ISTITUTO FRANCO GRANONE
C.I.I.C.S.
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
Anno 2021

Tesi

L'ipnosi nel paziente bruxista: il ricorso alla metafora, la sua struttura, la sua potenzialità clinica.

Candidato
Raffaele AMBROSIO

Relatore
Prof. Rocco IANNINI

ISTITUTO FRANCO GRANONE CIICS centro italiano ipnosi clinico sperimentale

Al "Cavaliere pieno di coraggio" sempre interessato a capire, in questo splendido percorso di vita e di conoscenza.

Al mio lavoro e a tutti quelli che si affidano alle mie cure.

A chi mi vuole bene.

Indice

1. La fisiopatologia del bruxismo……pag. 3
2. L'uso dell'ipnosi nel paziente bruxista……pag. 11
3. La metafora……pag. 15
   - 3.1 La costruzione delle metafore……pag. 20
   - 3.2 L'isomorfismo……pag. 26
   - 3.3 La calibratura……pag. 29
   - 3.4 I sistemi rappresentazionali……pag. 33
   - 3.5 Le submodalità……pag. 38
4. La gestione del paziente bruxista mediante le metafore……pag. 43
5. Conclusioni……pag. 51

1. La fisiopatologia del bruxismo

Solo chi esercita l'odontoiatria sa quale rilevanza sociale riveste una patologia tutto sommato poco conosciuta, alquanto sottostimata ma molto diffusa nella popolazione, come è il bruxismo.

Il Medico Odontoiatra sa che, su un numero totale di pazienti che entra quotidianamente nel suo studio, il 70-80% di questi soffre di bruxismo, o almeno del semplice serramento dentario. E non tutti i pazienti sono poi consapevoli di soffrire di questa problematica, o che stringere o strofinare così tanto i denti possa avere delle ripercussioni patologiche sia locali, quindi interessanti solo il distretto stomatognatico, che generali, con segni e sintomi che sono rilevabili anche a distanza, dal "semplice" acufene fino alla cervicalgia, dorsalgia, lombalgia, presenza di trigger point, contratture muscolari e/o fasciali, etc.

Secondo la definizione proposta dal Bruxism panel (2013), il bruxismo è un'attività ripetitiva dei muscoli della mandibola caratterizzata dal serramento o dal digrignamento dei denti e/o dalla pressione in posizione fissa della mandibola. Il bruxismo ha due distinte manifestazioni circadiane, in quanto può manifestarsi durante il sonno (sleep bruxism) o durante lo stato di veglia (awake bruxism).

La mandibola, anche se edentula, viene mantenuta fissa con la muscolatura attivata attraverso identici schemi di reclutamento motorio rispetto al serramento dentale. In pratica, vengono attivati sempre gli stessi gruppi muscolari, sia nel bruxismo che nel serramento, che nel normale ciclo di masticazione.

Con il termine bruxismo intendiamo almeno due attività non funzionali dei muscoli masticatori: la prima, di tipo tonico, isometrica, che si estrinseca con il serramento dentale e/o nel mantenimento della mandibola in posizione fissa con i muscoli masticatori in tensione; la seconda, di tipo fasico, isotonica, che si estrinseca con il digrignamento e/o con piccoli movimenti mandibolari, a volte anche senza contatto dentale.

L'approccio diagnostico al bruxismo oggi è basato essenzialmente su rilievi clinici ed anamnestici, in quanto il ricorso a indagini più elaborate (elettromiografia, kinesiografia, polisonnografia, etc.) è limitato dal costo elevato, dai pochi laboratori attrezzati per indagini complete per questa patologia, e anche per la scarsa ripercussione che queste indagini così sofisticate hanno poi sull'applicazione clinica.

Per questo, ancora oggi l'indagine clinica resta quella di elezione, in genere demandata al Medico Odontoiatra, il quale rileva facilmente, nel paziente bruxista, la presenza delle classiche faccette d'usura, che consistono nel consumo caratteristico delle superfici occlusali dei denti, o di eventuali fratture degli elementi dentari o dei restauri conservativi.

Altri sintomi dentari sono le abfraction (crollo dei prismi dello smalto a livello del colletto dei denti), l'ipersensibilità del dente, la calcificazione e/o la necrosi della polpa.

Oltre a questo, si può facilmente repertare anche uno stampo dei denti sulle mucose della bocca, sia della lingua che delle guance (soprattutto in corrispondenza della linea alba), e la

classica ipertrofia dei masseteri, spesso accompagnata da ipertrofia dei temporali anteriori (ambedue sono muscoli elevatori della mandibola), spesso con forte dolenzia alla palpazione. Ciò a riprova di uno spasmo in contrattura permanente di tutto il muscolo o solamente di alcuni fasci di esso.

La sintomatologia sistemica va dagli spasmi e dolori facciali alla cefalea, cervicalgia, dorsalgia e lombalgia. Caratteristici sono i trigger point, punti dolorosi disseminati soprattutto sul territorio della schiena, che rispondono molto bene alla terapia occlusale del bruxismo.

Ma, malgrado la presenza di tanti segni orali, il bruxismo non sembra riconoscere una causa periferica, quindi partente dalla bocca e, in particolare, dall'occlusione, ma piuttosto una genesi centrale (Lobbezoo).

Malgrado ciò, il ruolo del Medico Odontoiatra rimane centrale nel trattamento del paziente bruxista, per gestire tutte le problematiche che insorgono a carico del tavolato occlusale e gli effetti sull'apparato stomatognatico (muscoli, Atm, etc.).

Una revisione della letteratura (Lobeezoo, 2012) non ha riscontrato un rapporto causa-effetto tra occlusione e bruxismo (per esempio interferenze occlusali statiche o dinamiche) o caratteristiche di tipo scheletrico (tipo costituzionale dolicocefalico o brachicefalico). Eppure per anni l'ipotesi più diffusa sull'eziologia del bruxismo era che la presenza di una malocclusione e più specificatamente di un'interferenza nei contatti dentali (precontatto) creasse un'irritabilità del sistema neuromuscolare così ampia da scatenare un'attività parafunzionale reattiva con il solo scopo di eliminare la noxa patogena.

Generazioni di Odontoiatri sono stati educati in quest'ottica a curare il bruxista solamente riabilitando il tavolato occlusale, magari con interventi demolitivi anche molto invasivi, ma, purtroppo, con scarso effetto clinico. La pratica clinica di lavorare solo sull'occlusione viene ancora perseguita oggi da varie scuole di pensiero, nonostante prove a favore di una genesi diversa del bruxismo si siano rinsaldate negli anni.

Infatti, un'altra revisione della letteratura sembra confermare i fattori psico-sociali nella genesi del bruxismo (Lobeezoo). Sono infatti aumentate le ricerche volte ad investigare le cause centrali, interessanti il Sistema nervoso, e ambientali per la fisiopatogenesi del bruxismo, al decrescere delle ipotesi di tipo morfologiche e dentali. Tra le cause centrali, la componente psichica e le implicazioni sociali sono state molto investigate. Sono state descritte dalla letteratura dettagliate informazioni sulle caratteristiche del temperamento dei soggetti bruxisti (aggressività, sensibilità allo stress, perfezionismo) e l'elevata prevalenza di disordini della sfera psicosociale (soddisfazione sul luogo di lavoro, problemi coniugali o comunque relazionali nel campo affettivo, situazioni economiche e culturali).

La maggioranza dei dati sull'associazione tra bruxismo e disordini psicosociali derivano da studi eseguiti attraverso questionari dove il paziente era invitato a rispondere, ed in generale tali studi riportavano una associazione stretta tra bruxismo e ansia, sensibilità allo stress, depressione ed altre caratteristiche personologiche e temperamentali (Manfredini).

Gli studi basati su questionari ed indagini cliniche sono più indicati per investigare il bruxismo della veglia per il quale una relazione con l'emotività o comunque con la sfera psichica sembra avere razionale fondamento; al contrario studi per la misurazione del bruxismo del sonno (polisonnografia) sembrano

escludere una semplice associazione lineare con le variabili psichiche.

Oggi si ritiene che le caratteristiche neuropsichiche e temperamentali siano più importanti di quelle anatomiche e morfologiche nel determinare l'insorgenza del bruxismo. E' molto dubbia l'insorgenza di bruxismo di natura iatrogena, provocato ossia da precontatti artificiali prodotti da restauri dentali non congrui (Michelotti) in quanto sembrerebbero piuttosto instaurarsi meccanismi protettivi per evitare il dolore.

Il bruxismo del sonno invece si ritiene sia parte di un'attivazione del sistema nervoso autonomo conseguente a reflusso gastroesofageo (Ohmure) oppure un fenomeno atto ad interrompere un episodio apnoico, ed in alcuni casi essere conseguenza di un'alterazione del sistema dopaminergico (Lobeezoo). La dinamica del fenomeno a livello di durata è rintracciabile all'interno di un range che va dai 5 ai 10 secondi ed è reiterabile fino a svariate volte nella stessa notte: esso, inoltre, sembrerebbe comparire nella fase II del sonno (dato riscontrabile difatti nei tracciati EEG). Tale fase II è caratterizzata da una attività di tensione alquanto bassa (fase non REM) le cui onde, per frequenza, sono vicine alle onde theta (3-7 Hz).

Nella popolazione adulta, roncopatia ed OSAS sono state riportate in più del 30% dei soggetti affetti da bruxismo (Ohayon). In generale, esistono sufficienti evidenze a supporto dell'associazione delle OSAS e del bruxismo con fenomeni di arousal, ossia microrisvegli governati centralmente. Infatti, molti eventi apnoici terminano con arousals caratterizzati da aumento della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna.

Per cui, dal punta di vista clinico, non bisogna solo soffermarsi sull'occlusione dentale, ma si deve considerare il bruxismo come una manifestazione centrale legata ad un

sovraccarico emotivo e a fenomeni di arousal (risposta di attivazione) durante il sonno.

E' oltremodo importante capire che non esiste una relazione lineare tra bruxismo ed i suoi effetti in quanto non esiste un unico fenomeno di bruxismo e che la fisiopatologia dipende da molteplici fattori individuali.

Tutto ciò con lo scopo di evitare una semplificazione e comprendere come il significato patologico delle attività muscolari tipiche delle diverse forme di bruxismo sia da valutare attentamente a livello individuale.

In un'altra revisione della letteratura, che ha indagato su studi condotti fra il 2007 ed il 2016 (Kuhn), sono stati individuati 4 fattori importanti per scatenare la tendenza al bruxismo nell'adulto. Questi fattori riconducevano allo stress emotivo, al consumo di tabacco, alcool o caffè, alla sindrome da apnea notturna e ai disturbi d'ansia. Nei bambini e negli adolescenti, invece, oltre all'angoscia, predominavano le anomalie comportamentali e i disturbi del sonno. La conoscenza dei fattori di rischio identificati può essere utile quando si analizza la storia medica di pazienti con bruxismo. Questo a riprova che poi, in terapia, sarà molto utile ricorrere a terapie alternative e apparentemente non collegate al problema, come l'ipnosi.

Fra l'altro, la componente stress è stata sempre molto indagata, con ripetuti studi fatti su studenti universitari e reduci di guerra. Tutte le osservazioni fatte convergevano su una grossa correlazione fra un alto indice di stress e la presenza del bruxismo, sia notturno che diurno (Cavallo, Carter).

