

La supervisione come esperienza del “sapere della pulsione”

di Giovanni Angelici*

[Ricevuto il 02/05/2020
Accettato il 28/05/2020]

Riassunto

Viene proposto un modello di supervisione clinica basato sull’elaborazione della personale esperienza del terapeuta rimessa in gioco nell’incontro col paziente. Tale modello utilizza il dispositivo dello psicodramma analitico e integra il percorso formativo basato sulla conoscenza della teoria e della tecnica.

Parole chiave: Supervisione, Conoscenza, Pulsione, Psicodramma analitico.

Abstract. *Supervision: experience about “instinct knowledge”*

This work proposes a clinical supervision model based on the elaboration of the therapist’s personal experience gained during the session with the patient. This model leverages analytical psychodrama and a training path based on the knowledge of theory and technique.

Keywords: Supervision, Knowledge, Instinct, Analytical psychodrama.

* Psichiatra, responsabile della UOS Salute Mentale territoriale Distretto 13 della ASL Roma 1, docente COIRAG e didatta SIPsA (Via di Boccea, 271 – 00166 Roma) giovanni.angelici@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSN 1972-4837), 1/2020
Doi: 10.3280/gruoa1-2020oa10484

CONTRIBUTI ORIGINALI

*Ho detto alla mia anima di stare ferma,
e di stare ad aspettare senza sperare.
Perché sperare sarebbe sperare la cosa sbagliata;
di stare ad aspettare senza amore.
Perché l'amore sarebbe amore per la cosa sbagliata;
ma resta ancora la fede.
Ma fede e amore e speranza sono tutte nell'attesa.
Aspetta senza pensare, perché non sei pronto per pensare.
E allora l'oscurità sarà luce, e l'immobilità danza.*
(Thomas Stearns Eliot, *Attesa*, 1904-1939)

Premessa

Di supervisione in campo psicoterapeutico si parla da decenni e l'argomento viene trattato dalle diverse scuole accreditate nei modi più diversi. Ancora più disparate sono le interpretazioni che comunemente vengono date a questo termine, anche da allievi e operatori della salute mentale, che sembrano dovute a un particolare vissuto relativo a questa pratica che storicamente ha assunto una denominazione che rinvia a una sorta di controllo dall'alto.

In realtà, la supervisione non è appannaggio solo del settore psicologico e psichiatrico. Infatti, anche in altri campi si parla di supervisione come di un'attività di chi controlla o dirige un lavoro o sovrintende alla realizzazione di qualsiasi opera anche come osservazione e documentazione delle attività svolte. Nei cantieri edili, per esempio, la supervisione è l'attività svolta dal cliente verso il suo appaltatore e consiste nel verificare che l'appaltatore esegua correttamente il compito assegnatogli, rispettando i suoi obblighi contrattuali.

I primi accenni alla supervisione clinica risalgono all'inizio del XX secolo in ambito psicopedagogico. Nel 1925 l'Ist. di Psicoanalisi di Vienna stabilisce la diversificazione della figura dell'analista da quella del supervisore. Nello stesso anno l'International Training Commission indica la supervisione come uno dei requisiti del percorso formativo dell'analista. Ricordiamo anche che Freud, inaugurando la Società del mercoledì nel 1902, inizia la pratica della supervisione tra pari: se per l'avvio si avverte l'influente presenza del fondatore, che non a caso riunisce i colleghi nella sua abitazione, è anche vero che è proprio Freud a chiedere a un gruppo di affiancarlo nelle prime rielaborazioni dei casi clinici riconoscendo l'importanza della relazione tra colleghi come una forma di consulto reciproco allo scopo di scambiarsi idee e di mettere alla prova concetti e approcci clinici. Vede così la luce l'assunto teorico della pratica analitica quale attività che, pur

svolgendosi in un campo protetto e isolato, richiede una sua apertura all'esterno che permetta all'analista di dar conto del suo lavoro alla comunità scientifica di appartenenza e far progredire così sia la ricerca che lo sviluppo ulteriore della teoria. Da quella iniziale forma gruppale di collaborazione si è sviluppato in seguito il filone della c.d. "supervisione tra pari" che ha avuto una sua certa diffusione fino ai giorni d'oggi, dove ogni terapeuta si pone di volta in volta come supervisore o come supervisionato.

Nei primi decenni la metodologia della supervisione dei casi clinici resta piuttosto nebulosa e si affida all'inventiva individuale. Soprattutto non viene definito se questo processo abilitante la professione debba incentrarsi sui casi clinici piuttosto che sulla figura del terapeuta. Malgrado i progressi e la diffusione anche di altre metodologie cliniche, specialmente dalla seconda metà del secolo scorso in poi, tale dilemma resta tuttora centrale nel percorso formativo degli psicoterapeuti e, di conseguenza, nelle tecniche di supervisione vedendo di volta in volta prevalente l'uno o l'altro orientamento. A questa doppia possibilità se ne affianca un'altra, in qualche modo complementare alla prima: la ricerca, nella supervisione come nella terapia, della "verità" materiale o oggettiva contrapposta a quella "psichica" o soggettiva. Mentre la prima ha come modello di riferimento la ricostruzione anamnestica di stampo medico, nel secondo caso l'attenzione è sul processo di rielaborazione soggettiva del caso clinico in cui trovano la loro importanza i "ricordi di copertura" (Freud, 1899) e la "narrazione nello spazio interattivo" (Spence, 1982).

Quale supervisione?

