

Claudio Pensieri è un *health-care coach*, esperto di Comunicazione sanitaria e Bioetica. Si è formato in Francia presso la NLP International e in Italia con i migliori trainer di derivazione bandleriana.

Avvia la sua carriera di ricercatore in ambito di Comunicazione sanitaria presso diverse istituzioni pubbliche come l'Università Campus Bio-Medico di Roma, la Regione Basilicata, la Società italiana di Pedagogia medica e la FIMMG.

A tutto ciò affianca la sua formazione in Programmazione Neuro-linguistica e Ipnosi, producendo articoli scientifici e libri sulla sua applicazione in ambito sanitario. Diventa formatore e docente per diverse istituzioni pubbliche, assume il ruolo di responsabile della Medical Division della HYPRO Master S.r.l. (azienda di formazione nel campo di PNL e Ipnosi) ed è iscritto alla HYPNL Professional, associazione di professionisti in Ipnosi e PNL.

«Parte importante della relazione medico-paziente è la capacità di ispirare fiducia al paziente, trasmettendo con l'eloquenza dei gesti la convinzione di essere in grado di guarire o, per lo meno, l'impegno a riversare tutte le risorse di cui si dispone in questa relazione, che comunque deve sempre risultare terapeutica».

Paola Binetti
Neuropsichiatra infantile
Deputata del Parlamento italiano

«Qualche medico può dirsi: "Non capisco perché i miei pazienti se ne vanno o sono nervosi". Dovrebbe prima chiedersi: "Qual è lo stato d'animo in cui sono quando mi trovo con i miei pazienti?". La risposta non dovrebbe essere un'autocondanna, ma: "Quale sarebbe lo stato migliore per stare con i miei pazienti? Quando è stata una volta in cui l'ho provato? Fammelo ricordare...". E quindi, per conseguenza, il mondo intorno a noi cambierà!».

Ivano Bonocore
Fondatore HYPNL Professional
Mentore Maximo HYPRO Master

ISBN 978-88-97508-21-2



9 788897 508212 >

www.armandocurcioeditore.it
www.curciostore.com



CLAUDIO PENSIERI

PNL MEDICA E SALUTE DAL CORPO ALL'EMOTIVITÀ

PNL

Medica e Salute dal corpo all'emotività



CLAUDIO PENSIERI

«Un invito all'azione
per i professionisti della Sanità.
Da tenere sempre con sé».

Antonio Tomassini
Presidente Commissione Igiene e Sanità
Senato della Repubblica

Armando Curcio Editore

Finalmente la PNL Medica con taglio scientifico, sintetico e avvincente. Un manuale con più di 40 esercizi pratici di pronto uso, che parte dalla teoria e, soprattutto, si concentra sulla pratica: fornisce le tecniche per gestire la propria emotività e quella del paziente che si ha di fronte. Obiettivo è infatti dare gli strumenti della comunicazione corporea nel campo della sanità, migliorando la vita degli operatori sanitari e di chi si rivolge a loro. Un importante contributo scientifico al mondo della PNL e della comunicazione non-verbale.

Tra esercizi, articoli e interessanti case history, il libro affronta in modo teorico e pratico quegli aspetti trascurati dalla formazione universitaria, ma tanto importanti e reali nella vita di chi vive quotidianamente l'ambito sanitario.

Un manuale approfondito e di facile consultazione che non può non essere presente nello studio di un vero esperto del campo, sia egli medico, infermiere, tecnico, dietista o paziente.

PNL

**Medica e Salute
dal corpo all'emotività**

CLAUDIO PENSIERI

Armando Curcio Editore

SAPER&FARE

© 2012 Gruppo Armando Curcio Editore S.p.A., Roma

www.armandocurcioeditore.it

www.curciostore.com

ISBN

978-88-97508-21-2

Tutti i diritti sono riservati, incluso il diritto di riproduzione integrale
e/o parziale in qualsiasi forma.

PNL

**Medica e Salute
dal corpo all'emotività**

*Quello che il bruco
chiama fine del mondo,
il resto del mondo lo chiama farfalla.*

Indice

Prefazione	9
<i>di Alessio Savarino</i>	
Introduzione	13
Capitolo I. La PNL	17
(Programmazione neurolinguistica)	
Capitolo II. Il vaso di vetro	21
Capitolo III. I modelli	27
Capitolo IV. Emozioni	37
IV.1 Intervista a Paola Binetti	46
Capitolo V. Stati interni	53
V.1 Intervista a Egidio Giordano	65
Capitolo VI. Acuità sensoriale	67
VI.1 Intervista a Ciro Basile Fasolo	76
Capitolo VII. Ancoraggio e semplificazione	79
VII.1 Intervista a Ivano Bonocore	86
Capitolo VIII. Emozioni e CNV	91
Capitolo IX. Otello e Brokaw	113
Capitolo X. Din Don Dan	131
X.1 Intervista a Stefano Alice	133
Capitolo XI. L'Albero dei problemi	135
XI.1 Intervista a Maddalena Pennacchini	151
Capitolo XII. Submodalità	155

Conclusione	185
Bibliografia e sitografia	187

Prefazione

Credici. Credi che «È possibile!». Nell'esatto momento in cui ti siedi di fronte a un paziente e operi da medico, devi essere fermamente convinto che «le persone possono migliorare». E devi crederci come credi che «è importante respirare». Letteralmente.

Le nostre credenze, cioè tutto ciò che riteniamo possibile, impossibile, vero o falso, guidano il nostro comportamento, automaticamente.

È per questo che sia che tu «creda di non farcela» sia che tu «creda di farcela», hai comunque ragione. E, soprattutto, così sarà. Se «non credi di riuscire in qualcosa», infatti, sicuramente non ti impegnerai nel processo e difficilmente riuscirai; se «credi di riuscire», invece, ti impegnerai nel processo e più facilmente riuscirai.

Il nostro sistema di credenze è un livello fondamentale della nostra psiche. Ciò che scegliamo di credere, infatti, riguardo alla vita, al mondo, alle relazioni o a qualsiasi altra cosa indirizza le nostre azioni, determina il nostro impegno e compie un passo fondamentale per il raggiungimento dei nostri obiettivi. Partiresti mai per un'impresa che ritieni impossibile?

Se credi che non sia possibile immergersi a 100 metri di profondità in apnea, non ti impegnerai nell'allenamento e non raggiungerai l'obiettivo. Ma se credi in quella possibilità e consideri l'impresa possibile, ti impegnerai e potrai oltrepassare quel limite.

Ora, la cosa più importante da capire riguardo alle credenze è che ciò di cui siamo convinti non dipende direttamente da una realtà esterna, bensì dal significato che decidiamo di attribuire a ciò che accade. Avrai sicuramente notato persone piangere e altre ridere di fronte allo stesso evento. E avrai certamente fatto caso a come alcune persone si arrabbino e altre gioiscano in situazioni simili. Nota, per esempio, la varietà di interpretazioni, anche diametralmente opposte, che vengono associate a una stessa esperienza importante come, per esempio, un esame. È un pò come avere a che fare con la «punteggiatura della vita». Se io ti dicessi: «Nonusciredaportaecortilerecasciagura», come lo interpreteresti? Usciresti da porta e cortile? Non usciresti? Dipende dalla punteggiatura che decidi di usare nella frase.

Bene, il nostro sistema di convinzioni è relativo al senso che attribuiamo a fatti specifici e agli input sensoriali. Alcuni di noi prendono una bocciatura come un fallimento in base al quale rinunciare, altri come un risultato per cui

impegnarsi maggiormente. Ora, prova a riflettere sulle profonde differenze e conseguenze generate da questi pensieri:

- «È impossibile!»;
- «Non ci riesco!»;
- «Non ci riesco, ancora!»;
- «Cosa accadrebbe se ci riuscissi?»;
- «Cosa accadrà quando ci riuscirò?»;
- «Cosa sarà accaduto dopo che ci sarò riuscito di nuovo e regolarmente?».

Essere convinti di qualcosa crea una profezia che si auto-avvera, poiché il nostro sistema di convinzioni funziona esattamente come un mirino neurologico che fa sì che, consciamente e inconsciamente, il nostro cervello ricerchi le conferme a ciò di cui siamo convinti.

Voglio farti sorridere un po', perché tutto parte da un po' di buonumore.

Se credo che l'attraversamento stradale di un gattino di colore nero recherà sciagura, comincerò automaticamente a notare ciò che di negativo accadrà nel successivo arco di tempo; mi predisporrò affinché ciò accada; ne attribuirò la responsabilità al micio (il quale, probabilmente, gironzola per il quartiere fiero della sua bellissima stella bianca sul petto); e potenzierò la mia credenza, o percorso sinaptico.

Ora, chiediamoci: «Quanti di questi micetti neri sono presenti nella mia testa?».

E, soprattutto: «Quante stelle bianche?».

È per questo che le credenze sono anche dette «profezie auto-avverantesi». Se credo che non sia possibile correre i 100 metri piani in meno di 9'79" non potrò abbassare questo record. Ma se qualcuno da qualche parte nel mondo considera l'impresa possibile, si impegna nell'allenamento e stabilisce un nuovo record, allora avrà distrutto una forma cristallizzata di pensiero; renderà possibile a tante altre persone credere nella possibilità di correre al di sotto di quella vecchia soglia, facendo sì che, come per magia, ciò diventi via via più comune.

Ti piacerebbe essere uno di questi precursori nel tuo campo di specializzazione?

Fino a qualche decennio fa, per esempio, le operazioni in artroscopia esistevano solamente nella «sola mente» di alcuni uomini che ne erano convinti.

Credenze come: «È impossibile», «È troppo difficile», «Ormai é tardi» sono convinzioni che ci limitano rispetto alle possibilità naturali, conscie e inconscie, di cui disponiamo. L'essere umano ha infinite risorse e capacità ancora del tutto inesplorate, basti pensare a tutti i dossier che documentano

i numerosissimi casi di re-missioni spontanee. Non erano forse, per la maggior parte, considerate guarigioni impossibili? Nell'arco del tempo tante malattie sono state considerate inguaribili, molte piaghe archiviate come incurabili... finchè è arrivato qualcuno che ha ritenuto possibile la cura e ha dato speranza nel futuro. Ha provato e riprovato, ancora e ancora, finchè non è riuscito. Il mio augurio è che anche tu scelga di essere una di queste persone. Devi solo decidere che «si può fare».

Se ci credi, tutta la tua comunicazione, tutti i tuoi comportamenti, tutta la tua vita, risulteranno congruenti; se ci credi sarà più facile che ci credano anche i tuoi pazienti e se ci crediamo avremo fatto il primo passo nel processo di miglioramento.

Credici. Credi che «È possibile!». Sii convinto che «le persone possono migliorare», meglio, che «possiamo vivere in salute», meglio ancora, che «nasciamo per stare bene». E devi crederci come credi che «è importante respirare». Letteralmente. Anzi, neurologicamente.

Ti auguro un buon lavoro con il dottor Claudio Pensieri. Credo che insieme a lui potrai imparare nuove e utili cose. Ne sono convinto in modo limpido, chiaro, brillante, profondo, **POTENTE**, **dolby surround** e re-go-la-re come il ritmo della mia respirazione!

Alessio Savarino
Presidente di HYPNL Professional
Mentore Illustre della HYPRO Master S.r.l.

Introduzione

«C'erano una volta in Tibet due monaci che avevano fatto voto di castità. Durante un viaggio verso il Nepal i due monaci si trovarono nei pressi di un fiume.

Sulla sponda notarono che c'era una donna che aveva grosse difficoltà nel deambulare, così uno dei due monaci ruppe il voto del silenzio e chiese alla donna se necessitava di aiuto per guadare il fiume.

La donna accettò volentieri il suo aiuto e, mentre l'altro monaco lo guardava esterrefatto, il primo monaco la prese in braccio e guadò il fiume.

Arrivato sull'altra sponda la fece scendere e salutò gentilmente.

La donna contraccambiò il saluto e ringraziò il monaco.

I due monaci si rimisero a camminare. Dopo un miglio il secondo monaco chiese al primo: "Scusa, ma quella era una donna?". E il primo: "Sì".

Dopo un altro miglio: "Ma noi non avevamo fatto voto di castità?". E il primo: "Sì".

Dopo un altro miglio: "Ma non abbiamo portato una donna al di là del fiume?".

E il primo monaco lo guardò e rispose: "...».

Mentre hai in mano questo libro e puoi sentire i vari suoni all'interno della stanza in cui ti trovi, puoi anche leggere chiaramente le parole che, nero su bianco, si stagliano davanti ai tuoi occhi e tutto ciò non ti genera forse quel tipico stato di felice curiosità che ti spinge a interessarti ai contenuti?

Questo libro nasce da una serie di seminari e laboratori che ho tenuto in alcuni policlinici universitari italiani. Gli studenti, dopo aver frequentato il primo laboratorio sulla comunicazione, spesso mi chiedevano come potevano fare per essere nello stato d'animo adeguato alle esperienze che dovevano affrontare. Ormai quegli studenti sapevano bene che per poter comunicare efficacemente con gli altri è molto importante saper gestire i propri stati interni, le proprie emozioni, in pratica è importante saper indirizzare la propria emotività in modo sano e costruttivo. Non solo, in alcuni focus group condotti con infermieri e medici romani è uscita una richiesta non ascoltata dalle istituzioni: quella di formazione in comunicazione interpersonale.

Medici e infermieri sono spesso costretti ad auto-formarsi su tematiche inerenti aspetti non specifici delle loro attività. Ecco che, per esempio, in un ospedale di Roma le infermiere si autoformano sulla comunicazione, mentre altri studenti si aggregano in associazioni, come la S.I.Pe.M. Giovani e si autoformano

gratuitamente, incorrendo però in rischi molto gravi come la competenza non professionistica dell'argomento.

Mi spiego meglio. Immagina che tu abbia voglia di imparare qualcosa sull'utilizzo di un programma di video-grafica. Sicuramente andrai dal miglior *graphic designer* che conosci e gli chiederai se ti può aiutare.

Se si rompe un tubo dell'acqua in casa, probabilmente chiamerai un idraulico, allo stesso modo se si rompe il motore della macchina forse andrai dal meccanico che ha le competenze e la professionalità per riparare il guasto.

Invece, quello che sta succedendo in Italia nella sanità è: «Devo imparare qualcosa sull'utilizzo di un programma di grafica? Vado dal panettiere sotto casa, ho sentito che lui si è fatto i volantini da solo e poi sta proprio sotto casa mia...». Il problema, ancor più grave è che quello che imparo dal panettiere, spesso non corretto o comunque migliorabile, lo rispiego poi a tutti i miei colleghi, secondo le mie limitate conoscenze dell'argomento ed esperienza in quel campo. Creerò così una serie di persone che non saranno competenti in quelle tematiche ma, siccome hanno fatto «un corso», si credono in grado di farlo, a tutto svantaggio dei poveri pazienti che capitano sotto di loro e dell'azienda sanitaria con cui collaborano: le nozioni sbagliate si passano e si attiva un circolo vizioso difficile da individuare e risanare, poiché ormai è diventato strutturale e non personale.

Ma torniamo alle esperienze pratiche.

Quanti di noi hanno mai pensato, alla vigilia di un'esperienza da affrontare, di non riuscire a farcela?

Oppure, la sera prima di un esame, pensare di venire bocciati?

O di sbagliare un'operazione chirurgica difficile, per passare poi una notte senza dormire, arrivando stremati al giorno dopo?

Durante una ricerca condotta dalla YatW¹ sulla comunicazione sanitaria nel Lazio, il primario del pronto soccorso di un ospedale di Roma raccontò: «La mattina mi sveglio, entro in macchina e mi dico: "Sono pronto per andare in trincea"».

Gli stati interni influiscono sui nostri comportamenti, pensate semplicemente alla postura. Quando siamo tristi, tendiamo ad avere la testa piegata in avanti, guardiamo per terra spesso in Ad e K², spalle ricurve in avanti, ecc.

Ora pensa a un giorno felice.

Probabilmente guardavi l'orizzonte o ancora più in alto, le spalle erano dritte e la respirazione regolare.

Quale dei due stati interni secondo te è il migliore per affrontare una giornata di lavoro?

Questo libro ha tra i suoi obiettivi la diffusione di alcune tecniche utili alla gestione dei propri stati interni. Poiché spesso in ambito sanitario non si riesce a soddisfare la richiesta dei dipendenti di avere una formazione in comunicazione e gestione degli stati emotivi, questo libro vuole offrire una panoramica di alcune tecniche disponibili e, almeno in parte, raccogliere e soddisfare il bisogno degli operatori sanitari.

Dal report di alcuni *focus group* effettuati presso diversi ospedali romani, in cui erano presenti medici e infermieri, è infatti emerso: «Le pratiche per la formazione degli operatori circa tematiche quali la qualità, la comunicazione interpersonale o la gestione degli stati emotivi, presenti con una certa frequenza in passato, sono state da qualche anno del tutto abbandonate; anche da questo punto di vista la struttura è percepita come lontana dai desideri dell'utente»³.

Gli esercizi presentati sono una raccolta di tecniche utilizzate da: Programmazione neurolinguistica (PNL) classica, PNL3, *Quantum Persuasion*, P.N.E.A.P. (Programmazione neuroenergetica con allineamento progressivo), Comunicazione sanitaria e Comunicazione persuasiva. Questo non vuol dire che tali tecniche siano le migliori in assoluto, ma quelle contenute in questo libro sono state sperimentate direttamente dagli operatori del settore sanitario e, con i loro consigli e suggerimenti, sono state selezionate quelle ritenute più utili.

Vi invitiamo quindi a leggere con piacere, ma a non fermarvi qui. Informatevi, leggete altri libri e fate parte di nuovi laboratori finché non trovate quel mix di tecniche che vi soddisfano nella vostra personale gestione degli stati interni.

«Come dice il vecchio saggio:
“Raggiungere gli obiettivi ci soddisfa. Perseguirli ci arricchisce”».

