

PSICOTERAPIA E COMUNICAZIONE

di Valeria verraastro *

Introduzione

Il soggetto umano è un essere comunicante, così come è in essere pensante, emotivo e sociale: la comunicazione non va pertanto considerata semplicemente come un mezzo e uno strumento, bensì come una dimensione psicologica costitutiva del soggetto. Quest'ultimo non sceglie se essere comunicante o meno, ma può scegliere se e in che modo comunicare (Anolli, 2002).

La comunicazione può essere definita come una trasmissione di pensieri e di condivisione di significati fra soggetti interagenti, qualunque siano gli scopi, consapevoli o inconsapevoli, del passaggio di informazioni, e qualunque siano i mezzi che ne veicolano il significato (Vannoni, 2001).

Essa è un'attività eminentemente sociale: per definizione, infatti, si ha comunicazione soltanto all'interno di gruppi (o comunità), in quanto il gruppo rappresenta una condizione necessaria, una premessa indispensabile e un vincolo per la genesi, per l'elaborazione e per la conservazione di qualsiasi sistema di comunicazione. A sua volta, essa alimenta, influenza e modifica in modo profondo e sistematico la vita stessa del gruppo (Anolli, 2002).

Socialità e comunicazione costituiscono due dimensioni fra loro distinte, ma intrinsecamente interdipendenti, che si sono evolute e che si evolvono in maniera congiunta, con un andamento a spirale senza fine, attraverso un processo reciproco di continui rimandi. In questa prospettiva la comunicazione è alla base dell'interazione sociale e delle relazioni interpersonali. Porre in evidenza la natura relazionale della comunicazione significa sottolineare la sua rilevanza essenziale nella costituzione e nella prosecuzione dei giochi psicologici che i protagonisti intendono realizzare in maniera congiunta.

* Psicologo-Psicoterapeuta, Istituto per lo Studio delle Psicoterapie

Le scienze psicologiche hanno esaminato in che modo la comunicazione entra nell'esistenza del singolo soggetto, dei gruppi e delle istituzioni sociali, ponendo in evidenza non soltanto le sue funzioni come significazione, come trasmissione di informazioni e come connettivo dei legami interpersonali, bensì anche come dimensione intrinseca che fonda e che esprime l'identità personale e la posizione sociale di ogni soggetto (individuale e collettivo). Sotto questo profilo la psicologia ha riservato particolare attenzione allo studio dei processi ontogenici di acquisizione e di sviluppo delle competenze comunicative nel neonato e nel bambino.

La comunicazione umana

La comunicazione non è un processo semplice, ma si articola su più livelli: vi è il livello della comunicazione (i contenuti che si scambiano) e il livello della metacomunicazione (la comunicazione che ha come oggetto la comunicazione stessa).

Nella prospettiva psicologica, la comunicazione diventa, pertanto, il tessuto che crea, mantiene, modifica e rinnova i legami (di qualsiasi tipo) fra i soggetti. Infatti, ogni qualvolta un soggetto comunica qualcosa ad un altro, egli definisce nel medesimo tempo se stesso e l'altro, nonché la natura e la qualità della relazione che li unisce. La comunicazione è la dimensione psicologica che produce e sostiene la definizione di sé e l'altro, e rappresenta un'attività così gratificante per l'essere umano che spesso si comunica per il puro piacere di farlo. Due sono le dimensioni che la caratterizzano:

- la funzione proposizionale, che serve per elaborare, organizzare e trasmettere conoscenze fra i partecipanti all'interno di una data comunità;
- la funzione relazionale, in quanto non si sottolinea soltanto un problema di espressione delle emozioni o di stati interni, bensì è in gioco il fatto stesso di generare e di definire le relazioni nella e attraverso la comunicazione. Quest'ultima, infatti, è la radice della socialità intrinseca di cui parla Vygotskij.

Occorre porre l'accento sul fatto che la comunicazione costituisce un'attività universale e globale, che va a toccare tutti gli aspetti dell'esperienza umana, nessuna esclusa, da quella più intima e privata, a quella pubblica e ufficiale, dall'area giuridica a quella commerciale, dall'ambito educativo e formativo a quello organizzativo, dai mass media e da internet alla realtà politica nazionale e internazionale, dall'ambito religioso a quello clinico (medico e psicologico), dalla seduzione alla menzogna, dalla persuasione all'ironia.

