

**La costruzione del sapere, saper fare, saper essere
dello psicoterapeuta cognitivista:
analisi di un modello di formazione**

Lorenzo Cionini

*(Dipartimento di Psicologia - Università di Firenze; Didatta SITCC;
Direttore della Scuola di Psicoterapia Cognitiva - CESIPc Firenze)*

Riflessioni sulla psicoterapia

La richiesta di psicoterapia ha origine comunemente da una situazione personale di disagio psicologico che l'individuo definisce come tale e che non essendo attribuibile esclusivamente a fattori esterni (ambientali, situazionali, di malattia organica, di natura casuale o soprannaturale), ritiene possa essere affrontata mediante metodiche specificamente psicologiche. Talvolta, la decisione d'intraprendere una psicoterapia (ma in questo caso penso sia più corretto utilizzare il termine "analisi") può anche essere prevalentemente o esclusivamente connessa al desiderio di acquisire una maggiore conoscenza su di sé, attraverso un *viaggio* nel mondo dei propri significati. Quest'ultimo tipo di richiesta, pur essendo più frequentemente correlata ad esigenze professionali - come quelle dei futuri psicoterapeuti in formazione - può nascere tuttavia anche da motivazioni del tutto personali.

Per distinguere nettamente queste due situazioni, utilizzerò, nel corso di quest'intervento, il termine *psicoterapia* per riferirmi al primo tipo di contesto ed *analisi* per riferirmi al secondo, senza che questi termini assumano alcuna colorazione ideologica (ovvero indipendentemente dal modello teorico-terapeutico di riferimento).

Se a *psicoterapia* si attribuisce questo significato, mi sembra sia inevitabile affermare che il processo terapeutico debba condurre - in rapporto alle richieste del paziente ed alla conseguente definizione del contratto - ad un insieme di modificazioni personali che determinino un miglioramento dello stato soggettivo di sofferenza ed una diminuzione dei disturbi lamentati. Che queste modificazioni debbano riguardare necessariamente una vera e propria trasformazione strutturale o possano limitarsi ad interventi più superficiali di tipo sintomatico è altro problema. E' evidente che alcune forme di psicoterapia (come quelle ad orientamento analitico o quelle ad indirizzo cognitivo-strutturalista o cognitivo-costruttivista) si propongano trasformazioni strutturali o "profonde" della personalità. Ma non tutti i pazienti sono in grado di intraprendere un processo di questo tipo ed entità e talvolta, in funzione di numerose dimensioni (come un'età avanzata, un troppo modesto livello culturale o una scarsa capacità o disponibilità a leggere se stessi, la fragilità strutturale ovvero il rischio di scompenso psicotico) può essere preferibile un percorso più facile e rapido.

E' per questa ragione che ritengo non esista un modello di intervento psicoterapeutico "buono per tutti" e che l'entità del cambiamento affrontabile da ciascun paziente debba essere adeguatamente valutata durante i primi col-

loqui, prima di intraprendere un processo terapeutico. Per alcuni pazienti ad esempio, un intervento di tipo comportamentale o cognitivo-razionalista (per intendersi mi riferisco alle terapie cognitive secondo gli approcci di Ellis o di Beck) può risultare di elezione proprio per il loro limitarsi ad incidere su alcune dimensioni più periferiche della struttura individuale. Così come, in certi casi, può essere preferibile affrontare il disagio individuale mediante un intervento sulle dinamiche comunicative e relazionali utilizzando un approccio di terapia familiare e rinunciando a proporsi una ristrutturazione personale più diretta e significativa.

Poiché personalmente utilizzo un modello terapeutico inquadrabile nell'ottica cognitivo-costruttivista, è evidente che ritengo che un intervento strutturale (o "profondo") abbia una possibilità nettamente superiore di risultare "risolutivo". Non si capirebbe altrimenti perché proporre al paziente un impegno psicoterapeutico che può durare diversi anni, se non a partire dalla convinzione che ciò sia più efficace (più consistente, solido e stabile nel tempo) rispetto ad un intervento breve e centrato direttamente sulla risoluzione sintomatica. Contemporaneamente però sono anche convinto, per utilizzare un vecchio detto, che talvolta, in questo come in molti altri contesti, "il meglio sia nemico del bene" e che sia quindi opportuno commisurare l'intervento alla persona che lo richiede, tenendo conto anche degli effetti destabilizzanti e iatrogeni che, in alcuni casi, la psicoterapia può produrre.

Una considerazione che comunque mi sembra opportuno fare - che ha importanti implicazioni sia sulla gestione del processo terapeutico, che nella definizione dei modelli formativi in psicoterapia - è relativa alla presumibile esistenza di un fattore di cambiamento comune a qualsiasi indirizzo. Mi riferisco alla *relazione terapeutica*, la cui utilizzazione nel processo di cambiamento può risultare più o meno esplicita e più o meno consistente all'interno dei diversi orientamenti, ma che difficilmente può essere considerata irrilevante. Non mi sembra corretto definire questo fattore di cambiamento come fattore generico (o, come talvolta è stato fatto, come effetto placebo) soltanto perché presente in qualsiasi interazione psicoterapeutica. Al contrario, ritengo che proprio per la sua generalità (non genericità) e rilevanza esso debba trovare uno spazio ed una dimensione teorica ed operativa specifica sia all'interno di ciascun modello di intervento clinico, sia nell'ambito di qualsiasi progetto formativo.

La formazione in psicoterapia

Nell'ultimo ventennio si è assistito ad una notevole espansione della richiesta di psicoterapia e ovviamente ad un contemporaneo aumento della richiesta di formazione da parte degli operatori del settore. A questo fenomeno non è però corrisposto un parallelo approfondimento della riflessione sui modelli di formazione. È soltanto negli ultimissimi anni che questa esigenza si è venuta imponendo in funzione sia di fattori interni allo sviluppo della disciplina, sia a fattori normativi esterni connessi con il riconoscimento legislativo della professione di psicologo e di quella di psicoterapeuta.

In questo specifico momento storico, in particolare, l'impulso e la sensibilizzazione all'opportunità di riflettere con maggiore attenzione sui modelli

di formazione in psicoterapia, deriva a mio avviso essenzialmente - anche se non esclusivamente - da due ordini di fattori: da un lato dalle recenti innovazioni nella normativa di legge, in conseguenza dell'entrata in vigore della legge istitutiva dell'Albo e dell'Ordine degli Psicologi, che - come è noto - prevede una specifica formazione psicoterapeutica (pubblica o privata che sia) sia per gli psicologi che per i medici che intendano svolgere questa attività professionale, dall'altro dalla maturazione, dagli sviluppi, dalle innovazioni, dai fermenti presenti attualmente in tutti gli indirizzi psicoterapeutici esistenti, da quelli che vantano una maggiore anzianità storica, a quelli di più recente sviluppo.

L'evoluzione dei modelli terapeutici ha comportato una necessaria parallela evoluzione dei modelli formativi, soprattutto nella misura in cui tale evoluzione si è tradotta in una complessificazione dei modelli stessi ed in un lento ma graduale avvicinamento fra paradigmi che apparivano, solo alcuni anni fa, come assolutamente e radicalmente contrapposti.

