



DIALOGHI ADLERIANI

OSSERVATORIO DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE CONTEMPORANEA DELL'ISTITUTO ALFRED ADLER DI MILANO

IL SIGNIFICATO DELL'EFFETTO PARADOSSALE NELLA PSICOTERAPIA ADLERIANA

MICHAEL TITZE

IL SIGNIFICATO DELL'EFFETTO PARADOSSALE NELLA PSICOTERAPIA ADLERIANA

MICHAEL TITZE

*«Il paziente deve essere istruito
non solo ad accettare la propria paura
ma anche a riderne. Ciò richiede il coraggio
di essere ridicolo».*

V. E. Frankl

I. L'approccio adleriano: il bene nel male

I sintomi di una malattia psichica si presentano solitamente non solo come disagio, ma anche come indice di vergogna per la propria debolezza ed incapacità e ciò può essere considerato come se fosse auto-inflitto¹. Questa valutazione, soprattutto per gli individui super-razionali e scrupolosi, è molto imbarazzante e, pertanto, inaccettabile. Dunque, questi segnali di disagio sono di solito combattuti disperatamente. In realtà, i sintomi nevrotici, tuttavia, sono un espediente di salvaguardia, un supporto finale nelle varie situazioni della vita percepite come minaccia. Il compito del terapeuta, quindi, è quello di mostrare al paziente che i sintomi non sono soltanto un'espressione deprecabile di debolezza, ma che hanno anche la funzione di costituire mezzi ingegnosi, utili per la propria auto-affermazione².

Sintomi nevrotici si manifestano quando qualcuno è convinto di non essere in grado di risolvere i compiti importanti della vita in modo attivo e coraggioso. In tali casi, la paura e la vergogna sono le emozioni determinanti che inibiscono l'individuo nell'affrontare in modo coraggioso le difficoltà della vita. Le persone scoraggiate, dunque, tendono a rifuggire dai problemi: esse cercano di proteggersi con speciali mezzi di fuga. Per giustificare una tale manovra evasiva, il paziente nevrotico ha bisogno di una causa finale, che funzioni simultaneamente come discolpa di fronte alla propria coscienza. Questo scopo è perseguito attraverso il sintomo psicosomatico.

Questa finalità deve essere messa a conoscenza del paziente che, di conseguenza, può riconoscere che i sintomi corrispondenti funzionano come risorse difensive³. La ragione dell'utilizzo di espedienti difensivi è dovuta al fatto che al paziente manca il coraggio necessario per affrontare i problemi della vita in maniera assertiva⁴: le risorse espansive del paziente sono in gran parte sepolte e represses. Esse possono essere dischiuse e riattivate solamente in modo indiretto. Questo processo di rivitalizzazione funziona sistematicamente attraverso un incoraggiamento costante, che a sua volta

¹ La situazione è tuttavia differente nel caso di sintomi fisici e psicosomatici. Questi sono generalmente valutati come qualcosa imposto dal fato. La propria debolezza di solito non è considerata in questi casi.

² Nella sua fase adleriana, Frankl (1926) ha delineato che i sintomi nevrotici hanno due funzioni: da un lato essi sono espressione della psichica malattia sottostante, d'altro lato, funzionano come mezzi al servizio di un obiettivo inconscio.

³ Quando noi definiamo le risorse in modo generale, possiamo arrivare alla conclusione che esse siano fonti di una sicurezza esistenziale e di auto-protezione.

⁴ Questa capacità è un prerequisito per l'acquisizione di una coraggiosa affermazione di sé.

deve avvalersi dei vantaggi paradossali dei sintomi e della loro peculiarità di costituire risorse difensive. Il principio guida è il seguente: è buono tutto ciò che rafforza il paziente e che lo aiuta ad essere più espansivo. Tutti gli interventi, invece, che lo scoraggiano, che indeboliscono la sua fiducia in sé, devono essere considerati controproducenti.

In questo contesto, il terapeuta deve abbandonare il terreno della normalità e procedere verso la sfera dell'anormalità, dell'incongruità e dell'assurdità. Ormai, il terapeuta può guardare non solo i sintomi con occhi positivi, ma anche qualsiasi tipo di trasgressione delle norme e può comunicare ciò al paziente. Ciò significa che il terapeuta interpreta tali trasgressioni come espressione di un'adeguata strategia difensiva di sopravvivenza esistenziale.

