

Manuela Borghi
“SE UN TERAPEUTA LO FAREBBE, TU FAI IL CONTRARIO”
INTERVENTI PARADOSSALI IN PSICOTERAPIA

Parole chiave: paradosso, ipnosi, psicoterapia, doppio legame

La verità nasce come paradosso e muore come ovvietà.

Arthur Schopenhauer

PREMESSA

“Se un terapeuta lo farebbe, tu fai il contrario” così Weeks e L'Abate (1982) definiscono il principio guida per i terapeuti che lavorano con il paradosso nel volume “Psicoterapia paradossale”.

La psicoterapia paradossale è una terapia che va al di fuori degli schemi del senso comune, è stata usata inizialmente in ambito di terapia familiare e sistemica da Haley, che ha anche studiato per diciassette anni il lavoro di Milton Erickson; da Mara Selvini Palazzoli e il suo gruppo (Milan Approach); da Watzlawick e collaboratori.

Successivamente è stata applicata in ambito individuale in modo più o meno diretto: si pensi a Erickson che è stato maestro nell'utilizzo del paradosso, in particolare quello indiretto e in stato di ipnosi, considerato che Erickson stesso dice che “L'ipnosi non esiste, tutto è ipnosi”. A parte il primo periodo di studi e sperimentazioni, Erickson non utilizzava induzioni formali di ipnosi. Secondo Erickson il modo migliore per ottenere risultati con un paziente è sorprenderlo, diceva “L'inaspettato può sempre fare deragliare i pensieri” (Arone di Bertolino, 2003).

Secondo Arone di Bertolino (2003) non è tanto importante il contenuto del paradosso quanto l'aspetto relazionale della comunicazione con il paziente. La caratteristica del paradosso è che il messaggio che viene dato al paziente non può essere ignorato, ma allo stesso tempo non può essere nemmeno capito chiaramente, la logica del paziente è spiazzata e quindi egli diventa più recettivo alle altre suggestioni che il terapeuta comunica.

C'è chi ha fatto dell'intervento paradossale l'intervento principe, se non unico, della propria psicoterapia, basti pensare alla terapia breve strategica, e in particolare alla terapia breve strategica evoluta messa a punto da Nardone (1997) in cui vengono segnalati protocolli

specifici per trattare ogni disturbo, all'interno dei quali si ipotizzerebbero strategie precise da utilizzare.

DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DEL PARADOSSO

Il paradosso ha accompagnato il pensiero dell'umanità fin dall'antichità. La parola deriva dal greco *paradoxos*, composto da *parà* che significa contro, e *doxa* che significa opinione. Nella sua accezione più estesa il paradosso è quindi un'opinione, un'affermazione che va contro il senso comune (Odifreddi, 2001).

Da un punto di vista logico il paradosso è stato definito come contraddizione resistente o irriducibile (D'agostini, 2009) e può essere classificato come sorite o antinomia.

I soriti sono paradossi cosiddetti per “accumulazione” ne sono un esempio il “paradosso del calvo” (se a un uomo cade un capello non diventa calvo, se gliene cade un altro non diventa ancora calvo, e così via quindi a ogni successivo capello che gli cade non diventa calvo; ma i calvi esistono, dunque quand'è che può essere definito calvo?) e il “paradosso del mucchio” (un granello di sabbia non fa un mucchio, aggiungendo un altro granello di sabbia non si ha un mucchio, e così via, ma i mucchi di sabbia esistono, dunque quand'è che abbiamo un mucchio di sabbia?) In campo filosofico e tecnologico il sorite ha dato impulso allo studio e allo sviluppo della “fuzzy logic” (logica in cui a ciascuna proposizione viene attribuito un grado di verità continuo tra 0 e 1, estensione della logica booleana). In alcuni casi clinici di Erickson troviamo delle suggestioni che ricordano molto la struttura del sorite. Ad esempio in un caso di insonnia Erickson suggeriva alla paziente che se era in grado di dormire 1 ora, allora poteva dormire anche 1 ora e 1 secondo, e quindi anche 1 ora e 2 secondi e così via.

Nel volume “Psicoterapia paradossale” di Weeks e L'Abate (1982) questo tipo di paradosso non viene considerato, probabilmente perché gli autori di rifanno alla classificazione dei paradossi di Watzlawick (1967) e non a una classificazione logico/filosofica.

La classe delle antinomie comprende numerosi esempi tra cui il “paradosso del mentitore” (paradosso di Epimenide: Epimenide, cretese, afferma “sono bugiardi tutti i cretesi”), i paradossi insiemistici di Bertrand Russell (l'insieme degli insiemi che non sono elementi di sé stessi, è elemento di sé stesso?), quelli linguistici di Grelling-Nelson (l'aggettivo “eterologico” è eterologico, considerato che eterologico vuol dire “non applicabile a sé stesso?”), il paradosso del barbiere (che deve radere tutti e solo coloro che non si radono da soli, e quindi non sa decidere se deve radersi o meno) e molti altri. Caratteristica comune delle antinomie è quella di non rispettare la “teoria dei tipi logici” trattata nei “Principia Mathematica” da Russell-Whitehead (1910, 1912, 1913), che prevede una gerarchia di classi

tali da evitare a priori ogni possibile circolarità logica (ogni classe o “tipo logico” non deve poter essere riferita, descritta o giudicata direttamente o indirettamente da classi gerarchicamente inferiori).

Watzlawick (1967) offre una diversa classificazione di ciò che finora abbiamo chiamato “antinomia”: le antinomie vere e proprie, paradossi contraddittori ma che possono essere dimostrati, sono i paradossi che si presentano in sistemi formalizzati come quello matematico e quello logico (Watzlawick, 1967); le antinomie semantiche o definizioni paradossali: derivano da incongruenze nascoste nella struttura del linguaggio e del pensiero (Watzlawick, 1967), ne è un esempio il paradosso del mentitore di Epimenide; il terzo tipo di paradosso è quello che più interessa la psicoterapia anche se è il meno esplorato e studiato, ed è il paradosso pragmatico, che a sua volta possiamo suddividere in ingiunzioni paradossali e predizioni paradossali (Watzlawick, 1967). E' un paradosso che non lascia possibilità di scelta al soggetto (Weeks e L'Abate, 1982). Se il messaggio che viene dato è un comando, dovrà essere disobbedito per obbedirvi, l'esempio classico del paradosso pragmatico è l'ingiunzione “Sii spontaneo”.

STORIA DEL PARADOSSO IN PSICOTERAPIA

Le prime ricerche sul paradosso pragmatico risalgono al gruppo di Palo Alto (Bateson, Jackson, Haley, Weakland e il Mental Research Institute) e si basano sulla teoria dei tipi logici di Russel. Nel 1956 Bateson e collaboratori studiarono il doppio legame patogeno affermando che una ripetuta esposizione a un doppio legame di questo tipo, senza via di uscita, poteva essere la causa dell'insorgere della schizofrenia. Il doppio legame patogeno può essere descritto in questo modo: 1) due o più persone sono coinvolte in una relazione intensa che ha un valore di sopravvivenza per una delle due o entrambe (spesso, ma non necessariamente, queste relazioni si hanno nella vita familiare); 2) viene dato un messaggio che afferma qualcosa, afferma qualcosa sulla propria affermazione ma le due affermazioni si escludono a vicenda; 3) al soggetto viene impedito di uscire dallo schema stabilito, egli non può non reagire ad esso, ma allo stesso tempo non può reagire in modo adeguato e non paradossale (Bateson, 1953; Watzlawick, 1967).

Successivamente l'interesse di Bateson e del Mental Research Institute si rivolse all'uso terapeutico del doppio legame, e a come questa modalità comunicativa poteva essere utilizzata per produrre un cambiamento.

Se il doppio legame patogeno, come abbiamo visto, mette il soggetto in una situazione senza via d'uscita, il doppio legame terapeutico lo mette invece in una situazione con via d'uscita

obbligata. Watzlawick e collaboratori (1974) affermano che il doppio legame terapeutico produce un cambiamento del sistema di riferimento, quel cambiamento che permette all'individuo di fuggire dal doppio legame patogeno.

