

## Relazioni di supervisione

*Sandra Buechler\**

**SOMMARIO.** – L'esperienza come tirocinante e come supervisore mi ha insegnato quanto possano essere ansiosi i clinici alle prime armi. All'inizio della nostra carriera, possiamo avere un'ampia conoscenza della teoria, ma non abbiamo ancora fiducia nella nostra capacità di aiutare i pazienti. Come possono i supervisori affrontare questo problema? Questo articolo si concentra sull'aiutare i clinici alle prime armi a sviluppare quello che io chiamo un 'coro interno'. Questo oggetto interiore fornisce una risorsa per affrontare i momenti più vulnerabili del clinico con i pazienti. Viene fornita un'illustrazione di un 'coro interno'.

*Parole chiave:* supervisione, training, educazione, terapeuta, clinico.

### Supervisione dei clinici principianti

Nel corso della mia carriera, ho svolto attività di supervisione in molti contesti: ospedali psichiatrici, cliniche di orientamento giovanile, centri di trattamento ambulatoriale per adulti, corsi di laurea in psicologia, istituti psicoanalitici, e ho svolto supervisioni private. Quando ripenso a queste diverse esperienze, mi viene in mente un momento in particolare. Ero direttrice di una clinica comunitaria ambulatoriale che fungeva da struttura di formazione per gli studenti di dottorato in psicologia. Gli studenti vedevano i pazienti sotto stretta supervisione. Per molti si trattava della prima esperienza clinica.

Uno dei miei clinici principianti era un giovane esperto di teoria, ma senza esperienza di trattamento. Riluttante a chiedere aiuto, bussò comunque alla mia porta poco prima che arrivasse il suo primo paziente. Con aria preoccupata, mi chiese: 'Dottoressa Buechler, quando arriva il paziente, cosa devo fare?'.

Si trattava di un giovane molto intelligente e motivato, desideroso di

---

\*William Alanson White Institute, New York, N.Y. 10023 USA.  
E-mail: sbuechler2@msn.com

‘fare la cosa giusta’, che voleva affrontare la sua prima esperienza clinica senza chiedere aiuto, ma che soffriva di ansia e incertezza. Quando si avvicinò il momento dell’arrivo del paziente, si sentì terribilmente impreparato. Improvvisamente si rese conto che le teorie che aveva studiato non gli avevano detto l’unica cosa che aveva bisogno di sapere. Doveva sapere cosa fare quando il paziente si sarebbe presentato alla seduta.

Ho rivisitato questo momento molte volte, usandolo per cercare di rimanere in contatto con le incertezze del terapeuta principiante. Penso che sia facile per i supervisori esperti dimenticare come possono essere i primi incontri clinici. Ciò che i supervisori offrono può essere prezioso, ma non sufficientemente rilevante per l’ansia del clinico inesperto. Il clinico alle prime armi può sentirsi estremamente responsabile dell’esito del trattamento, ma confuso dalle teorie che sostengono posizioni terapeutiche diverse. Per alcuni, la situazione può richiamare precedenti sentimenti di impreparazione ad affrontare momenti difficili della propria vita personale. Alcuni hanno riferito di aver immaginato che ci fossero tecniche o approcci terapeutici che tutti gli altri clinici conoscevano, ma che loro, da soli, non erano riusciti ad apprendere. Questi pensieri possono essere accompagnati da sentimenti di vergogna e ansia, oltre che da sensi di colpa. Molti pensano che la loro incompetenza verrà smascherata e che i loro sfortunati pazienti ne soffriranno.

Anch’io, da giovane clinico, ricordo anni in cui mi sentivo poco attrezzata per svolgere il mio lavoro, pur dovendo apparire competente. Sentivo che era importante non rivelare questi sentimenti, nemmeno ai miei supervisori. Fortunatamente, oggi è più comune che i supervisori siano consapevoli della potenziale vergogna e del senso di colpa dei clinici neofiti. Ma, naturalmente, i supervisori non sono sempre empatici e a volte fanno aumentare il senso di inadeguatezza nel clinico principiante. Ciò può essere involontario, quando, ad esempio, il supervisore fa notare come avrebbe risposto in modo diverso al paziente. Questo può essere un tentativo ben intenzionato di insegnamento ma, in parte anche a seconda del tono con cui viene detto, può in realtà far aumentare il senso di incompetenza nel clinico principiante rispetto al supervisore esperto.

