- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:57:15

Particolarmente dedicato agli psicoterapeuti, l'articolo collocato in questa rubrica risponde all'esigenza di una sottolineatura: caratterizzando in modo diverso forme diverse di psicoterapia, non stiamo perdendo il senso dell'unità possibile intorno al concetto di psicoterapia?

Particulary addressed to psychotherapists, the article in this section answers to the need of focusing on the following consideration: by characterizing psychotherapy in different ways aren't we loosing the sense of unity involved in the concept of psychotherapy?

Este artículo está dedicado a los psicoterapeutas, en él se trata de responder a la cuestión: definiendo de distintas maneras la psicoterapia, non se corre el riesgo de perder la unidad del concepto de psicoterapia?

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:57:15

La supervisione in un Centro di psicoterapia familiare

Francesco Colacicco

Riassunto. L'autore, attraverso questo intervento, racconta la sua esperienza di supervisore presso un Centro di psicoterapia familiare che opera nell'ambito del Dipartimento delle dipendenze dell'Azienda Sanitaria di Lecce. Nei servizi destinati ai tossicodipendenti sono sempre più numerosi i pazienti che presentano un'organizzazione borderline di personalità ed in questi casi il terapeuta che lavora con le famiglie può perdere facilmente di obiettività di valutazione rispetto alla situazione. Il coinvolgimento emozionale dei terapisti è spesso molto intenso; la drammaticità delle situazioni, la sofferenza, determinano risposte affettive forti e possono interferire profondamente con la loro vita personale, oltre che con l'adeguato svolgimento della loro attività professionale. Lavorare confrontandosi in un gruppo e disporre di uno spazio per la supervisione dei casi, segnala in tempo e contrasta con efficacia il rischio legato a questi eccessi di coinvolgimento. L'autore prima spiega perché le manifestazioni del controtransfert possono essere utilizzate in terapia e poi sviluppa un ragionamento sulla supervisione analizzandone obiettivi e finalità.

Parole chiave. Centro di psicoterapia familiare, tossicodipendenti, pazienti borderline, coinvolgimento emozionale, mito familiare, supervisione, transfert e controtransfert, terapia.

Summary. *Supervision in a center of family psychotherapy.*

The author, through this intervention, relates his experience as a supervisor at a complex of family psychotherapy that works within the Department of dependencies Health Authority of Lecce. More and more in services for drug users are patients with borderline personality organization and in these cases the therapist works with families can easily lose objectivity of assessment compared with the situation. The emotional involvement of therapists is often very intense dramatic situations, suffering, cause strong emotional responses and may interfere profoundly with their personal lives, as well as the proper conduct of their work. Work compared in a group and must have a space for the supervision of cases, reports on time and to effectively tackle the risk involved in this over-involvement. The author first explains why the manifestations of countertransference can be used in therapy, and develops an argument on supervision analyzing objectives and goals.

Key words. Center of family psychotherapy, drug addicts, patients with BPD, emotional involvement, family myth, supervision, transference and countertransference, treatment.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:57:15

Resumen. El autor a través de esta intervención se refiere a su experiencia como supervisor en un complejo de la psicoterapia de la familia que trabaja en el Departamento de las dependencias de la Autoridad de Salud de Lecce. Cada vez más servicios para los usuarios de drogas son los pacientes con organización límite de la personalidad y, en estos casos, el terapeuta que trabaja con las familias pueden perder fácilmente la objetividad de la evaluación en comparación con la situación. La implicación emocional de los terapeutas es a menudo muy intensa situación dramática, el sufrimiento, provocar fuertes reacciones emocionales y puede interferir profundamente con su vida personal, así como la adecuada realización de su trabajo. De trabajo en comparación con un grupo y debe tener un espacio para la supervisión de los casos, los informes a tiempo y para abordar eficazmente el riesgo que implica este exceso de participación. El primer autor explica por qué las manifestaciones de la contratransferencia puede ser utilizado en la terapia, y desarrolla un argumento sobre la supervisión del análisis de objetivos y metas.