Le tecniche paradossali vengono usate sin dagli albori della psicoterapia, e sono una parte fondamentale di molti modelli e metodi terapeutici, a cui non si riconosce un contributo alla terapia paradossale. Uno dei primi terapeuti ad usare le tecniche paradossali e a teorizzarle è stato Alfred Adler (1914), la cui strategia paradossale consisteva nell'evitare qualsiasi lotta per il potere con il paziente; consigliava inoltre ai terapeuti di rinunciare alla propria superiorità. Interpretando qualsiasi sintomo nevrotico come sintomo non cooperativo o come modi inadeguati e disfunzionali di affrontare la vita, tramite l'utilizzo delle strategie paradossali trasformava il comportamento nevrotico in un comportamento di cooperazione.

Un altro teorico ad utilizzare tecniche paradossali è stato Dunlap (1946), che chiamò la sua tecnica "esercizio negativo" che consiste nel fare uno sforzo per fare ciò che fino a quel momento ci si è sforzati di non fare, consiste cioè nel prescrivere il sintomo al paziente.

Anche in ambito comportamentistico troviamo tecniche paradossali, ad esempio il concetto di "inibizione reattiva" di Hull (1943), il quale affermò che l'organismo soffre a ripetere un comportamento in rapida successione e che il periodo successivo di riposo è piacevole e funziona da rinforzo negativo: la fatica unita al rinforzo negativo contribuiscono dunque a fare in modo che il sintomo non venga messo in atto. Un'altra tecnica comportamentistica collegata alla terapia paradossale è l'appagamento dello stimolo (Ayllon, 1963), il cliente viene ripetutamente esposto allo stimolo desiderato fino a cominciare a rifiutarlo.

L'autore che più direttamente si rifà al paradosso è Victor Frankl (1939) che elaborò un approccio psicoterapeutico esistenziale che chiamò logoterapia. Il cardine di questa terapia è l'intenzione paradossale, Frankl chiedeva ai suoi pazienti di fare comparire il sintomo intenzionalmente: oltre ad intervenire sull'atteggiamento che il paziente ha verso il sintomo, agisce sul circolo vizioso dell'ansia anticipatoria spezzandolo.

Anche la terapia gestaltica non è immune da questo approccio: secondo Baisser (1970), al centro della terapia gestaltica vi è una teoria paradossale del cambiamento che afferma che il cambiamento ha luogo quando si diviene ciò che si è, e non quando si cerca di diventare ciò che non si è.

Abbiamo poi la terapia provocatoria di Farrelly (1974), che ha come scopo creare nel paziente una forte reazione affettiva o emotiva, in particolare mediante l'uso dello humour.

Alcuni dei maggiori precursori della terapia paradossale furono naturalmente Milton Erickson e il gruppo di Palo Alto, per citarne alcuni Watzlawick, Beavin e Jackson. Erickson ha

influenzato l'elaborazione della terapia paradossale in modo indiretto, e gran parte del suo lavoro è stata resa nota da Jay Haley che in "Terapie non comuni" (1973) mise in evidenza come Erickson utilizzasse abitualmente in paradossi in ipnosi e in psicoterapia. Erickson cercava di produrre il cambiamento rietichettando positivamente ciò che la persona faceva, ed esercitando un'influenza implicita e indiretta.

I contributi più recenti alla terapia paradossale arrivano dal "gruppo di Milano", Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata (1978) hanno utilizzato i metodi paradossali in ambito sistemico familiare.

QUANDO USARE LE TECNICHE PARADOSSALI

Ci sono tre fattori che influenzano la scelta del momento in cui utilizzare un intervento paradossale: il tipo di paziente, il problema e la situazione.

Innanzitutto è necessario fare una premessa sul terapeuta e sulle sue capacità. Egli infatti dovrà riuscire a comprendere il caso in termini circolari o paradossali; dovrà anche considerare il sintomo come mezzo attraverso cui può avvenire il cambiamento, considerare il sintomo in termini positivi dal punto di vista funzionale e capire come il quadro di riferimento riesca a mantenere in vita il problema.

Molto importante è inoltre capire con che tipo di persona si sta lavorando, chi ha tentato molte terapie senza mai portarle a termine, o i "terapeutadipendenti" sono ottimi soggetti per la terapia paradossale. Entrambi questi tipi di pazienti sono persone che si oppongono fermamente al cambiamento, nonostante a parole affermino il contrario.

L'applicazione delle tecniche paradossali può essere valutata secondo due continuum: il grado di resistenza (dalla massima collaborazione all'impossibilità di effettuare un intervento); e il grado di patologia (dal disturbo leggero, passeggero e di tipo nevrotico, ai disturbi gravi come le psicosi).

CONTROINDICAZIONI

L'applicazione codificata delle tecniche paradossali è talmente recente che la letteratura in materia tende ad evidenziare più i successi ottenuti che gli insuccessi. Tuttavia possiamo indicare quattro tipologie di paziente in cui l'intervento paradossale è controindicato:

- 1- il paziente non interessato al processo terapeutico, in quanto condizione necessaria affinché il paradosso e il doppio legame funzionino è che esista una forte relazione;
- 2- il sociopatico, perché modificherà sempre i compiti secondo il suo desiderio e non li eseguirà mai così come sono stati assegnati;

3- il paranoico, perché può avvertire il trucco ed aumentare la propria sospettosità;

4- infine davanti a soggetti dal comportamento distruttivo, specialmente se c'è pericolo di un omicidio o di suicidio (nonostante un terapeuta, Farrelly, abbia affrontato in modo paradossale anche il suicidio: egli provocò una forte reazione emotiva criticando il modo in cui il paziente aveva ipotizzato di uccidersi, e suggerendo assurde modalità alternative).

Può essere sconsigliato l'uso del paradosso anche in reazioni di gravi stati di sconpenso, reazioni acute di lutto e perdita del lavoro.

COME ATTUARE UN INTERVENTO PARADOSSALE

Pochi terapeuti, e tutti terapeuti familiari, hanno cercato di descrivere e teorizzare il modo di fare terapia paradossale. Possiamo vedere come alcuni dei principi guida siano analoghi a quelli di altre terapie. Il primo passo è la diagnosi, la valutazione del problema, quello che cambia sono i termini utilizzati per farlo: non si tratta di dare un'etichetta al disturbo che il paziente porta, quanto piuttosto di capire concretamente qual'è il problema, e per non rischiare di fare confusione possiamo parlare di valutazione del problema anziché di diagnosi.

Già il primo contatto, che solitamente avviene per telefono, può darci informazioni sulla persona e sul problema che ci presenta.

Nella prima seduta il compito del terapeuta è di stabilire la natura del problema per pianificare un intervento e un trattamento. Nell'approccio paradossale dobbiamo definire il problema in termini concreti. La terapia paradossale è concentrata sul sintomo: affinché avvenga il cambiamento non è necessario conoscere ragioni e motivazioni sottostanti.

Non è tanto importante porre l'accento sul perché un determinato problema si presenta, ma piuttosto sul chi, sul che cosa, sul dove e quando. Queste informazioni ci permettono di chiarire lo schema comportamentale ricorrente che sottostà al problema, dopo di che dobbiamo analizzare gli eventi che conducono al problema e il circolo vizioso che costituisce il problema stesso.

La fase finale della valutazione del problema consiste nel ricostruirne la storia. Questo comprende raccogliere informazioni sui mutamenti del problema nel tempo e capire come è nato, ponendo ancora una volta l'accento più sul cosa è accaduto quando il problema si è presentato che sul perché.

Un altro passo importante, una volta ottenuta una chiara descrizione del problema, è sondare i tentativi di soluzione già tentati dal paziente, da solo o in precedenti terapie. Fondamentale è cercare di capire perché secondo il paziente i tentativi sono falliti. Questo ci permetterà di comprendere l'atteggiamento del paziente verso il problema.

Successivamente occorre stabilire insieme al paziente gli obiettivi del trattamento. Questi obiettivi dovranno essere espressi in termini concreti, di comportamento. Solitamente l'obiettivo del trattamento è quello di eliminare i sintomi, e discutendo con il paziente degli obiettivi il terapeuta ottiene maggiori informazioni sulla strutturazione dei sintomi, e su cosa si aspetta il paziente dalla loro scomparsa. Fissare obiettivi di trattamento serve come metro di misura dei miglioramenti compiuti, e come riferimento per la fine del trattamento. Permette inoltre di responsabilizzare il cliente per quanto riguarda il trattamento: il terapeuta diventa in questo modo una figura che aiuta un'altra (il paziente) a compiere un percorso di cambiamento. Compito del terapeuta è quello di aiutare il paziente a stabilire obiettivi realistici, non troppo ambiziosi ma nemmeno insignificanti.

