

Domenico Marcolini

LA SUPERVISIONE FRA PIACERE E MESTIERE

Da qualche anno a questa parte ho il piacere e la fortuna di essere frequentemente impegnato nella supervisione della casistica clinica in ambiti molto variegati della relazione d'aiuto: gruppi istituzionali e comunitari, gruppi didattici e di formazione che coinvolgono molteplici figure professionali.

Attraverso la disamina a posteriori di tale esperienza, e con l'aiuto di alcuni esempi clinici, vorrei provare ad individuare gli obiettivi del percorso di formazione che con più frequenza sono venuti delineandosi ed i nodi teorici e processuali che si sono proposti con maggiore e trasversale evidenza nel corso del lavoro di supervisione con i gruppi.

Per iniziare, e in maniera necessariamente schematica, mi pare di poter così riassumere le aree di lavoro che la processualità gruppale vede emergere in maniera prevalente e i relativi obiettivi formativi che ad esse si correlano.

- a) Una prima area di lavoro riguarda l'attenzione alla struttura della relazione d'aiuto. L'obiettivo che ne deriva è quello di permettere ai componenti del gruppo di supervisione l'introiezione esperienziale (cioè prevalentemente emotiva) degli attributi e delle prerogative di ruolo attraverso l'insegnamento dei "fondamentali delle relazioni d'aiuto" (S. Erba), nella trasmissibilità "didattica" degli elementi strutturali che governano la funzione terapeutica;
- b) Una seconda area di lavoro si rivolge ai personali impedimenti che pongono il terapeuta in una posizione "scomoda" e "scentrata" nella relazione con il paziente, prevedendo la possibilità di spaziare entro un range idealmente compreso tra l'accontentarsi di mostrare al terapeuta presentatore del caso il "sapore" della possibile origine e natura del proprio ingombro e l'addentrarsi in maniera più profonda nella sua soggettività;
- c) Una terza area è quella che considera la possibilità di permettere al terapeuta di sintonizzarsi meglio con il mondo interno del suo paziente anche attraverso l'utilizzo delle rappresentazioni emotive e mentali generate dal controtransfert dei singoli e/o del gruppo e delle identificazioni dei partecipanti con i personaggi che incarnano la gruppalità interna del paziente.

- d) Una quarta area, più specificatamente evidenziata dai gruppi istituzionali, concerne il trattamento di quella particolare qualità di sofferenza che preclude al gruppo la possibilità stessa di attenersi alla consegna di discutere un caso clinico, ovvero di funzionare come gruppo “razionale” di lavoro. Tale condizione trova causa nel netto prevalere all’interno dell’equipe, in un dato momento, di quella categoria di attività mentale che Bion ha ricondotto al “gruppo in assunto di base” e che secondo l’Autore opera simultaneamente con l’altra forma di vita mentale collettiva che consente il funzionamento del gruppo come “gruppo di lavoro”.

Evidentemente, nel qui ed ora rappresentato dall’unicità di ogni supervisione, i suddetti obiettivi potranno essere raggiunti con quote sempre parziali, ma di volta di volta diverse e il conduttore si troverà a modularli differentemente in base a mille variabili (apertura dimostrata dalla persona che propone il racconto, persona/situazione raccontata, clima affettivo del gruppo, stile personale del conduttore, sua storia con quel gruppo, ecc.).

I compiti che un conduttore è chiamato a svolgere in relazione al primo e all’ultimo dei suddetti obiettivi sono, almeno sul versante concettuale, relativamente agevoli da delineare.

Il primo (interiorizzazione degli elementi di tipo strutturale) presuppone la trasmissione di un sapere di carattere teorico e penso che tale finalità debba fare da costante sfondo all’atteggiamento mentale del formatore per potersi trasformare nella capacità di cogliere ogni occasione utile per esercitare una funzione didattica rispetto a quelli che sono gli elementi fissi (principi regolatori e a priori), appunto i “fondamentali della relazione d’aiuto” che definiscono la parte strutturale del setting di cura. Se il formatore ha interiorizzato in maniera sufficientemente compiuta tali presupposti, verosimilmente saprà a sua volta trasferirli al gruppo mostrandone l’essenzialità nel dinamismo processuale della situazione clinica in discussione.