Sicuramente, gli studi sulla multifattorialità del bruxismo sono tanti, e la maggior parte mette in correlazione la genesi del problema con assetti psicologici favorenti o con stili di vita predisponenti. Ma sta venendo fuori anche un altro aspetto importante, cioè che il bruxismo, quindi lo stringere i denti, da

sveglio può svolgere un ruolo positivo nel far fronte allo stress, il che sarebbe compatibile con l'ipotesi della masticazione come mezzo per alleviare la tensione psicologica. In uno studio condotto da Soto-Goñi et al., i bruxisti svegli hanno mostrato livelli maggiori di ansia, somatizzazione e nevrosi, ma hanno anche mostrato strategie di coping più adattate, mentre secondo dati precedenti i pazienti TMD (che generalmente presentano anche alti livelli di ansia, somatizzazione) tendono a presentare stili di coping meno adattivi.

Numerosi studi, anche italiani, stanno uscendo ultimamente per dimostrare il ruolo importante degli input trigeminali sulle funzioni cognitive. D'altra parte è stato sempre dimostrato come delle alterazioni del tavolato occlusale e della funzione masticatoria siano da mettersi in relazione ad una scarica asincrona a livello cerebrale, con alterazioni a vari livelli. Infatti, gli studi di De Cicco e Manzoni stanno dimostrando come una condizione riequilibrata possa migliorare le funzioni cognitivo-attentive del paziente. In questo contesto, un'ipotesi affascinante potrebbe portare a guardare il bruxismo sotto un'altra veste, cioè quella di una disperata ricerca da parte del soggetto bruxista di un equilibrio o di una stimolazione delle proprie capacità cognitive, soprattutto in determinati contesti (depressione, ansia, stress) dove è richiesta una perfetta attivazione cerebrale. Naturalmente, il tutto è da verificare con studi appropriati, che si presentano di difficile applicazione e che necessitano di una verifica molto protratta nel tempo.

Naturalmente, diventa patologico il bruxismo troppo protratto nel tempo e troppo evidente nel corso delle 24 ore. La eccessiva delicatezza del sistema trigeminale ci dice, infatti, che il contatto dentario deve avvenire per un tempo che, paragonato alle 24 ore di un giorno intero, sembra anche eccessivamente breve. I denti delle due arcate devono, infatti,

venire a contatto solo per 18-20'/die, cioè per il solo tempo fisiologico della deglutizione (Jankelson). Senza entrare, però, in concetti più ampi di fisiologia dell'apparato stomatognatico.

Per cui, come in tutte le cose, l'importante è non esagerare. L'occlusione, e soprattutto la normale occlusione dentaria, è evidentemente strategica per il buon funzionamento del cervello. D'altra parte in qualche modo si deve spiegare perché oltre il 50% della rappresentazione corticale dell'homunculus sensitivo e motorio è rappresentato dal territorio trigeminale. E' chiaro che, se la chiusura dentaria è troppo protratta nel tempo e addirittura è anche forzata, si avranno delle ripercussioni negative sia sulla struttura (apparato osteo-mio-articolare) che nella funzione, perché si innesca un meccanismo patologico e autolesionista con riflessi negativi sulla fisiologia dell'individuo.

La stessa cosa avviene nella fisiopatologia dello stress, che in tanti casi, soprattutto quando gli stimoli stressogeni sono prolungati nel tempo, si converte molto rapidamente da eustress a distress.

La sensibilità allo stress e i tratti ansiosi della personalità possono essere responsabili delle attività di bruxismo che possono portare al dolore temporo-mandibolare, che a sua volta è modulato da fattori psicosociali. Ciò è variamente confermato in studi diversi; citiamo quello di Przystańska et al., dove si dimostra che i tratti psicologici, sia quelli permanenti (ansia di stato e alessitimia), sia stati temporanei (ansia di tratto, deficit di elaborazione emotiva e stress psicologico) sono determinanti significativi del bruxismo da sveglio. La percentuale di varianza indica anche la presenza di altri fattori che, nei singoli casi, sono determinanti in modo differente.

Nel bruxismo notturno, invece, sono stati riscontrati livelli aumentati di cortisolo, adrenalina, dopamina, noradrenalina (Polmann).

2. L'uso dell'Ipnosi nel paziente bruxista

Con queste premesse, si evince che il lavoro terapeutico sul paziente bruxista è oltremodo difficile, lungo, che richiede molta partecipazione attiva da parte del paziente, e che si espone nel tempo sia ai risultati clinici sperati ma anche ad innegabili insuccessi. Una via lunga e tortuosa, fatta di progressi e di sconfitte, dove nel tempo si sono alternate varie strategie terapeutiche, che mai però hanno portato ad una risoluzione clinica completa e duratura.

La terapia nel paziente bruxista prevede l'intervento specialistico su denti, arcate ed occlusione, con presidi più conservativi (bite) o più invasivi (inlay, onlay, corone, riabilitazioni protesiche complesse); oppure un trattamento più generale sull'assetto mentale e psicologico (t. farmacologiche più o meno complesse, terapie psicologiche per rafforzare il sé e per essere più elastici e resilienti nell'adattamento alle vicende quotidiane, piccole e grandi); o anche un lavoro specifico sull'igiene dello stile di vita, o sulla fisiologia del sonno; o un lavoro familiare, per un giusto supporto parentale.

Il bruxismo, attualmente, è visto come un'abitudine parafunzionale presente nella vita di tutti i giorni di tante persone, e perciò necessita di un approccio multidisciplinare per la cura orale, ma non solo. La prevalenza del bruxismo è in crescita, ed è correlata sempre più a stress, farmaci, cambiamenti nello stile di vita, cattiva alimentazione e problemi di sonno. Il terapeuta deve saper leggere tutti i segni e i sintomi per garantire il miglior piano di trattamento del paziente (Demjaha).

In questo contesto multifattoriale e polispecialistico, una delle terapie che si presenta molto efficace, risolutiva delle cause e dei sintomi, ma soprattutto stabile e duratura nel tempo, è l'ipnosi.

La possibilità di mettere il paziente in uno stato alterato di coscienza permette di sciogliere quei nodi che lo portano a stringere i denti e a ristrutturare il problema. Vari sono gli AA. che hanno studiato l'approccio all'ipnosi nel paziente bruxista. Il dato comune che emerge è che nei vari trattamenti proposti, l'ipnosi assume un alto significato come il modo ideale per eliminare i fattori psicologici che causano l'insorgenza del bruxismo e per fornire un adeguato rilassamento durante il cambiamento della percezione del dolore (Gastone). Nelle ricerche vengono preferiti quei pazienti dove è più evidente l'eziologia psicosomatica del bruxismo, con accento sulla personalità dell'individuo e sulla sua risposta al dolore.

In un case report di LaCrosse, si dimostra come un cambiamento duraturo possa verificarsi rapidamente nonostante la cronicità della malattia di una paziente (60 anni di bruxismo!). Il follow-up con valutazioni a 2, 3 e 5 anni ha rivelato che la paziente continua ad essere priva di sintomi, con analisi confermate dal marito e dal dentista di famiglia. Il trattamento comprendeva la valutazione, due sedute di psicoterapia, una prescrizione del comportamento paradossale per ridurre le preoccupazioni giornaliere, delle suggestioni ipnotiche per il controllo del digrignare notturno, e il rafforzamento delle aspettative del paziente per il successo. In questa caso, è indubbio il ruolo dell'ipnosi nel successo terapeutico, per il cambiamento di personalità che si è riusciti ad ottenere e per il conseguente positivo controllo del bruxismo notturno, quello più difficile da curare.

Abbiamo in precedenza detto come il lavoro terapeutico sul bruxista sia in genere demandato al Medico Odontoiatra, che, però, non può che limitarsi ad un intervento sulla struttura (denti, occlusione), ma non sul resto. E i dentisti sanno perfettamente che il paziente diventa un dipendente dal bite, nel momento in cui si ricorre a questo presidio terapeutico (che in tantissimi casi diventa l'unico e solo strumento utilizzato).

Wolfe e Coll. hanno descritto il caso di un paziente 55enne, in cura da oltre 10 anni con il solo bite da cui era totalmente dipendente, in cui un successivo approccio combinato ipno-analitico e ipno-comportamentale ha contribuito a scoprire, e di conseguenza a risolvere, un conflitto per una situazione di lavoro del paziente che era diventato una fonte costante di tensione mentale e muscolare. Le valutazioni prima e dopo la terapia psicologica, fisiologica e le autovalutazioni hanno confermato il senso di benessere del paziente, che ha ritrovato la capacità di dormire senza il ricorso al bite. Di qui l'importanza di considerare i molteplici fattori eziologici nel determinismo del bruxismo, in modo da adattare la terapia al singolo caso.

Quello che si evince è che il ricorso all'ipnosi in genere rafforza il successo della terapia e soprattutto la rende stabile nel tempo. L'aumento di consapevolezza e la possibilità delle ristrutturazioni da poter attuare mentre il paziente è in uno stato modificato di coscienza risultano un innegabile vantaggio rispetto alle terapie più tradizionali.

D'altra parte, è, appunto, innegabile il fatto che il ricorso all'ipnosi sulla poltrona del dentista è servito molto, nel tempo, per poter curare il paziente estremamente fobico. Infatti, l'ipnosi si è rilevata utile nel controllo del dolore, in Odontoiatria come in tante altre branche mediche (anestesiologia, terapia del dolore, chirurgia, ostetricia, fisioterapia, cardiologia, etc.).

Ma la vera sfida è proprio in un settore così delicato e pieno di trappole come quello della terapia del paziente bruxista.

L'ipnosi ha la peculiarità di determinare uno stato di coscienza particolarmente idoneo a favorire l'apprendimento. In trance si ha in genere molta più padronanza delle informazioni sullo stato personale, si ha maggiore consapevolezza sul presente e si è molto più ricettivi su idee nuove. Si apprende molto meglio e in modo più veloce.

Quindi in trance si instaurano dei percorsi preferenziali con l'inconscio, al quale, quindi, possiamo far prendere consapevolezza di determinati atteggiamenti, ma anche indicare la via per il cambiamento. La trance si pone come un momento ideale di comunicazione efficace con il paziente, per poter lavorare con lui e su di lui, per entrare in empatia, per far passare un giusto messaggio terapeutico.

Molta importanza, in questa fase, riveste la capacità narrativa del terapeuta e la forza di fascinazione che riesce a dare alla narrazione. L'abbinamento di trance e di narrazione efficace aumenta notevolmente l'efficacia del processo terapeutico dell'ipnosi. Un altro non trascurabile vantaggio di operare in trance è che essa dà al terapeuta la libertà di disporre di tutto il tempo necessario alla costruzione e allo sviluppo della metafora.

3. La Metafora

La narrazione è il primo dispositivo interpretativo di cui l'uomo fa uso nella sua esperienza di vita.

Attraverso la narrazione, l'uomo conferisce senso e significato al proprio esperire, interpreta e prevede eventi, azioni e situazioni. Su queste basi costruisce forme di conoscenza che orientano il suo agire.

All'interno della narrazione, la metafora, in tutte le sue differenti manifestazioni (fiabe, aneddoti, disegni, canzoni), può essere considerata un valido strumento in grado di catalizzare il cambiamento.

