

La Comunicazione Infermieristica



YOUNG @ WORK
FROM INSPIRATION TO COMMUNICATION

Dott. Claudio Pensieri

Publicato su: PNL Coaching_Ipnosi_News - "Bollettino di informazione sul mondo della PNL e News"

La Comunicazione Infermieristica

Nursing communication

C Pensieri¹

Abstract

Communication among physicians, patients and nurses is a key component of effective health care. In addition to communication with patients, nurses directly or indirectly influence physician-patient communications. So, The relationship between nurses and patients is one of the principal component of health recovery process. Learn effectively to communicate with patients through mirroring, rapport and guide, using sensory registers, metamodel and using communicative levels is the means through which every day nurses can offer a "tangible support who suffers and can help them to live the illness, the cares and their same life with greater serenity".

Index Terms: mirroring, rapport, sensory registers, communicative levels.

Premessa

La comunicazione tra medici, pazienti e infermieri è una componente chiave dell'effettiva cura della salute. Oltre alla comunicazione con i pazienti, gli infermieri direttamente o indirettamente influenzano la comunicazione medico-paziente. Il rapporto tra infermieri e pazienti è quindi una delle componenti principali del processo di guarigione dell'individuo. Imparare a comunicare efficacemente con i pazienti tramite il mirroring, il ricalco e guida, l'uso dei

¹ Dott. Claudio Pensieri: c.pensieri@yatw.it

registri sensoriali, il metamodello e l'utilizzo dei livelli comunicativi è il mezzo tramite il quale ogni giorno gli infermieri possono offrire un "sostegno tangibile a chi soffre e può aiutarli a vivere con maggiore serenità la malattia, le cure e la propria stessa vita²".

Parole Indice: mirroring, ricalco, registri sensoriali, livelli comunicativi.

1. Introduzione

Il passaggio, nel campo medico-sanitario, dal modello bio-medico, centrato sulla malattia, a quello psico-sociale centrato sulla persona, ha posto una serie di nuovi e inevitabili interrogativi sui quali si cerca di dare delle risposte in linea con la nuova prospettiva che assume il malato al centro dell'interesse dell'organizzazione sanitaria³.

"L'interazione con l'altro" viene a configurarsi come il nuovo modello all'interno del quale tentano di muoversi tutte le figure sanitarie.

In tale contesto, nello specifico ambito infermieristico, le problematiche inerenti la comunicazione hanno subito un approfondimento ed un ampliamento considerevole volto a fornire all'operatore sanitario informazioni, tecniche e metodologie provenienti da diversi approcci scientifici e non (counseling, PNL⁴, psicologia dinamica, pedagogia, tecniche di improvvisazione, di comunicazione di massa, ecc.).

² Dott. Del Mare G., Presidente Lega Italiana Fibrosi Cistica.

³ Franconeri M., Robello G., *L'infermiere e la comunicazione*, www.infermieri.com.

⁴ La PNL nasce alla fine degli anni '70 negli Stati Uniti, ad opera del matematico Richard Bandler e del linguista John Grinder. Essi studiarono migliaia di ore di registrazione delle sedute dell'ipnoterapeuta Milton Erickson, di Virginia Satir e di Fritz Perls. Questo modello fu poi arricchito dagli studi dell'antropologo Gregory Bateson e dei linguisti Alfred Korzibsky e Noam Chomsky. La PNL nasce dunque da una sintesi tra psicologia, linguistica e cibernetica, pur avendo preso le mosse dal contesto terapeutico.

Nella prospettiva attuale si assume, come carattere distintivo, la capacità dell'operatore di approntare un intervento comunicativo efficace il cui scopo mira sia a favorire la libera e incondizionata espressione del malato sia a coinvolgerlo attivamente contribuendo, inoltre, alla chiarificazione dei dubbi e delle eventuali difficoltà connesse con il "vivere" la malattia .

La consapevolezza che la "vera cura" della persona inizia e si sviluppa nel poterle offrire concretamente la possibilità di partecipare, in base alle sue reali capacità, alla gestione del proprio percorso terapeutico presuppone che l'operatore debba preventivamente effettuare una serie di operazioni, cioè possedere delle conoscenze specifiche di natura medica, tecnica, psicologica, scientifica, volte alla buona riuscita della relazione comunicativa o del colloquio inteso come momento informativo, conoscitivo e terapeutico⁵.

2. Il Nursing

Nella natura specifica del nursing c'è qualcosa di più dell'insieme degli interventi tecnici che gli infermieri, nell'ambito del rapporto di collaborazione con il medico, di tipo prevalentemente subordinato ed esecutivo, possono attuare. L'assistenza infermieristica consiste essenzialmente nell'assumere come problema sanitario di propria competenza, non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona malata, considerata secondo una chiave di lettura olistica.

⁵ Kaplowitz G.J., *Communicating with patients using NLP*, Gen. Dent., July-August, 47(4): 399-403, 1999.