Ho scritto molte volte su questi temi, spesso utilizzando esempi tratti dalle mie esperienze cliniche e di supervisione. In particolare, il mio libro, *Still Practicing: the Heartaches and Joys of a Clinical Career* (Buechler, 2012) tratta delle cause della vergogna e del dolore in ogni fase della carriera clinica. Nei primi due capitoli, affronto alcuni modi in cui i programmi di formazione possono (attraverso azioni palesi e omissioni di indicazioni potenzialmente utili) far aumentare l’insicurezza del novizio.

Per forza di cose, la supervisione di clinici relativamente inesperti deve affrontare le questioni di base del trattamento, come la creazione di una cornice valida, l’inizio della terapia, definire i limiti etici, l’esplorazione della

storia del paziente, la co-creazione degli obiettivi del trattamento e la gestione degli aspetti finanziari del lavoro. Mentre all'inizio della carriera la maggior parte dei clinici si sente libera di porre apertamente domande su queste nozioni di base, ho scoperto che molti clinici esperti hanno ancora domande al riguardo, ma potrebbero essere restii a formularle, vergognandosi di avere ancora bisogno di aiuto in queste aree. Per alcuni, la necessità di dare l'impressione di 'sapere cosa stanno facendo' esercita una pressione che non finisce mai. I supervisori possono talvolta essere d'aiuto facendo notare che questi problemi possono essere impegnativi anche per i clinici più esperti.

Ma, nella maggior parte dei casi, quando i terapeuti acquisiscono esperienza si rivolgono ai supervisori con meno domande sui fondamenti. Piuttosto, vogliono essere aiutati con trattamenti dove si sentono 'bloccati', oppure con pazienti che soffrono di crisi apparentemente senza fine, o con i loro preoccupanti sentimenti negativi 'controtransferali' verso certi pazienti, o con i loro impulsi a violare i confini etici, o con la loro incertezza se un trattamento ha raggiunto o meno il limite della sua efficacia, o se un *enactment* è potenzialmente utile dal punto di vista terapeutico oppure un segnale che il trattamento dovrebbe terminare e il paziente dovrebbe cercare aiuto altrove. Naturalmente molte supervisioni vengono intraprese come parte di un programma di formazione e hanno un obiettivo meno specifico. Gli specializzandi potrebbero semplicemente voler sviluppare il loro modo di lavorare, o quello che definirei il loro 'stile caratteristico'. Alcuni clinici si rivolgono all'Istituto o alla supervisione privata chiedendo aiuto per un certo tipo di problema terapeutico, come la paura di perdere i pazienti o la difficoltà di lavorare con pazienti che si presentano in un modo particolare. Alcuni vorrebbero essere aiutati a incrementare le loro pratiche e altri, in età più avanzata, chiedono aiuto per affrontare le sfide del pensionamento. Nel corso della mia carriera, e in molti dei miei scritti, ho suggerito approcci di supervisione ai problemi che i clinici e i loro pazienti spesso incontrano. Uno dei miei libri (Buechler, 2019), *Psychoanalytic Approaches to Problems in Living: Addressing Life's Challenges in Clinical Practice*, si prefigge di aiutare i clinici a trattare persone che stanno affrontando aspetti particolarmente problematici della vita.

Naturalmente, ogni relazione di supervisione è unica, con i suoi punti di forza e le sue sfide. Tuttavia, nel seguito di questo articolo, prenderò in esame alcune difficoltà fondamentali che spesso limitano l'utilità della supervisione, nonché alcune fonti dei suoi potenziali benefici. Se da un lato, come già accennato, ritengo che il contesto della supervisione e il grado di esperienza clinica del supervisore ne influenzino significativamente gli obiettivi, dall'altro ritengo che vi siano aspetti della relazione di supervisione che trascendono queste specificità. Sosterrò che le supervisioni produttive hanno delle caratteristiche comuni. Anche se queste qualità possono

essere difficili da definire credo che valga la pena provarci. In sintesi, cosa rende una supervisione in grado di favorire la crescita?

### Caratteristiche dei rapporti di supervisione utili

Vorrei iniziare con un esempio personale di uno sforzo che ho fatto, anni fa, per capire in che modo il mio primo supervisore psicoanalitico mi abbia aiutato enormemente. Nel mio libro (Buechler, 2017), *Psychoanalytic Reflections: Training and Practice*, ho pubblicato una ‘lettera’ che ho scritto a questo supervisore, anni dopo la fine della supervisione, cercando di esprimere la mia gratitudine. Ho messo la parola ‘lettera’ tra virgolette perché non era una lettera nel senso usuale del termine, in quanto l’avevo scritta dopo la sua morte. Quindi, ahimè, non gli è mai stata inviata. Mi pento ancora di non avergliela scritta e spedita quando era ancora vivo.