In generale, si rileva una miriade di tipologie di supervisioni che, trasversalmente agli orientamenti di scuola, possono essere raggruppate in tre ambiti.

- 1) Per quanto riguarda la relazione tra terapeuta e supervisore, troviamo supervisioni col proprio terapeuta all'interno di una terapia personale, individuale o di gruppo, con il terapeuta col quale si è stati in terapia, con un terapeuta diverso da quello con cui si è stati in terapia ma dello stesso orientamento teorico-clinico, col terapeuta che si sarebbe voluto avere come terapeuta, con un terapeuta che ha un modello teorico-clinico diverso dal proprio;
- 2) per quanto riguarda il contesto in cui si svolge, abbiamo supervisioni individuali o di gruppo, presso istituzioni pubbliche o private e, infine, presso le scuole di specializzazione;
- 3) per quanto riguarda la frequenza degli incontri, invece, si rilevano

supervisioni uniche o ripetute in un tempo definito o che invece accompagnano il terapeuta in modo più o meno continuativo durante la sua attività lavorativa.

In tutte queste modalità si possono ritrovare le due visioni di fondo della supervisione: quella centrata sul paziente e quella che lavora sul “caso” del terapeuta e solo indirettamente sul paziente. Questi due differenti orientamenti possono essere rappresentati come lavoro fondato sulla “pulsione di sapere” nel primo caso mentre nel secondo abbiamo un lavoro aperto al “sapere della pulsione”. Nel primo tipo di supervisione abbiamo l’esposizione, da parte di un allievo a un collega più esperto, di materiale clinico di una o più sedute allo scopo d’essere sostenuto e aiutato nella conduzione di quel percorso di cura e, più in generale, nell’acquisizione di una migliore capacità terapeutica. Secondo questa ottica, la relazione tra supervisore e supervisionato è considerata come un “accordo di apprendimento” (Fleming e Benedek, 1983) attraverso il quale vengono acquisite competenze e insegnate abilità e tecniche. In una posizione leggermente diversa si situa invece quel filone più interessato alle dinamiche interne al terapeuta. Laplace e Pontalis, alla voce “Analisi di controllo (o sottocontrollo)” della loro *Enciclopedia della psicoanalisi*, definiscono la supervisione: «Psicoanalisi condotta da un analista in via di formazione e di cui rende conto a un analista provetto che lo guida nella comprensione e nella direzione della cura e l’aiuta a prendere coscienza del proprio controtransfert» (Laplace e Pontalis, 1993, p. 23). Analogamente Grinberg distingue “supervisione” e “controllo”: «Il termine supervisione suggerisce qualcosa che viene dall’alto, che tende prevalentemente a mostrare l’aspetto educativo; il termine controllo, invece, suggerisce l’idea di qualcosa più connesso con il controtransfert del terapeuta» (Grinberg, 1989, p. 2).

Questa prima modalità di supervisione vede all’opera quella dimensione che Freud ha denominato “pulsione di sapere” o di ricerca che in diverse opere egli ha descritto come connessa alle pulsioni sessuali e a quella di “appropriazione”. Il passaggio dalla pulsione sessuale a quella di sapere e di ricerca necessita della sublimazione ed è soprattutto nel suo testo su Leonardo da Vinci che Freud parla della conversione della “passione in sete di sapere”:

«L’osservazione della vita quotidiana degli uomini ci dimostra che ai più riesce di deviare parti molto considerevoli delle loro forze pulsionali sessuali verso l’attività professionale. La pulsione sessuale è particolarmente idonea a fornire contributi di questa natura perché è dotata della capacità di sublimazione, vale a dire è in grado di scambiare la sua meta immediata con altre mete che possono essere considerate più elevate e non sessuali» (Freud, 1910, p. 224).

Tuttavia, è possibile che lungo un percorso formativo questa spinta alla ricerca presenti un rischio, quello di promuovere un certo conformismo nell'allievo perché in genere propone una relazione maestro-allievo basata sull'identificazione e su una trasmissione di competenze passivizzante che mira a trasferire il sapere del primo sul secondo. Si tratta di quel tipo di relazione che Lacan ha descritto parlando dell'analista come "soggetto supposto sapere" istituito dal transfert e fondamento della domanda analitica. Da questo tipo di relazione può derivare però l'istituzionalizzazione del percorso formativo con meri effetti di duplicazione del sapere: fare "come" il maestro è un passaggio certamente fondamentale in ogni processo di apprendimento, ma un vero percorso formativo non può certo limitarsi a questo livello senza rischiare di appiattirsi verso un processo di conformismo.

«Sembrirebbe – questo è il problema – che l'atto della parola non possa progredire altro che per la strada di una convinzione intellettuale producentesi per l'intervento educatore, cioè superiore, proveniente dall'analista. L'analisi progredirebbe per indottrinamento» (Lacan, 1954, p. 137).

In questo senso, la stessa supervisione si può configurare anche come un mezzo per verificare ed eventualmente rafforzare la fedeltà istituzionale verso il modello teorico-clinico di riferimento.

Invece, per supervisione come lavoro aperto al "sapere della pulsione", che il presente studio si propone di approfondire, si intende l'elaborazione della posizione assunta dal terapeuta di fronte al suo desiderio: prendendo spunto dal materiale clinico, l'attenzione del lavoro di supervisione è diretta verso la persona del terapeuta e verso i "punti ciechi" del suo ascolto che aprono la ricerca sul suo mondo inconscio attraverso le "cadute" sintomatiche del terapeuta innescate dall'incontro clinico. Si tratta in pratica, come sarà tra poco descritto, di un'ulteriore fase del percorso di analisi che vede l'analista impegnato nuovamente sul proprio "caso" personale a partire dalle sollecitazioni offerte dalla pratica clinica.