In *Pragmatica della comunicazione umana* Watzlawick e collaboratori (1967) presentavano i risultati della loro ricerca, uno studio della comunicazione umana, enunciando una serie di assiomi su comunicazione e metacomunicazione. Secondo gli autori, il comportamento disturbato era definito come una reazione comunicativa ad una particolare situazione familiare, piuttosto che la prova di una malattia nella mente dell'individuo. Inoltre consideravano gli aspetti patologici e potenzialmente terapeutici del paradosso nelle comunicazioni umane, sia il valore del doppio legame. Dagli assiomi relativi alla comunicazione umana, nascono i presupposti teorici della teoria sistemica (Verrastro, 2006).

E' impossibile non comunicare: questo perché ogni comportamento è comunicazione ed è impossibile non avere dei comportamenti (immobilità o mutismo sono anch'essi dei comportamenti) che comunque si riflettono sugli altri. La metacomunicazione avviene quando due o più persone in interazione si scambiano informazioni sul loro modo di comunicare. Essa può essere esplicita ("ti ho rimproverato perché ero adirato con te") o implicita (guardando fisso negli occhi mentre si parla, permette di metacomunicare l'importanza del messaggio).

La punteggiatura può determinare il senso della comunicazione: il taglio dato ad una sequenza di fatti può divergere spesso da un interlocutore ad un altro ed essere causa di incomprensioni anche profonde. Ciascuno potrebbe considerare, ad esempio, il proprio atteggiamento come risposta al comportamento dell'altro: questo diverso taglio della situazione porta ad accuse reciproche che logorano la relazione e quindi danneggiano la comunicazione. Anche i punti di vista diversi

possono rovinare delle relazioni: conviene non insistere nella ricerca del giusto o falso, ma prendere coscienza del processo non presupponendo la malafede.

Gli essere umani comunicano sia in modo “digitale” che “analogico”: questo concetto, apparentemente applicabile solo ad apparecchiature tecnologiche come i computer, sta a significare che l'organismo umano utilizza sistemi di comunicazione precisi (come il sistema neurologico che utilizza stimoli di tipo elettrico) e sistemi, quali i messaggeri chimici del nostro organismo (gli ormoni), che trasmettono sensazioni ed emozioni su base “analogica”(della relazione).

Ogni interazione è simmetrica o complementare: nel modello simmetrico l'accento viene posto sugli sforzi impiegati per mantenere l'uguaglianza (reciprocità), nel modello complementare la relazione è invece fondata sul riconoscimento della differenza e quindi dei ruoli e di compiti connessi. Nel primo caso i due partner di una relazione tendono ad instaurare modalità comportamentali competitive, in cui entrambi mettono in atto lo stesso tipo di comportamento; nel caso della complementarietà, invece, i due partner hanno comportamenti differenti, che li portano ad assumere uno una posizione “superiore” (one-up) e l'altro una posizione “inferiore” (one-down). Nella relazione metacomplementare, infine, uno dei due partner permette che sia l'altro, o talvolta lo costringe, a definire la relazione, controllando le sue mosse e quindi il modo in cui l'altro definisce la relazione.

La comunicazione in psicoterapia

La comunicazione diviene nel contesto psicologico non solo uno strumento teorico nello studio della mente, ma soprattutto uno strumento terapeutico. Già lo stesso Freud (1915-1917) parlava della cura con le parole (*talking cure*), secondo cui, attraverso l'analisi dei sogni e delle libere associazioni, era possibile forzare la barriera costituita dalla rimozione ed accedere all'inconscio, ricostruendo il passato rimosso e curare l'individuo.

Ma il linguaggio a cui facciamo riferimento non è soltanto utilizzato nell'ambito della psicoanalisi, ma in tutti i tutti gli approcci terapeutici in cui si fa uso della parola per lavorare sui disagi individuali o interpersonali (Verrastro, 2005).

Infatti anche gli approcci meno tradizionali, quali la musicoterapica o lo psicodramma non sono altro che lo sviluppo del concetto sempre più complesso della cura, attraverso modalità che coinvolgono diversi registri e forme della comunicazione.

In tale ottica la funzione del linguaggio diviene fondamentale nella comprensione della relazione fra il mondo personale dell'individuo e quello sociale. Il comunicare diviene un "gioco di relazioni", in cui ognuno mette in atto se stesso e il proprio modo di essere con gli altri. La comunicazione viene quindi vista come un mezzo per mantenere e co-definire la propria identità e i propri legami con le persone presenti nei sistemi in cui si vive.