La lettera era il mio tentativo di comprendere l’effetto di questa supervisione sul mio lavoro di allora e sulla mia carriera successiva. Il supervisore era Ralph Crowley, M.D., e il nostro lavoro iniziò durante il primo anno della mia formazione psicoanalitica presso il William Alanson White Institute di New York. Come spiegherò, credo che l’impatto positivo del dottor Crowley sia stato il prodotto di ciò che diceva, di come lo diceva, di ciò che faceva e, cosa forse più importante, di ciò che non faceva.

Devo dire che scelsi il dottor Crowley come primo supervisore analitico soprattutto perché aveva lavorato con Harry Stack Sullivan, M.D. Ero intensamente interessata al pensiero di Sullivan e ritenevo che la mia migliore opportunità di conoscere l’approccio sullivaniano sarebbe stata quella di avere a che fare con qualcuno che fosse stato in supervisione con Sullivan. Il dottor Crowley era noto per essere un seguace di Sullivan e mi piaceva anche il suo stile espressivo diretto e schietto.

Una delle prime cose che mi ha colpito in questa supervisione è stato l’evidente investimento del dottor Crowley nel nostro lavoro. Molto spesso, quando arrivavo alla sessione di supervisione, trovavo gli articoli che aveva copiato ad aspettarmi. Non credo di poter sottolineare a sufficienza quanto questo fosse importante. Per me significava che il mio sviluppo era importante. Per lui valeva la pena impegnarsi per me. A posteriori, credo che questo semplice ma profondo dono di investimento in me mi abbia incoraggiato a sentirmi ottimista riguardo al mio futuro di analista.

Forse l’impatto maggiore del Dr. Crowley è stato la consonanza tra le sue parole e le sue azioni. In altre parole, metteva davvero in pratica ciò che predicava. Il modo in cui mi trattava rifletteva gli stessi valori che trasmetteva nei suoi suggerimenti per il mio lavoro con i pazienti. Era diretto con me, nello stesso momento in cui mi raccomandava di essere diretto con il mio paziente. Ha usato con me un linguaggio semplice e non gergale, proprio

come mi ha suggerito di fare nel mio lavoro di analista. Evidenziava i miei punti di forza ma allo stesso tempo mi comunicava riflessioni oneste sulle aree che dovevo sviluppare ulteriormente, proprio come mi ha raccomandato di fare con il mio paziente. Ha cercato di essere chiaro senza inutili asprezze. Dal modo in cui mi ha parlato ho imparato che si può essere allo stesso tempo sinceri e gentili. Tatto e verità possono coesistere. Con il senno di poi, attribuisco al dottor Crowley il merito di avermi aperto la mente al pensiero non binario. Si preoccupava palesemente dell'impatto che le sue parole avrebbero avuto su di me. Non evitava di dire cose che avrei potuto trovare sconvolgenti, ma le diceva con evidente preoccupazione per i miei sentimenti. Questo ha avuto effetti significativi su di me come clinico e come essere umano. Lo considero un modello per il mio lavoro terapeutico e per la mia supervisione di altri clinici. Ma, cosa altrettanto importante, il dottor Crowley mi stava insegnando l'importanza dell'integrità con l'esempio. Penso all'integrità come a una sorta di completezza o consonanza tra i propri valori dichiarati e le proprie azioni. Quando l'integrità non è presente, quando, ad esempio, il supervisore predica l'empatia ma tratta l'allievo in modo non empatico, l'impatto può essere molto dannoso. Nel migliore dei casi, in un certo senso, è fonte di confusione. Nel peggiore dei casi, credo che possa far sentire l'allievo irrimediabilmente inadeguato e inetto, incapace di imparare durante la supervisione, ma anche di capirne il motivo.

Un altro beneficio di questa esperienza ha richiesto molti anni. Nel mio libro, *Clinical Values: Emotions that Guide Psychoanalytic Treatment* (Buechler, 2004) c'era un capitolo sull'integrità. La supervisione con il dottor Crowley non mi aveva insegnato solo l'importanza della consonanza tra parole e azioni. Più in generale, mi ha aiutato a concentrarmi sui valori (curiosità, speranza, coraggio, integrità, equilibrio emotivo) che possono sostenere in modo produttivo il trattamento e la supervisione, a prescindere dai legami teorici del clinico.