A volte può capitare che il paziente non sia in grado o non sia disposto a specificare gli obiettivi, e questo complica il percorso terapeutico. I motivi possono essere diversi, ad esempio il paziente può aver affrontato terapie precedenti in cui gli obiettivi non erano stati fissati, o può spontaneamente considerarli insiti nel trattamento. Altre volte il paziente fornisce obiettivi molto generici) come 'crescere', essere felice, conoscere meglio se stesso) i quali però non sono qualcosa che può essere direttamente osservato, e non sono quindi verificabili in corso di terapia. È compito del terapeuta aiutare il paziente a tradurre questi obiettivi generici in obiettivi concreti.

Una seconda ragione per cui gli obiettivi a volte non vengono fissati è da imputare al terapeuta, per mancanza di capacità e/o di motivazione. Spesso non è facile fissare gli obiettivi e oltre a possedere una adeguata competenza e formazione teorica, il terapeuta deve essere convinto di quanto questi siano utili nel processo terapeutico tanto da non rinunciare ad ottenerli.

Per quanto riguarda la terapia familiare una ragione per cui a volte non si fissano gli obiettivi è che la famiglia stessa è troppo scossa dall'inizio del trattamento, poiché tutta l'attenzione della prima seduta è rivolta a risolvere in qualche modo un momento di crisi. In questo caso non è consigliabile fissare obiettivi: prima è meglio risolvere la crisi, e solo in seguito si potrà pensare realmente in termini di cambiamento ed obiettivi. In questi casi invece di aumentare la confusione cercando di fare concentrare su qualcosa che in quel momento è poco realistico, è meglio cercare di diminuire il comportamento caotico rietichettandolo e prescrivendolo.

Infine può essere che il paziente non voglia fissare obiettivi perché in realtà non vuole cambiare, o perché ha verso il cambiamento un atteggiamento ambivalente. In questo caso specifico ci sono tre strategie che possono essere adottate. Anzitutto il terapeuta può direttamente fissare degli obiettivi che vengono verificati insieme al paziente. Ci sono poi

alcuni casi in cui apparentemente non ci sono fondati motivi per cui il paziente non fissi egli stesso obiettivi: il terapeuta allora può chiedergli di concentrarsi sul minimo cambiamento che potrebbe risultargli utile anche se sembra banale. Se però il paziente non riesce ad effettuare il minimo cambiamento o formulare l'obiettivo in nessun modo, l'ultima mossa del terapeuta è quella di dichiararsi impotente (Selvini Palazzoli et al., 1978): il terapeuta dichiara di non potere fare nulla in quella situazione, ma senza addossare la colpa al paziente.

Nelle situazioni in cui il paziente fissa obiettivi troppo ambiziosi, una buona tecnica è quella di spingerlo a perseguirli, spingere la fantasia del paziente all'estremo, esagerando il sintomo che consiste nell'incapacità di fissare obiettivi realistici. Anche per quanto riguarda i pazienti che fissano obiettivi insignificanti l'esagerazione può rivelarsi una strategia utile.

Durante il trattamento gli obiettivi vanno verificati, e talvolta riformulati, sia per osservare i cambiamenti, sia perché possono fornire al terapeuta una guida per l'intervento.

CLASSIFICAZIONE TECNICHE PARADOSSALI

Vari autori hanno cercato di suddividere e classificare le tecniche paradossali. Ad esempio Watzlawick (1974) e collaboratori hanno impiegato il termine "ristrutturazione" per identificare una classe di diversi interventi paradossali, ciò che accomuna questi interventi è che il problema viene tolto dal vecchio quadro di riferimento ed inserito in uno nuovo. Un altro tentativo è stato compiuto da Andolfi (1977) il quale ritiene ci siano due modi di ristrutturare un problema: prescrivere il sintomo, e prescrivere le regole (cioè prescrivere il comportamento disturbato).

Sempre nel 1977 un altro gruppo di terapeuti (Rohrbaugh, Tannen, Press, White, Raskin e Pickering) individuò tre tecniche fondamentali: prescrizione, limitazione e posizionamento.

Sluzki (1978) fece un tentativo ancora più articolato di compiere questa classificazione, fornendo di ogni tecnica la regola, la ragione logica e la descrizione.

In realtà definire gli interventi paradossali è complesso. Le definizioni o sono talmente vaghe e astratte da perdere di significato, oppure non sono abbastanza ampie da comprendere tutte le tecniche di natura paradossale. Quello che manca è un continuum lungo cui tipizzare e classificare queste tecniche. Le tecniche paradossali possono essere definite come tutte quelle tecniche che producono un cambiamento di secondo ordine, secondo la distinzione fatta da Watzlawick e collaboratori (Weeks e L'Abate). Watzlawick (1973) ha affermato che un cambiamento di primo ordine è un cambiamento che avviene all'interno di uno stesso sistema, il cambiamento di secondo ordine invece indica un cambiamento del sistema stesso.

Tornando alla classificazione, secondo Weeks e L'Abate (1982) possiamo classificare le

tecniche paradossali secondo due principi: il livello di intervento (individuale, interattivo, transattivo o sistemico) o suddividendo i paradossi in basati sull'obbedienza o sulla disobbedienza.

Seguendo il primo criterio possiamo notare che i paradossi che agiscono a livello individuale sono quelli che incontriamo più spesso; a volte coinvolgono altre persone ma il cambiamento avviene solo sull'individuo. Molti esempi di questo tipo di paradossi li possiamo trovare nell'opera "Terapie non comuni" di Haley. La seconda categoria di paradossi, quelli interattivi, è più complessa in quanto il terapeuta deve rivolgere due o più paradossi interconnessi ai vari membri della famiglia. Infine abbiamo quelli di terzo livello, transattivo o sistemico, che richiedono, per essere applicati, una profonda comprensione del sistema relazionale familiare.

Per quanto riguarda il secondo principio possiamo separare i paradossi basati sull'obbedienza da quelli basati sulla sfida o sulla disobbedienza. Nel paradosso basato sull'obbedienza il cambiamento avviene quando il cliente cerca di obbedire alla prescrizione del terapeuta, trovandosi così o nell'impossibilità di obbedire, o in una situazione sgradevole o punitiva. Le strategie basate sulla sfida partono dal presupposto che il paziente si opporrà ad eseguire la prescrizione, ma il terapeuta vuole che non la esegua e che quindi cambi, predicendo che accadrà qualcosa il terapeuta contribuisce a fare in modo che non accada. Una tecnica di questo tipo consiste nel predire che accadrà qualcosa a cui il paziente si opporrà in tutti i modi, è una tecnica che viene spesso impiegata con le coppie che litigano. Gli interventi basati sull'obbedienza pongono l'attenzione sulle dinamiche intrapersonali suggerendo al paziente di fare di più ma sempre seguendo la stessa strada, mentre quelli basati sulla sfida pongono l'accento sulle dinamiche interpersonali facendo leva sul bisogno del paziente di opporsi al terapeuta, di batterlo, di essere in una posizione di superiorità.

