



Il familiare e l'azione terapeutica

Note a partire dal pensiero clinico di Corrado Pontalti

Nicolò Terminio

Psicoterapeuta – Ph.D.

Centro Relazioni e Famiglie

Torino – 28 ottobre, 25 novembre, 2 dicembre 2014

*La dottrina può essere esposta legittimamente
solo nella forma dell'interpretazione.*

G. Agamben

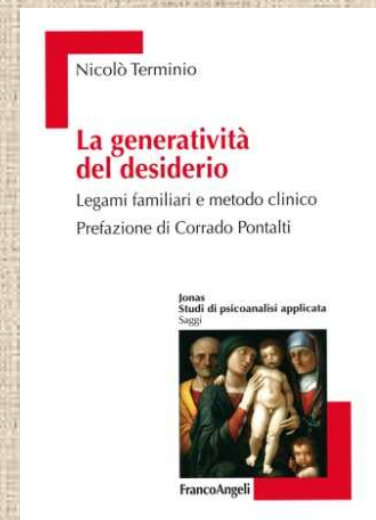
I testi di Pontalti vanno considerati come un “bacino di
raccolta” dove confluiscono diversi codici.

Nei lavori e nell'insegnamento di Pontalti confluiscono non
solo le articolazioni di diversi codici, ma anche numerose
storie di vita (casi clinici) che intendono documentare il
vertice epistemologico e le sequenze procedurali implicate
nella costruzione dei progetti terapeutici.

Setting multipli e mobili

Corrado Pontalti ha sviluppato una riflessione teorica e metodologica sulla costruzione di setting terapeutici **“multipli e mobili”**.

Le situazioni cliniche con cui si confrontano oggi gli operatori della salute mentale richiedono infatti una capacità inedita di **progettare percorsi terapeutici** che siano aderenti alla singolare situazione di cui ci si prende cura, rimanendo però in stretta connessione con il massimo rigore metodologico.



Persona

Nel suo pensiero clinico Pontalti utilizza il costrutto di “persona” con lo sforzo di superare concezioni solipsistiche dell’individuo e della psicopatologia.

La persona si costituisce come un **essere in relazione** che trova il fondamento del proprio esserci nell’appartenenza al campo familiare e gruppale.

Persona

“Siamo sicuramente d'accordo che ogni persona è tale in quanto è in relazione. Dobbiamo ribadire che ogni relazione è relazione con persone entro un campo accomunante costituito non da atti comunicativi ma da **matrici di senso** che organizzano lo psichismo della relazione stessa. Le matrici di senso rimandano continuamente a simbolismi personali, storici, culturali quali si sono venuti configurando nel corso della vita a partire dai lunghi anni di permanenza nella famiglia. La famiglia, in questa prospettiva, è quindi un **campo gruppale** che connette vari articolati, tra loro comunque coerenti anche se a volte disfunzionali”.

(Pontalti, 2000)

La differenza tra codice familiare e sociale

Pontalti valorizza inoltre la differenza tra il codice familiare e quello sociale:

“Il sociale è esattamente quell’insieme, quel campo psichico, quel campo organizzato di trame anche mentali e di regole, di leggi che non è trattabile dai codici familiari. Il sociale è quindi quello che non è familiare. Un’esemplificazione paradigmatica è che se non si paga la bolletta del telefono la Telecom interrompe la linea; non si possono addurre giustificazioni quali la zia malata o la depressione. Il sociale è ciò che non è contrattabile dai campi emozionali”.

(Pontalti C., Pontalti I., 1999)

Ascolto ed etica dell'incontro

Pontalti sostiene una posizione di ascolto che nella clinica valorizza il sapere di cui innanzitutto si fa portatore il paziente:

“Considero il mio interlocutore come narratore privilegiato di una storia fatta di relazioni, di connessioni significanti, di saperi a me del tutto preclusi non solo all'inizio ma sicuramente per molto tempo del mio cercare percorsi che sedimentino il coacervo in trame simboliche. Molti sono i campi gruppali che si dispiegano davanti a me fin dal primo colloquio, campi di cui solo l'interlocutore ha il filo di Arianna: lo ha comunque, per quanto tortuoso sia il suo percorso di vita mentale; sa di avere un sapere che è fondativo per lui ed essenziale per me terapeuta in ogni incontro nella relazione di aiuto” (Pontalti, 2000).

