



Alain Moenaert

# Le 12 TAPPE DELLA GUARIGIONE

Come attivare la trasformazione  
che porta dalla malattia alla salute

**Il segreto delle guarigioni eccezionali**

EDIZIONI IL PUNTO D'INCONTRO

**Alain Moenaert**

# **LE DODICI TAPPE DELLA GUARIGIONE**

**Come attivare la trasformazione che  
porta dalla malattia alla salute  
Il segreto delle guarigioni eccezionali**

 **EDIZIONI  
IL PUNTO  
D'INCONTRO**

## Indice

Premessa.....	9
Introduzione .....	11
<i>Le dodici tappe della guarigione.....</i>	<i>17</i>
1. Accettare la diagnosi, rifiutare la prognosi.....	19
<i>Lo shock della diagnosi.....</i>	<i>27</i>
<i>Tranquillizza il tuo sistema nervoso autonomo.....</i>	<i>30</i>
2. Reinquadrare la catastrofe come un dono .....	37
<i>Archetipi della trasformazione .....</i>	<i>43</i>
3. Assumersi le proprie responsabilità nella creazione del problema.....	47
4. Diventare la persona più importante .....	57
5. Costruire un obiettivo irresistibile .....	61
<i>Creare un obiettivo .....</i>	<i>65</i>
6. Comprendere il messaggio.....	71
<i>Chiedi all'inconscio.....</i>	<i>82</i>
7. Liquidare il passato.....	85
<i>Convinzioni inconscie e problemi di salute.....</i>	<i>86</i>
<i>Struttura della presunzione di adattamento .....</i>	<i>91</i>
<i>Sistema di convinzioni .....</i>	<i>93</i>
<i>Descrizione di un reimpenting.....</i>	<i>97</i>
<i>Convinzioni, obiettivi ed emozioni .....</i>	<i>101</i>

8. Perdonare .....	115
<i>Un utile modello di tecnica di perdono tratto dalla tradizione buddhista</i> .....	122
<i>Ventilazione</i> .....	124
<i>Perdona un po' di più</i> .....	126
9. Lasciare la presa .....	129
<i>Lasciare la presa</i> .....	136
<i>Collegarsi in modo diverso</i> .....	143
10. Sviluppare riferimenti interiori .....	161
<i>Desiderata</i> .....	164
11. Connessione spirituale .....	167
<i>Silenzio interiore</i> .....	169
<i>Metafore di guarigione</i> .....	173
12. Vivere la propria vita .....	179
<i>I successi... e i fallimenti</i> .....	180
Bibliografia .....	185
Appendice 1 .....	191
<i>Influsso delle emozioni sulla patologia</i> .....	191
<i>Influsso dei pensieri e delle convinzioni</i> .....	194
<i>Influenze non locali tra esseri umani, virus e macchine</i> .....	200
<i>Modelli animali</i> .....	201
Appendice 2 .....	203
<i>Che cos'è un cofattore?</i> .....	203
<i>Elenco dei diciannove cofattori</i> .....	205
Pubblicazioni .....	207
Ringraziamenti .....	217
Nota sull'autore .....	219

# **LE DODICI TAPPE DELLA GUARIGIONE**

## Premessa

Interrogando dei sieropositivi tornati in piena salute e ancora sani quindici anni dopo aver interrotto il trattamento medico, abbiamo individuato alcune costanti nel loro percorso.

Queste tappe non si proponevano sempre esattamente nel medesimo ordine, ma erano presenti in tutti i reduci da una “guarigione stupefacente”.

Con qualche variante, nel corso di ulteriori studi abbiamo riscontrato le stesse fasi per “sopravvissuti eccezionali” a patologie che implicavano pericolo di vita.

La “scelta” di un tipo di cancro o di un organo in particolare risponde sempre a una logica precisa, benché generalmente inconscia.