Se un sintomo viene apprezzato in virtù della sua funzione di risorsa difensiva, esso incrementa quasi sempre nel paziente un maggior senso di competenza, di auto-accettazione, ma anche di autocontrollo. In questo contesto, si crea una traduzione, per il semplice fatto che il comportamento sintomatico viene rivalutato come se fosse una risorsa specifica. Ecco alcuni esempi (Weeks, 1977):

- intransigenza ostinata = comportamento coerente;
- comportamento immaturo = atteggiamento anticonformista;
- vivere una vita appartata e isolata = vivere in maniera contemplativa;
- essere poco socievole = prendersi cura di se stesso;
- essere passivo = accettare le cose come sono;
- essere eccessivamente asociale = selezionare accuratamente i propri amici;
- essere servile = cercare autorità e guida, al fine di trovare se stesso;
- coazione a controllare tutto = tendenza a ordinare condizioni di confusione;
- essere impulsivo in maniera inadeguata = desiderio di essere spontaneo;
- essere indisciplinato = cercare la propria strada nella vita;
- piangere senza motivo = essere in grado di esprimere sentimenti dolorosi in maniera autentica.

Il processo terapeutico, perciò, può assumere la forma di un atto creativo. Tutto ciò che il paziente fa (o non fa), può essere concepito come la manifestazione di un piano di vita implicito (uno *script*), che possiede un significato più profondo. Questo abile gioco potrebbe sembrare agli occhi del mondo come un ammasso di *deficit* e di fallimenti. Ma questa è una visione troppo limitata. Infatti, come il *clown* è un (volontario) esperto nell'arte d'inciampare, allo stesso modo anche il paziente si rivela un (involontario) esperto nell'arte di far buon uso dei propri sintomi, anche se questa abilità non è coscientemente a sua disposizione. Perciò, occorre stimolare nelle situazioni terapeutiche lo sviluppo della consapevolezza. In sostanza, occorre attivare un processo d'incoraggiamento costante, dirigendo il paziente in modo giocoso verso le proprie risorse, senza che le norme sociali che definiscono la realtà in maniera rigida possano fungere da ostacolo.

II. Le origini della terapia paradossale

L'idea fondamentale della terapia paradossale corrisponde al principio omeopatico di trattare il simile con il simile (*similia similibus curantur*). Nel *Corpus Hippocraticum* si trovano le seguenti

frasi che, a prima vista, sembrano assurde: «Il malessere (cioè, i sintomi) si cura col suo opposto». Un altro tipo di terapia è il seguente: «per mezzo dell'applicazione di qualcosa di simile la malattia è curata» (Blankenburg, 2003, p. 129). Questo principio paradossale è stato ripreso da Samuel Hahnemann (1810) all'inizio del 19° secolo ed è stato usato nella sua medicina omeopatica. Ma già la psicoterapia del 18° secolo aveva scoperto le infinite possibilità aperte da questo principio.

In tale contesto, il medico inglese John Hunter ha descritto nel 1786 nel suo libro "A Treatise on the Venereal Disease" il trattamento paradossale di un'impotenza erettile. Dopo l'anamnesi, Hunter capisce che l'incapacità del suo paziente di avere rapporti sessuali era stata sottoposta ad un principio paradossale: nel tentativo di compiere l'atto sessuale perfettamente, il paziente si era indebolito mentalmente. E questa debolezza aveva causato il dubbio o la paura di non avere nessun successo. Proprio questa paura era stata il vero motivo della sua incapacità sessuale.

Pertanto Hunter aveva comunicato al paziente che avrebbe potuto essere curato se avesse voluto affidarsi interamente al potere della sua abnegazione. Per raggiungere quest'obiettivo, l'uomo avrebbe dovuto seguire la seguente prescrizione: egli avrebbe dovuto rimanere sei giorni al fianco della sua partner sessuale senza alcun tipo di rapporto fisico.

Hunter scrive: «Circa 14 giorni dopo, quest'uomo mi aveva detto che la decisione di seguire l'astinenza aveva indotto un cambiamento completo nel suo stato d'animo. Invece di andare a letto con la paura dell'incapacità, l'uomo era andato a letto con la paura di essere posseduto da un tale eccesso di desiderio, che sarebbe stato difficile per lui seguire la mia prescrizione. E così avvenne! L'incantesimo era stato rotto: la sua anima e il suo potere interagivano di nuovo. Da allora in poi non ci fu alcuna ricaduta» (p. 38).