La metafora (dal greco μεταφορά, da metaphérō, «io trasporto») in linguistica è un tropo, ovvero una figura retorica che implica un trasferimento di significato (da Wikipedia). Si ha quando, al termine che normalmente occuperebbe il posto nella frase, se ne sostituisce un altro la cui "essenza" o funzione va a sovrapporsi a quella del termine originario creando, così, immagini di forte carica espressiva. La metafora può essere intesa per un termine, un concetto, o, in narrazione, per la trasposizione di un'intera ambientazione.

Tutti i grandi della storia e della letteratura hanno utilizzato la metafora, da Socrate a Cristo a Buddha, e naturalmente tante altre personalità del mondo culturale, filosofico, religioso, politico, etc., perché da sempre la metafora rappresenta un efficace strumento didattico e, in ambiti particolari come la psicologia, un valido ausilio per il cambiamento.

Ogni terapia psicologica o, più in generale, ogni scuola di psicologia ha fra i suoi strumenti basilari il ricorso alla metafora o ad un insieme di metafore, tramite le quali permette di far conoscere ad altre persone la propria conoscenza del mondo.

Bisogna dire che le metafore non rappresentano in sé stesse le esperienze, ma sono un valido modo per parlare di esperienze, a cui poi ognuno darà il senso che vorrà. A seconda della propria percezione e della diversità individuale, quindi a seconda del proprio modello del mondo.

La metafora costituisce una lente di ingrandimento messa a disposizione del paziente per vedere certi aspetti vissuti con problematicità in modo amplificato, rendendo il messaggio veicolato più potente e ricco di significati diversi.

Il primo ad utilizzarla in modo sistematico in psicoterapia è stato M. Erickson, con l'obiettivo di stimolare nei pazienti il riconoscimento di un significato implicito o subliminale all'interno dei suoi racconti e dei suoi aneddoti. Poi, questo metodo di lavoro è stato variamente ripreso anche da altre scuole di pensiero. Oggi è uno strumento valido ed efficace, a disposizione anche del neofita che si sta affacciando al mondo del lavoro e quindi al contatto con il paziente. L'uso della metafora è un'arte e come ogni arte richiede rigore nell'impararla e creatività nell'utilizzarla.

Innanzitutto per essere efficace una metafora deve essere ben integrata nella conversazione terapeutica. Ciò implica che il suo utilizzo può avvenire quando tra terapeuta e paziente si è instaurata una buona relazione ed il terapeuta conosce gli aspetti della vita del paziente che lo caratterizzano e/o che per lui sono importanti. Non esiste un set di metafore base che funzionano, ma ogni metafora deve essere ritagliata sul paziente, o meglio, sulla problematica che in quel momento sta esponendo il paziente.

Gordon individua tre fasi del processo di creazione di una metafora. In primo luogo occorre raccogliere le informazioni, ovvero indagare i soggetti coinvolti nella situazione ritenuta problematica: gli aspetti caratteristici, il tipo di azione/reazione messe in atto, gli ostacoli che impediscono al paziente di mettere in gioco un atteggiamento più funzionale.

In secondo luogo c'è la costruzione della metafora vera e propria, ossia identificare il problema del paziente, definire l'obiettivo, delineare il contesto di riferimento e generare un simbolismo e un isomorfismo in grado di generare un'esperienza vicaria funzionale all'attivazione di ristrutturazioni con conseguenti soluzioni alternative.

L'ultima fase è quella della soluzione del problema, ovvero l'applicazione della metafora negoziata e rielaborata dal paziente affinché avvenga un cambiamento. Compito della terapia è proprio quello di facilitare l'elaborazione esperienziale ed emozionale piuttosto che quella concettuale, supportando il paziente a essere consapevole della propria modalità personale di essere nel mondo e di rapportarsi. Lavorare sull'inconscio dopo aver lavorato sul conscio.

Molti studiosi sostengono l'esistenza di una base neurale della metafora e che l'ascolto di una metafora lunga porti la persona ad un abbassamento del livello di attenzione con conseguente cambiamento dell'attività elettrica del cervello che passa dalle onde cerebrali beta, tipiche dell'attenzione attiva, alle onde alfa proprie della veglia rilassata.

Tale mutamento di attività crea nel paziente uno stato di maggior apertura e minor tentativo di razionalizzare il suo vissuto problematico e consente l'integrazione degli aspetti emotivi.

Nel processo cognitivo e creativo, l'emisfero sinistro, il razionale, si sintonizza sui fatti, raccoglie le informazioni, le

analizza. Il destro, il creativo, invece tende a fluire attorno alle idee, fa incubare le informazioni, fa partire le libere associazioni, sviluppa le intuizioni.

È qui che si svolge la fase produttiva delle idee, quella creativa vera e propria. Poi entra in scena di nuovo il sinistro, che valuta le possibili soluzioni e le attua. Insomma, con il sinistro entra in gioco la parte più razionale del nostro cervello.

La creatività, propria di ogni individuo, si deve ad una collaborazione efficace ed efficiente tra i due emisferi.

La metafora "abita" entrambi gli emisferi cerebrali e può rappresentare, riprendendo il suo significato etimologico, un ponte tra concetti astratti e immagini concrete: è espressione emozionale "attraverso" la dimensione cognitiva. Rappresenta il ponte di collegamento fra i due emisferi, la giusta bilancia nel loro funzionamento. E' uno stimolo immediato per la sensibilità e la creatività dell'emisfero destro, che poi viene tradotto e messo in pratica dal sinistro. In pratica tramite la metafora possiamo avere il blocco dell'emisfero razionale, il sinistro, con un temporaneo vuoto di potere logico-critico-analitico, in modo che il campo è lasciato libero per l'accoglimento della suggestione. Cioè lasciamo più campo all'emisfero destro, con la sua fantasia e creatività. Per un momento, il paziente può uscire dai suoi schemi e leggere gli eventi con maggiore inventiva, guardando le cose da un altro punto di vista. Anzi, da svariati punti di vista.

La metafora può supportare il paziente nel dare spiegazioni alternative alle situazioni vissute, spiegazioni che non vanno necessariamente nell'ottica di essere sempre rassicuranti. Per accettare una spiegazione alternativa e per farla sua (soprattutto se si tratta di credenze disfunzionali), il paziente deve avere a disposizione innanzitutto una spiegazione comprensibile e chiara.

Per questo, un importante compito del terapeuta è quello di selezionare la o le metafora/e che siano significative per il paziente, ovvero sufficienti ad assicurare l'elaborazione e la comprensione del suo vissuto. Non capita raramente che i pazienti sostituiscano le metafore proposte dal terapeuta con altre ritenute più significative. Questo atteggiamento dovrebbe essere incoraggiato perché pone le basi per il terreno comune su cui lavorare in seduta. Il terapeuta può tuttavia aggiungere alla metafora del paziente alcuni elementi che ritiene importanti per una corretta comprensione e valutazione.

Inoltre, il terapeuta deve supportare il paziente nell'individuare gli elementi centrali della metafora e collegarli agli aspetti problematici specifici per quel paziente. L'ultimo passo è quello di supportare il paziente nel testare la validità delle implicazioni che la metafora/situazione ha e le conseguenze sul suo problema.

La scelta della metafora, inoltre, deve essere in linea con la cultura di chi si ha di fronte ed il suo sistema di valori. Talvolta vengono utilizzate delle metafore "universali", ad esempio quelle che riguardano i temi evoluzionistici. Oppure si possono utilizzare delle metafore molto concrete che si riferiscono, a titolo esemplificativo, ad animali, piante e costruzioni. In ogni caso non necessariamente la metafora per essere compresa deve essere sperimentata effettivamente, ma sicuramente risulta efficace quella metafora che il paziente sente risuonare dentro.

Bisogna dire, però, che lo studio della metafora in psicoterapia non è approfondito quanto il suo utilizzo. Ciò viene imputato al fatto che ogni metafora ha un significato troppo specifico per ciascun paziente e quindi diviene complesso generalizzare la sua efficacia in uno studio ampio.

Malgrado ciò, una ricerca di Casonato ha riscontrato una maggiore efficacia della terapia laddove si faccia un utilizzo significativo di questa figura retorica.

D'altra parte, anche Onnis sostiene che molto importante è poter solleticare, tramite l'uso delle metafore, l'immaginazione del paziente e il conseguente coinvolgimento emotivo che ad essa si accompagna. E' soprattutto attraverso i processi immaginativi ed emotivi evocati dalla metafora nel soggetto, e quindi attraverso una funzione attiva e creativa del soggetto stesso, che si producono quelle singolari attribuzioni di significato che, al di là del riferimento letterale delle parole usate, danno luogo a nuove concettualizzazioni e visioni della realtà. In quest'ottica, la metafora rappresenta un ottimo strumento cognitivo e conoscitivo che viene utilizzato dall'essere umano per ampliare la conoscenza e i significati del proprio mondo interno ed esterno.

Naturalmente c'è anche un risvolto tecnico. Per essere davvero efficaci, le metafore devono essere "costruite" in un certo modo, e devono rispettare determinati parametri nella creazione. Chiaramente aderenti alla realtà, al paziente, e alla sua problematica da ridefinire.

Queste caratteristiche verranno analizzate separatamente, per arrivare alla creazione di una metafora efficace.

3.1 La costruzione delle Metafore

La costruzione di una metafora, nel contesto o meno di una terapia, ha un obiettivo preciso: far passare un messaggio. In terapia psicologica, si pone un obiettivo ancora più nobile: far

passare il messaggio, ampliare i punti di vista, operare un cambiamento.

Ricordiamoci, però, che le metafore funzionano solo se generano emozioni. L'idea chiave, quindi, da cui bisogna partire nella scelta della metafora da usare, è la sua capacità di risuonare emotivamente nel contesto della vita della persona a cui la si indirizza. Le emozioni, infatti, superano in potenza la ragione e le analogie dotate di un fascino emotivo sono più convincenti di quelle centrate esclusivamente sulla logica.

La forte analogia che la metafora suggerisce, riesce ad enfatizzare le somiglianze tra le cose, più delle differenze. Le analogie sono, cioè, più forti e, inconsciamente ed emotivamente, più motivanti, se la persona a cui si propongono riesce a rispecchiarsi in esse.

La metafora, anzi la costruzione della metafora, inizia con l'individuare il problema che si vuole ristrutturare.

Innanzitutto c'è la raccolta di informazioni. Bisogna entrare in sintonia con il destinatario, cioè entrare in rapport con lui: individuare il suo modello del mondo, gli schemi cognitivi, la sua mappa percettiva, affettiva, cognitiva e comportamentale, le sue esigenze, le sue eventuali resistenze.

Poi bisogna definire bene il problema: individuare il contesto, quante e quali sono le persone significativamente coinvolte, quali le relazioni intrattenute, quali gli elementi di sostegno, quali gli ostacoli, quali gli eventi che hanno determinato (o determineranno) il problema, quale il decorso.

Le informazioni raccolte possono essere specifiche o generiche. In ogni caso sono le informazioni che ci permettono di stabilire un'analogia e questo equivale a creare una relazione, un allineamento fra terapeuta e destinatario, e fra quest'ultimo e la metafora. Cioè a creare quello che in PNL è conosciuto come rapport.