GM° Ivano Bonocore

¹ Young at Work Communication, la ricerca *Processi comunicativi in ambito sanitario: il paziente numero o persona?* è stata effettuata tra il 2008 e il 2010, www.yatw.it.

² Ad sta per Dialogo interno e K sta per Cenestesico, si veda Claudio Pensieri, *La comunicazione Medico-paziente*, NLP International Ltd, UK 2009, p. 84.

³ Progetto di Ricerca sui processi comunicativi in ambito sanitario a cura della Young at Work Communication per la ANBP, cfr. *Il Paziente Numero o Persona? Valori d'Impresa e responsabilità sociale*, Associazione Nazionale Fra le Banche Popolari (ANBP), Abstract, 2010, p. 5.

Capitolo I. La PNL

(Programmazione neurolinguistica)

La Programmazione neurolinguistica classica, la P.N.E.A.P.⁴ e la PNL³ costituiscono il sistema di principi che sottendono alle tecniche utilizzate in *PNL&Emotività*, è quindi necessario accennare al significato del termine «PNL».

I fondatori della Programmazione neurolinguistica, Richard Bandler e John Grinder, nella metà degli anni Settanta definirono la PNL come «un atteggiamento e una metodologia che va oltre uno schema di tecniche»⁵.

La prima PNL nasce soprattutto dalla comprensione, condotta da un gruppo di studio presso l'università di Santa Cruz (California), delle strategie utilizzate da molti comunicatori di successo; il modellamento di Milton Erickson⁶ ha, in questo sviluppo, un ruolo fondamentale.

Grinder e Bandler, negli anni Ottanta, ispirandosi a ciò che hanno realizzato sia i linguisti sia i matematici, decisero di creare dei modelli di intervento a uso della psicoterapia e dello sviluppo personale⁷. Questa sfida era particolarmente audace: si proponeva con risolutezza di creare modelli di efficacia piuttosto che elaborare un'ulteriore teoria. Si sono ispirati principalmente a Virginia Satir, nota per i suoi interventi nel campo della psicologia familiare, Fritz Perls, inventore della Gestalt-terapia, il già citato Milton Erickson, celebre psichiatra e altri.

È importante precisare la differenza tra teoria e modello: il ruolo di un modello è descrivere il funzionamento di un sistema, mentre una teoria tenta di spiegare perché quel sistema funziona in un certo modo. Si potrebbe così riassumere: la teoria si interessa del «perché», il modello del «come».

Gli autori della Programmazione neurolinguistica hanno attinto dai loro ambiti di competenza: la psicologia, la linguistica, la cibernetica. Sono stati influenzati dalla cultura americana, che apprezza l'efficienza, il pragmatismo, il risparmio di tempo. Questo modo di procedere è stato considerato un problema poiché la PNL non fonda la sua efficacia in una molteplicità di teorie o ricerche scientifiche che ne validano le teorie, ma nell'esperienza pragmatica ed empirica degli operatori. Alla base, infatti, c'è una metodologia chiamata *modeling*, che Bandler e Grinder usarono per scoprire ciò che Erickson, Perls e la Satir facevano quando lavoravano con i loro pazienti. Il *modeling* consiste nell'individuare persone che hanno raggiunto risultati eccellenti nel proprio

settore, osservare ciò che fanno, porre loro delle domande e capire come sia possibile ottenere gli stessi risultati⁸.

La luce nuova che la PNL porta alla comunicazione umana e al cambiamento si inserisce nella scia del lavoro di Paul Watzlawick e della scuola di Palo Alto, sulla scia delle terapie brevi e delle terapie familiari⁹.

Analizziamo ora nello specifico l'acronimo PNL¹⁰:

- *Programmazione*: lavoro mentale che avviene nell'individuo nel momento in cui riceve un'informazione. Abbiamo dei patrimoni di programmi racchiusi nella nostra mente che possono essere modificati. È il processo di organizzazione delle componenti di un sistema per il conseguimento di risultati specifici. In PNL, in realtà, il termine «programmazione» è qualcosa di più sottile, riguarda i nostri automatismi, i nostri schemi ripetitivi di pensiero e di comportamento. Questi programmi funzionano inconsciamente, ecco perché normalmente non ne siamo consapevoli. È importante scoprire e usare quelli che funzionano veramente bene e che raggiungono risultati eccellenti. È possibile poi ricombinare i programmi tra loro e arrivare a livelli di complessità crescente, moltiplicando così il numero di «circuiti» possibili.

- *Neuro*: è tutto ciò che riguarda il sistema nervoso, la neurologia, il cervello. Ogni comportamento è il risultato di processi neurologici. Circa 2 milioni di dati circolano nel sistema nervoso al secondo, anche quando dormiamo¹¹. Attribuiamo un senso a quelle informazioni creandoci una personale rappresentazione di esse: immagini, suoni e sensazioni. La nostra capacità di programmarci si basa sull'attività del cervello, particolarmente (ma non solo) su quella del neo-encefalo, caratteristico di alcuni mammiferi, il cui massimo sviluppo è nell'uomo. Questi programmi vengono sistemati in maniera tale da diventare delle configurazioni neurali, perché l'esperienza è filtrata ed elaborata dal nostro sistema nervoso attraverso i cinque sensi.

- *Linguistica*: il linguaggio è, da un lato, un riflesso di ciò che pensiamo e, dall'altro, è ciò che struttura il nostro pensiero. L'ascolto attento di ciò che dice una persona ci dà informazioni preziose sul suo modo di costruire «la sua idea della realtà». È quindi evidente che, percependo il mondo attraverso i cinque sensi, ogni persona elabora le cose in modo diverso da un'altra. Una volta ottenute tutte le informazioni si attua un processo interno di elaborazione mentale che è composto dalle rappresentazioni mentali di quello che si è percepito. Queste rappresentazioni mentali influenzeranno valori e convinzioni che, a loro volta, innescheranno uno stato interno strutturato da emozioni, sentimenti, sensazioni che formano i programmi mentali, ossia le strategie delle persone ancora sotto forma di rappresentazioni mentali.

Ognuno di noi percepisce il mondo dall'unico, privilegiato punto di vista del proprio quadro di riferimento. Come afferma Erickson: «Traduciamo sempre il linguaggio dell'altro nel nostro».

Poiché la PNL è a tutt'oggi al centro di notevoli discussioni circa la sua scientificità e la sua validità, per una serie di motivi che abbiamo analizzato nel volume precedente (Pensieri, *La comunicazione* cit.), non tratteremo la parte «critica», quella riferita alla terapia e alla diagnosi, ma solo la parte relativa alla gestione dell'emotività. Molte delle tecniche descritte in questo libro si rifanno infatti a quelle derivanti dalla comunicazione efficace aziendale e alla PNL¹². Per il momento proponiamo degli esercizi di gestione degli stati emotivi in modo neutro, senza dire in modo paradigmatico che essa *deve* svolgersi in questo modo, ma lasciando libero il lettore di decidere se applicare queste conoscenze o meno.

Punto per punto

- 1) *Programmazione*: si riferisce al processo di organizzazione delle componenti di un sistema (le rappresentazioni sensoriali) per il conseguimento di risultati specifici.
- 2) *Neuro*: indica il principio fondamentale secondo cui ogni comportamento è il risultato di processi neurologici.
- 3) *Linguistica*: i processi neurali vengono rappresentati, ordinati e disposti in sequenza, in modelli e strategie, attraverso il linguaggio e i sistemi di comunicazione.
- 4) Il *Modellamento*: serve per conoscere la struttura dell'esperienza soggettiva («Come fai a sapere quando...»), quindi si parte dall'estrazione della strategia che si vuole prendere a modello, modificare o utilizzare e poi la si disseziona.

⁴La Programmazione neuroenergetica con allineamento progressivo è la disciplina fondata da Ivano Bonocore, mentore maximo di HYPRO Master e fondatore di HYPNL Professional.

⁵Tad James, David Shepard, *Comunicare in pubblico magicamente*, NLP Italy, Bergamo 2004, p. 27.

⁶Milton H. Erickson (Nevada, 5 dicembre 1901-Arizona, 25 marzo 1980) si è laureato in medicina e psicologia all'Università del Wisconsin e ha insegnato psichiatria alla Wayne State University. È stato presidente e fondatore della Società americana di ipnosi clinica e membro delle associazioni americane di psichiatria, di psicologia e di psicopatologia.

⁷Nei primi libri che hanno scritto, Bandler e Grinder hanno dedicato alcuni capitoli alla «teoria» della PNL, ispirandosi al modello TOTE. In particolare, nella versione italiana di *Programmazione Neurolinguistica* del 1980, il traduttore si è rifatto alla traduzione di Miller, Galanter e Pribram, *Piani e struttura del comportamento*, Franco Angeli, Milano 1973.

⁸Vittorio Gallese, *La molteplice natura delle relazioni interpersonali: la ricerca di un comune meccanismo neurofisiologico*, «Networks. Journal of the philosophy of artificial intelligence and cognitive sciences», n. 1, 2003, pp. 24-47, disponibile su <http://www.swif.uniba.it/lei/ai/networks/>.

⁹Nelly Bidot, Bernard Morat, *80 giorni per capirsi*, Xenia edizioni, Milano 1994, p. 7.

¹⁰Per un'analisi più approfondita sulla PNL in generale, sui suoi punti di forza e di debolezza, sulle ricerche pro e contro la sua utilità e la sua validità scientifica, cfr. Pensieri, *PNL&Sanità* cit.

¹¹James, Shephard, *Comunicare in pubblico magicamente* cit., p. 34.

¹²Ipnosi Clinica, PNL3, www.neurolinguistic.com, istituto NLP International/ISI-CNV, collegato alla Association Europeenne PNL.

Capitolo II. Il vaso di vetro

A quei tempi ero ancora uno studente universitario. Era una calda e assolata mattina d'estate, fortunatamente l'aula universitaria in cui mi trovavo aveva l'aria condizionata e la temperatura era fresca, la sedia su cui ero seduto era di una comoda stoffa blu. Potevo sentire il rumore del condizionatore d'aria di sottofondo e stavo parlando con i miei amici; stavo molto bene, pronto ad assistere a una nuova noiosa lezione.

Tutti smettemmo di parlare quando un curioso professore entrò portando un vaso di vetro e due buste di plastica bianca. Dopo aver messo il vaso sulla cattedra tirò fuori dalla busta bianca delle grosse pietre grigie.

Iniziò a inserirle una alla volta nel vaso di vetro trasparente, fino a riempirlo. Ci chiese cosa vedessimo.

Subito un mio compagno rispose: «Un grosso vaso di vetro pieno di pietre». Il professore allora aggiunse della ghiaia e ci interrogò nuovamente: «Vediamo un grosso vaso vetro pieno di pietre e di ghiaia, più pieno di prima», rispose un altro mio amico.

A questo punto il curioso professore aggiunse della sabbia fine e riformulò la solita domanda. Incuriositi, non sapevamo bene cosa rispondere, aspettandoci probabilmente un'altra sorpresa, ma comunque qualcuno trovò il coraggio di dire: «Vediamo un vaso di vetro pieno di pietre, ghiaia e sabbia, ma forse colmabile con dell'acqua».

Così il professore lo riempì di acqua e domandò quale fosse secondo noi il senso della dimostrazione.

Immediatamente un ragazzo disse: «È chiaro, non si può mai essere sicuri di una cosa fatta perché è in ogni caso migliorabile».

L'insegnante accettò la risposta sottolineandone l'importanza ai fini della nostra costante ricerca di miglioramento, ma allo stesso tempo ci deluse affermando: «Ciò che dite è certamente corretto e importante, ma una cosa che non mi avete detto è ancora più importante...».

Tra le molte sfide che l'ingresso del nuovo secolo ci apre, quella che riguarda la medicina è di primaria importanza. Nel campo della sanità, infatti, i progressi vertiginosi della ricerca e della tecnologia fanno aumentare in maniera quasi esponenziale la richiesta sociale di terapie sempre più complesse e costose, cosa che pone problemi formativi ed economici finora mai sperimentati.

L'informatica e la biologia molecolare, per esempio, fino a poco tempo fa erano considerate materie specialistiche, mentre ora stanno entrando con prepotenza nel bagaglio culturale del medico, creando una forte necessità di aggiornamento, indispensabile per il rapido sviluppo applicativo nella pratica medica di ogni giorno. Si tratta di un progresso tanto benefico quanto costoso, tanto che anche nei paesi con una florida economia il tasso di spesa sanitaria cresce in misura molto superiore all'incremento del PIL.

Ciò obbliga a operare scelte, spesso molto dolorose, nell'erogazione dell'assistenza e i medici vanno formati a questi nuovi processi decisionali, inserendo nel loro piano di studi *nuovi saperi*, come ad esempio la gestione e l'organizzazione, l'economia sanitaria, la sociologia e, in alcuni rari e sporadici casi, le *medical humanities*, per non perdere di vista la dimensione umana nell'esercizio del proprio lavoro.

Solo ora, con il processo di «aziendalizzazione» in corso in sanità, si inizia a parlare di «*comunicazione sanitaria*». L'OMS pone come irrinunciabile il *gold standard* della competenza effettiva a 360 gradi, richiamando l'attenzione dei medici sulla relazione strettissima che vincola stato di salute e sviluppo socio-economico, tema troppo spesso assente dalla preparazione professionale dei medici e degli infermieri¹³.

In Europa, alcune piccole realtà si iniziano a muovere verso questi obiettivi. Le *communication skills*, sotto il profilo concettuale, appaiono esplicitamente distribuite tra alcuni corsi segnalati nella tabella seguente:

Corsi	Vrije Universiteit of Amsterdam	Universiteit of Antwerp	Jagellonian University of Krakow	University Campus Biomedico of Rome
Antropologia			X	X
Psicologia	X	X	X	X
Metodologia clinica	X	X	X	X
Clinica Medica	X	X	X	X
Psichiatria	X	X	X	X

Tab. 1. Presenza di *communication skills* nei corsi classici.

Capitolo III. I modelli

Ero seduto nella fredda sala d'attesa, era inverno e il silenzio mi avvolgeva mentre sulla tipica dura sedia di plastica, spesso presente negli studi medici, attendevo il mio turno. Mi trovavo nella mia Asl di riferimento ed era la prima volta che andavo a rinnovare la mia patente. Spesso nei giorni precedenti mi ero chiesto come si sarebbe svolta la visita, che tipo di esami avrei fatto. Una forte curiosità mi spingeva a immaginare tutta una serie di esami strani, come prendere al volo un oggetto per testare i miei riflessi o guardare delle luci colorate per distinguerne i colori. Avevo fissato l'appuntamento alle 15:15 ed ero arrivato in perfetto orario, stavo seduto su quella dura sedia di plastica marrone proprio davanti la porta del medico che mi avrebbe dovuto visitare. Avevo finito di mangiare da poco ed ero un pò assonnato, ma in generale stavo bene e mi sentivo a mio agio.

Potevo sentire due persone che parlavano di musica, nella porta accanto a quella in cui dovevo entrare io. Il loro discorso era incentrato sulla figlia di uno dei due che voleva entrare nel mondo della musica, per far capire di cosa stesse parlando, uno mise il cd in cui si poteva sentire la voce della cantante. La musica era a un volume medio, ma dalla mia posizione potevo sentirla benissimo, riuscivo anche a distinguere i vari strumenti.

Alle 15:15, in perfetto orario, la porta si aprì e uscì il paziente precedente. Il medico mi disse di entrare; non sapendo effettivamente cosa mi aspettasse, mi agitai, la mia respirazione si fece più veloce e il cuore iniziò a battere più velocemente, le mie mani iniziarono a sudare... sì, ero decisamente agitato e il silenzio del medico non mi aiutava a tranquillizzarmi. Senza guardarmi in faccia, controllò il suo foglio e disse: «Ah bene, rinnovo della patente», mi diede un foglio da compilare ed una penna, mi disse di riempire il modulo. Nel frattempo, notando che avevo lasciato i moduli sul tavolo, mi disse: «Intanto che lei compila, io mi servo da solo, così scrivo anche io qualcosa», e prese la mia busta con i documenti. La sua battuta mi fece sorridere, ma ancora non mi sentivo a mio agio, ero ancora agitato. Riempiti i moduli, mi disse di appoggiare le spalle al muro e leggere delle lettere appese alle pareti, poi mi fece sedere e mi chiese di leggere dei numeri dentro un libro tutto colorato. Prese la marca da bollo e il bollettino postale e li spillò su un foglio.

Nella mia mente tutta una serie di domande si arrovellarono tra loro, contribuendo a farmi agitare ancora di più. Che cosa sarebbe accaduto? Dovevo

aspettarmi una patente nuova? Quando sarebbe arrivata? Dovevo fare qualche altro esame? Era tutto finito? Cosa sarebbe accaduto se non mi arrivava il tagliando della Motorizzazione civile?

Guardai il mio orologio, erano passati 6 minuti da quando ero entrato, quel tempo mi era sembrato un'eternità. Dato che avevo visto il foglio delle prenotazioni e avevo notato che erano fissate ogni 15 minuti, mi decisi a fare le domande che avevo pensato. Volevo comunicare con lui.

Il medico iniziò a rispondere alle mie domande. Mentre ripiegavo il foglio che avevo deciso di tenere nella mia patente fino all'arrivo del tagliando, vidi il dottore che si alzava e si portava alle mie spalle. Continuavo a fare domande per me importanti mentre mettevo a posto i documenti nella borsa e lui continuava a rispondermi, finché qualcosa nella nostra comunicazione cambiò.

Spessissimo si sente parlare di comunicazione e della sua importanza. Tante persone ne parlano: psicologi, scienziati, sociologi, uomini di marketing, ingegneri, fisici, medici, infermieri ecc.

Molte definizioni sono state date e molte se ne daranno.

Come spesso e volentieri accade nella vita di tutti i giorni, bisogna scegliere da che punto di vista guardare l'oggetto in discussione (in questo caso la comunicazione) e scegliere gli elementi (o gli assiomi) che riteniamo si conformino al meglio al nostro modo di pensare.