In realtà, il percorso formativo di un terapeuta non dovrebbe fare a meno di nessuna delle due modalità di supervisione appena descritte dato che per svolgere adeguatamente questa difficile professione è necessario sia il "sapere" sia il "desiderare", sia la conoscenza della teoria e della tecnica sia l'attraversamento del proprio fantasma. Dagli studi finora condotti su transfert e controtransfert possiamo trarre l'indicazione dell'utilità che il terapeuta, durante il lavoro col suo paziente, possa trasformare se stesso in oggetto di auto-osservazione e analisi in modo da poter distribuire la propria attenzione sia sul paziente, quale oggetto dell'intervento clinico, sia sul proprio apparato mentale quale strumento dell'intervento stesso. Analizzare il desiderio di occupare il posto di terapeuta può essere molto importante per

l'assunzione di una funzione curante che sia aperta all'ascolto del materiale psichico che emerge nel campo analitico e non si chiuda nella supposizione di un ruolo sociale ben definito.

Già Ferenczi (1924) indica il rischio di un "eccesso di sapere dell'analista" che mette in relazione con un "controtransfert narcisistico" e Winnicott in *Gioco e realtà* (1971) segnala come l'analista debba cercare di nascondere il suo sapere e soprattutto evitare di ostentarlo. Così scrive Winnicott: «La creatività del paziente può essere in realtà facilmente rubata dal terapeuta che ne sa troppo» (Winnicott, 1971, p.107). Vale a dire che lo sbilanciamento dal lato del sapere dell'analista può addirittura causare nel paziente un effetto traumatico. In effetti, l'evoluzione del concetto di "supposto sapere" è passata da una prima lettura della dinamica transferale vista attraverso il meccanismo della ripetizione, con l'analista chiamato a far da supporto ai fantasmi del paziente, a una successiva puntualizzazione teorica sul transfert come domanda su un sapere non saputo. Qui non si tratta più dell'analista come soggetto supposto sapere ma è in gioco il soggetto dell'inconscio, come sostiene Miller:

«Con il soggetto supposto sapere (...) si mette l'accento sul modo di dire e si fonda l'analisi non sulla ripetizione libidica ma sul rapporto del soggetto con la parola. In termini di domanda, il soggetto supposto sapere comporta che la domanda iniziale dell'analisi sia la domanda di significazione: cosa vuol dire?» (Miller, 1994, p. 143).

Tornando alla questione della supervisione, in questo lavoro si vuole sostenere l'ipotesi di una sorta di processo parallelo nella mente del terapeuta in supervisione tra l'essere paziente e l'essere terapeuta. Analogamente, Tagliacozzo ricorda la stretta continuità tra analisi personale e supervisione: «la supervisione propriamente detta è una specifica fase dell'analisi personale (...) tanto è vero che essa è possibile solo se vi è (stata) un'analisi personale approfondita» (Tagliacozzo, 1989, p. 926).

Tale questione potrebbe essere riassunta nella formula di una c.d. formazione permanente che veda anche il provetto terapeuta impegnato in una continua ricerca intorno alla propria funzione e nell'interrogarsi sul proprio desiderio di curare. Questo processo quasi sempre richiede un'organizzazione e un dispositivo per potersi attuare, dato che in questo caso spontaneità e solitudine non sembrano portare a risultati soddisfacenti.

Per concludere questo breve excursus introduttivo, vanno citati due recenti lavori di gruppi italiani che esemplificano due modelli di supervisione da integrare nell'attività clinica e nel percorso formativo: *Analisi incompiute* a cura di Cecchetti e Tagliaferri (2018) e *Psicoterapia psicodinamica di gruppo e ricerca empirica* a cura di Vasta, Gullo e Girelli (2019) mostrano due

interessanti percorsi di ricerca intorno alla supervisione. Nel primo caso, un gruppo di terapeuti mostra l'elaborazione, attraverso un confronto tra pari e l'utilizzo del dispositivo dello psicodramma analitico, delle interruzioni dei percorsi di cura come effetti sintomatici dell'agire del terapeuta. Nel secondo caso, invece, viene presentata una ricerca sui vari fattori fondativi di una terapia di gruppo e sui metodi di valutazione, dall'assessment iniziale alla valutazione di processo e di esito dei percorsi di cura gruppalì. Si tratta di due diversi impianti metodologici che fanno entrambi riferimento al mondo della grupponalisi e testimoniano l'importanza e l'articolazione delle possibilità offerte dalla dimensione gruppalè per lo studio e gli interventi in campo clinico.

Due esempi di supervisione clinica

Questo lavoro cerca di approfondire il tema della supervisione nei suoi aspetti di attivazione nel terapeuta dell'elaborazione inconscia della complessità della sua posizione. A tale scopo, vengono presentati due diversi esempi di supervisione, due brevi vignette tratte da condizioni di gruppalità in ambito formativo dove è stato utilizzato lo psicodramma analitico. In questo modo, viene mostrata una possibile modalità di lavoro sul materiale linguistico proposto dal terapeuta in supervisione. In entrambi i casi, si tratta di allievi psicoterapeuti in formazione.