Il costruttore di metafora deve essere capace di costruirla con un buon lavoro di isomorfismo (creazione di un'ambientazione equivalente al problema del paziente), calibrazione (studio del destinatario) e di ricalco (rispecchiamento) tra personaggi metaforici e destinatario.

La calibrazione riporta alla preliminare raccolta di informazioni, allo studio del paziente, dei suoi atteggiamenti, dei suoi modelli di conoscenza e di rappresentazione. In una comunicazione interpersonale queste informazioni vengono date dall'osservazione delle immagini che il paziente usa, delle sue manifestazioni fisiche ed emotive, e dall'ascolto del suo vocabolario. Queste parole, frasi, immagini che le persone usano per comunicare, e il modo in cui le usano, offrono informazioni importanti sul loro mondo interiore, perché sono il riflesso della loro struttura profonda.

Il ricalco è un processo di rispecchiamento con cui una persona, attraverso il proprio comportamento, riproduce il comportamento dell'interlocutore, dimostrando così attenzione al suo punto di vista e al suo modello del mondo. Riporta alla fase di costruzione effettiva della metafora, al suo intento analogico.

Immediatamente successiva è la fase della guida (che molti AA. sovrappongono al ricalco), tramite la quale si conduce il paziente al cambiamento.

Le informazioni acquisite con la calibrazione servono per comprendere il modo in cui l'interlocutore interpreta la realtà. Sulla base di queste informazioni è possibile uniformare il proprio agire (o strutturare la propria metafora) secondo ciò che in un dato momento è considerato il comportamento più appropriato alla relazione in corso.

Nella narrazione metaforica è indispensabile calibrare e ricalcare per stabilire analogie. Una volta raccolte le

informazioni necessarie queste devono essere trasformate in metafora.

I passaggi indispensabili per questa trasformazione sono:

• creare una storia analoga in modo da ricalcare il destinatario e il suo problema;

• espandere l'analogia con un isomorfismo: stabilire eventi, comportamenti e relazioni tra i protagonisti della metafora simili a quelli vissuti dal destinatario stesso;

• introdurre nel contesto della storia esperienze (anche marginali e non necessariamente vissute dal protagonista, ma anche da personaggi collaterali) tali da stimolare nel destinatario riflessioni che lo portino ad aperture cognitive, emotive e comportamentali;

• proporre una serie di convinzioni evolutive, alternative a quelle del destinatario, che lo incoraggino nel cambiamento, che gli permettano di superare limiti e convinzioni, che lo inducano a sperimentare soluzioni e nuove esperienze;

• utilizzare elementi che possano evitare le resistenze consce (ambiguità, citazioni, e alcune volte anche humour);

• ipotizzare, proporre, suggerire soluzioni. La metafora, attraverso l'analogia, guida il soggetto a prefigurarsi, a percepire, a vivere situazioni nuove e risolutive. La guida diventa così l'infrazione del ricalco, ossia quel processo con cui una persona smette di riprodurre le scelte comunicative dell'interlocutore, e comincia a condurlo verso la conoscenza della propria mappa mentale, e quindi verso l'adesione verso un nuovo percorso. Quindi una vera guida al nuovo obiettivo.

Gli obiettivi che gli prefiguriamo, e che lo guidiamo a raggiungere, si devono porre come obiettivi ben formati, semplici, chiari e raggiungibili, verso i quali guidarlo senza forzare.

Cinque punti significativi per la costruzione di metafore sono:

1. visione d'insieme: si parte da un ampio panorama (ricalco situazionale/sociale nell'ideazione dell'analogia);

2. problema/bisogno: la visuale si stringe sul problema specifico del paziente (ricalco specifico mediante isomorfismo);

3. idea/soluzione: una proposta che risolverà quel problema (inizio della guida nell'avvicendarsi delle sequenze della metafora);

4. evidenze (facoltative, ma rafforzative): giudizi che testimoniano l'efficacia di una certa scelta;

5. vantaggi: i benefici specifici per il paziente (ricalco sul futuro).

Soprattutto il quinto punto risulta efficace per l'identificazione degli obiettivi nella metafora. Nello specifico della narrazione metaforica entra in gioco la capacità diagnostica e previsionale del costruttore di metafore che aiuta il destinatario a progettare situazioni risolutive e vantaggiose, realistiche, concretizzabili e non illusorie.

Le metafore sono favole che si traducono in realtà.

Gli obiettivi vanno definiti in positivo, conseguenza di comportamenti appropriati, di scelte oculate, di risoluzioni prese dai protagonisti della metafora durante lo svolgimento di una vicenda che li ha messi alla prova. E' chiaro che gli obiettivi devono essere raggiungibili, anche perché il cambiamento non può essere effettuato verso obiettivi irraggiungibili o comunque irrealizzabili, che sarebbero, quindi, frustranti per il terapeuta e per il paziente.

Il destinatario guarda queste esperienze analogiche fornitegli dalla metafora ed è portato (a livello inconscio) a ri-guardare le proprie esperienze e ad operare nuovi collegamenti, in una continua ristrutturazione e ridefinizione delle convinzioni

personali, che molte volte possono invece limitare l'evoluzione personale, sociale o professionale.

La metafora, dunque, presentando modi diversi di pensare e di agire, funziona solo nel momento in cui riesce ad aumentare la flessibilità del destinatario e a modificare il suo bagaglio di convinzioni.

Il cambiamento avverrà se riusciremo ad ampliare le convinzioni positive, correggendo le convinzioni negative.

Perciò arricchiremo la metafora di suggerimenti positivi, spinte strategiche, incentivi ad agire, prefigurazioni di traguardi raggiunti e raggiungibili. E dato che quello che metaforicamente vogliamo fare è trasferire il soggetto da qui a là, dal proprio mondo ad un altro possibile, dobbiamo abbattere il confine delle sue convinzioni limitanti (limiti che possono riguardare sé stesso, le proprie capacità, il senso di inadeguatezza, o riguardare il contesto, la paura di sperimentare nuove esperienze, di affrontare nuove situazioni).

Allora aiutiamolo a riflettere sul proprio problema, ricreandolo nella narrazione metaforica affinché egli, vedendolo "fuori da sé", cominci a percepirlo in modo diverso. Attraverso la metafora insinuiamo dubbi, illustriamo sfide, sfidiamo i limiti del destinatario mostrando altri punti di vista, comportamenti e scelte diverse, critiche allusive (gestite da personaggi di sfondo, nascosti nella storia e per questo ancor meno diretti). A questa ristrutturazione cognitiva ne seguirà una emotiva; cambieranno le sensazioni e l'approccio al problema. E cambieranno pure le aspettative future.

Analizzeremo ora alcuni degli aspetti fondamentali nella costruzione delle metafore.

3.2 L'isomorfismo

"Si parla di isomorfismo quando due strutture complesse si possono applicare l'una sull'altra, cioè far corrispondere l'una all'altra, in modo tale che per ogni parte di una delle strutture ci sia una parte corrispondente nell'altra struttura; in questo contesto diciamo che due parti sono corrispondenti se hanno un ruolo simile nelle rispettive strutture". La definizione del filosofo e matematico Hofstadter può benissimo essere applicata, in psicologia, anche al campo delle metafore.

La caratteristica fondamentale della metafora terapeutica consiste nel fatto che i personaggi e gli eventi che vi sono descritti sono equivalenti, cioè isomorfi, agli individui e agli eventi che caratterizzano la situazione o il problema del paziente. In questo modo, ogni persona o fatto che in quel problema sia significativamente coinvolto è rappresentato fra i protagonisti del racconto metaforico.

Le rappresentazioni non sono uguali bensì equivalenti, cioè mantengono nei parametri della metafora gli stessi rapporti riscontrabili nella situazione reale.

Isomorfismo è quindi il mantenimento metaforico degli stessi rapporti che hanno luogo nella reale situazione problematica. Così facendo, qualunque contesto può servire da scenario per la metafora, purché venga sempre rispettato l'isomorfismo.

Affinché una metafora sia efficace non basta solamente includere nel racconto un unico personaggio corrispondente ad un unico individuo nel reale, o anche includere eventi similari, ma si devono mantenere anche i rapporti e le successioni temporali, in modo tale che il paziente accetti la storia come una significativa rappresentazione del suo evento reale. Il valore

della metafora risiede proprio nella sua spontanea capacità di rappresentare isomorficamente i rapporti, i processi e la successione di eventi, proprio come nella situazione problematica reale.

Il principale fattore che determina la forza con cui le storie o le metafore possano trasformare i valori e ottenere un cambiamento è che la storia deve avere una struttura simile alla struttura della nostra vita e delle nostre esperienze.

La scelta di oggetti, situazioni e/o caratteri nella progettazione di metafore non è particolarmente importante. Quando si crea una metafora è importante solo come i personaggi sono collegati alle esigenze del paziente. Nella vita reale, i personaggi sono, ovviamente, le persone reali, che sono importanti per le esperienze umane. Nella creazione della metafora, è possibile utilizzare gli animali, persone, cose o situazioni, o anche la loro combinazione. Ma devono essere sempre isomorfi alle esigenze del nostro paziente.

Persone, eventi, emozioni, dramma, sono descritti nelle storie in modo coerente in un formato simile alla vita reale. Questo rende la storia molto importante per il paziente.

La metafora che soddisfa i requisiti della somiglianza di alcune componenti strutturali e di isomorfismo può essere non solo efficiente, ma anche portare ad una guarigione completa.

In termini generali, in terapia, più la metafora è meno immediatamente comprensibile (=maggior tensione) e più assurge al proprio compito evocativo e curativo. Al contrario, minore è la tensione, quindi più elevata è la sua comprensibilità dalla parte conscia, e meno sarà potente il suo effetto.

L'isomorfismo deve essere attinente con la problematica portata dal paziente, ma non deve essere di facile traduzione dallo stesso. Se tutti gli elementi della storia creeranno la giusta tensione, il soggetto (secondo Erickson) non dovrà conoscere il

significato implicito della metafora stessa, in quanto l'inconscio ci penserà da sé attraverso un processo o ricerca transderivazionale.

L'uso della metafora è vantaggioso rispetto all'uso del linguaggio letterale perché aiuta a restituire un senso all'esperienza della persona, lasciando però che sia quest'ultima a cercare e ad attribuirvi i significati a lei utili. Questo processo di ricerca e di attribuzione di significato è stato definito da Gordon ricerca transderivazionale: la metafora obbliga gli ascoltatori a trarre e usare le loro personali interpretazioni di ciò che sta accadendo realmente. "Poiché la metafora è destinata al cliente, il modo giusto di interpretarla non può essere che il suo. Come un sarto, il terapeuta deve scegliere la stoffa e confezionare il vestito su misura. Ma nel suo caso è l'acquirente che apporta le modifiche perché il vestito gli si adatti perfettamente". Ciascuno di noi dispone di un modello del mondo unico e personale, che si è foggiato nel tempo tramite le esperienze individuali. Infatti è costituito dalle esperienze, ma anche dalle generalizzazioni che siamo portati a fare.