Nella mia esperienza di allieva e di supervisore la crescita è spesso rafforzata quando entrambi i partecipanti sono disposti a condividere i propri pensieri. Quando un supervisore pensa ad alta voce, il tirocinante può ascoltare non solo il contenuto dei suoi pensieri, ma anche la loro sequenza. Questo può essere estremamente prezioso. Quando i supervisori condividono solo le loro conclusioni, gli allievi rimangono spesso stupefatti, perplessi su come il supervisore sia arrivato a queste formulazioni, ma hanno paura di fare domande, per non rivelare i limiti dell'allievo. Quando invece i supervisori condividono i loro pensieri mentre li stanno formulando, modellano un processo che può aiutare gli allievi ad avere il coraggio necessario per mantenere vivi e creativi i trattamenti che conducono.

Questo mi porta al ruolo svolto dalla vergogna nel delimitare la crescita nella supervisione. Sia i supervisori che gli allievi possono provare una vergogna demoralizzante e, forse ancora più spesso, la paura della vergogna. La

vergogna, o la sensazione di essere insufficienti, inadeguati, falliti, può limitare la curiosità necessaria all'apprendimento. La paura della vergogna può inibire la creatività dei partecipanti al trattamento e alla supervisione. Altrove (Buechler, 2008) ho scritto della vergogna accompagnata dall'ansia che, a mio avviso, è la forma più debilitante di vergogna. L'ho chiamata 'l'impossibile necessario'. Si tratta della sensazione impotente che qualcosa di assolutamente necessario da fare sia al di là delle proprie capacità. Ci si sente profondamente insufficienti e, allo stesso tempo, intensamente vulnerabili. Ritengo che sperimentare 'l'impossibile necessario' ci riporti alla totale impotenza che tutti noi abbiamo affrontato da bambini. Ad esempio, sia i supervisori che gli allievi potrebbero ritenere assolutamente necessario comprendere qualcosa che semplicemente non riescono ad afferrare. Supponiamo che i pazienti dell'allievo continuino ad abbandonare il trattamento in modo precipitoso e/o prematuro. Entrambi i partecipanti potrebbero ritenere essenziale capire perché questo accade, per poterlo cambiare. Ma se non ci riuscissero?

La vergogna può essere evocata in supervisione in molti modi. Senza volerlo, i supervisori possono implicitamente evocare la vergogna dell'allievo concentrandosi sui sentimenti di 'controtransfert', sulle difese, sui punti ciechi e così via. Nel mio libro (Buechler, 2012) ho differenziato le esperienze di vergogna durante il tirocinio che derivano da atti di commissione e viceversa da atti di omissione. In breve, gli insegnanti e i supervisori possono suscitare vergogna con il loro tono, le parole, l'attenzione e persino il linguaggio del corpo. Ma, forse ancora più comunemente, in ciò che viene omesso, non riuscendo ad equipaggiare i clinici nel miglior modo possibile, favoriscono anche la vergogna. Una preparazione adeguata può includere parlare del rapporto tra teoria e pratica, la concettualizzazione delle fasi di un trattamento, la descrizione di alcuni possibili usi dei sentimenti e degli *enactment* di 'controtransfert', l'esplorazione di vari modi di formulare gli obiettivi di un trattamento, la discussione di come il trattamento possa essere informato dalla consapevolezza del background culturale del paziente, la condivisione di idee su come l'invecchiamento possa influenzare il lavoro del clinico, l'atteggiamento nei confronti dell'aspetto 'pratico' del trattamento, compresa la definizione delle tariffe, e molte altre questioni. Forse la cosa più significativa per me, personalmente, è l'esplorazione aperta di cosa significhi trattare persone che si trovano ad affrontare molte delle più grandi sfide della vita.

Nell'arco di una carriera, i clinici e i loro pazienti si troveranno probabilmente ad affrontare gravi malattie, perdite devastanti, umiliazioni, ostacoli frustranti, profondi rimpianti, contraddizioni sconcertanti, ambivalenze paralizzanti, conflitti furiosi e tutto ciò che mette alla prova gli esseri umani. A un certo punto ogni terapeuta incontra un paziente che sta vivendo il suo peggior incubo. Sono convinto che in questi momenti abbiamo bisogno di una solida base di amore per il trattamento, di impegno nel lavoro e

di fiducia in noi stessi come strumenti clinici. I supervisori possono favorire il lavoro continuo del clinico nella costruzione di queste fondamenta.