Ogni volta che presento il risultato di queste ricerche, in occasione di una conferenza, ricevo testimonianze di persone che mi dicono: “Lei ha messo le parole giuste sul mio percorso. Se io le avessi udite all’inizio, mi sarebbero state di enorme aiuto”.

Il libro che hai tra le mani è una risposta a questa osservazione.

Presenterò qui le dodici tappe nei dettagli e, quando possibile, suggerirò un esercizio o pratica che possa essere di aiuto in quella determinata fase del processo. Questo testo è

stato scritto per la persona afflitta da un problema di salute, al fine di indicarle un cammino.

In seguito ne verrà pubblicato un altro, destinato ai professionisti desiderosi di utilizzare l'approccio che qui sviluppiamo, oltre che a quanti hanno bisogno di una trattazione scientifica più rigorosamente documentata.

## Introduzione

Affinché ciò che segue abbia un senso, dobbiamo accettare il fatto che, al contrario delle idee fin troppo spesso passivamente accettate nell'ambito della comunità medica, lo spirito influisce sul corpo e viceversa.

La letteratura medica ha gradualmente ammesso che lo spirito può esercitare un impatto sull'insorgenza delle patologie.

In tal modo, i cardiologi hanno evidenziato persone con un profilo psicologico di tipo A, B o C, più o meno a rischio di essere colpite da infarto.

Se la comunità medica sembra accettare l'influsso negativo della psiche sul corpo, trova però molto più difficile accogliere l'idea che essa possa avere effetti positivi sulla guarigione.

Sotto questo aspetto l'utilizzo dei placebo è rivelatore perché, nell'ambito della ricerca medica, mira unicamente a screditare il valore terapeutico di una molecola, se quest'ultima non si comporta meglio del placebo stesso.

Ora, modificando il punto di vista, ciò che qui sostanzialmente ci interessa è l'indubbia esistenza dell'effetto placebo.

Per ironia, è proprio questo il farmaco più studiato al mondo, e in numerose patologie: la sua efficacia si rivela

uguale o superiore a molti trattamenti comunemente utilizzati.

Ciò che il placebo mette in risalto è lo straordinario potere di autoguarigione del corpo, che reagisce ai nostri pensieri, emozioni, credenze e convinzioni. È un fenomeno ben documentato.

A titolo di esempio, quando il medico e il paziente credono in maniera coerente nella pertinenza ed efficacia di un placebo, lo stato del paziente migliora nel 72 per cento dei casi, percentuale che diventa del 60 per cento se il paziente crede e il medico dubita, per scendere al 38 per cento se il paziente dubita e il medico crede e al 17 per cento nel caso di scetticismo di entrambi.

Se si considera la letteratura scientifica degli ultimi quindici anni, si trovano oggi più di 1.800 pubblicazioni che attestano l'influenza dei nostri pensieri sulla materia, tanto inerte quanto viva.

È giocoforza riconoscere che la maggior parte di tali testimonianze non proviene da riviste mediche, bensì da altre pubblicazioni scientifiche.

Oggi possiamo classificare queste influenze dimostrate in tre grandi categorie:

- influenze micro-locali: è l'influenza locale dei pensieri, stati emotivi o credenze sul mio corpo e sul suo stato di salute, oppure sull'insorgenza della malattia;
- influenze locali: i pensieri, le convinzioni e le emozioni della cerchia di persone a me più vicina, del mio medico, del team terapeutico o della mia cultura esercitano un impatto talora non trascurabile sulla guarigione;
- influenze non-locali: i pensieri e le emozioni di persone

senza contatto diretto, talvolta a grande distanza, sembrano avere anch'esse un influsso dimostrato.

Quest'ultimo tipo è evidentemente il più difficile da accettare nel paradigma scientifico materialistico. Tuttavia, la semplice onestà ci costringe ad ammettere il fatto, abbondantemente dimostrato da una quantità di studi, perfino quando non ne comprendiamo ancora i meccanismi.