A questo modello rapportiamo ogni nuova esperienza. In questo modo, abbiamo il vantaggio di non dover, ogni volta che ci troviamo davanti a qualcosa di nuovo, mettere in moto processi cognitivi troppo sofisticati; ma, contemporaneamente, soffriamo lo svantaggio di una relativa mancanza di flessibilità, tipica del modello del mondo prestabilito, con le relative limitazioni nell'approccio alle diverse situazioni.

In genere nella storiella metaforica ci sono voluti errori logici in quanto questi ultimi stimolano ed elicitano la ricerca dell'adeguato referente. Esempi tipici sono i cambiamenti dei contesti di significato, l'antropomorfizzazione di oggetti, situazioni, animali, la violazione di norme restrittive.

Anche il linguaggio della metafora è particolare; consta di elementi linguistici quali le nominalizzazioni, i verbi non specificati, la mancanza di indice referenziale, operatori modali e specificazione dei termini sensoriali. La costruzione delle frasi avviene attraverso l'impiego di truismi, ossimori, suggestioni, rinforzi e ridefinizioni dell'Io, postulati convenzionali e causa-effetto lineare.

Sono, questi, tutti modi sofisticati per orientare la risposta positiva del paziente nella somministrazione della metafora.

L'isomorfismo che il terapeuta realizza con tanta accuratezza, anche utilizzando figure retoriche particolari, copre l'intervento dei personaggi e la sequenza degli eventi, ma non può assicurare il modo con il quale il paziente elaborerà e ne sperimenterà il significato. Perché ciò dipenderà dal suo personale modello del mondo e dalla ricerca transderivazionale che ne scaturirà.

La metafora è destinata al paziente, e dobbiamo lasciare a lui il modo giusto di interpretarla. Come detto, il terapeuta deve essere quel sarto che sceglie la stoffa, confeziona il vestito su misura e lo farà indossare; ma sarà il paziente ad apportare le ultime personali modifiche, ad indossare il vestito e a portarlo con la sua grazia e personalità.

3.3 La calibratura

Per passare dalla situazione problematica, che si ripete in continuazione causando il malessere del paziente, al risultato desiderato, si deve attuare una sorta di collegamento fra le due cose. Si chiama, appunto, strategia di collegamento l'anello di

congiunzione fra il problema ed il risultato desiderato, cioè l'obiettivo ben formato che dobbiamo far raggiungere al nostro paziente.

Questa strategia va vista in termini di calibratura e ricalibratura.

Anche perché non dobbiamo dimenticare l'obiettivo principale nella costruzione delle metafore, che è proprio quello di offrire la soluzione del problema al nostro paziente bruxista.

La calibratura è un mezzo per capire, durante i vari momenti della terapia, se una metafora è realmente comprensiva da parte del paziente e quindi significativa per le sue esperienze. "Mi sto facendo capire?" è la domanda da porsi in continuazione, il cui feedback deve essere particolarmente considerato nel prosieguo della terapia.

Quando si somministra una metafora al paziente, è importante osservare attentamente ogni cambiamento e ogni risposta, verbale e non verbale, e guardare anche il linguaggio del corpo del nostro interlocutore, per capire se la metafora è gradita, recepita, e se sta cogliendo nel segno.

Naturalmente, con la costruzione della metafora, noi proponiamo al paziente un'esperienza vicaria, che possa risolvere il suo approccio disfunzionale al problema. Le esperienze vicarie servono a suggerire soluzioni, a preparare al cambiamento e ad operare la ristrutturazione.

Questa strategia di collegamento rappresenta l'anello di congiunzione fra il problema ed il risultato, ed è vista, appunto, in termini di calibratura e ricalibratura.

Di solito i problemi sono ricorrenti, ciò significa che, ad un certo punto, eventi di qualsiasi tipo (sensazioni, percezioni, fattori ambientali) provocano sempre la stessa reazione. La calibratura rappresenta una sorta di consapevolezza, un troppo pieno, da attivare nel momento di bisogno.

L'uomo che scoppia di rabbia quando è sotto pressione, è quasi certamente sotto pressione per la maggior parte del tempo (sul lavoro, in famiglia, nei rapporti interpersonali, a volte anche sulle cose banali). La pressione diventa un problema soprattutto quando le cause diventano troppo numerose o intense, quando sono troppo concentrate, quando ci sono troppe preoccupazioni. In pratica, quando raggiungono una proporzione inaccettabile.

Si tratta perciò di una questione di calibratura, cioè rendere l'individuo consapevole che la sua risposta agli eventi diventa disfunzionale solo quando questi sono troppi o raggiungono certe proporzioni.

Con la metafora aiutiamo il paziente a ricalibrare il problema.

E' la funzione fondamentale della strategia di collegamento di una metafora. Per ricalibrare una situazione problematica si deve:

1. far acquisire al paziente la consapevolezza di come i vari eventi si sommano, diventando in questo modo problematici;
2. fornire i mezzi per riproporzionare gli eventi.

Nella formulazione delle metafore, il primo passo della ricalibratura consiste nel far infrangere in qualche modo al protagonista del racconto (paziente) il vecchio modello di calibratura, con il risultato di metterlo in grado di agire efficacemente per cambiare l'approccio alle situazioni.

Il secondo passo consiste nell'infondere nel protagonista, con la narrazione, la consapevolezza della calibratura che rappresenta un problema, e del modo in cui si può ricalibrare.

La narrazione della metafora ha come scopo ultimo quello di avviare la ristrutturazione del problema; per cui nella calibratura si cercano altri significati nel vissuto problematico, cioè si cerca di individuarne il valore e l'utilità, attraverso

interventi basati su ridefinizione, connotazioni positive e ristrutturazioni di contesto.

Il tutto per fornire soluzioni alternative. La metafora deve attivare una maggiore flessibilità percettiva, emotiva, comportamentale, cognitiva, relazionale, una migliore capacità di adattamento creativo. Per aiutare il paziente a risolvere il problema, si fa prima acquisire al paziente la capacità di rendersi conto di come i vari eventi si proporzionano per dare origine al problema (calibratura), e successivamente gli si forniscono i mezzi per riproporzionare gli eventi stessi (ricalibratura).

Un aspetto della soluzione offerta in questo modo dalla metafora sta nella riconfigurazione, che consiste nel mostrare al paziente la possibilità di rimodellare come valide e potenzialmente utili esperienze dolorose. Di qui il cambiamento nella percezione e nel vissuto del paziente. Questo meccanismo è ciò che spiega, fondamentalmente, la bellezza, l'immediatezza e l'utilità della metafora.

Riconfigurare significa prendere un'esperienza precedente, dolorosa ed indesiderata, e rimodellarla come valida e potenzialmente utile.

Le emozioni/comportamenti, anche disfunzionali, non sono il problema, ma il problema sta nel come sono usati. Non ci sono emozioni, comportamenti o esperienze intrinsecamente buone o cattive, ma tutte sono utili se vengono espressi nei modi e momenti giusti e in contesti appropriati.

In pratica, nella ricalibratura si riconfigura la situazione problematica originaria, la si accetta, e si instilla la suggestione ad usarla in modi e contesti giusti, in proporzioni accettabili e quindi senza un'interferenza disfunzionale all'inconscio.

3.4 I sistemi rappresentazionali

La mappa non è il territorio (Korzybski, 1933).

Tutti noi abbiamo la nostra personale visione del mondo basata sulle mappe interne, che abbiamo costruito attraverso il linguaggio e i sistemi rappresentazionali sensoriali, come risultato delle esperienze della nostra vita individuale. Sono queste mappe "neurolinguistiche" che determinano il modo in cui interpretiamo il mondo circostante e reagiamo ad esso, ed il modo in cui attribuiamo un significato ai nostri comportamenti e alle nostre esperienze, più che alla realtà in se stessa.

Il linguaggio, per esempio, è un tipo di mappa o modello del mondo che ci consente di riassumere o generalizzare le nostre esperienze e di trasmetterle ad altri, di riportare la nostra visione del mondo e di comunicare, in generale, con il mondo esterno. Ed è espressione del nostro mondo interiore, della nostra mappa del mondo e anche del percorso cognitivo mediante il quale elaboriamo tutto ciò. Cioè, è espressione della nostra struttura profonda.

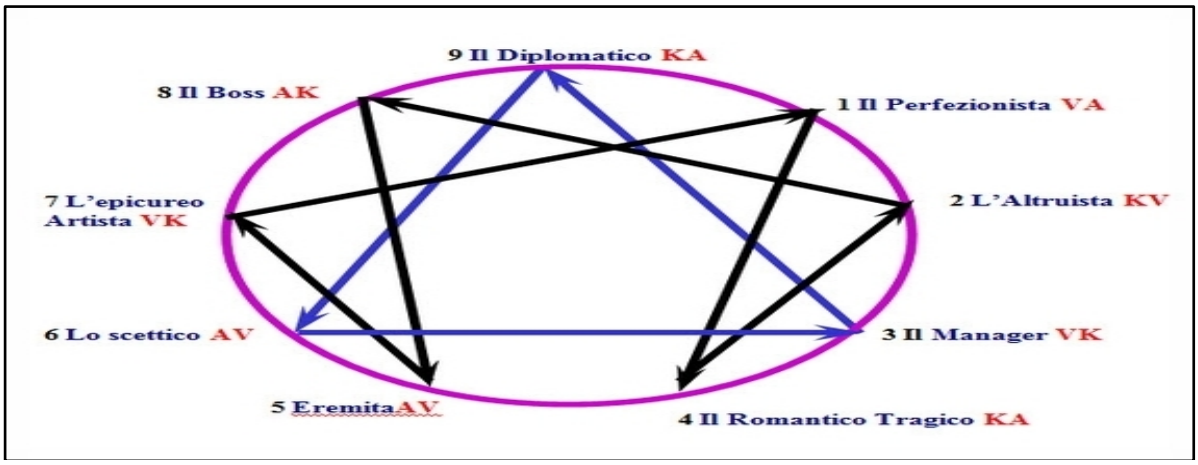
I sistemi rappresentazionali sono le modalità sensoriali principali attraverso le quali si dà significato all'esperienza individuale.

Le informazioni vengono raccolte attraverso tutti i canali, ma sono elaborate attraverso alcuni canali sensoriali privilegiati seguendo una determinata strategia. Ogni essere umano si rappresenta il mondo privilegiando uno dei tre canali (visivo-uditivo-cenestesico), il quale diverrà il suo sistema rappresentazionale della realtà primario. Gli altri due (gustativo-

olfattivo) interverranno in misura minore, infatti vengono definiti sistemi rappresentazionali secondari.

Dall'insieme dei sistemi rappresentazionali si possono avere tipologie di carattere differenti.

I tre canali citati sono i più importanti e i più rappresentati nelle persone, ma gli altri due canali sono anch'essi presenti, anche se in misura minore, e non devono essere sottovalutati.



Tab. 1 La combinazione dei Sistemi Rappresentazionali

In pratica, i sistemi rappresentazionali sono i meccanismi neurologici, o le modalità sensoriali, con i quali i cinque sensi ricevono le informazioni dalla realtà, le processano, le archiviano e le recuperano.

Inoltre i sistemi rappresentazionali sono anche responsabili di archiviare le informazioni e di recuperarle nel momento in cui si interagisce con il mondo esterno.