Quello che segue è il mio intervento all'iniziativa promossa dalla Azienda Sanitaria Locale di Lecce e dal Comune di Muro Leccese a dieci anni dalla costituzione del Centro di psicoterapia familiare. Il Centro nasce nel 1998 a seguito di un intervento formativo realizzato dal nostro gruppo e rivolto a tutti gli operatori dei Servizi per le tossicodipendenze. L'idea, utilizzando inizialmente il Fondo droga, è stata quella di istituire un'équipe centrale di psicoterapeuti familiari, tutti dipendenti della ASL ed attivi presso i SerT, distaccandoli a tempo parziale presso un Centro di terapia familiare appositamente aperto a Muro, un paese vicino la città di Lecce. Le situazioni, in gran parte inviate dai SerT, sono state seguite da coppie di psicoterapeuti con la mia supervisione.

L'iniziativa ha dato subito i suoi frutti e nel corso degli anni sono state prese in carico ben 100 situazioni con buoni risultati. La richiesta di terapia è alta ed ormai da qualche tempo è stata istituita una lista d'attesa.

Il lavoro è stato talmente apprezzato, che da tre anni, sempre nell'ambito del Dipartimento delle dipendenze, è stato aperto un nuovo centro, a Lecce. Questa nuova struttura si serve del lavoro di un'équipe di psicoterapeuti familiari provenienti da diversi servizi della ASL: non solo dai SerT ma anche dai consultori, dalla salute mentale, ecc. È un'équipe dalla provenienza mista, al servizio degli altri servizi del territorio. È finalizzata ad intercettare le richieste di psicoterapia dal territorio, oltre i confini della tossicodipendenza. Il successo è stato immediato: i pochi operatori dell'équipe (otto operatori distaccati per alcune ore a settimana) solo nel primo anno hanno preso in carico ben trenta situazioni.

Gli psicoterapeuti che in questa fase fanno parte dell'équipe del Centro di Muro sono: Valerio Cortese, Patrizia Giaffrida, Aurelio Rausa, Maria Serrano, Giorgina Toma Zollino. È Aurelio a coordinarla. Nel corso degli anni altri colleghi hanno fatto parte del gruppo; tra questi mi preme qui ricordare Giorgio Sammarruco, ché attraverso il suo impegno ha permesso la realizzazione di questo progetto, e Maria Antonietta Ferraro. L'équipe del Centro di Lecce è invece composta da: Gabriella Bianco, Anna Rosa Granata, Anna Rosa Prete, Adriana Romano e Sandra Stefanelli. Gabriella è il coordinatore ed il dottor Roberto Buttazzo il responsabile. Direttore del Dipartimento delle Dipendenze è il dottor Salvatore Della Bona.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:57:15

Attraverso il mio lavoro di clinico, formatore e supervisore mi sono reso conto di quanto sia importante che il terapeuta progetti l'intervento psicoterapico. Può farlo ponendo in corrispondenza gli elementi in suo possesso e relativi alla fase di ciclo di vita della famiglia e della coppia e l'*emergenza soggettiva* sollevata dai pazienti.

Poiché è importante fin da subito disporre di un'ipotesi pertinente di trattamento della situazione è determinante che il terapeuta sappia riconoscere i processi psicopatologici utilizzati dai diversi membri del sistema ed il cocktail relazionale che si determina.

Per favorire l'impianto e lo sviluppo di un processo di lavoro psicoterapico con le coppie e con le famiglie, ma così ritengo si debba fare anche con gli individui, è indispensabile andare oltre la diagnosi.

Non è sufficiente per identificare le emergenze soggettive portate dai pazienti limitarsi ad osservare il loro corredo sintomatico, è necessario prendere in considerazione anche l'organizzazione psicologica delle persone, i tratti del loro carattere e soprattutto i meccanismi di difesa che adottano [1].

Su questi aspetti si è focalizzato il mio lavoro di supervisione con l'équipe del Centro di terapia familiare a Muro; su questo sto lavorando al Centro di Lecce.