Hunter interveniva chiaramente in modo paradossale. Egli non combatteva i sintomi di impotenza tramite la ragione: questa sarebbe stata la strategia normale in una psicoterapia convenzionale. Se il successo previsto non si verifica, allora il terapeuta deve fare un grande sforzo, che potrebbe non essere compatibile con l'intenzione segreta del paziente. Quest'incompatibilità potrebbe preparare il terreno per una lotta di potere, perché il paziente reagisce, comprensibilmente, con insoddisfazione, mostrando al terapeuta quello scetticismo, che è definito "resistenza". C'è una tecnica adleriana che è stata concepita per controbilanciare rigorosamente questa resistenza. I dettagli sono descritti qui di seguito.

III. L'anti-suggestione

Alfred Adler, come uno dei primi rappresentanti della psicoterapia occidentale, ha iniziato nel 1914 ad applicare metodi paradossali. Ad esempio, egli raccomandava alle persone che soffrivano d'insonnia, di non sopprimere l'insonnia, ma al contrario di fare tutto il possibile per rimanere svegli. In questo contesto, Adler spiegava ai suoi pazienti di concepire un tale sintomo come qualcosa di positivo, vale a dire come «il segno positivo di una malattia curabile» (Adler, 1928, p. 173).

Una volta Adler era stato consultato da una famiglia che era tiranneggiata ogni mattina dalla loro piccola figlia che avrebbe voluto passare le ore piangendo con singhiozzi e arremaggiando con i capelli. Adler diede alla bambina questo consiglio: «Scrivi in grassetto su un pezzo di carta e appendi sulla testa del tuo letto. Ogni mattina devo controllare tutta la famiglia!» (Adler, 1930, p. 31).

Adler ha anche fatto riferimento ad un paziente che aveva sofferto degli effetti della deglutizione inconscia di aria (aerofagia). Adler gli diede questo consiglio: «Quando sta per uscire di casa e sente di essere preda di un conflitto, cominci ad ingoiare subito po' d'aria!» (Adler, 1929, p. 108)

Gli Adleriani hanno chiamato questa tecnica anti-suggestione. Rudolf Dreikurs aveva descritto tale metodo nel 1932: «Un trucco molto particolare che non solo è sorprendente, ma garantisce anche la comprensione delle condizioni dell'insorgenza delle nevrosi, è un metodo che Adler ha descritto ripetutamente e che era stato definito da Wexberg come anti-suggestione. [...] Questo trucco consiste nel consigliare al paziente, in ogni modo, di rinforzare il proprio sintomo [...]. Si può sempre riscontrare, in caso di disturbi funzionali (stati di ansia, impulsi di ossessione etc.) che il sintomo perde di intensità quando si cerca di rafforzarlo coscientemente. Potrebbe scomparire del tutto se questi tentativi fossero praticati per un tempo più lungo [...]. Per mezzo dell'anti-suggestione diventa possibile mostrare molto chiaramente al paziente che la sua lotta contro il sintomo non è senza significato, ma è, al contrario, un prerequisito utile per evocare il sintomo. [...] Se il paziente cessa di combattere il sintomo, questo causerà, in primo luogo, una riduzione del suo stress. Ciò comporterà conseguentemente la scomparsa del sintomo. Ma questo succederà solo nel caso in cui il paziente non intende combattere il sintomo, ma rafforzarlo» (Dreikurs, 1932, p. 171).

IV. Concepire il sintomo come espressione della capacità d'imporci

Alfred Adler ha utilizzato molti metodi paradossali, raccomandando espressamente di accettare la resistenza potenziale del paziente. Il suo approccio mirava ad evitare ogni lotta con il paziente (Titze, 1977, 1979a, 1979b). Questa strategia è presentata nel seguente studio esemplificativo.

La signora M. ha sofferto per molti anni di una grave claustrofobia. Non osava più uscire di casa perché aveva paura di cadere in strada e di stimolare una sensazione orribile. La signora M. è una scrupolosa e coscienziosa donna che non ricorda di essere mai stata arrabbiata con un'altra persona. Nonostante abbia trentun anni, ella vive ancora con la propria madre, che è una signora esuberante che ha sempre tentato di eliminare tutte le difficoltà incontrate dalla sua unica figlia. Dopo aver perso il marito circa cinque anni prima, la figlia era stata completamente presa in custodia dalla madre (come ha dichiarato la signora M.).

Comprensibilmente, l'atteggiamento della signora M. verso sua madre era ambivalente: da un lato, aveva bisogno di sua madre come stampella, perché si sentiva debole e incapace di vivere da sola. D'altra parte, la madre le sembrava la causa della sua vita timorosa e priva di gioia. Ella non osava ammettere ciò a livello conscio, perché voleva essere a tutti i costi una "brava figlia". In questo contesto, quindi, la claustrofobia era, inconsciamente, al servizio dello scopo di conseguire la sicurezza. Per mezzo dei suoi sintomi, ella avrebbe potuto mettere la madre al proprio servizio. Ormai ella agiva come una "schiava che regna" (Kunkel, 1928). D'altra parte, la madre avrebbe potuto essere controllata e tiranneggiata dalla figlia. Tutto ciò è facile da capire perché la signora M. mostrava un risentimento nascosto nei confronti della madre.