In tal modo, le reazioni positive delle colture di cellule cancerose all'amore inviato a distanza ci indicano che sarebbe bene rivedere il nostro modello epistemologico, che comprende solo l'impatto di sostanze materiali dirette.

Attualmente, tutto sembra indicare che i presupposti cartesiani di separazione tra corpo e spirito non siano altro che un'illusione.

Illusione che non trova riscontro nelle prove contrarie che diventano di giorno in giorno sempre più numerose.

Se teniamo presente che una verità scientifica non è altro che la migliore spiegazione che possiamo produrre attualmente per interpretare e predire degli eventi, è giocoforza constatare che la nostra visione materialistica non permette di chiarire un numero crescente di fenomeni osservati al di fuori di ogni spiegazione, come le guarigioni straordinarie di persone condannate dalla medicina a una fine imminente, guarigioni del tutto prive di una giustificazione medica.

È giunto il momento, quindi, di ampliare il nostro quadro epistemologico.

Oggi possiamo tentare una nuova e più vasta approssimazione teorica, che permetterebbe di includere i fenomeni di "guarigioni miracolose".

Allo stesso modo in cui il ghiaccio, l'acqua e il vapore

sono stati diversi di una stessa molecola d'acqua, mente, pensieri, convinzioni, emozioni e materia possono essere considerati stati differenti di una stessa realtà che manifestano relazioni di influenza o interferenza.

I nuovi approcci ci consentono di intravedere immense possibilità di sviluppo delle pratiche terapeutiche.

Il lavoro psicosomatico o psicoimmunitario si inserisce in questo nuovo quadro epistemologico che si ricongiunge con moltissime pratiche tradizionali millenarie.

Tuttavia, è essenziale mantenere una giusta umiltà, perché sono molto più numerose le cose che non comprendiamo rispetto a quelle che cominciamo solo ora a capire.

Evitiamo qualsiasi trionfalismo o assolutismo in rapporto ad altri approcci. Questi ultimi hanno tutti qualcosa da insegnare, senza alcun dogmatismo esclusivo.

Nel presente libro mi concentrerò unicamente sulla parte psicologica del lavoro, e questo sarà il mio particolare contributo.

Ciò non significa, tuttavia, che non sia necessario ricorrere alle risorse della medicina classica in caso di problemi: al contrario.

Di fronte alla sfida rappresentata da una patologia potenzialmente mortale, è bene utilizzare tutto ciò che può esserci di ausilio: farmacopea, nutrizione, cure energetiche, rilassamento, visualizzazioni e così via hanno tutte dimostrato di poter esercitare un influsso talvolta decisivo sullo stato di salute del paziente.

Tuttavia, come per lo stelo di paglia che finisce per far cadere un cammello carico di sacchi, spesso è difficile capire che cosa ha fatto la differenza.

Da un punto di vista scientifico è irritante, mentre dalla

prospettiva del paziente non è importante: basta che funzioni.

Per me, come praticante che affronta problemi umani reali, la misura della verità è l'efficacia.

Se funziona, vuol dire che è vero... pur senza essere ancora scientificamente dimostrato.

Per coloro che hanno assolutamente bisogno di sapere che quanto sviluppo in questo libro è confortato da ricerche serie, rinvio alla monumentale opera di Ernst Rossi *La psicobiologia della guarigione psicofisica*. L'autore ha compiuto un'opera da benedettino per collazionare gli studi scientifici che convalidano il legame corpo-mente, alla quale va aggiunta la compilazione di Jeffrey Leiphart sui cofattori della guarigione che troverai alla fine dell'opera.

Tali legami sono abbondantemente dimostrati, anche se non ne comprendiamo ancora i meccanismi interni. Oggi sappiamo che la neurologia, il sistema immunitario e il sistema ormonale (per citarne solo alcuni) operano in interazione e comunicazione costante. Il rigoroso lavoro di Candace Pert sulle comunicazioni peptidiche, divulgato nel suo libro *Molecole di emozioni*, fornisce una base scientifica a ciò che ormai consideriamo un'integrazione e un supersistema alla base della guarigione.