Villamira¹⁵ afferma che:

La comunicazione è
lo **scambio di informazioni**
tra due o più entità
in grado di **emettere** e ricevere **segnali**;
intendendo per scambio
un processo **interattivo**
in cui è presente un meccanismo di **feedback**
o retroazione.

Per *informazione* si intende: la diminuzione dell'incertezza (o l'aumento della certezza) che subisce il destinatario quando viene raggiunto dal messaggio; un'unità di informazione tra due possibilità si chiama «bit». Se si pone una

scala di conoscenza Dio-pietra, ogni volta che arriva un'informazione aumenta il nostro grado di conoscenza, e facciamo un passetto avanti sulla scala.

L'informazione è in relazione alla conoscenza, posseduta dal destinatario, delle regole che governano una sequenza di messaggi che incide sul calcolo dell'informazione in transito.

Sulla base degli studi di psicologia sociale, combinati a quelli relativi alle tecniche di comunicazione, molti studiosi specializzati nell'informazione hanno teorizzato alcuni postulati che cercano di descrivere il comportamento di chi riceve un qualunque tipo di messaggio, in particolare il messaggio persuasivo. Riconosciuto, infatti, che la maggior parte della comunicazione può essere ricondotta a un gioco di persuasione, i ricercatori hanno focalizzato i propri interessi sul messaggio stesso, analizzandone il tipo di trasmissione, ricezione, decodificazione e assimilazione, per vedere se, infine, questa fonte che presenta argomenti e fatti, ragionamenti e conclusioni riesce a produrre qualche effetto nel ricevente. Ma prima ancora bisogna chiedersi: come funziona la trasmissione di informazioni?

La teoria matematica dell'informazione prese le mosse dalla risoluzione di un preciso problema tecnico: studiare le condizioni per migliorare l'efficienza della trasmissione di segnali. Ed è quindi diventata uno schema generale dei processi comunicativi che individua gli elementi presenti ogni qual volta si verifica un trasferimento di informazione. Come lo stesso Weaver ha specificato (Fig. 1), quando si parla con un'altra persona il cervello è la codificazione dell'informazione, l'apparato vocale il trasmittente, le vibrazioni sonore attraverso l'aria il canale della comunicazione, l'orecchio dell'interlocutore il ricevitore e il suo cervello il decodificatore del messaggio¹⁶.



Fig.1. Modello Shannon Weaver.

Questo modello è la base di ogni comunicazione e verrà poi sviluppato nell'ambito della «cibernetica» e degli studi sociologici sulla comunicazione.

Immaginiamo che il messaggio da veicolare a un ricevente sia la nona sinfonia di Beethoven (o *Inno alla Gioia*). Il modello matematico dell'informazione afferma che il messaggio è la serie di note che compongono il tema principale, ma esse possono giungere alle nostre orecchie in varie forme. Una cosa infatti è sentire la canzone da un cd attraverso lo stereo di casa: i suoni sono abbastanza caldi e carichi, i bassi si possono percepire facilmente e siamo abbastanza coinvolti dalla canzone. Esperienza diversa invece è stare seduto sulla sedia, davanti al proprio pc portatile che suona lo stesso brano in Mp3 (che di per sé è già una compressione) e quindi le onde sonore sono più compresse rispetto ai formati WAV dei cd; tutti possiamo continuare a percepire il tema principale e i vari strumenti, ma facendo attenzione al proprio registro sensoriale auditivo si riconosceranno delle forti differenze tra i file Mp3 del portatile e i cd dello stereo di casa. Allo stesso tempo riusciamo a distinguere il motivo principale e rimaniamo comunque affascinati dalla canzone. Ora immaginiamo lo stesso motivo suonato dalla suoneria del vostro cellulare. Pur distinguendo le note principali, il messaggio di base rimane lo stesso, ma non è coinvolgente come gli altri e, infine, non è coinvolgente come sentire la nona di Beethoven suonata da un'orchestra sinfonica all'Auditorium, seduto su una comoda poltrona di velluto rosso e facendo caso alle vibrazioni che ogni singolo strumento e l'orchestra nel complesso riescono a creare e a trasmetterci. È proprio così che funziona la comunicazione. I messaggi che il medico può dare possono essere gli stessi, ma «come» li dà fa la differenza tra una suoneria di un cellulare e un'orchestra sinfonica.

In seguito, il linguista Roman Jakobson ampliò questo modello inserendo alcune variabili prima non prese in considerazione.



Fig. 2. Modello jackobsoniano.

Emittente e Destinatario possono essere pensati sia come persone sia come gruppi o istituzioni. Il primo invia al secondo un messaggio organizzato secondo un codice, che bisogna supporre almeno in parte comune a entrambi (più si avvicinano e più si ha *rapport* o empatia).

Affinché il messaggio possa raggiungere il suo obiettivo, è essenziale che vi sia un contatto fra emittente e destinatario e, dunque, che un canale li leghi. Il messaggio riguarda un contesto, vale a dire che si riferisce a una certa realtà (fisica, sociale, culturale ecc.) di cui si parla.

Questo modello può essere migliorato e arricchito prendendo in considerazione altri due parametri importanti: la *punteggiatura* e le *emozioni*.

- Per *punteggiatura* si intende quell'operazione che consiste nel separare qualche cosa da qualcos'altro che le sta vicino. Nello specifico vuol dire che il mondo esterno (il «territorio») invia un'infinità di stimoli al nostro cervello (2.2 milioni di bit al secondo¹⁷) e, quindi, per una legge di economia mentale l'essere umano decide quali percepire coscientemente e quali no. Con questa operazione di «cernita» (il cervello umano elabora a livello cosciente solamente 134 bit al secondo, cioè lo 0,00061% di quanto riceve) stiamo «punteggiando» il mondo esterno. Non solo... questa punteggiatura avviene sia in entrata (input) che in uscita (output): quello che noi diciamo e facciamo deve passare attraverso la nostra punteggiatura, cioè il nostro punto di vista, la nostra «mappa»¹⁸:

La mappa non è il territorio.

- Per *emozione* si intende un sistema di risposte istantanee, fisiologiche, espressive e cognitive a una sollecitazione interna o esterna. In una «relazione interpersonale» è importantissimo lo stato interno che state comunicando. Nel momento in cui interagite con altre persone, oltre alle cose che dite e fate, interviene anche l'emozione che provate. Vi sarà sicuramente capitato di parlare con una persona ansiosa o irrequieta e, dopo poco, vi siete sentiti ansiosi o irrequieti anche voi, oppure di parlare con una persona estremamente calma e tranquilla, e subito vi siete sentiti altrettanto calmi e tranquilli. Le emozioni si manifestano in modi diversi: fisiologicamente attraverso il non-verbale, sudorazione, gestualità, macro-movimenti del corpo e micro-movimenti, aumento della frequenza del battito cardiaco

Capitolo IV. Emozioni

Era una fredda mattina d'inverno, quando mi trovai alla periferia di Pinyao, una piccola città dell'entroterra cinese. Ero di ritorno da Xian (la città dell'Esercito di Terracotta) e mi stavo dirigendo a Pechino, la grande metropoli industrializzata cinese. Ricordo che il cielo era grigio e il freddo pungente, stavo per cominciare il lungo viaggio in treno.

Ero in piedi in mezzo ai miei bagagli, potevo sentire il rumore delle biciclette che passavano e cominciai a far caso alle persone intorno a me.

Avevo notato che le città cinesi in cui ero stato finora assomigliavano molto alle città europee, il suono dei clacson delle macchine e dei campanelli delle bicilicette mi ricordavano il rumore convulso del traffico di Roma: gente che corre di fretta per il lavoro, metropolitane piene di persone, grattacieli e ville spaziose intercalate da sobborghi (Hutong) in cui la povertà regnava silente. Ma nel viaggio in Cina avevo anche visto villaggi fatti di case scavate nelle montagne, senza acqua corrente né energia elettrica, il carbone (nel migliore dei casi) era il combustibile maggiormente usato per scaldarsi.

Mentre osservavo l'accampamento e i loro occupanti che badavano alle proprie faccende quotidiane, notai un piccolo bambino che doveva avere all'incirca 3-4 anni. Stava giocando sulla strada fangosa che circondava il paesino. Raccolgeva i ciottoli tra la spazzatura accumulata ai bordi della strada e poi li disponeva in un ordine diverso, utilizzando anche dei pezzetti di legno marrone che aveva trovato sul ciglio della strada ; ogni volta che finiva, faceva una buffa risata e riniziava. Sembrava divertirsi molto, era abbastanza magro e indossava i tipici pantaloni imbottiti cinesi di color blu scuro, rattoppati alla meno peggio e la camicia imbottita rossa tutta logorata. Guardandolo giocare con i ciottoli della strada fangosa, pensai di non aver mai visto nessuno divertirsi a fare qualcosa più di quanto non sembrasse fare lui. Lo osservai per circa mezz'ora finché con Massimo, il mio compagno di viaggio, non salimmo sull'autobus e, mentre mi allontanavo, mi colpì molto quel fantastico sorriso stampato sul viso.

Per quanto le emozioni siano alla portata quotidiana di ogni individuo e dell'esperienza soggettiva che ognuno di noi fa abitualmente dei propri stati emotivi, il loro studio ha conseguito un accordo relativamente scarso tra le diverse aree di indagine. Questo si intuisce già dalle diverse definizioni di «emozione» che possiamo trovare in letteratura.

John Watson

Il fondatore del comportamentismo introdusse l'idea che l'emozione è una reazione strutturata, ereditaria che implica modificazioni in tutti i meccanismi corporei ma, in particolare, nei sistemi viscerali e ghiandolari. Queste modificazioni hanno *pattern* diversi per emozioni diverse¹⁹.

William James

Si occupò essenzialmente di un problema di successione dei vari stati dell'evento «emozione». Riteneva che le modificazioni corporee si avessero per prime e le sensazioni dell'emozione non erano altro che la consapevolezza delle modificazioni stesse da parte dell'individuo.

James è stato il primo che, facendo riferimento ai processi neurofisiologici, ha definito l'emozione in termini operativi come «il sentire» (*to feel*) i cambiamenti neurovegetativi che hanno luogo a livello viscerale, a seguito dello stimolo elicitante: «Non tremiamo perché abbiamo paura, ma abbiamo paura perché tremiamo, non piangiamo perché siamo tristi, ma siamo tristi perché piangiamo». In tal modo James sottolinea la base biologica dell'emozione, che stabilisce l'importanza dell'attivazione fisiologica (*arousal*) dell'organismo. Insieme a Lange, pensava che le emozioni risultassero dall'azione di schemi di attività del sistema nervoso periferico sul cervello e che le emozioni non fossero altro che la consapevolezza di un cambiamento fisiologico in risposta a uno stimolo attivante²⁰.

Per questi motivi, secondo la teoria di James, è impossibile immaginare di provare un'emozione senza percepirne al contempo i sintomi fisici.

Walter Cannon

Riteneva che talamo e ipotalamo fossero il centro d'integrazione delle sensazioni e dei comportamenti a esse legati²¹.

Tramite esperimenti su animali cui erano state asportate parti di cervello, dedusse che l'emozione è il prodotto di un'interazione di sensazioni e comportamenti a opera del talamo e dell'ipotalamo. Data la percezione di uno stimolo, avviene un'attivazione ipotalamica che sfocia in una sensazione emozionale e una modificazione fisiologica.

La funzione delle emozioni, per Cannon, è gestire le situazioni di emergenza connesse con i problemi di sopravvivenza.

John Bowlby

Introduce l'idea che le emozioni siano legate alla valutazione degli eventi

Capitolo V. Stati interni

Era una fresca mattina di primavera e stavo andando a tenere un seminario al Policlinico Umberto I° di Roma.

Il sole splendeva alto e la luce illuminava le antiche mura romane in mattoncini rosso scuro che stanno davanti all'ingresso del Pronto soccorso.

La lezione che stavo per tenere era l'ultima di un ciclo di seminari sulla gestione delle emozioni in sanità.

Arrivato all'ingresso della Clinica chirurgica, proprio davanti alle macchinette del caffè, un'allieva mi fermò e mi disse una cosa molto interessante. Il corso era di livello avanzato e presupponeva tutte le conoscenze contenute nel mio libro precedente³⁵.

Quindi, Giovanna venne da me e mi disse: «Sai, ieri ero con il prof. e l'ho visto molto triste, tutti noi sappiamo che ha dei problemi in famiglia, però quando siamo entrati in sala operatoria ho provato a sincronizzarmi con lui e creare il *rapport* adeguato³⁶ per fargli cambiare stato interno, in modo da farlo entrare in uno stato interno potenziante per l'operazione che stavamo per affrontare; ma non ci sono riuscita, alla fine ero triste anche io».

Tutti sanno orientativamente cos'è il *Transfert*³⁷. In psicanalisi, è il processo di trasposizione inconsapevole, nella persona dell'analista, di sentimenti provati dal soggetto³⁸. Ma se può avvenire dal soggetto all'analista, è possibile anche il contrario, quindi lo stato d'animo o stato interno del medico può (o almeno dovrebbe) guidare quello dell'interlocutore. Questo per dire che la comunicazione interpersonale avviene su due piani, tra loro strettamente collegati:

- a) il primo è quello che, normalmente, si esplicita in 3 fattori: verbale (cioè il linguaggio, l'uso delle parole), paraverbale (volume, tono, flusso e ritmo della voce) e non verbale (il linguaggio del corpo);
- b) il secondo (quello della metacomunicazione) avviene tramite gli *stati interni*, comunemente detti «stati d'animo».

E tra i due, quello più efficace, è effettivamente il **secondo**.

Possiamo tornare a quanto detto prima, un'emozione è un sistema di risposte istantanee – fisiologiche, espressive e cognitive – a una sollecitazione interna o esterna:

- Le risposte *fisiologiche* possono essere straordinariamente intense. Per esempio, quelle congruenti a uno stimolo pauroso derivano dall'azione del sistema nervoso simpatico e di un ormone (l'adrenalina) prodotto dalle ghiandole surrenali: ritmo e profondità della respirazione aumentano, crescono la frequenza cardiaca e la quantità di sangue pompato a ogni battito, aumenta la pressione, il sangue arriva più ai muscoli che agli organi interni e si carica di zucchero prodotto dal fegato, diminuisce la produzione di saliva in bocca e aumenta la sudorazione, le pupille si dilatano per far entrare più luce. A questo punto, il corpo è pronto a fornire un feedback di attacco o fuga.

- Chiamiamo *espressive* tutte le risposte che coinvolgono il comportamento, sia involontario sia volontario: modi di atteggiare il volto (espressioni), modi di atteggiare il corpo (posture) e risposte motorie rapide e automatiche (i trasalimenti sono in gran parte risposte espressive involontarie). A queste vanno aggiunte tutte quelle volontarie: applaudire urlando «bravo!», strizzare un occhio, correre incontro a qualcuno per abbracciarlo o prenderlo a bastonate.

- Le risposte *cognitive* sono quelle che diamo a partire dalla rappresentazione che noi stessi ci siamo fatti di un'emozione: il nome che le attribuiamo, gli eventi che abbiamo imparato ad associarle, le metafore che usiamo per descriverla³⁹.

Se non vi trovate nello stato interno ideale per incontrare il paziente, a poco serviranno le vostre conoscenze e le vostre abili capacità.

Durante la giornata e nel corso della settimana viviamo una moltitudine di stati interni. In un dato momento ci sentiamo allegri, gioiosi, in un altro cupi, vulnerabili ecc.

Torniamo con la mente alla giornata di ieri.

Esercizio 2

Descrivi ad alta voce o nella tua mente la giornata di ieri, da quando hai aperto gli occhi a quando sei arrivato a lavoro.

Pensa ad almeno 5 punti fondamentali della giornata di ieri.

Cos'è successo in quell'arco di tempo?

Quando hai finito di lavorare, sei tornato a casa?

Cos'è successo durante il tragitto?

Ricordati la descrizione che hai appena fatto.

Ora, invece di considerare la giornata di ieri come un susseguirsi di azioni, pensala come un concatenamento di stati d'animo.

N.B.

Poniamo il caso che un vostro collega vi abbia fatto irritare e voi mentalmente vi dite una cosa del tipo: «Che testa di cavolo!».

È utile cantare con una musica da circo o una per voi divertente come quella di Benny Hill o della Macarena la stessa frase che vi siete detti irritati: provare per credere!

Vi è mai capitato di parlare con una persona ansiosa o irrequieta e, dopo un poco, vi siete sentiti ansiosi o irrequieti anche voi?

Oppure di parlare con persone estremamente calme e tranquille e subito vi siete sentiti altrettanto calmi e tranquilli?

Un medico dovrebbe essere in grado di capire quale stato interno sia più adeguato al momento dell'interazione con il paziente. Si ponga il caso di un paziente teso e nervoso che si reca dal medico curante prima di essere sottoposto a un'operazione chirurgica. Se il medico, nell'interazione, è in uno stato interno di nervosismo o insicurezza, cosa proverà il paziente alla fine del dialogo?

E se invece il medico provasse tranquillità o serenità?

Naturalmente la cosa non è così semplice come appare, ma una delle tante strategie applicabili potrebbe essere:

- 1) creare *rapport* con il paziente (Tecnica: sincronizzazione);
- 2) cambiare il proprio stato interno in quello più utile e giusto al momento (Tecnica: àncoraggio);
- 3) assicurarsi che il soggetto abbia cambiato il proprio stato interno iniziale (Tecnica: segnali ideomotori, deglutizione, respirazione, mimica facciale, paraverbale ecc.).

A seconda del punto di vista che adotti nella tua vita, sai che le relazioni possono portare guarigione o essere delle sale di tortura emozionale.

Così, io risposi a Giovanna: «Ora, hai fatto esperienza che gli stati interni si passano. Per riuscire a cambiare gli stati interni degli altri bisogna prima riuscire a “mantenere” il proprio.