1° caso. Nella supervisione in gruppo che nel 2018 si svolge mensilmente nel 4° anno della scuola COIRAG, la psicoterapeuta in formazione F. parla delle sue difficoltà col paziente S. Questi proviene da una precedente terapia in un gruppo di psicodramma analitico a termine per pazienti oncologici e familiari che si era svolta in ambito pubblico dopo che la moglie aveva avuto un intervento chirurgico per un carcinoma. Conclusa quella esperienza, S. era transitato in un gruppo di psicodramma analitico in ambito privato rivolto a pazienti della sfera nevrotica. La sintomatologia dichiarata da S. è l'ansia per la malattia della moglie e per i suoi possibili esiti. Tuttavia, S. nei suoi racconti lascia trapelare nei confronti della moglie anche un'aggressività molto velata e agita in modo indiretto: lascia spesso la moglie per uscire con un'amica o le annuncia all'ultimo momento di partire per andare a trovare un amico lontano. S. sembra inconsapevole della sua aggressività e, anzi, si meraviglia delle reazioni della moglie.

La terapeuta F. parla della difficoltà che prova nella relazione con S. che descrive come una sorta di "muro di gomma" per le forti difese che mostra fino ad assumere a volte un atteggiamento di rigida indifferenza verso le difficoltà della moglie. F. sottolinea che S. nei suoi racconti parla spesso di "schermi" (cellulari, computer, TV ecc.), che sembrano anche indicare le sue modalità di relazione e che vengono spesso rappresentati nei giochi psicodrammatici. In effetti, la stessa domanda di cura di S. arriva solo attraverso la grave malattia della moglie. In supervisione F. racconta un

episodio avvenuto durante una seduta di psicodramma in cui propone a S. di rappresentare l'incontro con la capoufficio e un collega che poco tempo prima ha avuto un tumore. F. ricorda che durante il gioco psicodrammatico S. si colloca sul bordo del tappeto che delimita l'area del gioco ("come per fuggire", dice S. alla fine del gioco). Allora, il supervisore propone a F. di rappresentare questa scena e F. sceglie i personaggi della seduta tra i compagni di classe presenti e organizza la scena.

Nel gioco psicodrammatico, il supervisore sottolinea una ripetizione: infatti, anche F. si va a collocare proprio su un bordo che è lo spazio lasciato da un muro – sono evidenti le tracce sul pavimento – che divideva due stanze che ora sono unificate in quella dove si svolge la supervisione. L'intervento del supervisore sul ripetersi di questa situazione "di bordo", porta F. a riflettere sull'assunzione personale di posizioni "di bordo". Così, nella terapeuta F. si attiva una catena associativa che la riporta alla sua storia familiare intrecciata intorno a tumori e "muri di gomma" di vario genere. Dal recupero di questo aspetto personale, F. può rielaborare il caso presentato per pensare a S. in termini clinici senza più esserne stimolata emotivamente in modo conflittuale per la persistenza di "resti" inconsci non sufficientemente analizzati.

2° caso. Lo psicoterapeuta in formazione P. parla del suo paziente D. in un gruppo mensile di psicodramma analitico di secondo livello della SIPsA, riservato a psicologi e medici, in cui gli allievi si esercitano ad assumere la funzione di conduzione della seduta e poi essi stessi elaborano il punto "cieco" del loro lavoro con lo psicodramma analitico condotto dai didatti.

P. presenta il caso di D. ("porto una storia", annuncia P.): un adolescente che da qualche mese mostra perdita di interessi, scarso rendimento scolastico, ritiro dalle relazioni amicali e persino dallo sport che da anni pratica con passione.

P. riferisce di aver conosciuto dapprima i genitori di D. che lo contattano attraverso una sua collega che però dice di non conoscere. Lo consultano perché si dicono preoccupati per il netto cambiamento che notano nel figlio nelle relazioni e nelle attività. La madre insiste perché lui inizi una terapia e sottolinea come sia preoccupata che il figlio, lasciando i suoi interessi abituali, stia iniziando a frequentare ambienti sociali di più basso livello. Solo dopo queste premesse, i genitori descrivono una particolare condizione familiare: il padre è in realtà sposato con un'altra donna da cui non ha avuto figli ma contemporaneamente ha avviato una relazione extraconiugale con una collega con cui vive da anni e dalla quale sono nati due figli, D. e sua sorella. A detta dei genitori, solo D. non è a conoscenza di ciò e apparentemente senza un motivo che lo giustifichi. Il padre aggiunge di aver organizzato un breve viaggio col figlio proprio per avere modo di raccontargli la verità ma di non esserci riuscito.

Il dott. P. invita i genitori a dare a D. il suo numero di telefono in modo che egli stesso chieda un appuntamento. Richiesta che D. fa arrivare con un sms. Al primo appuntamento, D. viene da solo e si presenta col cognome della madre e domanda: "Devo parlare io?". P. ricorda di non essere intervenuto e che a quel punto il tono del dialogo a poco a poco si è appiattito fino a essere solo un bisbiglio appena percettibile con frasi molto brevi. P. nota che il modo di parlare di D. sembra quasi un invito a fare domande.