Questo libro si focalizza sulle componenti psicologiche della guarigione, quali sono state individuate nei nostri sopravvissuti eccezionali. Esso non aspira a sostituirsi in nessun caso a un controllo medico necessario, né pretende che la guarigione sia "soltanto" una storia psicologica. Altri autori hanno già sviluppato gli aspetti farmacologici, nutrizionali, energetici, ambientali o di igiene di vita. Sull'argomento, rinvio all'eccellente libro di David Servan Schreiber

*Guarire*, nonché a quello di Guy Corneau *La cura è in te*, per nominare soltanto due tra i più recenti.

Come è d'uso in casi analoghi, i nomi delle persone citate negli esempi forniti sono stati cambiati (a eccezione di Gregg Lemond), al pari di alcuni dettagli di vita che avrebbero consentito di identificarle. Qualche storia è in realtà una combinazione di particolari presi dalla vita di personaggi diversi per ragioni dimostrative.

Pertanto, il libro è costruito sulle dodici tappe che abbiamo identificato nei casi di sopravvivenuti eccezionali.

## **Le dodici tappe della guarigione**

1. Accettare la diagnosi
2. Rifiutare la prognosi
3. Reinquadrare la catastrofe come un'opportunità
4. Diventare la persona più importante del proprio universo
5. Assumersi le proprie responsabilità nella creazione del problema
6. Costruire la determinazione
7. Scoprire il messaggio-funzione del sintomo
8. Eliminare dal passato traumi e convinzioni limitanti
9. Sviluppare un presente che soddisfi in modo continuativo
10. Costruire un futuro senza tensioni
11. Sentirsi connessi, sviluppare una pratica spirituale
12. Vivere la propria vita

## Capitolo 1

# Accettare la diagnosi, rifiutare la prognosi

*“Ciò che è, è. Ciò che non è, non è”.*

— SUA SANTITÀ IL DALAI LAMA

**È** una distinzione essenziale che ritroviamo in tutti i sopravvissuti eccezionali: hanno accettato la diagnosi, ma non la prognosi, più o meno infausta, che l’accompagna.

Gregg Lemond, vincitore del Tour de France, fu gravemente ferito in un incidente di caccia. Al suo risveglio, i medici non gli lasciarono alcuna illusione: nel migliore dei casi, avrebbe trascorso il resto della vita su una sedia a rotelle. Gregg Lemond decise di non dare loro credito. Tre anni dopo, vinse di nuovo il Tour de France.

**La diagnosi** è la descrizione del problema così come ti si presenta: tumore, infarto, paralisi, sieropositività ecc.

A condizione che sia fondata e verificata, essa non è altro che una descrizione dei fatti, cioè la verità del momento.

Negare questa verità non aiuta a gestire adeguatamente il problema. La negazione del problema, o più esattamente della sua gravità, può essere utile a breve termine. Alcuni studi mostrano che le persone colpite da infarto che mi-

nimizzano la portata dell'episodio se la cavano meglio di coloro che ne esagerano la gravità. Ciò permette di non cedere al panico e di agire in modo efficace e funzionale per arrivare in ospedale, mentre il panico potrebbe aggravare il problema cardiaco.

La dissociazione dalle sensazioni del corpo è un meccanismo di sopravvivenza a breve termine. Non avvertire il dolore di una grave lesione consente di uscire da una situazione di pericolo immediato. Molti superstiti di catastrofi – incidenti ferroviari, disastri aerei – non si sono resi conto di essere gravemente feriti se non dopo essere riusciti a mettersi al sicuro.

Tuttavia, la salute di coloro che permangono in uno stato di dissociazione finisce per degradarsi progressivamente.