Per quanto riguarda il quarto obiettivo (il trattamento di particolari stati di sofferenza gruppale), mi pare sia drammaticamente semplice rilevare la presenza nel gruppo di un impedimento al compito nelle situazioni in cui, nonostante la chiarezza del “contratto” che prevede il lavoro sul caso, quest’ultimo lascia il posto all’espressione di tensioni o conflittualità interne al gruppo o nei rapporti gerarchici, stati di frustrazione e impotenza collettiva.

Se la rilevazione di tale condizione appare semplice, meno lo è (ovviamente) il trattamento: quello che mi pare di poter dire al riguardo, in base alla mia esperienza, è che tali condizioni emotive caratterizzano per lo più gruppi ingaggiati in compiti istituzionali particolarmente faticosi, impegnati in ambiti depressogeni o

confrontati con mandati sociali che facilmente veicolano improprie assunzioni di responsabilità.

Quando mi sono imbattuto in realtà di questo tipo ho scelto di non sottrarmi al confronto con gli affetti che abitavano il gruppo, anche se ciò implicava il momentaneo discostamento dalla consegna di lavorare sul caso, proponendo ai componenti del gruppo di spostare il focus dell'incontro sulle ragioni dell'ingombro emotivo. La scelta consapevole di non stare necessariamente "sul pezzo" (ovvero di non pormi a tutti i costi come garante dei termini del contratto iniziale, ma poterne prevedere una consensuale e temporanea modifica), implica una scelta di campo che personalmente ho sempre proposto laddove mi è parso di avvertire un prioritario bisogno di dedicare ascolto, tempo e cura allo stato di salute del gruppo. Tale scelta si fonda sulla convinzione che, così come nella terapia individuale il potere della soggettività, qualora rianimata, possa avere la meglio sulle resistenze al cambiamento, altrettanto nel lavoro gruppale il potere del "gruppo di lavoro", restituito attraverso una funzione rivitalizzante, possa prevalere su quegli stati di impedimento che caratterizzano il gruppo in assunto di base. La convinzione cioè che la forza e l'influenza del gruppo di lavoro possa potenzialmente sempre far emergere la capacità dei suoi componenti di mettere in collegamento il livello razionale con il livello emotivo della vita del gruppo stesso. E tutto questo senza mettere in discussione il presupposto che il lavoro di supervisione debba essere contrattualmente etero centrato proprio per evitare slittamenti ingovernabili: evitare ad esempio uno scivolamento verso la terapia di gruppo, ammettendo però la possibilità di una momentanea terapia al gruppo volta a promuovere speranza e ottimismo di ruolo, a favorire una restaurazione narcisistica dell'equipe e a stimolare un pensiero riflessivo e un atteggiamento di curiosità verso la ricerca di significati inediti.

In alcuni casi il ripristino delle condizioni di "gruppo di lavoro" è stato possibile in tempi relativamente brevi, una volta elaborate le cause della resistenza al compito. Altre volte ciò ha richiesto una protratta funzione di rivitalizzazione psichica, intendendo con ciò un'azione volta a stimolare le parti trofiche, creative e giocose del gruppo e a dare vita ad un'area transizionale nella quale accogliere e modulare una sofferenza gruppale altrimenti non trattabile e invalidante. In tali situazioni ho avuto modo di verificare come, di fronte ad un chiaro rimando rispetto allo stato sofferente del gruppo e ad un'esplicita proposta di farne oggetto di cura, sia facile ottenere l'adesione dei partecipanti.

Provo ad esemplificare questa convinzione raccontando brevemente l'esperienza di supervisione fatta con un gruppo di operatori all'interno di una comunità terapeutica per pazienti di area psichiatrica.