Secondo la teoria socio-psicologica della "reattività psicologica" di J. W. Brehm (1966, 1973) e S. Brehm (1976) è possibile stabilire il bisogno del paziente di mantenere e difendere la propria libertà. La perdita della libertà può essere imposta da se stessi o da altri (es. il terapeuta). Il grado di reattività psicologica del paziente è funzione di tre variabili sulle quali il terapeuta può agire: 1) l'importanza che il paziente dà alla libertà di comportamento in un determinato ambito; 2) il numero di ambiti minacciati; 3) la gravità della minaccia. Rohrbaugh e collaboratori (1977) ritengono che basandosi su questa teoria si possa scegliere quale tipo di intervento paradossale sia il più adatto con un determinato paziente. In particolare essi ricorrono a due indicatori di questa teoria per decidere se utilizzare strategie basate sull'obbedienza o sulla sfida: vengono valutati il potenziale di reattività (cioè quanto

per il paziente è necessario sfidare gli altri) e la misura in cui il paziente si percepisce libero dal sintomo (perché se non mi sono liberato di un sintomo, questo sintomo è fuori controllo, si presenta spontaneamente). Le strategie basate sull'obbedienza sono adatte quando il paziente non si sente libero dal sintomo e c'è una bassa reattività. Quando invece c'è alta reattività e il paziente si sente libero dal sintomo sono adatte strategie basate sulla sfida, adeguate anche quando chi circonda il paziente avverte il comportamento come problematico mentre il paziente stesso non si rende conto che è fuori dal suo controllo. Infine possiamo vedere che gli interventi paradossali non sono particolarmente adatti quando il potenziale reattivo è basso e il paziente si sente libero dal sintomo, in questo caso è preferibile procedere con un approccio tradizionale, diretto. Nel caso in cui si voglia comunque utilizzare un approccio paradossale, meglio adottare strategie basate sull'obbedienza in modo da rendere il sintomo un fastidio. La situazione più complicata da affrontare è quando ci troviamo di fronte ad elevati livelli di reattività e il paziente non si sente libero dal sintomo. In questo caso secondo Rohrbaugh (1977) si può ricorrere ad alcune strategie: accrescere l'obbedienza presentando con molta delicatezza l'intervento; presentare una serie di alternative o l'illusione della scelta; chiedere al paziente di accettare l'accordo con il terapeuta a priori, prima di sapere di cosa si tratta e anche se sembrerà irragionevole (Watzlawick, 1974); infine si può cercare di raggiungere comportamenti collaterali dai quali il cliente si sente libero, per mezzo di una strategia basata sull'obbedienza.

TECNICHE PARADOSSALI

Come non è semplice effettuare una classificazione delle tecniche paradossali, non è semplice nemmeno distinguerle e illustrarle dal punto di vista clinico. La strada scelta da Weeks e L'Abate (1982) è proprio quella di cercare di organizzare tutte queste tecniche per poter dare un riferimento applicativo. Inoltre per poterle applicare non solo bisogna conoscerle ma bisogna conoscere anche il modo di intervento, lo specifico schema che sottostà ad ogni tecnica (schemi che in alcuni casi verranno solo esposti, e in altri esemplificati). La rassegna fatta da Weeks e L'Abate si pone come obiettivo di essere una guida per il terapeuta nella scelta della tecnica più adeguata in ogni circostanza. Nonostante questo obiettivo, per loro stessa ammissione, questa rassegna è lontana dall'essere completa ed esaustiva. La linea guida indicata dagli autori, che mi appresto a mia volta a seguire, è quella di raggruppare insieme tecniche dallo schema simile.

Ristrutturazione

Laura ha 41 anni. Quando arriva da me soffre di attacchi di panico da cinque anni, oltre ai pensieri e all'ansia crescente il sintomo che più la disturba è la nausea forte che le viene durante ogni attacco di panico. Ha sempre paura di vomitare, gira con i sacchetti di plastica in tasca, ha sogni ricorrenti su case piene di bagni. Mette in atto alcune strategie di controllo sull'ambiente in cui si trova, a mensa deve sedersi nei tavoli da dove è facile scappare, ha ridotto le uscite a cena, evita di mangiare prima di andare in determinati posti che sa che le possono scatenare l'attacco di panico (es. centro commerciale, macchina, mezzi pubblici), e se è possibile evita di frequentare questi posti.

In prima seduta dico a Laura che l'ansia ci segnala che c'è qualcosa nella nostra vita a cui dobbiamo prestare attenzione, qualcosa che non va bene per noi. Laura sembra scettica.

Concludo la quarta seduta ricordando a Laura questa cosa, che l'ansia ci vuole dire qualcosa, ci costringe a fermarci e a considerare tanti aspetti della nostra vita, e proprio per questo dovrebbe ricordarsi di ringraziarla quando arriva. Lascio Laura dicendole che quando le verrà il prossimo attacco di panico dovrà ringraziare l'ansia in modo sincero, credendo più che mai nel ringraziamento che sta facendo.

Laura esce dal mio studio confusa e perplessa per il compito che le ho dato.

In quinta seduta Laura riferisce che gli attacchi di panico durante la settimana svanivano appena lei ringraziava l'ansia. In sesta seduta gli attacchi di panico sono praticamente scomparsi, e Laura accetta di cominciare ad affrontare alcune delle cose che le fanno paura (es. viaggio sui mezzi pubblici, cena fuori..), nonostante le avessi detto che c'era una buona probabilità che gli attacchi di panico tornassero in queste situazioni (predizione di una ricaduta, vedi paragrafi successivi), forte del fatto che se proprio le dovesse venire un attacco di panico può sempre ringraziare l'ansia. Si ripresentano un paio di attacchi di panico leggeri e poi più. Dopo qualche mese Laura affronta un viaggio in treno di 3 ore, e utilizza la metropolitana affollata a Roma, utilizza anche un trenino urbano pieno di gente, che per un lasso di tempo rimane anche bloccato senza manifestare nessun attacco di panico.

Watzlawick (1974) definì la ristrutturazione come “dare una nuova struttura alla visione del mondo concettuale e/o emozionale del soggetto e porlo in condizione di considerare i fatti che esperisce da un punto di vista tale da permettergli di affrontare meglio la situazione anziché eluderla, perché il modo nuovo di guardare al realtà ne ha mutato completamente il senso”. Sinteticamente si tratta di cambiare il significato che viene attribuito a una determinata situazione (Weeks e L'Abate, 1982). Lo stesso Watzlawick e i suoi collaboratori hanno

applicato questo concetto mediante l'uso di paradossi prescrittivi.

Grunebaum e Chasin (1978) definiscono a loro volta la ristrutturazione come il cambiamento di uno schema di riferimento entro il quale è visto un comportamento: cambiare lo schema di riferimento produce automaticamente un cambiamento del modo in cui la persona è etichettata, mentre con il rietichettamento si cambia l'etichetta data al paziente ma non il sistema di riferimento. Questa differenza risulta utile in ambito familiare, quando è necessario spostare il quadro di riferimento dall'individuo alla famiglia intera.

Selvini Palazzoli (1978) ha chiamato questa tecnica connotazione positiva. Essa ha lo scopo di evitare che vengano tracciate linee di demarcazione troppo nette all'interno della famiglia con il rischio che il paziente designato venga identificato come il "cattivo" e tutti gli altri come i "buoni". È infatti necessario porre tutti i membri della famiglia sullo stesso piano. Inoltre la connotazione positiva permette di mantenere la stabilità e la coesione familiare che è in fondo lo scopo ultimo anche della patologia (Selvini Palazzoli, 1978).

Rietichettamento

*Paola ha 38 anni. Arriva da me decisa ad affrontare una volta per tutte un presunto abuso da parte del padre avvenuto quando lei era una ragazzina (12 anni). Il suo problema è di non essere più certa se questo abuso sia successo realmente oppure se lo è immaginata, e nel primo caso si accusa di avere istigato il padre in qualche modo. Ha deciso di affrontare questo momento difficile della sua vita perché in seguito ad alcune telefonate con il padre che non sentiva da almeno 15 anni, e a causa di una serie di malintesi e fraintendimenti ha confessato alla sorella gli abusi. Oltre al grande dolore per questo ricordo Paola sperimenta un grande senso di colpa per non essere riuscita ad essere sincera con la sorella e a raccontarle tutto prima. **Le faccio presente che, considerato che la sorella è più piccola di lei, ha messo in atto nient'altro che un comportamento di protezione nei suoi confronti, e non le ha mentito ma ha fatto quello che tutti noi facciamo con le persone che vogliamo proteggere, soprattutto se le vogliamo proteggere da grandi dolori e cose grandi e difficilmente gestibili, come può essere un abuso intrafamiliare.***

Immediatamente il viso di Paola si distende un po', vedo che fa subito suo il fatto di avere protetto la sorella piuttosto che averle mentito, e comincia ad entrare nell'ottica che un abuso intrafamiliare è qualcosa di grave, non qualcosa che una ragazzina può causare.

Il rietichettamento consiste nel cambiare l'etichetta data alla persona senza necessariamente cambiare il quadro di riferimento del comportamento. Quasi sempre si cambia un'etichetta

negativa in positiva, ponendo l'attenzione sugli elementi positivi e di adattamento, normalizzando.