A partire da queste considerazioni iniziali, mi sembra che una riflessione sui modelli formativi, all'interno di qualsiasi indirizzo psicoterapeutico, debba necessariamente prendere in considerazione ed offrire una risposta almeno ai seguenti interrogativi:

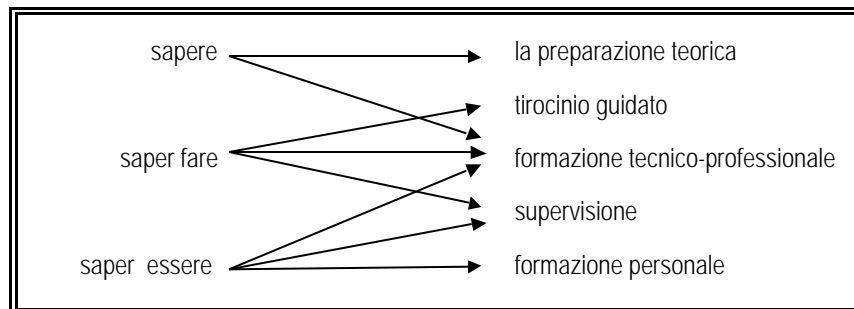
- il lavoro dello psicoterapeuta può essere considerato più simile a quello di un *tecnico* o a quello di un *artista* ? cosa possiamo intendere per *artista* in quest'ambito ?
- esistono *prerequisiti personali* specifici per fare lo psicoterapeuta ? se sì, quali possono essere?
- quanto è possibile *apprendere* della professione di psicoterapeuta e quanto rappresenta una *dote naturale* ?
- è opportuno prevedere l'opportunità che aspiranti psicoterapeuti possano essere consigliati ed indirizzati verso approcci psicoterapeutici diversi in funzione delle loro specifiche caratteristiche personali ? è possibile prevedere un orientamento di questo tipo anche all'interno di uno stesso iter formativo in psicoterapia, se il modello terapeutico di riferimento (come avviene nell'ambito cognitivista) è distinguibile in sotto-indirizzi che implicano una diversa operatività clinica (un diverso modo di porsi nei confronti del paziente e dei problemi che questi porta all'attenzione dello psicoterapeuta) ?
- la *preparazione teorica* è utile, necessaria, indispensabile o viceversa costituisce soltanto una restrizione, limitando l'intuizione spontanea dello psicoterapeuta ?
- l'*ortodossia* al modello psicoterapeutico di riferimento è un reale vantaggio o rappresenta esclusivamente una modalità di mantenimento del consenso rispetto alle gerarchie societarie, un indicatore ed una garanzia di conformismo degli allievi nei confronti dei propri didatti ? è possibile ed auspicabile l'*eclittismo* (l'utilizzazione contemporanea di modalità di lavoro definite all'interno di approcci psicoterapeutici diversi) o viceversa esso rappresenta un indice di approssimazione e di "pressapochismo" ?

- il *lavoro personale* è indispensabile per qualsiasi psicoterapeuta? è semplicemente consigliabile? è del tutto irrilevante ?
- cosa può intendersi per *lavoro personale* ? una vera e propria psicoterapia personale o un diverso percorso di autoconoscenza (un'analisi nella accezione sopra definita) ?

Ovviamente non ritengo che possano esistere risposte univoche a tutte queste domande, poiché almeno alcune di esse sono necessariamente determinate dalle caratteristiche del modello clinico di riferimento. Contemporaneamente però, mi sembra importante che, quali che siano le risposte, tali interrogativi siano tenuti ben presenti nel momento in cui - a partire da una qualsiasi delle prospettive possibili - ci si voglia cimentare nella proposizione di un modello formativo. Cercherò quindi di offrire una mia risposta diretta o indiretta a ciascuno di essi nel delineare la proposta di un modello di formazione in ambito cognitivo-costruttivista.

Qualsiasi progetto formativo professionalizzante, tanto più quando - come nel caso della psicoterapia - la relazione interpersonale rappresenta il nucleo fondamentale dell'attività professionale stessa, deve proporsi quel triplice obiettivo definibile nei termini del *sapere*, *saper fare* e *saper essere* a cui si fa riferimento nel titolo di questo intervento. Obiettivo che può essere raggiunto articolando la formazione all'interno di cinque ambiti specifici: la preparazione teorica, la formazione tecnico-professionale, la formazione personale, la supervisione ed il tirocinio.

Nel modello formativo cognitivista, le relazioni fra obiettivi e ambiti della formazione sono rappresentabili attraverso uno schema di questo tipo:



La Preparazione Teorica

Secondo l'ottica costruttivista, la conoscenza individuale si articola e si sviluppa attraverso strutture soggettive (più comunemente definite *schemi*) che svolgono la funzione di costituire una sorta di "formato" che regola i processi di raccolta e accettazione dell'informazione, determinandone lo specifico significato. Tali strutture conoscitive svolgono una funzione predittiva. In

relazione agli obiettivi che ci poniamo ed in rapporto al repertorio di conoscenze che possediamo sul mondo e sulla situazione contingente, ciascuno di noi costruisce le proprie aspettative sugli sviluppi che possono prodursi, mediante rappresentazioni mentali che anticipano l'esito degli eventi. Queste rappresentazioni determinano l'orientamento dell'attenzione verso specifici aspetti della realtà circostante, la definizione di piani di azione e la messa in atto dei comportamenti.

La nostra costruzione della realtà è quindi determinata dalle teorie che possediamo rispetto ai fenomeni in oggetto. In particolare, nella "realtà clinica" dell'interazione paziente-terapeuta, le costruzioni di quest'ultimo vengono guidate e determinate dalle specifiche teorie cliniche che gli sono proprie ed il fatto che tali teorie ed i modelli rappresentativi che ne derivano siano stati *esplicitamente* definiti, acquisiti ed interiorizzati può permettere più facilmente allo psicoterapeuta di rapportarsi alle proprie costruzioni in termini di ipotesi piuttosto che di verità oggettive ed assolute.

In questo senso quindi, l'adozione di una teoria di riferimento - in cui siano chiaramente articolati gli aspetti metateorici con quelli teorico-clinici - può essere considerata *indispensabile* nel processo formativo di uno psicoterapeuta. Essa infatti, da un lato gli fornisce una griglia di lettura internamente coerente e tendenzialmente esaustiva dei fenomeni psicopatologici che egli si trova ad osservare e dei fenomeni dell'interazione clinica che si trova a gestire, dall'altro - attraverso la consapevolezza della relatività di qualsiasi teoria, che dovrebbe essere esplicitamente trasmessa insieme ai suoi presupposti - può permettergli di rapportarsi più correttamente alle proprie costruzioni, considerandole rappresentazioni esplicative della realtà e non realtà in se stesse.

D'altra parte, l'idea che sia possibile fare a meno di una specifica preparazione teorica nella formazione psicoterapeutica conduce soltanto - almeno adottando gli assunti costruttivisti - ad un paradosso logico. L'assenza di una qualche teoria di riferimento renderebbe infatti impossibile qualsiasi costruzione dei fenomeni clinici. Nell'impossibilità di rinunciare ai propri processi costruttivi, il terapeuta si troverebbe però di fatto ad utilizzare, anche in questo contesto, le sue teorie generali sul mondo ed il risultato sarebbe semplicemente quello di sostituire una teoria del senso comune ad una teoria elaborata specificamente allo scopo di rendere conto dei fenomeni psicopatologici e del cambiamento terapeutico (e quindi presumibilmente più potente dal punto di vista euristico). Contemporaneamente il ricorso ad un sistema teorico di riferimento implicito renderebbe sicuramente meno consapevoli, più rigidi e meno facilmente relativizzabili i processi costruttivi.