Il poter ed il saper ricalcare i predicati riferiti ai sistemi rappresentazionali porta a numerosi vantaggi come:

- Incrementare le nostre capacità di ascolto attivo;
- Entrare in una profonda sintonia;
- Comprendere che cosa vogliono precisamente i nostri pazienti;

- Riconoscere il loro modello del mondo come unico, per poterlo guidare attraverso la loro esperienza verso il cambiamento.

Questi sistemi rappresentazionali influenzano quindi il linguaggio:

- verbale, ossia quello che si dice, in altri termini le parole che si utilizzano;
- paraverbale, come si dice quello che si dice, ossia il tono, volume, ritmo, eccetera;
- non verbale, ossia i gesti, la postura e i movimenti che si fanno mentre si parla.

Il sistema rappresentazionale primario è quel sistema che codifica la maggior parte delle informazioni provenienti dalla realtà.

I sistemi secondari invece, sono quelli che, di conseguenza, codificano un numero inferiore d'informazioni.

Alcuni studi hanno dimostrato che il 40% delle persone ha come sistema primario quello visivo (V), un altro 40% quello cinestetico (K) e il rimanente 20% quello uditivo (A).

È tuttavia importante notare che il sistema utilizzato da una persona in un determinato momento può variare a seconda della situazione. Comprendere come la persona con la quale ti stai relazionando processa le informazioni attraverso i sistemi rappresentazionali è importante per creare maggiore sintonia nella relazione. Infatti avere a disposizione questa informazione ti permette di modificare il tuo linguaggio verbale, paraverbale e non verbale per creare rapport.

Lo stato di empatia dipende, in pratica, dal fatto che i due interlocutori hanno due sistemi rappresentazionali simili.

Pertanto la mappa del mondo che ha ciascuna persona differirà sia dal mondo stesso sia dalle mappe del mondo create da altre persone. Inoltre, ognuno avrà un sistema rappresentazionale a cui attribuisce più valore, il quale differirà dal sistema rappresentazionale cui qualche altra persona attribuirà, a sua volta, più valore. Da questo fatto si evince che ciascuna delle due persone, messe di fronte alla stessa situazione del mondo reale, avrà un'esperienza completamente diversa.

Saper distinguere ed utilizzare i sistemi rappresentazionali offre più vantaggi; il primo è l'aumento di fiducia reciproca con il paziente e il miglioramento della comunicazione.

Il secondo vantaggio riguarda proprio la costruzione e l'utilizzazione della metafora terapeutica. Avendo stabilito il rapport con il paziente, avendo capito il modo in cui rappresenta le informazioni, si potrà dare alla metafora la forma più facilmente comprensibile ed accettata dal paziente.

Con un po' di esperienza, si potrà con il tempo entrare in rapport con un sistema (per es., visivo) e magari ottenere poi il cambiamento con un altro (per es., cenestesico), quando ci accorgiamo che il rimanere su un solo sistema, per il paziente, significa rigidità e poca flessibilità.

Le persone che usano sistemi rappresentazionali diversi hanno anche un diverso approccio all'ambiente che li circonda.

La persona visiva parla in modo veloce (perché le immagini scorrono velocissime nella sua mente), ha una respirazione superficiale, muove molto il corpo, specie le mani e le braccia, con le quali indica e descrive inconsciamente quello che sta vedendo, muove spesso gli occhi verso l'alto ed in direzione delle immagini che vede. Sono riconoscibili per la postura diritta, per

l'orientamento degli occhi prevalentemente verso l'alto o frontale, per la respirazione alta, voce acuta, frasi brevi e periodi meno letterari; tenderà inoltre a dare molta importanza all'aspetto estetico. Mentre parla utilizzerà: vedo.....mi è chiaro.....bello, ecc. ecc. Per aumentare l'attenzione dell'interlocutore dirà spesso "Guarda!"

La persona auditiva utilizza il tono di voce come mezzo di espressione, per dare sostegno alle parole, con ritmo e musicalità, la respirazione è un po' meno superficiale, il corpo si muove di meno, spesso assume la "posizione del telefono" (con la mano appoggiata all'orecchio), la testa è inclinata per agevolare l'ascolto, gli occhi si muovono sul piano dell'orizzonte. Durante una conversazione muove gli occhi lateralmente, ha una respirazione più toracica, impara ascoltando e rispetto al visivo ha maggiori capacità riflessive. La voce è melodica e racconta più lungamente. Le frasi che utilizzerà sono del tipo: mi suona bene….. In genere quando vuole aumentare l'attenzione del suo interlocutore dice "Ascolta!"

Nella persona cenestesica le parole escono lentamente, la respirazione è profonda, il tono di voce basso, il movimento è lento, la persona è impegnata a vivere le sensazioni. Ha una respirazione addominale, ama il contatto fisico e tutto ciò che ha a che vedere con tatto, gusto e olfatto. Ha una gestualità lenta, meno considerazione dell'aspetto esterno delle cose rispetto ai contenuti. Memorizza facendo pratica. La voce è profonda e spesso parla poco. Si focalizza sull'altro!

3.5 Le Submodalità

La concezione della realtà è la somma di tutte le esperienze vissute e che sono state catturate dalla mente tramite i 5 sensi: vista, udito, tatto, olfatto e gusto.

Queste esperienze sono state archiviate nella rappresentazione interna della mente attraverso meccanismi neurologici chiamati, come abbiamo visto, sistemi rappresentazionali. Questa rappresentazione interna, formata da immagini (V), suoni (A) e da sensazioni cinestetiche (K), possiede delle determinate submodalità le quali non sono nient'altro che le caratteristiche dell'immagine, dei suoni e delle sensazioni percepite. Le submodalità dell'immagine sono le caratteristiche tramite le quali noi proiettiamo l'immagine nella nostra rappresentazione interna, per cui, nel nostro percepito, ad esempio l'immagine potrebbe essere vicina, grande, a proporzioni gigantesche e con colori nitidi, oppure potrebbe essere percepita come lontana, localizzata a destra, piccola e in bianco e nero.

L'ordine, la sequenza e le proprietà di queste submodalità rappresentano la maniera nella quale si codifica e si dà un significato a un evento. Le submodalità sono quindi il linguaggio di codifica della nostra rappresentazione interna della realtà.

Linguaggio che può essere modificato proprio attraverso la modifica delle submodalità. Attraverso questo cambiamento è quindi possibile modificare come percepiamo il mondo e il significato che attribuiamo agli eventi.

La semplice modifica di un'unica submodalità già permette di condizionare lo stato emotivo. Le submodalità sono un incredibile strumento per ottenere cambiamenti in maniera pressoché istantanea.

Submodalità visive (V)

L'immagine è a colori o in bianco e nero?

L'immagine è nitida o offuscata?

L'immagine è grande o piccola?

L'immagine è vicina o lontana?

L'immagine è quadrata, rettangolare o rotonda?

L'immagine ha un bordo o è senza bordo?

Dove è localizzata l'immagine nello spazio? Di fronte, a sinistra o a destra; in altro, in basso o al centro?

Sei associato (vedi l'evento attraverso i tuoi occhi) o dissociato (vedi te stesso nell'evento)?

Le proporzioni sono normali rispetto a te e al resto dell'immagine, sono più grandi o sono più piccole?

Submodalità uditive (A)

Il volume dei suoni/delle voci è alto o basso?

Il tono dei suoni/delle voci sono alti o bassi?

Il ritmo dei suoni/delle voci è regolare o irregolare?

I suoni/le voci hanno un'eco?

I suoni/le voci sono veloci, lenti o normali?

I suoni/le voci provengono da sinistra, destra, davanti o da dietro? I suoni/le voci provengono dal tuo interno o dall'esterno?

I suoni/le voci sono acuti o bassi?

Ci sono delle parti accentuate dei suoni/delle voci?

Submodalità cenestesiche (K)

La sensazione è calda o fredda?

La sensazione è rilassante o stressante?

La sensazione è diffusa o localizzata?

La sensazione è ruvida o liscia?

La sensazione è dura o molle?

Dove percepisci la sensazione nel tuo corpo: petto, gola, stomaco, gambe o altro?

Dove ha inizio la sensazione all'interno del tuo corpo?

Dove ha fine la sensazione all'interno del tuo corpo?

La sensazione si muove o è ferma?

Il movimento della sensazione è continuo o intermittente?

Il movimento è veloce o lento?

Agendo su ognuna di queste caratteristiche, quindi di submodalità, si può totalmente riconfigurare l'evento, l'immagine, il ricordo. Perché uno dei principi cardine dell'esperienza, quindi dell'apprendimento e quindi del processo cognitivo in generale, è che l'ordine, la sequenza e le caratteristiche delle esperienze, come l'ordine delle parole in una frase, influiscono sul loro significato. il cervello è come un computer, se lo si programma male o a caso, funzionerà male o a caso, se invece lo si programma bene e lo si guida nelle sue prestazioni, funzionerà bene e con soddisfazione. Come un computer, il cervello funziona con dei programmi che possono essere cambiati o sostituiti.

Alcuni esercizi che utilizzano le submodalità nella P.N.L. sono:

- il cambiamento della luminosità dell'immagine mentale, cioè ridurne la luminosità se negativa oppure aumentarla se positiva;
- il cambiamento del punto di vista dell'esperienza, per riconoscerne la variabilità e favorire il distacco

emotivo da essa, attraverso la sua osservazione dall'esterno;

- il miglioramento dell'esperienza mandando all'indietro il proprio film, per ricavarne nuovi insegnamenti;
- il superamento delle convinzioni con l'esercizio di confronto tra immagini di convinzione e di dubbio, per insegnare al cervello a pensare;
- il miglioramento del processo di comprensione attraverso il confronto tra immagini di ciò che abbiamo capito e di ciò che ci appare confuso, per migliorare i processi di apprendimento;
- il miglioramento del processo di motivazione attraverso l'avvicinamento o l'allontanamento delle immagini mentali.

Dice Bandler che "la maggior parte delle persone non fa altro che lasciare che il cervello mostri loro delle immagini a casaccio, quelle che vuole lui, e in risposta a quelle immagini sta bene o sta male".

E' vero che nel corso del tempo, come in tutte le cose, l'uomo ha imparato a sviluppare un sistema rappresentazionale prevalente tramite il quale leggere la realtà. Con questa strategia, si sviluppa una maggiore capacità di risoluzione (V), di sensibilità (K) o di sentire la realtà (A), ma non sempre questa eccessiva specializzazione rappresenta un fattore positivo. Il ricorso alle submodalità, infatti, può far cogliere informazioni della realtà che, probabilmente, sarebbero andate perdute.

Molte volte sono proprio quelle che occorrono alla persona per capire e cambiare il modo di procedere, soprattutto quando questo è diventato fonte di situazioni problematiche. Sappiamo poi che con la generalizzazione l'uomo tende ad uniformare e a standardizzare le esperienze vissute. Questo processo probabilmente dà sicurezza ma toglie flessibilità.

Infatti, tante volte la difficoltà ad affrontare bene i problemi deriva da apprendimenti (spesso disfunzionali) del passato. Ciò porta a lasciarsi sfuggire qualche aspetto interiore anche significativo dell'esperienza.