È importante che chi svolge un'attività clinica sia in grado di integrare gli aspetti intrapsichici e quelli interpersonali, ricercando di volta in volta le caratteristiche dell'interazione tra apparati difensivi e fattori relazionali. Il terapeuta a orientamento sistemico relazionale guarda al pacchetto difensivo del paziente come ad un bagaglio che deve portare sempre con sé, del quale non può fare a meno, perché contiene l'abbigliamento necessario ad affrontare le diverse situazioni climatiche a cui va incontro, ma che si manifesta con ridondanza e peculiarità in contesti specifici e ripetitivi: in dati contesti, laddove la situazione meteorologica è la medesima, il paziente tira fuori dal suo bagaglio il solito abbigliamento, quello che ritiene ed ha già sperimentato come più adatto [2]. Perciò, più che concentrarsi su come agisce la difesa *dentro* il paziente, egli rivolge la propria attenzione a come funziona il meccanismo (o processo) difensivo che opera *dentro* la relazione, che insieme vanno determinando.

Le resistenze regolano la relazione terapeutica e tendono ad acquisire le forme e il modo d'essere dello stile difensivo della persona. Spesso, però, hanno anche la capacità di modificare (nel modo più armonico possibile) alcune caratteristiche del sistema difensivo dell'individuo, al fine di favorirne l'adattamento alla situazione. Ne consegue che:

1. la produzione delle resistenze corrisponde ad un passaggio del percorso terapeutico;
2. queste assumono significato soprattutto nella relazione di transfert.

Il lavoro terapeutico perciò è funzione del tipo di rapporto che si è sviluppato e del legame che si è andato strutturando e non può prescindere dalla relazione che si crea, poiché grazie a questa possono originarsi modelli relazionali più evoluti e meno stereotipati. La resistenza non deve essere vissuta dal tera-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:57:15

peuta come un ostacolo al cambiamento, ma come una modalità relazionale. Egli deve considerare tutte le interpretazioni di resistenza come interpretazioni di transfert: analizzare la resistenza è analizzare il transfert.

Il clinico deve fin da subito mettere alla prova la capacità di tenuta delle difese dei suoi pazienti. Per una migliore definizione clinica del paziente è necessario riconosce le loro difese, il loro peso, la loro flessibilità e possibilità di modificazione.

Studiando i meccanismi primitivi di difesa, cioè quelli legati in primo luogo agli stati psicotici, la Klein [3-6] osservò che le difese non si limitano a proteggere l'Io da sentimenti dolorosi, ma rappresentano anche principi organizzativi della vita psichica.

La Klein distingue le difese psicologiche in due categorie: nevrotiche e psicotiche. Il prototipo della relazione oggettuale aggressiva è l'identificazione proiettiva rappresentata come un attacco contro un oggetto attraverso l'introduzione forzata in esso di parti dell'Io, allo scopo di assumere il controllo dei suoi contenuti o di dominarlo. Collegandola in seguito all'invidia, l'identificazione proiettiva è rappresentata dalla Klein come un'intrusione forzata nell'altro per distruggerne gli attributi migliori. Si tratta perciò di un processo psichico attraverso il quale aspetti del Sé non sono semplicemente proiettati sulla rappresentazione psichica dell'oggetto (come nella proiezione) ma dentro l'oggetto, in modo tale da controllare l'oggetto dall'interno e giungere all'esperienza dell'oggetto come parte di sé.

Ma attraverso l'identificazione proiettiva è anche possibile identificare proiettivamente elementi buoni (l'oggetto viene idealizzato mentre il soggetto si svuota delle proprie caratteristiche positive). Ci si può voler liberare degli elementi buoni presenti in se stessi per varie ragioni:

- il desiderio di proteggerli da tutto ciò che di cattivo è presente nell'Io;
- rafforzare un oggetto buono da cui ci si aspetta protezione rispetto a un oggetto cattivo;
- cercare di negare i danni che la propria aggressività ha causato all'oggetto.

Per via di queste caratteristiche ne consegue che l'identificazione proiettiva [7] consente di stabilire un legame particolarmente stretto con l'altro; la presenza nell'oggetto di parti del Sé conferisce al legame la caratteristica di "precursore" della capacità di comprendere un oggetto separato dal Sé, "mettendosi nei suoi panni".

È proprio in funzione del suo schema di funzionamento che l'identificazione proiettiva può essere ritenuta il meccanismo difensivo a più alto contenuto relazionale. L'identificazione proiettiva implica una componente interattiva di particolare rilievo: inconsciamente, e per mezzo di canali verbali e non verbali, il soggetto spinge l'oggetto a sentire, pensare e comportarsi in conformità con le immagini di sé o degli oggetti che ha proiettato in esso.