Né si capisce perché la spontaneità e l'intuizione individuali dovrebbero essere limitate, come alcuni sostengono, da una specifica preparazione teorica ovvero dall'adozione di un modello clinico elaborato negli anni, attraverso riflessioni critiche sulla pratica psicoterapeutica e sulle sue implicazioni teoriche; a condizione, ovviamente, che tale modello non venga proposto in termini assoluti di verità inoppugnabile, ma come una fra le possibili griglie di lettura e costruzione dei fenomeni in oggetto che ha dimostrato una sua specifica utilità nel produrre previsioni cliniche e criteri di intervento terapeutico.

Nessun modello psicoterapeutico, fra quelli attualmente esistenti, può sicuramente essere considerato del tutto completo ed esaustivo, anche se è sicuramente possibile definire alcuni criteri per valutarne la maggiore o minore validità scientifica (in particolare: la sua falsificabilità, l'economicità, il suo potere euristico e la sua coerenza interna). Tuttavia, in nessun caso la validità di una teoria può essere definita in termini di *verità* delle costruzioni che da essa derivano, essendo comunque impossibile stabilire con certezza la misura in cui esse siano in grado di approssimare la realtà ontologica.

Ciò che conta non è quindi la capacità di costruire rappresentazioni *vere* della realtà clinica, quanto il fatto che queste rappresentazioni costituiscano dei modelli *percorribili* del mondo ed uno dei criteri di percorribilità è definibile nei termini della coerenza interna della teoria di riferimento e di conseguenza delle costruzioni effettuate a partire da essa.

Da queste stesse premesse è possibile affrontare anche il problema dell'*ortodossia* e dell'*eclettismo*.

In un processo formativo è utile ed opportuno richiedere ai partecipanti il rispetto dell'ortodossia rispetto al modello teorico che viene loro proposto? Ortodossia ed eclettismo sono decisamente e necessariamente incompatibili l'uno con l'altro ?

La mia risposta è tendenzialmente affermativa nel primo caso e negativa nel secondo; ovviamente a determinate condizioni. Mi sento infatti di spezzare una lancia a favore dell'ortodossia, nella misura in cui "ortodossia" non venga intesa nei termini di passivo conformismo, né in quelli di chiusura intellettuale all'interno del proprio indirizzo ovvero di ignoranza o contrapposizione netta rispetto a sistemi teorici concorrenti. Un modo diverso, e positivo, di affrontare il problema dell'ortodossia è quello di sottolineare l'importanza della coerenza interna dell'azione terapeutica, cioè della necessità che le diverse operazioni che vengono messe in atto in un processo psicoterapeutico derivino da una visione unitaria dei processi in corso; cosa che può essere garantita soltanto da un continuo e costante riferimento ad uno specifico modello di intervento e dal rispetto dei suoi principi generali teorico-metodologici.

In un ambito di elevata complessità, come quello della formazione psicoterapeutica, è opportuno, a mio avviso, che il processo di apprendimento si svolga per fasi graduali e successive. All'inizio è preferibile - oltre che rassicurante per lo psicoterapeuta in formazione - la trasmissione di un preciso modello di lavoro e l'invito a seguirne le indicazioni in modo stretto e puntuale. Solo in un secondo momento, quando sia stata acquisita una sufficiente padronanza dei criteri che guidano il proprio agire terapeutico, è possibile inserire all'interno della cornice teorico-clinica di riferimento eventuali sviluppi personali che rendano il modello stesso più vicino e congruente al proprio modo di essere come persona e di conseguenza anche come psicoterapeuta.

In questo senso, e in questa fase del processo, l'eclettismo può corrispondere allo sviluppo di creatività personale; a condizione, tuttavia, che si continui a rispettare il criterio della continua verifica e mantenimento della coerenza interna nel proprio modo di porsi nei confronti del paziente e delle problematiche che egli porta in terapia.

Ogni approccio psicoterapeutico tende a privilegiare alcuni aspetti del funzionamento del sistema psichico (l'elaborazione proposizionale, i codici

analogici, i processi immaginativi, l'elaborazione emozionale, i codici corporei, l'organizzazione comportamentale ecc..) sottovalutandone (o sottoutilizzandone) altri. La ricerca di spunti e suggerimenti di lavoro appartenenti ad approcci terapeutici diversi può quindi arricchire il proprio repertorio metodologico, permettendo di affrontare le problematiche cliniche del paziente attraverso canali comunicativi altrimenti poco considerati.

Affinché questo non si traduca in improvvisazione e pressappochismo è tuttavia indispensabile che ogni nuovo elemento metodologico venga ad inserirsi ed integrarsi pienamente all'interno del modello fondamentale di lavoro che ciascuno psicoterapeuta utilizza in coerenza con il suo approccio di appartenenza. Eclettismo e creatività possono quindi coniugarsi con ortodossia se il quadro di riferimento concettuale viene mantenuto costante anche con l'introduzione di elementi nuovi, evitando l'utilizzazione contemporanea di teorie diverse e difforni in base a criteri mutevoli ed indefiniti.

La formazione personale

Nella tradizione psicoanalitica, la formazione personale ha un ruolo di assoluta centralità all'interno del processo formativo. La forma che essa assume è quella dell'*analisi didattica* che rappresenta un prerequisito necessario affinché possa avere inizio il vero e proprio addestramento alla pratica analitica; una "analisi con finalità professionali" che è comunque una analisi personale a tutti gli effetti seppur *sui generis* (per la fantasia di partenza - il progetto di diventare analista - e per i particolari problemi posti dalla sua conclusione) (Tagliacozzo, 1989). Tale centralità si motiva nella considerazione che una delle capacità fondamentali che l'aspirante analista deve acquisire è quella di riconoscere in sé e dominare il controtransfert e ciò viene ritenuto possibile solo da quell'acquisizione di conoscenza sul proprio inconscio e dalla capacità di comunicare più liberamente con esso, ottenibile attraverso l'analisi didattica (Laplanche, Pontalis, 1967).

All'estremo opposto troviamo la posizione comportamentista che non considera necessaria alcuna formazione personale per gli psicoterapeuti, a partire dal cosiddetto principio del "primato della tecnica" (Sanavio, 1991). Con questo termine ci si riferisce alla convinzione che i fattori cruciali del successo terapeutico risiedano nell'efficacia intrinseca della tecnica adottata e nel suo utilizzo in termini metodologicamente corretti, piuttosto che in "variabili specifiche, necessarie ma ancillari, come quelle di relazione" (pag. 196).

L'esigenza e la rilevanza della formazione personale nel curriculum formativo dei futuri psicoterapeuti risulta quindi direttamente proporzionale alla rilevanza che viene attribuita, all'interno di ciascun modello clinico, alla relazione terapeutica nella gestione del processo di cambiamento. Tanto più significativamente vengono considerate le variabili personali ed interpersonali della relazione e la possibilità di utilizzarle nel trattamento, tanto maggiore diviene ovviamente la necessità che lo psicoterapeuta abbia una buona conoscenza delle caratteristiche dei propri processi cognitivi ed emotivi (consapevoli e non), così da poter discriminare al meglio quanto le dinamiche relazionali del setting siano rapportabili ai suoi peculiari modi di reagire e di essere,

piuttosto che a quelli del paziente, e in che modo e misura possano quindi essere utilizzate come vero e proprio “strumento terapeutico”.