Poiché le esperienze hanno luogo proprio al livello delle submodalità, è a questo stesso livello che hanno luogo i cambiamenti personali durevoli, destinati anche ad accrescere le possibilità dell'individuo. Con le metafore terapeutiche, si può portare il paziente a modificare la propria percezione interna della realtà accavallando (o sostituendo) le submodalità; in pratica, una volta individuata un'esperienza particolarmente limitante, si lavora sulle submodalità accavallandole e sostituendole. Ciò comporterà una nuova esperienza, e, di conseguenza, una nuova emozione e un conseguente cambiamento.

Nella costruzione di una metafora, si dovrà prima ricalcare il sistema rappresentazionale del paziente per aumentare il rapport e quindi la fiducia, poi lo si dovrà guidare verso il cambiamento mutando il suo punto di vista e il suo modo abituale di vivere l'esperienza, facendo leva sulle submodalità. Dirottare, per esempio, un soggetto visivo anche verso le sensazioni o i rumori che un'esperienza può dare, non fa altro che arricchire il suo mondo e le sue opportunità.

Cambiare le submodalità significa cambiare l'esperienza.

Un'esperienza sgradevole, qualcosa di imbarazzante, o una delusione, bisogna ripensarle come in un film. Bisogna far ripartire il film dall'inizio, e, non appena comincia, metterci dentro della bella musica da circo, qualcosa di allegro e fragoroso, e ascoltarla finché il film non è finito.

Riguardando il film (esperienza), la tragedia si trasformerà in commedia e renderà più consoni i sentimenti in proposito. Il

cambio di cornice ad un'esperienza sgradevole determina immediatamente un miglioramento emotivo e cognitivo.

4. La gestione del paziente bruxista mediante le metafore

Il trattamento del bruxismo non è semplicissimo, poiché deve tenere in considerazione tutti i fattori che possono aver contribuito all'origine, richiedendo, quindi, quello che può essere definito come un approccio multidisciplinare. Indubbio è il ruolo del Medico Odontoiatra, cioè di colui che è specializzato al lavoro sulla struttura dei denti e delle arcate dentarie: la terapia sarà gnatologica, conservativa, protesica, ortodontica o anche mista.

Quello che il dentista non riuscirà a fare sarà il lavoro sulla causa fondamentale, cioè la iperreattività del paziente e dei suoi assi fisiologici legati alla risposta allo stress, che è chiaramente disfunzionale. In termini molto riduttivi si parla di paziente ansioso o stressato o addirittura depresso, ma dietro si nasconde un'alterazione globale della sua fisiologia. La PNEI (Psico Neuro Endocrino Immunologia) è la branca della medicina che meglio di tutte affronta e cerca di spiegare la risposta dell'organismo agli insulti dello stress.

Molto utili sono quindi le terapie di sostegno come tecniche di rilassamento, terapie psicologiche o il ricorso all'ipnosi per poter lavorare sulla risposta esagerata allo stress. E, nell'ambito dell'ipnosi, come abbiamo visto, il ricorso ad una metafora efficace può rivelarsi utile per la consapevolezza e il controllo

della tendenza a stringere e/o strofinare i denti da parte del paziente stesso.

La bocca, con le sue diverse funzioni legate alla respirazione e masticazione, rappresenta l'apertura e lo scambio del fuori con il dentro, e viceversa; per questo motivo un problema alla bocca viene psicosomaticamente collegato ad un blocco negli scambi con l'ambiente, con il mondo, le situazioni, i rapporti con le persone.

E poiché ci viene da stringere i denti quando stiamo facendo un grande sforzo, ma anche quando proviamo una grande collera, oppure quando siamo in uno stato di profonda ansia e tensione, il ricorso alla metafora durante una seduta ipno-odontoiatrica deve portare proprio a farsi delle domande:
nutro rabbia nei confronti di una persona in particolare (nell'ambito familiare, lavorativo, etc)?
cos'è che mi crea una grande tensione?
c'è qualcosa di cui ho paura e che mi crea agitazione e forte ansia?

E' naturale che non esiste, per tutto quello che abbiamo detto in precedenza, la metafora precostituita e preconfezionata da adattare ad ogni paziente bruxista che entra in studio. La metafora va costruita ed adattata per ogni singolo caso, perché essa deve essere personale per quel paziente, il quale se la deve sentire ben cucita addosso e assolutamente risuonante con la sua esperienza.

In quest'ottica, assolutamente vitale per la buona riuscita della terapia ipnotica tramite la metafora è la costruzione di un buon rapport con il paziente. Entrare nel suo mondo, conquistare la sua fiducia, individuare il nodo che lo lega o l'esperienza che è rimasta come un tarlo nel suo ricordo, è assolutamente fondamentale.

Dopo che è stata individuata l'esperienza negativa, che si ritiene che dal punto di vista psicosomatico porti poi il paziente a stringere i denti, il lavoro da fare con la metafora da parte del terapeuta sarà quello di ricontornare gli aspetti dell'esperienza negativa, farle perdere la forza negativa magari lavorando con le submodalità, e poi riproporre in modo potente il nuovo modo di affrontare la stessa situazione o il nuovo modo di viverla.

Con la metafora si può ricreare una situazione isomorfa con protagonisti simili, ricalcando all'inizio il sistema rappresentazionale principale del paziente, ma poi guidandolo ad una maggiore flessibilità magari coinvolgendo anche gli altri sistemi. Lo scopo è quello di superare quello scoglio che la mente inconscia si è creata quando analizza quel tipo di situazione, scoglio che diventa sempre più insormontabile man mano che aumentano le esperienze, e contro il quale vanno a infrangersi le tempestose onde delle emozioni tumultuose che si vivono ogni volta in quel tipo di contesto.

Il limite sta nelle nostre generalizzazioni. Una situazione diventa disfunzionale quando, una volta che ci siamo scottati vicino ad una stufa, pensiamo che ogni volta che toccheremo una stufa ci scotteremo inevitabilmente, o, ancora di più, che possiamo rischiare di farci male in ogni stanza dove c'è una stufa. Il lavoro metaforico sarà quello di far passare il messaggio che la stufa serve a riscaldare l'ambiente per renderlo vivibile e che basterà non toccarla.

Essere stati morsi una volta da un cane, non significa che tutti i cani mordono e che ogni volta noi saremo morsi se veniamo a contatto con un cane.

Un'idea concreta che potremmo adottare con il paziente bruxista potrebbe essere quella di portarlo a pensare ad una noce in uno schiaccianoci. In una prima morsa, magari nemmeno troppo serrata, la noce sta ferma (e questo potrebbe essere un

vantaggio), è in posizione ed è bloccata. Aumentare la morsa significa aumentare la tensione sulla povera noce che, inevitabilmente, ad un certo punto è costretta a cedere. Ed infatti si sgretola. A questa idea centrale di una noce nello schiaccianoci, applicando l'isomorfismo, la calibratura e cogliendo i sistemi rappresentazionali giusti, si potrebbe poi illustrare un ambiente metaforico adatto per quel paziente, che gli possa risuonare nel modo giusto e indicare una strada per il cambiamento.

Rifacendoci allo studio revisionale di Kuhn citato in precedenza, potremmo addirittura utilizzare quattro storielle metaforiche precostituite, una per ogni ambito individuato come maggiormente predisponente allo scatenamento del bruxismo: lo stress emotivo, il consumo di tabacco, alcool o caffè, la sindrome da apnea notturna e i disturbi d'ansia.

Naturalmente, ricordandosi di personalizzare la metafora sul caso particolare, con isomorfismo, calibratura, etc.

Per il bruxismo legato allo stress, si può partire da una frase di H. B. Mackay: "Lo stress dà spesso a una piccola cosa una grande ombra". E' un'immagine suggestiva che può essere adattata a vari contesti. Di qui si può infatti divagare, partendo da qualche esperienza del paziente, giocando con le submodalità, e fare amplificare la grandezza della persona e far diminuire la lunghezza dell'ombra. Perché il problema non è lo stress, ma la sua gestione, cioè l'importanza che ognuno dà a quello che fa. E soprattutto le ripercussioni negative che le varie situazioni possono avere su noi stessi. In questo modo, diamo un messaggio preciso all'inconscio a saper gestire le situazioni della vita e le loro conseguenze. E' lo stress malgestito che poi può essere responsabile di conseguenze psicosomatiche, perché va ad innescare una disregolazione immunitaria in senso infiammatorio che può, nel tempo, scatenare quei sintomi tipici di alcuni

disturbi della sfera psicologica/psichiatrica (ansia, depressione, sindrome da fatica cronica) o anche dell'ambito più propriamente medico (malattie autoimmuni, artrite reumatoide, psoriasi, fibromialgia, cancro). Lo stress deve essere una forza motrice potente, non un problema!

L'altra categoria che viene fuori dallo studio di Kuhn è quella dei pazienti dipendenti da alcool, caffè e/o fumo e droghe.

"Se avete intenzione di affogare i vostri problemi nell'alcol, tenete presente che alcuni problemi sanno nuotare benissimo".

Quest'aforisma racchiude tutta l'illusione di chi vive una dipendenza come occasione per liberarsi da un problema. Che la dipendenza sia il fumo o l'uso di droghe o il consumo eccessivo di alcool o caffè, non cambia molto. Il tentativo continuo di "affogare" le preoccupazioni o lo stress nell'uso, o, in modo molto più grave, nell'abuso di sostanze varie, non è certo la via migliore per risolvere determinati problemi. Nell'uso della metafora si può giocare sulla grandezza del mare, che, se non siamo bravi e capaci, ci potrebbe travolgere, o sulla capacità dei problemi di saper nuotare e galleggiare anche nei mari più tempestosi. Sta a noi saper governare la barca per non affondare, o saper evitare di dare il fianco alle onde più cattive; il mare grosso va affrontato di prua, cioè di petto. Governare la nave e stabilizzare la navigazione si pone come l'obiettivo principale per poter affrontare le tempeste della vita.

Chi sviluppa bruxismo in coincidenza con gli episodi di apnea notturna, si pone come un paziente difficile da affrontare in modo diretto, cioè con un impianto metaforico costruito specificamente per combattere la tendenza ad andare in apnea.

Ma, con questo tipo di paziente, fra l'altro molto rappresentato nella popolazione, si può lavorare bene sulle conseguenze di un periodo protratto di apnea notturna.

La forma più diffusa è quella che sviluppano i pazienti in sovrappeso; è un forma che praticamente sempre è in associazione con il russamento notturno. In questi pazienti, i sintomi più comuni, nella vita diurna, sono l'irritabilità, gli stati d'ansia, gli sbalzi di umore, oltre ai problemi legati alla sonnolenza e alla stanchezza, fino ad arrivare alla confusione mentale.

Tutto questo può portare il paziente a stringere i denti.

E allora, questo paziente deve essere trattato come quello della quarta categoria di Kuhn. Bisogna educarlo a gestire e controllare i suoi stati d'ansia. S. Littlemord, in una delle sue frasi celebri, diceva che "Se affronti con coraggio le tue paure, scoprirai che erano solo paure".

Lo scopo della metafora sarà proprio quello di portare il paziente a gestire la sua ansia, depotenziare le sue paure, aumentare l'autostima e il ricorso alle proprie risorse interne.

Infatti l'ansia non è una malattia ma un segnale, che ha risvolti positivi quando è legata ad episodi specifici o particolari, come un esame o una prova, ma che diventa francamente disfunzionale quando insorge all'improvviso e senza causa apparente. In quel caso, talvolta, parliamo addirittura di angoscia.