Nel processo di transfert è implicito il tentativo di indurre il terapista a impersonare un certo ruolo, in modo che la responsività del terapeuta a questa induzione, insieme alla sua capacità analitica, possa consentire una comprensione

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:57:15

più precisa delle comunicazioni transferali del paziente. Ogden [8] distingue l'identificazione proiettiva in tre momenti:

1. proiezione;
2. pressione interpersonale;
3. reinteriorizzazione.

Costringere l'altro a comportarsi in conformità a quanto proiettato in lui è il passaggio fondamentale, il fattore specifico di questo meccanismo difensivo. È attraverso la pressione interpersonale che l'identificazione proiettiva diventa un modo di cui si serve il paziente per comunicare i propri sentimenti al terapista; è una comunicazione che contiene indicazioni utili al terapista per aiutare il soggetto a gestire i propri affetti in modo più efficace.

Ovviamente, in queste situazioni, se il terapista vuole essere d'aiuto al suo paziente deve conservare la capacità di riflettere sugli affetti proiettati in lui e non limitarsi a "viverli". Harold Searles [9, 10] parla di "contagio psichico", di "fare impazzire l'altro", di "follia a due". Fa notare come a volte accade che l'identificazione proiettiva si muova invece che dal paziente al terapeuta, dall'analista verso l'analizzando, che siano alcuni pazienti a rispondere ai processi inconsci del terapeuta, vivendoli come aspetti della propria personalità.

In conclusione, il concetto di identificazione proiettiva si è andato sviluppando, passando da modello puramente intrapsichico di fantasie primitive autocontenute a complesso gioco di reciproche influenze proiettive e introiettive.

La questione relazionale, il dato interattivo, è al centro del processo d'identificazione proiettiva: inconsciamente, attraverso l'uso di una comunicazione doppia, sia digitale che analogica, il soggetto spinge la persona con la quale interagisce (l'oggetto delle sue attenzioni) ad interpretare gli eventi, vedere i fatti, udire parole, sviluppare pensieri ed a comportarsi sulla base delle immagini di sé o degli oggetti che ha proiettato in essa. È attraverso l'identificazione proiettiva che riusciamo a metterci nei panni dell'altro, a sperimentare attraverso un forte movimento empatico i suoi affetti, le sue emozioni, le sue angosce, i suoi desideri. Mediante l'identificazione proiettiva ed interpretando il materiale che il paziente ha collocato in lui, il terapeuta può dedurre dai propri sentimenti di controtransfert:

- sia le caratteristiche delle parti di sé, che può riconoscere come proprie, esaltate dalla pressione psicologica che il paziente esercita su di lui;
- sia quelle degli oggetti interni che, nonostante il loro carattere fantasmatico, vengono vissuti dalla persona come se avessero una reale consistenza e trovano posto nel suo mondo interno; hanno una loro autonomia e sono capaci di interagire con parti del Sé e altri oggetti; sono buoni o cattivi in relazione alle pulsioni che rappresentano e fanno parte della sua realtà psichica.

La capacità del terapeuta di capire le rappresentazioni identificate proiettivamente in lui, di contenere l'angoscia che a questo punto lo affligge senza mettere in atto i sentimenti vissuti, è determinante per la prosecuzione della terapia

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:57:15

[11,12]. È attraverso la percezione di sé come oggetto di transfert che il terapista può comprendere quello che succede nella relazione con il suo paziente ed approcciarsi a lui con più efficacia.

Spesso le dinamiche di transfert e controtransfert si mescolano, e le identificazioni proiettive si confondono, con il rischio che il terapista viva le difese del paziente contro di sé [13]. Se questo accade sarà difficile proseguire la terapia. Inizialmente il controtransfert venne considerato un intralcio alla terapia e si sviluppò una lunga polemica sulla sua definizione; oggi si concorda ampiamente sul fatto che esso si riferisce alle risposte emotive suscitate nell'analista da aspetti specifici del paziente. Personalmente ritengo che sia limitativo considerare il controtransfert come l'insieme delle reazioni inconsce dell'analista alla persona dell'analizzato (e più precisamente al suo transfert): il controtransfert, inteso come reazione al transfert dell'altro, non si incontra solo nell'analista ma anche nell'analizzato e ciò implica la necessità di distinguere tra transfert e controtransfert su entrambi i versanti (vi è una risonanza da inconscio ad inconscio). Tutto ciò spiega perché le manifestazioni del controtransfert possono essere utilizzate in terapia.