Nell’approccio cognitivo-costruttivista la relazione terapeutica viene prevalentemente inquadrata all’interno della cornice concettuale etologica dei sistemi comportamentali interpersonali (cfr. Liotti, 1991) ed in particolare all’interno della teoria dell’attaccamento di John Bowlby (1969, 1973, 1980). In quest’ottica è possibile considerare diverse modalità di utilizzazione della relazione terapeutica e delle emozioni del terapeuta come strumenti di cambiamento.

Da un lato le emozioni del terapeuta possono servire per leggere ciò che sta avvenendo all’interno della relazione (Liotti e Intreccialagli 1992). Dall’altro, è possibile ipotizzare una utilizzazione ancora più “attiva” delle variabili relazionali per facilitare cambiamenti della struttura affettiva del paziente.

Una volta che il rapporto terapeuta-paziente si sia strutturato stabilmente nei termini di un vero e proprio “legame di attaccamento”, il punto di partenza per l’utilizzazione della relazione come strumento del lavoro terapeutico coincide con la constatazione che gli *schemi di attaccamento* del paziente vengono da lui attivati specificamente nel qui ed ora del setting sia per costruire il suo comportamento nei confronti del terapeuta, sia nell’interpretare i comportamenti di quest’ultimo nei propri confronti. Gli obiettivi che è possibile porsi a partire da questa premessa sono molteplici. Ad esempio: 1) aiutare il paziente a leggere la modalità con cui egli tende a porsi in questa specifica relazione affettiva utilizzandole per ricostruire le caratteristiche generali dei suoi schemi di attaccamento, 2) alla luce della maggiore consapevolezza acquisita rispetto a tali strutture conoscitive personali, incoraggiarlo nella ricostruzione dei suoi ricordi di infanzia e di relazione affettiva con le figure di attaccamento, nella riconsiderazione dei processi attraverso i quali si è andata strutturando nel tempo la costruzione della sua identità personale, aiutandolo a riconsiderare in una nuova luce la propria storia e la propria immagine di sé, 3) facilitare direttamente una ristrutturazione degli schemi di attaccamento e di identità, attraverso l’offerta - all’interno del setting - di occasioni concrete di sperimentare stili di rapporto affettivo diversi da quelli che egli è solito definire nella vita di tutti i giorni (Cionini, 1991; Cionini, Mattei, 1994).

Questi brevi accenni sono certamente sufficienti per evidenziare la rilevanza che deve necessariamente assumere la formazione personale nel progetto formativo di un terapeuta cognitivo-costruttivista, affinché egli sia in grado di riconoscere le proprie modalità di funzionamento cognitivo ed emotivo e di controllarle in funzione del progetto e del processo psicoterapeutico.

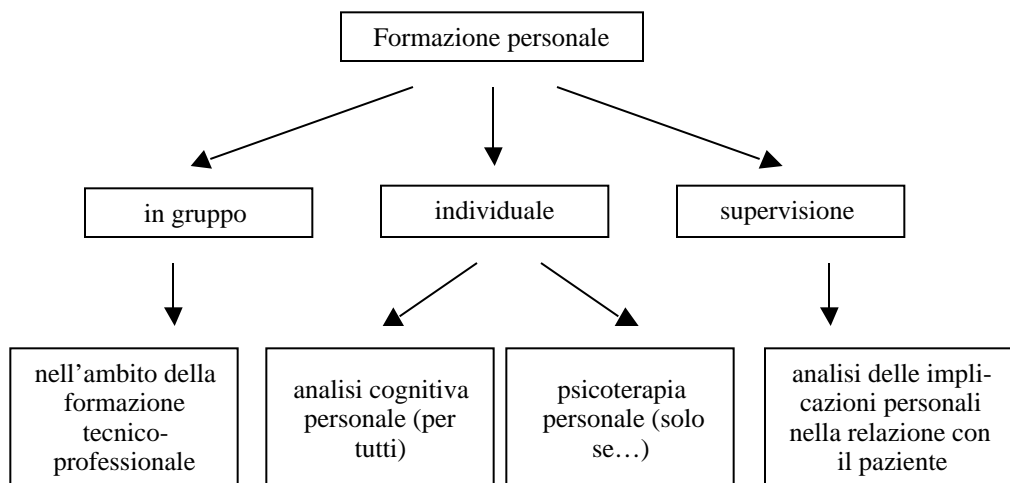
Dal punto di vista del metodo, il problema che si pone tuttavia è se il modello psicoanalitico dell’analisi didattica sia utilmente “esportabile” anche in questo contesto o se viceversa possano essere adottate metodologie diverse (nonché più economiche) per raggiungere gli obiettivi desiderati, tenendo conto anche delle riflessioni critiche avanzate da alcuni - all’interno dello stesso movimento psicoanalitico - rispetto alla funzione e alla struttura dell’analisi didattica.

In altre parole il problema è definibile in questi termini: è indispensabile che il lavoro di formazione personale passi attraverso una psicoterapia

personale (l'analisi didattica non differisce in alcun modo da una analisi terapeutica secondo Ferenczi, 1927) o può essere sufficiente - nella maggior parte dei casi - una *analisi* (nell'accezione del termine che ho definito all'inizio di questo intervento) ovvero un percorso di autoconoscenza che non si proponga necessariamente finalità terapeutiche ? Questo percorso di autoconoscenza deve avvenire necessariamente in maniera individuale (almeno in parte) o è sufficiente una formazione personale nell'ambito del gruppo di formazione ? È comunque opportuno prevedere l'obbligatorietà di una vera e propria psicoterapia personale nel caso in cui - nel corso del percorso formativo - si evidenzino per qualche allievo aspetti evidenti di scompenso individuale in aree significative della sua organizzazione cognitivo-emotiva ?

In ambito cognitivista il dibattito su queste tematiche è attualmente del tutto aperto, essendosi imposto all'attenzione ed alla riflessione critica soltanto da alcuni anni, da quando cioè l'utilizzazione della relazione terapeutica ha assunto un ruolo di sempre maggior rilevanza. La posizione che cercherò di illustrare, se pur condivisa da un buon numero di psicoterapeuti cognitivo-costruttivisti, trova anche alcuni oppositori interni a questo approccio (restii soprattutto all'introduzione di processi formativi personali a livello individuale) in particolare fra coloro che hanno definito in modo meno drastico una rottura teorico-epistemologica rispetto alle posizioni di tipo razionalistico.

Per inquadrare complessivamente la proposta di metodo è opportuno distinguere diversi momenti, all'interno del progetto formativo, che possono essere dedicati alla formazione personale dell'allievo psicoterapeuta. La figura che segue ne mostra la struttura schematica.



Della formazione personale in gruppo e di quella effettuabile nell'ambito della supervisione parlerò nei prossimi paragrafi dedicati a queste tematiche. In questo ambito desidero approfondire le problematiche connesse alla formazione personale *individuale*.