Dopo una prima fase di condivisa adesione al compito, in seguito alla sostituzione per maternità della precedente coordinatrice con un'educatrice appartenente al gruppo stesso, emerge una crescente tensione all'interno dell'equipe che culmina

in un impasse sia rispetto alla possibilità di utilizzare gli incontri di supervisione in modo etero centrato, sia rispetto alla gestione della quotidianità terapeutica, tale da determinare un'attivazione da parte dello stesso consiglio di amministrazione della struttura il cui presidente chiederà di potermi incontrare. Nell'idea che il mio committente sostanziale sia il gruppo, decido di dare ad esso la precedenza e quindi comunico al committente istituzionale la mia disponibilità all'incontro ponendo come condizione quella di parlarne prima con il gruppo. Nella successiva riunione di supervisione, contrariamente al solito, sarò io a prendere per primo la parola riferendo della richiesta della direzione ed esplicitando l'idea che sia possibile trattare l'evidente malessere del gruppo a condizione che i componenti possano condividere, "senza se e senza ma", un soggettivo desiderio di curare la sofferenza dell'equipe e la convinzione che ciò sia possibile. Con la forza di questo contratto potrò allora incontrare il presidente portando un realistico elemento di trattabilità dell'impasse venutosi a creare, assieme alla richiesta di riconoscere a ciascuno dei componenti dell'equipe la libertà di aderire o meno alla mia proposta. Con il gruppo risulterà quindi possibile aprire una fase di lavoro auto centrata, che di fatto coinvolgerà tutti, molto faticosa e impegnativa che però sfocerà nella possibilità di raggiungere una reale condivisione relativamente alla leadership del gruppo. Un atto "giocosso" simbolizzerà la conclusione di questa fase di lavoro attraverso la proposta di una votazione volta a designare la figura del coordinatore che vedrà confermarsi la persona subentrata alla precedente, in un sentito e unanime riconoscimento.

Relativamente alla ricerca di uno spazio transizionale di "gioco", personalmente sono dell'idea che questo tipo di atteggiamento giovi non solo a gruppi particolarmente "sintomatici", ma a qualunque tipologia di gruppo in formazione, tendendo conto del fatto che la supervisione è sempre centrata su interazioni che mettono a dura prova la tenuta psichica dell'operatore. Scrive in proposito Francesco Stoppa " ... *il piacere che noi curanti proviamo nel nostro lavoro diventa l'agente decisivo di ogni percorso riabilitativo ... piacere non come optional, un di più, effetto collaterale di un mestiere, quello delle relazioni d'aiuto, che in fondo possa riservare anche delle soddisfazioni, ma come dato strutturale nella cura*".

Nel caso dei due punti intermedi (ferita primaria e utilizzo della cassa di risonanza gruppale) ci muoviamo invece in un'area molto più incerta, sfocata ed informe, piena di processualità, dove si attenua l'importanza del sapere teorico e diventano centrali le capacità intuitive e creative del conduttore chiamato ad un assetto mentale che vuole come primarie attitudini la capacità di reggere il dubbio, la sospensione ed il vuoto e quella di captare le comunicazioni inconsce prodotte nel campo gruppale.

Ed è in questo territorio che si colloca un importante nodo clinico con cui quasi sempre mi confronto e che mi pare di poter oggi individuare e rappresentare con più lucidità e consapevolezza.

Mi riferisco alla possibilità/necessità di distinguere quanto l'ingombro e la sofferenza del terapeuta presentatore del caso traggano origine dall'attivazione di meccanismi co-transferali (quando cioè la ferita e le modalità relazionali del paziente colludono ed oscuramente riattivano la ferita primaria del terapeuta) o quanto l'esperienza di disagio e/o impotenza del terapeuta provenga da inconsci vissuti controtransferali (quando cioè il paziente espelle il proprio fardello intrapsichico al di dentro del terapeuta stesso, quando evacua attraverso l'identificazione proiettiva aspetti emozionali intollerabili, invivibili, non elaborabili e/o paralizzanti).

Certo, tutti condividiamo il fatto che il terapeuta deve essere innanzitutto competente di sé: una conoscenza di sé che permetta di poter accogliere l'esperienza del paziente in modo sempre più profondo e proficuo.

Ma in questa competenza non è racchiusa anche la consapevolezza di come frequentemente il terapeuta diventi il ricevente di parti particolarmente bisognose di essere evacuate dal paziente? Mi riferisco quindi ad una forma di conoscenza di sé estesa all'ambito delle dinamiche relazionali inconsce, che consenta di riconoscere, contenere e metabolizzare le identificazioni proiettive.

