

ASSOCIAZIONE GIULIA E MATTEO

8 SETTEMBRE 2022 ore 17.00 – 19.00

TITOLO: LO PSICOLOGO E GLI STILI COMUNICATIVI

Chi è lo Psicologo?

La Psicologia è una scienza che studia il comportamento dell'uomo. Si interessa dei processi mentali, affettivi e relazionali della persona per promuovere il miglioramento della qualità di vita. La psicologia fonda i suoi risultati sulla ricerca scientifica.

Legge n. 56/89

Il primo articolo della Legge riporta: "La professione di Psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità."

Le attività dello Psicologo sono quelle di favorire il cambiamento, potenziare le risorse individuali o collettive, accompagnare le persone, le coppie, le famiglie e le organizzazioni nelle diverse fasi di sviluppo e di benessere. Lo Psicologo: dove lavora Lo Psicologo lavora negli studi privati come Libero Professionista, nei Servizi pubblici, negli Ospedali, nei Consultori, nei Servizi per l'infanzia e adolescenza, nelle Comunità terapeutiche, nelle Residenze per anziani, nelle Scuole, ecc..

Gli strumenti di lavoro: Lo strumento principale con cui opera lo Psicologo è il colloquio. Si avvale anche di strumenti quali i test ed i questionari con caratteristiche di scientificità. Chi si rivolge allo Psicologo Si può rivolgere allo Psicologo chiunque avverte la necessità di una consulenza specialistica: la persona in difficoltà, la coppia, la famiglia che intende adottare un bambino, il genitore che desidera migliori relazioni con i figli, gli operatori scolastici e sociali per gli aspetti di apprendimento o altro, gli imprenditori o le aziende per affrontare problematiche relazionali e/o organizzative, lo sportivo per la sua preparazione psicologica. Questi sono solo alcuni esempi tra i tanti possibili.

Mansioni dello psicologo

- Colloquio psicologico, che ha lo scopo di conoscere la persona ed il suo funzionamento psichico
- Test psicologico, che ha lo scopo di definire un quadro della personalità
- Osservazione e ascolto

I compiti dello psicologo

L'intervento dello psicologo è volto al superamento di situazioni di sofferenza e disagio e al raggiungimento del miglioramento del benessere psicologico.

Nello specifico, quali mansioni svolge per raggiungere questo traguardo?

Facciamo un rapido e sintetico elenco di quali sono i compiti dello psicologo:

- Diagnosi e cura di disturbi psicologici
- Prevenzione del disagio e promozione della salute psicologica
- Supporto psicologico
- Consulenza psicologica
- Attività di riabilitazione

- Programmazione e verifica di interventi psicologici, psico-sociali e psico-educativi

Quali sono i tipi di psicologia?

1. Lo psicologo clinico. ...
2. Lo psicoterapeuta. ...
3. Lo psicologo scolastico. ...
4. Il neuropsicologo. ...
5. Lo psicologo sociale. ...
6. Lo psicologo del lavoro. ...
7. Lo psicologo forense o criminologo. ...
8. Lo psicologo dello sport.

Quali sono gli ambiti della psicologia?

Psicologia clinica: comprende aree importanti quali la Psicologia ospedaliera, la Psicodiagnostica, la Neuropsicologia clinica, la Psicologia delle disabilità e della riabilitazione, la Psicologia delle dipendenze patologiche e soprattutto la Psicoterapia

Differenze tra psicologo, psichiatra e psicoterapeuta

Psicologo	Psichiatra
Laurea magistrale in psicologia e abilitazione professionale	Laurea in medicina e specializzazione post-lauream in psichiatria
Iscrizione all'Ordine degli Psicologi regionale	Iscrizione all'Ordine dei Medici provinciale
Non può prescrivere farmaci	Può prescrivere farmaci
Si occupa della valutazione dei bisogni e della promozione del benessere in termini psicologici	Si occupa della cura in termini biologico-organicisti dei disturbi mentali
Psicologo-psicoterapeuta	
Ha frequentato una scuola quadriennale di specializzazione universitaria o riconosciuta dal MIUR e conseguito il relativo diploma	
Si occupa del trattamento dei disturbi psicopatologici attraverso il colloquio clinico e altri strumenti non farmacologici	
Le modalità di intervento, gli strumenti usati, la durata della terapia dipendono dall'approccio usato dal singolo psicoterapeuta	

Come compaiono i disturbi mentali

Date le cause scatenanti, i disturbi mentali fanno la loro comparsa in diversi modi. La maggior parte di essi, si caratterizzano per due aspetti fondamentali:

- la sofferenza emotiva che costituisce parte integrante del disturbo. Un esempio è l'ansia ed il panico che accompagnano l'agorafobia;
- le conseguenze del disturbo che, di solito, sono interpersonali e procurano sofferenza al paziente. Ad esempio può accadere che un individuo affetto da ansia sociale possa limitare, e spesso anche evitare del tutto, le occasioni di incontro e relazione con gli altri.

Molti disturbi mentali sono dovuti anche da fattori ereditari per cui tendono a sorgere in soggetti già predisposti. A questo si aggiunge l'interazione con fattori ambientali.

I disturbi psicologici più diffusi

Disturbi adulto

- Disturbo ossessivo compulsivo (DOC): ossessioni intrusive, pensieri mantenuti da comportamenti compulsivi
- Disturbi dell'alimentazione
- Depressione (disturbo depressivo maggiore):
- Distimia: o disturbo distimico è un disturbo dell'umore. Possiamo definire la distimia una depressione cronica più lieve nei sintomi rispetto alla depressione maggiore ma prolungata nel tempo.
- Disturbo di Panico e Agorafobia:
- Disturbi di personalità: costituiscono delle modalità, relativamente inflessibili, di percepire, reagire e relazionarsi alle altre persone e agli eventi; tali modalità riducono pesantemente le possibilità del soggetto di avere rapporti sociali efficaci e soddisfacenti per sé e per gli altri.

Disturbi età evolutiva

- Disturbo da tic e sindrome di tourette:
- Fobia scolare:
- Deficit di attenzione ed iperattività:
- Disturbi dell'attaccamento:
- Disturbo oppositivo provocatorio:
- Disturbo della condotta:

All'interno della pratica riabilitativa lo Psicologo è fondamentale, per tutte le fasi del progetto, dall'accoglienza del paziente e della sua famiglia alla progettazione dell'intervento riabilitativo, dalla messa in atto di pratiche e interventi psicoterapeutici al monitoraggio per i miglioramenti o eventuali ricadute.

La famiglia del paziente psichiatrico

La diagnosi di malattia grave e cronica assume un significato particolarmente drammatico, infatti, non solo per il paziente schizofrenico, ma anche per i rispettivi familiari.

Il disagio familiare attraversa specifiche fasi che rendono necessario un intervento supportivo tale da favorire le capacità di gestione e adattamento alla patologia in cui ciascun membro è inevitabilmente coinvolto:

- Shock

- Negazione
- Disperazione
- Collera
- Rielaborazione
- Accettazione della malattia

La patologia psichiatrica ha un impatto molto determinante nell'equilibrio familiare, incidendo sul benessere psicologico, fisico e sociale di chi si assume il ruolo di *caregiver*, ovvero di colui che si prende cura e carico del familiare sofferente.

E' altrettanto vero che i familiari possono costituire una preziosa risorsa nella cura di questi soggetti, che si colloca come una sorta di *ponte* tra il paziente affetto dalla patologia e il contesto socio-assistenziale.

Il ruolo famiglia del paziente psichiatrico nel passato e di oggi

I primi studi sulla schizofrenia tendevano a focalizzarsi sulla famiglia solo ed esclusivamente in relazione al ruolo che assume nello sviluppo del disturbo, inquadrandola quindi come nucleo patogeno principale.

Le strutture manicomiali, sulle quali si reggeva l'impostazione "curativa" della psicosi, escludevano il paziente dal suo contesto familiare e sociale, aggravandone le condizioni e producendo una profonda alienazione. L'isolamento dei pazienti era giustificato dall'ipotesi secondo la quale il coinvolgimento dei familiari avrebbe peggiorato la loro situazione clinica.

In seguito ai cambiamenti che si sono succeduti in ambito psichiatrico e con l'approvazione della legge "Basaglia" nel 1978, si è gradualmente affermato un nuovo modello della malattia mentale che rivaluta la famiglia nel suo ruolo di supporto e contenimento del paziente schizofrenico, includendola tra i fattori facilitanti il suo processo di guarigione.

Si tratta di un nuovo modello di cura e assistenza di tipo territoriale che comporta un maggiore coinvolgimento dei familiari nell'assistenza dei pazienti psichiatrici.

Impatto sulla sfera psico-emotiva

Dalle interviste utilizzate nell'indagine è emerso che il fattore maggiormente ostacolante la gestione delle cure quotidiane risulta essere l'imprevedibilità. Il caregiver può sperimentare stati d'animo ed emozioni di diversa natura e spesso contrastanti, come preoccupazione, stanchezza, solitudine, paura, ma anche rabbia e frustrazione.

Impatto sul benessere psico-fisico

Un altro aspetto significativo emerso dall'indagine è lo stress percepito dalle donne sia a livello fisico, in termini di stanchezza, sia a livello psicologico sotto forma di ansia, disturbi del sonno, disturbi psicosomatici e sintomi ascrivibili ad una vera e propria patologia.

Impatto sulla quotidianità

Sono state riscontrate delle limitazioni in vari ambiti della vita quotidiana delle donne coinvolte nella ricerca: cura di sé e dei propri spazi personali (43%), relazione con il partner (38%) e i figli (33%), disponibilità lavorativa (26%), vita sociale e relazionale (24%).

Tra gli aspetti che rendono più problematica l'assistenza vi è certamente la necessità di sorvegliare costantemente il familiare malato (42%), per contenere il rischio di suoi comportamenti pericolosi verso se stesso o verso gli altri, e la somministrazione della terapia farmacologica (17%), cui spesso viene opposta resistenza.

Rapporto con la terapia farmacologica

La maggior parte delle intervistate si dichiara soddisfatta (70%) dei risultati ottenuti con il trattamento farmacologico, mentre emerge una profonda insoddisfazione (58%) verso gli effetti collaterali connessi alla terapia, come ad esempio l'aumento del peso corporeo.

Rapporto con la rete istituzionale e assistenziale

Generalmente la figura professionale di riferimento per queste donne è rappresentata dallo psichiatra (49%), diversamente da quanto accade con le strutture sanitarie che, invece, vengono percepite come distanti (53%).

Alleanza terapeutica

Uno degli aspetti più significativi emersi dallo studio riguarda il rapporto con il medico specialista e la possibilità di costruire un'alleanza terapeutica che coinvolga non solo il paziente designato, ma anche il familiare che lo accudisce.

Una delle caratteristiche frequentemente riscontrate nelle famiglie dei pazienti psicotici è un'elevata tendenza ad esprimere le emozioni (*expressed emotion*) soprattutto in termini di:

- criticismo
- ostilità
- eccessivo coinvolgimento emotivo

Quali possibilità di supporto per i familiari del paziente schizofrenico?

Esistono varie tipologie di trattamento:

Terapia sistemico-familiare

Costituisce il primo tentativo di approccio familiare al trattamento dei disturbi mentali che attribuisce al sistema-famiglia un ruolo determinante nello sviluppo della schizofrenia e per il quale risulta indispensabile un intervento volto a modificare i rapporti interni al sistema.

Counseling familiare

Si tratta di un intervento piuttosto breve e pratico, basato su alcuni incontri tenuti da operatori psichiatrici presenti in consultori o centri di salute mentale che si differenzia da una psicoterapia tradizionale e si configura come un supporto nella gestione di problemi specifici riportati dai familiari.

Interventi di auto-mutuo-aiuto

Sono degli interventi di gruppo non necessariamente clinici, che hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico e sociale ai familiari dei pazienti gravi, offrendo un contesto che consente di superare il senso di solitudine grazie alla condivisione delle proprie esperienze, e dove sia al tempo stesso possibile uno scambio di informazioni più pratiche per gestire la malattia dei cari.

Interventi di supporto

In questo caso l'intervento avviene in un setting di gruppo caratterizzato da familiari o amici del paziente, e promuove una maggiore conoscenza sui disturbi mentali e lo sviluppo di nuove strategie di coping. La durata degli incontri in genere è variabile in base alle esigenze dei membri del gruppo.

Intervento psicoeducativo familiare

È un intervento di sostegno psicologico basato sull'approccio cognitivo-comportamentale che risulta tra i più efficaci e si basa sulla considerazione dei fattori biologici e psicologici, oltre che di quelli sistemico-familiari, nella comprensione dei disturbi mentali gravi. Tra i suoi principali obiettivi:

- incrementare le capacità dell'individuo nell'affrontare in modo adeguato le situazioni stressanti
- migliorare le abilità dell'intero nucleo familiare nel fronteggiare le difficoltà quotidiane
- ridurre le tensioni provenienti dall'ambiente sociale
- aumentare le risorse familiari e sociali su cui l'individuo può contare

L'Emotività Expressa (EE) nel contesto famiglia e l'intervento psicoeducativo

L'ambiente familiare è il primo luogo di espressione dei sintomi della persona malata. La famiglia si trova ad affrontare una situazione molto complessa e il rischio è quello che si sviluppi una forte critica negativa verso i comportamenti del paziente oppure, all'opposto, la negazione del problema o ancora un atteggiamento iperprotettivo. L'intervento psicoeducativo può rappresentare una risposta flessibile ed innovativa al disagio familiare poiché adotta risorse, metodi e strumenti tali da poter prevenire e riparare dinamiche relazionali alterate.

1. Rispetto verso le necessità relazionali del paziente: i familiari ad alta E.E. sono tendenzialmente intrusivi, cercano il contatto con il paziente indipendentemente dalle sue richieste, mentre quelli a bassa E.E. sono più in grado di adattarsi alle richieste ed ai bisogni espressi direttamente o indirettamente dal paziente.

2. Legittimazione della malattia: i familiari ad alta E.E. considerano il paziente responsabile di tutte o quasi tutte le sue azioni, anche quelle che chiaramente costituiscono sintomi, mentre quelli a bassa E.E. cercano di costruirsi una spiegazione razionale delle azioni del paziente, e riconoscono quelle dettate dalla sua malattia.

3. Aspettative per il paziente: i familiari ad alta E.E. nutrono in genere aspettative molto elevate per il paziente, indipendentemente dai deficit di quest'ultimo, mentre quelli a bassa E.E. nutrono aspettative realistiche, e tollerano meglio livelli di funzionamento sociale anche molto bassi.

4. Risposte emotive: i familiari ad alta E.E. spesso drammatizzano le proprie reazioni ai sintomi, e tendono ad avere modalità di risposta rigide ai momenti di crisi, mentre quelli a bassa E.E. sono in grado di controllare l'emotività e di adottare risposte flessibili.

Se la famiglia è caratterizzata da un'alta Emotività Expressa, il paziente avrà maggiori facilità di recidiva, cioè ricadrà più facilmente nella sintomatologia tipica della schizofrenia e avrà più possibilità di essere ricoverato in ospedale. Al contrario, una famiglia con un basso livello di Emotività Expressa sarà maggiormente in grado di comprendere i bisogni del paziente e di far fronte ai momenti di crisi.

La famiglia e l'“Emotività Expressa”

La storia di ogni famiglia è caratterizzata da piccole e continue trasformazioni; esistono situazioni che provocano cambiamenti consistenti, rendendo inefficaci le modalità che, in un primo tempo, erano funzionali all'andamento familiare. Nel suo percorso di vita, la famiglia può essere coinvolta in eventi quali cambiamenti economici, problemi relazionali, dolori e sofferenze tendenti ad alterare l'equilibrio omeostatico che hanno costituito.

Quando la famiglia scopre che al suo interno un membro è malato, si trova a dover affrontare una criticità che richiede una riorganizzazione interna faticosa e complessa che deve avvenire a molti livelli e richiede un particolare sforzo, non solo per ripristinare una certa *“normalità”* familiare, ma anche perché ciò avvenga nel minor tempo possibile al fine di affrontare una sorta di *“confusa sofferenza”* che impedisce la mobilitazione di risorse interne del sistema famiglia (Crescenzo, 2010). Solo venendo a contatto con la realtà familiare tramite interventi specifici, siamo in grado di capire come la sofferenza, il dolore, la malattia incidono sulle emozioni e sui processi relazionali.

I familiari ad alta EE considerano il congiunto responsabile di tutte o quasi tutte le sue azioni, anche quelle che chiaramente costituiscono sintomi, una propensione a trovare una colpa o comunque un problema da addossare all'altro, un *“capro espiatorio”* che elude e nasconde i propri problemi di accettazione e di ostilità. Le famiglie ad alta EE nutrono in genere aspettative molto alte per il congiunto sofferente, indipendentemente dai problemi e limiti di quest'ultimo, spesso

drammatizzano le proprie reazioni ai sintomi e tendono ad avere modalità di risposta rigide ai momenti di crisi.

Quelli a bassa EE sono più in grado di adattarsi alle richieste e ai bisogni espressi del coniunto, maggiormente, quando il calore affettivo nei suoi confronti è molto elevato. Esse cercano di costruirsi una spiegazione razionale di quello che sta accadendo, ai comportamenti del coniunto, riconoscendo maggiormente quelle dettate dalla sua malattia (Leff, Vaughn, 1985). Infatti, questi familiari sono in un certo senso *“avvantaggiati”* dalla capacità di potersi al meglio spiegare *il disturbo con una interpretazione della malattia come una patologia organica. Tale comprensione toglie il mistero delle cause della malattia e agevola la condivisione dei programmi* (Cazzullo, 1997). Le famiglie a bassa EE nutrono aspettative realistiche, e sono in grado di controllare l'emotività e di adottare risposte flessibili.

L'intervento psicoeducativo

Un esempio di programma per gruppo di supporto potrebbe essere:

- Introduzione e presentazione del programma e metodi del gruppo, discussione su situazioni individuali ed esperienze, regole pratiche da usare a casa
- Gli aspetti emotivi: affrontare l'assistenza quotidiana, cambiamenti ed accettazione dei cambiamenti, ansia anticipatoria
- Aspetti pratici: consigli per situazioni difficili comportamentali e di comunicazione
- Il futuro; l'organizzazione dell'assistenza, il tipo di interventi offerti e quando usare un'assistenza di tipo professionale.

I cinque meccanismi comunicativi da evitare con il paziente e con i familiari

1. La collusione. Essa è definita da Laing (1969) un “gioco” ma anche un “inganno”. Avviene quando due o più persone, inconsapevolmente, ingannano se stesse e gli altri incarnando delle fantasie che non corrispondono alla realtà e ricoprendo dei ruoli fissi, da cui restano però intrappolati. Essa subentra specialmente nella coppia, dove ciascuno trova nell'altro la possibilità di veder confermata e avallata una certa nozione di se stesso elaborata in fantasia. La collusione, ad esempio, può avvenire in una famiglia che vive il mito dell'armonia, che nega le ambivalenze e in cui vengono attribuite ad ognuno delle identità immobili che impediscono di evolversi e differenziarsi.

Un esempio può essere costituito da una coppia di questo tipo: l'uno è una persona che è cresciuta con miti positivi su se stessa come *“so aiutare bene gli altri”* e che non tollererà frustrazioni su questa aspettativa grandiosa. L'altro è un individuo che vive di miti opposti, di autosvalutazione e bisogno di essere salvato, dunque grato e adorante verso chi è disposto a valorizzarlo. Questi saranno i partner perfetti nel rispondere l'uno ai bisogni dell'altro: nell'alimentare i miti e le fantasie di entrambi, l'autenticità di ciascuno viene costantemente elusa in favore di una continua simulazione. In questo tipo di coppia ciascun partner è accettato dall'altro solo in base a quello che l'altro si aspetta e cerca in lui. (Vella e Camillocci Solfaroli, 1996).

2. L'occultamento. Secondo Wynne (1972), esso avviene quando un membro della famiglia si pone in una posizione di superiorità e potere affermando di saperne di più, ma di non poter rivelare tali verità per misteriosi motivi. Gli altri vengono quindi resi dipendenti e incapaci di svincolarsi e differenziarsi. Mantenere dei segreti, infatti, garantisce un forte potere e la possibilità di tenere sotto scacco l'altro.

3. La strategia del silenzio. Secondo lo psichiatra Zuk (1965), si tratta di manovre, verbali e non verbali, mirate a punire qualcuno per una trasgressione. Ciò avviene attraverso isolamenti e silenzi

che proibiscono la comunicazione. Si tratta di una tattica spesso messa in atto da partner femminili all'interno di una coppia.

STILE COMUNICATIVO MANIPOLATIVO

Ci sono diverse strategie manipolative:

1. Il comportamento **colpevolizzante**
2. Il comportamento **inferiorizzante**

Questi comportamenti possono essere messi in atto con l'intenzione di manipolare l'altra persona, ma nella maggior parte dei casi servono a ridurre il disagio. Prendiamo l'esempio di una madre che ogni fine settimana ripete al figlio oramai cresciuto '*sai che finché non arrivi a casa io non riesco a prendere sonno*'.

Si può qui capire l'ansia della madre ma si tratta di una manipolazione. La *colpevolizzazione* infatti spinge le persone a un certo comportamento per non sentirsi in colpa. La madre rende colpevole la figlia di non farla dormire.

Se la figlia torna a casa tardi (non ha ascoltato la madre), viene ulteriormente colpevolizzata. La prossima volta nella stessa situazione, la figlia si sentirà più in colpa perché quando è fuori con le amiche penserà già a quello a cui andrà incontro al suo rientro a casa.

Se la figlia torna presto (ascolta la madre), viene lodata come '*brava*'. Queste lodi e ringraziamenti rendono più frequente il comportamento di ascoltare la madre.

Un esempio di comportamento *inferiorizzante* lo possiamo prendere dal mondo del lavoro. Il capo che si lancia in frequenti critiche '*è possibile che sbagli sempre?*', crea un senso di inferiorità nell'altra persona. Questo provoca a sua volta una maggiore dipendenza a causa della paura di sbagliare.

Allo stesso modo delle conseguenze di prima se fare qualcosa provoca una reazione negativa del capo, alla lunga c'è il rischio che chi viene *inferiorizzato* non faccia più nulla. Dopotutto, *se non agisco non sbaglio*.

IL DOPPIO LEGAME

Ad esempio il maestro alza un bastone sulla testa del discepolo e gli dice con tono minaccioso: "Se tu dici che questo bastone è reale, ti colpisco. Se tu dici che questo bastone non è reale, ti colpisco. Se non dici nulla, ti colpisco"

(da Verso un'ecologia della Mente – Gregory Bateson)

Il doppio legame (double bind) rappresenta quella situazione, che si viene a creare quando la comunicazione tra due persone, unite da una significativa relazione emotiva, presenta una incongruenza tra la comunicazione verbale, quello che viene detto a voce, con quella non verbale fatta di gesti, di atteggiamenti, di postura e di tono di voce, a tal punto che il ricevente del messaggio rimane bloccato in una dinamica relazionale ambigua senza avere la possibilità di lasciare il campo. Riprendendo Paul Watzlawick e i suoi assiomi della comunicazione, importante è ricordare che "ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione", in quanto i due livelli nella comunicazione si intrecciano continuamente e non è possibile separarli e a volte neanche distinguerli. Quando il problema centrale della comunicazione è la relazione, il linguaggio codificato fatto di contenuti perde importanza a favore del linguaggio analogico e ciò accade in tutte le relazioni con un grande investimento emotivo come quando si ama, quando si odia, quando si corteggia, quando volutamente non si considera qualcuno.

L'esempio più incisivo sul doppio legame fu quello tratto da "Verso un'ecologia della mente" di Gregory Bateson in cui l'autore racconta di quando una madre va a trovare il proprio figlio ricoverato per un disturbo psichico, di quando il ragazzo, contento di rivederla, la abbraccia, mentre lei si irrigidisce chiedendogli se non le vuole più bene, lui di conseguenza si ritrae e la madre gli dice ancora che non dovrebbe provare così facilmente imbarazzo e paura dei propri sentimenti mandando al figlio un evidente doppio messaggio. Qui con il gesto di irrigidimento la madre manifesta il rifiuto, a livello implicito, del gesto d'affetto del figlio, mentre sul piano verbale riversa le responsabilità sul figlio dicendogli che è lui che è bloccato dai suoi stessi sentimenti, lo colpevolizza impossibilitandolo a dare una risposta.

Il ragazzo soffrendo di una seria schizofrenia non ha avuto la possibilità di analizzare il comportamento comunicativo dell'altro e dire alla madre che era lei a sentirsi a disagio e che non riusciva ad accettare un gesto d'affetto da parte del figlio. Nelle situazioni a doppio legame, per Gregory Bateson, la persona si trova imprigionata in un rapporto, in cui si sente fortemente coinvolta d'importanza vitale, in cui l'altro individuo, che partecipa alla relazione, contemporaneamente gli manda due messaggi diversi, di cui uno nega l'altro e la persona è incapace di analizzare i messaggi e decidere a quale messaggio dover rispondere, senza riuscire a fare il passaggio al livello metacomunicativo spostandosi dal contenuto alla relazione.

A differenza delle situazioni conflittuali, in cui almeno a livello teorico vi è la possibilità di scegliere e decidere, nel doppio legame la scelta non è possibile essendoci la presenza di un paradosso con un messaggio strutturato in maniera contraddittoria all'interno del quale si afferma e si nega contemporaneamente. Ad esempio, un messaggio sotto forma di ingiunzione come "Sii spontaneo" genera un paradosso, in quanto un'azione involontaria diventa una prestazione volontaria e di conseguenza essere spontanei obbedendo a un ordine diventa impossibile. Obbligare qualcuno ad essere spontaneo è un paradosso come richiedere attenzioni per poi rimproverare per le attenzioni date. Questa comunicazione paradossale invalida la relazione minando l'equilibrio psichico di chi la subisce ed essendoci continue disconferme della relazione fa sì che diventi vano ogni tentativo di dialogo.

Una persona, che si ritrova dentro a una relazione di doppio legame, incontrerà difficoltà a decifrare i messaggi del proprio interlocutore, ad avere un buon contatto con la realtà, a costruire una coerenza tra comunicazione e metacomunicazione e sarà a sua volta ambigua nell'attribuire i significati.

Un percorso psicoterapeutico diventa un aiuto importante per riuscire a spezzare la catena del doppio legame e ritornare a essere liberi di scegliere.