Gran parte del mio pensiero sulla supervisione include l'idea che la formazione dovrebbe fornire all'allievo un 'coro interno' di voci utili, a cui rivolgersi nei momenti difficili delle sessioni. Questo oggetto interno non è modellato su un unico supervisore o insegnante, ma è piuttosto un amalgama di tutti coloro che hanno fornito una guida utile. Per esempio, quando il clinico si sente particolarmente perso e solo, una frase di un supervisore del passato, o un'idea tratta da una lettura, o un'esperienza con il proprio analista, possono aiutare a contenere i sentimenti dolorosi. Diventare parte del 'coro interno' del tirocinante significa, per me, che la supervisione ha un significato duraturo. Oltre a placare la potenziale solitudine del clinico, questo oggetto interno fornisce una risorsa che favorisce la resilienza. I clinici devono essere in grado di 'riprendersi' durante e dopo le sedute problematiche, e nel corso di giorni, settimane, anni di pratica. Il 'coro interno' è una fonte di forza per farlo. Nella supervisione possiamo aiutare l'allievo a sviluppare la resilienza emotiva per sopportare le molte perdite che sono inevitabili nella pratica. Alla fine, i medici perdono tutti i pazienti che hanno in cura. Questo, di per sé, può essere un'esperienza molto faticosa dal punto di vista emotivo. A volte i supervisori possono essere d'aiuto condividendo apertamente queste loro esperienze.

Il mio 'coro interno' comprende alcuni che non ho mai incontrato, come H.S. Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann ed Erich Fromm, oltre a molti dei miei supervisori, insegnanti e analisti personali. Forse è superfluo dire che Ralph Crowley, il mio primo supervisore analitico, svolge spesso un ruolo di primo piano. Quando mi sento 'bloccata' o dolorosamente sola, ricordo una frase o un'idea che essi mi hanno dato e mi sento meglio e in grado di affrontare la situazione. Per esempio, quando mi ero bloccata su un particolare punto di vista, il mio analista di formazione mi chiedeva spesso: 'Cos'altro potrebbe essere vero?'. Sento spesso questa frase e, indipendentemente da ciò che sta accadendo, mi fa sorridere.

A mio avviso, la supervisione migliore e più stimolante per la crescita ha qualcosa in comune con l'arte della scultura. Gli scultori 'trovano' la scultura nella pietra. Cioè, piuttosto che imporre un disegno alla scultura, estraggono la pietra e ne fanno emergere la forma potenziale. Così è per la supervisione psicoanalitica. In una supervisione veramente istruttiva entrambi i partecipanti cercano le qualità, i talenti, le inclinazioni, i punti di forza personali, le esperienze di vita, le competenze teoriche e qualsiasi altro aspetto del supervisore che, nel loro insieme, possono informare il suo stile clinico. I bravi supervisori e i loro supervisori 'trovano' il clinico nell'allievo. Insieme formulano quella che definirei la sua 'firma stilistica'. Lo sviluppo di questa identità terapeutica è un processo che dura tutta la vita e che si spera inizi nelle prime fasi della formazione.



Credo che l'obiettivo di ogni istruzione sia quello di 'educare', cioè di far emergere il potenziale del discente. Fare terapia è un compito formidabile. Ci vuole tutto quello che il clinico ha: tutta la speranza, la perseveranza, la pazienza, la resistenza, il coraggio, l'integrità, la curiosità, la giocosità, l'amore, la gentilezza, l'onestà, la saggezza e la conoscenza. La migliore supervisione aiuta l'allievo ad accedere a queste qualità e a imparare ad applicarle al proprio lavoro clinico.

#### BIBLIOGRAFIA

- Buechler, S. (2004). *Clinical Values: Emotions that Guide Psychoanalytic Treatment*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Buechler, S. (2008). *Making a Difference in Patients' Lives: Emotional Experience in the Therapeutic Setting*. New York: Routledge.
- Buechler, S. (2012). *Still Practicing: The Heartaches and Joys of a Clinical Career*. New York: Routledge.
- Buechler, S. (2017). *Psychoanalytic Reflections: Training and Practice*. New York: IPBooks.
- Buechler, S. (2019). *Psychoanalytic Approaches to Problems in Living: Addressing Life's Challenges in Clinical Practice*. New York: Routledge.

---

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 29 novembre 2022.

Accettato: 12 aprile 2023.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2023; XXXIV:742

doi:10.4081/rp.2023.742

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*