Penso che non tenere conto anche di questa dimensione comporti il rischio di privilegiare un estremo in cui la voce del paziente può rimanere inascoltata e dove il controtransfert è visto unicamente come malattia del terapeuta e non anche come gioco di specchi stimolante e fecondo capace di promuovere visuali più ricche sulla realtà mentale del paziente e sulla relazione terapeutica.

Distinguere fra ciò che proviene dal nostro personale bagaglio di sofferenza e ciò che deriva dalla proiezione del paziente è, a mio parere, essenziale al fine di distribuire in modo equo le reciproche quote di responsabilità anche nella parte processuale e non solo in quella strutturale.

E' chiaro che questi due piani coesistono intrecciandosi fra di loro e non avrebbe senso concepire come aprioristicamente distinti il lavoro sul caso e il lavoro sul controtransfert: ma è possibile individuare un criterio che ci orienti nel riconoscimento di prevalenza dell'uno rispetto all'altro?

Penso di sì, e ritengo che questa possibilità di differenziazione trovi nell'ambito gruppale un campo particolarmente fertile, laddove la peculiare profondità ed intensità dei vissuti, consci ed inconsci, sprigiona note emotive che vanno al di là della somma dei vissuti soggettivi dei singoli componenti del gruppo. Il reciproco incontrarsi dei corpi emotivi del terapeuta in supervisione, del gruppo e del formatore consente, infatti, il crearsi di relazioni che comprendono linguaggio, inconsci processi transferali, movimenti identificatori e proiettivi: un campo gruppale ricco di vive relazioni generative che possono produrre nuovi significati e

inedite attribuzioni di senso a quanto avviene nella relazione fra il paziente ed il presentatore del caso.

E' in quest'ambito che si attua quel processo mentale che porta il supervisore a poter disporre di quel prezioso e peculiare strumento di differenziazione dei vissuti e delle rappresentazioni mentali costituito dall'individuazione di ciò che Bion ha definito come "fatto scelto".

"Con questo termine designo il collegarsi, mediante un'improvvisa intuizione, di una serie di fenomeni apparentemente slegati tra loro e che, dopo l'intuizione, hanno assunto una coerenza e un significato che prima non possedevano" (Bion, Commentario, 1967). "Il termine "fatto scelto" indica un'esperienza emotiva consistente nella sensazione di aver scoperto qualcosa di coerente: esso ha quindi un significato epistemologico e non ci si deve aspettare che il rapporto fra più fatti scelti sia di natura logica" (Bion, Apprendere dall'esperienza, 1962).

Proverò a ricostruire, attraverso il racconto di alcune situazioni cliniche, la genesi di intuizioni riconducibili al concetto di fatto scelto, la loro funzione di discriminare rispetto all'origine dell'impasse avvertito dal terapeuta e il loro possibile effetto chiarificatore e generativo di nuovi significati.

In una recente supervisione con un gruppo che opera all'interno di una comunità "madre-bambino" e che conduco da diversi anni, l'incontro inizia con un protratto silenzio. E' una delle operatrici a romperlo con le parole "questo silenzio mi inquieta, mi agita e sento il bisogno di porvi fine". Conoscendo il gruppo e la stessa operatrice da tempo, e sapendoli in grado di tollerare il silenzio, resto colpito dalla sua reazione inusuale. Il successivo intervento di una collega propone un vissuto totalmente diverso di quei minuti trascorsi senza parlare, definendoli quale occasione per sottrarsi alla quotidianità e raccogliere i propri pensieri, e come esperienza serena e potenzialmente generativa. Segue un terzo intervento che riconduce la personale disposizione positiva al silenzio alla rassicurante presenza del conduttore. A questo punto prende di nuovo la parola la prima operatrice dicendo di aver voglia di raccontare una situazione che non riesce a comprendere. Il caso riguarda un bambino di otto anni, Luca, da poco inserito in comunità insieme alla madre e al fratello maggiore in applicazione di un decreto del Tribunale per i Minori a causa di una pesante conflittualità tra i genitori. Gli elementi più significativi che vengono riportati riguardano le modalità traumatiche con cui è avvenuto l'inserimento nella struttura (prelevamento di entrambi i figli dalle rispettive scuole), la presenza di un'importante patologia psichiatrica del padre, la recente fuga dalla comunità messa in atto dal fratello quattordicenne, l'imminente udienza che deciderà la futura collocazione dei ragazzi, le modalità con cui potranno proseguire gli studi e la definizione dei contatti con il padre. L'aspetto che pone in difficoltà l'operatrice è il comportamento che il bambino manifesta a fine giornata, quando vanno concludendosi le attività strutturate della vita comunitaria. In quei momenti Luca inizia a disturbare gli altri bambini attivando così