Più volte ho sottolineato quanto l'esperienza del controtransfert costituisca un elemento comune alle diverse forme d'intervento psicoterapeutico. Meccanismi simili si attivano anche quando il terapista lavora con la famiglia: a me sembra che con le famiglie si vedono cose che assomigliano a quelle viste da Bion [14] con i gruppi.

Bion afferma che a contatto con la complessità dei problemi di vita del gruppo, l'adulto, come per massiccia regressione, torna ad usare quei meccanismi tipici delle prime fasi della vita mentale. Se si è creato un gruppo, ne consegue che i membri che lo compongono hanno sperimentato tale regressione e se il gruppo entra in uno stato di panico, perché i singoli partecipanti si sentono minacciati dalla consapevolezza della propria individualità, la posizione che l'analista va ad assumere è quella di chi si colloca al polo ricevente dell'identificazione proiettiva del gruppo. Anche in questo contesto è proprio attraverso l'esperienza del controtransfert che l'analista può distinguere le situazioni in cui è oggetto di una identificazione proiettiva da quelle di cui non lo è.

Se guardiamo alla famiglia come gruppo, ci accorgiamo che possiede una propria "mentalità di gruppo", espressione unanime del volere del gruppo, alla quale i singoli componenti contribuiscono in maniera anonima. Questo fenomeno si oppone ai fini coscienti dei singoli membri: i tratti caratteristici del comportamento del gruppo, nati dal conflitto tra la mentalità del gruppo e i desideri del singolo, rappresentano una vera e propria cultura del gruppo (punto di incontro tra bisogni individuali e mentalità di gruppo) ossia il *mito familiare*. Questa cultura (cioè la struttura del gruppo familiare, la sua organizzazione, il suo funzionamento e le ragioni profonde che gli conferiscono senso) è perciò un compromesso tra le intenzioni coscienti, dalle quali i singoli sono spinti a fare gruppo, e quelle inconsapevoli ed inconsce che ne impediscono il funzionamen-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:57:15

to. Le frustrazioni e le inibizioni conseguenti sono dovute al tentativo di razionalizzare la resistenza a riconoscere le motivazioni inconsce. Questa resistenza può essere espressa attraverso tre assunti:

- l'idea che il gruppo (la famiglia) debba dipendere da un capo (il padre o la madre in sua vece), dal quale dipendere per ricevere nutrimento materiale e spirituale e protezione;
- il bisogno di accoppiamento, della costituzione di una coppia (genitoriale) alla quale affidare la soluzione delle difficoltà del gruppo (della famiglia);
- l'idea che il gruppo esiste per attaccare qualcosa e fuggirla (unirsi e separarsi).

Anche il terapista entra in stanza di terapia con i suoi schemi di funzionamento e col suo mito familiare ed è per questa ragione che anche lui, così come tutti gli psicoterapeuti indipendentemente dal loro approccio, è esposto al fenomeno transferale. Ne consegue che anche il terapista familiare può servirsi della percezione di sé come soggetto di transfert per comprendere quello che succede con la famiglia in terapia, tenendo conto che la situazione è più complessa di quella dell'analista perché il terapeuta sperimenta reazioni emotive in più direzioni: verso la famiglia come sistema, i suoi sottosistemi e i singoli componenti, il co-terapeuta, l'équipe, il servizio, gli altri operatori interessati, il supervisore, il contesto in cui si svolge la terapia.

Il controtransfert in terapia familiare si ha quando il terapista si identifica con una parte del Sé di un altro partecipante al sistema terapeutico o di un suo sottosistema. L'identificazione mette in rapporto il mito familiare del terapista con quello della famiglia, col rischio che per il terapista i diversi membri della famiglia possano diventare sostituti simbolici dei suoi familiari e si determini un ipercoinvogimento col paziente designato.

Se la famiglia tornerà utile all'economia psicologica del terapeuta, quest'ultimo può seriamente rischiare di diventarne dipendente.