L'inconscio viene quindi compreso in un'ottica rappresentazionale e relazionale e non più come luogo di deposito dei meccanismi più istintuali: non più come luogo da cui si sprigionano impulsi reconditi ed energie misteriose, ma come un insieme di rappresentazioni che si sviluppano nel corso delle interazioni con il mondo esterno, che possono manifestarsi durante l'interazione individuo-ambiente o attraverso atti comunicativi (Ammaniti, Stern, 1991).

Anche la scuola di Palo Alto, sebbene non parta dagli stessi presupposti della psicologia del profondo, giunge alla conclusione che la comunicazione debba essere l'oggetto privilegiato nello studio delle relazioni fra l'individuo e il suo ambiente.

Sintomo come Comunicazione

Secondo l'ottica relazionale, la comparsa di un sintomo, secondo Haley (1974), diviene una modalità di interazione con gli altri finalizzata ad assumere il controllo della relazione, talvolta in accordo implicito con altre persone coinvolte nella relazione stessa. Il sintomo, quindi, oltre ad un modo con cui il paziente interagisce con gli altri, rappresenta anche parte di una sorta di "accordo" elaborato implicitamente in collaborazione con altre persone.

Sempre seguendo l'interpretazione classica, ed in particolare di Haley, alla presenza di un sintomo si ha una relazione particolare in cui, uno dei due partner, il paziente, "manovra" il comportamento dell'altro e contemporaneamente manifesta che non lo sta facendo, in quanto non ne è lui direttamente responsabile, essendo il sintomo fuori dal suo controllo. Il messaggio che viene comunicato attraverso il sintomo è che il soggetto compie qualcosa che fa soffrire e che quindi non va bene, senza averne colpa, ma attribuendone la responsabilità alla malattia.

Il sintomo fornisce così un potere e un vantaggio al paziente, che è proprio quello di ottenere il controllo della relazione, negandolo e adducendo, al contrario, la totale involontarietà del suo sintomo. Questo doppio aspetto del sintomo, da un lato come espressione di una situazione di sofferenza e dall'altro come dispensatore di vantaggi secondari, crea una situazione paradossale, da cui per il paziente è estremamente difficile uscire.

Il comportamento sintomatico si pone, quindi, come una modalità di risposta ad una comunicazione paradossale, in cui il paziente indica che non sta rispondendo all'altra persona. All'interno di una relazione paradossale, che si instaura tra due persone che comunicano in modo paradossale, si ha una sequenza comunicativa che si ripete e che diviene patogena: la persona che pone il paradosso spinge l'altra a rispondere in modo simile, attraverso un comportamento sintomatico che tende a perpetuarsi.

Secondo l'approccio sistemico, il sintomo è quindi funzione, ed espressione, non del singolo individuo che lo manifesta, ma di un sistema più ampio, di una situazione interpersonale che coinvolge più persone e all'interno della quale appare come modalità di risposta adeguata a quel sistema in quel contesto. Da un punto di vista relazionale il sintomo, che in passato era visto come una difesa contro un contenuto mentale, può essere definito come un modo di trattare un'altra persona, acquistando quindi un significato comunicativo. Di conseguenza il comportamento sintomatico, che di solito è presentato come il problema, non riguarda solo il soggetto che lo manifesta, ma l'intero sistema, ed è considerato come una risposta ad una situazione, per la quale il sintomo è funzionale.

In quest'ottica il sintomo di un paziente non sarà considerato tanto quanto l'espressione di un conflitto psichico, di cui si ricercano le cause, ma piuttosto come l'espressione di informazioni scambiate all'interno di un sistema, che hanno un certo effetto e una certa funzione su quel sistema, che comprende anche il paziente. Diventa quindi importante analizzare l'effetto del comportamento sintomatico nei rapporti tra il soggetto portatore del sintomo e il suo ambiente, dal momento che ogni comportamento è un messaggio che risponde ad altri messaggi e che determina nuovi scambi comunicativi. E' possibile rilevare come il sintomo si configuri essere di natura profondamente relazionale e legato alla presenza di situazioni conflittuali non risolte e, come tale, acquista il significato di evento contingente, che attiva un disagio che riguarda l'intera famiglia e che riveste due tipologie di funzioni, come ricorda Loredano (2005), strettamente interconnesse tra loro.