Per *analisi cognitiva individuale* può intendersi un periodo di durata predeterminata (20-30 sedute nell'arco di circa un anno) di lavoro individuale senza specifiche finalità *terapeutiche* i cui obiettivi sono definibili essenzialmente nei seguenti aspetti:

1. un approfondimento (rispetto allo stesso tipo di lavoro effettuato nell'ambito del *gruppo* di formazione) della conoscenza personale rispetto alle caratteristiche generali delle proprie modalità di funzionamento cognitivo ed emotivo che permetta al futuro psicoterapeuta - nell'interazione con i suoi pazienti - un maggior distanziamento dalla soggettività delle proprie costruzioni ed una migliore capacità di calarsi provvisoriamente all'interno delle modalità costruttive dell'esperienza caratteristiche dell'altro;
2. il riuscire a vivere un'esperienza di *affidamento* all'interno di un rapporto simile a quello psicoterapeutico; il presupposto, in questo caso, è che un buon terapeuta debba essere capace di allentare i propri meccanismi di controllo emotivo (eventualmente eccessivi), all'interno di una relazione diadica di questo tipo per poter facilitare il realizzarsi, con i suoi futuri pazienti, di un simile processo di affidamento;
3. un apprendimento ausiliario, mediante l'osservazione diretta di un modello, delle possibili modalità di porsi nella relazione terapeutica.

Differentemente da quanto avviene in ambito psicoanalitico, ritengo preferibile che l'analisi cognitiva venga effettuata verso la fine dell'iter formativo, quando l'allievo ha già iniziato ad assumere - sotto supervisione - il ruolo terapeutico e si è trovato a doversi confrontare con le problematiche connesse alla definizione e alla gestione della relazione terapeutica. Nella mia pratica didattica mi è capitato comunemente di osservare come l'esigenza di un lavoro personale venga vissuta più intensamente proprio in questo periodo della formazione, in relazione alle difficoltà connesse con l'inizio del lavoro terapeutico vero e proprio.

I contenuti prevalenti dell'analisi cognitiva individuale sono quindi essenzialmente di due tipi. Da un lato le problematiche personali, che il rapporto con i pazienti può rendere più evidenti, analizzate (con un'ottica ed una metodologia diverse da quelle adottate nell'ambito della supervisione) con l'obiettivo di un approfondimento delle strutture e dei processi individuali di costruzione dell'esperienza soprattutto sul piano affettivo-emotivo. Dall'altro, più in generale e prescindendo dalle esperienze cliniche in corso, le tematiche nucleari connesse con la struttura dell'identità personale: i pattern di attaccamento nella relazione con le figure genitoriali, la sessualità, gli schemi connessi con le esperienze di perdita e lutto, i sistemi valutativi del sé e quant'altro possa emergere come significativo dalla storia di sviluppo personale.

Se nel corso di questo processo si evidenziano aree problematiche più significative che possono interferire con il lavoro psicoterapeutico può nascere l'esigenza da parte dello stesso allievo di un vero e proprio lavoro psicoterapeutico individuale. In altri casi può essere invece il terapeuta che conduce l'analisi cognitiva individuale a valutare la necessità che il lavoro personale prosegua con finalità dichiaratamente *terapeutiche*. Comunque assunta, questa decisione implica una riformulazione del precedente contratto e la definizione dell'inizio di una vera e propria psicoterapia, effettuata con il medesimo o con un diverso terapeuta, che ovviamente non avrà limiti temporali predefiniti.

Questa stessa decisione può essere assunta anche da parte dei didatti che curano la formazione tecnico-professionale, in momenti diversi dell'iter formativo, se e quando emergano con evidenza problematiche personali che si presuppone possano interferire significativamente con l'assunzione del ruolo di psicoterapeuta da parte dell'allievo.

La formazione tecnico-professionale

Alla formazione tecnico-professionale è affidato il compito di promuovere quell'acquisizione di competenze che implica (per riferirsi ancora al titolo di questo contributo) il passaggio dal "sapere" al "saper fare" e in parte anche dal "sapere" al "saper essere". È difficile comunque, in quest'ambito, distinguere nettamente il "saper fare" dal "saper essere", poiché ipotizzare che l'acquisizione di competenze tecniche riguardi soltanto il primo aspetto significherebbe assumere una posizione simile a quella dei terapeuti comportamentisti quando sostengono l'importanza esclusiva della tecnica e della correttezza metodologica nell'applicarla.

Di fatto, nell'ottica cognitivo-costruttivista è difficile pensare ai problemi di metodo indipendentemente dalle modalità personali di "essere" del terapeuta nella relazione. Riprendendo alcuni degli interrogativi proposti all'inizio di questo intervento - particolarmente rispetto all'antinomia tecnico-artista applicata al lavoro dello psicoterapeuta - mi sento di sostenere la mia preferenza per la polarità "artista", pur ritenendo che questa contrapposizione perda gran parte del suo significato se definiamo più correttamente quest'ultimo termine. In altre parole, credo che l'antinomia risulti effettivamente tale soltanto se per artista si intende - in modo un po' *naïf* - "genio e sregolatezza". Ma riflettendo meglio su questa categoria (applicandola ad esempio ad un musicista, ad un pittore o ad uno scultore) non è difficile affermare che non ci troviamo di fronte a concetti antinomici, poiché queste forme di arte includono in sé (senza necessaria contrapposizione) una specifica competenza tecnica. Un bravo musicista non è soltanto un buon esecutore di un brano musicale, ma è colui che padroneggiando la tecnica è in grado di fornire un'interpretazione personale del brano che trasmetta non soltanto suoni, ma anche emozioni.

Non mi sembra che, in questo senso, il "mestiere" dello psicoterapeuta sia in alcun modo diverso. Oltre e al di là della tecnica c'è il proprio modo personale di metterla in pratica e soltanto attraverso un'utilizzazione corretta,

ma congruente con il proprio modo personale di essere, della tecnica è possibile ottenere risultati significativi.

In questo senso sostengo anche che ciascun aspirante psicoterapeuta dovrebbe valutare l'approccio teorico nel quale formarsi non soltanto in base all'astratta condivisione dei suoi principi teorici, ma anche in funzione delle sue specifiche caratteristiche personali. Nei gruppi di formazione psicoterapeutica che mi trovo a gestire, suggerisco sempre di tener conto di questa variabile, orientandosi anche all'interno dell'ottica cognitivista verso modelli diversi (diversi anche da quello che personalmente propongo) se più congruenti al proprio modo personale di essere. Per fare un esempio, un allievo che mostri un approccio alla realtà tendenzialmente razionale ed un controllo tendenzialmente elevato sulle proprie emozioni è preferibile, a mio avviso, che si orienti verso una modalità di lavoro cognitivo-comportamentale o cognitivo-razionalista, perché il suo lavoro coi pazienti risulti più soddisfacente per sé e per loro.

Tutto questo aprirebbe anche un altro problema che esula però dal presente contesto. L'opportunità, per dirlo in estrema sintesi, che anche i pazienti vengano indirizzati verso forme diverse di psicoterapia e/o verso psicoterapeuti con diverse caratteristiche personali in relazioni agli obiettivi che si pongono, alle problematiche che presentano ed alle loro caratteristiche strutturali. E ciò indipendentemente dal modello teorico che ciascun terapeuta può ritenere "migliore" in quanto teoricamente più condiviso e personalmente adottato.