Le àncore sono un ottimo strumento per farlo.

Quando ti sincronizzi e ti accorgi di aver perso lo stato interno adeguato, usa una tua àncora e recupera quello stato».

selezionano e amplificano certi segnali deboli, a volte infine incanalano i segnali in molte direzioni anziché in una sola.

Solo una piccola parte dell'informazione sensitiva importante evoca una risposta motoria immediata. La rimanente viene per lo più immagazzinata per essere utilizzata in futuro nel controllo di attività motorie e nell'elaborazione di processi mentali. Quindi, a ogni stimolo sensoriale corrisponde un'emozione, la quale a sua volta determina una risposta programmata del nostro cervello, che consiste nel comportamento riflesso. Spesso, la funzione delle emozioni è di spingerci all'azione ed è per questo che esse appartengono solo ed esclusivamente al presente, perché è in esso che noi agiamo. Da un punto di vista temporale, esse sono circoscritte al momento stesso in cui le proviamo. Quante volte nel provare una qualsiasi emozione ci siamo sentiti completamente incapaci di prendere il sopravvento su di essa?

Quante volte ci siamo detti che dovremmo arrivare a controllare meglio le nostre emozioni?

Non si tratta esclusivamente di un problema di autocontrollo. Nella maggior parte delle esperienze che viviamo nella nostra vita, non sappiamo definire le emozioni che proviamo, non captiamo i pensieri che le accompagnano, non decifriamo le immagini, suoni e sensazioni che a loro volta sorreggono i pensieri. Per poter agire direttamente sulle nostre emozioni è necessario capire la loro importanza e la loro utilità.

Siamo esseri emotivi, è impossibile non provare emozioni!

Tutti i nostri gesti, atteggiamenti, pensieri e azioni possono essere ricondotti a una nostra emozione del momento. Addirittura il nostro corpo ci parla di emozioni represses, di esperienze o sentimenti che abbiamo nascosto nel nostro inconscio... ogni postura parla di noi!

Carl Jung diceva: «Senza emozioni, l'oscurità non può cedere il passo alla luce e l'apatia non può lasciar posto al movimento»⁴⁵. Finora abbiamo affrontato la comunicazione a livello di segnali verbali e non verbali. Forse non tutti sanno che nel rapporto comunicativo tra due persone è relativamente poco importante saper rispecchiare o ricalcare l'altro, se non si è nello stato interno adeguato alla situazione. Ciò che realmente conta nella comunicazione interpersonale, infatti, sono gli stati interni e non si intende il Vaticano o San Marino, che sono Stati interni all'Italia, ma le emozioni. Se consideriamo la comunicazione su più livelli, il metalivello che guida le conversazioni è deputato alle emozioni.

Vi è mai capitato di parlare con una persona molto ansiosa? Di quelle che parlano molto velocemente senza fare pause e che gesticolano parecchio e molto in fretta?

Se quella persona vi dicesse di stare calmi, voi vi tranquillizzereste?
Le emozioni guidano la comunicazione!

Il caso Norman Cousins

Bloccato a letto da una spondiloartrite anchilosante, una dolorosa e grave malattia delle articolazioni, gli era stata pronosticata una probabilità di guarigione su 500. «Tutto questo mi ha dato un bel po' da pensare – ha scritto in un articolo del 1976 –. Fino a quel momento avevo lasciato che i medici decidessero per me; allora, però, mi sentii spinto a entrare in azione. Mi sembrava chiaro che, se volevo essere quell'uno su 500, avrei fatto meglio a diventare qualcosa di più di uno spettatore passivo».

Cousins ha cominciato a documentarsi sulle ricerche più recenti e, d'accordo col suo medico, è poi giunto alla decisione di interrompere il trattamento con analgesici, di assumere alte dosi di vitamina C e di cominciare un programma di «emozioni positive» con, soprattutto, abbondanti e intense risate. A questo scopo, si era procurato le registrazioni delle candid camera televisive, film dei fratelli Marx e di altri famosi comici, letture umoristiche.

L'idea si è dimostrata subito efficace: dieci minuti di risate servivano da antidolorifico e permettevano almeno due ore di sonno indisturbato. Il miglioramento è continuato, lentamente ma costantemente, finché il giornalista non riprese il lavoro a pieno ritmo.

Secondo alcuni specialisti, la spiegazione sta nel fatto che la risata rallenta la produzione del cortisone che, col tempo, danneggia il sistema immunitario; secondo altri è perché essa stimola le cellule nervose a produrre betaendorfine (analoghe come struttura chimica e come effetti alla morfina), sembra quindi che lo stato dell'umore incide sulle difese immunitarie⁴⁶.

Nella relazione interpersonale è importantissimo lo stato interno con il quale noi comunichiamo. Nel momento in cui interagiamo con altre persone, oltre alle cose che diciamo e facciamo, interviene anche l'emozione che proviamo in quel momento. A volte, infatti, le nostre emozioni possono impedirci di ascoltare attentamente la persona che ci sta davanti.

Non so se ti è mai capitato di parlare con un tuo amico, mentre lui ti racconta tutto quello che gli è accaduto negli ultimi mesi: il trasloco, il lavoro, i problemi nel rapporto con la moglie/compagna e tanti altri argomenti, e tu con la testa sei altrove. Lo guardi negli occhi e ogni tanto annuisci con la testa, poi pensi all'ultima telefonata che hai ricevuto e che ti ha fatto arrabbiare, agli appuntamenti che nel pomeriggio dovrai affrontare e a come raggiungere il posto dove dovrai andare, alla persona noiosa che dovrai incontrare dopo ecc. Ecco, questo è quello che qualcuno mette sotto la voce «ascolto» e che sarebbe

più opportuno chiamare «ricepire i suoni emessi dall'interlocutore». L'ascolto implica una considerazione dell'altro e del suo ruolo nell'interazione. Ascoltare permette di cogliere i messaggi dell'altro, di entrare in contatto con lui. «Essere disponibili» vuol dire *desiderare* di essere in relazione con l'altro. La disponibilità all'ascolto emerge anche dalla comunicazione non verbale del nostro atteggiamento, bisogna dunque essere sinceri e autentici; le emozioni che proviamo si manifestano, infatti, attraverso micro-movimenti del corpo a livello inconscio e quindi non si possono simulare. Ascoltare non vuol dire semplicemente restare in silenzio e annuire con la testa.

Chi ascolta, invia una serie di messaggi che esprimono interesse e disponibilità ad ascoltare, si tratta di stimoli verbali e non verbali che, sembra, diventano un riverbero all'interno dell'interlocutore tramite i suoi neuroni specchio. Chi è disposto ad ascoltare, sa che l'altro ha sempre qualcosa da comunicare e che, in ogni caso, lo arricchirà.

Conoscere come comunichiamo ci aiuta a comprendere la relazione e le difficoltà che a volte si presentano, ma è importante anche perché ci permette di utilizzare nuove strategie volte a migliorarci. Per comprendere effettivamente l'altro, non basta scoprire il processo, non basta distinguere e analizzare, occorre una vera partecipazione emotiva che implica un percorso di consapevolezza. Un cammino interiore che viene inteso come capacità dell'uomo di evolversi, tramite le proprie esperienze, di riuscire a cogliere gli elementi utili e instaurare un rapporto autentico e chiaro con l'altro.

A ogni istante, ciò che viviamo interiormente si compone di una moltitudine di associazioni di circuiti neuronali, da cui emergono immagini, suoni e sensazioni che si rivelano esteriormente, con un comportamento di cui si possono descrivere le componenti non verbali. Nel cervello, naturalmente, esistono delle aree dedicate a ognuno di questi registri: c'è la zona della visione (divisa in aree, per modalità V1, V2 ecc.) quella dedicata al suono (corteccia uditiva primaria, area di associazione uditiva ecc.), quella dedicata al gusto e così via. Utilizzare «tutte» le parti del nostro cervello corrisponde ad aumentarne la plasticità. Cioè, ogni volta che lo usiamo (il cervello), esso si modifica e genera nuove connessioni o ne distrugge altre. A noi interessa generare nuove connessioni per poter ampliare la «nostra mappa». Ora affronteremo la gestione e il controllo degli stati interni e individueremo altri indicatori verbali e non verbali utili alla gestione di un'efficiente comunicazione. Iniziamo subito con la «Calibrazione istantanea», consiste nell'individuare certi stati interni e richiamarli a nostro piacere. Potrai notare, ancora una volta, che puoi sfruttare più a fondo le tue risorse e trarne un interessante beneficio. Pensa come potrebbe migliorare la tua vita se

avessi sempre a disposizione i tuoi migliori stati d'animo: rilassamento, concentrazione, passione, gioia, pace, divertimento, solo per citarne alcuni.

Facciamo ora un piccolo esercizio. Anche se non sei un chirurgo, immagina di dover partecipare a un'operazione chirurgica; la notte precedente hai dormito poco e il traffico ti ha fatto arrivare innervosito e irritato a lavoro. Non riesci a trovare parcheggio e devi camminare a passo svelto per arrivare in orario. Ora sei arrivato in sala operatoria e ti appresti a prepararti per l'operazione; hai il fiatone e il cuore batte velocemente per lo sforzo fisico di prima. La tua mente divaga su tutto quello che ti è successo e su ciò che ti aspetta ancora da fare durante la giornata. Come affronti l'operazione?

Quale stato interno ti può essere utile richiamare in questa situazione?

Potrebbe essere «concentrazione» o «tranquillità», oppure quello che preferisci (scegli il nome di uno stato che pensi ti possa essere utile nel tuo lavoro e sostituisilo nel prossimo esercizio a «concentrazione»).

Esercizio 8 – Calibrazione istantanea

Questo esercizio consiste nel richiamare uno stato emotivo del passato, abbiamo scelto lo stato di *concentrazione* ma, se vuoi, puoi sostituire alla parola «concentrazione» lo stato interno che più desideri provare qui e ora.

- Hai mai provato «concentrazione»?
- Quando vuoi, chiudi gli occhi e ricorda una volta in cui hai provato «concentrazione»... e avvisami quando l'hai trovata... (pausa)
- Ora, nell'esperienza, nella quale hai provato «concentrazione» dove sei?
- All'aperto o al chiuso?
- È giorno o notte?
- Sei in piedi seduto o sdraiato?
- Sei da solo o in compagnia?
- La luce è naturale o artificiale?
- Qual è il colore dominante intorno a te?
- Quali suoni riesci a sentire?
- I tuoi piedi poggiano a terra?
- Le tue cosce sono tese o rilassate?
- I tuoi glutei?
- La tua schiena è inclinata, dritta, curva?
- Le tue braccia?
- La tua testa?
- Che sensazione provi?
- Dove la provi (in quale parte del corpo)?

Lo stesso sarà per i pazienti: quando devono eseguire una serie di analisi o devono frequentare lo stesso laboratorio o lo stesso ambulatorio, sarà molto importante l'emozione che associano a quel luogo, perché essa influenzerà anche il rapporto che instaureranno con il medico. Naturalmente quest'ultimo non ha alcuna possibilità di intervenire su questo fattore, perché l'emotività che il paziente «poggia» sul luogo fisico non è di sua responsabilità né ha i mezzi per fare qualcosa in merito, mentre dovrebbe essere compito della struttura sanitaria intervenire in questo settore (ecco uno dei motivi per cui i nuovi ospedali vengono costruiti in modo sempre più simile agli alberghi, con una grande hall d'accoglienza interna). Può sembrare strano, ma l'ambiente fisico è il primo contatto comunicativo/relazionale che la sanità instaura con i pazienti, allo stesso modo di un ambulatorio di medicina generale o di un laboratorio per le analisi. Poiché a noi non piace lasciare ad altre persone o ambienti esterni la possibilità di manipolare e indirizzare le nostre emozioni ma, anzi, a noi piace essere i veri padroni della nostra vita, diventa indispensabile che iniziamo a capire quali sono le nostre emozioni e individuare quali attualmente ci limitano e quali ci potenziano. Il passato, in fondo, dovrebbe essere semplicemente informativo, noi rivediamo le esperienze del passato per correggere il presente e migliorare il nostro futuro! Sicuramente il respiro ha un grande peso sulla nostra emotività, il nostro modo di respirare influenza ed è influenzato dalle nostre emozioni, quando siamo agitati è esperienza comune che il nostro respiro aumenta di velocità ma non di intensità. Sull'utilizzo del respiro c'è una grande letteratura, da quella sportiva a quella religiosa, da quella medica a quella filosofica. Ti propongo ora di fare un piccolo esercizio di respirazione, io lo utilizzo spesso, magari prima di una conferenza o quando sono agitato, puoi provarlo anche te.

Esercizio 14 – Respirazione

Chiudi gli occhi e fai un profondo respiro. Espira completamente.
Quando inspiri conta, lentamente, il numero «uno» nella tua mente.

Trattieni il respiro per 3 secondi.

Ora espira lentamente contando «due».

Ora inspira di nuovo lentamente contando il numero «tre».

Trattieni il respiro per tre secondi.

Ora espira contando «quattro».

Ora inspira di nuovo contando il numero «cinque».

Trattieni il respiro per tre secondi.

Ora espira contando «sei».

Ripetere la sequenza per almeno due volte e aprire gli occhi.

Probabilmente hai sentito un'accelerazione del battito del cuore... è la velocità che precede la quiete. Ora mentre già stai leggendo queste lettere, puoi far caso a come ti puoi sentire rilassato.

Ognuno di noi vive continuamente la propria vita attraverso un morbido fluire di emozioni, che ci accompagnano durante tutta la nostra vita. La cosa interessante è che le emozioni si manifestano sul corpo e tramite la comunicazione non verbale diventano visibili dall'esterno.

Stop

Calibrazione 3V, 3A, 3K

Ma come posso richiamare a mio piacere, ogni volta che voglio, un'emozione del passato? Puoi utilizzare un'ancora.

In PNL, l'ancora è il processo attraverso il quale qualsiasi stimolo o rappresentazione (interna o esterna) è connessa e induce a una risposta.

Si può ancorare intenzionalmente o naturalmente; generalmente le àncore terapeutiche sono triple, questo perché è più facile per una persona toccarsi una parte del corpo, dirsi qualcosa e immaginare un colore o un simbolo.

È importante scoprire che possiamo crearci delle àncore per entrare rapidamente in stati piacevoli, positivi e possiamo renderci conto di quali siano le àncore che al contrario ci inducono stati spiacevoli, negativi, quindi annullarle e sovrapporne altre. Questo ci fa capire che attraverso le àncore si può avere un controllo e quindi una gestione dei nostri stati interni.

Esercizio 15 – Ancora

Controlla di essere nello stato interno adatto a iniziare l'esercizio.

Ricalca il paziente soprattutto sul respiro. Utilizza almeno 3 truismi e poi inizia l'esercizio.

1) Ti chiedo un'esperienza futura in cui potrai utilizzare quest'ancora, quale potrebbe essere?

2) Come vuoi comportarti, sentirti ed esprimerti in quest'occasione («cosa concretamente deve esserci o accadere affinché io mi senta...»):

- parlare distintamente;
- trovare facilmente le parole per illustrare le tue idee;
- essere disponibile per rispondere alle domande;
- verificare la comprensione di ciascuno;

VII.1 Intervista a Ivano Bonocore

Ivano Bonocore è il fondatore della P.N.E.A.P., Programmazione Neuroenergetica con allineamento progressivo, mentore maximo della HYPRO Master S.r.l.^I e dell'Associazione HYPNL Professional^{II}, responsabile mondiale e fondatore del Kung Fu Tao Lung (Coni-Csen)^{III}.

D. *Spesso in PNL si sente parlare di stati interni potenzianti e stati interni limitanti, che ne pensa?*

R. Bisogna sempre tenere d'occhio un assunto basilare della PNL: «Non ci sono fallimenti, ma solo risultati», la cosa importante è sapere che quando parliamo di stati interni, parliamo di stati d'animo. Non ci nascondiamo dietro a un dito, quando si dice che una persona ci mette l'anima nelle cose che fa, è perché ci mette l'emotività, ci mette i suoi stati d'animo.

Possiamo dire che gli stati interni limitanti «limitano» noi nel fare quello che stiamo facendo, ma magari quello stesso stato d'animo può servirci per altro, quindi, non c'è nulla da buttare. Consideriamo il nostro stato d'animo come una mega libreria nella quale se vai a cercare un libro di matematica non puoi trovare un libro di filosofia; ma nei rari casi in cui ciò accadesse, sarebbe il caso di mettere a posto la biblioteca, tutto qua. Ecco perché è importante considerare il metapercorso^{IV} o addirittura studiare le basi di quella che noi chiamiamo P.N.E.A.P., cioè PNL Energetica. Sarebbe il caso di chiederci, prima, se quello che ci stiamo apprestando a fare è consono allo stato d'animo in cui siamo.

Se io sono un medico e magari prima di parlare con un paziente ho ricevuto una cattiva notizia, sarebbe il caso che io abbia delle risorse di stati d'animo già predisposte, così che io possa associarmi^V a essi prima che torni a colloquiare con il paziente.

Io lo faccio nello sport. Quando combattevo e facevo agonismo, se avevo da pagare una bolletta e non avevo i soldi e in quel momento, solo in quel momento, era più importante la gara, dovevo instaurare in me uno stato «opportuno», altrimenti avrei perso.

D. *Durante una sua conferenza ha parlato della differenza tra stati d'animo e stati interni, cosa sono?*

R. Non c'è differenza, è che non usando «tutta» la nominalizzazione spesso si fraintende e si crede che il «tre per otto fa ventiquattro» sia uno stato interno. No. Quello è il calcolo.

Stato interno uguale stato d'animo. Quando si parla dell'anima, si sta parlando del nostro sistema emotivo con cui ci rapportiamo alla vita.

Non ho detto che l'anima è esclusivamente emotività, quello che voglio dire è che noi abbiamo un'opportunità di utilizzare la nostra anima, che è al IV livello^{VI}; questo è possibile a tutti. Ovviamente è inutile parlare della differenza tra anima e personalità. Quando si pensa all'«Essere», ci rapportiamo in modo emotivo, quando invece si pensa all'«Avere», no!