Data questa situazione precaria, il terapeuta ha avviato il processo di cambiamento paradossale con le seguenti parole: «La sua claustrofobia è attualmente l'unico modo per ottenere un certo livello di umana dignità e per mantenere forza di carattere. In tal modo, tutti devono essere rispettosi nei suoi

confronti. Provi ad immaginare quanto lei potrebbe apparire debole a sua madre se non avesse questa paura. In alternativa, lei potrebbe immaginare qualche altra difesa in grado di proteggerla da lei? Finché questo non trova altre soluzioni, le consiglio vivamente non solo di accettare la sua claustrofobia, ma di fare tutto il possibile per provocare intenzionalmente questa ansia. Quello che sto dicendo è che lei potrebbe mostrare a tutto il mondo quanto male si sente! Provi a immaginare quanta compassione e simpatia lei potrebbe ottenere in questo modo».

Naturalmente la donna rispondeva con obiezioni, ognuna delle quali ruotava attorno allo stesso tema, vale a dire l'imbarazzo che avrebbe potuto causare una caduta in strada. Il terapeuta aveva esagerato queste costruzioni mentali fino a che la signora M. iniziò a ridere. Così, il terapeuta disse: «Immagini quanto sia imbarazzante per i passanti quando qualcuno cade in strada! La gente non sa comunque se lei sia epilettica o se abbia appena avuto un attacco di cuore. Nessuno potrebbe disprezzarla! Si sforzi, quindi, per portare la gente il più spesso possibile in questo tipo di imbarazzo! Particolarmente sensazionale sarebbe questa azione se si potesse fare ciò in compagnia di sua madre...».

Ciò che è stato descritto non è altro che una prescrizione dei sintomi (Nardone & Watzlawick, 1990; Selvini Palazzoli et al., 1975; Weeks & Labate, 1982). In questo modo, il paziente è incoraggiato a farsi beffe del terribile sintomo. Su questa base, una nuova disposizione verso il sintomo può essere conseguita.

L'obiettivo paradossale di una prescrizione dei sintomi è quello di dare al paziente la consapevolezza che il comportamento sintomatico non si svolge, in ogni caso, involontariamente e inconsciamente (il che genera ansia). Piuttosto, questo comportamento può verificarsi se il terapeuta prescrive esattamente questi sintomi in condizioni controllate: proprio questa strategia genera sicurezza! A questo proposito, il terapeuta incoraggia il paziente a sviluppare un comportamento sintomatico. Se il paziente mantiene il suo sintomo, egli si comporta in conformità con le aspettative del suo terapeuta. Quindi, il paziente si comporta correttamente.

Il sintomo ha così perso la sua potenziale fonte di paura e, perciò, è privato del suo potere fatale. Un'altra possibilità è che il sintomo possa scomparire, il che significherebbe un successo paradossale. La prescrizione dei sintomi è, quindi, la forma più comune di un paradosso terapeutico. Il messaggio implicito consiste nel mantenere e rafforzare intenzionalmente il sintomo al fine di sbarazzarsi di esso (Weeks & Abate, 1982).

Gerald Mozdzierz e colleghi (1976) descrivono in sintesi i diversi aspetti del trattamento paradossale in una psicoterapia adleriana:

1. *accettazione del sintomo*: il paziente può mantenere il suo sintomo;
2. *previsione del sintomo*: la ricomparsa del sintomo o la ricaduta del disturbo d'ansia sono previste per il paziente;
3. *esagerazione del sintomo*: il paziente è incoraggiato ad esagerare i suoi sintomi; inoltre, il terapeuta prende questi sintomi più seriamente di quanto faccia il paziente stesso (ma in modo espressivamente divertente);
4. *definizione pro-sociale del sintomo*: il sintomo non viene valutato in modo negativo, ma è invece interpretato come un'espressione positiva;

5. *prescrizione del sintomo*: il paziente viene istruito ad affrontare il sintomo in modo rinforzato;
6. *formazione del sintomo*: il paziente viene istruito a perfezionare il suo comportamento sintomatico⁵.