In tale ottica assume rilevanza la qualità della relazione e della comunicazione che si instaura tra infermiere e persona assistita.

L'infermiere, non limitandosi ad eseguire interventi tecnici, svolge - nel prendersi quotidianamente cura del malato - una funzione supportiva e terapeutica attraverso il dialogo, allo scopo di stabilire un'interazione efficace e personalizzata, finalizzata al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia ed all'adattamento allo stress che ogni malattia o forma di disagio porta con sé.

Secondo il rapporto OCSE 2005⁶ in Italia c'è una strutturale carenza di infermieri, 5.4 infermieri per 1000 abitanti, una media molto bassa rispetto agli 8,3 della media europea.

Tab.1⁷

	Italia	Francia	Germania
Infermieri per 1000 abitanti	5,4	7,3	9,1

Visto che in Italia c'è questa carenza di infermieri, sarebbe il caso di rendere ancora più qualificata ed efficiente la loro attività all'interno delle strutture sanitarie.

Anche perché secondo il rapporto OCSE 2006 le cifre, per quanto riguarda l'Italia, sono rimaste sostanzialmente invariate.

⁶ OCSE 2005 *Health at a Glance* OECD indicatore 2005.

⁷ *Rapporto Health Data 2005* dell'Organizzazione per lo sviluppo e la cooperazione economica OCSE.

Tab. 2

Italia	Medici Per 1.000 abitanti	Infermieri Per 1.000 abitanti	Media Europea Infermieri
Rapporto OCSE 2005	4,1	5,4	8,4
Rapporto OCSE 2006	4,2	5,4	8,3

Come da anni si sostiene per la comunicazione medico-paziente, una comunicazione non efficace tra operatore sanitario e persona assistita può essere alla base del fallimento di tutto il processo assistenziale, con conseguenze negative sia per la salute della persona, sia sulla qualità dell'assistenza infermieristica e quindi sull'aspetto economico delle aziende ospedaliere.

3. La Comunicazione Infermieristica

Per concepire la comunicazione come la base di un efficace processo assistenziale dobbiamo riflettere sul fatto che la comunicazione umana si manifesta attraverso gli occhi, l'espressione, il tono, il volume, il flusso e il ritmo della voce e in tutti i movimenti e gesti del corpo⁸. Significa che quello che sentiamo e come viviamo si esprimono attraverso la nostra comunicazione extra-verbale⁹ (non-verbale e paraverbale¹⁰). Essa dipende dall'attitudine che sappiamo costruire all'interno di noi e che, con le tecniche apposite, possiamo perfezionare.

⁸ http://web.tiscali.it/info_infermiere/comunica.htm, Copyright © by ISI-CNV.

⁹ Mehrabian A., *Nonverbal Communication*, Chicago, Aldine Publishing Co., 1972.

¹⁰ Christensen J.F., Levinson W., Grinder M., *Application of neurolinguistic programming to medicine*, J. Gen. Intern. Med., November-December, 5 (6): 522-7, 1990.

Il nostro aspetto, le nostre parole, le nostre azioni non sono mai più grandi di noi. Quindi noi possiamo prendere controllo su di essi.

Comunque abbiamo comunicato finora si può migliorare.

Comunicare è un'arte innata e ognuno di noi lo fa in modo diverso determinando risultati diversi intorno a sé. Ne consegue che il nostro modo di comunicare ed interagire con gli altri è importante che avvenga in modo costruttivo e potenziante, visto che la nostra vita diventa il risultato del nostro modo di relazionarci agli altri, alle situazioni, alle esperienze ecc ecc.

Dovremmo prendere maggior consapevolezza anche del fatto che la comunicazione è uno strumento molto potente, una grande responsabilità. Perché le nostre parole, i nostri atteggiamenti innescano negli altri delle reazioni, dei pensieri e anche momenti di profonda introspezione, che in alcuni casi possono portare l'essere umano a prendere consapevolezza di determinate condizioni interne a lui o esterne e di conseguenza ci si può trovare di fronte a persone che, per una nostra frase detta in un determinato modo, caricata dell'energia di quel momento, apporta dei cambiamenti alla propria vita potenzianti o limitanti che siano.

Tuttavia anche se comunicare avviene istintivamente, perché questo è un aspetto proprio della natura del genere umano, la stessa cosa non può dirsi affinché ci sia comunicazione efficace.

Comunicare in maniera produttiva ottenendo dei risultati che possano essere usati per perseguire

obiettivi precisi, significa ricevere dal destinatario una conferma di ricezione, un feedback¹¹.

Questo è il segnale che il contenuto del messaggio è stato ricevuto. Potremmo anche ricevere un feedback negativo, quindi la conferma di una “non corretta” decodifica del messaggio, allora sarà cura dell’infermiere ripresentare il contenuto della comunicazione e rivalutare tutte le variabili che potrebbero averla resa indecifrabile al destinatario.