Nel primo caso il sintomo tenderebbe a mantenere stabili le modalità di relazione all'interno del sistema, prevenendo eventuali cambiamenti ritenuti indesiderabili. Nei casi in cui prevalga il significato morfostatico del sintomo, Loredano fa notare che si dovrà valutare la presenza nel sistema familiare di comportamenti indicatori di potenziali tendenze al cambiamento, rischio di un potenziale cambiamento considerato indesiderabile dall'intero sistema familiare o da alcuni suoi componenti e l'efficacia preventiva del sintomo rispetto al cambiamento.

Nel caso in cui, invece, il sintomo tenda a produrre cambiamenti, esso riveste, allora, prevalentemente una funzione morfogenetica. Nonostante il sintomo rappresenti già una forma di cambiamento nel momento in cui insorge, tuttavia esso tende ad attivare ulteriori cambiamenti, a cui il sistema risponderà, mettendo in atto comportamenti che cercheranno di opporsi al cambiamento.

Il sintomo ha sempre, quindi, una doppia funzione: se da un lato, infatti, tende a conservare il sistema, dall'altro cerca anche di spingerlo al cambiamento.

Secondo la concezione di Bateson si parla del doppio legame nel momento in cui tra due individui, uniti da una relazione emotivamente rilevante, la comunicazione dell'uno verso l'altro presenta una incongruenza, tra il livello del discorso esplicito (quel che viene detto) e un ulteriore

livello metacomunicativo (come possono essere i gesti, gli atteggiamenti, il tono di voce), e la situazione diviene tale per cui il ricevente il messaggio non ha la possibilità di decidere quale dei due livelli, che si contraddicono, accettare come valido, e nemmeno di far notare a livello esplicito l'incongruenza (Bateson, *et al.*, 1956).

La Hoffman in *Foundations of family therapy* (1981) fornisce un esempio di doppio legame: quando una persona, all'interno di una relazione dà all'altra il comando «dominami!» chiaramente la persona interpellata può dominare solo obbedendo al comando, quindi accondiscendendo, in altre parole assumendo una posizione che è all'opposto della dominazione.

È agendo su questa seconda funzione del sintomo che il terapeuta cerca di aiutare la famiglia ad attuare il processo di cambiamento, dopo aver compreso quale è il significato di quel sintomo all'interno di quel sistema familiare e quale motivazione spinge la famiglia al cambiamento e quale la spinge invece all'immobilità.

Individuare la funzione del sintomo consente di non dover prendere in considerazione le cause che hanno determinato l'insorgenza del sintomo, ma permette di valutare, invece, le conseguenze che esso produce all'interno delle relazioni del sistema. Del resto la prospettiva relazionale fa proprio il concetto di causalità circolare, per cui ciò che è ritenuto "effetto" può retroalimentare il circuito e divenire "causa", implicando, quindi, che ogni elemento è reciprocamente causa ed effetto. Ne deriva che ha poco senso chiedersi quale sia la causa di un comportamento sintomatico, dal momento che è necessario considerare il fenomeno nella sua interezza e nella sua circolarità, cercando di capire come ogni membro del sistema familiare contribuisca al mantenersi della situazione.

Le due funzioni espresse dal sintomo non devono, quindi, essere considerate inconciliabili, ma anzi devono entrambe essere sostenute dal terapeuta, che cercherà di intervenire sul sintomo per modificarlo, ma cercando di conservarne le funzioni. Un intervento di questo tipo permette di accogliere le richieste di cambiamento del sistema, rispettandone, contemporaneamente, anche le richieste di stabilità.

Il modello suggestivo di Milton Erickson e la comunicazione col paziente

Le prime conoscenze dell'ipnosi ericksoniana sono dovute agli studi del gruppo di Palo Alto che indussero Gregory Bateson e i suoi collaboratori (1952) ad indagare le modalità comunicative e interattive in contesti antropologici, nell'apprendimento e deuterioapprendimento umano e animale, nello humor e nel gioco, nelle famiglie e, infine, nella ipnosi clinica.

Alcuni studiosi del gruppo si recarono ad osservare le psicoterapie ipnotiche di Milton H. Erickson e ne studiarono le modalità comunicative, e si resero conto del ruolo fondamentale svolto, nell'ipnosi, dalla particolarità della relazione terapeutica, il rapporto, che nella psicoterapia ericksoniana costituisce la componente centrale dell'intervento psicoterapeutico.