V. L'intenzione paradossale: l'uso di esagerazioni umoristiche

Viktor E. Frankl è stato discepolo di Adler per diversi anni (Titze, 1985). Frankl ha spiegato per la prima volta nel 1939 il metodo della anti-suggestione come «intenzione paradossale»⁶ (Brunner & Titze, 1995, p. 365). Negli anni successivi Frankl riuscì a rifinire questo metodo e renderlo parte integrante della moderna psicoterapia. Il metodo è in linea con la tradizione della prescrizione dei sintomi, che era stata già praticata da Adler.

L'istruzione dell'intenzione paradossale consiste nel fatto che il paziente deve «desiderare o cercare di conseguire esattamente ciò che aveva temuto tanto in passato» (Frankl, 1984, p. 124). Questo include i sintomi tipici dei pazienti ansiosi, vale a dire il rossore, il tremore, la sudorazione e le palpitazioni. In questo contesto il paziente è specificamente incoraggiato ad esagerare la sua paura con formule umoristiche perché l'umorismo crea distanza. Frankl (1975) spiega questa tecnica con il seguente esempio: «Oggi vado a prendermi un ictus!» (p. 185). Questa intenzione dovrebbe avere in mente, per esempio, un paziente che soffre di agorafobia.

Così i pazienti sono istruiti in modo sistematico su come perdere il loro terrore relativamente a tutto ciò che essi sono convinti sia terribile o catastrofico. I pazienti sono incoraggiati, in questo modo, a ricercare proprio quello che loro avevano, fino ad allora, temuto: arrossire in pubblico, attirare l'attenzione scomoda, avere una disfunzione erettile o essere infettati da agenti patogeni etc.

I pazienti sono quindi incoraggiati a ridere di fronte al terribile sintomo e a dimostrare a se stessi che questo sintomo non è da prendere sul serio. Su questa base, può nascere un nuovo atteggiamento. Quindi, qualcuno che ha paura di infezioni da batteri dovrebbe più e più volte dire a se stesso: «Oggi ho già inghiottito cinque milioni di questi piccoli graziosi animali. Vediamo se riesco in aggiunta a prenderne ancora un paio di altri milioni».

Qualcuno che ha paura di tremare in pubblico dovrebbe cercare consapevolmente di tremare e dirsi queste parole: «Ora vorrei mostrare a tutta la gente che sto cercando di essere veramente un campione del mondo in tremore!». E un altro che ha paura di stramazze sulla strada (che vergogna!), deve fare tutto il possibile «per dare alla gente un vero e proprio spettacolo e per garantire una girandola, come la città non ha mai visto!».

Un altro esempio dell'efficacia dell'intenzione paradossale è reperibile in uno dei libri di Frankl (1975), dove è descritto un uomo che soffriva di un'«ossessione orribile» (p. 194). Egli credeva di

⁵ Anche i terapeuti della famiglia del gruppo di Milano (Selvini Palazzoli et al., 1975) si riferiscono a questo effetto nel senso di una valutazione positiva dei sintomi. Il comportamento patologico superficiale del paziente viene interpretato come presupposto utile per stabilizzare la reintegrazione del sistema della famiglia. L'approccio è quindi orientato a certi obiettivi, che sono esaminati in relazione allo scopo che uno specifico sintomo serve nel quadro della inconscia logica privata del paziente. La domanda che ci poniamo è questa: «Che cosa il paziente può raggiungere con il sintomo?» Questa abilità nella ricerca di uno scopo è messa conseguentemente in risalto, mentre la non-abilità è costantemente disprezzata.

⁶ Viktor Frankl (1975b) afferma: «È stato Rudolf Dreikurs che mi ha suggerito che esiste un trucco (che è analogo all'intenzione paradossale). Dreikurs ha usato questo metodo già nel 1932. Anche prima Erwin Wexberg aveva coniato in questo contesto la denominazione di anti-suggestione» (p. 24).

aver valutato troppo bassa la sua imposta sul reddito per 300 dollari, il che significava che aveva ingannato il governo. Egli fantasticava che poteva essere perseguito dal procuratore distrettuale e che avrebbe potuto entrare in carcere. Questa ossessione lo aveva perseguitato per tanti anni. Tutti i trattamenti psichiatrici e psicoterapeutici non avevano avuto alcun esito positivo in nessun senso. Così egli aveva stipulato un'assicurazione speciale presso Lloyds di Londra. Questa assicurazione lo avrebbe dovuto proteggere dalle conseguenze di eventuali errori inconsci. Ma tutto questo era inutile.