Angoscia e modello

Nelle sue riflessioni Pontalti si schiera contro quelle teorie che identificano la causa di una patologia individuando il colpevole, sia esso un gene egoista o un genitore schizofrenogeno:

“Sarebbe interessante esporre una analisi di come i modelli interpretativi dei disturbi psichiatrici, nella loro apparente scientificità, siano in realtà difese istituzionali rispetto all’angoscia della imprevedibilità delle cause e all’angoscia della estrema difficoltà per la mente umana nel non attribuire relazioni lineari tra gli eventi. La formazione dell’operatore e il suo itinerario professionale avvengono tramite acquisizione di modelli, paradigmi e procedure (tecniche) ben ancorate ad attribuzioni etiologiche. Poco importa che la ‘causazione’ sia biologica (cromosomi e mediatori biochimici) o psicologica (madri simbiotiche, padri assenti, stallo di coppia, famiglia rigida, etc.. etc.); viene comunque identificata e proposta. L’operatore *psi* può quindi proteggersi dall’angoscia riferendosi ad un preteso sapere scientifico ‘ritenuto neutro, dimostrato’, che non occorre più interrogare quale difesa collettiva ma che può essere utilizzato per piegare l’interlocutore – paziente ed i suoi familiari entro il proprio campo semantico e progettuale” (Pontalti, 2000).

Caso per caso

Le riflessioni sulla cautela nell'utilizzo della teoria e del sapere del clinico non devono però essere confuse con un invito a un eclettismo teorico-clinico che mira a integrare diverse prospettive in un polpettone concettuale che prende spunti qua e là. Leggendo i lavori di Pontalti emergono infatti da un lato le preoccupazioni epistemologiche e dall'altro la necessità di fondare e definire chiaramente un modello di intervento clinico che possa tener conto della complessità e della particolarità di ogni incontro clinico.

Il metodo gruppoanalitico

- Una **metodologia che modula gli interventi sul progressivo evidenziarsi di un processo psodinamico**, e che non mira soltanto a ridurre coattivamente il fenomeno nelle maglie restrittive di una teoria non disposta a mutare.
- **Plexus**: rete dinamica, intima: un numero relativamente piccolo di persone, che comprende la famiglia, si raggruppa dinamicamente, man mano che procede il trattamento, alla persona centrale – il paziente – soprattutto in connessione ai suoi conflitti che hanno un significato particolare per il disturbo che l'ha spinto a consultarci.
- Dal punto di vista del metodo: **non costruiamo in anticipo il plexus** ma seguiamo la psodinamica del processo.



Dalla diagnosi alla costruzione del progetto terapeutico

1. La **molteplicità** dei disturbi e dei meccanismi.
 - Molteplici meccanismi in un singolo disturbo.
 - Disturbi diversi come conseguenza di un singolo meccanismo.
2. Una metodologia che **modula** gli interventi.
3. La **variabilità** del setting e l'efficacia del progetto terapeutico.

Alcune declinazioni della domanda di trattamento

1. La domanda di un genitore per un figlio definito paziente ma non motivato e non collaborante: *chi ha il sintomo non domanda, chi domanda non ha il sintomo.*
2. La domanda di cura per una relazione che non funziona (per es. coppia).
3. Il paziente che domanda per sé.
4. La domanda di trattamento coatto.