Il confronto tra il doppio legame patogeno (Bateson, *et al.*, 1956) considerato tipico delle famiglie degli schizofrenici e il cosiddetto doppio legame terapeutico (Erickson e Rossi, 1976) consentì di individuare un nuovo modello di intervento che prese nome da Erickson e che venne adottato come modello di riferimento di quella che sarà definita la "Nuova Ipnosi" (Araoz, 1987).

Già Freud aveva avuto sull'ipnosi delle intuizioni teoriche che andavano oltre i limiti dell'epoca, ma, anche se nella modalità di applicazione non seguì alla lettera le istruzioni per una induzione di tipo autoritario, non aveva saputo mai staccarsi del tutto da una prassi operativa, che a quei tempi era usuale. Non seppe dare forma concreta alle sue grandi intuizioni teoriche, per cui, dopo un periodo di entusiasmo iniziale, rinunciò all'ipnosi e cercò altre strade.

Il limite non era nell'ipnosi in sé, ma in quel tipo di ipnosi praticata, che escludeva i buoni soggetti ipnotici in grado di elaborare le idee e sceglieva i suggestionabili ed ubbidienti. Ma, i soggetti "ubbidienti" sono pochi: non rappresentano più del 15 % della popolazione per cui quel tipo d'induzione si addice a poche persone. Mentre i soggetti "elaboranti" sono tutti, purché si rispettino i loro modi ed i loro tempi, strettamente personali.

All'epoca mancava anche l'idea della inter-relazione tra terapeuta e paziente che avrebbe permesso il superamento di molti limiti.

E' con l'applicazione che metodo naturalistico (senza induzione formale) di Milton H. Erickson che l'ipnosi iniziò ad essere utilizzata in modo creativo, non più cioè come una serie di rituali standard, ma come un particolare stile comunicativo e una particolare "situazione comunicativa relazionale" (Haley, 1976).

Erickson era capace di indurre una trance a partire da racconti, reminiscenze, episodi della sua vita o altre strane storie e fatti inconsueti che, apparentemente, non avevano nulla a che fare con il problema specifico del paziente. Il paziente stava lì, ascoltava, a volte rapito a volte annoiato, questi strani monologhi, e poi veniva congedato senza accorgersi che era entrato e uscito spontaneamente dalla trance più volte. Scopo della sua ipnosi era quello di accedere al potenziale inconscio e alla capacità naturale di apprendere del cliente, depotenziando al contempo i suoi schemi limitanti (Erickson, Rossi, 1982).

Dall'approccio ericksoniano e dall'influenza della scuola di Palo Alto nasce l'approccio strategico, in cui diviene quindi fondamentale "la relazione" fra terapeuta e paziente, come rapporto interattivo.

Il rapporto fra terapeuta e paziente diviene complementare, così come definito dalla scuola di Palo Alto: i due soggetti si comportano in modo diverso, massimizzando le proprie differenze e nel quale uno è in posizione one-up e governa la relazione. Il terapeuta è colui che assume il controllo della relazione e di ciò che si verifica nel corso della terapia, al fine di elaborare la giusta strategia per il singolo problema.

Haley definì la terapia strategica "non come una concezione o una teoria particolare, ma un nome per quei tipi di intervento nei quali lo psicoterapeuta si assume la responsabilità di influenzare direttamente le persone" (Haley, 1976).

Fin dal primo incontro con il paziente, il terapeuta strategico ha l'obiettivo di creare una relazione interpersonale connotata da fiducia e suggestione positiva, all'interno della quale deve impostare le prime manovre di intervento. Egli utilizza per ottenere ciò una tecnica comunicativa fondamentale: osservare, imparare e usare il linguaggio del paziente, tecnica definita da Bandler e

Grinder (1975) la tecnica del ricalco, attraverso cui il terapeuta può entrare in sintonia con le modalità rappresentazionale del paziente.

Questa tecnica deriva dal comportamento terapeutico di Milton Erickson, che adottava lo stesso stile comunicativo dei pazienti (linguaggio verbale e non verbale), secondo le modalità da lui utilizzate nelle induzioni ipnotiche. Nell'ipnosi infatti si asseconda lo stile percettivo e comunicativo del paziente, assumendone progressivamente il controllo ed inducendolo alla trance, trattandosi di un rapporto di influenza interpersonale.

Il trasferimento della tecnica del ricalco dell'ipnosi alla comunicazione terapeutica consente di assumere potere terapeutico e di aggirare le resistenze al cambiamento del paziente. Le tecniche di induzione e la suggestione sono le manovre che definiscono la relazione come complementare e che consentono al terapeuta di mantenere l'iniziativa su quanto accade in terapia.

