocità tra terapeuta e paziente. L'approccio della psicoterapia della Gestalt. In: *Dialogo clinico tra riviste di psicoterapia italiane. Una psicoterapia on-line con una adolescente*. www.fiap.it (trad. ingl.: First Online Session with an Adolescent Girl from 12 Different Perspectives. *International Journal of Psychotherapy*, 2021, 25, 2: 9-91).
- Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di (2021). *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M., Conte E., Mione M. (2021) La scheda clinica gestaltica. Uno strumento fenomenologico, estetico e di campo per la lettura e la supervisione dei casi. In: Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di, *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli, pp. 111-134.
- Spagnuolo Lobb M., Perricone G., Iacono Isidoro S., Di Pasqua M.M., Marotta S., Fontana V., Polizzi C. (2023). A Tool to Observe the Phenomenology and Aesthetics of Primary

Relationships: The “Dance Steps” of Reciprocity Between Caregivers and Infant/child – Pilot Validity Study. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 12, 1: e120125. DOI: 10.7363/120125

Tosi S., Conte E. (2021). Giro girotondo, casca il mondo. La psicoterapia della Gestalt con la sofferenza infantile. In: Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di, *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli, pp. 111-134.