Nel corso degli anni, in ambito psicologico, psicoterapeutico e psichiatrico, molto si è dibattuto sull'utilità o meno di usare etichette quali “malato” o “malato mentale”, fino ad arrivare a mettere in dubbio anche la parola “paziente”, basti pensare a Rogers (1940) che la ritiene un'etichetta negativa e utilizza nella sua psicoterapia la parola cliente.

È molto più frequente dare un'etichetta negativa piuttosto che positiva: viene colta subito, e subito interiorizzata. Una volta data tra l'altro è più complicata da togliere, perché per il meccanismo della profezia che si auto-avvera, l'etichetta tende a determinare il comportamento stesso della persona.

Dare una nuova etichetta permette di cambiare punto di vista, permette di pensare e avere sensazioni diverse riguardo allo stesso comportamento, e modifica anche l'opinione e il comportamento degli altri verso la persona. Oltre a modificare il modo di percepire il problema, può trasmettere l'idea che il sintomo è veicolo di cambiamento. Ne dà un buon esempio Landfield (1975) quando rietichetta lo stato confusionale come momento di preparazione per la crescita successiva, cosa che porta il paziente ad aspettarsi qualcosa di buono nell'immediato futuro.

Da un punto di vista teorico, secondo Bandler e Grinder (1975) il rietichettamento è un'applicazione del principio linguistico secondo cui il linguaggio non è la realtà (la mappa non è il territorio); le parole non rappresentano quindi una realtà immutabile.

Selvini Palazzoli e collaboratori (1978) dicono che bisogna riuscire a sbloccare la persona dalla “tirannia del condizionamento linguistico”: è il linguaggio che usiamo a bloccarci in una determinata realtà.

Il rietichettaamento secondo Weeks e L'Abate (1982), può avvenire su più livelli e in almeno due direzioni: può avvenire a livello individuale, diadico o sistemico; e avere una connotazione positiva o negativa. Come abbiamo detto in precedenza, di solito si passa da un'etichetta negativa a una positiva, ma non è escluso che possa essere utile, talvolta, il passaggio inverso. Grunebaum e Chasin (1978) hanno dimostrato come usare etichette che aggravano il disturbo del paziente possa essere utile ai fini terapeutici (es. In una coppia in cui la moglie definiva il marito cattivo, una volta diagnosticato come maniaco-depressivo, la situazione di coppia migliorò). In questo caso dare l'etichetta “malato” può contribuire a rendere il paziente più disponibile al trattamento, perché implica una possibilità di guarigione.

Paradossi prescrittivi

*Federica ha 36 anni, è un'insegnante di lettere delle scuole medie. Viene in terapia per un forte conflitto con il compagno, accentuato ulteriormente dal fatto che lui non è disposto a venire in terapia. Mi riferisce che una cosa che la disturba molto, anche professionalmente, è che da quando si è instaurata questa situazione di conflitto a casa lei non riesce a leggere un libro, non è più in grado di leggere oltre venti parole, anche se in quel momento non ha litigato con il compagno. Questa cosa la preoccupa molto perché sta notando che comincia ad estendersi anche alla correzione dei compiti dei suoi studenti. **Le spiego che non mi è chiaro il legame tra i litigi e la lettura, le chiedo quindi di fare uno sforzo e di litigare, nella settimana successiva, il più possibile con il suo compagno, litigare davvero per qualsiasi cosa le venga in mente.** La settimana successiva le liti sono diminuite come intensità e come frequenza, due settimane dopo dice che ha ricominciato a leggere un po' e non ha più difficoltà nella correzione dei compiti.*

La forma più comune di paradosso pragmatico è la prescrizione del sintomo. Un intervento prescrittivo porta con sé, a livello implicito, due messaggi: a) per liberarti del sintomo devi mantenerlo o addirittura esagerarlo, b) fai in modo che il sintomo, che è fuori controllo, si presenti per tua volontà (Rohrbaugh, 1977). Questo tipo di paradosso è applicabile a livello individuale, diadico e familiare.

Zeig (1980) studiando il lavoro di Erickson e basandosi su di esso ha elencato tre principi da seguire nella prescrizione del sintomo: a) usare il quadro di riferimento del paziente, b) usare comportamento, motivazione o conoscenze del paziente per effettuare piccoli cambiamenti, c) lasciare che sia il paziente a trovare una soluzione usando le proprie risorse. Sempre Zeig (1980) sottolinea che il sintomo rappresenta un canale di comunicazione costituito da varie componenti. Esiste un “complesso del sintomo” le cui parti possono essere usate per prescrivere il sintomo stesso. Le componenti sono:

- di natura cognitiva: pensieri del paziente quando di presenta il sintomo;
- di natura affettiva: le sensazioni del paziente quando il sintomo si presenta;
- di natura comportamentale: il comportamento del paziente quando si presenta il sintomo;
- di natura contestuale: il contesto in cui il paziente ha il sintomo;
- di natura relazionale: gli effetti del sintomo sugli altri;
- di natura attitudinale: l'atteggiamento del paziente verso il sintomo;

- di natura simbolica: l'oggetto che rappresenta il sintomo.

E' importante che per prescrivere il sintomo il terapeuta scelga soltanto uno degli elementi del complesso del sintomo, ma è difficile dare sapere quando usarne uno piuttosto che un altro.

Zeig ha elaborato cinque tecniche che hanno lo scopo di massimizzare la probabilità che un paziente sia disposto ad eseguire una prescrizione. La prima tecnica consiste nel fornire una ragione logica al paradosso. La seconda tecnica è quella di non essere direttivi, e prescrivere il sintomo in termini ambigui. La terza tecnica consiste nella prescrizione del sintomo in modo che il paziente possa rifiutarne alcune direttive. La quarta tecnica è quella di usare la curiosità del paziente, al paziente viene detto che a un certo punto gli verrà assegnato un compito particolare. Infine la quinta ed ultima tecnica consiste nel provocare un piccolo cambiamento nel sintomo.

A livello individuale i primi passi nell'utilizzazione del sintomo sono stati fatti da Frankl (1967) e dai logoterapeuti con la tecnica chiamata intenzione paradossale, analoga alla prescrizione del sintomo. Questa tecnica consiste nel dire al paziente di allenarsi a provare il sintomo in forma estrema e il più frequentemente possibile, il sintomo perde la sua efficacia quando il paziente riconosce che è assurdo e riesce a distaccarsene al punto di riderne. Frankl ha anche analizzato il circolo vizioso dell'ansia anticipatoria che precede il sintomo, visto che è proprio quest'ansia a fare in modo che il sintomo si presenti, e il presentarsi del sintomo rinforza quest'ansia anticipatoria. Si chiede al paziente di rinunciare a tutti quei meccanismi che ha messo in atto fino a quel momento per evitare il sintomo.

Watzlawick (1974) ha presentato due variazioni alla prescrizione del sintomo. Il primo metodo, che è stato chiamato “pubblicizzare anziché nascondere” è usato verso quei comportamenti che mettono in imbarazzo (es. parlare in pubblico), il suggerimento dato al paziente consiste nello sbandierare ai quattro venti il proprio sintomo. Un'altra forma di prescrizione del sintomo è utile per rendere manifesto ciò che finora si è cercato di nascondere, ad esempio a una persona che ha paura di commettere errori si dirà di compierne uno piccolo nel contesto per lui problematico (Weeks e L'Abate, 1982).

Questa tecnica paradossale è stata usata anche a livello diadico e familiare. Una variante è stata teorizzata da Andolfi (1977), nella cui tecnica ad essere prescritte sono le regole del sistema: tale tecnica consiste nel cogliere qual è o quali sono le regole implicite di un determinato sistema e prescriverla a tutto il sistema. Selvini Palazzoli (1977) ha usato una tecnica analoga chiamata il “rituale familiare”. Il rituale familiare è altamente formalizzato, nulla viene lasciato al caso: luogo, ora, frequenza, cosa dire, in che ordine devono parlare i membri della famiglia; viene usato quando nella famiglia è presente un “mito” nocivo per la

famiglia stessa e per i suoi membri.