Infatti se il primo assioma della comunicazione è “Non si può non comunicare” esso prevede anche un postulato che è “Giusta Comunicazione”, ciò implica il fatto che per comunicare efficacemente è necessario imparare a farlo. Tutti comunicano, imparare a farlo efficacemente è un dovere e una responsabilità, soprattutto per chi opera nel campo della sanità.

4. Giusta Comunicazione

Le abilità di costruire una relazione di fiducia attraverso la comunicazione possono essere apprese e, quando sono già una dote naturale dell’infermiere, possono essere raffinate ulteriormente.

Il primo passo per instaurare un rapporto comunicativo sano ed efficace è il ricalco.

È importante che gli infermieri imparino a ricalcare i pazienti perché sono loro che passano la maggior parte del tempo con i pazienti e che hanno un rapporto continuativo con essi e sono quindi le persone più adatte a svolgere la relazione d’aiuto che qui si vuol proporre.

“Ricalcare” un paziente significa andargli incontro nel punto in cui lui si trova, riproducendo

¹¹ Walker, Lewis, *Consulting with NLP*, Radcliffe Medical Press, 2002.

parzialmente, durante l'interazione, i suoi schemi di comunicazione, le sue convinzioni, i suoi valori e la sua esperienza sia fisica che mentale.

È stato osservato infatti che le persone capaci di comunicare tra loro a vari livelli tendono spesso, inconsapevolmente, ad agire e a muoversi in maniera speculare (mirroring).

I loro rispettivi gesti, il tono di voce, il modo di parlare, le espressioni linguistiche, persino il ritmo e la profondità della loro respirazione tendono ad assomigliarsi in termini di velocità, ampiezza e altezza fino spesso a sincronizzarsi¹².

Quando ci si sincronizza si instaura un clima di confidenza che dà, all'interlocutore, il desiderio di dire di più, perché si sente ascoltato e riconosciuto per quel che è.

Si crea un "rapporto" (rapport o empatia) che permetterà, passo dopo passo, di condurre una relazione terapeutica di aiuto.

I parametri sui quali ci si può sincronizzare sono diversi, verbali e non verbali, ma è opportuno sapere che ce ne sono altri, quali quelli riguardanti il comportamento, le strategie mentali, si può ricalcare il soggetto sui suoi valori ecc. ecc. Naturalmente non bisogna snaturare la propria personalità, in quanto bisogna comportarsi come un ramoscello che sotto la forza del vento si piega ma poi ritorna nella sua posizione originaria. Una volta stabilita la giusta sintonia si avrà la possibilità di portare il soggetto nel proprio mondo¹³.

Tra i vari parametri non verbali sui quali ci si può sincronizzare rientrano: la sincronizzazione posturale,

¹² Roberti A., Belotti C., Caterino L., *Comunicazione Medico-Paziente*, NLP Italy, BG 2006.

¹³ "Nuovo libro intero", PNL3, www.neurolinguistic.com, dispense del corso dell'istituto NLP International / ISI-CNV, Association Europeenne PNL.

gestuale, vocale, micro-comportamentale (testa, viso, respirazione) ecc.

Naturalmente è consigliato “ricalcare” utilizzando i parametri paraverbali del paziente (poiché il paziente sovente è sdraiato nel letto e l’infermiere in piedi).

È importante che l’infermiere impari a sincronizzarsi sul paraverbale del paziente perché in questo modo costruirà uno stretto legame a livello conscio e inconscio col paziente stesso che si sentirà capito e ascoltato.

Il tono, il volume, il flusso e il ritmo della voce sono la base della sincronizzazione paraverbale che permette di stabilire un ponte comunicativo col paziente.

Una volta stabilita questa base è il caso di migliorare ancora il rapporto attraverso il ricalco linguistico.

5. Ricalco linguistico

È noto che gli esseri umani hanno esperienza di se stessi e del mondo attraverso i 5 sensi o modalità sensoriali (vista, udito, tatto, olfatto e gusto).

Se immaginassimo di essere in un’area urbana di traffico intenso, in un momento in cui i clacson delle auto impediscono di udire quello che dice la persona accanto a noi, o di essere a casa di un amico ed essere colti da un black out di notte, molto probabilmente l’esperienza della realtà risulterebbe profondamente modificata. Mancherebbe una piena percezione auditiva e visiva di quanto sta accadendo nel mondo circostante.

Questo avviene perché le persone, attraverso i 5 sensi: decodificano, organizzano e immagazzinano

i dati e gli impulsi che arrivano dalla realtà esterna. Le modalità sensoriali in PNL vengono anche definite “sistemi rappresentazionali” poiché si riferiscono al modo in cui le persone rappresentano la realtà a loro stesse.

Per l’infermiere è utile comprendere i processi attivati dal paziente per interpretare gli eventi, i comportamenti e le esperienze, e come reagisce ad essi, o meglio, quale rappresentazione ne dà.

Identificare i sistemi rappresentazionali usati dal paziente è uno dei modi che ha l’infermiere per avvicinarsi a comprendere la mappa della realtà del suo interlocutore.