Il didatta-supervisore propone di rappresentare il primo incontro con D. Durante il gioco psicodrammatico, P. omette la presentazione col cognome della madre e, nel cambio di posto, P. si pone inizialmente molto lontano per rappresentare il primo momento di incontro. Questi due aspetti vengono sottolineati dall'intervento del supervisore attivando in P. una catena associativa che va nella direzione del conflitto tra P. e il proprio padre quando, per la scelta del nome del primogenito, P. vuole interrompere la tradizione familiare di dare al nascituro il nome del nonno paterno. Grazie a questo collegamento con la propria storia, dapprima rimosso, nei successivi incontri formativi, P. mostra maggiore capacità di ascolto nei confronti di D. fino a riuscire a sostenere i genitori di D. a rivelare la verità tenuta fino ad allora nascosta.

Commento

Questi due esempi mostrano l'utilizzo dello psicodramma analitico per la supervisione dei casi clinici orientata al "sapere della pulsione". In particolare, si può notare come tale dispositivo sia stato messo al servizio di un processo formativo che pone al centro dell'interesse la persona del terapeuta. Il presente lavoro mostra come il supervisore, attraverso il materiale clinico emerso dalla relazione col paziente, interroghi la funzione curante e il desiderio a questa sotteso. Si tratta di un processo che mira a individuare punti di forza e punti di criticità nella modalità del terapeuta di incontrare il c.d. caso clinico attraverso il lavoro sulla trasmissione linguistica indiretta, dal paziente al terapeuta e da questi al supervisore con restituzione al terapeuta per il proseguimento del suo lavoro col paziente.

Nelle due vignette cliniche questa trasmissione ha preso l'avvio dall'ascolto da parte del supervisore del significante "bordo", nel primo caso, e dell'omissione del cognome della madre nel gioco psicodrammatico, nel secondo caso. Da questi due elementi linguistici emersi grazie al dispositivo psicodrammatico, che ha permesso la rimessa in gioco di aspetti emozionali e contenuti rimossi del terapeuta, si è poi dipanata una linea di pensiero che ha permesso ai due terapeuti in formazione di discernere il materiale attinente al lavoro clinico dai propri resti inconsci non sufficientemente analizzati. In questi due casi, la supervisione ha svolto una funzione di "postposizione"¹ nel senso che *après-coup* ha riattivato la declinazione della narrazione del caso e ha permesso la trasmissibilità prima interrotta dalla barra della rimozione nel terapeuta. Vale a dire che il gioco psicodrammatico, rimettendo in movimento gli aspetti inconsci del

¹ Nella lingua italiana non c'è una declinazione del caso, come nel latino, e abbiamo delle preposizioni che ci aiutano a declinare. Come postposizione conosciamo qualche derivato del latino (per es. "meo", "sine", "non"), ormai in disuso. In altre lingue, come il giapponese o il turco, invece si usano le postposizioni e in inglese c'è il genitivo sassone.

terapeuta veicolati dalla scena rappresentata, ha mostrato del materiale che con l'intervento del supervisore è stato reintegrato nel discorso e nella storia del terapeuta stesso. Si può ipotizzare che la peculiarità del dispositivo utilizzato ha potuto modificare la capacità di narrazione del terapeuta inserendo, grazie al gioco psicodrammatico e all'intervento del supervisore, una funzione scopica: nel gioco, la terapeuta F. e il terapeuta P. hanno sperimentato dapprima la posizione di "vedersi vedere" nelle relazioni con i loro pazienti, e poi hanno ritrovato una catena associativa che li ri-guardava situandosi in una posizione che Lacan chiama "vedersi vedersi" (Lacan, 1964). Si tratta di una posizione in cui il Soggetto trae dal mondo circostante l'impressione, a volte con effetto perturbante, che dall'ambiente, dalle persone come dalle cose, ci proviene qualcosa d'Altro, qualcosa che va al di là del fenomeno immediatamente visibile o udibile ma rinvia a un ordine del linguaggio cui il singolo è sottomesso come un campo che determina il soggetto nelle sue articolazioni di linguaggio e di desiderio.

Nelle esperienze di supervisione rappresentate poco prima, il "vedersi vedersi" ha disorganizzato la scena dell'incontro clinico narrata inizialmente per far apparire il tema inconscio che orienta lo sguardo del soggetto. Per usare una terminologia tipica del linguaggio cinematografico, l'inquadratura soggettiva proposta dal racconto iniziale del terapeuta è divenuta semi-soggettiva nel gioco psicodrammatico inquadrando nella stessa scena terapeuta e paziente insieme e questo ha permesso il passaggio a una successiva semi-soggettiva puntata sul terapeuta e la scena personale che lo riguarda. Questi passaggi hanno prodotto un cambiamento sostanziale nella narrazione del terapeuta e nella sua lettura del caso clinico.

La parola si aggira attorno al caso clinico

La scelta di fondare la pratica analitica sulla parola ha origini antiche nella nostra cultura e si può far risalire il suo inizio addirittura all'antica Grecia. Per esempio, nel dialogo platonico del *Cratilo* (IV sec. a.C.) – da considerare la prima riflessione sul problema del linguaggio – si prende in esame il problema dell'uso corretto dei nomi. Da allora, la questione del rivelare\velare attraverso le parole ha attraversato i secoli fino al tempo della psicoanalisi. Tale questione non può non essere riproposta nel percorso formativo dello psicoterapeuta laddove si lavora per lo sviluppo nell'allievo della capacità di ascolto del discorso inconscio. In relazione a tale funzione di ascolto, la visione etica della clinica psicoanalitica porta a una lettura soggettivata del testo proposto dal paziente. Analogamente, si ritiene importante che lungo il percorso formativo l'allievo si eserciti in una lettura altrettanto soggettivata

del testo ascoltato proveniente dal paziente e riportato, soggettivamente, al supervisore. Infatti, accanto alla indispensabile conoscenza della teoria e all'affinamento della capacità diagnostica, occorre essere in grado di ascoltare il soggetto nella sua particolarità unica e irripetibile.