Nuovi sintomi e trattamento della famiglia

La complessità delle forme psicopatologiche contemporanee rende necessaria la costruzione di progetti terapeutici che non siano centrati sulla relazione con il singolo paziente, ma che contemplino anche il coinvolgimento di figure significative del **gruppo di riferimento del paziente** (familiari, amici, altri terapeuti, altre istituzioni).



La nascita delle terapie familiari

- Le terapie familiari nascono come un esperimento, una tecnica innovativa, di fronte all'estrema difficoltà del trattamento dei pazienti più gravi.
- Soggetti problematici che non chiedono aiuto (riluttanti, diffidenti, ambivalenti). La richiesta di aiuto proviene dai familiari e il trattamento individuale – anche semi-coatto – è impraticabile o molto difficoltoso.

Un paradigma che nasce come iper-relazionale

- La premessa della terapia familiare: per curare il disagio psichico di un soggetto bisogna cambiare il funzionamento del suo sistema di appartenenza.
- Il “*potere è nelle regole del gioco che si sono stabilite nel tempo nel contesto pragmatico di coloro che vi si trovano coinvolti*”.

[Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 2003 (1ª ed. 1975), p. 5]



Le terapie familiari, oggi

- L'approccio sistemico: da una visione sovra-individuale all'individuo strategico.
- La teoria dell'attaccamento come ponte tra la dimensione individuale e quella relazionale.
- Le ipotesi del pensiero clinico (nell'ottica sistemica) non si sviluppano più cercando una corrispondenza tra famiglia e sintomo, ma articolando tre poli: famiglia, soggetto e sintomo.

La famiglia come “ordinatore semeiologico”

Secondo Pontalti le relazioni familiari non sono di per se la causa della malattia mentale, esse rappresentano piuttosto una sorta di “ordinatore semeiologico” che ci indica le coordinate simboliche attraverso cui il soggetto cerca di arrangiarsi con l’esistenza. In tale prospettiva la matrice simbolica delle relazioni familiari si costituisce come un “campo mentale” che contempla la connessione di “trame gruppali [...] inerenti la vita psichica individuale e sociale”.

Tre registri relazionali del familiare

- Secondo Pontalti è necessario distinguere tre registri relazionali del “famigliare”:
 - **relazioni attuali;**
 - **relazioni storiche;**
 - **relazioni fantasmatiche.**
- Si tratta di tre livelli che permettono al clinico di orientarsi nella comprensione della posta in gioco nella sofferenza del paziente. A seconda del livello di gravità della patologia le questioni del soggetto cercano e trovano una loro possibile soluzione su piani diversi.

Il soggetto e il familiare

- Nel caso della classica nevrosi verranno investite soprattutto le relazioni fantasmatiche, l'Altro della realtà attuale sarà considerato solo come il rappresentante di una questione che abita nell'inconscio del soggetto.
- Invece, nei casi gravi, riconducibili a una fenomenologia borderline o psicotica, la questione del soggetto verrà agita nella relazioni attuali: ciò che non ha occasione di essere simbolizzato nel campo mentale del soggetto viene mostrato "in relazioni strette, coinvolte e coinvolgenti".

Allargare il campo terapeutico

- L'impostazione terapeutica deve dunque tener conto del **campo multipersonale** in cui è inserito il paziente che incontriamo, e soprattutto occorre saper decodificare il livello relazionale in cui si gioca e si può giocare la partita tra il soggetto e il suo "reale".
- Nella clinica dei soggetti borderline le relazioni attuali possono costituire un punto di ancoraggio preliminare all'elaborazione della propria questione. Il **setting della cura** contempla la possibilità di allargare il campo terapeutico includendo sulla scena quelle persone che possono contribuire ad alimentare la significazione esistente del paziente, una significazione che soprattutto nelle patologie gravi incontra troppo presto un punto di interruzione.