Ogni persona utilizza uno o più sistemi rappresentazionali in modo prevalente rispetto ad altri (e quindi privilegia la modalità visiva, auditiva, tattile, olfattiva e gustativa) a seconda del momento che sta vivendo, dell’esperienza che sta facendo, delle condizioni fisiche e psicologiche in cui si trova e così via.

Per l’infermiere può essere molto funzionale individuare il sistema rappresentazionale che il paziente utilizza maggiormente, quando si rapportano, in modo da adattare di conseguenza, la propria comunicazione.

L’infermiere è chiamato a svolgere almeno due attività importanti sulle modalità sensoriali del paziente:

- 1) individuare il sistema rappresentazionale utilizzato in modo prevalente dal paziente;
- 2) adeguare la propria comunicazione a quella dell’interlocutore.

Comprendere se il paziente stia elaborando le informazioni utilizzando immagini, suoni o sensazioni è uno strumento ulteriore per riuscire a “connettersi” con lui: vale a dire, per fargli sentire che viene ascoltato, compreso, seguito, e quindi per renderlo più disponibile a collaborare attivamente ad una rapida risoluzione del problema, migliorando sensibilmente la compliance e l’aderence terapeutica.

Infatti, la mancata aderenza ai trattamenti prescritti è la più frequente causa di fallimento terapeutico ed accresce significativamente il rischio di progressione della malattia¹⁴.

È stato ampiamente documentato che per agire un comportamento aderente non è sufficiente avere informazioni sui rischi e i benefici di quel comportamento¹⁵.

Come può l’infermiere riuscire a capire quale sia la modalità sensoriale primaria del paziente in un determinato momento? Semplicemente, facendo attenzione alle parole, al modo di muoversi e di respirare¹⁶, alla tonalità, al ritmo della voce e al linguaggio corporeo (compresi i LEM¹⁷) a cui ricorre il suo interlocutore per trasmettere i propri pensieri.

Se l’infermiere, nell’instaurare un rapporto comunicativo col paziente, non tiene conto di questa possibilità non riuscirà a creare un eccellente rapporto empatico col paziente. Infatti se l’infermiere predilige

¹⁴ Vittinghoff E., Scheer S., O’Malley P., Colfax G., Holberg SD., Burchbinder SP., *Combination antiretroviral therapy and recent declines in AIDS incidence and mortality*, Journal of Infection Diseases, 179, 717-720, 1999.

¹⁵ Ley P., *Communicating with Patients. Improving communication, satisfaction and compliance*, Chapman and Hall, London 1988.

¹⁶ James T., Shepard D, *Comunicare in pubblico magicamente*, NLP Italy, BG 2004.

¹⁷ LEM, “Lateral Eyes Movements”. Bidot N., Morat B., *80 giorni per capirsi*, Xenia edizioni, Milano 1994..

il sistema visivo e il paziente, invece, predilige il cinestesico¹⁸ avranno seri problemi comunicativi.

Se invece gli operatori sanitari terranno conto di questa possibilità avranno la flessibilità necessaria per instaurare un rapporto sano e costruttivo col paziente e avranno la possibilità di guidare il paziente durante il suo percorso di guarigione.

6. L'esperienza

Durante l'anno accademico 2006/2007 l'Università Campus Bio-Medico di Roma ha attivato nel corso di Scienze Umane 1 per il primo anno di Dietistica e di Infermieristica una serie di lezioni basate sull'apprendimento e sull'esperienza concreta delle tecniche di comunicazione di base, volte a stabilire un celere ed efficace rapporto coi pazienti.

Sono state effettuate 5 lezioni con argomento principale la comunicazione e le tecniche di Pnl utili per stabilire rapporto. Durante queste 5 lezioni si sono affrontati i modelli e gli assiomi della comunicazione. Gli studenti sono stati formati all'utilizzo della sincronizzazione non verbale e paraverbale con un ottimo feedback da parte di questi ultimi.

Da questa esperienza è risultato che è utile per gli infermieri imparare a sincronizzarsi a livello del paraverbale e del verbale, in quanto come fatto notare dagli allievi stessi, loro sono in contatto con i pazienti spesso e volentieri in posizioni non facili da ricalcare a livello di postura globale. Soluzione a questo problema è la sincronizzazione a livello gestuale, micro-comportamentale, paraverbale e verbale (ricalco linguistico).

¹⁸ *Kinesthetic*, tatto, gusto, olfatto, sensazioni in genere. Roberti A., Belotti C., Caterino L., *Comunicazione Medico-Paziente*, NLP Italy, BG 2006.

7. Livelli neurologici

Allo stato attuale della formazione universitaria si è al punto che la comunicazione con il paziente è parte ordinaria del corso di studi, ma è necessario iniziare ad estendere l'orizzonte.

A livello comunicativo estendere il proprio orizzonte vuol dire che, se fino ad oggi il compito dell'infermiere era stabilire un buon contatto empatico con il paziente ora è necessario fare un balzo in avanti.