Tornando più specificamente al problema della formazione tecnico-professionale essa deve quindi prevedere, come si è detto, oltre all'addestramento tecnico anche una analisi del come e perché ciascun allievo tenda a concretizzare le diverse procedure terapeutiche secondo specifiche modalità personali in funzione della sua struttura e della sua organizzazione cognitivo-emotiva. Inoltre, nel corso della formazione tecnico-professionale è possibile e opportuno utilizzare metodologie didattiche che permettano di svolgere, all'interno del gruppo di formazione, una prima parte della formazione personale degli allievi.

Nella prassi che utilizzo da anni, insieme ad altri colleghi formatori, questa fase del processo viene articolata secondo un preciso schema metodologico caratterizzabile essenzialmente nei seguenti aspetti:

- a. illustrazione teorica delle diverse metodologie dell'intervento terapeutico e, quando le caratteristiche della tecnica lo rendano possibile, esercitazioni su situazioni simulate,
- b. esercitazioni su casi clinici proposti dai didatti mediante l'utilizzazione di trascrizioni di audio-registrazioni di sedute terapeutiche (questa modalità viene adottata soprattutto nella fase iniziale della formazione, quando si lavora sulle procedure di assessment utili per l'inquadramento delle organizzazioni cognitivo-emotive dei pazienti),
- c. analisi e discussione delle modalità pratiche di conduzione dell'intervento attraverso l'ascolto di nastri audio-registrati di sedute psicoterapeutiche effettuate dai didatti del corso con i propri pazienti,

- d. addestramento alla messa in atto delle diverse metodologie dell'assessment e/o dell'intervento terapeutico, attraverso un lavoro pratico che ciascun allievo effettua - all'interno del gruppo di formazione - con uno dei suoi colleghi assumendo nei suoi confronti il ruolo dello psicoterapeuta in una situazione che riproduce la relazione diadica del setting clinico,
- e. ridiscussione, nel gruppo, delle modalità personali (verbali e non-verbali) di assunzione e conduzione del ruolo terapeutico finalizzata a mettere in luce, oltre ai problemi tecnici, anche le relazioni evidenziabili fra il modo di assumere tale ruolo terapeutico e le strutture cognitive individuali,
- f. rianalisi, nel gruppo, dei dati personali emersi sull'allievo-paziente finalizzata ad una migliore comprensione, da parte dell'allievo stesso, delle proprie caratteristiche strutturali e delle proprie dinamiche emotive.

Gli ultimi tre punti, ai quali viene dedicata la maggior parte del tempo in questa fase della formazione, rappresentano un modo per coniugare l'addestramento con la formazione personale. Per comprenderne più chiaramente la struttura e le funzioni è opportuno illustrarne gli aspetti metodologici in maggior dettaglio.

Fino dal primo anno si definiscono, fra i membri del gruppo, gli accoppiamenti "paziente-terapeuta" che resteranno fissi per tutta la durata del corso. Ciascun partecipante sarà, durante i quattro anni della formazione, "paziente" di un suo collega di gruppo e "terapeuta" di un altro. A turno ciascuna coppia effettua una "seduta" dopo aver concordato nelle linee generali, con il gruppo e con il didatta, l'area di lavoro personale e le metodologie di intervento da utilizzare. Queste ultime vengono scelte, di volta in volta, in relazione sia alle procedure diagnostiche o terapeutiche rispetto alle quali si sta effettuando l'addestramento, sia ai contenuti personali sui quali "l'allievo-paziente" si dichiara disposto a lavorare.

La "seduta" si svolge quindi in un ambiente separato rispetto all'aula, in modo da riprodurre il setting diadico della seduta terapeutica, ma è seguita in diretta dagli altri allievi mediante una telecamera che trasmette nell'aula. Il "terapeuta" di turno è inoltre in collegamento con il didatta e con il gruppo mediante un auricolare attraverso il quale può ricevere suggerimenti, indicazioni e commenti sul suo modo di procedere. Talvolta, quando il didatta ritiene opportuno fornire indicazioni più complesse su come portare avanti il lavoro, al "terapeuta" viene chiesto di interrompere momentaneamente la seduta per rientrare nel gruppo. In altri casi, se il "terapeuta" incontra particolari difficoltà nel portare avanti il "processo terapeutico", può essere presa la decisione di una sua temporanea sostituzione da parte del didatta che offre in tal modo l'esempio di un possibile stile di lavoro.

Al termine, il gruppo discute con il "paziente" ed il "terapeuta" di turno ciò che è avvenuto nel corso della seduta, concentrandosi dapprima sugli aspetti di metodo (in generale e per come sono stati vissuti sia dall'allievo-paziente, che dall'allievo-terapeuta durante l'interazione) e quindi sugli specifici contenuti personali che sono emersi nel corso del lavoro. In questa fase, spesso, il nastro della videoregistrazione viene rivisto, anche più volte, insie-

me agli attori dell'interazione, per permettere loro di valutare dall'esterno la "seduta", rivedendo gli aspetti tecnici del lavoro e rileggendo le modalità comunicative verbali e non verbali che hanno utilizzato.

Ogni membro del gruppo ha il compito di tenere aggiornata la "cartella clinica" del suo "paziente" in modo da potersi ricollegare, in "sedute" successive, a contenuti emersi in precedenza.

Ovviamente, da questo lavoro è esclusa qualsiasi finalità direttamente terapeutica, poiché gli obiettivi sono, come si è detto, addestrativi per il "terapeuta" di turno e di approfondimento della conoscenza personale per il "paziente" di turno. Quest'ultimo viene inoltre "protetto" rispetto a contenuti personali emotivamente troppo coinvolgenti da alcune norme contrattualmente definite fin dall'inizio. In primo luogo viene sancito il diritto del "paziente" di interrompere, in qualsiasi momento e senza bisogno di motivazioni esplicite, l'approfondimento di tematiche personali che non si sente di affrontare in questo tipo di contesto. Il didatta inoltre deve indirizzare la discussione in modo tale da tenere chiaramente distinti gli aspetti di metodo, relativi alla tecnica ed al modo di impostare e condurre la relazione, dagli elementi di contenuto riguardanti le caratteristiche del paziente e deve essere pronto a prendere in mano e gestire direttamente eventuali situazioni di momentanea difficoltà emozionale che l'allievo-paziente può trovarsi a vivere in rapporto ai contenuti personali che stanno emergendo. In alcuni casi inoltre, può essere utile - prendendo spunto da reazioni individuali che questo tipo di lavoro ha suscitato in taluni membri del gruppo - dedicare alcune ore della formazione ad una analisi della dinamica interrelazionale che il gruppo sta sperimentando nel corso dell'esperienza che ciascuno effettua nel mettersi in gioco personalmente di fronte ai suoi colleghi.

Gli obiettivi raggiungibili mediante questa modalità di gestione della formazione sono - è il caso di sottolinearlo nuovamente - di due tipi, di uguale peso e rilevanza. Da un lato, permettere agli allievi di esercitare le competenze terapeutiche in costruzione all'interno di un setting protetto (sia per loro, che per "il paziente") ma molto simile a quello reale; dall'altro, iniziare ben prima del periodo dedicato alla formazione personale individuale (localizzato nel quarto anno di corso) un lavoro di analisi personale che porti ad un incremento di consapevolezza rispetto alle caratteristiche dei propri schemi e dei propri processi cognitivi ed emotivi.