l'intervento di qualcuno degli operatori. Nella descrizione di ciò che accade un collega dirà che il momento più critico per Luca sembra essere "quando, dopo il riordino, cala il silenzio". E' a questo punto dell'incontro che nella mia mente si fa strada l'intuizione di un'analogia tra i due silenzi che sono stati nominati (il silenzio che inizialmente inquieta l'operatrice e quello serale a cui il piccolo ospite reagisce con inquietudine) che a modo di processo parallelo occupano la stessa scena. Questa intuizione, restituita al gruppo quale "fatto scelto", ha stimolato riflessioni centrate soprattutto sul significato della reazione di Luca: si delinea l'ipotesi che il silenzio serale gli trasmetta il sentore di un contenitore che diviene meno prevedibile e quindi più ansiogeno e lo spinga a ricercare un'esperienza di contenimento relazionale che lo faccia sentire al sicuro. Le idee che si sviluppano nel gruppo si orientano quindi alla ricerca di possibili risposte che diano accoglienza ai bisogni di Luca. Penso che ciò che ha permesso di dare voce al bambino sia stata l'identificazione dell'operatrice con la sua angoscia di fronte all'incerto e che questa possibilità derivi a sua volta da una particolare sensibilità a ciò che appare incontrollabile ed imprevedibile, tema che in altre situazioni era trapelato in relazione al suo ruolo di madre. La "ferita primaria" dell'operatrice (qui intesa come possibile traccia di un'esperienza di precario contenimento) in questo caso ha "ospitato" la ferita attuale di Luca dando modo al gruppo di coglierla lavorando quindi sul proprio compito educativo. Ritengo che se il focus della supervisione fosse stato limitato all'ingombro dell'operatrice, la voce del bambino sarebbe rimasta inascoltata, mentre la modalità con cui il gruppo ha trattato il "fatto scelto" sembra proporlo al ruolo di principale protagonista della scena. Ripensando a posteriori agli scambi iniziali che hanno aperto la seduta di supervisione, mi pare di poter ipotizzare che l'inconscio gruppale abbia fatto da apripista al caso mostrando attraverso l'intervento della prima operatrice la sofferenza di Luca, con quello della seconda il suo desiderio di poter sperimentare un altro tipo di silenzio e con il terzo intervento che rimanda al ruolo contenitivo del conduttore, la via per raggiungere tale obiettivo.

Presenterò ora un altro caso in cui, invece, nel corso della conduzione, il paziente finisce quasi subito sullo sfondo per dare centralità alla ferita primaria del presentatore del caso.

Il contesto di supervisione è quello di un "Gruppo Appartamento" che ospita adolescenti e pre-adolescenti. Porta il caso un giovane educatore che è stato da poco "promosso" a responsabile della struttura. La situazione che lo vede in difficoltà riguarda un ospite quattordicenne che ogni giorno ne inventa una per sottrarsi all'obbligo scolastico e nei cui confronti sente di non essere in grado di far valere la propria autorità. La posizione degli altri componenti dell'equipe appare più serena e meno impotente: nei vari interventi che si susseguono infatti trovano espressione varie idee sul modo in cui accogliere e trattare la difficoltà presentata dal giovane ospite. Tra i contributi portati vi è anche l'ipotesi che il disagio del