Prescrizioni collegate al tempo

*Giorgia ha 31 anni. Viene da me per un problema di bassa autostima e poca fiducia nelle proprie capacità. Dopo alcune sedute in cui parliamo di queste cose mi riferisce che da qualche giorno non fa altro che pensare al suo ex ragazzo, e questo la preoccupa molto oltre che disturbarla e farla sentire in colpa nei confronti dell'attuale compagno. **Le prescrivo allora di pensare al suo ragazzo in orari prestabiliti della giornata e per tutto il tempo che le dico io. Distribuiti nell'arco della giornata le assegno otto momenti della giornata in cui dovrà per forza pensare al suo ex ragazzo per 15 minuti consecutivi. Il primo giorno esegue il compito, a metà del secondo comincia a dimenticarsi, il terzo giorno non ha più voglia di pensarci e si rende conto che la sua preoccupazione era eccessiva.***

Le prescrizioni paradossali possono essere associate a un dato momento, oppure a uno stato interno del paziente. Una forma di prescrizione importante è la programmazione del sintomo (Newton, 1968). Questa tecnica comporta la scelta di un momento in cui il paziente deve fare comparire il sintomo, e stabilisce solitamente anche il periodo di tempo per cui il sintomo deve manifestarsi; spesso la prescrizione è associata a una spiegazione logica che convinca il paziente a seguirla. Tipicamente il paziente all'inizio esegue il compito, anche se è molto faticoso, nel giro di un paio di giorni comincia ad eludere il compito. A volte è utile programmare l'ora esatta in cui si deve presentare il sintomo, antecedente a quella in cui il sintomo si presenta di solito, oppure si può prescrivere di fare comparire il sintomo insieme a determinate sensazioni. Un'altra tecnica consiste non nel prescrivere il sintomo in un dato momento, ma nell'allungare la durata di determinate sensazioni. Talvolta è utile prescrivere un aumento di frequenza del sintomo.

Paradossi descrittivi

Secondo Weeks e L'Abate (1982) quando si descrive qualcosa, implicitamente se ne prescrivono le caratteristiche. La descrizione è l'affermazione di un modo di essere di una determinata cosa, che secondo noi deve essere condivisa dagli altri. Weeks e L'Abate utilizzano messaggi descrittivi scritti con i loro pazienti, questi messaggi sono composti di tre parti, e in particolare la terza parte contiene una tecnica paradossale elaborata dagli autori stessi. È importante sottolineare anche che la maggior parte di questi paradossi descrittivi sono rivolti a coppie o famiglie. Ma veniamo alla struttura del messaggio. La prima parte

consiste in una connotazione positiva: alla coppia o alla famiglia viene detto quanto il comportamento o il sintomo messo in atto sia apprezzato, e avviene un rietichettamento. Nella seconda parte c'è una descrizione dialettica del rapporto familiare o di coppia, vengono messi in luce fenomeni di oppositività, contraddizione e polarizzazione esagerandoli (in particolare la polarizzazione che secondo gli autori è sempre piuttosto accentuata nei sistemi disfunzionali). Infine la terza parte è costituita da una domanda rivolta alla famiglia riguardo il sintomo o comportamento in atto: può venire chiesto alla famiglia se è veramente felice nella situazione in cui l'abbiamo descritta oppure viene chiesto di riflettere sul modo di rapportarsi all'interno della famiglia stessa; in alternativa a volte si limita il cambiamento, dicendo che cambiare è troppo rischioso.

Tecniche di limitazione

Giulia ha 45 anni. Arriva da me con un tono dell'umore piuttosto depresso, a suo dire senza motivo. Si sente molto nervosa, irritabile, si arrabbia per qualsiasi cosa e dice di non averne motivo. In particolare le dispiace essere sempre molto nervosa con i figli e avere perso completamente l'intimità con il marito, il quale, dice, risente molto di questa cosa e gliene fa una colpa, ma lei proprio non ce la fa. Non hanno rapporti sessuali da quasi un anno, fatto inizialmente motivato da problemi di salute del marito, ma questi non sono ripresi nemmeno quando la situazione si è stabilizzata. Le chiedo allora cosa sia successo prima dell'inizio di questo periodo di umore così basso costellato da tanto nervosismo. Mi dice che circa un anno prima il marito aveva fatto un incidente in moto in cui aveva rischiato di perdere un piede; questo era successo al settimana dopo aver concluso con il figlio minore un percorso per diagnosticare e certificare un disturbo specifico dell'apprendimento. Poco prima di questo la madre aveva subito un importante intervento per un grave problema cardiaco, intervento avvenuto, a sua volta, circa due mesi dopo la morte del padre a causa di un tumore. In merito a questo Giulia si incolpa inoltre di non essersi battuta abbastanza per fare provare a suo padre il meno dolore possibile.

*Considerati alcuni dettagli che mi racconta le propongo, e decidiamo insieme, di affrontare i traumi degli ultimi anni della sua vita con l'EMDR. Le spiego in cosa consiste il trattamento e che può avere momenti di forte emozione, e che proprio per questo **devo chiederle in questo momento di accantonare un attimo l'idea di riconquistare l'intimità con il marito, anzi visto che dovremo affrontare alcune sedute piuttosto difficili ed emotivamente molto cariche, le dico che è proprio il caso in questo periodo eviti in tutti i modi di avere rapporti sessuali.** Le chiedo di ripensare a come, prima delle cose successe negli ultimi 3 anni, salutava marito e*

figli quando tornava a casa dal lavoro. Mi dice che semplicemente diceva ciao e sorrideva, cosa che ormai non fa da mesi, e al marito dava un bacio. Le dico che è giusto che lei assecondi i suoi desideri (messaggio criptico, vedi paragrafo seguente) e che tutto quello che può fare per sentirsi bene come madre e moglie è questo: dire ciao, sorridere e dare un bacio al marito, anche se magari le prime volte dovrà pensarci e sforzarsi per farlo.

In seconda seduta arriva un po' imbarazzata e mi dice che ha avuto un rapporto sessuale con il marito.

Questa tecnica apparentemente va contro quello che è uno dei miti della psicoterapia, cioè il fatto che il terapeuta debba sempre promuovere e incoraggiare il cambiamento, che debba sempre essere ottimista verso il futuro e debba sempre sostenere il cliente.

Le tecniche di limitazione servono ad evitare che si instauri un rapporto di dipendenza col terapeuta, e anche ad evitare che nel momento in cui la terapia non conduce da nessuna parte il terapeuta faccia ricadere la colpa sul paziente o chiuda il trattamento.

Secondo Rohrbaugh (1977) l'affermazione limitativa implica il messaggio "Per cambiare, rimanga lo stesso, oppure lasci perdere". Ci sono molti modi per limitare il cambiamento, e tecniche diverse vanno usate in momenti diversi a seconda che si vogliano accrescere o mantenere le acquisizioni già ottenute. Ad esempio le tecniche limitative possono aiutare a risolvere una problematica molto comune in psicoterapia, e cioè il fatto che un paziente che viene di sua spontanea volontà rifiuti in realtà il cambiamento, o abbia comunque un atteggiamento ambivalente nei confronti di questo.

Un procedimento a cui si può ricorrere per aiutare il paziente a risolvere la propria ambivalenza è aiutarlo a polarizzare e cristallizzare le conseguenze del cambiamento (Weeks e L'Abate, 1982). Questa tecnica può essere usata nella maggior parte dei casi, ma raggiunge al massima efficacia con problemi vecchi, e quando il paziente oppone molta resistenza. In sostanza si pone il paziente davanti al fatto che un cambiamento potrà avere conseguenze negative oltre a quelle positive, quindi prima di arrivare al cambiamento il terapeuta si deve assicurare che siano vantaggiose per il paziente. Il terapeuta dovrà presentare al paziente tutte le possibili conseguenze negative del cambiamento, conseguenze che saranno in realtà positive ma presentate in modo negativo.