A livello comunicativo, il terapeuta fa ricorso ad un linguaggio ingiuntivo, caratterizzato da metafore, paradossi, aneddoti, che portano ad evocare sensazioni ed emozioni, manovre che sorprendono e portano ad un cambiamento nel sistema percettivo-reattivo.

Le specifiche modalità di attribuzione di senso agli eventi e le relative strategie comportamentali messe abitualmente in atto dalle persone costituiscono una solida impalcatura a mantenimento del disagio psichico. Pertanto il cambiamento e la soluzione di tali problemi umani, personali ed interpersonali, deve passare obbligatoriamente per il cambiamento delle modalità sia percettive che reattive che il soggetto vive nei confronti della realtà.

Le tecniche suggestive non hanno però uno scopo manipolatorio, bensì induttivo, nel senso che suggeriscono nuove alternative, permettendo al paziente di acquisire maggiore responsabilità e di sentirsi più attivo nel processo di cambiamento.

Di seguito elenchiamo alcune delle tecniche della comunicazione persuasoria utilizzate dall'approccio strategico.

La ristrutturazione: ristrutturare significa cambiare lo sfondo o la visione concettuale e/o emozionale in relazione a cui è esperita una situazione ponendola entro un'altra cornice che si

adatta, ugualmente bene o perfino meglio, ai “fatti” della medesima situazione concreta (Watzlawick, *et al.*, 1974). Come sottolinea Watzlawick (1976), mediante la ristrutturazione la realtà di primo ordine, i meri fatti, rimane immutata, ciò che cambia è la realtà di secondo ordine, ovvero il significato e il valore che attribuiamo a tale realtà. Una ristrutturazione, perché riesca a produrre il cambiamento, deve portare il problema fuori dalla sua rigida struttura e porlo all’interno di un’altra struttura che sia congeniale al cambiamento auspicato. Mediante adeguate ristrutturazioni si costruiscono delle realtà inventate che producono nuove realtà concrete.

L’illusione di alternative: questa tecnica consiste nel creare un ambito all’interno del quale viene proposta la scelta apparentemente libera fra due alternative che, però, sono in realtà tali da produrre il medesimo effetto finale, cioè il cambiamento. Le due alternative, infatti, in realtà rappresentano entrambe solo un polo di una coppia di opposti più generale. Viene dunque creata l’illusione che vi siano solo queste due possibilità o, in altri termini, si provoca nell’altro una specie di incapacità di vedere che all’esterno di quell’ambito esistono anche altre possibilità. L’illusione di alternative è una tecnica particolarmente utile quando si deve prescrivere qualcosa che si teme non sarà seguito facilmente dalla persona. Si assegna la possibilità di scelta tra due compiti da eseguire: uno, il primo, molto ansiogeno e sicuramente ritenuto impossibile, il secondo sempre meno ansiogeno e attuabile. La persona sarà costretta ad accettare il secondo in quanto, pur se difficile, è sempre meglio del primo. In questo modo si crea una realtà che obbliga la persona ad assumere un impegno a eseguire qualcosa che, se fosse stato assegnato come unico compito, probabilmente sarebbe stato rifiutato perché ritenuto una richiesta eccessiva.

L’uso del paradosso: il paradosso logico è un tipo di enunciato che si nega e si afferma al tempo stesso, che risulta al tempo stesso vero e falso, giusto e sbagliato. Il paradosso rappresenta uno scardinamento della logica aristotelica del “vero o falso” e dell’ottica manicheista delle coppie di opposti utilizzate come categorie per descrivere la realtà. Nella comunicazione interpersonale, tale forma di trappola logica si consolida quando all’interno di un asserto comunicativo sono presenti due messaggi contraddittori, per cui chi riceve tale tipo di comunicazione si trova nell’impossibilità

di decidere se tale comunicazione sia vera o falsa. La forma più frequente in cui il paradosso entra nella pragmatica della comunicazione umana è una ingiunzione che richiede un comportamento specifico che, proprio per sua natura, non può essere che spontaneo. Nei confronti di un comportamento disfunzionale che si presenta come spontaneo o irrefrenabile, è molto efficace prescrivere il comportamento stesso mettendo la persona in una situazione paradossale, in cui l'esecuzione volontaria di tale comportamento porterà al suo annullamento. Con la ingiunzione paradossale, dunque, si richiede il comportamento che si intende estinguere, facendogli perdere in questo modo la sua spontaneità e ponendo la persona all'interno di un "doppio legame" (Bateson, *et al.*, 1956) in cui è posta di fronte all'illusione di una scelta:

- ubbidire, vale a dire continuare col suo comportamento: in questo caso però il suo comportamento viene svuotato di significato, in quanto ormai non è più involontario e spontaneo, ma volontario e richiesto da un altro, quindi il soggetto agisce sotto il controllo dell'altro e non più per suo conto;
- disubbidire, ribellandosi alla prescrizione, il che però significa abbandonare il comportamento indesiderato, che era proprio quello che si desiderava ottenere.

L'utilizzo della resistenza: di fronte a una persona che si oppone tenacemente a un intervento appare funzionale prescrivere paradossalmente la resistenza per poi manipolarla. Si procede così creando un doppio legame, per cui la resistenza della persona diventa una prescrizione; la funzione prioritaria della resistenza viene così annullata mentre viene utilizzata la sua forza per promuovere il cambiamento.

La tecnica della confusione: questa tecnica consiste nel creare uno stato di confusione intellettuale (Watzlawick, 1967). In questo torrente di parole e costrutti contorti e confusivi, alcuni concetti vengono, invece, comunicati in modo molto concreto e chiaro, cosicché l'intelletto, in mezzo a tale minacciosa confusione, vi si aggrappa come all'unico appiglio comprensibile. Ciò rende tale appiglio ragionevole per il suo contrasto con il resto particolarmente incomprensibile.

Anticipare le reazioni e le espressioni dell'interlocutore: questa tecnica è estremamente utile quando si vuole comunicare qualcosa che potrebbe provocare reazioni aggressive e di rifiuto.

La tecnica del come se: il “come se” (Watzlawick, 1990) è una tecnica finalizzata a introdurre in ciò che la persona fa nel corso della sua giornata un piccolissimo cambiamento, che però potrà innescare tutta una serie di cambiamenti a catena che porteranno al sovvertimento del sistema (esperienza emozionale correttiva). Le piccole ma concrete azioni “come se” gradualmente rovesciano l'usuale interazione fra il soggetto e la sua realtà, conducendolo a esperire realmente ciò che inizialmente finge di provare. Questo concreto cambiamento condurrà gradatamente anche al cambiamento delle sue credenze e percezioni della realtà (Nardone e Salvini, 1997; Nardone, 1998). Si tratta di una tecnica che presenta inoltre il vantaggio di condurre la persona a costruire una sua propria soluzione, senza che sia il problem solver a fornirgliela. È quindi una tecnica molto soft, perché evita prescrizioni dirette lasciando decidere alla persona cosa fare comportandosi “come se” il problema non ci fosse più.

L'uso di aforismi, aneddoti, storie e metafore: questa modalità di comunicazione minimizza la resistenza della persona, in quanto non la sottopone ad alcuna richiesta diretta. Il messaggio giunge quindi velato e sotto forma di metafora, trasmettendo forti suggestioni (Nardone, 1991).

La maggior parte di tali tecniche fanno riferimento al concetto di problem solving strategico, inteso con un particolare modello di soluzione di problemi che ha alla base un'epistemologia e una logica ben precise ed evolute e va quindi distinto dagli altri modelli. In particolare, esso si rifà a quella branca specialistica della logica matematica nota come “logica strategica” (Elster, 1979, 1985; Nardone e Salvini, 1997; Nardone, 1998).

Tale logica si differenzia dalle logiche tradizionali per la sua caratteristica di mettere a punto il modello di intervento sulla base degli obiettivi prefissati e delle specifiche caratteristiche del problema affrontato, piuttosto che sulla base di una rigida teoria precostituita.

Nell'approccio strategico evoluto il presupposto fondamentale è la rinuncia a qualsiasi teoria forte che stabilisca a priori la strategia di intervento. Da questa prospettiva è sempre la soluzione

che si adatta al problema e non viceversa, come avviene invece nella maggioranza dei modelli di intervento tradizionali.

Al problem solver strategico non interessa conoscere le verità profonde e il perché delle cose, ma solo “come” farle funzionare nel miglior modo possibile. La sua prima preoccupazione è quella di adattare le proprie conoscenze alle “realtà” parziali che si trova di volta in volta ad affrontare, mettendo a punto strategie fondate sugli obiettivi da raggiungere e in grado di adattarsi, passo dopo passo, all’evolversi della “realtà”.