Nel momento in cui si parla di luoghi in cui ci si rapporta agli altri o quando si parla di lavoro di gruppo, c'è sempre da tenere presente che l'«Io» non può coesistere. Bisogna sempre pensare al «noi». Ed è proprio per quel «noi» che il tuo «io» si evolve.

Farsi degli obiettivi e raggiungerli, anche come comprare una macchina, o comprarsi una casa, o «avere» quel posto di lavoro (stiamo parlando di obiettivi che riguardano l'«avere») ci dà soddisfazione, autostima, ci dà amor proprio, ci dà più fiducia in noi stessi; ma non dobbiamo dimenticare che è il percorso che facciamo per raggiungerli che ci arricchisce.

Non si può considerare lo stato d'animo quando si ha a che fare solo con se stessi. Non c'è nessun modo di usare livelli psichici evoluti quando ci rapportiamo con noi stessi, al massimo lo facciamo con il I, il II e il III livello. Non mi riferisco soltanto ai livelli cerebrali^{VII}, parlo dei livelli psichici che sono sette, e ogni essere umano può usarli tutti. Ma il problema è che quasi ognuno ne usa solo i primi tre, che sono: I. Sopravvivenza, II. Ricerca del piacere e III. Utile e giusto. Ce ne sono poi ulteriori quattro che servono a darci quei picchi di creatività che solo i geni mettono in pratica.

Quindi lo stato d'animo è una possibilità in più che si ha quando si lavora in gruppo, quando si fa un gioco di squadra; ed è così che emerge il proprio Essere. Solo allora si può pensare veramente a questo, prima, non si tratta di «Essere», io bonariamente lo definisco: «egoismo».

D. *Ha parlato di gruppo, di «io» e di «noi». Esistono degli strumenti della PNL e della HYPNL Professional per far sì che il gruppo lavori verso un unico obiettivo, che si sentano più un «noi» che un «io»?*

R. Ovviamente prima non ho parlato di tecniche, ognuno può avere i suoi obiettivi, però è un po' come voler creare una slitta e cercare dei cani per farla trainare. Se poi non c'è un capo-muta, è inutile parlarne.

Quindi ci deve essere una persona responsabile di tutto, sempre e comunque. E che non stia solo dietro una scrivania: deve prendersi tutti gli oneri e anche tutte le soddisfazioni, ma deve comunque avere un obiettivo. E se non ha un

obiettivo, non è un leader. Allora, quando quel leader avrà un obiettivo, attraverso tecniche di PNL come l'allineamento, tutti gli altri nel gruppo dovranno trovare il proprio tornaconto e spingere insieme verso lo stesso obiettivo del Leader. Tecnicamente, noi lo chiamiamo «Allineamento dei livelli neurologici di gruppo».

D. *In che modo imparare a gestire le emozioni può aiutare il medico?*

R. Innanzitutto, inutile fare un esempio di come può stare un medico (o un chirurgo) che ha uno stato di nervosismo e deve affrontare un'operazione, quando invece uno stato più tranquillo lo potrebbe aiutare.

Io, personalmente, in base a quanto sto facendo, uso questo o quello stato d'animo; per esempio, per me è di base lo stato di «pace interiore», un concetto che molti ancora non hanno ben compreso, o nessuno glielo ha ben spiegato. La parola «pace» non ha nulla a che vedere con la «pace interiore», che è uno stato d'animo personale: non si può cercare la pace fuori da sé.

Per me, quindi, la «pace interiore» è uno stato fondamentale, poi l'ho già ancorata in me e mi basta un gesto per poterla suscitare. Però basterebbe semplicemente ricordarsi di quando si è provato uno stato in particolare. Già, solo il ricordo di quell'esperienza aiuta a ottenere quello stesso stato.

Faccio un esempio lampante: se una persona che pratica Kung fu e che non ha mai avuto esperienze di ancorare con me, dovesse fare un combattimento, sicuramente da inesperto potrà farsi prendere dal nervosismo; sappiamo già che il nervosismo può farci fare cose spaventose, o può addirittura bloccarci. Allora, la prima cosa da fare è chiedergli: «Quando è stata una volta in cui hai agito spontaneamente e sei stato soddisfatto di te?»; quella persona mi dirà: «Quella volta in cui...»; io gli chiederò: «E come lo chiami questo tuo stato d'animo?»; «lo chiamo Pinco Pallino»; dopo averglielo ancorato, dirò: «Benissimo, adesso questo Pinco Pallino è in te. Usalo».

D. *E i pazienti?*

R. Sai, troppo spesso crediamo a certe cose e troppo spesso con altri livelli psichici non ci crediamo. Sarebbe il caso di decidere se credere o non credere in certe cose. Mi riferisco al *transfert*.

Come può stare un mio paziente, se io sono nervoso?

Considerando che il paziente, non solo di un dottore, ma qualsiasi persona si pone nelle mani di un altro, la prima cosa che fa è adattarsi a quell'ambiente a quella situazione; arriva addirittura, senza farci caso, a respirare a ritmo di quello che gli si muove intorno, ad aspettare una parola, un concetto.

E questo genera il *transfert*, tecnicamente definito «sincronizzazione». Nella sincronizzazione il paziente o chi sta aspettando una risposta o chi, in quel caso, pende dalle nostre labbra, vive della nostra emotività. Cioè di quella del dottore.

E quando a volte qualcuno dice: «Non capisco perché i miei pazienti se ne vanno», oppure «non capisco perché i miei pazienti sono nervosi», dovrebbe prima chiedersi: «Qual è lo stato d'animo in cui sono quando mi trovo con i miei pazienti?». E la risposta non dovrebbe essere un'autocondanna, ma: «Quale sarebbe lo stato migliore per stare con i miei pazienti? Quando è stata una volta in cui l'ho avuto? Fammelo ricordare...». E quindi, per conseguenza, il mondo intorno a noi cambierà!

D. *Quale consiglio vuole dare ai medici che leggono questo libro?*

R. Non ci sono consigli da dare a una persona che già sa quello che fa. Quello che posso dire è che, secondo la teoria dell'evoluzione di Darwin, la nostra società ha fatto sì che ci fosse prosecuzione della specie, di dottori ce ne possono essere tanti (se studiassero); ha fatto sì che ci sia anche la possibilità della specializzazione. Mi sembra di aver capito che per essere dottore devi proprio specializzarti!

E va bene.

C'è anche la possibilità della produttività. I dottori possono lavorare in gruppo. Quindi questo produrrà, non solo economicamente, ma anche «qualcosa nel gruppo».

Dato che non sono un medico, non mi permetterei mai di parlare di tecniche mediche. Il consiglio che posso dare ai dottori è di usare l'anima! E non solo il corpo, e non pensare che l'anima e il corpo siano due cose diverse.

Vorrei fargli notare la differenza che c'è tra il DNA e l'RNA. Il DNA dipende dalla loro anima e l'RNA dal loro corpo. Se sono in armonia, non ci saranno malattie terminali. Del resto queste malattie altro non sono che cellule non specializzate. Basta semplicemente manifestare nel nostro microcosmo quelle che sono le nostre volontà. Come? Attraverso degli obiettivi!

Io provengo dal Kung fu, ho fatto un cammino psichico in quest'arte marziale, qualcuno lo chiama «ascetico», ma io all'ascetismo non credo. Ho però fatto caso a una cosa: troppo spesso, attraverso film, televisione ecc. si è formata una credenza che l'arte marziale, e soprattutto il Kung fu, sia un qualcosa di violento. Voglio cogliere l'occasione per spiegare che chi pratica il Kung fu, soprattutto nelle aree meditative come il Tibet, viene definito «Monaco Lolo» o «Testa Rossa»; il Tao Lung, di cui sono il fondatore, non è uno stile di Kung

fu è una Scuola! Che in sé racchiude 7 stili. Si dice «scuola» solo e unicamente quando si «ha» un messaggio di evoluzione da portare all'umanità. E il nostro messaggio di evoluzione è «pace interiore».

Attraverso studi di PNL e di Ipnosi, ho voluto fondare una scuola definita PNEAP per dar modo anche a chi non è nel Kung fu di poter praticare questo percorso, semplicisticamente di PNL. Ci tengo a specializzare persone come Claudio Pensieri e altri, perché ognuno nel proprio settore porti non solo un messaggio di pace interiore, ma soprattutto tecniche di Programmazione Neurolinguistica e allinei i gruppi progressivamente, in modo che la pace interiore possa essere di tutti e che tutti la portino al loro prossimo.

E chi, meglio di un dottore, può dare pace a un paziente?

⁴⁸ Il programma è stato avviato dalla dott.ssa Pugliese dell'IFO di Roma.

^I www.hypromaster.com.

^{II} www.hypnlprofessional.com.

^{III} www.peaceisland.it.

^{IV} Il «metapercorso» è un «percorso» di ristrutturazione di se stessi, attraverso la PNEAP, sulla vita di tutti i giorni, coadiuvati da un mentore.

^V Si veda il capitolo *Submodalità*.

^{VI} Il IV Livello è il livello psichico in cui risiedono le «credenze» e «valori», ed è quello con cui sogniamo; non è stratificato nel cervello ma è «psichico» o, come si dice nel Kung fu: del *chi*.

^{VII} Cfr. Renato Balbi, Rosellina Balbi, *Lungo Viaggio al centro del cervello*, Laterza, Bari 1981.

Capitolo VIII. Emozioni e CVN

Mary era una casalinga quarantenne.

L'ultimo dei suoi tre tentativi di suicidio era stato molto serio e solo per caso qualcuno l'aveva scoperta prima che una dose eccessiva di sonnifero la uccidesse. La sua storia non era tanto diversa da quella di tante altre donne che soffrono di depressione intorno alla mezza età: i figli erano cresciuti e non avevano più bisogno di lei, il marito sembrava tutto assorbito dal lavoro e Mary si sentiva inutile. Quando fu ricoverata, non era più in grado di mandare avanti la casa, soffriva d'insonnia e passava molto tempo seduta in un angolo a piangere. Nelle prime tre settimane di ospedale fu trattata con psicofarmaci e terapia di gruppo. Sembrava rispondere bene: i suoi modi erano più vivaci e non parlava più di suicidio. In uno dei colloqui filmati, Mary spiegava al medico di sentirsi molto meglio e chiedeva il permesso di trascorrere a casa il fine settimana.

Attualmente, in ambito scientifico internazionale non c'è un completo accordo sulla netta corrispondenza tra messaggi del corpo e loro significato. Di conseguenza quel che leggerete nelle prossime righe sono delle «molto probabili» interpretazioni della Comunicazione non-verbale (CNV). Per chi scrive, queste indicazioni sono comunque molto utili, sia perché ci permettono di «focalizzare» la nostra attenzione non solo su ciò che viene detto, ma anche su tutto ciò che accompagna il «cosa» viene detto; sono utili, anche per poter meglio entrare nella «mappa» del paziente e calibrare la terapia in base agli indizi rinvenuti.

Il consiglio è: sentitevi come dei nuovi Sherlock Holmes della medicina. Iniziate a sperimentare come individuare nuovi «indizi» nei vostri pazienti e scoprirete che finora non «ascoltavate veramente» i vostri pazienti. Vi invitiamo inoltre a consultare l'ultima parte del capitolo per gli articoli scientifici pubblicati a livello internazionale e a prendere queste nozioni come un utile strumento che abbiamo messo a vostra disposizione per calibrare la terapia e assicurarvi un'ottima *alleanza terapeutica*.

Non verbale

Nel 1972 lo psicologo statunitense Albert Mehrabian, docente presso la UCLA, ha dimostrato che ciò che viene inteso, in un messaggio vocale tra due persone, può essere così ripartito⁴⁹:

- Movimenti del corpo: 55% (dai microsegnali ai macrosegnali, dalle espressioni facciali alla posizione del corpo nello spazio);
- Aspetto vocale: 38% (volume, tono, ritmo e flusso della voce, onomatopieiche e raschiamenti);
- Aspetto verbale: 7% (parole, predicati e linguistica).

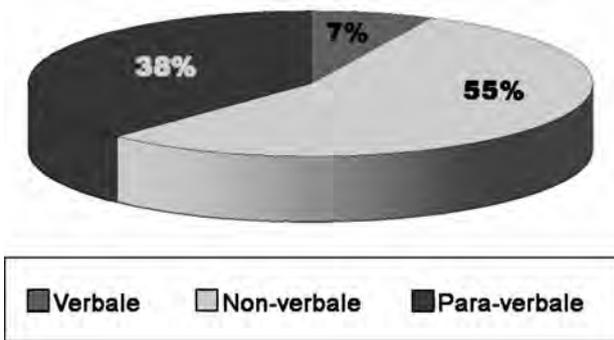


Fig. 4. Percentuale di efficacia della comunicazione interpersonale.

Appare quindi chiaro che la comunicazione interpersonale è condizionata in minima parte dalla componente verbale⁵⁰, o meglio, questa la condiziona solo per il 7%. Il 93% è gestito dai restanti canali di comunicazione.

Ma è importante tener presente che esistono tre sistemi che influenzano il processo di comunicazione:

- Paralinguistica;
- Cinesica;
- Prosemica.

Paralinguistica

Dal greco, *para* vuol dire «presso». «Para» è il prefisso che indica vicinanza e somiglianza, pertanto «paralinguistica» significa qualcosa che somiglia o ha affinità al linguaggio, ma che non lo è. Comprende l'insieme dei suoni emessi nella comunicazione verbale, indipendentemente dal significato delle parole. Per esempio: «Hem!», «Aah!», «Mmm!», «Humm!» ecc. E anche il volume,

tono, frequenza, flusso, ritmo della voce e persino il silenzio. Quanto sono imbarazzanti certi silenzi?!

Cinesica

Dal greco *kinema*, *kinematos*, che vuol dire «movimento». Pertanto per «cinesica» si intende qualsiasi gesto fatto con gli arti, col corpo o con oggetti. Comprende tutti gli atti comunicativi espressi dai movimenti del corpo, primi fra tutti quelli compiuti con le mani, le braccia o le gambe.

Prosemica

Dal latino *proximitas*, *proximitatis*, che vuol dire «prossimità», pertanto prosemica è la minima distanza nello spazio per vivere senza conflitti o disagi. Riguarda il modo in cui le persone considerano e gestiscono lo spazio intorno a loro, il loro territorio, in modo da preservarlo il più possibile da intrusioni esterne. Ognuno di noi è portato a ripartire lo spazio che ci circonda in quattro zone principali:

- Zona intima (da 0 a 50 centimetri);
- Zona personale (da 50 cm ad 1 metro);
- Zona sociale (da 1 m a 3-4 m);
- Zona pubblica (oltre i 4 m).

Un esempio di disagio dovuto alla prosemica è quello che possiamo avvertire quando entriamo in ascensore con una persona che non conosciamo (spazio molto ristretto). Dopo un educato saluto, può accadere che cominciamo a non saper più dove guardare, per evitare lo sguardo dell'altro e per sottrarci al dover entrare forzatamente in comunicazione.

Possiamo fare ora un semplice e interessante esperimento.

La prossima volta che parlate con qualcuno, magari che non conoscete bene o che avete appena conosciuto, mentre parlate, spostate il vostro piede destro in avanti verso il vostro interlocutore a circa 60-70 cm.

Se lui non si ritrae, potete avvicinarvi ancora e potete provare ad avvicinare il vostro piede entro i 50 cm da lui e notare la sua reazione. Se lui indietreggia o si sposta con il busto indietro, indica che ancora non è pronto ad accettare la vostra presenza nella sua «zona intima» (>50cm).

Fate questi test con più persone, scoprirete tante cose interessanti negli altri e in voi stessi. Il linguaggio del corpo possiede, infatti, delle regole tutte sue, di sintassi e grammatica⁵¹.

Prima di esaminare il significato di alcuni gesti, è necessario ricordare che non bisogna essere precipitosi nell'interpretazione, poiché occorre valutare se un

determinato segno non sia il prodotto di un'abitudine, di un disturbo o di un fastidio fisico.

Per esempio gli studenti che hanno la consuetudine di prendere appunti appoggiando il quaderno o il block-notes su una gamba accavallata, potrebbero acquisire l'abitudine di accavallare una gamba piuttosto dell'altra, in relazione alla comodità che trovano nello scrivere. È fondamentale tenere conto del luogo nel quale si sta svolgendo l'evento che stiamo analizzando, comprendendo il tipo di rapporto che intercorre tra gli interlocutori, inserendo il gesto nel complesso della postura. È l'insieme degli elementi nella totalità che ci permette di attuare un'esatta decodifica.

Il *linguaggio del corpo* gioca un ruolo rilevante quando ci relazioniamo e condiziona fortemente ciò che noi comunichiamo agli altri e ciò che gli altri comunicano a noi. Ad esempio, se entriamo in contatto con una persona, i messaggi che il nostro corpo invia rivelano ragguagli intimi e privati su di noi. Chi abbiamo di fronte riceverà questi messaggi e il suo cervello li elaborerà a livello inconscio. L'esito di questo processo inconscio è istintivo e contribuirà in modo determinante a dare forma all'opinione che quella persona si farà di noi. I gesti inconsci possono inviare delle informazioni che si sottraggono al controllo cosciente di chi li esegue. Una persona che si trova in compagnia di amici allegri e festosi potrebbe simulare di sembrare anch'essa di buon umore, ma inconsciamente potrebbe mostrare fugaci segnali che comunicano un altro stato d'animo. La gestione di questi messaggi è difficoltosa poiché in genere siamo portati a dare più importanza ai segnali più manifesti come sorriso, tono della voce, espressione del viso e via dicendo.

Possiamo quindi distinguere tre tipi di segnali non verbali⁵²:

- Segnali di interesse o messaggi di apprezzamento;
- Segnali di rifiuto o gesti di allontanamento;
- Scarichi di tensione.

