

Principi e metodi di Programmazione Neuro Linguistica (PNL)

Negli anni Settanta in America un gruppo di ricercatori, composto da Richard Bandler, John Grinder, Robert Dilts e altri, hanno sviluppato una serie di considerazioni teoriche e pratiche, articolate in un modello, che prevede varie tecniche di modificazione del comportamento.

La PNL si è avvalsa del contributo di numerose discipline tra cui la linguistica, la psicologia e la cibernetica. (1)

La PNL si fonda sullo studio di ciò che avviene all'interno delle persone quando fanno esperienza di qualcosa e sulle modalità attraverso le quali le informazioni che arrivano dalla realtà esterna, passano dentro di noi e vengono filtrate dai sensi, dalla mente, dal corpo, dal linguaggio, dalle emozioni che attraversano trasversalmente le altre dimensioni; nel tempo, a livello neurologico, si formano, grazie ai processi di apprendimento, delle *sequenze da utilizzare* per affrontare nuove esperienze.

L'individuo è inconsapevole di tali processi e vive ogni sua esperienza come se essa fosse la realtà, mentre al contrario, ciò che noi consideriamo dati tratti dal reale sono frutto delle nostre percezioni, dei nostri filtri, della nostra cultura.

L'interpretazione dell'esperienza che la persona fa e il modo in cui la vive dipende essenzialmente dal *programma* utilizzato.

Quando un comportamento è disfunzionale nella vita di un individuo, si tratta per la PNL di intervenire sui programmi mentali, migliorando il comportamento in modo più funzionale, riprogrammando i livelli degli schemi che usiamo attraverso l'uso consapevole e strategico del linguaggio.

Il modo in cui noi comunichiamo con gli altri e descriviamo le nostre esperienze dipende dalle modalità sensoriali e dall'espressione linguistica utilizzate e, in questo modo, sono classificate e ordinate.

L'individuo nel contatto con la realtà esterna riceve una quantità grandissima di informazioni; queste pervengono al cervello attraverso stimoli che colpiscono i recettori sensoriali e si trasformano in immagini, sensazioni, odori e gusti.

In questa fase agiscono filtri neurologici, biologici, culturali, sociali, genetici individuali.

In questo processo gran parte delle informazioni vengono perse, molte rimangono a livello inconsapevole, altre restano a livello consapevole.

Questo dipende da dove la mente focalizza la sua attenzione, cioè nel modo in cui organizza connessioni e distinzioni, generando così le nostre convinzioni e orientando il nostro comportamento.

Le nostre convinzioni ci conducono successivamente a prendere in considerazione soltanto le informazioni che tendono a confermarle e a cancellare o disconfermare quelle che non sono in sintonia con le nostre convinzioni.

Pensiamo a quanto peso hanno questi processi automatici nei comportamenti di salute e nelle scelte che le persone compiono quando sono ammalate. (1)

“La mappa non è il territorio”, frase di Korbyzhcy (esponente della semantica generale), è uno dei presupposti della PNL e sta a significare che tra la realtà e l'esperienza fattane vi è un'irriducibile differenza.

La mappa di una persona, nel suo insieme, racchiude rappresentazioni (immagini, suoni, sensazioni fisiche) e sistemi di credenze, valori, capacità, ecc...

Il nostro modo di interagire con l'ambiente è determinato dalle nostre mappe.

Le nostre mappe cambiano nel tempo.



Le credenze, che noi abbiamo riguardo noi stessi o riguardo gli altri, non sono altro che delle immagini mentali, da noi considerate reali.

La consapevolezza che l'altro ha un suo modo di vedere la realtà e che dal suo punto di vista ciò che afferma è corretto, è la prima chiave per una comunicazione efficace.

Solo quando saremo riusciti a decodificare la mappa del nostro interlocutore potremo ottenere il massimo dei risultati dalla nostra comunicazione.

Diversi sono gli strumenti che la PNL mette a disposizione per la decodificazione e comprensione delle mappe altrui:

- sistemi rappresentazionali,
- metamodello,
- metaprogrammi,
- filtri percettivi.

Quando il paziente parla con il suo medico questo tipo di meccanismi entrano inconsapevolmente nel modo di comunicare sia dell'uno che dell'altro.