collega possa avere a che fare con la funzione di coordinamento recentemente assunta. A suggerire questa ipotesi è una collega di pari anzianità ed esperienza che nel formulare il proprio pensiero rassicura il presentatore del caso circa il condiviso riconoscimento, all'interno dell'equipe, del suo merito rispetto alla copertura di tale ruolo. Resto colpito dalla reazione del neo-coordinatore che ripetutamente, nell'interloquire con la collega, ridimensiona la propria posizione fino a dire "sono io (il coordinatore), ma è come se lo fossimo assieme". Intuizioni inizialmente senza forma affiorano alla mia mente dallo sfondo gruppale: la scena che si presenta davanti ai miei occhi evoca in me la sensazione di trovarmi di fronte ad una costellazione familiare e a questa suggestione si associa il ricordo del precedente incontro di supervisione con lo stesso gruppo durante il quale la coordinatrice uscente aveva comunicato di voler appoggiare la sua nomina presso la direzione, come a simbolizzare una sorta di investitura fatta da una posizione genitoriale. Nei suoi tentativi di mantenere un piano di simmetria nei confronti della collega colgo un bisogno di rassicurazione a sé e all'altro e mi viene di esplorarne l'origine al fine di comprendere se tale bisogno scaturisca da quella specifica fase della sua vita professionale o da vicende legate alla sua storia personale. Lo faccio con una domanda che compare alla mia mente all'improvviso chiedendogli se abbia dei fratelli. Quello che ne segue è un immediato insight su un tema di riconoscimento che ha da sempre ostacolato la sua possibilità di godere dei propri successi e che occuperà il restante spazio della seduta mettendo in luce una ferita prodottasi in un contesto familiare nel quale "una giuria corrotta non ha mai avuto equilibrio nel riconoscere i meriti e ripartire i premi".

L'ultimo caso che presento concentra entrambe le opzioni: quella che riconduce l'origine dello stallo nel processo di cura a meccanismi di identificazione proiettiva e quella che la collega alla ferita primaria del terapeuta.

La supervisione si svolge all'interno di un gruppo costituito quasi esclusivamente da psicologi in formazione e a portare il caso è una giovane collega che lo introduce sottolineando il fatto che è la terza o quarta volta che ne parla in supervisione. La sua paziente è una donna di circa sessanta anni, molto curata nell'aspetto e nel vestire che, per la sua fisionomia, le ricorda una famosa attrice del cinema italiano. Un altro elemento che emerge nella presentazione del caso è il fatto che l'interruzione di un precedente breve contatto terapeutico fosse stata motivata dalla paziente in relazione alle contrastanti impressioni suscitate in lei dalla psicoterapeuta, inizialmente percepita come trasandata e poi, negli incontri successivi, come sempre più elegante.

Il tema che la paziente porta con maggiore frequenza all'interno delle sedute è quello della sofferenza derivante dalla relazione coniugale, con un marito di circa venti anni più anziano nei cui confronti avverte un progressivo disinvestimento che a volte diviene repulsione. La terapeuta si dice soddisfatta del clima empatico che si è creato nel rapporto con la paziente e della comprensione che riesce a provare

rispetto alla sua sofferenza. L'aspetto di criticità che coglie nel lavoro e da cui scaturisce la domanda di supervisione, si basa sul vissuto di essere chiamata a fare qualcosa che non riesce a fare, aspetto che trova conferma anche nella reiterata richiesta di supervisione.