Un esempio di segnali d'interesse sono quelli che avvengono nella zona del naso: se la persona che abbiamo di fronte si strofina la parte superiore del naso mentre affrontiamo un particolare discorso, è segno che è particolarmente interessato. Perché proprio il naso?

Le ragioni sono varie e molto antiche. Se ci pensiamo, molti animali fiutano il cibo attraverso il naso; più che la vista, è l'olfatto il senso dedicato all'interesse. È un modo comune dire: «Ho fiutato qualcosa di interessante», proprio per questo richiamo inconscio alle nostre origini. In pratica, quando ci concentriamo e siamo interessati a qualcosa, il nostro olfatto si predispone all'ascolto: il sangue affluisce a livello del naso e questo ci può provocare dei pruriti.

Ma quale senso utilizziamo per assaporare davvero qualcosa? Per gustarne tutto il sapore? Ovviamente il senso del gusto! Immaginiamo sempre il confronto con gli animali: un cane durante la sua passeggiatina quotidiana odora tutto ciò che gli interessa e solo se la gradisce comincia a mangiarla. Quindi, il gradimento è legato al senso del gusto. Se il nostro interlocutore si bagna le labbra con la lingua, se le mordicchia, se ci mostra la sua lingua o se ci manda dei baci analogici (in pratica fa il gesto del bacio) a livello sempre inconscio, possiamo pensare che stia gradendo i nostri discorsi o la nostra persona.

Come abbiamo accennato poco sopra, il 93% della comunicazione è gestita dall'inconscio⁵³. Quest'ultimo utilizza il suo linguaggio, diverso da quello della parte logica. Conoscere il suo modo di esprimersi vuol dire avere a disposizione una mappa mentale del nostro paziente per orientarci nell'interazione. Possiamo sapere in tempo reale se quello che stiamo facendo è giusto oppure se dobbiamo aggiustare il tiro. L'inconscio, infatti, si esprime attraverso messaggi di apprezzamento, messaggi di rifiuto e scarichi di tensione.

Ora, tratteremo solo «alcuni» segnali di Comunicazione non-verbale poiché questo argomento richiederebbe un tomo intero, mentre noi vogliamo offrirvi un manuale di semplice pratica comunicativa.

Segnali di apprezzamento

Tra i messaggi di apprezzamento troviamo⁵⁴:

- *pressione della lingua all'interno delle guance*, generalmente precede il linguino, indica che l'interlocutore sta raggiungendo un notevole potenziale empatico, ma non lo ha ancora acquisito.

- *linguino*, rotazione o esposizione della lingua sulle labbra. È uno dei segnali più forti di gradimento.



Fig. 5.



Fig. 29.

- *accavallare le gambe*, indicano chiusura quando chi abbiamo di fronte assume una posizione che mostra tutta la parte esterna della coscia, quasi a simboleggiare una barriera nei nostri confronti, generalmente è posizionato di lato e non frontalmente. Spesso le donne, per abitudine, tendono ad avere le gambe accavallate, attenzione a contestualizzare la postura.

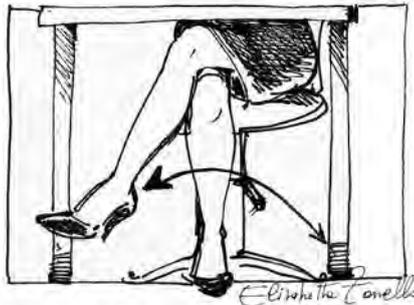


Fig. 30.

Altri messaggi

Esistono infine alcuni segnali non verbali che vanno oltre il semplice gradimento e rifiuto e hanno dei significati veri e propri.

È molto importante collegare i segnali alla parola o al concetto appena espressi. Ti raccomando di non fare «letture di pensiero» su ciò che il tuo interlocutore potrebbe pensare o meno in quel momento, fai sempre delle domande di verifica: non tutto quello che dici o fai genera nel tuo interlocutore una determinata reazione, non dare per scontato tutto quello che viene espresso.

Per alcuni segnali occorre distinguere tra la parte sinistra del corpo e quella destra.

La propria sinistra indica l'ambiente esterno, gli altri, pensieri relativi a eventi che riguardano altre persone; quando sei tu a guardare il tuo interlocutore, ricordati di guardare la parte destra del suo viso.

La propria destra indica noi stessi, quindi pensieri o cose dette a noi stessi; se guardi il tuo interlocutore ricordati di guardargli la parte sinistra. Toccarsi il collo, il viso o il corpo sul lato destro è un segnale legato all'area affettiva, mentre la zona sinistra è legata all'area sessuale.



Fig. 31.

I segnali non verbali vengono comunicati con massaggi o grattamenti di alcune parti del corpo, dovuti a vasodilatazioni collegate a carichi tensionali che superano la soglia di tolleranza e, quindi, vengono scaricati.

Ogni segnale ha un significato ben preciso, ecco il motivo per il quale si comunica anche quando siamo in silenzio.

- *grattarsi o massaggiarsi la fronte*, il soggetto non ha ben chiaro l'argomento, inconsciamente ci chiede di approfondirlo.

- *grattarsi la testa*, l'argomento espresso crea tensione nell'interlocutore, rappresenta per lui un vero e proprio grattacapo.

- *grattarsi il lato sinistro del naso*, poiché la parte sinistra rappresenta il rapporto con l'ambiente esterno e con gli altri, il soggetto sta esprimendo l'insicurezza derivata dall'ambiente esterno. Se ad esempio chiediamo a un nostro amico di prestarci il suo scooter (e si gratta la parte sinistra del naso), proba-

Capitolo IX. Otello e Brokaw

Generalmente, all'inizio, quando crediamo di aver «scoperto» tutti i segreti della comunicazione non verbale, incappiamo in due tipici errori: l'*Effetto Brokaw* e l'*Errore di Otello*.

Effetto Brokaw

Questo assunto prende il nome da un giornalista (Tom Brokaw) che, quando conduceva un dibattito o un'intervista, diceva di saper leggere la menzogna nell'interlocutore in base a parametri fissi, valevoli per tutti.

L'errore consiste nel non ricordarsi di tenere conto delle differenze individuali nell'espressione delle emozioni. In particolare ciò vuol dire che, se alcune emozioni si esprimono tramite movimenti non verbali dell'essere umano derivanti dalla *ontogenesi*, altre sono apprese dal contesto culturale e tutte sono mediate dalla componente linguistica adatta a descriverle.

L'esempio classico riguarda l'interpretazione dello sguardo. Spostarlo (generalmente verso il basso) è interpretato di solito come indice di falsità, ma sta di fatto che alcune persone hanno bisogno più di altre di muovere gli occhi in altre posizioni (K o Auditivo Digitale) per formulare il proprio discorso. È importante tenere conto dei LEM quando si valutano i parametri di verità e falsità.

Errore di Otello

L'assunto prende il nome dalla tragedia scritta intorno al 1603 da Shakespeare, *The Tragedy of Othello, the Moor of Venice*.

Otello è un generale moro al servizio della repubblica veneta. All'inizio del dramma, parte da Venezia in compagnia del luogotenente Cassio; lo avrebbe seguito Desdemona, sposata al Moro in gran segreto (svelato da Iago), scortata da Iago ed Emilia. All'arrivo, scoprono che la flotta turca è stata distrutta dalla tempesta. L'infido alfiere **Iago** tenta in vari modi di far destituire Cassio. Con l'ignara complicità della moglie Emilia, fa arrivare un prezioso fazzoletto di **Desdemona** tra le mani di Cassio, convincendo Otello (che lo osserva di nascosto su consiglio di Iago) del tradimento di Desdemona. Le false difese di Cassio da parte di Iago e le sue studiate reticenze sono la parte centrale dell'opera di persuasione che sfocia nella furia cieca del Moro. Otello uccide Desdemona nel letto nuziale, travolto dalla gelosia. Nell'epilogo, Emilia rivela che il tradimento di Desdemona era soltanto un'invenzione del marito Iago, il quale freddamente la uccide seduta stante. Otello, preso dal rimorso, a sua volta si toglie la vita. Iago infine viene condannato a subire tortura e Cassio prende il posto di Otello.

L'errore di Otello è l'incapacità di capire quanto sia arbitraria la relazione tra significante e significato. Il Moro sfida in continuazione il collegamento tra un segno fisico o significante (il fazzoletto) e ciò che viene significato da esso (il tradimento).

L'errore può presentarsi quando i segnali non verbali vengono interpretati in maniera parziale, per confermare un pregiudizio che il ricevente fatica a mettere in discussione. Nasce anche quando non si considera che certe persone, benché sincere, si turbano quando sono sospettate di mentire.

Se consideriamo qualcuno inaffidabile, difficilmente riusciremo a mettere correttamente a fuoco la sua comunicazione e tenderemo a considerarla in conformità con l'opinione che abbiamo di lui.

Un errore simile è anche il cosiddetto «effetto pigmalione»: qui il pregiudizio riguarda più in generale l'immagine positiva che abbiamo dell'altra persona.

Calibrazione

La *calibrazione* è la verifica della congruenza tra messaggio e stato d'animo. «Calibrare» significa osservare la fisiologia degli altri e il loro modo di usare la voce (studiare il significante per capirne il significato).

Consiste nell'imparare a riconoscere i diversi stati mentali in cui un individuo si trova e, soprattutto, nel guidare i nostri interlocutori verso uno stato desiderato.

La calibrazione permette di riconoscere lo stato interno di un individuo in modo molto affidabile perché un gran numero di parametri (precedentemente identificati) sono difficilmente controllabili dall'individuo stesso. Si può infatti cercare di dissimulare un'emozione verbalmente, si può cercare di evitare di fare alcuni gesti, ma non si può incidere sui micro-comportamenti di cui non si ha alcuna coscienza.

Se sei un medico di famiglia, sicuramente avrai notato come alcuni pazienti che conosci da molto tempo manifestino dei comportamenti non verbali che ti permettono di capire cosa ti vogliono dire prima ancora che lo dicano apertamente, oppure avrai imparato a riconoscere «dalla faccia» se oggi quel paziente è venuto solo per fare quattro chiacchiere o se effettivamente è dolorante...

Un'esperienza comune di questa tecnica è nel rapporto con il proprio partner, non so se ti è mai capitato di dire: «Quando fai quella faccia sei arrabbiata/o con me». Questo accade perché il nostro inconscio ha registrato i parametri non verbali trasmessi dal corpo del partner e gli ha associato l'emozione che manifesta in seguito ai quei messaggi.

Un eccellente medico impara a distinguere e calibrare (anche nel corso di un incontro di soli 10 minuti) i parametri principali del paziente con cui si sta rapportando.

Di seguito (tab. 4) alcuni indicatori da osservare nella manifestazione esterna degli stati interni dei pazienti:

NON-VERBALE	VERBALE
MACRO	
Postura generale Gestì Variazioni della respirazione Altezza respirazione Sudorazione Movimenti oculari Inclinazione della testa	Tono di voce <i>acuto, basso, medio</i> Timbro Velocità <i>veloce, normale, lento</i> Frasi ripetute Parole Marcate <i>parole calde</i> Associato/Dissociato
MICRO	
Muscoli mascella Movimenti palpebre Rilasciamento spalle Deglutizione Colore della pelle Linee di espressione intorno agli occhi Dilatazione delle pupille Movimenti delle sopracciglia Battiti di ciglia Micromovimenti delle labbra Piccoli movimenti delle dita	Ritmo <i>fluidò, spezzettato, regolare, a scatti</i> Volume <i>debole, medio, forte</i>

Tab. 3. Parametri da osservare nella tecnica della calibrazione.

Capitolo XI. L'Albero dei problemi

Era una splendida notte d'estate, la temperatura era mite e c'era il tipico odore di erba tagliata che profumava l'aria, in quel momento mi stavo gustando un bel concerto di un gruppo folk originario della Sabina.

Il concerto si stava svolgendo su un prato verde e c'erano tantissime persone intorno a me, tutti cantavano e si muovevano danzando a tempo di musica, io guardavo divertito il palco illuminato dalle luci colorate e vedevo i due cantanti che invitavano la piazza a partecipare a questa ondata emotiva di divertimento.

Dopo alcune canzoni molto ritmate e veloci, arrivò il momento di una canzone romantica e tranquilla.

*Fuori dal centro*⁵⁹ è una bellissima canzone che narra la storia di come ogni esperienza possa dipendere dai nostri stati interni: «Io cerco il senso ai miei perché [...] che da sfortuna nasce fortuna, che il temporale fa spazio al sole, e se non passa l'amarezza dall'altra parte la girerò e se non passa la tristezza con altri occhi la guarderò [...] dalla parte del sole e di un sorriso, dalla parte migliore che si può...».

Mentre anche io cantavo questa canzone, mi riecheggiano nella testa alcune parole... «se non passa l'amarezza dall'altra parte la girerò», che strana frase, pensavo fra me e me, come si può far girare un'emozione?

Sarebbe bello se bastasse far girare nel senso opposto un'emozione per trasformare e arricchire la nostra esperienza soggettiva... sarebbe bello far sì che quando siamo preda di un temporale emotivo esso faccia spazio al sole...

Il nuovo magico numero 5 ± 2

Nel 1956 il professore della Harvard University George A. Miller pubblicò una ricerca dal titolo *Il magico numero sette più o meno due*⁶⁰.

L'autore, in base a dati sperimentali ottenuti in quel periodo, mostra che siamo in grado di elaborare circa sette «pezzi» di informazione contemporaneamente (7 ± 2 , a seconda del tipo di stimoli e del compito).

L'articolo prende le mosse dalle ricerche di Garner⁶¹ sui suoni e sulla rumorosità, continua riportando i dati ottenuti sui test di *absolute judgments of the concentration of salt solutions*⁶², quelli di Halsey e Chapanis sulla *Chromaticity-confusion contours*⁶³ e sugli studi di Pollack e Ficks relativi allo studio

delle sottomodalità auditive: *frequency, intensity, rate of interruption, on-time fraction, total duration and spatial location*⁶⁴.

Garner descrive sapientemente la nostra limitata abilità di identificare pezzi di informazione. Infatti abbiamo una limitata capacità di identificare suoni diversi: con più di 4 suoni cominciamo a fare errori.

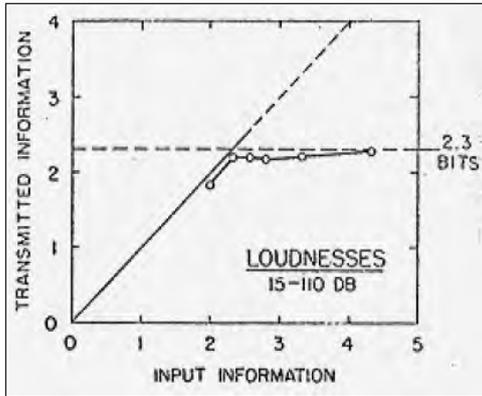


Fig. 33. W.R. Garner, *On the channel capacity for absolute judgments of auditory loudness.*

L'analisi di Miller usa i termini dell'elaborazione di informazioni, dicendo che la capacità degli esseri umani come «canali di trasmissione» è di circa 2.5 bit. Ciascuno di noi, come essere umano, è sottoposto continuamente a una quantità enorme di bit di informazioni. Questa stimolazione è in gran parte dovuta al nostro contatto con le parti del mondo esterno che riusciamo a percepire tramite i nostri canali sensoriali (vista, udito, tatto, olfatto, gusto). La mole delle informazioni forniteci dalla nostra esperienza in atto supera di gran lunga la nostra capacità di percepire l'esperienza stessa consciamente. Tanto che, secondo Miller, noi siamo in grado di ospitare nella coscienza solo 7 più o meno 2 (*chunk*) di informazione.

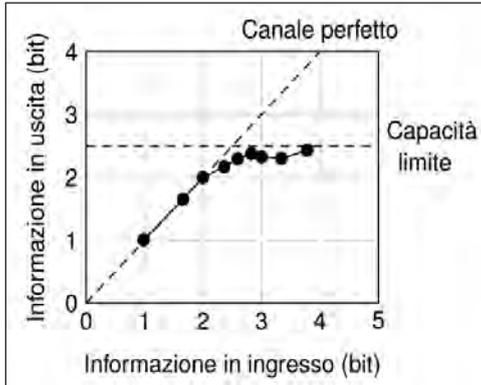


Fig. 34. Stefano Ghirlanda, *Cognitivismo e Scienza Cognitiva*, Università di Bologna, Dipartimento di Psicologia.

Una delle implicazioni di maggiore interesse dell'articolo di Miller è che le dimensioni del pezzo sono variabili. In altre parole, il limite del 7 più o meno 2 non riguarda il numero dei bit di informazione, ma quello dei pezzi (*chunk*). Pertanto, con un'oculata selezione del codice con cui organizziamo la nostra esperienza cosciente, abbiamo un'ampia latitudine entro la quale aumentare la quantità dei bit di informazione che ci possiamo rappresentare consciamente⁶⁵. Ad esempio prendiamo queste 10 lettere casuali, ricordando che per andare in sovraccarico Miller dice che dobbiamo avere più di 9 stimoli ($7 + 2 = 9$):

1. R	2. I	3. M
4. A	5. R	6. R
7. A	8. N	9. N
10. O		

Se volessimo ricordare le singole lettere saremmo in difficoltà.

Ma se questi 10 pezzi di informazioni diverse (*chunk*) le raggruppiamo in un unico *chunk* ritorniamo a quota 1.

Per esempio, raggruppando le lettere in parole siamo in grado di ricordarne ben più di sette. Le 10 lettere precedenti diventano quindi 1 nuovo chunk, cioè la parola «rimarranno», sicuramente più facile.

Miller espresse queste strategie col termine «ricodifica dell'informazione». Pronosticò, a ragione, che la codifica sarebbe stata una delle aree di maggiore ricerca. Miller non propone una teoria per questi fatti, ma usa il linguaggio dell'informazione per sistematizzare i dati esistenti e inquadrarli in una cornice teorica comune.