Le cause, allora, sono in genere lontane e nascoste, non sono riconoscibili facilmente, spesso non sono riconducibili ad eventi del presente ma riconducono ad episodi del passato sepolti ormai negli strati della coscienza. E' chiaro che in quel caso c'è bisogno di un percorso psicologico di consapevolezza, ma sicuramente anche noi possiamo aiutare il paziente ansioso, che poi manifesta anche il bruxismo, con l'uso estemporaneo delle metafore.

Se il problema è l'ansia, stimoliamo l'emisfero destro del paziente a reagire. Possiamo utilizzare la metafora del pallone in spiaggia (McCurry e Hayes).

"Siete in spiaggia. La giornata è tranquilla, il cielo è sereno. La luce riempie ogni angolo di questo scenario idilliaco. Tuttavia, non vi sentite felici. Siete ansiosi, dentro di voi si addensa un gran numero di emozioni che si mescolano in modo doloroso: paura, vergogna, rabbia, tristezza…

Tutto questo universo emotivo è racchiuso in una palla, il simbolo di ciò che esiste dentro di voi, di ciò che provate, di quello che vi turba e vi angoscia. La sensazione è tanto dolorosa che l'unico vostro desiderio è farla sparire. Ma come? Vi avvicinate al bagnasciuga e immergete il pallone in acqua. Immaginatevi nello sforzo di immergere la palla. Non volete che qualcuno vi guardi, soltanto che l'ansia svanisca per sempre. Che le onde del mare la portino via. Ogni volta che tentate di portare il pallone a fondo, riemerge. E, ancora peggio, con quanta più forza premete, più energia avrà nel risalire, arrivando addirittura a colpirvi, a farvi perdere l'equilibrio."

La strategia più adeguata è desistere dal tentativo di immergere il pallone. Dobbiamo smettere di sprecare energia, di combattere ciò che non si può o che non è salutare combattere. Nascondere le emozioni, farle sprofondare nell'acqua non serve. Così come non è adeguato accumulare malessere. Possiamo, allora, prendere la palla e sederci tranquillamente sulla riva. Con un solo obiettivo: sgonfiare il pallone! Dobbiamo far uscire tutta l'aria in esso contenuta.

Fatto questo, ci sentiremo molto meglio, più sollevati. Occorre sapere, però, dove si trova la valvola, il bottone che trattiene l'aria, come si fa ad azionarlo, e il momento giusto

per aprirlo. E anche su questo, si può stimolare in modo molto costruttivo l'immaginazione del paziente.

Indicare le nuove strade per migliorare la qualità di vita del nostro paziente è lo scopo di ogni terapeuta. Non basta solo affrontare il sintomo, ma molto più appagante, per il terapeuta e per il paziente, sarà curare la persona che presenta quel sintomo.

Il bruxismo è chiaramente un tentativo di scaricare un surplus di tensione psichica, una quota emotiva mal gestita che si è accumulata e che il soggetto tende a non esprimere. Le emozioni sono negate e vengono messe a tacere durante il giorno per poi ripresentarsi magari in un contesto meno controllato: il sonno. E ciò spiega il bruxismo notturno.

Chi digrigna i denti tende a rimuginare, a "pensare troppo", ha difficoltà a dire di no, preferisce reprimere emozioni considerate distraenti, estranee, fuorvianti, distruttive e pericolose. Provare ad impedire il bruxismo, senza fare altro, significa eliminare il principale canale di sfogo di una simile tensione, che poi rischia di sfociare in altri quadri clinici, a volte più pericolosi.

Per questo le esperienze non vanno evitate, ma vanno riviste sotto una luce diversa, anche quelle considerate indesiderabili.

Ciò consente di scoprire nuove potenzialità e può divenire una risorsa preziosa e ricca di nuove e straordinarie potenzialità.

Infatti, accanto a questo tipo di terapia, sarà molto utile poi proporre tutto ciò che porta ad un miglior rapporto con sé stessi o quelle tecniche o discipline che aumentano la distensione o migliorano la gestione dell'inconscio: la meditazione, lo Yoga, il Tai chi, il Qi gong, oltre ad un lavoro specifico su alimentazione e, in questo caso, soprattutto sullo stile di vita.

Sarà utile l'integrazione con tisane a base di camomilla, valeriana, passiflora e biancospino o, nei casi di bruxismo più inveterati, l'uso dei fiori di Bach.

Altro lavoro importante è quello sulla propriocezione per aumentare la consapevolezza.

Affrontare il bruxista non significa, quindi, ricorrere solo al bite. C'è un mondo da scoprire e da gestire. Avere più frecce nella propria faretra aumenta la possibilità di successo terapeutico anche in quelle patologie che non sono gravi per la vita, ma gravi certamente per la qualità della vita del paziente.

Una di esse è certamente il bruxismo.

5. Conclusioni

La metafora costituisce una lente di ingrandimento messa a disposizione del paziente per vedere certi aspetti vissuti con problematicità in modo amplificato e diverso, rendendo il messaggio veicolato più potente e ricco di altri significati, sicuramente migliori e più efficaci. Inoltre, l'uso della metafora in terapia stimola tra terapeuta e paziente il rafforzamento del canale emotivo-affettivo creando empatia e sintonia. La metafora è considerata non solo un abbellimento linguistico, ma una forma di pensiero, uno strumento che permette di categorizzare le nostre esperienze. La realtà è definita in termini metaforici e le metafore incidono sul modo di percepire, di pensare, di interagire e giocano un ruolo molto significativo nel determinare ciò che è reale per noi. Per questo è importante costruirla e proporla nel modo giusto.

La metafora si struttura, così, come una forma del pensiero prima ancora che del linguaggio e come una forma concettuale prima ancora che espressiva.

Come abbiamo visto, Gordon individua tre fasi importanti nella creazione di una metafora. In primo luogo occorre raccogliere le informazioni, ovvero indagare i soggetti coinvolti nella situazione ritenuta problematica: gli aspetti caratteristici, il tipo di azione/reazione messe in atto, gli ostacoli che impediscono al paziente di mettere in gioco un atteggiamento più funzionale.

In secondo luogo c'è la costruzione della metafora vera e propria, ossia identificare il problema del paziente, definire l'obiettivo, delineare il contesto di riferimento e generare un simbolismo e un isomorfismo in grado di generare un'esperienza vicaria funzionale all'attivazione di ristrutturazioni con conseguenti soluzioni alternative.

L'ultima fase è quella della soluzione del problema, ovvero l'applicazione della metafora negoziata e rielaborata dal paziente affinché avvenga un cambiamento. Compito della terapia è proprio quello di facilitare l'elaborazione esperienziale ed emozionale oltre che quella concettuale, supportando il paziente a essere consapevole della propria modalità personale di essere nel mondo e di rapportarsi. Bisogna indicargli la strada e accompagnarlo al cambiamento.

Per Beck la metafora rappresenta un ponte, un'integrazione tra il pensiero razionale e quello emozionale. In ambito terapeutico le metafore possono essere utilizzate per trovare il giusto equilibrio tra l'elicitazione di emozioni cariche e il far sì che tali emozioni non esplodano. Inoltre, la metafora può supportare il paziente nel dare spiegazioni alternative alle situazioni vissute.

Una delle principali funzioni della metafora è quella di oltrepassare le difese, scansare le resistenze e toccare quelle componenti profonde della personalità che normalmente sono difficilmente travalicabili.

L'ipnosi metaforica è un processo guidato, grazie al quale il paziente può abbassare le proprie difese, calarsi nel proprio inconscio, scoprire nuove associazioni di idee e emozioni. La metafora ipnotica, infatti, permette al paziente di adottare strutture inedite con cui analizzare la realtà, la propria situazione, la propria vita. Quando, immerso nell'ipnosi metaforica, il soggetto coglie il nocciolo della metafora, il senso profondo del simbolo, viene inondato dalla luce della consapevolezza, come un bambino scopre per la prima volta il funzionamento di un gioco che gli piace.

Con l'uso della metafora si ha dunque un facile accesso, per una strada che non è quella abituale, ai problemi psicosomatici e non solo; nel network sofisticato che è il nostro organismo dove il dualismo mente-corpo non è in contrapposizione ma indica solo due mondi, per tanto tempo considerati distinti, che invece lavorano in assoluta sinergia, capiamo bene che mettere nel nostro bagaglio terapeutico il ricorso alla metafora ipnotica significa poter lavorare ancora più immediatamente su funzioni che sembrano lontane come quelle del sistema endocrino e immunitario. Il ricorso all'ipnosi oramai notoriamente dà notevoli contributi alla cura di gravi patologie o addirittura può entrare in meccanismi neurologici sofisticati, quali quelli legati alla trasmissione del sintomo dolore nelle vie nocicettive. Infatti, sempre più l'ipnosi sta entrando in sala operatoria, in alcuni casi sostituendosi all'anestesia nelle branche chirurgiche, dove può essere utilizzata su soggetti allergici o particolarmente pavidi o laddove l'uso dell'anestesia generale può rappresentare di per sé un rischio per la vita del paziente.

L'Ipnosi è semplicemente un mondo magico nel quale tutti, anche chi la teme molto, siamo tentati di entrare, come d'altronde già facciamo, in quanto esseri umani, da migliaia di anni.

Attraverso l'uso della metafora viene utilizzata consapevolmente la forza suggestiva delle parole per organizzare e utilizzare le potenzialità della mente inconscia. Chi ascolta, mentre cerca con la mente conscia il significato logico di quanto sta ascoltando, con la mente inconscia lo connette con le proprie esperienze interne.

Anche nel paziente bruxista, l'ipnosi, e soprattutto il ricorso alla metafora durante l'ipnosi, dà la possibilità di tornare a parlare con la parte inconscia bypassando quella conscia, che quasi sempre è tormentata da esperienze spiacevoli, da sovrastrutture disfunzionali o da modi di fare più semplici, diretti e meno dispendiosi, ma sicuramente anche meno efficaci.

L'uso dell'ipnosi nel paziente odontoiatrico, fobico, ansioso o bruxista, rappresenta, quindi, una via preferenziale più diretta ed efficace per andare a modificare schemi abituali dove il paziente, consapevolmente, ha poca possibilità di cambiamento.

Ed i primi risultati applicativi sono anche incoraggianti. Anche il paziente sembra preferire queste metodiche "alternative", in quanto si sente più valorizzato nelle proprie potenzialità. In questo modo, si riesce anche a superare anche quello stato di frustrazione che mina sempre di più l'autostima del paziente fobico o bruxista.

Quella che si definisce una bella iniezione di fiducia!

Quella che serve in un quadro di approccio ecologico alla cura mente-corpo del paziente.

E rappresenta anche un aiuto importante all'evoluzione, nella diagnosi e terapia del paziente di oggi, che la medicina riduzionista attuale deve fare.

Guardare, intervenire e rinforzare il paziente, e non affrontare solo la malattia.

Il nuovo confine della moderna Medicina è questo; l'Ipnosi rappresenta un ausilio valido nell'affrontare il paziente non solo dal singolo sintomo, ma da un punto di vista generale. Superando quel dualismo atavico, storico e filosofico, del mente-corpo, che per tanto tempo ha rappresentato un freno nella terapia del nostro paziente.