Per questi motivi, poiché le difese del terapeuta colludono con quelle della famiglia, sarebbe riduttivo considerare l'attivazione dei suoi meccanismi difensivi solo al transfert del paziente: con il terapeuta familiare non si stabilisce una relazione duale con i singoli membri della famiglia, ma una "esperienza articolata, per fasi, del gruppo considerato nel suo complesso".

Sempre più numerosi nei nostri servizi sono i pazienti che presentano un'organizzazione borderline di personalità [15,16]. In questi casi il terapeuta che lavora con le famiglie può perdere facilmente di obiettività di valutazione rispetto la situazione: non riesce più ad essere neutrale ed inconsapevolmente si schiera da una parte del sistema, sviluppando reazioni paranoiche nei confronti del paziente, della famiglia, del co-terapeuta e dell'équipe, che si estendono oltre gli spazi e i tempi della seduta.

Anche per questa ragione, per l'eccessivo coinvolgimento del terapeuta con la famiglia, i terapeuti sistemici relazionali tendono a lavorare in coppia od in équipe (presentando fin dall'inizio i colleghi ai loro pazienti, che quando possono prendono posto dietro lo specchio unidirezionale) ed hanno la buona abitudine di videoregistrare le sedute (per tornare poi a vedere cosa è successo, per

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:57:15

osservare i comportamenti dei pazienti e le proprie manovre, studiando il circuito relazionale di cui si è parte integrante).

Tutti i terapeuti che lavorano sul proprio controtransfert si servono di una supervisione clinica. Esiste un rapporto preciso tra blocco della terapia e fissazione controtransferale del terapista [17] e le terapie tendono a cronicizzarsi soprattutto quando il terapeuta lavora in condizioni non protette (da solo). La supervisione è in questi casi indispensabile: un lavoro centrato sul terapeuta consente molto spesso di sbloccare la terapia.

È convinzione sempre più diffusa che una buona copertura dell'area formativa centrata sui contenuti specialistici non esaurisce il bisogno di un'attività permanente di riflessione sull'attività clinica e sui problemi legati alla gestione dei casi, il bisogno di supervisione del singolo terapista ma anche di un'intera équipe.

Accettare l'idea della supervisione è un segno della maturità di un gruppo di professionisti: l'ho constatato sia a Muro sia a Lecce, con entrambe le équipe. Ciascun terapeuta sa (comunque ben presto lo scoprirà) che un contesto come questo richiede la disponibilità a mettersi in discussione, come persona e non solo come operatore professionale. In supervisione gli verranno richieste:

1. la capacità di relativizzare e di mettere in discussione i propri modelli di riferimento teorici e clinici;
2. la disponibilità a riflettere sui dati del proprio lavoro, valutandolo;
3. la voglia di coordinarsi con gli altri cercandone la collaborazione.

Gli obiettivi generali della supervisione possono essere così definiti:

- lo sviluppo di un linguaggio comune di tutti i partecipanti al gruppo di supervisione;
- una riflessione più distaccata sugli interventi effettuati;
- costituire un luogo di espressione dei vissuti emozionali dei terapisti.

La supervisione consente anche di contrastare il fenomeno del burn-out, sindrome di cui spesso soffre colui che deve intervenire sulle situazioni più gravi e nei contesti più difficili, per il peso emotivo che deve sopportare e per i dati di realtà con cui è costretto a confrontarsi. Il coinvolgimento emozionale dei terapeuti è spesso molto intenso; la drammaticità delle situazioni, la sofferenza, determinano risposte affettive forti e possono interferire profondamente con la loro vita personale, oltre che con l'adeguato svolgimento della loro attività professionale.

Lavorare confrontandosi in un gruppo, e disporre di uno spazio per la supervisione dei casi, segnala in tempo e contrasta con efficacia il rischio legato a questi eccessi di coinvolgimento. Determinante perciò è la funzione svolta dal gruppo di supervisione, che si riunisce periodicamente con l'obiettivo, per un corretto sviluppo del lavoro clinico, di permettere, a coloro che seguono il caso, di trovare di volta in volta la giusta distanza emotiva, di muoversi continuamente dentro e fuori la vicenda emozionale della situazione.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:57:15

La supervisione, inoltre, quando è fornita all'équipe di un servizio (come avviene a Muro e a Lecce), permette di evitare il prevalere della tendenza alla frammentazione del caso tra i diversi operatori e le istituzioni e le strutture coinvolte e di trarre tutte le implicazioni necessarie alla messa a punto dell'impianto organizzativo del servizio.