A lungo termine, la negazione non è una strategia valida. Una buona comprensione della sfida alla quale ci troviamo di fronte è importante allo scopo di cominciare a organizzarci per affrontarla, mobilitare le nostre forze al fine di superare il problema. Una rappresentazione adeguata dello stato attuale ci permette di iniziare a elaborare un piano in vista della soluzione.

**La prognosi** è rappresentata dall'aspettativa di vita o dalle conseguenze che la medicina prevede. È un'ipotesi, ma di certo non è la verità, in quanto non configura un fatto accertato. Nessuno conosce il futuro: possiamo solo formulare un'ipotesi, e sicuramente ve ne sono altre possibili. Quando il medico ti dice che ti restano sei mesi da vivere o che sei condannato alla sedia a rotelle per tutta la vita, si tratta di un'ipotesi probabile basata sull'esperienza medica. Più o meno ti dice: questo è quanto probabilmente ti suc-

cederà se noi facciamo ciò che sappiamo fare e che in genere facciamo in casi simili. Ma non ti dice cosa accadrebbe se tu facessi qualche altra cosa.

È una tendenza statistica, e le statistiche non dicono il vero. La probabilità che esse calcolano si basa sui casi più frequenti, ma non su quelli che si allontanano dalla tendenza principale. Le statistiche non sopportano le eccezioni: le eliminano.

Nel 1982, John Ermann si propose di effettuare uno studio sui superstiti “anomali”, quelli ai quali era stata pronosticata una speranza di vita inferiore ai sei mesi, ma che cinque anni dopo erano ancora vivi. Contattò quindi i servizi informatici dei grandi ospedali della sua regione per ottenere l’elenco di queste persone. I diversi istituti gli risposero che era impossibile. Chiese ragguagli, e risultò che quella categoria non esisteva nei loro database. In effetti, perché creare una categoria che non serve a nulla per qualcosa di impossibile, che non ha alcuna possibilità di esistenza? Nessun informatico giudizioso perderebbe il suo tempo in questo modo.

Dopo attenta riflessione, Ermann chiese che gli fosse comunicata la lista delle persone che avevano ricevuto una diagnosi di malattia terminale, e i servizi informatici lo accontentarono. Chiese poi l’elenco delle persone decedute, e anche questa gli fu concessa senza alcun problema, dato che la categoria evidentemente esisteva nei database.

Sulla base dei dati, egli individuò 156 persone che figuravano nel primo elenco, ma non nel secondo! Di fronte a questa “anomalia”, i diversi servizi ospedalieri esibirono un florilegio di motivazioni più o meno strampalate, tutte con l’unico punto in comune di non mettere in discussione

il fatto che quei pazienti fossero deceduti: “forse è morto all'estero”, “probabilmente viveva solo e nessuno si è accorto del suo decesso”, “la sua morte non è stata dichiarata per non pagare le tasse di successione o per continuare a percepire la pensione” e così via. L'importante era non mettere in dubbio la fede nell'infallibilità del pronostico.

Si vede ciò che si vuole credere, più che credere a ciò che si vede. I superstiti non esistono a livello statistico perché non crediamo che ciò sia possibile, e quindi non abbiamo creato una simile categoria. E dato che non abbiamo alcun caso del genere nel nostro database, non esistono! Come volevasi dimostrare.

I sopravvivenuti eccezionali non si sono lasciati imprigionare in una simile tragica predizione statistica. Hanno deciso di rappresentare un'eccezione.

Molti di loro sono ribelli che hanno deciso di provare alla medicina che le sue previsioni erano sbagliate.

Nel 1990, Jean-Charles Harzé e io abbiamo intrapreso uno studio sulle costanti presentate dai sieropositivi che erano (o erano tornati) in salute da più di dieci anni.

All'epoca, la medicina considerava impossibile una simile sopravvivenza. Il messaggio costantemente veicolato era pressappoco: “Se sei sieropositivo, ti verrà diagnosticato l'AIDS, e se hai l'AIDS morirai”.