Lungo la linea inaugurata dalla psicoanalisi circa la pratica sulla parola e con la parola, nell'ambito della formazione dei terapeuti si ritiene utile attivare un'attitudine all'ascolto del discorso latente e all'osservazione mirata a cogliere ciò che viene detto e soprattutto ciò che resta nell'assenza di una parola vera ma incide sul dire: lapsus, incongruenze e contraddizioni devono emergere nell'ascolto del terapeuta attento alla trasmissione da parte dell'inconscio del paziente sottoposto alla regola della libera associazione. Per muoversi in questa direzione, l'allievo viene avviato a un percorso formativo che utilizza anche la scrittura del caso clinico presentato e del materiale emerso in supervisione come esercizio di riflessione a distanza dall'incontro clinico. In tal modo, il lavoro dell'allievo con la scrittura del caso favorisce anche l'elaborazione della relazione transferale perché la parola scritta qui è trascrizione del discorso del paziente nel discorso del terapeuta: quello che viene riportato nel luogo della supervisione è quindi un *work in progress* dell'ascolto del terapeuta dei vari aspetti della relazione di cura. In questo senso, le peripezie cui può andare incontro tale ascolto sono paragonabili a quei movimenti dell'inconscio del paziente sottoposto alla regola delle libere associazioni.

Il materiale raccolto dal terapeuta e trasferito al supervisore ricorda la "conversazione immateriale" di cui parla Lai:

«La conversazione immateriale è la conversazione che può essere visitata in differita (...) come un cielo stellato nel quale si va alla ricerca delle figure geometriche, o forme logiche, alle quali le stelle più o meno si conformano. La conversazione materiale ha a che fare con la semantica e la pragmatica; la conversazione immateriale ha a che fare con gli aspetti logico-sintattici del testo» (Lai, 1995, p. 6).

L'attenzione alla dimensione "immateriale" prefigura la supervisione come lavoro sulla questione del "negativo" vale a dire quello stato di attesa, di incertezza di cui parlava il poeta Keats (1817) e che ben rappresenta ogni condizione di ricerca. Si tratta della capacità di sopportare il dubbio, di tollerare la mancanza di certezze, di aprirsi all'*unheimlich* a partire dall'*heimlich*: è quella rinuncia alla rassicurazione del "noto" che Russo (2009) chiama "ignotizzazione". Vegetti Finzi parla di uno "stile cognitivo" che dovrebbe essere adottato dallo psicoanalista attraverso la «capacità di dubitare della certezza, di abbandonare la sicurezza del noto per l'ignoto» (Vegetti Finzi, 1986, p. 4) non solo nei riguardi dell'oggetto della conoscenza ma anche nel rapporto del ricercatore con se stesso. D'altra parte, è dallo stesso fondatore

della psicoanalisi che viene il consiglio di sottoporsi ogni cinque anni nuovamente all'analisi anche per chi è ormai diventato psicoanalista, dando così forma e sostanza all'impianto della formazione come processo a lungo termine e in continuo rimaneggiamento.

Questo è un punto importante in quanto è evidente come nella relazione terapeutica si determini uno speciale "campo" in cui terapeuta e paziente si incontrano con i loro apparati psichici. Questo "campo" è uno spazio psichico aperto a processi continui in cui significanti ed elementi emozionali si ricombinano alternando momenti di rispecchiamento, di opposizione, di confusione, di blocco, di differenziazione e di relazione col simile. Si tratta di un campo di lavoro psichico in cui la capacità di autoanalisi del terapeuta è fondamentale come elemento terzo, perché consente di mantenere la direzione della cura e del processo terapeutico pur restando in un ambito con un alto livello di confusività e incertezza identitaria. Riprendendo il famoso detto freudiano sulla "psiche estesa" (Freud, 1938), si può riconoscere come la stessa identità di terapeuta sia questione sempre in corso di riformulazione e che l'attività clinica la sollecita fortemente.

Il disegno formativo

Il modello di supervisione proposto prevede la ricostruzione del personale "disegno" formativo intorno all'identità di terapeuta. Su questo punto si ricapitolano le tappe dell'evoluzione del concetto di immaginario in relazione con lo sviluppo culturale dell'uomo. Dai graffiti preistorici e dal mito platonico della caverna per arrivare alle varie topologie freudiane, rappresentate dalle topiche, dal notes magico, dai disegni tratti dai racconti del padre del piccolo Hans ecc., il "disegno" dell'uomo sulle origini delle questioni che l'attanagliano è un campo tuttora aperto alla ricerca più che una forma data e stabile nel tempo. In questo senso, nel percorso formativo la supervisione del caso clinico aperta al "sapere della pulsione" del terapeuta può offrire utili spunti per la riformulazione del desiderio di lavorare psicoterapeuticamente. Per portare ulteriormente avanti questo pensiero, con il presente lavoro si vuole ipotizzare che la presentazione del caso clinico è un'occasione per una trascrizione del c.d. "luogo della fobia", nel senso proposto da Finzi Ghisi (1981). L'autrice, prendendo spunto dallo scritto freudiano sul "piccolo Hans", puntualizza come il sapere teorico e formale sia collegato alla curiosità sessuale e propone il concetto di "luogo della fobia" per indicare la barriera immaginaria che «divide il Soggetto²

² Per Lacan il Soggetto è il parlante ed è distinto dall'Io, indica l'assoggettamento

che occupa il posto della Verità dall'oggetto a³ che rappresenta il godimento» (Finzi Ghisi, *op. cit.*, p. 28). La barriera tra il sapere e il godimento, come la fase di latenza in cui si trova il piccolo Hans, rappresenta uno spazio di ricerca inquieta: «stavo solo pensando», dice Hans alla madre quando la interroga sul suo “fapipi” (Freud, 1908, p. 482). In questo spazio il bambino tenta di ricostruire a ritroso le tappe della propria origine distinguendo l'animato dall'inanimato e passare dalla curiosità sessuale alla capacità di teorizzare.