L'evoluzione della comunicazione degli ultimi anni ci porta a riflettere sul fatto che la comunicazione si può stabilire a vari livelli.

Dato per assodato che l'infermiere sappia stabilire uno stretto legame a livello conscio e inconscio con il paziente si vuol portare l'attenzione alla comunicazione terapeutica con il paziente.

Si è accennato ai vari livelli di comunicazione, ora vediamo cosa sono.

Semplificando il discorso si può dire che il cervello oltre ad essere stratificato orizzontalmente in tre parti (emisfero destro, sinistro e corpo calloso) è anche stratificato verticalmente.

A questa teoria è stata data il nome di "Teoria dell'evoluzione stratificata"¹⁹, essa si basa, oltre che sul "Darwinismo", sull'applicazione al sistema nervoso della legge di E. Haeckel²⁰

¹⁹ Dispensa di Stratificazione cerebrale, P.n.e.a.p. Avalon centro studi Tao Lung, Roma, 2003.

²⁰ Ernst Heinrich Haeckel nacque a Potsdam il 16 febbraio del 1834. Naturalista e filosofo tedesco. Insegnò nell'università di Jena, dal 1862 anatomia comparata, e dal 1865 zoologia. Tra le sue opere: *Morfologia generale degli organismi* (1866); *Storia naturale della creazione* (1868); *L'antropogenia* (1874); *Libera scienza e libera religione* (1878); *Filogenia sistematica* (1894-96); *Gli enigmi dell'universo* (1899).

Questa "legge biogenetica fondamentale", afferma che l'ontogenesi²¹, cioè lo sviluppo dell'individuo, è una ricapitolazione abbreviata e parziale della filogenesi, cioè della storia evolutiva della specie a cui l'individuo stesso appartiene²².

L'ontogenesi dell'individuo e la filogenesi delle stirpe a cui esso appartiene, stanno fra loro nel più intimo rapporto causale. La storia del germe è un riassunto della storia della stirpe, o, con altre parole, l'ontogenesi è una ricapitolazione della filogenesi.

Così per esempio, nel bambino di un anno maturano²³ le stesse strutture che, filogeneticamente, compaiono nelle scimmie.

Ne deriva che il comportamento sarà di volta in volta governato da strutture nervose, o "centri", simili a quelle che nelle diverse fasi filogenetiche hanno presieduto al comportamento dei nostri progenitori (invertebrati, cordati, pesci primitivi, anfibi ecc.).

All'insieme delle strutture attive in ciascuna fase dell'evoluzione onto-filogenetica si è dato il nome di "livello".

I livelli via via che si formano, si stratificano nel cervello.

Resi inattivi dal formarsi di un livello più recente (ai cui centri le strutture inferiori "consegnano" la loro funzione), essi possono tuttavia tornare in attività (con la riconsegna delle funzioni stesse) qualora si verificano situazioni particolari²⁴.

Un livello rappresenta l'insieme delle strutture, o centri, che sovrintendono a funzioni mancanti nei

²¹ <http://users.unimi.it/~ferragu/haeckel.htm>

²² <http://www.ildiogene.it/EncyPages/Ency=HaeckelE.html>

²³ Maturano e non si formano, poiché sono già formate.

²⁴ Oliverio A., *Biologia e comportamento*, Zanichelli, Bologna 1982.

livelli precedenti (ad esempio, nei livelli pre-umani la funzione del linguaggio verbale manca).

Nel livello, sono anche presenti strutture che non appartengono esclusivamente ad esso, ma sono invece comuni a più livelli: si tratta di centri chiamati “integrati”, e che controllano funzioni non modificate dall’evoluzione.

Pur appartenendo geneticamente ad un livello arcaico, il centro integrato non viene ad essere inibito dalla maturazione di strutture proprie di un livello superiore, ma è eccitato dagli stessi stimoli che eccitano i suoi nuovi “compagni”, cioè le strutture del livello superiore.

Quindi, a seconda del livello attivo in quel particolare momento, il comportamento cui il centro integrato darà luogo sarà diverso.

Si ponga il caso del livello attivo che sovrintende all’affettività legata agli stimoli esterni, cioè le emozioni che una situazione ambientale suscita.

Questo centro integrato, risale alla prima infanzia, ma via via che nell’encefalo si formano nuovi livelli, esso viene chiamato a farne parte.

È grazie all’attività di questo centro che si è in grado di stabilire se uno stimolo (esterno) è gradevole o sgradevole.

Ad esempio, se si vede un leone in gabbia, si resta calmi, se invece si vede un leone fuggito dallo zoo, lo spavento sarà enorme²⁵.

Renato Balbi²⁶ afferma che il cervello è stratificato in 3 “Superstrati” (o livelli), ognuno composto da 7 sottostrati²⁷.

²⁵ <http://www.lucioesce.net/zoologia/ricapit.html>

²⁶ Renato Balbi, docente di clinica neurologica alla prima Università di Napoli, autore di “Evoluzione Stratificata” Edizioni scientifiche italiane, 1965.