Quando ho intervistato persone sieropositive in buona salute da più di dieci anni, al momento della diagnosi tutte avevano espresso pensieri come: “Se tutto ciò che ha da propormi è un tappeto rosso che porta al cimitero, non ho tempo da perdere con lei”, “Morire? Ma mi hai guardato bene? Te lo faccio vedere io, bastardo” (mostrando il dito medio), “No, grazie, se questo è tutto quel che ha da dirmi,

vado a cercare altrove”, “Io sarò l’eccezione che conferma la regola”, “Non ho alcuna intenzione di lasciarmi morire, lotterò con tutte le mie forze”. Tutti erano scomparsi dagli schermi radar dei medici, andando alla ricerca di altre soluzioni.

Quando parlai delle mie indagini a un amico medico, in un primo momento rifiutò l’esistenza stessa di simili superstiti, una cosa secondo lui impossibile. A sua memoria, nessun sieropositivo superava i tre anni di sopravvivenza, e solo facendo appello agli ultimi ritrovati della medicina dell’epoca (trattamento con la zidovudina o AZT). Se erano ancora in vita dopo dieci anni, una simile aberrazione poteva spiegarsi soltanto con un errore diagnostico.

Egli visse una vera e propria “crisi di fede” quando lo inserii nel nostro gruppo di ricerca per conoscere quei superstiti e consultare i loro dossier medici.

La verità era che nessuno di loro aveva assunto zidovudina, o se avevano iniziato il trattamento lo avevano sospeso immediatamente, constatando la devastazione da esso causata. Detto con parole crude, praticamente il 100 per cento delle persone curate con AZT erano decedute entro i tre anni. Nessuno dei sopravvissuti a lungo termine da noi interrogati aveva mai assunto quel farmaco. Avevano fatto altro. E quelli che si curano in modo diverso non compaiono nelle statistiche mediche.

Il medico di Lydie le diagnostica un tumore al pancreas. L’oncologo le consiglia di prepararsi a una fine inevitabile. Secondo lui, nel suo caso la speranza di vita non supera i tre anni. Lydie non accetta questa fatalità, decide di cambiare medico e ne trova uno che crede di poterla aiutare a cavarsela.

Dieci anni dopo, Lydie sta bene, ed è in remissione totale. Il suo tumore non ha lasciato tracce, lei ha iniziato una nuova esistenza, si è data una nuova Missione di Vita, che ritiene sia il segreto della re-missione.

Ascoltandola, si nota una distinzione essenziale: “Qualcosa in me doveva morire affinché qualche altra cosa potesse nascere. Una vecchia versione di me doveva sparire per far nascere la nuova Lydie. La mia guarigione è stata un cammino per compiere un processo di rinascita. Se non avessi compreso tale processo, mi sarei totalmente identificata con la vecchia versione di me, e quindi sarei morta con essa”. Quanto al suo oncologo, si è suicidato quando ha scoperto di avere un tumore al fegato.

Accettare la diagnosi rifiutando la prognosi significa affermare che la situazione è grave ma non disperata. La disperazione è un fattore aggravante. Quando le persone perdono ogni speranza, cominciano a morire. La speranza fa vivere, e non è soltanto un detto popolare.

Alcuni studi mostrano che lo shock di una diagnosi può far crollare di oltre il 50 per cento il tasso di linfociti T4 (uno dei parametri dell'efficacia del sistema immunitario).

Credere alla certezza di una fine imminente può uccidere senza nessun'altra causa.

Un impiegato in uno scalo ferroviario rimase accidentalmente chiuso in un vagone frigorifero. Era venerdì sera, ed egli sapeva che nessuno lo avrebbe trovato fino al lunedì mattina, e che sarebbe morto di freddo. Il lunedì lo trovarono effettivamente morto e il corpo presentava tutti i segni del decesso per ipotermia. L'unico problema era che il compressore del frigo non era inserito. La temperatura non era mai scesa sotto i 16°C.