Altre due tecniche a cui si può ricorrere per affrontare la resistenza al cambiamento sono l'inibizione e il divieto di cambiare (Weeks e L'Abate, 1982). Inibire il cambiamento significa rallentare il ritmo a cui il cliente pensa si debba andare "non cambi più in fretta di quanto è capace" o ancora "se proprio deve cambiare, lo faccia piano e con attenzione". Watzlawick e

collaboratori (1974) sottolineano l'importanza di fare cambiamenti di modesta entità, per accrescere la reattività del paziente. Il divieto di cambiare è il passo successivo. Ci sono due modi per vietare il cambiamento, uno è quello che Watzlawick (1974) ha chiamato "arrendersi". Con questa tecnica si dice al paziente di arrendersi al sintomo, poi lo si prescrive. L'altro modo di vietare il cambiamento invece è più diretto (Weeks e L'Abate, 1982), si dice al paziente di non effettuare quel comportamento che vorrebbe cambiare. Questa tecnica tipicamente viene usata per la terapia sessuale, anche se pochi terapeuti di questo campo si dichiarano terapeuti paradossali. Solitamente si vieta al paziente di avere rapporti sessuali (Masters e Johnson, 1970) per poi dirgli successivamente che può averli solo in determinate e prescritte condizioni. Lo scopo dell'ingiunzione è ridurre l'ansia collegata al rapporto che spesso sta alla base di tutte le difficoltà. Talvolta si vede come il divieto di fare una cosa sia sufficiente per innescare quel cambiamento che il paziente desidera, avviene a volte una guarigione spettacolare, che va incontro però a ricadute se non si persevera con la strategia di limitazione. Le tecniche limitative sono state spesso utilizzate da Erickson che affermava "ogni volta che cominci a togliere qualcosa a qualcuno, subito insiste che tu glielo dia....quando smetto di dar ordini nel momento giusto, allora (il paziente) si sostituisce a me e fa le cose per se stesso, ma non riconosce di essersi sostituito a me". Spesso usava questa tecnica con i pazienti che si opponevano al cambiamento.

Dichiarazione di impotenza

In casi estremi, per eliminare la resistenza del paziente al cambiamento è dichiarare impossibile il cambiamento stesso, si dice che non si può fare nulla per un determinato sintomo e si definisce la situazione senza speranza (Weeks e L'Abate, 1982). A questa strategia si ricorre come ultima risorsa, quando il paziente non ha reagito davanti ad altre tecniche paradossali al terapeuta non rimane altra scelta.

Selvini Palazzoli e collaboratori (1978) hanno usato questa tecnica con le famiglie, dichiarando che il terapeuta deve dichiarare la sua impotenza alla famiglia, senza però accusarla, il terapeuta deve accusare se stesso, squalificando il proprio ruolo di promotore del cambiamento. Solitamente la famiglia reagisce attuando cambiamenti "spontanei".

Secondo Weeks e L'Abate (1982) le tecniche limitative e la dichiarazione di impotenza possono essere utili con i pazienti che rispondono sempre "Sì..ma", con le coppie e le famiglie che non riescono a cambiare o che si aspettano troppo dal trattamento.

Predizione di una ricaduta

*Elisa ha 45 anni viene da me per un percorso di supporto alla separazione con il marito. La situazione è molto dolorosa, complicata dal fatto che oltre ad avere in comune beni personali, hanno anche due figli e una piccola azienda insieme, questa situazione l'ha portata ad avere sbalzi d'umore e momenti di crisi e di pianto che la disturbano molto. Dopo varie sedute l'umore di Elisa migliora, arriva il momento della separazione legale. Vedo Elisa qualche giorno prima che vada in tribunale per firmare la separazione. Ha paura di crollare proprio nel momento in cui vedrà il marito e saranno in tribunale, non vuole avere crisi di pianto davanti a lui e agli avvocati. **Le dico che purtroppo proprio, per l'importanza del gesto che farà, quella sicuramente non sarà una buona giornata e che il suo umore non sarà sicuramente buono e c'è possibilità che le venga anche da piangere.** Alla seduta successiva Elisa mi racconta che il giorno in cui ha firmato la separazione non ha avuto particolari sbalzi d'umore, non le veniva da piangere e si sentiva serena.*

Nella maggior parte dei trattamenti paradossali a un certo punto è necessario prescrivere al paziente una ricaduta. Quando si impartisce una prescrizione paradossale, se ha successo il sintomo scompare; successivamente bisogna dire al paziente che il sintomo riapparirà improvvisamente, ponendo così il paziente in un doppio legame terapeutico: se il sintomo riappare il terapeuta lo ha predetto e quindi il sintomo è sotto il suo controllo, se invece non riappare è sotto il controllo del paziente. Il sintomo non può più essere incontrollabile.

Quando il sintomo ricompare il terapeuta ha diverse possibilità, solitamente il sintomo si ripresenta in modo meno grave e lo si può ad esempio continuare ad affrontare predicendo altre ricadute finché non scompare del tutto.

Molti pazienti vivono la prescrizione della ricaduta come una sfida nei confronti del terapeuta, e proprio per questo, per dimostrare che il terapeuta ha torto, il sintomo non si ripresenta più.

Prescrizione di una ricaduta

Un'estensione della tecnica appena esposta è la prescrizione di una ricaduta. Weeks e L'Abate utilizzano le due tecniche in modo integrato. Prima di tutto prescrivono la ricomparsa del sintomo in modo da farlo diventare qualcosa di molto fastidioso per il paziente. Inoltre il sintomo viene prescritto in modo esagerato, e questo viene giustificato con il fatto che a volte è utile osservare una vecchia modalità di comportamento per impararne qualcosa. Se il sintomo rappresenta una grossa scocciatura per tutti, le probabilità che ricompaia sono minime.

Posizionamento

Secondo Rohrbaugh (1977) con questa tecnica il terapeuta accetta ed anzi esagera la posizione e le asserzioni del paziente riguardo a se stesso. Spesso il paziente è in opposizione ad altre persone o al terapeuta: l'autore afferma che questa tecnica è l'ideale per chi gioca a "tutto il contrario". Assecondando il paziente a livello verbale lo si costringe in realtà a cambiare tipo di reazione in termini di comportamento.

Paradossi indiretti e messaggi criptici

Maria è una signora di 48 anni. Mi viene assegnata come paziente durante il tirocinio in un centro di salute mentale territoriale. Mi viene presentata come una persona tipicamente passivo-aggressiva, da sempre depressa e che deve dire in continuazione quanto lei stia male. Maria ha cercato spesso un sostegno terapeutico che finisce inevitabilmente per minare o non presentandosi alle sedute o screditando il terapeuta e la terapia.

La tutor che mi ha assegnato la paziente si dichiara dubbiosa che la signora si presenti fin dal primo colloquio. Contatto Maria telefonicamente per darle appuntamento e le chiedo se cortesemente mi può avvertire nel caso fosse impossibilitata a venire così che possiamo lasciare il posto in ambulatorio a chi ne ha veramente bisogno (doppio legame). Maria è seccata e afferma che lei ha bisogno, e che sicuramente verrà. Maria farà 6 sedute con me senza mai saltarne o rimandarne una.

Uno dei principali problemi riportati da Maria è la mancanza di lavoro. Nessuno vuole dare lavoro a una donna della sua età che, dice lei, non sa fare niente. Analizziamo più volte la situazione lavorativa, anche perché la mancanza di lavoro le fa rischiare di perdere la casa. Maria si oppone a qualsiasi mia proposta e tentativo, a volte portando la motivazione dell'età, a volte quella dell'esperienza. A un certo punto comincio ad assecondarla e a dirle che effettivamente la situazione così come me la presenta è disperata, a quel punto inizia a vedere degli spiragli nella sua vita, dice che in fondo se ha avuto un lavoro potrebbe riaverlo, che se è riuscita a stringere amicizie in passato può farlo di nuovo (posizionamento, si veda paragrafo precedente). In terza seduta mi chiede cosa penso di lei ora che ci siamo viste per qualche volta. La dico che io vedo una persona molto attiva, vitale e piena di energie (rietichettamento). Maria sgrana gli occhi, trattiene uno scatto del corpo verso di me, è visibilmente irritata, ma si trattiene, rimane passiva. Aggiungo che tutto questo glielo si vede negli occhi, c'è semplicemente qualcosa che trattiene tutto questo. Successivamente le propongo una seduta di rilassamento in cui le do alcune suggestioni riguardo al fatto che è inutile cercare di cambiare tutto quello che abbiamo intorno, tutto il contesto in cui siamo

*calati (limitazione), che questo rischia di diventare un inutile dispendio di energie, le suggerisco piuttosto **di cercare di guardare con occhi diversi quello che ha intorno e vedere se da tutto ciò si può trarre anche qualcosa di buono, osservare ciò che è e soprattutto ciò che non è. E poi in fondo che dipende solo da lei vedere quello che vuole vedere o che può vedere, e se non lo vuole vedere può anche decidere di non vederlo, ma se può vederlo potrebbe essere difficile fare finta di non vederlo.***

La seduta successiva Maria mi dice che ha cominciato a riordinare la casa anche se con estrema fatica, ha curato un po' di più il suo abbigliamento nell'uscire e ha riallacciato i contatti con un'amica che non sentiva da tempo.