²⁷ Balbi C., Balbi R., *Lungo viaggio al centro del cervello*, Laterza, Bari, 1981.

- a) Primo Superstrato: nell'ontogenesi (lo sviluppo dell'individuo) esso va dalla terza settimana dal concepimento alla nascita, il suo obiettivo è la sopravvivenza dell'individuo;
- b) Secondo Superstrato: va dalla nascita al XIV° mese di vita, l'obiettivo è la ricerca del piacere;
- c) Terzo Superstrato (dal XIV° mese al XIV° anno di vita), l'obiettivo è l'utile ed il giusto.

Con questo livello, l'evoluzione ontogenetica ha termine, l'ontogenesi ha raggiunto la filogenesi²⁸. Poiché l'evoluzione post-puberale, non riguarda più la specie, ma solo l'individuo, si definiscono livelli "extra" quelli che si aprono dopo il raggiungimento della pubertà.

Nella PNL c'è corrispondenza tra la stratificazione cerebrale ed i livelli logici di pensiero di R. Dilts²⁹.

Il Dottor Robert Dilts³⁰ è uno dei massimi esperti mondiali di PNL, egli ha ideato un modello nel quale si afferma che ci sono 6 livelli neurologici di comportamento che possono così essere riassunti:

1. Ambiente: risponde alle domande: dove? Quando? Quanto?
2. Comportamento/automatismi: cosa?
3. Attitudine: nel passato cosa hai fatto? Con cosa? Che cosa è successo?

²⁸ La concezione di Ernst Haeckel (1834-1919) può essere definita "monismo materialista", nel senso che riconduce a un unico principio la radice dell'opposizione tra materialismo e spiritualismo: tale principio è la sostanza, di cui la materia e la forza non sono altro che attributi. La legge di conservazione della materia (Lavoisier) e quella della conservazione della forza (Mayer) trovano così l'unificazione nella "legge delle sostanze", cioè dell'unità e della continuità della realtà. Il monismo di Haeckel si caratterizza successivamente in senso decisamente evolucionistico con la "legge biogenetica fondamentale" (cfr. il saggio *Morfologia generale degli organismi* 1866).

²⁹ Dilts R. è uno dei maggiori esponenti della PNL mondiale. È stato per lungo tempo studente e collega di R. Bandler e J. Grinder. Ha inoltre studiato personalmente Milton H. Erickson M.D. e Gregory Bateson.

³⁰ Dilts R., *I livelli di pensiero. Come lavorare in profondità con la PNL per arricchire l'esperienza della vita*, Alessio Roberti Editore, Urganano (Bg), 2003.

4. Sistemi di credenze e valori: perché è importante per te? Cosa significa emozionalmente ciò?
5. Mission/identità, forme matrici: contiene il “modo” con il quale raggiungere la “vision”. “Come fare ciò?”.
6. Vision/scopo: visione di sé nel futuro, risponde alla domanda: “Cosa fare?”.

Secondo tale modello, ogni esperienza umana può essere considerata attraverso sei diversi livelli neurologici, che sono definiti tali in quanto sono connessi con la neurologia.

Si può rendere l'idea con un esempio: una parete è l'ambiente, un quadro è il comportamento, il filo che tiene il quadro sono le credenze e il chiodo sul quale poggia sono i valori (IV°, V° e VI° livello sono definiti “mentali”, perché non ancora stratificati nel cervello).

6° Livello Vision/Scopo: corrisponde alla visione del futuro, è importante per gli infermieri sapere che spesso i pazienti quando vengono in ospedale sono sottoposti ad un disallineamento dei propri livelli, l'ambiente non è quello di casa, i comportamenti sono ridotti e diversi da quelli abituali, ecc. soprattutto molto spesso i pazienti non hanno una propria visione del futuro, ossia non riescono a vedersi, sentirsi e percepirsi in una situazione futura ed in perfetta forma fisica. Se l'infermiere imparasse a stimolare questa visione del futuro, i pazienti sarebbero motivati a guarire più in fretta e a rispettare l'aderenza alla terapia farmacologia. La visione del

futuro può essere estrapolata³¹ tramite l'Obiettivo Ben Formato³², e risponde alle domande: “Per chi? Per cosa? Cos'altro?”

La visione del futuro può essere di vario tipo: a) Microvisione: essa deriva dall'*avere*, è relativa ai primi tre livelli neurologici, ad esempio: comprare una casa, una macchina ecc. b) Macrovisione: è relativa all'*essere*, ad esempio: stare bene, amare, farsi una famiglia ecc. c) Metavisione: riguarda il fare, i propositi e le aspirazioni relative a noi e al mondo.

5) *Mission/Identità*: descrive la propria identità, il senso del sé da cui deriva il proprio ruolo nella società. Dal punto di vista neurologico l'identità è percepita attraverso il sistema immunitario ed endocrino³³, risponde alle domande: “Chi? Come faccio a farlo?”.