Esercizio 32

Scrivi su un foglio una sequenza di dieci numeri che ti viene in mente e falli leggere a dieci persone.

In seguito chiedi quante cifre si ricordano e noterai con stupore che su 10 soggetti sottoposti al test la maggioranza ricorderà al massimo sette numeri dell'elenco.

Ora leggi, una volta, questa sequenza di numeri:

3 9 8 0 5 6 2 1 6 9

Torna alla **pagina 136** leggi le ultime due righe della pagina e poi, vai alla prima riga di **pagina 139**.

Riscrivi la sequenza dei 10 numeri che hai letto prima.

Se ne hai ricordati circa 7, l'esperimento ha confermato la regola.

Hai quindi fatto esperienza che, oltre i 7 elementi, si inizia inevitabilmente a commettere errori, che aumentano all'aumentare della sequenza che si prova a ricostruire.

Il limite della memoria umana sembrerebbe essere rappresentabile da sette unità elementari di informazione.

Riprendendo l'esempio di prima, per ricordare tutte le cifre sarebbe sufficiente accorparle due a due:

39-80-56-21-69

In questo modo ricorderemo più di sette cifre e basterà memorizzare che le cifre erano singole, per ricostruire correttamente la sequenza data.

Ora vorrei che tu riflettessi su una cosa...

Se hai avuto difficoltà a ricordare delle semplici lettere e dei semplici numeri, come speri che i pazienti ricordino più di 7 informazioni correttamente?

Il motivo per cui questo paragrafo si chiama *Il nuovo magico numero 5±2* è che nella comunicazione efficace la cosa più importante è assicurarsi che l'interlocutore abbia interiorizzato il messaggio.

Se già con 7 *chunk* di informazione siamo al limite del ricordo delle informazioni, quando arriviamo a 9 siamo molto a rischio.

Se vogliamo essere sicuri che il nostro paziente ricordi ciò che gli abbiamo detto, dobbiamo dargli al massimo 7 informazioni.

Con 5 siamo sicuri di avere una buona possibilità che le ricordi tutte.

Con 3 abbiamo la certezza che le ricordi.

Ma cosa vuol dire questo nella pratica sanitaria?

Esercizio 33

Un vostro paziente dovrà iniziare la seguente terapia farmacologica:

- Eutirox prima di colazione
- Peridon dopo pranzo
- Lasix 25
- Eskim 1000 a pranzo
- Lortaan dopo colazione
- Torvast 20 dopo cena
- Omeprazen la mattina
- Cardioaspirina dopo pranzo
- Zyloric 300 a pranzo
- Dilatrend 6,25

Siamo a 10 farmaci diversi. Raggruppa questi 10 chunks in modo che il numero di chunks finali siano inferiori a 3.

Puoi adottare anche espedienti diversi, come utilizzare tre buste di plastica colorate diverse in cui mettere i medicinali della mattina, quelli del pranzo e quelli della sera.

Quali altre soluzioni ti sono venute in mente?

Tempo fa, mentre stavo scrivendo questo libro, sono incappato in un articolo molto interessante.

Alla luce delle considerazioni fatte finora, riporto una parte di esso per poterlo esaminare insieme a te:

Quando sbaglia il paziente: la scarsa *compliance* farmacologica

La compliance per le prescrizioni non farmacologiche riguardanti lo stile di vita è bassa: circa il 30% degli individui rispetta i consigli dietetici e circa il 10% dei fumatori che non hanno patologie degli organi-bersaglio del fumo smette di fumare dietro consiglio del medico. La compliance per le prescrizioni farmacologiche è attorno al 75% per i trattamenti brevi, abbassandosi però a meno del 25% alla fine di un ciclo prescritto per 10 giorni. È generalmente stimata attorno al 50% per i trattamenti cronici, ma non è uguale per tutti i trattamenti e inoltre anche nei pazienti che rimangono in trattamento esistono discontinuità e irregolarità di assunzione dei farmaci.

Altri studi sul comportamento del paziente confermano che soltanto la metà dei pazienti che escono da uno studio medico con una prescrizione assume il farmaco secondo le direttive indicate. La spiegazione più comune addotta per la mancata adesione alle prescrizioni è la dimenticanza, la quale può essere più appropriatamente definita come rifiuto della malattia; la necessità di assumere un farmaco è infatti un costante richiamo al fatto di essere malati. Le cause più frequenti sono le seguenti:

Legate al paziente

Incomprensione delle istruzioni della prescrizione, **dimenticanza**, negazione della malattia o del suo significato, **mancanza di fiducia** nell'efficacia del farmaco, riduzione, variabilità o scomparsa della sintomatologia, **timori** sull'assunzione dei farmaci, preoccupazioni di natura economica, apatia, difficoltà materiali a deglutire compresse o capsule, ad aprire flaconi, a seguire in ogni punto la prescrizione.

Legate al farmaco

Effetti indesiderati (reali o supposti), complessità del regime terapeutico (somministrazioni frequenti, molti farmaci diversi), farmaci con aspetto simile, odore o sapore sgradevole, precauzioni poco gradite o troppo restrittive [...].

Quindi, le conseguenze di una *compliance* assente o incompleta possono avere esiti sfavorevoli e in taluni casi di malattie gravi e con trattamenti cronici salvavita, addirittura fatali [...]. È quindi un compito difficile quello del medico, che deve valutare se l'insuccesso terapeutico è dovuto alla scarsa *compliance*, perché i pazienti spesso mentono o non rivelano la sospensione del farmaco.

Prokofiev

<http://noteesalute.blogspot.com/2008/03/quando-sbaglia-il-paziente-la-scarsa.html>

L'articolo è molto interessante perché ci da un'idea della portata del fenomeno: *«Soltanto la metà dei pazienti che escono da uno studio medico con una prescrizione assume il farmaco secondo le direttive indicate».*

Sicuramente ci sono molti pazienti che ricordano solo quello che vogliono ricordare, ma forse è il caso di iniziare a pensare diversamente...

Se hai delle conoscenze basilari di comunicazione efficace sai che: *Il risultato della comunicazione è nel feedback che si ottiene.*

Questo assioma ci aiuta a capire una cosa importantissima. Una cosa che forse tu potresti credere che non sia importante o che forse credi non dipenda interamente da te, o che non è facile farla, o che: *«Sì, in teoria è giusto, ma nella pratica è tutta un'altra cosa...».*

**Se il mio paziente non ricorda o non capisce,
vuol dire che *io* posso esprimermi meglio!**

Per chi è già avanti con gli studi di PNL sa bene che, molto più spesso di quello che crediamo, non parliamo per farci capire, ma solo per parlare...

In particolare, se io che utilizzo maggiormente il sistema sensoriale visivo per acquisire informazioni e per *dare* informazioni, incontro un paziente cinestetico e non cambio il mio modo di comunicare, *non avrò alcuna possibilità di farmi capire da lui.*

Se il mio non-verbale non è congruente con quello che dico a parole, se il mio stato interno (le mie emozioni) tradiscono le mie parole, se do più di 7 informazioni (mandandolo in sovraccarico), il mio paziente non ricorderà quello che gli ho detto o solo in parte e forse sbagliato!

Per la sanità italiana questo comporta dei costi di gestione altissimi.

Il paziente prenderà le medicine in modo sbagliato, in orari sbagliati, compromettendo la terapia farmacologica, oppure telefonerà al medico chiedendo maggiori informazioni, tornerà allo studio o in ambulatorio per chiedere chiarimenti, tutte cose che comportano un aumento e un sovraccarico (del già saturo) tempo del medico.

Durante il Forumpa del 2007⁶⁶, il dottor Berti, nella sua relazione *La gestione del rischio nella terapia farmacologica in ospedale e a domicilio*, faceva presente che: *«Il 25-30% dei pazienti anziani sbaglia l'assunzione»* e che, secondo l'American Medical Directors Association: *«Il 28% di tutti gli accessi ospedalieri della popolazione anziana è da imputare alla non compliance, ai farmaci e a eventi avversi».*

So bene che probabilmente stai pensando: *«Sì, ma noi abbiamo già tantissime*

cose da fare, da tenere d'occhio, c'è una burocrazia che ci sommerge, il vero tempo da dedicare al paziente è pochissimo», ma se pensi questo, allora dovresti chiederti: «Come faccio a guidare e bere una bottiglietta d'acqua contemporaneamente?». Oppure: «Come faccio ad andare in bicicletta e parlare con un mio amico contemporaneamente?».

Cos'è che ti permette di fare più di un'azione insieme?

Dipende da quanto riesci a rendere automatici i tuoi comportamenti, d'altronde tu muovi le tue mani automaticamente, senza dover dire: «Mano fai questo o mano fai quello», riesci benissimo a camminare senza dover pensare a tutta la molteplicità di muscoli e coordinazione che serve per muovere un passo dietro l'altro... e allora perché non hai ancora reso la tua comunicazione efficace un automatismo?

Probabilmente il problema è radicato nella sanità italiana, perché nessuno ti ha mai insegnato a farlo bene e ripetutamente.

Se la **comunicazione** efficace **diventasse** un laboratorio **costante** durante la **formazione** dei **medici** all'**università**, allora sì che avremmo un cambiamento duraturo ed evolutivo nella sanità del nostro Paese!

Purtroppo questo non è ancora avvenuto in Italia, ma confido nella lungimiranza di alcuni medici e negli illuminati presidi di Facoltà, affinché capiscano quanto ciò possa cambiare «nei fatti» la medicina futura.

Quando dico queste cose in giro per i convegni in Italia e all'estero, spesso mi guardano molto male. Ma l'essere guardato male in quei momenti passa completamente in secondo piano quando i medici a cui faccio formazione mi incontrano e mi dicono col cuore in mano che avevo ragione, che si può fare, che è possibile ed è anche divertente!

Il mio compito è *«rompere gli schemi cristallizzati in sanità»*.

D'altronde, se fai quello che hai sempre fatto, otterrai quello che hai sempre ottenuto e se finora la sanità ha funzionato in questo modo, i pazienti otterranno sempre gli stessi risultati.

Io voglio che la sanità italiana migliori e quindi cerco di cambiare le cose.

Se anche tu vuoi cambiare le cose, se anche tu vuoi che la sanità italiana migliori, se anche tu pensi che il paziente viene prima di tutto, ma che qualcuno o qualcosa non ti permette di raggiungere il tuo obiettivo, cambia strategie, cambia comportamenti, iscriviti a dei corsi di comunicazione, studia questo libro o qualsiasi altro testo ti permetta di mettere in atto dei comportamenti che ti aiutino a raggiungere i tuoi «risultati desiderati», cambia qualcosa.

E se nell'esprimerti con i tuoi pazienti utilizzi il loro stesso sistema sensoriale, se il tuo non-verbale è congruente con quello che dici a parole, se il tuo stato

interno è il più adatto alla situazione, se dai al massimo 5 informazioni (salvandolo dal sovraccarico), il tuo paziente ricorderà quello che gli hai detto, e lo ricorderà tutto e bene!

Contribuirai così al risparmio economico in sanità, il tuo paziente prenderà le medicine in modo adeguato, negli orari giusti, con gran beneficio per la terapia farmacologica, e non ti telefonerà per chiedere maggiori informazioni, né tornerà nel tuo studio per chiedere chiarimenti e avrai maggior tempo da dedicare agli altri tuoi pazienti!

Ricorda, il nuovo **numero magico è 5!**

E se ti stai dicendo: *«Ma io sono già bravo nella comunicazione con i miei pazienti, io faccio già tutto quello che posso, i miei pazienti mi capiscono benissimo»*, allora forse non hai capito che c'è molto di più da scoprire... c'è molto di più da imparare... ci sono molte più soddisfazioni da provare... molte più persone da salvare...

Quando dai soli movimenti degli occhi dei tuoi pazienti riesci a scoprire la loro «strategia» per motivarsi, allora avrai delle enormi soddisfazioni, quando scoprirai che **dietro la negazione si cela l'informazione**; allora potrai renderti conto che sei diventato un «maestro» e non più un semplice medico...

L'Albero dei problemi

La tecnica che vi propongo ora l'ho ideata prendendo spunto da una bellissima storia che ho sentito tempo fa da un amico.

«Un falegname che avevo chiamato perché mi aiutasse a fare dei lavori in una vecchia fattoria, aveva appena terminato il primo giorno di faticoso lavoro. In quella dura giornata, la motosega del falegname si era rovinata facendogli perdere un'ora di lavoro, aveva trovato discrete difficoltà anche nel sostituire i pezzi rotti e il suo vecchio camion non aveva voluto saperne di ripartire.

Così decisi di accompagnarlo a casa. Durante il viaggio rimase sempre in silenzio con la faccia visibilmente adirata. Appena giunti, mi invitò a conoscere la sua famiglia. Mentre ci dirigevamo verso la porta, si fermò un momento davanti a un piccolo albero, toccando le punte dei rami con tutte e due le mani. Quando si aprì la porta, ci fu una sorprendente trasformazione. Il suo viso abbronzato era pieno di sorrisi. Abbracciò i suoi due figli piccoli e diede un bacio alla sua sposa. Poi mi accompagnò alla macchina. Quando passammo vicino all'albero, incuriosito, gli chiesi...».

Come avrai intuito sia dal titolo del paragrafo sia dall'inizio della storiella, ho chiamato la tecnica: «l'Albero dei problemi».

Capitolo XII. Submodalità

La PNL moderna ha ideato un modello operativo per interpretare il «software» della psiche umana. Cosa che la rende capace di intervenire su tutta una serie di fattori limitanti che interferiscono nel raggiungimento dei nostri obiettivi.

La PNL non lavora sul contenuto delle rappresentazioni mentali (come invece spesso fa la psicanalisi), ma sulla loro struttura, da questo punto di vista è fortemente «non intrusiva». Questo approccio ci consente di intervenire in modo risolutivo ed estremamente rapido nella ristrutturazione delle interferenze presenti nella nostra vita.

Padroneggiare la PNL significa saper utilizzare una delle più potenti tecnologie del cambiamento oggi esistenti: le submodalità o «sottomodalità».

La neurologia e la fisiologia medica stanno da tempo studiando il cervello umano. Sicuramente sappiamo che l'essere umano fa esperienza del mondo attraverso i suoi 5 sensi che, per ricevere input dal mondo esterno, devono avere dei recettori. Gli stimoli nervosi arrivano in determinate aree del cervello dove vengono elaborati e costituiscono poi le nostre mappe mentali, cioè la Rappresentazione interna (RI) di una Realtà esterna (RE).

Ogni ricordo umano si basa quindi sulle informazioni acquisite in quel momento dai suoi 5 sensi.

Attenzione

Le prossime righe che puoi leggere sono relative alla Fisiologia medica, perciò molto tecniche. Ti consiglio di leggerle se vuoi sapere come funzionano certe cose a livello neurologico, altrimenti puoi andare direttamente al paragrafo Submodalità.

Modalità

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, noi facciamo esperienza del mondo tramite i nostri 5 sensi, o registri sensoriali; queste sono quindi le 5 modalità con le quali ci facciamo un'idea del mondo esterno.

Naturalmente la PNL si è ispirata fortemente alla neurologia e alla fisiologia medica, per poi approdare al fortissimo rapporto che esiste tra le nostre esperienze e il modo in cui le viviamo: RI ed RE; il modo con cui noi associamo determinati stati d'animo ad alcune esperienze può dar vita a comportamenti potenzianti o limitanti.

Ma come fa, a livello neurologico, l'essere umano a crearsi una RI potenziante anziché una limitante?

Se partiamo dall'analisi fisiologica, possiamo dire che, in generale, i segnali provenienti da tutti i tipi di recettori sensoriali terminano nella corteccia cerebrale, posteriormente alla *scissura centrale*, in generale, la metà anteriore del *lobo parietale* è coinvolta quasi completamente con la ricezione e l'interpretazione dei segnali somestesici mentre la metà posteriore con più elevati livelli di analisi. I *segnali visivi* terminano nel *lobo occipitale* e quelli *uditivi* nel *lobo temporale*. La parte della corteccia che si trova anteriormente alla *scissura centrale* e che costituisce la metà posteriore del *lobo frontale* è coinvolta quasi interamente nel controllo motorio.

Se decidete di riprendere in mano i vostri vecchi manuali di fisiologia medica, potrete confermare che i sistemi sensoriali partono da raggruppamenti generali (i 5 sensi) per poi specificarsi all'interno dell'organismo attraverso aree cerebrali differenti, ma anche attraverso cellule dell'organismo specializzate alla raccolta dati di quel particolare senso.

Nei prossimi paragrafi tratterò le **modalità** con cui raccogliamo i dati dal mondo esterno, con particolare riferimento alla neurologia e all'anatomia umana, utilizzando termini medici.

Se non ritieni necessario leggere questi paragrafi, puoi andare direttamente al paragrafo *Submodalità* e continuare da lì.

Modalità cinestesica

Qualsiasi manuale di Fisiologia medica⁷⁸ classifica la sensibilità somatica in tre categorie: sensibilità somatiche meccanocettive (sensibilità tattile e senso di posizione), sensibilità termiche e sensibilità dolorifiche. La sensibilità tattile a sua volta comprende il senso del tatto, della pressione, della vibrazione e il solletico, mentre il senso di posizione include il senso di posizione statica e il senso in movimento.

Vengono inoltre classificati in:

- *sensibilità esterocettive*, quando le cellule percepiscono stimoli esterni che agiscono sulla superficie del corpo;
- *sensibilità propriocettive*, che trasmettono informazioni sullo stato fisico del corpo e comprendono il senso di posizione, sensibilità a partenza da recettori muscolari, tendinei e articolari, sensibilità pressorie e senso dell'equilibrio;
- *sensibilità viscerali*, che riguardano stimoli provenienti dai visceri, generalmente è riferito a sensazioni originate da organi interni;
- *sensibilità profonde*, che provengono da tessuti profondi come aponeurosi, muscoli e ossa.