La supervisione

Nell'affrontare il problema della supervisione intendo focalizzarmi essenzialmente su alcuni aspetti che si riferiscono: a) alla funzione specifica che la supervisione svolge all'interno dell'intero progetto formativo, b) ad alcuni problemi particolari di metodo relativi alla sua organizzazione e conduzione, c) alla figura del supervisore, in relazione alla possibile sovrapposizione di ruoli che egli può trovarsi a rivestire nelle diverse fasi della formazione.

Il problema relativo al primo punto è definibile a partire dall'interrogativo che si pongono anche due psicoanalisti come Manfredi Turillazzi e Nissim Momigliano (1984, pag. 589) in un articolo dedicato specificamente al lavoro del supervisore: "... la supervisione analitica è principal-

mente o esclusivamente un'esperienza educativa (didattica), oppure è anche un'esperienza terapeutica (cioè correttiva e di crescita sul piano emozionale)?" Questo stesso dilemma si pone anche all'interno dell'ottica cognitivista. La soluzione non sta, a mio avviso, nel contrapporre di necessità la *funzione didattica* e la *funzione analitica* della supervisione ma, al contrario, nel tener conto che entrambi questi aspetti rappresentano degli obiettivi inscindibili del processo di supervisione che devono essere considerati e organizzati in un rapporto di complementarità.

Dal punto di vista didattico il processo di supervisione è caratterizzabile nei termini di un lavoro di riconcettualizzazione, per confronto con altri (il supervisore e i membri del gruppo di supervisione) del proprio operare autonomo con un paziente con l'obiettivo di verificarne la coerenza interna rispetto alle modalità tecniche di organizzazione e gestione del progetto e dell'intervento terapeutico.

Partendo dal presupposto costruttivista che la *verità* delle nostre rappresentazioni della realtà è indecidibile (se non, in negativo, al momento della falsificazione) e che quindi i modelli rappresentativi potenzialmente validi - in quanto *percorribili* - sono sempre e comunque relativamente numerosi, il lavoro del supervisore non può essere definito nei termini di *controllo di verità* rispetto al modo in cui il terapeuta in formazione ha costruito i comportamenti del paziente ed ha definito le proprie operazioni terapeutiche, ma soltanto in quelli di *verifica di coerenza interna*. In altre parole il compito che il supervisore (e con lui il gruppo di supervisione) può porsi è quello di cercare di analizzare se ciò che il terapeuta ha fatto in una specifica sequenza di interazione risulta internamente coerente con gli obiettivi che si è posto, con una possibile costruzione dei comportamenti, dei bisogni e delle richieste del paziente (in generale e in quello specifico momento), con il contratto che ha stipulato con lui e con il modello di intervento che ha deciso di adottare (rispetto ai criteri teorici e metodologici) con quello specifico paziente.

All'interno di questo stesso presupposto di base, compito del supervisore è anche quello di suggerire all'allievo-terapeuta scelte strategiche che risultino coerenti con lo specifico modello di lavoro da lui utilizzato ed addestrarlo ulteriormente nella messa in atto delle relative procedure e tecniche. In questa fase una delle modalità delle quali il supervisore può servirsi, per aiutare l'allievo rispetto a specifiche difficoltà incontrate nel suo lavoro clinico, è quella della simulazione di una seduta terapeutica in cui si affrontano i temi in oggetto. Nella simulazione, una prima possibilità è che l'allievo-terapeuta *giochi* alternativamente il proprio ruolo e quello del suo paziente. In alternativa, può essere il supervisore stesso ad assumere direttamente il ruolo del terapeuta, mentre l'allievo cerca di calarsi in quello del paziente che ha in trattamento e di reagire come ritiene che questi potrebbe fare in una situazione reale.

La seconda funzione della supervisione (che abbiamo chiamato *analitica*) ha a che vedere con la valutazione delle implicazioni personali del terapeuta nella gestione della relazione. Si tratta, in questo caso, da un lato, di considerare le interazioni fra i sistemi comportamentali interpersonali (di cooperazione, competizione, attaccamento, accudimento, sessualità) attivati nella relazione sia dal paziente che dal terapeuta e la loro funzionale complementarità, dall'altro, di analizzare le risonanze emotive che possono determi-

narsi nel terapeuta, per un effetto di somiglianza, rispetto a particolari problematiche che il paziente gli propone.

Relativamente al primo aspetto gli elementi fondamentali del lavoro possono essere esemplificati con alcune domande. Quali sono le reazioni del terapeuta di fronte ad un paziente che si propone nel setting con un atteggiamento di contrapposizione competitiva? Quali le sue reazioni se le richieste di accudimento divengono eccessive e totalizzanti? E se si trova di fronte ad una esplicita o implicita attivazione sessuale del paziente nei suoi confronti? O viceversa, se l'atteggiamento assunto da quest'ultimo è di rigido distacco emotivo, di controllo, di passività, di oppositività?

Situazioni di questo tipo (il cui elenco potrebbe ovviamente essere allungato) come vengono costruite dal terapeuta? Quali reazioni emozionali suscitano in lui e quali difficoltà determinano?

La valutazione di questi ed altri aspetti dell'interazione rappresentano l'occasione di un lavoro personale sulle strutture cognitive ed emotive del supervisionato che - diversamente da quello più generale effettuato nell'ambito dell'analisi cognitiva individuale - parte direttamente dalle difficoltà specificamente incontrate nel rivestire il ruolo psicoterapeutico.

L'altro aspetto, che ugualmente può costituire un aggancio per concentrare l'attenzione più sui processi e le strutture personali del terapeuta che sugli aspetti tecnico-didattici della supervisione, è rappresentato, come già detto, dalle situazioni in cui egli si trova a dover affrontare specifiche problematiche che, nelle linee generali, sono proprie anche della sua organizzazione cognitivo-emotiva. Quando fra paziente e terapeuta esistono somiglianze strutturali, almeno rispetto ad alcune aree particolari, è possibile che il terapeuta reagisca sottovalutando il problema dell'altro (a partire dal presupposto implicito che "è normale trovarsi in difficoltà in situazioni di quel genere") o tendendo ad omogeneizzare l'esperienza del paziente alla propria ("è la stessa cosa che provo anch'io in quel tipo di situazione") senza tener conto del fatto che le esperienze di due persone possono essere simili, ma non possono mai essere identiche o costruendo la situazione in termini di impotenza ("se non sono riuscito io a risolvere questo problema, come posso essere in grado di aiutare un'altra persona").

L'obiettivo del lavoro di supervisione diviene in questo caso quello di aiutare il terapeuta a costruire in maggior dettaglio le proprie difficoltà personali e incrementare il livello di consapevolezza su di esse, in modo che riesca ad affrontare i problemi del paziente con una maggiore attenzione alle sue specifiche peculiarità e con un allentamento delle interferenze personali.

Comunque, in rapporto all'entità delle difficoltà del terapeuta, che si viene ad evidenziare in questo contesto, può essere talvolta opportuno suggerirgli un approfondimento del lavoro da effettuare su se stesso o nell'ambito dell'analisi cognitiva individuale (che è di solito contemporaneamente in corso) o con una vera e propria psicoterapia personale¹.