4) *Valori e credenze*: i valori descrivono ciò che è più importante per un individuo e che gli dà la forza di automotivarsi. Dal punto di vista neurologico i valori sono connessi al sistema nervoso autonomo. Si estrapolano tramite la domanda: “Perché è importante per te raggiungere l'obiettivo?” Le credenze descrivono le convinzioni più profonde che sostengono le capacità e i comportamenti. Dal punto di vista neurologico le credenze sono elaborate dal sistema nervoso autonomo, rispondono alla domanda:

³¹ L'estrapolazione della Visione è un procedimento più complesso di come viene presentato in questo articolo. Per motivi tecnici di brevità e di divulgazione si è deciso di presentare la più accessibile forma dell'Obiettivo Ben Formato. Per approfondimenti sull'argomento si rimanda a: Benouski B., Santilli R., Quintarelli L., *L'arte di trasformare i desideri in risultati. Come realizzare le proprie aspirazioni con la guida di un moderno Aladino, esperto di PNL*, FrancoAngeli, 2002 e a Dilts R. B., *I livelli di pensiero. Come lavorare in profondità con la PNL per arricchire l'esperienza della vita*, NLP Italy, Urgnano (Bg), 2003.

³² L'O.B.F. consiste nel far porre, all'interlocutore, un obiettivo da raggiungere e si verifica che esso risponda ai requisiti Smart, Pepsì e Pre: Semplice, Misurabile, Arrivabile, Ragionevole, Tempo. Positivo linguisticamente, Emozionale, Presente, Sensoriale e Immaginario. Primo passo, Responsabilità, Ecologico.

³³ Granchi G., Pirovano F., “*PNL, comunicare per vendere*”, De Vecchi Editore, Milano, 2002.

“Quali sono i requisiti indispensabili affinché tu sia un eccellente...?”.

3) *Capacità, ricerca di ciò che è utile e giusto*: descrive le capacità e le strategie che consentono di mettere in atto i propri comportamenti nell’ambiente in cui si opera. Dal punto di vista neurologico la capacità è connessa al sistema corticale mentre la ricerca dell’utile e del giusto corrisponde al III° Livello cerebrale. Rispondono alla domanda: “Quali capacità ti sono utili per raggiungere l’obiettivo?”.

2) *Comportamenti e ricerca del piacere*: descrive le azioni ed i comportamenti che si mettono in atto per agire nell’ambiente descritto dal livello precedente, dal punto di vista neurologico i comportamenti sono connessi al sistema motorio e nel cervello corrisponde al II° Livello o ricerca del piacere. Rispondono alla domanda: “Quali azioni e automatismi metti e metterai in atto per raggiungere la tua visione del futuro (o il tuo obiettivo)?”.

1) *Ambiente e sopravvivenza*: questo primo livello descrive il contesto e la cornice temporale nella quale si opera, dal punto di vista neurologico l’ambiente è percepito attraverso il sistema nervoso periferico. Inoltre questo primo livello fa riferimento al primo livello cerebrale ed il suo obiettivo è la sopravvivenza dell’individuo. Risponde alla domanda “Di quale ambiente hai bisogno per raggiungere il tuo obiettivo, attraverso la tua missione, spinto dai tuoi valori, con le credenze, le capacità e i tuoi comportamenti?”.

In genere una persona mediamente sana ha anche sani i primi tre livelli, mentre una persona che sta bene, inteso a livello olistico, ha tutti e sei i livelli sani ed allineati.

Infatti mentre il concetto di salute riguarda i primi tre livelli è importante considerare che anche gli altri livelli sono importanti perché influenzano considerevolmente lo stato psicofisico dell'individuo.

Una volta comprese le caratteristiche fondamentali di ciascun livello neurologico, probabilmente ci si starà chiedendo quali siano le relazioni tra di essi.

Non tutti i livelli hanno la stessa importanza, alcuni hanno un impatto maggiore rispetto ad altri.

La visione, che opera su un livello astratto, rappresenta lo scenario futuro entro il quale si pensa e ci si vuole muovere, da essa dipende l'identità e la mission cioè come fare a raggiungerla. L'identità è il livello da cui dipendono i valori e le credenze di ogni individuo. A loro volta i valori e le credenze influenzano le capacità e i comportamenti che ogni persona mette in atto nell'ambiente in cui vive.

Usando un'analogia con un viaggio in motocicletta, si può considerare la visione come la meta del viaggio, la missione come la strada più adatta per arrivare alla meta e i valori come la benzina che alimenta il motore della motocicletta. E' da tenere presente che un cambiamento a un livello superiore comporta sempre dei cambiamenti ai livelli inferiori. Per esempio, un cambiamento delle credenze di un paziente influirà sui suoi comportamenti e sulle sue azioni.

Un cambiamento a un livello superiore (per esempio della visione del futuro del paziente) anche se più astratto di quello inferiore (per esempio ambiente) esercita un impatto maggiore sull'individuo. Lo stato d'animo ottimale si raggiunge quando tutti i livelli neurologici sono perfettamente allineati.