“Ogni situazione richiede il suo progetto”

“Ogni situazione richiede il suo progetto e richiede soprattutto una estrema duttilità di gestione sull’interfaccia del campo terapeutico e del campo familiare (Pontalti, 1998). Esprimo questa convinzione con l’affermazione che il costruito setting è un operatore psichico del terapeuta il quale deve valutare, momento per momento, le variabili in gioco, in modo da modificare il suo set formale per garantire sempre la stabilità evolutiva delle matrici gruppali dei campi familiari. La stabilità garantisce che la relazione terapeutica non susciti angoscia intollerabile in nessun punto del campo mentale (non nel paziente né nei familiari) e garantisce che le situazioni di impasse siano gestibili non solo da lui ma anche dalla rete relazionale che si presenta spontaneamente nel campo terapeutico o che può essere convocata per elaborare strumenti condivisi efficaci al proseguimento della terapia” (Pontalti, 2000).

La famiglia come risorsa per il trattamento

- La consultazione con la famiglia: la terapia familiare non serve a curare la famiglia.
- Il paziente e il suo sistema familiare di appartenenza: collaborare con la famiglia può aiutarci a far nascere la motivazione del soggetto sofferente ma non richiedente, analizzando le dinamiche in cui è inserito, la storia che ha avuto, le modalità con cui i suoi familiari si sono relazionati con lui e lui con loro.

Il lavoro di rete multimodale

- Le sedute familiari per favorire la collaborazione nella famiglia e tra la famiglia e i curanti.
- Le sedute familiari per combattere visioni distorte dei problemi in essere e per accelerare la valutazione di limiti e risorse.
- Le convocazioni familiari sono flessibili.
- La trasformazione del setting è una mossa potente perché è affidata alla concretezza dei fatti e non alle parole.

Opportunità delle sedute familiari

1. Per la fase di valutazione iniziale di un paziente non richiedente: per raccogliere ciò che il paziente non dice.
2. Osservare direttamente le interazioni familiari.
3. Decidere interventi prescrittivi immediati.
4. Condividere la trama delle generazioni.
5. Le sedute allargate come supervisioni.
6. Le sedute familiari come periodici momenti di bilancio o di mobilitazione di fronte a un momento di crisi.

Controindicazioni, rischi e trappole

1. Violenza e distruttività (controindicazione).
2. L'esistenza di un macroscopico segreto che rende tutto caotico e confusivo.
3. Un genitore dittatore.
4. Un marito violento: uso mistificatorio della seduta di coppia.
5. Un eccesso di rancore tra i genitori che impedisce di vedere i figli.
6. Un radicale vittimismo.
7. Casi in cui si rischia di drammatizzare.

Alcuni riferimenti bibliografici

- Pontalti C., “Disturbi di personalità e campi mentali familiari”, *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 1999, 9, pp. 25-43.
- Pontalti C., “Campo familiare-campo gruppale: dalla psicopatologia all’etica dell’incontro”, *Gruppi*, 2000, 2, pp. 35-50.
- Pontalti C., “Persone e gruppi: il lavoro ambulatoriale nella psichiatria pubblica”, *Gruppi*, 2002, 3, pp. 31-50.
- Pontalti C., “Epistemologia gruppale e trattamento del disturbo borderline di personalità”, in in in in in in in in
- Pontalti C., “I vincoli nella costruzione e gestione del progetto di cura: pensare la competenza”, in in in in in in in in in in
- Pontalti C., “Prospettiva multipersonale in psicopatologia. Connessione o lacerazione dei contesti di vita?”, in Lo Coco G., Lo Verso G., *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*, Cortina, Milano 2006, pp. 123-146.
- Pontalti C., “Generatività e clinica: concepire la persona nella trama dei legami”, in in in in in in in in in in in in in in
- Pontalti C., Pontalti I., “L’adolescenza tra codici familiari e codici sociali”, in Bria P., Rinaldi L. (a cura), *Corpo e mente in adolescenza. Contributi clinici ed esperienze psicoanalitiche*, Angeli, Milano 1999, pp. 101-107.

Nicolò Terminio

Psicoterapeuta – Ph.D.

www.nicoloterminio.it