Sottomodalità visiva

1. Colore
2. Luminosità
3. Distanza
4. Profondità
5. Nitidezza
6. Contrasto
7. Campo
8. Movimento
9. Velocità
10. Prospettiva
11. Dominante
12. Brillantini
13. Trasparenza
14. Rapporto dimensionale
15. Orientamento
16. Figura sfondo

Ognuna di queste submodalità ha due estremi. Esattamente come per la parte neurologica che abbiamo affrontato sopra. La capacità di utilizzare sapientemente le submodalità fa la differenza tra chi millanta di praticare la PNL e chi invece «vive» di PNL.

Esercizio 36

Oggi, con la persona che desideri, divertiti a «misurare» le sue submodalità⁹², ovvero divertiti a esplorare la sua «mappa».

Questo esercizio è basato sul modello TOTE (Test-Operate-Test-Exit).

Procedi con calma, dobbiamo misurare l'apporto di ogni submodalità al cambiamento percettivo dell'esperienza. Dobbiamo misurare l'amplificazione (+) o l'attenuazione (-) relativa a ogni submodalità, partendo e tornando sempre alla percezione originaria.

Quindi, se vogliamo misurare il colore dovremo chiedere innanzitutto se la scena è a colori o in b/n e, se è a colori, farla mettere in b/n e segnare se l'emozione si è amplificata (+) o se si è attenuata (-). Se la scena è in b/n, farla mettere a colori (magari vivaci) e chiedere se l'emozione con questi colori vivaci si è amplificata (+) o attenuata (-).

Dopo aver segnato vicino alla submodalità se essa attenua o amplifica l'emozione,

riportiamo l'esperienza alla versione originale. Se un parametro amplifica più di un altro segneremo con ++, quel parametro, altrimenti con – oppure con -- se è più forte in negativo.

Colore

vivaci ++ normale + bianco e nero –

Dopo esservi seduti in un posto comodo, se vuoi con questo libro alla mano, chiedi:

1. Puoi ricordare un evento positivo della tua vita? Magari un giorno in cui a lavoro hai fatto qualcosa di importante, oppure una volta in cui hai compiuto un'impresa fisica di cui sei andato particolarmente fiero o una volta in cui ti sei trovato bene con i tuoi familiari, o che hai raggiunto un obiettivo particolarmente importante? (*Non è necessario che ti descriva la scena nei particolari, anzi, potrebbe benissimo anche non parlarti di ciò che sta accadendo*).
2. Ricordando questa scena, che emozione provi? (*Naturalmente deve essere un'emozione positiva*).
3. In questa scena ti vedi dentro o fuori dal tuo corpo? (*Se si vede fuori dal corpo, fallo rientrare dentro al corpo*).
4. La scena è a colori o in bianco e nero? Se è in b/n, mettila a colori e dimmi la tua emozione di _____ è aumentata o diminuita? (segna nella casella se + o –). Se è a colori, mettila in b/n e dimmi, la tua emozione di _____ è aumentata o diminuita?

Colore

vivace [_] normale [_] b/n [_]

Torna ai colori originari della scena.

5. Fai caso alla luminosità della scena. Divertiti a cambiare la luminosità. Se è luminosa rendila scura e nota se la sensazione è aumentata o diminuita?

Luminosità

chiara [_] normale [_] scura [_]

Torna alla luminosità originaria della scena.

6. Ora fai caso alla distanza della scena. Divertiti ad avvicinare o allontanare la scena. Nota come cambia l'emozione quando avvicini o allontani da te l'immagine.

12. Cambia la velocità della scena... rendi tutto:

Velocità

lentissimo [_ _] lento [_ _] normale [_ _]
veloce [_ _] velocissimo [_ _]

Fai tornare tutto alla velocità originaria.

13. Da che prospettiva vedi la scena? Cambia le varie prospettive... e nota come cambia la sensazione.

Prospettiva

da davanti [_ _ _] da dietro [_ _ _] dall'alto [_ _ _]
dal basso [_ _ _] da destra [_ _ _] da sinistra [_ _ _]

Fai tornare la scena nella prospettiva con cui la guardavi all'inizio.

14. Ora aggiungi un colore, come se vedessi la stessa esperienza tramite degli occhiali colorati, come se ci fosse un filtro colorato davanti ai tuoi occhi che trasforma i colori iniziali della scena, nota come cambia l'emozione a seconda del colore che usi.

Dominante

giallo [_ _ _] arancione [_ _ _] viola [_ _ _]
azzurro [_ _ _] verde [_ _ _] rosa [_ _ _] b/n [_ _ _]

Fai tornare la scena con i colori originari.

15. Ora aggiungi dei brillantini alla scena e nota come cambia la tua sensazione.

Brillantini

con brillantini [_] senza brillantini [_]

Fai tornare la scena com'era all'inizio.

16. Guarda la scena e, come se fosse una fotografia, inclinala in avanti e indietro, poi di lato a destra e sinistra, nota come cambia l'emozione.

Orientamento

inclinazione frontale [_] inclinazione sagittale [_]

Fai tornare la scena con l'orientamento con cui la guardavi all'inizio.

Conclusione

Possiamo vivere facendoci trasportare dalle correnti emotive che non ci appartengono, quindi essere succubi di ciò che ci accade, oppure scegliere di essere noi i padroni della nostra vita, noi a decidere quale sia lo stato interno migliore da utilizzare in un'esperienza ed avere il potere di «Essere».

Le relazioni con le altre persone possono portare guarigione o essere delle sale di tortura emozionale; con questo libro vogliamo darvi la possibilità di scegliere. Se non utilizzi le tecniche di questo manuale, sarai sicuramente un buon clinico, ma un pessimo medico. Non ci può essere «sana» umanità se non sei nello stato interno migliore per accogliere i tuoi pazienti e la loro sofferenza; quando non si sentiranno ascoltati da te e chiederanno altri pareri ad altri medici, non ti stupire. Se invece imparerai a comunicare efficacemente, a gestire i tuoi stati interni in modo adeguato, i tuoi pazienti si sentiranno sempre ascoltati e tu potrai aiutarli nel loro «cammino di guarigione», e non sarai solo un clinico, sarai un eccellente medico e un ottimo *maestro*.

E pensa a che soddisfazione avrai, quando ti troverai ad aver fatto un'ancora a qualche tuo paziente o a te stesso. E pensa che felicità proverai, quando ti accorgerai che utilizzando queste tecniche la tua vita sarà cambiata sensibilmente! Mentre puoi far caso a quella felice curiosità che ti ha accompagnato nel leggere queste parole e che ritroverai nel tuo lavoro, ora che hai capito quanto importante sia gestire le tue emozioni.

Una volta, un grande medico disse: «Se tratti la malattia puoi vincere o perdere. Se tratti il malato vinci sempre». E tu cosa vuoi fare?

«...I due monaci si rimisero a camminare.

Dopo un chilometro, il secondo monaco chiese al primo:

“Scusa, ma quella era una donna?”. E il primo: “Sì”.

E dopo un altro chilometro:

“Ma noi non avevamo fatto voto di castità?”. E il primo: “Sì”.

Dopo ancora un chilometro: “Ma non abbiamo portato una donna al di là del fiume?”. E il primo monaco lo guardò e rispose:

“Sì, ma io quella donna l'ho lasciata sulla sponda del fiume, mentre tu ancora te la porti dietro!”».

E tu, quale stato d'animo ti porti ancora dietro?

Bibliografia e sitografia

- Le emozioni Primarie*, a cura di Dario Galati, Bollati Boringhieri, Torino 1993.
- Adams J. H., D. I. Graham D. I., *An introduction to neuropathology*, II, Churchill Livingstone, New York 1994.
- Aliprandi Mariateresa, Pati Annamaria, *L'alba della psicoanalisi infantile*, Feltrinelli, Milano 1999.
- Amsler Ronald, *Interview with Richard Bandler: «Treating Nonsense with Nonsense: Strategies for a Better Life»*, NLP Institut, Zuerich 1999.
- Balbi Renato, Balbi Rosellina, *Lungo Viaggio al centro del cervello*, Laterza, Bari 1981.
- Balconi Michela, *Neuropsicologia della comunicazione*, Springer-Verlag, Milano 2008.
- Bandler Richard, Grinder John, *Programmazione Neurolinguistica*, Astrolabio, Roma 1980.
- Bandler Richard, Grinder John, *La struttura della magia*, Astrolabio Ubaldini Edizioni, Roma 1981.
- Bandler Richard, Fitzpatrick Owen, *PNL è Libertà*, NLP Italy, Ugnano (BG) 2008.
- Bandler Richard, *Get the Life you want*, Health Communication Inc., Deerfield Beach (Florida) 2008.
- Bandler Richard, *Usare il cervello per cambiare*, Astrolabio, Roma 1986.
- Beebe-Center J.G., Rogers M.S., O'Connell D.N., *Transmission of information about sucrose and saline solutions through the sense of taste*, «Journal of Psychology», 1955, n. 39, pp. 157-160.
- Bidot Nelly, Morat Bernard, *80 giorni per capirsi*, Xenia edizioni, Milano 1994.
- Binetti Paola, *Diventare medici in europa*, SEU, Roma 2000.
- Borgna Eugenio, *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano 2005.
- Borgna Eugenio, *Le emozioni ferite*, Feltrinelli, Milano 2009.
- Borgna Eugenio, *Le intermittenze del cuore*, Feltrinelli, Milano 2003.
- Bowlby John, *Attachment and loss*, Hogarth Press, London 1969.
- Cambier Jean, Masson Maurice, Dehen Henry, *Neurologia*, Elsevier, Milano 2009.
- Cannon Walter B., *The James-Lange theory of emotion: a critical examination and an alternative theory*, «The American Journal of Psychology», n. 39, December 1927, pp. 106-24.

- Cohen Richard, *Blindsided: lifting a life above illness*, Harper Collins Publisher, New York 2004.
- Covey Stephen, *First things First. To live, to love, to learn, to leave a legacy*, Simon & Shuster, New York 1994.
- Csikszentmihalyi Mihaly, *Flow. The psychology of optimal experience*, Harper Perennial, New York 1991.
- Darwin Charles, *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali*, Newton Compton, Roma 2006.
- Devoto Giacomo, Oli Giancarlo C., *Vocabolario illustrato della lingua italiana*, Casa editrice Felice Le Monnier e Selezione del Reader's Digest, Milano 1980.
- Eccles John C., Lopiano Leonardo, *Evoluzione del cervello e creazione dell'Io*, Armando Editore, Roma 1995.
- Eibl Eibesfeldt Iraneus, *Ethologie, biologie du comportement*, «Naturalia et Biologia», Ed. Scientifique, Paris 1972.
- Ekman Paul, Friesen Wallace V., *Nonverbal Leakage and Clues to Deception*, in «Psychiatry», n. 32, 1969, pp. 88-105.
- Ekman Paul, *I volti della menzogna. gli indizi dell'inganno nei rapporti interpersonali*, Giunti Editore, Firenze 2009.
- Farinelli Giovanna, *Pedagogy between life sciences and humanities: anthropological, ethical and epistemological suggestions for a human life science*, «MEDIC», n. 14, 2006.
- Farné Mario, *Lo stress*, Il Mulino, Bologna 1999.
- Fava Emilio, Masserini Cinzia, *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*, FrancoAngeli, Milano 2002.
- Fitzpatrick Owen, *PNL per il carisma*, NLP Italy, Urganano (BG) 2006.
- Frazer Alan, *Biological Bases of Brain Function and Disease*, Raven Press, New York 1994.
- Frijda Nico H., *Le emozioni*, Il Mulino, Bologna 1990.
- Gallese Vittorio, *La molteplice natura delle relazioni interpersonali: la ricerca di un comune meccanismo neurofisiologico*, «Networks. Journal of the philosophy of artificial intelligence and cognitive sciences», n. 1, 2003, pp. 24-47.
- Garner W. R., *An informational analysis of absolute judgments of loudness*, «Journal of experimental Psychology», n. 46, 1953, pp. 373-380.
- Goglia Gennaro, *Anatomia umana*, Piccin, Padova 1999.
- Grassi Gaddomaria, *Emergenza in psichiatria. Strategie e percorsi operativi nel servizio pubblico*, FrancoAngeli, Milano 1993.
- Griffiths David J., *Introduction to Quantum Mechanics*, Prentice Hall Publishing,

- Upper Saddle River (NJ) 2004, edizione italiana David J. Griffiths, *Introduzione alla meccanica quantistica*, CEA, Milano 2005.
- Guyton Arthur C., Hall John E., *Fisiologia medica*, Edises, Napoli 2002.
- Hallbom Kristine, *Dynamic spin release™ and the energy of Your mind*, NLP institute of California, 2008.
- Halsey Rita M., Chapanis Alphonse, *Chromaticity-confusion contours in a complex viewing situation*, «Journal of the Optical Society of America», n. 44, 1954, pp. 442-454.
- Hameroff Stuart, *Consciousness, the Brain, and spacetime geometry*, «Annals of the New York Academy of Sciences», n. 929, 2001, pp. 74-104.
- Hameroff Stuart, Penrose Roger, *Conscious events as orchestrated spacetime-selections*, «Journal of Consciousness Studies», n. 3, 1996, pp.36-53.
- Iandolo Costantino, *La pedagogia medica oggi: per gli insegnanti e gli studenti delle Facoltà di medicina*, Armando, Roma 2000.
- Izard Carroll Ellis, *Human emotions*, University of Delaware, Plenum Press, New York 1977.
- James Tad, Shepard David, *Comunicare in pubblico magicamente*, NLP Italy, Ugnano (Bg) 2004.
- James William, *Principles of Psychology*, Dover, New York 1950.
- Jasper Karl, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina, Milano 1991.
- Kanwisher Nancy, McDermott Josh, Chun Marvin M., *The Fusiform Face area: a module in Human extrastriate cortex specialized for Face Perception*, «The Journal of Neuroscience», n. 17 (11), June 1997, pp. 4302-4311.
- Lazarus Richard S., *Psychological stress and coping in adaptation and illness*, in Lipowski J., Lipsitt Don R., Whybrow Peter C., *Psychosomatic medicine: current trends and clinical application*, Oxford University Press, New York 1977.
- MacLean Paul, *Evoluzione del cervello e comportamento umano. studi sul cervello trino*, Einaudi, Torino 1984.
- Magnelli Valeria, *Corso di Fisiologia II*, Università degli studi del Piemonte orientale, 2005.
- Mehrabian Albert, Ferris Susan R., *Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels*, «Journal of consulting psychology», n. 31(3), june 1967, pp. 248-252.
- Mehrabian Albert, *Nonverbal communication*, Aldine Transaction, New Brunswick 2008.
- Mehrabian Albert, *Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships*, «Psychological Bulletin», n. 71(5), May 1969, pp. 359-372.

- Michalko Michael, *Strumenti per la creatività*, NLP Italy, Ugnano (BG) 2009.
- Miller George A., *The magical number seven, Plus or minus two: some Limits on our capacity for Processing information*, First published in «Psychological Review», n. 63, 1956, pp. 81-97.
- Miller, Galanter, Pribram, *Piani e struttura del comportamento*, Franco Angeli, Milano 1973.
- Nieuwenhuys Rudolph, Voogd Jan D., Van Huijzen C., *Il sistema nervoso centrale*, Springer-Verlag, Milano 2010.
- Ortony Andrew, Turner Terence J., *What's basic about emotions?*, «Psychological Review», n. 97, 1990, pp. 315-331.
- Parent Andre, *Human neuroanatomy*, Williams & Wilkins, Baltimore 1995.
- Paret Marco, Traverso Matt, *I Pilastrini della Persuasione*, Anteprema, Torino 2009.
- Pensieri Claudio, *La comunicazione medico-paziente. PNL & Sanità*, NLP International Ltd, UK 2009.
- Pollack Irwin, Ficks Laurence, *Information of elementary multi-dimensional auditory displays*, «Journal of the Acoustical Society of America», n. 26, 1954, pp. 155-158.
- Robbins Anthony, *Come ottenere il meglio da sé e dagli altri*, Bompiani, Milano 2000.
- Schachter Stanley, Singer Jerome E., *Cognitive, social and Physiological Determinants of emotional state*, «Psychological Review», 69(5), pp. 379-399.
- Skoyles John, Sagan Dorion, *Il drago nello specchio. L'evoluzione dell'intelligenza umana dal big bang al terzo millennio*, Alpha Test, Milano 2003.
- Testa Annamaria, *Farsi capire*, Mondolibri, Milano 2001.
- Tomkins Sylvan S., *Affect imagery consciousness*, Springer, New York 1962.
- Villamira Marco Alessandro, *Comunicazione e interazione*, Franco Angeli, Milano 1995.
- Walton John, *Brin's Disease of the nervous system*, Oxford University Press, New York 1994.
- Watson John, *Il comportamentismo*, traduzione italiana a cura di Meazzini P., Corao A., Di Pietro M., Giunti-Barbera, Firenze 1984.

www.yatw.it.

www.hypnlprofessional.com.

www.hypromaster.com.

www.peaceisland.it.

www.area765.com.
www.mesmerismus.info.
amorepsiche.it/gg/Segnali-Analogici-e-Tipologie-Comportamentali/pic-1000001.htm.
www.forumpa.it/forumpa2007/convegni/relazioni/1646_giovanni_berti/1646_giovanni_berti.pdf.
www.mediafire.com/?eymt14ifmh4.
www.istitutopsicologiaanalogica.it/public/La_Comunicazione_Non_Verbale_CIDCNV.pdf.
www.istitutopsicologiaanalogica.it/public/La_Seduzione_Analogica_CIDCNV.pdf.
www.nlpca.com/DCweb/Dynamic_Spin_Release.html.
www.rattidellasabina.it/.
www.swif.uniba.it/lei/ai/networks/.
www.videomed.it/capire_il_paziente_da_cio_che_non_dice.html.
www.galenotech.org/comunicazione.htm.

Editing: Curcio Video S.r.l.

Stampa Cooprint - Soc. Coop.
Finito di stampare il mese di marzo 2012