Naturalmente non si richiede all'infermiere di saper ristrutturare i blocchi dei pazienti sui vari livelli

(anche se sarebbe molto utile) ma rientra nei compiti etici dell'infermiere sapere che si può motivare un paziente aiutandolo a crearsi una nuova visione del futuro (positiva ed ecologicamente sana).

Per fare ciò è necessario avere estrema confidenza con le tecniche di PNL per poter agire in pochi minuti o magari anche solo facendo la domanda giusta al momento giusto.

Tab. 3

Livello	Domanda di estrapolazione
6 Vision	Obiettivo Ben Formato. Cos'altro? Per chi? Per Cosa?
5 Mission/Identità	Chi? Come fai a farlo?
4 Valori e Credenze	Perché è importante per te? Quali sono i requisiti indispensabili affinché tu sia un eccellente...? Che cosa deve concretamente esserci o accadere affinché tu sia...?
3 Capacità mentali, utile e giusto	Quali capacità ti sono utili per raggiungere l'obiettivo ...?
2 Azioni-automatismi e ricerca del piacere	Quali azioni e automatismi metti e metterai in atto per raggiungere l'obiettivo ...?

<p>1</p> <p>Ambiente e sopravvivenza</p>	<p>Di quale ambiente hai bisogno per raggiungere il tuo obiettivo?</p> <p>C'è qualcosa o qualcuno che non è disposto ad accettare questo tuo cambiamento?</p>
--	---

8. Conclusioni

Da alcuni anni una nuova consapevolezza dell'utilità di un'istruzione specifica di tutti gli operatori della salute, che vada nella direzione di creare dei professionisti della comunicazione, sta prendendo lentamente piede negli istituti formativi, anche se c'è molto da fare in questo senso.

Nel rapporto col paziente, i modi e i contenuti della comunicazione hanno una delicatezza e un peso maggiore rispetto a quasi tutte le altre interazioni comunicative di tipo professionale.

Gli operatori della salute, infatti, forniscono informazioni che trasformano tutti i giorni la vita di migliaia di persone nel mondo³⁴: notizie sullo stato di salute, sulle possibilità di guarigione, sulla morte, sulle aspettative di vita, sul decorso di malattie note o poco conosciute, sull'aderenza alla terapia farmacologica. L'ambito sanitario è quello in cui la capacità di comunicare una diagnosi o un percorso di trattamento senza provocare traumi e sofferenze inutili dovrebbe diventare un'arte.

Coltivare quest'arte dovrebbe diventare un dovere della comunità scientifica verso i pazienti e verso la società tutta.

³⁴ Waitzkin H., *Doctor-Patient communication. Clinical implications of social scientific research*, Journal of the American Medical Association, Nov 2, 252 (17): 2441-6, 1984.

Bibliografia

Balbi C., Balbi R., *Lungo viaggio al centro del cervello*, Laterza, Bari, 1981.

Benouski B., Santilli R., Quintarelli L., *L'arte di trasformare i desideri in risultati. Come realizzare le proprie aspirazioni con la guida di un moderno Aladino, esperto di PNL*, FrancoAngeli, 2002.

Bidot N., Morat B., *80 giorni per capirsi*, Xenia edizioni, Milano 1994.

Christensen J.F., Levinson W., Grinder M., *Application of neurolinguistic programming to medicine*, J. Gen. Intern. Med., November-December, 5 (6): 522-7, 1990.

Dilts R. B., *I livelli di pensiero. Come lavorare in profondità con la PNL per arricchire l'esperienza della vita*, Alessio Roberti Editore, Urganò (Bg), 2003.

Granchi G., Pirovano F., "PNL, comunicare per vendere", De Vecchi Editore, Milano, 2002.

James T., Shepard D., *Comunicare in pubblico magicamente*, NLP Italy, BG 2004.

Kaplowitz G.J., *Communicating with patients using NLP*, Gen. Dent., July-August, 47(4): 399-403, 1999.

Ley P., *Communicating with Patients. Improving communication, satisfaction and compliance*, Chapman and Hall, London 1988.

Mehrabian A., *Nonverbal Communication*, Chicago, Aldine Publishing Co., 1972.

Oliverio A., *Biologia e comportamento*, Zanichelli, Bologna 1982.

Roberti A., Belotti C., Caterino L., *Comunicazione Medico-Paziente*, NLP Italy, BG 2006.

Vittinghoff E., Scheer S., O'Malley P., Colfax G., Holberg SD., Burchbinder SP., *Combination antiretroviral therapy and recent declines in AIDS incidence and mortality*, Journal of Infection Diseases, 179, 717-720, 1999.

Waitzkin H., *Doctor-Patient communication. Clinical implications of social scientific research*, Journal of the American Medical Association, Nov 2, 252 (17): 2441-6, 1984.

Walker, Lewis, *Consulting with NLP*, Radcliffe Medical Press, 2002.