Sembra utile riproporre questo concetto in relazione al desiderio di essere terapeuta, in quanto esso individua la necessaria opportunità di incontrare la barriera che unisce e separa paziente e terapeuta nonché il desiderio di curare l'Altro e il desiderio di incontrare l'Altro. Si tratta della barriera che ci divide e avvicina allo stesso tempo rispetto all'origine del desiderio di occupare il posto di terapeuta e riguarda un'area della mente che viene sollecitata dall'incontro clinico. Barriera tutt'altro che semplice da osservare e conoscere ma che un terapeuta deve incontrare e con cui deve saper familiarizzare. Vale a dire che l'insegnamento della supervisione non dovrebbe limitarsi alla sola indicazione di un sapere tecnico – che parrebbe equivalere, per rimanere al celebre caso freudiano, alla promessa che crescerà il “fapipi” o alla minaccia che potrà essere tagliato – ma dovrebbe indicare all'allievo l'importanza di uno spazio elaborativo dell'incontro che si con-figura nei termini di un'esplorazione di un luogo psichico particolare in cui far nascere il soggetto incontrato dapprima nella seduta e poi ricercato e ritrovato nel momento della scrittura del caso e poi della supervisione. È un luogo, quindi, in cui viene ridisegnato il soggetto incontrato e questo comporta anche che l'allievo ha l'opportunità di ridisegnare la propria soggettività di terapeuta. Quello di «rendere visibili forze invisibili», ci ricordano Chianese e Fontana, è di fatto un privilegio «perché si può assistere al sorgere di immagini in assenza» (Chianese e Fontana, 2010, p. 227), privilegio che conoscono bene gli artisti che anticipano la parola e il pensiero con le immagini. «La pittura (...) non celebra altro enigma che quello della visibilità» (Merleau-Ponty, *op. cit.*, p. 36). Così il disegnare, a partire dai primi scarabocchi infantili, manifesta il tentativo di ricostruire il senso di un'esperienza personale le cui radici affondano nel mistero.

dell'uomo al linguaggio e alla struttura edipica che anticipa l'individuo. Secondo questa teoria, quindi, il Soggetto è effetto del significante e della struttura.

³ L'oggetto a è, sempre per Lacan, l'oggetto causa del desiderio ed è allo stesso tempo evidenza e mascheramento della mancanza che è strutturale nel Soggetto, è l'oggetto che mira all'irraggiungibile perché radicalmente perduto. Nella rilettura del caso del piccolo Hans, Lacan sottolinea l'enigma insito nel concetto di oggetto a partire dal “nero” sulla bocca del cavallo che attira l'attenzione del bambino come elemento al limite del rappresentabile perché rinvia a ciò che precede la storia dell'individuo, al Reale alla base della ripetizione metonimica.

Freud ci ricorda che l'origine di questo processo di ricostruzione risale all'epoca delle prime teorie sessuali formulate dai bambini:

«La sete di sapere dei bambini non si desta a questo riguardo spontaneamente, quasi per un bisogno innato di causalità, ma solo sotto il pungolo delle pulsioni egoistiche che li dominano, allorquando – forse dopo il compimento del secondo anno di vita – si trovano messi di fronte all'arrivo di un nuovo venuto» (Freud, 1908, p. 453).

Si attiva così un'urgenza vitale che mette in moto la ricerca teorica e il sapere del bambino e sappiamo come tale sapere determini per il bambino la *realtà per l'inconscio* che non coincide col *sensò di realtà*.

Analogamente, il processo di conoscenza cui mira il modello di supervisione descritto in questo lavoro riguarda soprattutto il “sapere della pulsione”, è una conoscenza che rivela la formazione del soggetto dell'inconscio del terapeuta. Questi può trovare utili elementi per l'identità professionale al di là delle comode lusinghe derivanti dalle identificazioni che rappresentano illusioni tanto inevitabili quanto rischiose.

Come ricorda Derrida (1968) quando parla di “strutture di differenza⁴”, anche qui si tratta di aprirsi a uno spazio in cui aspetti pulsionali profondi possono essere messi in dialogo con la conoscenza della teoria e della tecnica per un percorso in divenire, mai statico e definito in cui lo scarto tra sapere pulsionale e sapere di realtà riesce ad attivare un desiderio di ricerca.