Infine, l'infelice andò in cura presso uno studente di Frankl, che lo istruì a utilizzare la seguente formula paradossale: «Al diavolo tutto questo! Al diavolo il perfezionismo! Non mi interessa nulla. Mi possono incarcerare senz'altro! Prima è, meglio è! Perché dovrei aver paura delle conseguenze di una mia mancanza? Dovrebbero arrestarmi tre volte ogni giorno! Almeno potrei ricevere indietro i miei soldi, quel bel denaro che ho gettato nelle fauci dei signori di Londra!»⁷.

Il risultato fu che il paziente cominciò letteralmente a desiderare di avere commesso il più possibile errori e decise di fare tanti errori per dimostrare ai dipendenti che era “il più grande creatore di errori del mondo”.

Quando il paziente si presentava al proprio terapeuta, era sempre ricevuto da commenti umoristici di questo tipo: «Sant'Iddio! È ancora libero? Pensavo che già fosse dietro le sbarre e ho già guardato i giornali per verificare se scrivono del grande scandalo da lei causato!».

Successivamente, il paziente sarebbe scoppiato a ridere. Sempre più spesso, si abituò ad adottare un atteggiamento ironico, per esempio si diceva: «Non mi interessa nulla, mi possono imprigionare anche subito; almeno la compagnia di assicurazione va in bancarotta!».

Questo approccio paradossale utilizza così la speciale tecnica umoristica dell'ironia e dell'esagerazione. La tirannia di un pensiero assolutizzato e “catastrofico” viene così mostrata nella sua assurdità, in tale modo queste affermazioni sono, continuamente, esagerate e ridicolizzate. Questo processo continua fino a che quel pensiero, eventualmente, perde la sua propria minaccia. In tal modo, un primo passo importante è stato fatto per rompere il ciclo disastroso di ansia e sintomi.

A questo scopo Viktor Frankl (1959) dichiara: «Niente è più adatto a creare distanza dell'umorismo. Dovremmo avere il coraggio di utilizzare questo dato di fatto. A tal fine, dobbiamo cercare di prendere il vento dalle vele della paura del paziente [...]. Così il paziente può imparare gradualmente a superare il suo sintomo. Dobbiamo guidare il paziente verso la specificità dell'umorismo, per renderlo adatto a superare una situazione difficile. Certamente si può sorridere di fronte a questa metodologia insegnata al paziente per affrontare il suo sintomo; egli stesso sorriderà ma così abbiamo già vinto il gioco!» (p. 164).

Quindi, Frankl ha attribuito gli effetti benefici dell'intenzione paradossale alla precondizione che il paziente impari a comportarsi in modo ironico. Con ciò, Frankl ha fatto riferimento ad una tradizione filosofica che era stata fondata da Socrate. L'artificio retorico in questo contesto consiste nel fatto che chi pratica l'ironia finge di essere in una condizione peggiore di quanto sia in realtà. Così, l'ironia implica una tecnica in cui l'esplicitamente detto è in netto contrasto con ciò che s'intende implicitamente.

⁷ Traduzione dall'autore.

VI. La funzione ironica dell'umorismo

Søren Kierkegaard (1992) pensa che la funzione dell'ironia consiste nel fatto che essa consente di adottare diverse angolazioni simultaneamente. Il fatto di presentare opinioni e punti di vista contrastanti come equivalenti relativizza e invalida il rischio di fissaggio unilaterale (per esempio, in termini di verità assoluta). Anche Alfred Adler usava codesta tecnica: una volta fu strappato dal sonno da una telefonata alle tre del mattino. Il chiamante, che era un paziente di Adler, voleva scusarsi. Adler, però, lo interruppe stoicamente: «Non si preoccupi! Ero in attesa della sua chiamata davanti al telefono da quasi un'ora» (Hazán & Titze, 2011, p. 120).

L'ovvia falsità (Ero in attesa della sua chiamata!) è in netto contrasto con la regola convenzionale (Non si deve disturbare il sonno del tuo prossimo!). Ma proprio questa contraddizione è invalidata in modo divertente dall'ironia.

Kierkegaard considera la dialettica ironica tra negatività scettica ed affermazione entusiasta come un principio attivo, che viene utilizzato anche nell'umorismo (Titze & Eschenröder, 1998). In questo modo egli conferma l'affermazione del filosofo James Beattie (1776) che aveva ricondotto la genesi dell'umorismo alla fusione di due parti o elementi diversi e contraddittori in modo da creare un rapporto molto strano (King, 1977). Proprio in questa tradizione si colloca Adler: egli ricondusse, per esempio, l'effetto comico delle battute con la fusione impreveduta di differenti schemi di appercezione. Adler (1927) ha descritto la modalità in cui sono costruite le battute scherzose: «Mentre l'ascoltatore trae la sua visione da un sistema normale di riferimento, il narratore introduce un nuovo sistema di riferimento. Quest'ultimo è legato al sistema normale di riferimento solo debolmente. Per questo s'introduce un significato completamente nuovo»⁸ (p. 179).

Un esempio dell'efficacia della dialettica ironica è la psicoterapia multipla (Dreikurs et al., 1984). Questo metodo è nato intorno al 1920, quando Adler era solito coinvolgere diversi esperti per discutere problemi educativi in modo controverso, affinché ci fossero diversi approcci interpretativi nella consulenza pubblica (Il motto di Adler era "Tutto può essere diverso!"). Da questa impostazione era stata sviluppata una procedura, in cui due terapeuti si ponevano di fronte a un paziente assumendo contemporaneamente «ruoli diversi» (Titze, 1979 b, p. 325). Il primo terapeuta si identifica con le norme categoriche della vita sociale (= schema secondario di appercezione, *common sense*), mentre il secondo terapeuta è in linea con gli obiettivi dello stile individuale di vita del paziente (= schema primario di appercezione, *logica privata*).

In tal modo, il secondo terapeuta si identifica (dal punto di vista del *senso comune*) con le logiche private, le finalità e le strategie inappropriate dello stile di vita del paziente. Così facendo il terapeuta predispose un'identificazione a specchio⁹ con il bambino che giace nel paziente. I conflitti all'interno dello stile di vita del paziente, perciò, possono essere esternalizzati. Nel sostenere il suo specifico modo di vivere in forma disinibita, il secondo terapeuta apparirà al paziente come un assertivo *alter ego*, vale a dire come qualcuno che affronta le sfide della vita in maniera coraggiosa. E proprio ciò lo rende oggetto significativo d'identificazione (= *alter ego*). Da questo contesto potrebbero sorgere

⁸ Traduzione dall'autore.

⁹ Una identificazione a specchio è determinata da proiezioni reciproche. Attraverso la condivisione affettiva degli inconsci obiettivi e delle strategie di azione del paziente, il terapeuta può, in modo genuino, ripercorrere e rispecchiare la significatività del suo stile di vita.

effetti incoraggianti adatti a rafforzare il Sé del paziente. Quasi regolarmente questo processo va di pari passo con una reazione di umorismo, cioè, si combina con ilarità e risate. Ciò è illustrato dalla trascrizione di un confronto paradossale fondato su questo principio, che si è svolto in una clinica psichiatrica.

Uno dei protagonisti era uno schizofrenico negativista che non era riuscito a comunicare per molti mesi. Inoltre, si rifiutava di mangiare. La terapia inizia con una sessione, in cui il primo terapeuta ragiona in modo strettamente razionale e normativo. In particolare egli cercava di convincere il paziente a mangiare in modo normale, di essere gentile con le infermiere e di partecipare a conversazioni con i suoi familiari, quando questi venivano a fargli visita. Come si poteva prevedere, il paziente non reagiva per niente a tali argomentazioni. Il secondo terapeuta appare nella sessione successiva. Egli è introdotto dal primo terapeuta come un giovane collega in apprendistato¹⁰. La partecipazione a questa sessione avrebbe potuto offrirgli la possibilità di migliorare le sue conoscenze professionali. Naturalmente, il paziente non reagisce a questa informazione. In seguito si sviluppa questa conversazione:

Primo terapeuta (T1): rivolgendosi al paziente: «Ancora una volta voglio chiederle di iniziare a mangiare. Nessuna persona ragionevole si comporta come fa lei. Ogni adulto mangia in modo regolare, affinché i suoi compagni non debbano preoccuparsi per lui. Oltre a ciò il mangiare regolare è il presupposto per mantenersi sani in modo da essere in grado di lavorare. È pertanto necessario che lei accetti questo principio!».

Secondo terapeuta (T2): «Questo è davvero troppo! Si vuole rimpinzare il sig. Z. (il paziente), per esporlo alla gente e per mandarlo velocemente ai lavori forzati! Se io avessi sofferto così tanto e in modo così umiliante come lui, rifiuterei assolutamente di mangiare. E non vorrei scambiare una parola con quelle persone che mi hanno torturato e oppresso tanto!».

Primo terapeuta (T1): «Non deve dire questo, in presenza del paziente! Ho l'impressione che si voglia dargli il consiglio di continuare a comportarsi in un modo assolutamente non accettabile. Lei è consapevole che gli è stato dato un consiglio improponibile? Si deve comportare come un piccolo bambino miserabile? I bambini piccoli, infatti, non parlano, non lavorano, si bagnano i pantaloni! Occorrerebbe dargli, invece, consigli che gli permettano di comportarsi come un adulto responsabile: mangiare in modo adeguato, essere gentile con la gente e lavorare per il proprio sostentamento!».

Secondo terapeuta (T2): «Se gli dessi questi consigli, non farei nulla di buono per lui. Sebbene egli sia un adulto, si ritrova nella più balorda situazione nella quale un essere umano si possa immaginare. I suoi genitori possono brontolare con lui tanto quanto vogliono. Gli altri possono ridere di lui fino a quando lo hanno annientato completamente. Sul posto di lavoro lo possono oltraggiare a piacimento lasciando intendere che sia buono a nulla. In tali circostanze anch'io non vorrei stare al gioco. Anch'io vorrei scioperare. Il fatto che non mangi non è per nulla un problema. Gli altri sono interessati a che lui mangi. Per esempio, i medici o gli infermieri sarebbero chiamati a rispondere, se lui dovesse morire di fame. Ci sono, naturalmente, i genitori, che non vogliono perdere il loro bambino. Dopo tutto, essi lo vogliono mantenere in vita per lungo tempo, in modo che lo possano torturare

¹⁰ È ragionevole introdurre il secondo terapeuta come qualcuno di *status* inferiore. Pertanto, è agevolata la possibilità che funzioni per il paziente come oggetto di identificazione.

ampiamente. Inoltre, si deve considerare quanto coraggio e quale forza di carattere siano necessari per stare senza cibo. Lei potrebbe fare ciò? Oppure si può immaginare che gli altri possano fare ciò? Nessuno può fare ciò, tranne il signor Z. No, lui non è un bambino debole. Per la prima volta nella sua vita si comporta proprio da grande! (In un sussurro, ma udibile da *TI*) In confidenza: «Sa che cosa farei inoltre ancora al suo posto? Quando l'infermiere mi alimenterebbe di nuovo, vorrei vomitare la poltiglia infusa in tutto il letto».

Paziente (per la prima volta): «Ma io sto facendo già questo continuamente ...».

VII. Conclusione

Un terapeuta paradossale a volte potrebbe apparire perfino come se fosse pazzo (Jackson, 1963). Tuttavia egli, utilizzando il metodo paradossale, può avere un rapido e diretto accesso alla sfera degli eventi inconsci e irrazionali, determinati dall'«appercezione tendenziosa» (Adler, 1912, pp. 68, 87, 169, 198). Attraverso l'immedesimazione con la sua idiosincratia modalità di interpretare la realtà, il terapeuta «cammina con le scarpe del paziente» (Nikelly & O'Connell, 1971, p. 88).

Il principio basilare dell'intervento paradossale è il seguente: “fa' esattamente l'opposto di quello che farebbe un (normale) terapeuta” (Haley, 1963). In questo contesto il paziente viene incoraggiato, a regola d'arte, non solo ad accettare un comportamento, ma anche a rafforzare il concetto che è esso inadeguato e sbagliato dal punto di vista della razionalità.

Il terapeuta inoltre, diventa, logicamente, esperto in un particolare tipo di concezione della vita, basato su una logica affettiva, che a sua volta non è pienamente compatibile con il senso comune (Ciompi, 1982; Titze, 1986). Inevitabilmente, tale terapeuta comincia gradualmente a pensare e a parlare in modo diverso dalla concezione usuale della realtà. Egli ha imparato a vedere il mondo attraverso gli occhi del bambino che vive all'interno del paziente (Titze, 1987). A questa condizione egli può appercepire la realtà dal punto di vista del bambino, il che include anche il bisogno del bambino scoraggiato di trovare sicurezza in un mondo che gli appare confuso e minaccioso. I sintomi del paziente aprono stranamente la strada a questo obiettivo globale. Questi sono da un lato espressione di debolezza, dall'altro un mezzo con cui il paziente può ottenere la sicurezza agognata. Il terapeuta accetta questo obiettivo fittizio, ma lo fa in modo così esagerato che il buon senso del paziente è risvegliato. In questo modo la realtà può essere esaminata in maniera genuinamente razionale ed efficace. Pertanto, il senso di responsabilità si svilupperà gradualmente, in quanto il metodo paradossale permette al paziente di aprire implicitamente la porta alla realtà sociale che richiede uno sviluppato senso comune.

(Traduzione in italiano di Michael Titze; adattamento del testo a cura di Giuseppe Ferrigno)