Relativamente ai problemi di metodo nella conduzione della supervisione, vorrei soffermarmi esclusivamente su due aspetti che ritengo di parti-

¹ Normalmente tuttavia i didatti, come si è già detto, hanno avuto modo ed occasione di valutare, in fasi precedenti del training, un'eventuale situazione di scompenso individuale dell'allievo e di indicargli quindi la necessità di intraprendere un lavoro psicoterapeutico personale

colare rilevanza all'interno dell'approccio teorico a cui faccio riferimento: a) la supervisione individuale vs. la supervisione in un piccolo gruppo e b) le modalità della registrazione delle sedute che vengono portate in supervisione.

Come spesso accade quando si confrontano due soluzioni alternative di un problema ("supervisione individuale", "supervisione in gruppo"), ci accorgiamo che ciascuna di esse presenta pregi e difetti complementari che vanno valutati e pesati in comparazione. La soluzione individuale può risultare preferibile soprattutto per la possibilità di condurre più approfonditamente il lavoro connesso con la sua funzione analitica. Quella di gruppo, d'altra parte, permette di cumulare il numero di ore dedicate ad ogni allievo e consente a ciascuno di utilizzare anche le esperienze altrui per analizzare e discutere le difficoltà personali.

Nel complesso ritengo tuttavia che la soluzione "gruppo" risulti - all'interno di questo modello di formazione - preferibile. Da un lato infatti, i problemi e le difficoltà che gli allievi incontrano all'inizio della propria attività di psicoterapeuta sono per molti aspetti simili fra loro e la possibilità di condividere le esperienze cliniche di altri rappresenta un vantaggio non indifferente. Dall'altro, il periodo di formazione dedicato alla supervisione tende a coincidere, in buona parte, con quello dedicato all'analisi cognitiva individuale ed un rimando a quest'ultimo contesto può essere effettuato quando i temi emersi in supervisione sembrano richiedere, per un loro migliore approfondimento, la scelta di un setting individuale.

Per quanto riguarda il secondo aspetto (la registrazione delle sedute), la prassi di audio-registrare ogni incontro di psicoterapia e di prendere appunti durante la seduta è prevista nel "contratto di supervisione".

Nel modello di lavoro che utilizzo personalmente, e che quindi insegno, il prendere appunti durante la seduta (con la registrazione fedele, nei passaggi chiave, di alcune parole o frasi del paziente) fa parte della tecnica specifica e non mi ci soffermo pertanto in questo contesto. Il ricorso all'audioregistrazione (ovviamente concordata col paziente) è invece - a prescindere dagli aspetti di metodo che in taluni momenti possono renderla necessaria - connessa alle esigenze specifiche della supervisione.

I resoconti verbali o scritti che l'allievo può produrre in supervisione risultano utili e sufficienti in taluni casi (soprattutto per affrontare problemi di impostazione metodologica più generale), ma hanno contemporaneamente due limiti fondamentali. Da un lato rappresentano la costruzione che il terapeuta ha effettuato dell'interazione ed è quindi possibile che una serie di informazioni potenzialmente significative, ma non collimanti con le ipotesi (esplicite o implicite) da lui attivate nel processo costruttivo, vengano perse poiché su di esse non è stata focalizzata l'attenzione. Dall'altro comportano comunque la perdita di tutti i dati relativi alle comunicazioni non verbali che possono essere registrati su un nastro audio (tonalità della voce, intervalli, silenzi ecc.), nonché di quelle informazioni verbali che, anche se non particolarmente rilevanti in termini di specifico contenuto, lo sono nella misura in cui qualificano le caratteristiche di contesto nel quale si svolge l'interazione.

Viceversa, un'audioregistrazione rende disponibili quasi tutti i dati della seduta² e permette, se necessario, al supervisore, al gruppo ed al terapeuta stesso di costruire e ricostruire eventuali significati alternativi, utilizzando anche elementi inizialmente non considerati da quest'ultimo.

L'ultima considerazione sulla quale desidero soffermarmi, riguarda la figura del supervisore. Ogni allievo dovrebbe essere libero di scegliere, all'interno dei didatti che hanno curato la formazione professionale specifica, quello il cui metodo di lavoro sente più congruente al proprio stile ed alle proprie caratteristiche individuali. Ciò diviene possibile nella misura in cui nella fase di supervisione il gruppo di formazione viene suddiviso in sottogruppi affidati a supervisori diversi.

Contemporaneamente è opportuno evitare che ci sia una sovrapposizione di figure fra il supervisore ed il docente con il quale l'allievo effettua l'analisi cognitiva individuale. Se poi l'allievo ha in corso una vera e propria psicoterapia personale, tale sovrapposizione diviene ancor più sconsigliabile.

Il supervisore può svolgere - come si è visto - ruoli diversi in rapporto alla specifica funzione del lavoro di supervisione in determinati momenti. All'interno della *funzione didattica*, in particolare, è possibile che egli si trovi a giocare un ruolo di controllo (della coerenza interna) che può venire facilmente costruito dall'allievo in termini giudicanti. Nell'ambito dell'analisi cognitiva individuale o della psicoterapia personale il didatta deve invece porsi esclusivamente in un'ottica facilitativa e non giudicante, poiché l'obiettivo che si sta perseguendo è la comprensione (ed eventualmente la promozione al cambiamento) delle strutture e dei processi cognitivo-emotivi dell'allievo. Se la figura del supervisore coincide con quella dell'analista o con quella del terapeuta può venirsi a creare un disturbo all'interno di entrambi i tipi di relazione; una maggiore difficoltà sia ad accettare interventi "critici" sul proprio lavoro da parte del supervisore, sia a vivere con tranquillità - nell'altro contesto - l'esperienza di affidamento.

Bibliografia

CIONINI L. (1991), *Psicoterapia Cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

CIONINI L., MATTEI D.M. (1994), Change theory and the therapeutic relationship, in: S. Borgo, L. Sibilìa (a cura di), *The patient-Therapist relationship: its many dimensions*, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma.

FERENCZI S. (1927), Das Problem der Beendigung der Analyse, Trad. It., Il problema del termine dell'analisi, in *Fondamenti di psicoanalisi*, vol. III. Guaraldi, Rimini, 1974.

² Continuano a mancare quelli relativi alle interazioni non verbali percepibili solo visivamente, che richiederebbero l'uso della video-registrazione. Nel setting clinico diadico, la video-registrazione risulta tuttavia troppo intrusiva e potenzialmente disturbante per il paziente, anche per la minor tutela dell'anonimato che comporta.

- LAPLANCHE J. PONTALIS J. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, (trad. it. *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari, 1993).
- LIOTTI G. (1991), Pattern of attachment and the assessment of interpersonal schemata: understanding and changing difficult patient-therapist relationship in cognitive psychotherapy, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 105-115.
- LIOTTI G., INTRECCIALAGLI B. (1992), I sistemi comportamentali interpersonali nella relazione terapeutica, in: G. Sacco, L. Isola (a cura di), *La relazione terapeutica nelle terapie cognitive*, Melusina Editrice, Roma.
- MANFREDI TURILLAZZI S., NISSIM MOMIGLIANO L. (1984), Il supervisore al lavoro, *Rivista di Psicoanalisi*, 4, p. 587.
- SANAVIO E. (1991), *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- TAGLIACOZZO R. (1989), La Supervisione, in: A.A. Semi (a cura di), *Trattato di Psicoanalisi*, vol. II, Cortina Editore, Milano.