Rinunciando alla pretesa di una conoscenza a priori dei fenomeni oggetti di studio, il problem solver strategico deve avere a disposizione un qualche “riduttore di complessità” che gli consenta di cominciare a intervenire sulla realtà da modificare e di svelarne così, progressivamente, la modalità di funzionamento. Tale riduttore è stato individuato nel costrutto di “tentata soluzione”.

Quando si presenta un problema all’interno di un determinato contesto si ha la tendenza a far ricorso all’esperienza sotto forma di riproposizione di interventi risolutivi che in passato hanno funzionato per problemi analoghi. Di fronte all’insuccesso di tali strategie, poi, piuttosto che ricorrere a modalità di soluzione alternative, si ha la tendenza ad applicare con maggior vigore la strategia iniziale, nell’illusione che fare “più di prima” la renderà efficace. Questi tentativi di reiterare una stessa soluzione che non funziona finiscono per dar vita a un complesso processo di retroazioni in cui sono proprio gli sforzi in direzione del cambiamento a mantenere la situazione problematica immutata. Da questo punto di vista possiamo affermare che le “tentate soluzioni” diventano il problema (Watzlawick, *et al.*, 1974).

Bibliografia

- Ammaniti M., Stern D. (1991), *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Bari.
- Anolli, L. (2002), *Psicologia della Comunicazione*, Il Mulino, Bologna.
- Araoz D. L. (1987), *Ipnosi e terapia sessuale*, Astrolabio, Roma.
- Bandler R., Grinder J. (1975), *I modelli della tecnica ipnotica di Milton Erickson*, Astrolabio, Roma.
- Bateson G., Jackson D. D., Haley J., Weakland J. H. (1956), "Toward a Theory of Schizophrenia", *Behavioral Science*, 1 (4): 251-264.
- Elster J. (1979), *Ulysses and the Sirens*, Cambridge, Cambridge University Press (tr. it. 1983, *Ulisse e le sirene*, Il Mulino, Bologna).
- Elster J. (1985) (a cura di), *The Multiple Self*, Cambridge University Press and Norwegian University Press (tr. it. 1991 Elster J. (a cura di), *L'io multiplo*, Feltrinelli, Milano).
- Erickson M. H., Rossi E. L. (1982), *Ipnoterapia*, Astrolabio, Roma.
- Freud S. (1915-17), *Introduzione alla psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino (tr. It. 1985).
- Haley J. (1974), *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze.
- Haley J. (1976), *Terapie non comuni. Tecniche ipnotiche e terapie della famiglia*, Astrolabio, Roma.
- Hoffman L. (1981), *Foundations of family therapy*, Basic Book, New York.
- Loriedo C. (2005), "Bambini sintomatici: le funzioni del sintomo del bambino e dell'adolescente all'interno del sistema familiare", in Bogliolo C., Loriedo C., *Famiglie e psicopatologia infantile. Quando la sofferenza è così precoce*, Franco Angeli, Milano.
- Nardone G. (1991), *Suggestione - Ristrutturazione = Cambiamento, l'approccio strategico e costruttivista alla terapia breve*, Giuffrè, Milano.
- Nardone G. (1998), *Psicosoluzioni*, Rizzoli, Milano.

- Nardone G., Salvini A. (1997), “Logica matematica e logiche non ordinarie come guida per il problem-solving strategico”, in Watzlawick P., Nardone G. (a cura di), *Terapia breve strategica*, Cortina, Milano: 53-61.
- Vannoni D. (2001), *Manuale di psicologia della comunicazione persuasiva*, Utet, Torino.
- Verrastro V. (2005), *Psicologia della comunicazione, un manuale introduttivo*, Franco Angeli, Milano.
- Verrastro V. (2006), *Strategie e interventi in psicologia clinica dello sviluppo*, Franco Angeli, Milano.
- Watzlawick P. (1990), “Therapy is what you say it is”, in Zeig, J.K., Gilligan, S.G. (Eds) *Brief therapy: Myths, methods and metaphors*. Brunner/Mazel, New York: 55-61.
- Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. D. (1967), *Pragmatics of human communication: a study on interactional pattern, pathologies and paradoxes*, W. W. Norton & Co., New York (tr. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma).
- Watzlawick P., Weakland J. H., Fisch R. (1974), *Change: la formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio, Roma.