In conclusione, le finalità del lavoro di supervisione sono soprattutto tre:

1. tentare di allargare ulteriormente gli spazi di comprensione dei comportamenti sintomatici del paziente e le manifestazioni più sotterranee del suo linguaggio;
2. evidenziare e contrastare l'effetto dei movimenti e delle fissazioni controtransferali;
3. utilizzare le informazioni relative al sistema familiare, servendosi di un supervisore esperto nel lavoro con le famiglie, evitando di ridurre la lettura della situazione solo alla relazione tra il terapeuta ed il paziente. Una lettura spesso parziale e insufficiente ad orientare il terapeuta nella ricerca di valide vie d'uscita.

La metafora di Jay Haley può aiutarci meglio a capire l'importanza di questo terzo punto: reinserendo il paziente nella sua famiglia i suoi comportamenti acquistano subito senso, mentre fuori della famiglia ci appaiono incomprensibili; così come accade guardando ai movimenti scomposti di un pesce finito sul bagnasciuga e che risultano subito appropriati una volta tornato in acqua.

Va tenuto, tuttavia, sempre presente che il terapeuta può raggiungere questi livelli di comprensione della situazione solo provvisoriamente, per perderli dopo un po'. Deve perciò sempre "lottare caparbiamente per recuperarli e per mantenerli attivi" anche col passare del tempo.

È per tutte queste ragioni che la supervisione va portata avanti con continuità e va considerata un vero e proprio strumento di lavoro per un'équipe di psicoterapeuti.

BIBLIOGRAFIA

1. Colacicco F. Oltre il muro delle resistenze: importanza dei processi psicopatologici nell'informare il trattamento psicoterapeutico. Ecologia della mente 2001; 2.
2. Colacicco F. La ruota che stride. Meccanismi di difesa e trattamento psicoterapeutico. Ecologia della mente 2006; 2.
3. Klein M. (1927). Tendenze criminali nei bambini normali. In: Scritti 1921-1958. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
4. Klein M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. In: Scritti 1921-1958. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
5. Klein M. (1957). Invidia e gratitudine. Firenze: Martinelli, 1969.
6. Segal H. (1973). Introduzione all'opera di Melania Klein. Firenze: G. Martinelli Editore, 1975.
7. Kernberg OF. Proiezione e identificazione proiettiva. Aspetti clinici ed evolutivi. In: Sandler J. (a cura di). Proiezione, identificazione e identificazione proiettiva. Torino: Bollati Boringhieri, 1988.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:57:15

8. Ogden TH. Soggetti dell'analisi. Milano: Dunod (Masson), 1999.
9. Searles HF. Scritti sulla schizofrenia. Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
10. Searles HF. Il paziente borderline. Torino: Bollati Boringhieri, 1988.
11. Sandler J. Countertransference and role-responsiveness. In: International Review of Psychoanalysis 1976; 3: 43-7.
12. Sandler J, Sandler A. On the development of object relationships and affects. In: International Journal of Psychoanalysis 1978; 59: 285-96.
13. Clarkin JF. Yeomans FE, Kernberg OF. Psicoterapia della personalità borderline. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.
14. Bion W. Esperienze nei gruppi. Roma: Armando, 1979.
15. Cancrini L. L'oceano borderline – Racconti di viaggio. Milano: Cortina Editore, 2006.
16. Cancrini L. Schiavo delle mie brame. Roma: Frassinelli, 2003.
17. Cancrini L. Lezioni di psicopatologia. Torino: Bollati Boringhieri, 1997.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:57:15

CISMAI
Coordinamento Italiano dei Servizi
contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia

CRESCERE SENZA VIOLENZA

Politiche, strategie e metodi

ROMA 4 e 5 FEBBRAIO 2010

HOTEL NAZIONALE - Conference Centre
Piazza Capranica 101

V° CONGRESSO CISMAI

CONCLUSIONE DEGLI STATI GENERALI SUL MAL-TRATTAMENTO ALL'INFANZIA IN ITALIA

con il contributo del Dipartimento Pari Opportunità
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità