

MAURIZIO RIZZUTO*

TECNICHE IPNOTICHE E IMMAGINATIVE IN IPNOSITERAPIA PEDIATRICA

Abstract

Abstract

The aim of this work is to pass in review hypnotherapeutic interventio with children. More specifically different methods of direct and idirect induction and Neurolinguistic Programming techniques are described. It is described the importance of therapeutic metaphor in children treatment and its many applications: living metaphores, story telling tecnique, reve éveille dirigè, artistic metaphores, cartoons.

Finally it is presented a clinical case, a 2 year old little girl treated by this integrated approach owing to crying chrisis and sleeping problems probably caused by parting from her dummy.

Parole chiave:

bambini, ipnosi, ipnositerapia pediatrica, metafora terapeutica, Programmazione Neurolinguistica, tecniche metaforiche, tecniche di induzione ipnotica.

TECNICHE IPNOTICHE

1. Cenni Storici

Sin dall'inizio della ricerca scientifica sui fenomeni ipnotici, una delle aree di interesse a cui gli studiosi hanno prestato attenzione riguarda l'età evolutiva: i bambini e gli adolescenti. Durante la seconda metà del XVIII secolo Mesmer curò, con quello che allora era chiamato il magnetismo animale, due ragazze di diciotto anni e una bambina di nove anni affetta da tumore alla cornea. Alla fine dello stesso secolo una commissione creata da Luigi XVI e formata da nomi del calibro di B. Franklin, Lavoisier e Guillotin, per studiare a fondo il mesmerismo, non riscontrò alcun effetto di esso su due bambini di sei e nove anni. Migliore sorte ebbe John Ellioston il quale, a metà del XIX secolo, descrisse il totale successo

Key words:

children, hypnosis, hypnotic induction techniques, metaphoric techniques, Neurolinguistic Programming, pediatric hypnotherapy, therapeutic metaphor.

riportato in otto casi di corea, di cui sei erano bambini tra i nove ed i diciassette anni; lo stesso autore affermò di aver utilizzato il mesmerismo, sempre con giovani, anche in ambito odontoiatrico.

Con James Braid si iniziò finalmente a parlare non più di magnetismo animale ma di ipnosi, termine tratto dal greco (hypnos=sonno) e che stava a significare l'analogia che Braid notò tra la trance ed una sorta di sonno nervoso: tra i suoi esperimenti ce ne fu uno di catalessia su trentadue bambini. Alla fine del XIX secolo Charcot definiva l'ipnosi uno stato patologico, una nevrosi isterica; secondo questo studioso i bambini non erano suggestionabili. Una grossa spinta in avanti nella ricerca sull'ipnosi in età pediatrica si è avuta dagli studi Liebault e Bernheim, i quali provarono statisticamente come fosse facile ed anche

* Psicologo, psicodiagnosta, perfezionato in *Tecnica e Deontologia della Perizia in Psicopatologia Forense, e in Fisiopatologia della Comunicazione Individuale e di Massa, Consulente tecnico Tribunale di Latina.*

non erano suggestionabili. Una grossa spinta in avanti nella ricerca sull'ipnosi in età pediatrica si è avuta dagli studi Liebault e Bernheim, i quali provarono statisticamente come fosse facile ed anche piuttosto veloce l'induzione ipnotica nei bambini. Essi definirono per i bambini tra zero e sei anni una percentuale di risposte sonnamboliche del 26,5 mentre il 73,7 di trance leggera, per i soggetti tra i sette ed i tredici anni 55,3 di sonnambulismo e 44,4 di trance leggera. Gli stessi risultati furono confermati da Bramwell nel 1903, il quale elencò numerosi casi da lui trattati di corea, eczema, enuresi, mal di testa, terrori notturni etc. in bambini e ragazzi dai tre ai diciannove anni. Mason infine, nel 1897, descrive i pieni successi ottenuti con bambini tra i cinque e i sedici anni per quanto riguarda vari disturbi, dalla mancanza di concentrazione ai terrori notturni (Gardner & Olness, 1981).

2. Ipnositerapia Pediatrica

Al giorno d'oggi sono molti i professionisti ed i ricercatori che utilizzano le tecniche ipnotiche con i bambini; questi ultimi sono ormai riconosciuti soggetti particolarmente adatti a rispondere positivamente alle induzioni di trance ed alle suggestioni inviate loro dall'ipnotista. Granone (1989) accetta la tesi secondo cui la proporzione di ipnosi profonda nei bambini è di quattro su cinque in confronto all'uno su cinque negli adulti; tuttavia come affermato da più autori (Granone, 1989; Erickson, 1987; Erickson, 1978; Mills & Crowley) non è necessario indurre ipnosi profonde nei bambini per avere buoni risultati, addirittura è consigliabile non eccedere in esse tenendo conto che lo stato dissociativo proprio dell'ipnosi potrebbe non andare troppo d'accordo con la psiche

in piena evoluzione del bambino (Granone, 1989).

La forte recettività ipnotica infantile è giustificata non solo dalla grossa capacità, specie tra i bambini tra i due ed i cinque anni, di immaginazione e di immergersi senza blocchi socio-culturali nella fantasia, ma ancora di più da quell'atteggiamento tipico dei bambini, di dedicare molto del loro tempo a dare corpo alle loro stesse fantasie (Gardner & Olness, 1981): più semplicemente ciò che è descritto da Gardner & Olness non è altro che il monoideismo plastico di cui parla Granone (1989) tipico di quello stato di coscienza particolare definito ipnosi (Bairati Papi, 1997). Ancora, entra in gioco la curiosità tipica dei bambini, la loro predisposizione ad esplorare l'ambiente, a cercare il contatto con l'altro (Bairati Papi, 1997), ad accettare l'interazione con l'adulto inteso come protettore della loro fragilità e ad avere fiducia in lui (Gardner & Olness, 1981). Cionondimeno possono esserci lo stesso resistenze nell'indurre la trance in un bambino; queste difficoltà sono dovute spesso alla disinformazione da parte dei mass media divenuti in modo crescente compagni di gioco ed oggetti di identificazione da parte dei bambini, che ancora descrivono l'ipnotista come un mago in grado di influenzare in modo inappellabile il comportamento degli altri. La maggior parte delle resistenze che si riscontrano in ipnositerapia pediatrica è l'atteggiamento spesso negativo da parte dei genitori del bambino, degli insegnanti, o di altri adulti verso l'utilizzazione delle tecniche ipnotiche (Gardner & Olness, 1981).

Al di fuori delle difficoltà esterne che possono presentarsi in ipnositerapia è importante per il terapeuta tener conto della

fragilità dei vari elementi che rendono il bambino un buon soggetto ipnotico. Egli è sempre pronto ad accedere a nuovi apprendimenti, è disposto a ricevere nuove idee; è necessario saperle fornire in modi comprensibili, senza eccedere in senso opposto alterando il proprio modo di parlare di adulto: i bambini specie gli aggressivi e gli iperattivi sono particolarmente sensibili all'artificialità del comportamento adulto (Granone, 1989; Gardner & Olness, 1981; Erickson, 1978; Mills & Crowley, 1988). Ancora più delicato è il discorso riguardante la fiducia e la facilità ad abbandonarsi all'adulto; nell'approccio al bambino non dovrà mai esservi minaccia né fisica né psicologica; egli considera l'adulto un "gigante" sia fisicamente che intellettualmente, così superiore alle sue possibilità, che un uso indebito di tale potenza potrebbe costituire una minaccia al senso di adeguatezza come individuo del bambino stesso (Erickson, 1978; Bairati Papi, 1997, pag. 103).

Il ruolo dell'ipnoterapeuta infantile è carico di significati affettivi. In una famiglia in cui vi siano transazioni povere o distorte l'operatore diventa quasi la figura sostitutiva di quelle parentali, diventa più in generale, colui che accoglie le ansie e le angosce del bambino, colui che -con le parole della Bairati Papi- è "capace di far pensare, di contenere e quindi di far apprendere" (Bairati Papi, 1997 pag. 103).

Peresson (1981) puntualizza l'importanza del rapporto umano tra ipnotista ed ipnotizzato specie se quest'ultimo ha un'età piuttosto giovane, rapporto che "acquista un particolare significato in relazione alle sue fasi di sviluppo" (Peresson, 1981, pag. 27); per l'autore i problemi relativi all'applicazione dell'ipnotismo in pediatria insorgono nel

momento in cui non si tenga "conto che il bambino matura attraverso fasi evolutive specifiche -correndo- il rischio di trasferire tout-court la metodologia dell'adulto ad esso, con conseguenze spesso assai gravi per il suo ancora instabile equilibrio psicofisico" (Peresson, 1981, pag. 27). Per cui la necessaria costruzione delle suggestioni terrà conto della reale situazione di vita del bambino o dell'adolescente e soprattutto dei rapporti con le figure parentali.

Contemporaneamente all'aspetto teorico si baderà, nell'affrontare problematiche dell'età evolutiva, alle necessità contingenti del bambino. Secondo Granone (1989) è indispensabile conoscere i gusti, le tendenze e le abitudini dei piccoli pazienti per poter dare forma ad una rappresentazione scenica personalizzata sui loro bisogni e desideri rifuggendo da qualunque rituale, poiché l'introduzione "delle componenti magiche, ritarderebbe la formazione di un Io maturo nel fanciullo" (Granone, 1989, pag. 590). Pertanto è necessario che l'intervento ipnositerapico al bambino si svolga in un clima caldo e confortevole; si raggiungeranno facilmente gli obiettivi tipici dell'ipnositerapia pediatrica quali lo sviluppo ed il rinforzo delle potenzialità sane del bambino, se l'ipnotista si interesserà sinceramente a lui, conoscendo "la sua storia, i suoi interessi, il suo nome: il primo incontro sarà con lui non con chi l'accompagna, affinché si senta protagonista dell'esperienza" (Bairati Papi, 1997, pag. 102).

Il terapeuta entrerà più facilmente nel mondo di quell'individuo "piccolo e giovane" se rifornirà il suo studio di giocattoli, animali di peluche, materiale da plasmare, pupazzi e marionette, utilizzando un linguaggio chiaro, lento, accessibile al bambino, che permetta la concentrazione

nell'ascolto ed un tipo di comunicazione partecipata ricca di gesti e sottolineature nonché di silenzi che stimolino la curiosità e l'attesa (Mills & Crowley, 1988; Bairati Papi, 1997).

3. Trattamenti Specifici

Da molto tempo come si è visto in precedenza si utilizzano tecniche ipnotiche con bambini per numerosi e differenti problemi: da quelli psicosomatici, l'infanzia scrive la Bairati Papi (1997, pag. 102) è "l'età dell'oro della psicosomatica", e quindi enuresi, encopresi, dolori addominali, asma, ripetitività esasperate di bronchiti, otiti, diarree, laringiti (Bairati Papi, 1997; Gardner & Olness, 1981); ma anche nell'anestesia e nella riduzione del dolore (Gardner & Olness, 1981; Erickson, 1978); nella correzione dell'onicofagia, della balbuzie, di tic, oppure nel superare la paura del buio e della solitudine (Peresson, 1981); nell'adattamento delle lenti a contatto (Gardner & Olness, 1981); in casi di incubi notturni o per superare difficoltà di addormentamento, scolastiche o di apprendimento (Gardner & Olness, 1981; Erickson, 1978); infine nella correzione di difetti fisici per la normalizzazione del carattere (Granone, 1989).

4. Tecniche di Induzione

Le tecniche di induzione nei bambini ricalcano molto quelle utilizzate con gli adulti, possono essere dirette o indirette, l'importante è che si adattino perfettamente alla fase evolutiva del singolo individuo, al suo stile di personalità e, parafrasando le parole di Erickson (Erickson, 1987), ottengano l'attenzione del paziente utilizzando il suo comportamento, riconoscendone primariamente i bisogni.

Nel lavorare con i piccoli pazienti è necessario considerare un ulteriore elemento troppo spesso trascurato: i

bambini durante l'induzione si muovono, si agitano, fanno commenti, "aprono gli occhi o, più facilmente, si rifiutano di chiuderli" (Bairati Papi, 1997, pag. 104). L'ipnotista cercherà di adattarsi alla modalità tipica di quel bambino senza alcuna forzatura, per esempio non chiedendo di chiudere gli occhi ma suggerendo che quando gli occhi saranno stanchi potranno chiudersi.

Granone (1989) riporta un esempio di tecnica induttiva diretta utile nel controllo del dolore, che si rifà a tematiche fumettistiche e di fantascienza, in cui al bambino viene fatta vivere l'esperienza di un avventuroso viaggio spaziale che termina con la conoscenza di un medico, il dottor Zargon, il quale con il suo "apparecchio dei super-raggi" gli fa scomparire il male. Una tecnica simile è quella di De Liguori, riportata da Peresson (1981), della sala cinematografica buia in cui il bambino inizia a vedere un film, e mentre la sua attenzione è catturata dalla visione del film gli si danno suggestioni di levitazione, catalessia, chiusura degli occhi etc. Gonzaga (in Granone, 1989) suggerisce per bambini tra i quattro ed i sei anni la tecnica di Bernheim "dello sguardo reciproco tra ipnotista e soggetto" chiedendo al bambino di prestare attenzione agli occhi dell'adulto perché presto cambieranno colore, quando noterà il cambiamento gli si suggerirà la stanchezza agli occhi e la conseguente chiusura.

Gardner e Olness (1981) suggeriscono una vasta gamma di tecniche induttive per bambini, di tipo visivo, uditivo, di movimento, ideomotorie, di fissazione degli occhi, tecniche che facciano uso di elettrodomestici, tecniche vicine al "rilassamento progressivo" di Jacobson, di distrazione ed infine quelle metaforiche; queste ultime saranno trattate più avanti nella seconda parte del presente lavoro.

Per quanto riguarda le induzioni visive il tema classico è:

a) il luogo preferito, ovverossia l'immaginazione di un posto in cui il bambino si senta bene, a suo agio e rilassato, dove possa stare con chi vuole e divertirsi;

b) gli animali, in cui il piccolo paziente immagina di avere tra le mani il cucciolo di animale che più gli piace, con il pelo soffice e del colore che preferisce, poi si suggerisce di immaginarne un altro e poi un altro ancora e di cambiargli a piacimento il colore del pelo;

c) il giardino fiorito, in questo caso si chiede di immaginare di entrare, accompagnato da un giocattolo o da un pupazzo di stoffa, in un grande giardino fiorito con i fiori che più gli piacciono, di odorarli e di iniziare a coglierne uno ad uno fino a farne un grande mazzo;

d) nell'attività preferita si chiede al bambino qual è la cosa che gli piace fare di più e gli si suggerisce di immaginarla;

e) nell'osservazione delle nuvole immaginerà nuvole dei colori che predilige e di cambiarne la forma continuando ad osservarle intensamente, questa tecnica è da evitare con bambini a cui è stato insegnato che quando si muore si va in cielo oppure con malati terminali o se hanno fatto recenti esperienze di morte di parenti, amici, animali;

f) una tecnica che ricorda l'autoipnosi di Sparks è quella delle lettere in cui si chiede al bambino di immaginare una lavagna con scritta una grande lettera "A" e poi di cambiarla in "B", in "C" etc. finchè non si senta bene, a proprio agio, rilassato;

g) con la televisione si suggerisce di immaginare di cercare in televisione il proprio programma preferito, di guardarlo, di ascoltarlo; naturalmente, nel caso tale

programma sia eccessivamente violento o non adatto alla sua età, l'ipnotista ne suggerirà uno lui o cambierà tecnica.

Per quanto riguarda i metodi di immaginazione uditiva gli autori ne descrivono tre:

a) la canzone preferita, in cui si chiede al bambino di cantare una canzone per intero a mente;

b) suonare uno strumento musicale, in cui il bambino immaginerà di suonare uno strumento che gli piace;

c) ascoltare la musica, in cui si chiede al piccolo di immaginare di ascoltare una musica piacevole.

Le tecniche induttive di movimento sono cinque:

a) la prima, assai efficace nell'aiutare il bambino a sentirsi padrone di realtà per lui sgradevoli (situazioni familiari, scolastiche o ambientali problematiche) (Bairati Papi, 1997) è il tappeto volante, con la quale si suggerisce di immaginare un giorno piacevole, soleggiato, durante un pic-nic e poi il ritrovamento di un tappeto volante ed un fantastico volo sopra il prato, gli alberi, i nidi degli uccelli, le case, decollando, scivolando e planando morbidamente;

b) restando sullo stesso tema c'è la palla rimbalzante, in cui il bambino immaginerà di stare a cavalcioni di un pallone e saltare di quà e di là, sopra gli alberi e sull'acqua;

c) ancora, si può usare l'induzione del ciclista o del fantino, qui a secondo delle preferenze il piccolo paziente immaginerà di guidare una bici o cavalcare, a suo piacimento in una bella giornata finchè non trovasse un buon posto dove fermarsi;

d) con lo sport gli si chiederà di immaginare di giocare allo sport preferito con la propria squadra del cuore e finchè la partita non sarà vinta;

e) il parco giochi riguarda l'immaginazione da parte del bambino di giocare con scivolo ed altalena, di dondolare quindi, avanti e indietro e di scivolare velocemente e delicatamente fino a terra finchè non si senta felice e rilassato.

Le tecniche ideomotorie richiedono al bambino di focalizzarsi mentalmente su un particolare movimento lasciando che il movimento avvenga in modo involontario:

a) Le mani calamitate, si chiede al bambino di stendere le braccia di fronte a sé con le palme delle mani una di fronte all'altra e di immaginare che esse siano due grosse e potenti calamite che si attirano finchè non si toccano;

b) Per soggetti irrequieti o con instabilità psicomotoria ma, più in generale come rafforzamento dell'immagine di sé (Bairati Papi, 1997), può essere usata la potente quercia in cui i bambini immaginano di essere un grande albero con forti rami e radici ben salde sul terreno, forti, molto forti, tanto che l'ipnotista potrebbe perfino provare fatica a sollevarli;

c) Ne la levitazione della mano si induce il bambino prima a concentrarsi su ciò su cui è poggiata inizialmente la mano, poi ad immaginarsi uno dopo l'altro molti grossi palloni pieni di gas leggerissimo che la tirino su, sempre più su;

d) Un tecnica che, secondo gli autori, funziona con moltissimi soggetti è l'abbassamento del braccio, con la quale si induce il bambino a percepire il proprio braccio steso in avanti con il palmo della mano rivolto verso l'alto, sempre più pesante fino ad abbassarsi sensibilmente sotto il peso di oggetti immaginari (vocabolari, mattoni, pietre) messi dall'adulto; per i pochi bambini che hanno difficoltà con questa tecnica se ne possono usare altre due quasi sempre efficaci, come:

e) Il braccio rigido, il bambino immagina di avere un braccio rigido, forte come il grosso ramo di un albero molto potente;

f) Il braccio catalettico, in cui l'ipnotista chiede al soggetto dapprima di rilassare il braccio, poi di osservare lo stesso ipnotista mentre alza delicatamente quel braccio e di come esso resti fermo per aria come se galleggiasse, come se fosse un pezzo di una statua; così facendo il bambino potrà constatare facilmente come agisce l'inconscio e come interviene quand'egli avesse bisogno del suo aiuto.

Le tecniche di fissazione oculare sono:

a) La moneta, il bambino tiene sulla punta delle dita, con il braccio steso davanti a sé, una moneta vera o giocattolo che riporti figure a lui familiari e gli si spiega che quando le dita si stancano la moneta potrà cadere tranquillamente dalla sua mano, potrà essere raccolta in seguito, intanto i suoi occhi stanchi si chiuderanno;

b) La fissazione di un punto della mano è abbastanza simile alla precedente; qui il bambino seduto in posizione comoda, guarderà verso il basso in un punto qualunque della mano o delle dita per cinque lunghi, profondi e rilassanti respiri, dopo l'ultimo respiro i suoi occhi saranno in grado facilmente e agevolmente di chiudersi;

c) Ne la visione stereoscopica gli si fa guardare una foto chiedendogli di cercare qualcosa o qualcuno, oppure di osservare i colori.

Le tecniche di induzione che fanno uso di elettrodomestici sono:

a) Il videoregistratore, con registrazioni di induzioni di bambini coetanei al soggetto in questione, solitamente usata con i più piccoli.

b) Il registratore audio con incisa la

voce dell'ipnotista.

c) Il telefono assai efficace con i bambini.

Per quanto riguarda le tecniche vicine al rilassamento progressivo di Jacobson (1974), quelle descritte dagli autori comprendono:

a) Floscio e molle in cui il bambino immagina di essere una persona floscia, con tutte le parti del corpo molli; mentre si sente rilasciato e perfettamente a suo agio, l'operatore verificherà il grado di mollezza partendo da un braccio e proseguendo per tutto il corpo.

b) Il bilanciamento dei muscoli, in cui si insegna al bambino a mettersi in una posizione di equilibrio e soprattutto comoda, dondolando prima le braccia e poi sistemando i piedi, in seguito spostando il tronco in avanti e indietro, come anche la testa; quest'ultima sarà poi immaginata tenuta al soffitto da un lungo filo che alla fine verrà tagliato lasciandola cadere in avanti in modo dolce e rilassato.

c) L'orsacchiotto di pezza è un metodo adatto ai più piccoli che abbiano problemi di addormentamento; si istruisce il bambino su come far addormentare il proprio orsacchiotto (o la bambola) tenendolo in braccio, facendo rilassare la testa, dando delicati colpettini, lasciando che le braccia siano comode e a proprio agio, la pancia rilassata e morbida, i piedi rilasciati, dondolando l'intero corpo assonnato.

d) Gardner e Olness descrivono infine quella che potremmo chiamare la concentrazione sul respiro; con questa tecnica si aiuta il piccolo (ma andrebbe bene anche con gli adulti) a rilassare l'intero corpo seguendo il ritmo del proprio respiro: all'espiazione viene associato il senso di rilassamento e ad un numero prestabilito (oppure a piacimento del soggetto) di espirazioni ci si concentra sul rilasciamento

di un gruppo muscolare alla volta, torace, addome, gambe, piedi, dita, schiena, spalle, braccia, mani, dita, collo, testa, faccia, occhi.

Tecniche induttive assai efficaci sono le tecniche di distrazione.

Esse provocano nel bambino un cambiamento improvviso di messa a fuoco, attirandone l'attenzione e spostandola da un aspetto negativo della realtà ad uno positivo. Tali tecniche sono assai funzionali in situazioni di emergenza come p. es. un incidente: si chiederà al bambino ferito in quale posto si è fatto male ponendolo di fronte a diverse alternative, oppure spostando la sua attenzione verso un piccolo animale presente nelle vicinanze oppure notando la potenza della sua voce mentre piange, etc. (Bairati Papi, 1997).

Erickson era un maestro in questo campo, numerose sono le tecniche di distrazione da lui tramandateci (Erickson, 1978):

a) svalutare l'evento spiacevole esprimendo rammarico per la non gravità di ciò che è accaduto ("forse non ti sei fatto abbastanza male da avere più punti di sutura di tua sorella..." Erickson, 1978, pag. 75);

b) riconoscendo in pieno la sofferenza del piccolo infortunato, notare come tutto ciò che riguarda l'incidente segua un iter prevedibile e rassicurante ("ti fa molto male e continuerà a farti male...e tu vorresti veramente che smettesse di farti male...può darsi che tra poco non ti faccia più male, tra un minuto o due... il sangue che esce è proprio di un bel rosso...la tua bocca sanguina nel modo giusto e si gonfia bene" Erickson, 1978, pag. 676);

c) i bambini aggressivi con difficoltà di addormentamento possono essere incontrati sul loro campo affermando che il loro pupazzo preferito non è capace di

addormentarsi descrivendo nel frattempo le varie fasi dell'addormentamento.

Ancora (Erickson, 1987):

d) per attirare l'attenzione del piccolo si può giochicchiare con qualcosa (p. es. un orologio) come se si volesse assicurare i piccoli pazienti spaventati,

e) fissare l'altro dritto negli occhi per fargli sapere che ciò che si sta dicendo è diretto a lui perché lui è la persona più importante in quel momento e c'è quindi bisogno della sua attenzione;

f) in situazioni di incubi notturni infiltrandosi nell'incubo, dapprima riconoscendolo, poi affrettandone l'evoluzione, infine aggiungendo qualche elemento di distrazione che ne attenui il significato affettivo e quindi ne permetta la scomparsa;

g) in odontoiatria, fissando l'attenzione sulle luci e le ombre ed i tocamenti della mano e del polso;

h) con problematiche attinenti alle difficoltà scolastiche, distogliendo l'attenzione dalle aspettative di apprendere qualcosa di strettamente attinente la scuola e raggiungendo gli obiettivi terapeutici seguendo strade "laterali" e non previste (p. es. modalità ludiche).

TECNICHE IMMAGINATIVE

1. La Metafora

La metafora è una forma retorica assai usata dagli uomini fin dall'antichità per cercare di comunicare ai propri simili, più direttamente ed efficacemente, i contenuti dei propri pensieri.

Essa consiste nell'attribuire ad un oggetto il nome proprio di un altro secondo un rapporto di analogia; "è il confronto tra due cose diverse tra loro che si identificano reciprocamente" (Pacciolla, 1991, pag. 37).

Essa viene acquisita direttamente dal profondo della psiche dell'ascoltatore comunicando in maniera elettiva con l'inconscio.

2. La Metafora Terapeutica

P. Barker (Pacciolla, 1991) ne afferma l'importanza dell'uso in psicoterapia poiché le tecniche psicoterapeutiche fondate sulla metafora sembrano produrre risultati assai più rapidi di altre, grazie alla loro straordinaria predisposizione ad indirizzarsi direttamente nell'emisfero destro.

E. Rossi (Mills & Crowley, 1988) nel commentare e descrivere l'opera di Erickson definisce la metafora una forma di comunicazione a due livelli, cioè "un modo di comunicare simultaneamente con la mente conscia e con la mente inconscia" (Mills & Crowley, 1988, pag. 31). In pratica la mente conscia è tenuta occupata da un messaggio che può essere un concetto, un'idea, una storia, un'immagine etc., nello stesso tempo viene inviato alla mente inconscia un altro messaggio, terapeutico. Quindi, mentre la mente conscia è all'ascolto degli aspetti letterali dell'aneddoto, le suggestioni, volutamente inframezzate nel messaggio, attivano associazioni inconse e significati variabili che sfociano alla fine nella coscienza.

Un esempio chiarificatore dell'uso della metafora in psicoterapia di cui M. Erickson era uno straordinario talento creativo ci è suggerito da Mills e Crowley (1988). Lo stesso Erickson ebbe in cura una persona, un fioraio, affetto da un cancro allo stadio terminale, il quale non voleva assolutamente sentir neanche pronunciare la parola ipnosi. L'autore allora, usò una lunga metafora su una pianta di pomodoro, ricca di suggestioni indirette di rilassamento, felicità, benessere, speranza e guarigione; il risultato fu che

questo malato terminale potè vivere serenamente e "normalmente" gli ultimi mesi che gli erano rimasti da vivere.

Questo aneddoto illustra chiaramente il pensiero di S. K. Littmann (Pacciolla, 1991) secondo cui un approccio terapeutico indiretto che faccia uso di metafore, sia essenziale nell'affrontare le resistenze: il potere della metafora stessa è proprio quello di "incontrare" una personalità ben difesa, aggiungendogli una componente affettiva che permetta all'individuo di desiderare di "scoprire nuove cose" (Barker, 1987, pag. 8), e nello stesso tempo, proteggendolo "da ciò che di negativo può venire da tali scoperte".

La metafora in psicoterapia si è rivelata uno strumento assai prezioso per la sua peculiare proprietà di invitare la persona a cercare una risposta ai suoi problemi seguendo una modalità insolita; in pratica, la metafora permette al soggetto di considerare situazioni simili alla sua affrontandole in modo diverso con reazioni diverse. Essa è definita da Pacciolla un "mezzo umanizzante nell'aumentare l'efficienza del soggetto nelle diverse fasi del suo sviluppo" (Pacciolla, 1991, pag. 88).

Secondo Barker (1987) le metafore danno risalto a contenuti narrativi che l'ascoltatore sarà libero di interpretare nel suo personalissimo modo: come in un test proiettivo egli può riconoscerne parti della propria realtà traendone spunti personali di soluzione.

Esse possono essere usate come canali comunicativi diversificati: "possono suggerire soluzioni a problemi" (Pacciolla, 1991 pag.62), esprimere opinioni, dare informazioni, suggestioni, e ultimo ma non ultimo sono utili per stabilire e rafforzare "il rapporto con le persone, in particolare con i bambini" (Pacciolla, 1991 pag. 62).

Secondo Pacciolla (1991) una metafora

è terapeutica quando propone all'inconscio del paziente nuove possibilità o nuove impostazioni del problema, e la sua efficacia in psicoterapia è evidente quando aiuta lo psicoterapeuta nel raggiungimento "dei più importanti obiettivi terapeutici quali -la comprensione, l'empatia, la risoluzione dei problemi" (Pacciolla, 1991 pag. 88), preservando l'integrità della struttura del mondo del paziente.

La metafora può essere strutturata in modi diversi secondo l'uso terapeutico che se ne vuole fare. Può essere (Pacciolla, 1991):

1) aperta, di grande efficacia suggestiva (induzioni ipnotiche) poiché permette la connessione a qualsiasi risposta; p.es. M.Erickson: "la mia voce ti accompagnerà dovunque andrai";

2) isomorfa, caratterizzata dal presentare un parallelismo strutturale con la situazione in trattamento;

3) universale, in cui tutti ci possono vedere qualcosa di utile per sé, p.es. :le difficoltà incontrate dai bambini nel distinguere tra loro alcune lettere dell'alfabeto oppure nell'apprendere i primi giochi con i coetanei (Erickson, Rossi & Rossi, 1979);

4) la metafora può avere inoltre struttura di story telling in cui sono illustrate le dinamiche psicologiche parallelamente all'articolarsi di una storia.

Barker (1987) descrive la seguente suddivisione per quanto riguarda la classificazione delle metafore terapeutiche: "racconti lunghi per affrontare tutti gli aspetti delle complesse situazioni cliniche, aneddoti brevi per obiettivi specifici e limitati, analogie, similitudini, brevi affermazioni e frasi metaforiche per illustrare e sottolineare alcuni punti specifici" (Barker, 1987 pag.53), ma anche metafore di relazione, compiti metaforici e metafore artistiche.

Da quanto fin qui esposto è intuibile la stretta connessione tra metafora ed immaginazione, evidenziabile nonostante il sussistere di elementi distintivi che caratterizzano questa relazione. Molto spesso i racconti, le favole ed altre storie metaforiche che si affidano alla parola (quindi: lette, udite, recitate o inventate) vengono facilmente confuse con quelle viste sullo schermo o in un libro illustrato. Le storie filmate e illustrate entrano nell'immaginazione mediante la percezione, rinforzano la confusione tra figure percettive e immagini immaginative. Qualunque immagine percepita (illustrazioni, pellicole cinematografiche etc.) è un'immagine, ma queste restano di solito legate alla visualità in cui sono apparse per la prima volta. Le parole-immagini invece, sono un fenomeno destromisferico in quanto proprietà immediata dell'immaginazione che può a sua volta visualizzarle: p.es. scene di musica, volti di personaggi letterari, ambienti di un romanzo. Esse riportano la mente alla sua dimora, al suo fondamento poetico, all'analogico (Hillmann, 1984). Al riguardo uno studio ha evidenziato come i bambini ricchi di immaginazione siano più vivaci, più svegli e più allegri dei loro coetanei, ma anche più capaci di concentrarsi, di tollerare meglio la frustrazione, mostrano inoltre meno paura e risultano più attraenti agli altri (Pacciolla, 1991).

Per quanto riguarda l'uso della metafora con i bambini i Lankton (in Pacciolla, 1991) consigliano di tener sempre presenti alcuni punti fondamentali molto simili a quelli già descritti per l'induzione ipnotica nella prima parte di questo lavoro:

1. prima di tutto il terapeuta farà attenzione affinché la terminologia sia appropriata all'età del bambini;

2. userà la voce come "dispositivo drammatico" (Pacciolla, 1991 pag.59), adattandola ai diversi personaggi della storiella;

3. svolgerà lentamente, con enfasi, il suo racconto onde ottenere una efficace risposta esperienziale del piccolo;

4. sarà necessario anche tener conto della capacità attentiva dei singoli bambini e della forte capacità di identificazione di questi con i personaggi delle storielle (quindi, più realismo c'è meglio è).

Un altro punto importante riguarda il modo in cui vengono proposti i racconti in psicoterapia. A questo proposito ci vengono in aiuto A. Pacciolla e P. Barker (Pacciolla, 1991) secondo i quali:

1. "la storia va raccontata come per caso, quasi come se fosse una parentesi nell'interazione terapeutica" (Pacciolla, 1991, pag. 97);

2. bisogna saper far venire il sospetto dell'esistenza di un motivo logico perché quella storia è stata raccontata, motivo che sarà lasciato latente e non esaminato a livello cosciente;

3. nella metafora si utilizzeranno espressioni dinamiche, di energia che possano animare ciò che è senza vita;

4. essa non dovrà essere presa troppo alla larga né dovrà rivelarsi troppo ovvia;

5. sarà opportuno evitare qualsiasi analisi o elaborazione logica del racconto.

3. L'intervento della PNL

Nella costruzione di metafore terapeutiche un aiuto notevole giunge dalla Programmazione Neuro Linguistica (PNL). Secondo questo approccio alcuni elementi linguistici che le persone usano normalmente possono fornire un'agevole e immediata via d'accesso al mondo interiore, personale, dei propri processi sensoriali. In pratica, nel

modello proposto dalla PNL il linguaggio sensoriale usato (visivo, uditivo, cenestesico) fungerebbe da rappresentazione verbale cosciente del processo neurologico interiore al quale si accede nella comunicazione (Mills & Crowley, 1988). In pratica lo psicoterapeuta, conoscendo con quale specifica modalità sensoriale il bambino (ma anche l'adulto) percepisce la sua realtà, potrà avere chiare indicazioni sull'origine del sintomo e potrà così utilizzare la stessa modalità sensoriale per raggiungere l'obiettivo terapeutico (Pacciolla, 1991).

Le preferenze linguistiche sensoriali di ogni soggetto possono essere riconosciute facilmente dai predicati o vocaboli di azione usati nell'esprimersi: riguarderanno il vedere per i visivi, l'udire per gli auditivi ed il provare sensazioni per i cenestesici. Oltre ai predicati letterali esistono altri metodi per svelare al soggetto ed all'operatore le modalità sensoriali coscienti e quelle fuori-coscienza. Proprio queste ultime sono l'oggetto estraneo. "la mina vagante" a cui secondo S. Heller (Mills & Crowley, 1988) è attribuita una funzione cardine nella creazione e nella terapia di problemi psicogeni (e a volte organici).

La teoria del sistema sensoriale fuori-coscienza evidenzia come le persone (adulti e bambini) siano spesso 'staccati', 'scissi' da una o più modalità sensoriali; queste, senza controllo, creeranno danni e problemi psichici (ma anche organici) che si riveleranno un ostacolo nell'adattamento all'ambiente sociale e nell'autorealizzazione dell'individuo. L'individuo in pratica, è come se si negasse la possibilità di affrontare con tutte le sue forze la realtà contingente. Questa teoria cerca di collegare i processi coscienti e quelli inconsci a specifici schemi sensoriali,

in atto e osservabili: è, secondo Mills e Crowley (1988) un passo avanti verso la materializzazione dell'inconscio.

Alcuni esempi.

Il bambino con un sistema uditivo fuori-coscienza non è consapevole della propria voce interna che sta dicendo qualcosa di negativo, critico, spaventoso, e che lo blocca p.es. con profezie di insuccesso mentre o prima di svolgere un'azione.

Il bambino il cui sistema sensoriale cenestesico sia fuori-coscienza può aver perduto il contatto con le proprie sensazioni, sviluppando in situazioni stressanti sintomi psicogeni.

Il visivo fuori-coscienza infine, è inconsapevole delle immagini interne che egli stesso origina e che innescano le sensazioni negative che lo turbano; è come se proiettasse mentalmente delle fotografie (ricordi visivi interni) del passato con connotazioni negative sulle situazioni contingenti (Mills e Crowley, 1988).

Mills e Crowley (1988) e Pacciolla (1991) descrivono alcuni metodi per individuare il sistema sensoriale fuori-coscienza.

1) Il primo di questi è l'osservazione dei segnali letterali, cioè i predicati od altri vocaboli utilizzati dal bambino, preceduti da "non"; queste modalità sensoriali con una connotazione negativa non sono altro che la descrizione del sistema sensoriale fuori-coscienza, la "zona bersaglio" alla quale il terapeuta deve puntare per rimuovere l'ostacolo che blocca il bambino.

2) Il problema o il sintomo presentati dal bambino possono essere considerati una comunicazione esplicita sul sistema sensoriale che è fuori-coscienza. Nel visivo fuori-coscienza vi possono essere problemi di coordinazione, esagerato battito delle palpebre, tic oculari, infezioni agli occhi, orzaioli, etc.; nell'uditivo fuori-coscienza il

bambino potrebbe frequentemente sognare ad occhi aperti, non udire "l'altro", avere lo sguardo perso nel vuoto, ma anche disturbi fisiologici come laringiti, infezioni del naso, della gola e delle orecchie; i problemi del sistema cenestesico fuori-coscienza possono essere enuresi, obesità, mal di testa, mal di stomaco, eruzioni cutanee oppure estrema sensibilità al caldo e al freddo.

3) Omissione di informazioni. Un sistema fuori-coscienza è individuabile anche notando quale sistema sensoriale l'individuo usa di meno nella vita quotidiana.

4) Anche i disegni possono fornire informazioni preziose sulla funzionalità sensoriale del bambino e spesso anche esplicitamente del sistema sensoriale fuori-coscienza (es. 'il ragazzo tutto orecchi' in Mills e Crowley, 1988, pag. 178).

5) L'osservazione dei movimenti oculari è un metodo assai utile per la sua immediatezza nel rivelare il/i sistemi sensoriali fuori-coscienza. La PNL considera i movimenti oculari l'espressione esterna dell'attività di pensiero interna all'individuo. In un individuo destrimane i movimenti oculari verso l'alto a sx indicano lo stimolo in atto di ricordi visivi del passato; i movimenti oculari verso l'alto a dx indicano la costruzione visiva di immagini nuove o future; gli occhi rivolti in avanti, 'sfocati', rispecchiano il fantasticare; i movimenti verso il basso a sx indicano l'accesso ad un processo uditivo interno; quelli verso il basso a dx l'accesso ad esperienze cenestesiche, mentre quelli orizzontali a dx o sx indicano un processo uditivo in atto. Lo psicologo o lo psicoterapeuta è in grado di evidenziare il sistema fuori-coscienza ponendo al bambino domande appositamente preparate

che siano "indeterminate" (che ricordo hai di questa esperienza?) o di "guida" (te ne sei fatto un quadro nella tua mente?). Una volta avuta la risposta la si confronta con l'osservazione dei movimenti oculari; se vi è congruenza tra i due elementi comunicativi (parole e occhi) potrà ragionevolmente identificare il sistema sensoriale indicato dai movimenti oculari come fuori-coscienza. Per averne la certezza basterà porre al bambino domande coerenti con le 'indicazioni' fornite dai movimenti oculari e valutarne l'inefficacia terapeutica.

6) L'ultimo metodo è tratto dalle ricerche di Pacciolla (1991) sulla autovalutazione della vividezza delle proprie immagini per evidenziare il canale sensoriale privilegiato del soggetto. Si invita la persona ad immaginare ad occhi aperti "di vedere qualcosa, di ascoltare, toccare, assaggiare e sentirne il profumo" (Pacciolla, 1991 pag. 163); lo stesso può essere vissuto in trance. L'immaginazione può essere spontanea o indotta (è lo psicologo che indica cosa immaginare) ed il grado di vividezza dell'esperienza che avrà fatto il soggetto potrà fornire utili indicazioni sia sul sistema sensoriale fuori-coscienza (minor numero di dettagli, livello minimo di vividezza del vissuto), sia quello preferenziale (massima vividezza e maggior numero di dettagli).

4. Comunicazione a tre livelli

Un approccio terapeutico assai efficace per superare gli ostacoli di fronte cui si trovano i bambini (ma la stessa tecnica è efficace anche con gli adulti) è quello metaforico: la metafora permette di rivelare il sistema sensoriale fuori-coscienza attivandolo in rapporto al sistema specifico (Mills e Crowley, 1988).

In psicoterapia vengono frequentemente usate metafore narrative, Mills e Crowley propongono di potenziarne l'effetto codificando la cosiddetta comunicazione a tre livelli. Al bambino viene presentata una metafora terapeutica in cui la trama comunica il primo livello di significato (cosciente); il secondo livello (inconscio) è comunicato dalle suggestioni disseminate, mentre un processo di intreccio sensoriale ne comunica un terzo livello (fuori-coscienza).

Nello specifico, nello sviluppo della trama di una metafora terapeutica si useranno sei ingredienti narrativi:

- 1) il conflitto metaforico;
- 2) il tema generale riguardante il protagonista; i processi inconsci personificati in forma di eroi-soccorritori (le capacità e le risorse del protagonista), furfanti-ostacoli (paure e convinzioni negative);
- 3) l'integrazione di situazioni di apprendimento parallele nelle quali il protagonista ha avuto successo;
- 4) la crisi metaforica ed il conseguente superamento del proprio problema;
- 5) il senso di identificazione dovuto al vittorioso "viaggio dell'eroe";
- 6) infine, la celebrazione ed il riconoscimento dello straordinario valore del protagonista.

La trama delle metafore terapeutiche può essere tratta da temi prestabiliti o da fiabe classiche, ma anche dall'immaginazione del bambino, da esperienze di vita del terapeuta o da associazioni funzionali / immaginose. In tutti questi casi esse andranno ad essere personalizzate in conformità al carattere di ciascun bambino ed utilizzandone le specifiche preferenze sensoriali e linguistiche.

Una volta costruita la trama il terapeuta

inizierà a far sì che la metafora possa comunicare efficacemente anche a livello inconscio arricchendo il racconto di disseminazioni di suggestioni terapeutiche riguardanti il disturbo in atto. Esse vengono inserite nel contesto del racconto in modo da non sembrare dirette al bambino; quest'ultimo a livello cosciente le riferirà alla trama, mentre a livello inconscio sono "udite" nel significato che assumono per la sua persona.

L'ultimo livello comunicativo di cui è composta una metafora terapeutica efficace è l'uso di un linguaggio pieno di richiami sensoriali, l'intreccio sensoriale. Questo processo ha lo scopo di aiutare ad integrare e ad equilibrare la funzionalità sensoriale del bambino, ma anche di sbloccare e far rivelare il sistema fuori-coscienza; il piccolo in pratica può risolvere il suo problema attingendo strategie salutari dall'integrazione di tutti i sistemi sensoriali al meglio del loro funzionamento. L'intreccio sensoriale può essere ottenuto sollecitando il sistema fuori-coscienza con una preponderanza di predicati adatti ma soprattutto passando continuamente dai predicati del sistema sensoriale preferenziale a quelli del sistema fuori-coscienza.

Esempi di metafore terapeutiche che seguano questo modello di comunicazione a tre livelli sono riportati in Erickson(1987), Mills e Crowley (1988).

5. Tecniche Metaforiche

L'applicazione pratica della metafora nella psicoterapia infantile è un campo in continua evoluzione, c'è sempre qualcosa di nuovo; a volte è il terapeuta ad elaborare nuove tecniche o a personalizzare le vecchie, altre volte sono i bambini stessi ad inventarsele a proprio piacimento. Questa vitalità creativa porta sempre nuova linfa

nella creazione di metafore terapeutiche e soprattutto fa sì che esse siano sempre attuali, adattabili al contesto socio-culturale del momento.

5.1 *Metafore viventi*

La metafora vivente può essere utilizzata come compito da eseguire a casa, "è un'attività incorporata nella vita quotidiana del bambino e che in qualche modo metaforizza in lui un processo necessario per risolvere il suo problema" (Mills e Crowley, 1988, pag. 151); essa aiuta il bambino a reintegrare esperienze sensoriali piacevoli ma associate al sistema sensoriale bloccato. L'uso della metafora vivente è un valido sostegno alla psicoterapia poiché serve ad "ancorare" il messaggio terapeutico e a far diventare effettive le capacità inconscie attivate dalla metafora narrata. Un esempio pratico riportato da Mills e Crowley (1988) riguarda una ragazza con un sistema uditivo bloccato che la spingeva ad essere rigida, iperattiva perfezionista; la metafora vivente riguardava il cucinare due torte, una seguendo perfettamente la ricetta, l'altra aggiungendo un ingrediente "strano", valutando alla fine come la torta imperfetta non fosse poi realmente da buttar via (Mills e Crowley, 1988).

Gli stessi autori suggeriscono nella creazione di metafore viventi, alcuni punti di partenza (compiti sensoriali), adatti a sviluppare nel bambino la consapevolezza del sistema sensoriale bloccato per quel particolare problema. Questi possono essere visivi, uditivi e cenestesici; tra i compiti visivi viene descritto l'album fotografico in cui si raccoglieranno foto fatte dallo stesso bambino su oggetti da lui preferiti, contrassegnate con una parola che esprima lo stato d'animo di quando le guarda; il

notes su cui il bambino incollerà ritagli di giornali relativi a cose che gli piacerebbe fare; la prospettiva diversa, in cui gli si chiede di scegliere un oggetto di quelli che preferisce e di fotografarlo da sei angolazioni diverse in modo che possa sviluppare nuovi modi di vedere la stessa cosa.

I compiti uditivi comprendono la musica preferita, in cui si chiede al bambino di sistemare i suoi dischi iniziando da quelli che ama ascoltare più spesso, oppure gli si fanno scrivere le parole delle canzoni preferite; i suoni preferiti, il bambino registrerà i suoni che più gli piacciono, lo zoo, in spiaggia, in campagna, ma anche in città; infine le associazioni preferite, il piccolo sceglierà cinque attività preferite e ne registrerà i suoni ad esse associati.

I compiti cenestesici: il peso, il bambino avrà il compito di valutare con le mani il peso di alcuni frutti pesati in seguito sulla bilancia per controllare la stima fatta dal piccolo; con la consistenza si stimolerà la discriminazione tattile facendogli trovare ogni giorno tre oggetti che diano la sensazione di essere duri, molli, ruvidi o lisci; infine l'equilibrio, cioè si insegna al bambino a stare in equilibrio, con un libro sulla testa, giocando sull'altalena o camminando su un asse.

5.2 *La tecnica della narrazione reciproca*

R. Gardner (Mills e Crowley, 1988; Pacciolla, 1991) all'inizio degli anni '70 ha elaborato una tecnica psicoterapeutica chiamata Mutual Story Telling (MST). Essa consiste "nell'introdurre" i bambini in un fantomatico spettacolo televisivo in cui ogni partecipante inventa una storia. Questa storia deve essere avventurosa ed eccitante, non deve riguardare cose viste sullo

schermo o esperienze reali del bambino, deve avere una parte iniziale, una centrale ed una finale e deve avere una morale. Dopo una eventuale interpretazione psicodinamica, il terapeuta racconta a sua volta una storia usando gli stessi personaggi e la stessa ambientazione del bambino con l'introduzione di elementi nuovi, positivi e adattamenti più maturi rispetto a quelli descritti dal bambino. Questa tecnica aiuta molto il terapeuta nello svelamento di conflitti interni, frustrazioni e difese del bambino; in più, egli sarà anche più vicino al modo di esprimersi del suo piccolo paziente con "buone possibilità di essere ascoltato" (Pacciolla, 1991, pag. 235). Questa tecnica può essere resa più efficace aggiungendovi alcuni elementi terapeutici come: intermezzi pubblicitari, l'uso dell'umorismo per migliorare la comunicazione, si può alla fine chiarire con il bambino il significato della storia, utilizzare un sogno del paziente per creare una storia oppure usare la storia da lui inventata per interpretare i sogni.

La psicoterapia che faccia uso del MST si svolge in quattro fasi distinte (Pacciolla, 1991).

Nella fase iniziale vengono evidenziate le resistenze, le ansie del bambino: con la narrazione reciproca si insegna quindi al piccolo paziente come gestire questi sentimenti. La fase centrale della psicoterapia è la fase di osservazione di come i messaggi dello psicoterapeuta incidano gradualmente sul modo di pensare e di agire del soggetto. In questa fase possono emergere conflitti profondi dovuti in parte all'ansia scatenata dal senso dell'adattamento ad una situazione nuova e più matura. Nella fase avanzata le storie sono più equilibrate ed il bambino fa ricorso in esse a minori adattamenti nevrotici; in questa fase è ancora più

agevole che nella precedente, l'osservazione di come i messaggi del terapeuta sono stati ricevuti ed assimilati. Nelle prime tre fasi inoltre, è importante porre l'attenzione ai temi ripetuti i quali potrebbero nascondere problematiche profonde non risolte. Nella fase conclusiva il bambino è in grado di interpretare le sue storie; i temi riguardano l'autonomia ed in generale le favole sembrano esprimere la possibilità che il paziente sia in grado di concludere il trattamento.

5.3 *Il sogno da svegli guidato*

Una tecnica metaforica molto conosciuta è il *Reve éveillé Dirigé* (RED). L'utilizzazione del RED in ambito evolutivo è diversa da come viene utilizzato con gli adulti. I ragazzi, ma soprattutto i bambini piccoli, hanno spesso difficoltà, come evidenziato in precedenza, a chiudere gli occhi, ad accettare la posizione allungata a causa della grande mobilità tipica di quelle età, ma anche a rilassarsi di fronte ad un estraneo quale potrebbe essere lo psicoterapeuta. Con i bambini è necessaria molta chiarezza, è indispensabile specificare con precisione l'oggetto della presenza dello psicoterapeuta e di ciò che quello psicoterapeuta farà per il bambino, insieme al bambino. La chiarezza inoltre sta anche nelle parole usate, parole che richiameranno sin dall'inizio la terminologia del RED e che avranno sempre carattere di proposta non di obbligo (Fabre, 1975).

Per entrare nel RED si potrà mettere in atto un invito all'identificazione ("se tu fossi il re...", "tu sei l'uomo che ha trovato la spada...") oppure una proposta di entrare nella sua costruzione o nel suo disegno ("se tu fossi dentro la grotta...") (Fabre, 1975).

N. Fabre (1975) presenta l'utilizzazione del RED in associazione con le tecniche di

gioco proprie della psicoterapia infantile: disegno, costruzioni, pupazzi, creta, ma anche figurine, muschio, alberi, pezzi di sughero con cui potrà creare la scena immaginaria che tradurrà il suo mondo interiore. Questi elementi psicoterapeutici servono principalmente per stimolare nel soggetto la curiosità e l'accettazione verso ciò che fa l'adulto, aiutano il piccolo a tranquillizzarsi, a sentirsi a suo agio e a concentrarne l'attenzione su uno stimolo (l'oggetto) e su una storia (il RED proposto dal terapeuta): mentre il bambino gioca o disegna l'adulto utilizza il toma da cui il bambino è partito per proporre un altro inserito nel precedente, rispetto al quale il bambino stesso con facilità (e spesso con divertimento) elaborerà una storia. I temi e gli elementi aggiuntivi proposti sono quelli usati anche con gli adulti: la grotta, il castello, la spada, lo scettro, la foresta, la montagna, la casa, il fondo del mare etc., mentre quelli di partenza possono essere sempre diversi: dal re, al treno, alla caffettiera.

5.4 *Le metafore artistiche*

La metafora artistica non è altro che l'uso della metafora terapeutica associata a forme d'arte. L'uso della metafora artistica implica l'attivazione dei processi nella cui mediazione l'emisfero cerebrale destro ha un ruolo predominante: figurativi, concezione e visualizzazione della nuova creazione, emotivi, presa di contatto con il problema ed evocazione della risorse, cenestesici, attività fisiche necessarie per mettere in atto la prestazione finale.

Le metafore artistiche di seguito descritte sono: il disegno delle risorse interiori, il libro del dolore che va meglio, il gioco delle risorse, il teatro delle marionette magiche (Mills e Crowley, 1988; Pacciolla, 1991).

Il disegno delle risorse interiori

In questo tipo di metafora artistica vengono usate matite, colori e fogli di carta: al bambino viene chiesto di disegnare alcune cose che gli rendono piacevole la vita.

Il disegno delle risorse interiori è utile allo psicoterapeuta come mezzo comunicativo alternativo con bambini eccessivamente verbali o eccessivamente non verbali, per individuare il sistema sensoriale fuori-coscienza, ma anche come mappa delle risorse e delle strutture di fondo che saranno incorporate in seguito in metafore narrative. Il bambino invece ne trarrà giovamento prima di tutto dall'esperienza di catarsi emotiva propria del disegno, poi dal prendere forma e colore di soluzioni e risorse interiori prima sconosciute alla coscienza. D'altronde quando i bambini vengono invitati a parlare sui propri disegni, fanno esperienza diretta dei primi segni di cambiamento in atto ma non ancora visibile (Pacciolla, 1991).

Il libro del dolore che va meglio

Il libro del dolore che va meglio è una tecnica che fa uso anch'essa di colori, matite e fogli di carta. Questo strumento metaforico è stato elaborato principalmente per aiutare i bambini ad affrontare il dolore fisico; con esso si vuole permettere al bambino di dare una forma al dolore ma anche di accedere a risorse interiori inutilizzate. Le fasi in cui si suddivide questa tecnica sono identificate dai tre 'inviti' da parte dello psicoterapeuta a disegnare (Mills e Crowley, 1988):

1. com'è in quel momento il dolore;
2. com'è il dolore quando va meglio;
3. che cosa faciliterà il passaggio dal primo disegno al secondo.

Gli scopi raggiunti da questi tre disegni

riguardano:

1) la dissociazione da parte del paziente dal dolore, il poterlo disegnare gli permette di distanziarlo da sé;

2) la conoscenza del 'nemico' con cui sta combattendo che vuol dire anche poterlo controllare;

3) l'attivazione di altri canali sensoriali diversi da quello cenestesico doloroso;

4) infine l'implicazione che, se il bambino può disegnare il dolore che va meglio può voler dire che questo andar meglio esiste davvero.

In pratica, se il primo disegno del dolore provoca una dissociazione da esso ed il secondo disegno del dolore che va meglio ne implica il miglioramento, allora il terzo, di ciò che farà andare meglio il dolore, non è altro che un "ponte metaforico" cioè un simbolo salutare che attiva risorse e potenzialità inconscie.

Il gioco delle risorse

Il gioco delle risorse è stato ideato da Mills e Crowley (1981) ed in seguito riadattato da Pacciolla (1991). È un gioco di società a cui potranno giocare lo psicoterapeuta ed il paziente (ma anche un piccolo gruppo di bambini tra loro o con lo psicoterapeuta). Nella costruzione del gioco si chiede al bambino:

1. di disegnare sui due angoli opposti di un foglio di carta qualcosa che il piccolo vorrebbe avere o che sia per lui importante ed un personaggio che possa aiutarlo nel raggiungere l'obiettivo;

2. di segnare sul foglio tra i due disegni un percorso precedentemente visualizzato ad occhi chiusi;

3. su questo percorso il bambino potrà tre ostacoli, "tre cose che potrebbero trovarsi sulla strada", ma anche dei colpi di fortuna;

4. di disegnare sul percorso delle caselle che potranno equivalere ad una ipotetica

distanza temporale che lo allontani dalla meta;

5. di disegnare inoltre, tre oggetti che potranno aiutarlo a superare gli ostacoli (le risorse) su tre cartoncini ed anche su di un cerchio diviso in tre spicchi equivalenti con dentro ognuno una "risorsa" associata ad un numero del dado.

Il gioco si svolge come un qualsiasi "Gioco dell'oca" e termina solo quando il bambino raggiunge l'obiettivo. Durante lo svolgimento del gioco il terapeuta sarà attento a disseminare suggestioni positive: p.es. quando il bambino ha finito di creare le carte delle risorse: "benissimo adesso hai tutto quello che ti può aiutare a superare gli ostacoli" Mills e Crowley, 1988, pag. 200) oppure quando supera un ostacolo: "benissimo ti puoi divertire e imparare molte cose nuove"(Mills e Crowley, 1988, pag. 200).

Il teatro delle marionette magiche

Anche l'ultimo strumento relativo alle metafore artistiche descritto dagli autori (Mills e Crowley, 1988; Pacciolla, 1991) è interamente creato dal bambino. Questa tecnica parte dal disegno dei personaggi fino alla rappresentazione scenica, passando per il colore, il ritaglio, l'elaborazione della trama, la creazione dello sfondo e degli eventuali elementi metaforici che mano a mano il bambino sentirà la necessità di aggiungere. In tutte queste fasi terapeutiche si terrà conto di ciò che i personaggi rappresentano, del cambio di ambientazione, dei movimenti e delle interazioni che costituiscono la storia ed anche in questo caso il terapeuta sarà attento a scegliere i momenti migliori per disseminare le sue suggestioni terapeutiche.

5.5 I cartoni animati

Uno strumento metaforico "trasversale" è costituito dai personaggi dei cartoni

animati o dei fumetti. "La terapia effettuata con i cartoni animati può essere abbinata a qualsiasi altro tipo di intervento metaforico sinora descritto: i personaggi che il bambino predilige possono essere incorporati in metafore narrative, disegnati e ritagliati come obiettivi o soccorritori nel gioco delle risorse, trasformati in burattini del teatro delle marionette magiche o raffigurati quando si fa il disegno delle risorse interiori" (Mills e Crowley, 1988, pag.217). Inconsciamente l'eroe dei cartoni animati rappresenta le forze e le risorse interiori del bambino stesso.

CASO CLINICO

Il caso clinico qui presentato riguarda Monica, una bambina di 2 anni e 4 mesi, figlia unica, vive con la madre insegnante ed il padre libero professionista.

La richiesta di intervento è pervenuta allo psicologo dalla madre, la motivazione riguarda alcuni comportamenti 'particolari' che M. non aveva mai messo in atto in precedenza.

Da poco più di una settimana la bambina sveglia continuamente i genitori la notte, a volte la sera ha attacchi di pianto fortissimi che solo l'intervento del padre riesce a calmare, quando si offende si chiude in una stanza al buio e, durante il giorno vuole chiudere le porte delle stanze "perché -dice- così non entrano i gatti".

Dall'anamnesi si rileva che M. ha pienamente raggiunto le tappe del periodo sensomotorio descritte da Piaget (Miller, 1987): uso dei simboli mentali nella rappresentazione di oggetti ed eventi, rappresentazione a breve e lungo termine di eventi, definizione dei propri confini corporei e permanenza dell'oggetto. Inoltre la bambina ha intrapreso in modo adeguato l'acquisizione delle abilità proprie del periodo preoperatorio: la funzione semiotica, la bambina utilizza stimoli non strutturati in sostituzione di oggetti reali (un significante evoca un significato); l'uso articolato del linguaggio come mezzo di comunicazione e conoscenza.

Durante il colloquio M. mostra capacità introspettive evidenzabili anche dal frequente riferimento autogeno a fatti ed esperienze della sua vita accaduti anche parecchie settimane

prima. L'attenzione delle modalità relazionali della piccola con le figure genitoriali fa risaltare la presenza di uno stile di attaccamento sicuro, confermato anche dall'interazione con lo psicologo (Schietroma, 1998). Infine, parlando con la madre si è potuto constatare che da circa due settimane alla bambina era stato tolto completamente il ciuccio.

L'ipotesi diagnostica da cui si è partiti nel trattamento di M. riguarda la difficoltà nell'elaborare il distacco della bambina dal ciuccio quale oggetto transizionale nelle situazioni regressive: addormentamento, situazioni di stanchezza fisica o di grande frustrazione emotiva. M. sembra in questo periodo, mettere a dura prova la prontezza di risposta e la capacità di accudimento fino ad ora dimostrate dai suoi genitori; sembra quasi che con la perdita del ciuccio la richiesta di protezione all'esterno sia aumentata contemporaneamente all'affermazione della propria autonomia (secondo stadio di sviluppo psico-sociale di E. Erickson) (Miller, 1987).

In relazione al fatto che tale difficoltà possa essere considerata indice "normale" di una tappa evolutiva che tutti i bambini più o meno esplicitamente attraversano, si è deciso di localizzare la consulenza su due livelli contemporaneamente integrando un intervento di tipo ipnositerapico sulla bambina con uno rivolto ai genitori finalizzato ad attenuarne preoccupazioni ed ansie.

Per quanto riguarda i genitori la persona che è apparsa più motivata e non diffidente nei confronti di una consulenza psicologica di tipo ipnotico-metaforica, è stata come spesso purtroppo succede, la madre. Il lavoro con la madre è stato centrato su un approccio formativo-informativo composto da un incontro di informazione ed uno di rinforzo delle nozioni acquisite. Durante il primo incontro la signora è stata addestrata ad alcune tecniche di "contenimento e protezione" già suggerite dalla Bairati Papi e da Milton Erickson (Bairati Papi, 1997; Erickson, 1987).

Un atteggiamento della bambina che in quei giorni veniva vissuto dai genitori con molto disagio era il 'chiamare notturno': mai finalizzato a qualcosa di concreto, nè bisogni fisiologici, nè tantomeno desiderio di essere presa in braccio, sembrava solo un bisogno di avere la sicurezza che qualcuno sarebbe andato da lei.

Tenuto conto di queste premesse si è

suggerito alla madre di cedere ai richiami della bambina ma rispondendole senza farsi vedere ed in terza persona: alle frasi "cosa vuoi dalla mamma?", "perchè chiami la mamma?" etc., la bambina rispondeva con il silenzio e con il conseguente addormentamento. Un altro comportamento che sembrava destabilizzare notevolmente la tranquillità familiare erano le crisi di pianto irrefrenabile a cui si lasciava andare la piccola. Anche in questi episodi non parevano esservi motivazioni apparenti, per cui si è deciso di insegnare alla madre l'uso di messaggi indirizzati alla bambina in grado di accordarsi completamente con i suoi bisogni e desideri espressi unicamente con il pianto a diretto; tali messaggi non sono altro che un adattamento alla situazione in oggetto della corrispondente tecnica di M. Erickson per il dolore fisico (Erickson, 1987). La madre ha imparato ad utilizzare i brevi istanti in cui M. riprendeva fiato prima di ricominciare a strillare per inserirsi con frasi empatiche che facessero rendere conto alla bambina che la mamma era non solo in sintonia con lei, quanto completamente d'accordo con ciò che provava. Ogni volta che la mamma ha trasmesso questa ingiunzione alla figlia, quest'ultima si rassicurava facilmente placando il pianto. Nel secondo incontro svoltosi con la signora è stata rinforzata la fiducia nell'uso di queste modalità di reazione, così diverse dalle classiche risposte genitoriali oscillanti tra il rassicuratorio e l'autoritario, prece-dentemente utilizzate, svolgendo in sua presenza l'ultima seduta con la piccola M.

Con la bambina sono stati programmati tre incontri a distanza di pochi giorni uno dall'altro, durante ognuno dei quali l'intervento di ipnositerapia è stato integrato con metafore artistiche e narrative.

L'induzione ipnotica utilizzata integrava la levitazione della mano di Gardner & Olness (1981) con una serie di stimolazioni tattili e di parole ripetute in maniera monotona (Granone, 1989, pag. 589): dapprima lo psicologo ha chiesto alla bambina di immaginare tanti palloncini che le tirassero in alto il braccio aiutandolo lui stesso a salire con leggerissimi tocamenti (Erickson, 1987, pag. 102) poi, seguendo anche i suggerimenti non-verbali di lei (Bairati Papi, 1997, pag. 104) Ha cominciato a slegarli uno dopo l'altro, prima da un braccio, poi dall'altro. Durante la trance sono state

somministrate a M. suggestioni dirette riguardo il senso di benessere, di felicità, di gioia durante il giorno, di rilassamento e pace durante la notte. E' da notare che al secondo incontro la richiesta della trance è venuta dalla bambina stessa prima che fosse lo psicologo a proporla.

Le metafore artistiche utilizzate riguardavano direttamente l'argomento ciuccio, e quindi la richiesta di due serie di disegni (poco più che scarabocchi, ma che per la piccola rappresentavano realmente ciò che le era stato chiesto) in cui fosse protagonista dapprima la sua bambola preferita, in seguito lei stessa. Nel primo disegno la protagonista era rappresentata con il ciuccio, nel secondo senza e nel terzo felice mentre giocava con il cuginetto a cui M. è particolarmente legata.

Le metafore narrative erano piuttosto brevi (Pacciolla 1991) per non favorire la deconcentrazione della bambina e riguardavano crisi legate alla perdita, avendo come protagonisti Pippo e Topolino della Walt Disney (molto nominati da M. avendoli perfino dipinti sulle pareti della sua stanza) ed ancora il cuginetto preferito.

I temi delle metafore utilizzate spesso rappresentavano direttamente il ciuccio e la sua assenza; questa scelta è stata voluta per cercare di essere più vicino alle difficoltà attuali del soggetto. M. nominava continuamente il ciuccio mentre gli adulti intorno a lei, a detta della madre, cercavano di non pronunciare mai quel sostantivo in sua presenza, probabilmente rinforzando ancora di più il senso di perdita della bambina.

Dopo una settimana dall'ultimo incontro, la madre visivamente soddisfatta, ha riferito che M. non ha più messo in atto comportamenti "preoccupanti" quali la chiusura delle porte, il chiudersi al buio in una stanza, chiamare la notte. Per quanto riguarda le crisi di pianto la signora afferma che, dopo essere riuscita a gestirle in modo empatico, non si sono più presentate.

Riassunto

Scopo del presente articolo è quello di fare una rassegna sull'intervento ipnositerapico con i bambini.

Sono descritti vari metodi di induzione diretta e indiretta e l'uso di tecniche di Programmazione Neurolinguistica. Viene descritta l'importanza della metafora terapeutica nel trattamento dei bambini e le numerose applicazioni di essa: metafore viventi, tecnica della narrazione reciproca, il Reve éveillé dirigé, le metafore artistiche, i cartoni animati.

E' presentato alla fine, il caso clinico di una bambina di 2 anni e 4 mesi trattata con questo approccio integrato per crisi di pianto e problemi legati al sonno, causati probabilmente dal distacco dal ciuccio.

Bibliografia

- (1) **Bairati Papi C.**, (1997). L'ipnositerapia nell'infanzia. In Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia Forense. Vol. 2 (1), Gen-Apr. 1997, 101-107.
- (2) **Barker P.**, (1987). L'uso della metafora in psicoterapia. Astrolabio, Roma.
- (3) **Fabre N.**, (1975). Il triangolo spezzato. Astrolabio, Roma.
- (4) **Erickson M. H.**, (1978), (a cura di Haley). Le nuove vie dell'ipnosi. Astrolabio, Roma.
- (5) **Erickson M. H.**, (1987), (a cura di Rossi & Ryan). La ristrutturazione della vita con l'ipnosi. Astrolabio, Roma.
- (6) **Erickson M.H., Rossi E. & Rossi S.H.**, (1979). Tecniche di induzione ipnotica. Astrolabio, Roma.
- (7) **Gardner G.G. & Olness K.**, (1981). Hypnosis and Hypnotherapy with Children. Grune Stratton, New York.
- (8) **Granone F.**, (1989). Trattato di ipnosi. UTET, Tormo.
- (9) **Jacobson E.**, (1974). Progressive relaxation. The University of Chicago Press, Chicago.
- (10) **Hillmann J.**, (1984). Le storie che curano. Raffaello Cortina, Milano.
- (11) **Miller P.**, (1987). Teorie dello sviluppo psicologico. Il Mulino, Bologna.
- (12) **Mills J. C., Crowley R. J.**, (1988). Metafore terapeutiche per i bambini. Astrolabio, Roma.
- (13) **Pacciolla A.**, (1991). La comunicazione metaforica. Borla, Roma.
- (14) **Peresson L.**, (1981). Ipnositerapia - le applicazioni. Faenza Editrice, Faenza.
- (15) **Schietroma S.**, (1998). Consulenza personale. Gruppo di ricerca sull'attaccamento. IFREP-Università Pontificia Salesiana.

L'AUTORE: **Dr. Maurizio RIZZUTO**
 Via Pyre 1/3
 04100 Latina