La consapevolezza di come agisce la comunicazione e la capacità di controllarla e analizzarla, sono competenze importanti e ineludibili in chi, come il medico, ha la responsabilità che i suoi messaggi arrivino e incidano sui pazienti.

Attraverso il **Metamodello** gli esperti di PNL lavorano sulle informazioni filtrate attraverso questi meccanismi in modo non funzionale per il benessere della persona.

Il metamodello, sviluppato negli anni '70 da Bandler e Grinder, è costituito da un insieme di domande precise volte a identificare gli schemi linguistici che conducono a interpretazioni inefficaci della realtà sul piano comunicativo.

Ognuno di noi, nella costruzione e comunicazione agli altri della propria esperienza, opera attraverso una serie di meccanismi che fungono da ulteriori filtri quali:

- **la generalizzazione**
- **la cancellazione**
- **la distorsione.**

La *generalizzazione* è il meccanismo che ci permette di organizzare la conoscenza del mondo per grandi categorie, nelle quali le differenze scompaiono e una caratteristica che può essere di pochi finisce per essere estesa a tutti.

Es.: "L'anestesia generale è sempre un rischio", "L'ospedale è sempre un luogo di dolore", "Le medicine creano sempre danni"...

Da tali affermazioni mancano riferimenti specifici al quando, dove, chi, che cosa, al contesto ...

Le domande del *metamodello* servono ad analizzare la generalizzazione ponendo la persona di fronte alla veridicità e utilità dell'affermazione formulata, portando il paziente a riflettere più attentamente sulle sue affermazioni, collegate alla sua *mappa mentale*, ampliando così le sue possibilità di analisi e ristrutturando il quadro della situazione delineato dal paziente.

Es. "Mi sento **sempre** male da quando ho scoperto di avere il diabete e ho iniziato la terapia".

Le domande possibili del *metamodello* potrebbero essere:

es.: "Si sente male sempre, in ogni istante della sua giornata?" "C'è stata una volta in cui la terapia non l'ha fatta sentire male?" e poi di seguito es.: "Mi descriva cosa è successo quella volta in cui non è stata male".

Quando il paziente utilizza termini come tutti, ognuno, chiunque, sempre, assolutamente... sta usando parole definite in PNL *quantificatori universali* che



testimoniano il fatto che, da un singolo o più eventi, il paziente è portato a generalizzare l'esperienza avuta.

Le affermazioni di questo tipo, proprio perché a volte sono sganciate da dati scientifici, in genere producono da parte del medico o un'aperta disconferma di ciò che afferma il paziente o una mancata indagine ulteriore proprio perché il dato riportato dal paziente non può essere considerato reale.

Le domande del *metamodello* contengono al loro interno la stessa generalizzazione fatta dal paziente e invitano la persona a **riflettere sulle eccezioni e a rintracciarle nella sua esperienza.**

Quando i pazienti etichettano come impossibile un comportamento da adottare, consigliato dal medico, in base alle *convinzioni limitanti* che si è formato per esperienze pregresse, è possibile replicare da parte del medico a tali modalità operative limitanti con domande del *metamodello*,

Es.: “Non posso intraprendere questa terapia”, la domanda potrebbe essere “**Cosa le impedisce di intraprendere la terapia**”,

“Non posso cambiare le mie abitudini alimentari”, “**Cosa accadrebbe se fosse disposto a modificare le sue abitudini alimentari?**”.

Alcune affermazioni dei pazienti che contengono dei giudizi sotto forma di generalizzazioni, ma non sono esplicitati né i criteri della loro affermazione, né chi li ha espressi, si presentano linguisticamente sotto forma di verità assolute, come assolutamente ovvie.

Es. “Si sa che il diabete è una malattia che non perdona”, “Chi l'ha detto?”, “Quando?”, “Che significa tale affermazione, me la può spiegare meglio?”.

Il medico con le domande del *metamodello* indaga su tali generalizzazioni, chiamate in PNL *performative perdute*, chiedendo: chi lo dice, quando lo dice, in quale circostanza, a chi, a proposito di cosa in particolare.