A tale proposito, sembra davvero appropriato il concetto poco sopra richiamato di “negativo” come spazio potenziale di ricerca non dissimile allo stato mentale che l'analista assume quando ascolta con l'attenzione fluttuante e, rinunciando al giudizio e tollerando discontinuità e incompiutezza, riesce ad accostarsi alle caratteristiche del linguaggio dell'inconscio. Come quando siamo davanti a un'opera d'arte che ci interroga emotivamente e intellettualmente e ci può apparire enigmatica o addirittura perturbante, l'osservazione è contemporaneamente rivolta all'oggetto visto, alla risonanza che questo ha in noi e si dirige anche alle cose che sappiamo della storia dell'arte, così anche nella particolare dimensione psichica dell'incontro clinico si esercita un'identità analitica che contatta sia elementi con i quali abbiamo familiarità, sia altri che ci appaiono estranei e angosciosi. Per questo,

⁴ Derrida chiama “différance” il rapporto tra Essere e Linguaggio dove l'essere si “differanza” nel linguaggio, si media nel linguaggio, si aliena nel linguaggio, diventa altro da sé, si rende presente ma assente nello stesso tempo, diventa segno, traccia. Per quanto riguarda la scrittura, la “différance” per Derrida è differire, porre distanza tra il testo e l'essere cui esso rinvia, equivale a un accadere indipendente dai soggetti che parlano e che ascoltano, è un “evento” nel senso heideggeriano del termine anche per l'alterità che il linguaggio evidenzia per il Soggetto che, in tal modo, si scopre sempre decentrato rispetto a se stesso.

è importante che il percorso di formazione di un'identità analitica preveda dei dispositivi che aiutino a conoscere e gestire gli aspetti pulsionali che sono alla base del personale desiderio di curare e che si riattivano e possono essere rielaborati ogni volta che si lavora analiticamente su cosa accade nell'incontro clinico.

In conclusione, si vuole sostenere che, coerentemente all'indicazione freudiana secondo cui la teoria nasce dall'insegnamento offerto dalla clinica, la supervisione dovrebbe essere dedicata non solo alla trasmissione del sapere tecnico ma anche a quello che si è provato a definire "sapere della pulsione". Questo secondo tipo di supervisione mira a proseguire il processo analitico di costruzione identitaria del terapeuta avviata con l'analisi personale. Come avviene nel caso della tessitura dove il telaio costruisce prima l'ordito e poi la trama, così l'apparato formativo dovrebbe garantire la struttura di conoscenze di base sulla quale tessere creativamente il disegno personale del soggetto che interroga il supposto sapere della teoria e il non saputo personale.

Lo spazio gruppale della supervisione è coerente con il livello di complessità di tale questione perché riguarda una condizione soggettiva composta che viene rimessa in scena in gruppo con l'ascolto e le risonanze attivate nei singoli partecipanti al gruppo. In particolare, l'utilizzo dello psicodramma analitico nella supervisione in gruppo comporta il coinvolgimento gruppale nella ricostruzione del soggetto incontrato, ricostruzione realizzata a un livello multidimensionale.

Riferimenti bibliografici

- Cecchetti P. e Tagliaferri C., a cura di (2018). *Analisi incompiute*. Roma: Alpes.
- Chianese D. e Fontana A. (2010). *Immaginando*. Milano: FrancoAngeli.
- Derrida J. (1968). *Della grammatologia*. Milano: Feltrinelli.
- Eliot T.S. (1904-1939). Attesa. In: Sanesi R., a cura di, *Opere. 1904-1939*. Milano: Bompiani, 2001.
- Ferenczi S. e Rank O. (1924). Prospettive di sviluppo della psicoanalisi. In: *Opere*. Vol. III. Milano: Raffaello Cortina, 1992.
- Finzi Ghisi V. (1981). La barriera delle tasse: l'apparato psichico e la sua rappresentazione nella storia di una fobia. *Il piccolo Hans*, 31: 9-33.
- Fleming J. & Benedek T.F. (1983). *Psychoanalytic Supervision: a Method of Clinical Teaching*. New York: International Universities Press.
- Freud S. (1899). *Ricordi di copertura*. OSF, 2. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1908). *Le teorie sessuali dei bambini*. OSF, 5. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1910). *Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci*. OSF, 6. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1938). *Risultati, idee, problemi*. OSF, 11. Torino: Bollati Boringhieri.

- Grinberg L. (1989). *La supervisione psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Keats J. (1817). Lettera a Georg e Thomas Keats. In: *Lettere sulla poesia*. Milano: Feltrinelli, 1984.
- Lacan J. (1953-54). *Il Seminario. Libro I. Gli scritti tecnici di Freud*. Torino: Einaudi.
- Lacan J. (1964). *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi (1964)*. Torino: Einaudi.
- Lai G. (1995). *La conversazione immateriale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Laplace J. e Pontalis J.B. (1993). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- Merleau-Ponty M. (1964). *L'occhio e lo spirito*. Milano: SE.
- Miller J.-A. (1994). L'inizio delle analisi. In: Di Ciaccia A. e Sabbatini S., a cura di, *I paradigmi del godimento*. Roma: Astrolabio.
- Platone (2019). *Cratilo*. Trad. e introd. di Aronadio F., Milano: Laterza.
- Russo L. (2009). *Destini delle identità*. Roma: Borla.
- Spence D.P. (1982). *Verità narrativa e verità storica*. Firenze: Martinelli.
- Tagliacozzo R. (1989). La supervisione. In: Semi A.A., a cura di, *Trattato di psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Vasta F.N., Gullo S. e Girelli F., a cura di (2019). *Psicoterapia psicodinamica di gruppo e ricerca empirica*. Roma: Alpes.
- Vegetti Finzi S. (1986). *Storia della psicoanalisi*. Milano: Mondadori.
- Winnicott D.W. (1971). *Gioco e realtà*. Roma: Armando, 1974.