Fino alla sesta seduta lavoriamo in particolare sulla motivazione a continuare a fare tutto ciò che si è messa a fare, ma farlo lentamente, senza fretta: ha aspettato tanti anni e non c'è bisogno proprio ora di fare tutto immediatamente (limitazione).

Tra la sesta e la settima seduta Maria trova lavoro; comincia a disdire le sedute perché troppo impegnata con il lavoro e non la vedrò più.

Un paradosso può essere presentato in modo diretto e comprensibile, ma si può anche presentare in modo indiretto, con messaggi criptici che contengono termini ambigui o vaghi, referenti non definiti, contraddizioni, doppi sensi e tutto ciò che possiamo inventare a livello linguistico per rendere difficoltosa la comprensione (Weeks e L'Abate, 1982).

Utilizzare questo tipo di messaggi presenta dei vantaggi: soprattutto con pazienti abituati alla terapia o pazienti che sono essi stessi terapeuti e, in linea generale con persone troppo razionali. Con queste tipologie di pazienti i messaggi criptici sono utili perché il paziente non può ignorarli, ma nemmeno opporvisi o resistervi.

I messaggi criptici trovano dunque largo impiego con le persone che si sentirebbero troppo minacciate da un paradosso più diretto; inoltre essi non sono facilmente riconoscibili come ingiunzioni, quindi nel momento in cui avviene il cambiamento il paziente sentirà di avere forza e controllo.

Maestro nell'utilizzo dei messaggi criptici era Erickson che ha affermato che un paziente non è altro che una persona che ha paura di affrontare direttamente le cose (Beahrs, 1977).

I messaggi criptici possono essere usati per creare uno stato di confusione (in modo analogo alla tecnica di confusione in ipnosi; Haley, 1967) successivamente al quale inserire un paradosso diretto. Una modalità particolare di messaggio criptico può essere l'utilizzo della metafora considerando che secondo Weeks e L'Abate (1982) il metodo paradossale comporta un cambiamento di secondo ordine, che la metafora è un termine o un concetto usato al posto

di un altro termine o concetto, e che il suo utilizzo permette di operare una trasposizione da una modalità sensoriale a un'altra (Koen, 1965).

Paradossi generatori d'insight

Eleonora ha quasi 36 anni quando viene da me per un disturbo da attacchi di panico che persiste da 10 anni. In questi 10 anni ha seguito una psicoterapia di tipo , a quanto mi pare di ricostruire psicoanalitico, individuale e di gruppo. In seconda seduta, dopo essermi fatta raccontare dettagliatamente il primo attacco di panico, avvenuto in auto mentre guidava, al sesto mese di gravidanza, e come si svolgevano invece quelli più recenti, sempre in macchina mentre tornava dal lavoro, le chiedo se qualcuno le avesse mai parlato dell'ansia in generale. Comincio allora a raccontarle di come l'ansia sia un meccanismo utile per la nostra sopravvivenza, e come a volte venga semplicemente male interpretato e ci spaventi al punto da instaurare un vero e proprio disturbo d'ansia o di attacchi di panico. In particolare Eleonora ha paura di svenire in macchina perché il sintomo che più la spaventa sono le vertigini. Allora le dico che quando l'ansia sale la pressione sanguigna aumenta, mentre quando sveniamo la pressione scende. Prima che possa finire la frase e dirle che deve scegliere uno dei due sintomi, Eleonora sgrana gli occhi e mi dice “Allora non posso svenire!” Da quel giorno si sono ripresentati solo un paio di attacchi di panico, molto leggeri.

L'insight, dalla nascita della psicanalisi in poi, è uno degli obiettivi della psicoterapia, anche se scuole di pensiero diverse lo definiscono in modi diversi. Secondo Weeks e L'Abate (1982) ritengono che gli insight di cui parlano tutte queste correnti teoriche siano cognitivi, ritengono invece che con il paradosso si possa produrre un insight pragmatico che nasce da solo. Il terapeuta fornisce la struttura perché questa esperienza possa avvenire, non dà un'interpretazione dell'esperienza. Secondo gli autori l'insight consiste in una riorganizzazione percettiva nell'esperienza immediata del cliente, è convincente, non vi si può sfuggire e a volte è talmente forte che quando avviene il paziente va in trance.

CONCLUSIONI

Al termine di questa trattazione potrebbe passare il messaggio che la terapia paradossale sia la panacea di tutti i mali. Per correttezza voglio sottolineare che, a parte rari casi, l'approccio paradossale è stato integrato ad altre tecniche, l'ipnosi in primis. Ritengo che questa integrazione si sia rivelata necessaria all'ottenimento di un cambiamento duraturo nella vita

del paziente. Certo è che l'intervento paradossale, con la sua capacità di sorprendere il paziente e con la sua estrema efficacia sul sintomo, crea una situazione di massima fiducia da parte del paziente nei confronti del terapeuta. Fiducia, questa, che agevola notevolmente tutto il lavoro successivo. Non trascurabile è anche il fatto che eliminare in poco tempo il sintomo produce un grande senso di sollievo e benessere nel paziente, il quale diventa più disponibile e recettivo a tutte le successive suggestioni terapeutiche.

Bibliografia

- Arone di Bertolino, R. (2003). *L'ipnosi per un medico*. Ed. Martina, Bologna.
- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano.
- D'Agostini, F. (2009). *Paradossi*. Ed. Carocci, Roma.
- Erickson, M. H. (1982). *La mia voce ti accompagnerà*. Ed. Astrolabio, Roma.
- Haley, J. (1973). *Terapie non comuni*. Ed. Astrolabio, Roma.
- Nardone, G., Watzlawick, P. (1990). *L'arte del cambiamento*. Ed. Ponte alle Grazie, Adriano Salani editore, Milano.
- Odifreddi, P. (2001). *C'era una volta un paradosso*. Ed. Grandi Tascabili Einaudi, Torino.
- Rampin, M., Nardone, G. (2002). *Terapie apparentemente magiche*. Ed. McGraw-Hill.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Flettrinelli, Milano.
- Watzlawick, P. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Ed. Astrolabio, Roma.
- Watzlawick, P. (1974). *Change*. Ed. Astrolabio, Roma.
- Watzlawick, P. (2007). *Guardarsi dentro rende ciechi*. Ed. Ponte alle Grazie, Adriano Salani editore, Milano.
- Watzlawick, P., Nardone, G. (1997). *Terapia breve strategica*. Ed. Raffaello Cortina, Milano.
- Weeks, G., L'Abate, L. (1982). *Psicoterapia paradossale*. Ed. Astrolabio, Roma.

Manuela Borghi

“SE UN TERAPEUTA LO FAREBBE, TU FAI IL CONTRARIO”

INTERVENTI PARADOSSALI IN PSICOTERAPIA

Parole chiave: paradosso, ipnosi, psicoterapia, doppio legame

RIASSUNTO

Nel panorama degli approcci psicoterapeutici, quello della psicoterapia paradossale è un approccio innovativo, insolito e dai risultati sorprendenti.

Viene presentata una rassegna storica degli autori che hanno usato il paradosso in psicoterapia, anche in modo inconsapevole. Segue una classificazione di tecniche paradossali esemplificate da casi clinici.

Manuela Borghi

“IF A THERAPIST WOULD DO IT, DO THE OPPOSITE”

PARADOXICAL INTERVENTIONS IN PSYCHOTHERAPY

Keywords: paradox, hypnosis, psychotherapy, double bind

SUMMARY

Among the existing psychotherapeutic approaches, the paradoxical psychotherapy is an innovative and unusual one, and can provide amazing results.

An historical review of the authors who used the paradox in psychotherapy, even if unawares, is provided. Follows a classification of the paradoxical techniques, illustrated by clinical cases.

L'autrice

Dr.ssa Manuela Borghi

Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia e Ipnosi S.M.I.P.I.

Via Armando Spadini 14, 40133, Bologna

Via Pascoli 10, 42025, Cavriago (RE)

Tel.: 3337977635, E-mail: manuela_borghi@yahoo.it