La *cancellazione* è un meccanismo che ci porta inconsapevolmente, o al contrario consapevolmente, a tralasciare durante un nostro racconto dei particolari che non riteniamo utili da inserire in quel contesto o che volutamente vogliamo tenere nascosti al nostro interlocutore: forniamo insomma la cornice del racconto senza i particolari.

Le *cancellazioni* presenti all'interno del racconto possono condurre l'interlocutore a inserire dati non presenti nella narrazione, con la convinzione di averli sentiti.

Es.: “Il dolore è insopportabile”.

Le domande del *metamodello* aiutano il medico a rintracciare le informazioni mancanti cancellate.

Es.: “Quale dolore è insopportabile?, Qual è la zona interessata dal dolore?, Quando comincia il dolore? Come si manifesta? ...”.

Le domande del *metamodello* servono al medico per reperire le informazioni concernenti il **chi, cosa, come, dove, quando.**

Quando il paziente cancella nomi e verbi vuol dire che non specifica gli *indici referenziali*.

Es. “Mi hanno dato degli antidolorifici” non si sa chi glieli ha dati e che tipo di antidolorifici.

Vi sono anche la cancellazioni comparative.

Es.: “E' molto più debilitante fare attività fisica da quando ho il diabete.”

Una tra le possibili domande del *metamodello* potrebbe essere.



Es.: “Molto più debilitante rispetto a cosa”, va fatto dettagliare il termine di paragone. Le cancellazioni sono, come le generalizzazioni, meccanismi linguistici comuni ai quali tutti noi siamo sottoposti e dunque anche i medici mentre dialogano con i pazienti inconsapevolmente generalizzano o cancellano.

Questi processi nel paziente creano confusione: basti pensare alla cancellazione di informazioni nell’ambito della prescrizione di una terapia, per cui il paziente inserisce nei vuoti dati, che non sono stati enunciati dal medico, ma che vengono presi dal paziente come assolutamente reali.

Nell’ambito della formazione riguardante le *tecniche di counseling* i partecipanti si allenano a riconoscere negli altri, ma anche in loro stessi, tali meccanismi in modo da rendere il più possibile efficace e funzionale la comunicazione.

La *distorsione o deformazione* attiene alla interpretazione che noi inseriamo nella descrizione della realtà, a es. una dimenticanza da parte di qualcuno viene vissuta come uno sgarbo, un gesto affettuoso può essere interpretato come anticipatorio della richiesta di qualcosa ...

Se un paziente afferma: “So che lei, dottore, pensa che io non ce la possa fare a seguire la terapia”, siamo in presenza di una *distorsione*, in quanto il paziente presuppone con la *lettura del pensiero* di conoscere, senza aver avuto delle informazioni precise, il pensiero del proprio interlocutore.

Anche in questo caso le domande del *metamodello* possono aiutare il paziente a esplorare meglio la situazione e a chiarirsi che le idee che attribuisce al medico possono essere frutto solo di sue proiezioni.

A es. il medico può chiedere: “Che cosa l’ha portata a questa conclusione?, In che modo è arrivato a farsi questa idea?...”.

Altre distorsioni possono essere dovute alla relazione causa–effetto che il paziente fa di alcuni avvenimenti.

Es.: “Sono convinto che il diabete mi è venuto a causa dei troppi fritti che ho mangiato” Anche in questo caso è necessario indagare sulla mappa mentale del paziente, cogliendo i nessi causali dell’eziologia della malattia ipotizzata dal paziente, prima di passare a dare informazioni esatte, che verranno rifiutate in quanto la distorsione porta le persone a convinzioni radicate su un argomento.

Questi sono alcuni dei contributi che la PNL ha elaborato per migliorare l’efficacia della comunicazione e che, integrati con le tecniche di *counseling*, costituiscono un valido aiuto nella relazione con il paziente.

Note

1) Moretti I., Sperzagni C. (a cura di), “PNL: la Programmazione Neurolinguistica”, De Vecchi Editore, Milano 1999

Roberti A., Belotti C., Caterino L., “Comunicazione medico – paziente. La comunicazione come strumento di lavoro del medico”, NLP Italy, Bergamo, 2006