Il lavoro svolto dal gruppo sulla base di questi elementi, si sviluppa lungo due direzioni: una indicata da me, l'altra da uno dei membri del gruppo. Personalmente, resto colpito dalla dimensione di competizione al femminile che sembra aver caratterizzato il primo rapporto terapeutico e individuo in questa dinamica il "fatto scelto" indicativo di una problematica di area isterica rispetto alla quale il controtransfert della terapeuta mi pare riconoscibile e tipico di tali situazioni. Ad orientarmi verso tale interpretazione sono sia i ricordi di analoghe dinamiche relazionali incontrate in precedenti supervisioni (mi viene alla mente, in particolare, l'immagine portata da una terapeuta che nel descrivere il suo stato emotivo prima di iniziare il colloquio con la sua paziente, riportava la sensazione di doversi predisporre ad una sorta di competizione agonistica), sia letture sul transfert e controtransfert con pazienti isterici. La seconda direzione di lavoro viene stimolata da una domanda posta da un componente del gruppo che interroga la terapeuta sulle ragioni che la portano ad empatizzare così intensamente con la sofferenza che la paziente vive rispetto al marito e su cosa questa figura di uomo evochi in lei. Sollecitata da questa domanda, dopo un momento di sospensione carico di emozione, la terapeuta riconosce un'assonanza tra i vissuti riportati dalla sua paziente nei confronti del marito e quelli da lei stessa esperiti nel rapporto con il proprio padre. Il lavoro del gruppo prosegue lungo entrambe le direzioni: quella che considera l'ingombro della terapeuta come risultato di un movimento controtransferale (la paziente espelle il proprio fardello intrapsichico al di dentro della terapeuta, evacuando attraverso l'identificazione proiettiva parti emozionali intollerabili e non elaborate) e quella che lo riconduce ad un movimento co-transferale (la sofferenza e le modalità relazionali della paziente riattivano oscuramente la ferita primaria della terapeuta).

Nell'esprimere la propria gratitudine per l'aiuto ricevuto al termine dell'incontro di supervisione, la collega pone l'accento sull'effetto liberatorio prodotto dal riconoscimento della natura controtransferale della propria apprensione di non fare abbastanza e sul sollievo apportato da questa inedita formulazione del problema rispetto ai precedenti dubbi circa la propria adeguatezza. Come dire: in questo caso la ferita primaria non sembra costituire il fattore determinante del disagio portato in supervisione, parrebbe piuttosto rappresentare un importante tramite per l'alleanza terapeutica, mentre appare più decisivo come elemento di disturbo l'effetto dell'identificazione proiettiva attivata dalla paziente.

Come i casi riportati indicano, la vie di accesso al "fatto scelto" nascono quindi prevalentemente dal preconcio e dall'inconcio del gruppo e consentono il formarsi, nella mente del conduttore, di una rappresentazione (a partire da

un'immagine, una suggestione, un ricordo, un'emozione, un sentimento o un'idea) che, restituita al singolo e al gruppo, può essere trasformata in un'emozione che a sua volta diviene sentimento e in seguito pensiero.

Capita anche, come abbiamo visto, che attraverso il "fatto scelto" si affaccino riflessioni relative alla dinamica intrapsichica del paziente. Quando succede è però sempre presente in me un'idea debole del sapere teorico ed esperienziale, un sapere al quale assegno un significato puramente accessorio.

Niente a che vedere quindi con il ricorso, più o meno raffinato, a teorie definitive il cui utilizzo riveste la principale funzione di difenderci dal dolore del paziente, dalla fatica di ricevere, accettare e tollerare la sua angoscia.

Penso più "debolmente" che gli squarci che a volte nel lavoro di supervisione si aprono sul mondo interno del paziente possano piuttosto essere proposti in funzione relazionale, a vantaggio dell'incontro, dell'accoglienza e della cura: deboli tracce di ipotesi parziali, di utili "non verità", che possono però aiutare la funzione interrogante arricchendone l'effetto.

Una possibilità di utilizzo relazionale e non medico-scientifico della conoscenza teorica; un sapere che alimenta l'attributo dell'autorità del terapeuta e al contempo rinuncia al potere desoggettivante di una diagnosi definitiva.

Ovviamente l'utilizzo di un concetto come quello di "fatto scelto" presuppone un terapeuta sufficientemente sgombro di "memoria e desiderio" ovvero sufficientemente capace di filtrare ciò che riguarda le proprie zone d'ombra distinguendolo dall'inedito che origina dalla processualità gruppale. Ne deriva la necessità, anche per il conduttore di gruppo, di poter disporre di un permanente dispositivo di controllo, quale quello rappresentato dalla supervisione, affinché il "fatto scelto" non si riduca ad un elemento di copertura, né conduca ad una mera spiegazione o a ciò che Bion definirebbe "un'aggregazione in luogo di una elaborazione".

Trento, 14 aprile 2010