

RECENSIONI  
BOOK REVIEWS

## PNL medica e salute: la linguistica di precisione in sanità

CLAUDIO PENSIERI

Armando, Roma 2016

Nella riflessione sulla relazione medico-paziente gli aspetti di tipo psicologico, dominanti fino a pochi anni fa, hanno goduto di una posizione di indubbio privilegio. Non a caso si parla di relazione che cura e la ricerca scientifica si è a lungo soffermata sulla peculiarità specifica di questa relazione, per capire perché cura e come cura. Si tratta di una relazione a doppio binario in cui corrono parallelamente empatia e competenza, accanto a fiducia e fragilità, alla ricerca di un punto di equilibrio che va sempre aggiornato. È una relazione in cui il riconoscimento della superiorità scientifica del medico e la piena fiducia in lui è testimoniata dalla disponibilità a prendersi cura di un paziente che ha bisogno del suo sapere e del suo agire. Ma recentemente, accanto a questi fattori che hanno una loro penetranza emotiva molto forte, è comparso un terzo fattore che riguarda il processo decisionale, in cui medico e paziente debbono giungere a una decisione consensuale, nonostante le responsabilità ricadano su entrambi in modo diverso. La dinamica della relazione medico-paziente offre sempre spunti nuovi alla riflessione, non si esaurisce sul piano psicologico ma investe anche il piano più sofisticato della comunicazione linguistica.

Si tratta di un processo di avvicinamento progressivo a una decisione che rappresenta la possibile soluzione di un problema da condividere in modo consapevole, tenendo conto delle parole che entrambi usano: l'uno per esprimere dati di interesse clinico e scientifico, l'altro per dare voce alle sue ansie e ai suoi timori. Tutti e due si collocano però su registri diversi e richiedono uno smascheramento linguistico che si snoda in un gioco di chiaro-scuro, in cui spesso ognuno capisce ciò che vuole e rifiuta ciò che non vuole capire. Le parole

di entrambi pesano e sono oggetto di un reciproco processo di ripensamento e di ricollocamento nell'ambito di ragionamenti a complessità crescente. Cosa avrà voluto dire, cosa aveva in mente usando questa o quella espressione, quella aggettivazione e quella graduazione dei margini di rischio e di successo. L'analisi semantica si arricchisce di un'emotività che il paziente fa più fatica a tenere a bada, ma che spesso anche il medico maschera per evitare di dire con crudezza della verità che ritiene difficili da accettare. È molto interessante analizzare l'uso dei congiuntivi, più morbido degli indicativi nella loro asciutta realtà; l'uso degli avverbi che sfumano i concetti fino ad appiattirli in un anonimato lessicale che permette al paziente di ridurre i fattori di rischio e accentuare i margini di un possibile successo.

La scienza della comunicazione linguistica si è andata interessando della relazione medico-paziente in modo sempre più intenso e con sempre maggiore frequenza negli ultimi decenni; lo ha fatto ragionando sui diversi profili: da quello verbale a quello non verbale, da quello cognitivo a quello emotivo, da quello etico a quello estetico. L'attenzione trasferita sul piano linguistico ha permesso di evidenziare tutta una serie di aspetti che fino a ora erano apparsi casuali o perfino non rilevanti. Ma anche se linguistica e semiotica non coincidono del tutto, perché non tutti i simboli, hanno carattere intenzionale, fanno comunque parte di uno stesso sistema di comunicazione che caratterizza in modo specifico la relazione medico-paziente. L'intenzionalità, come volontà di significazione, costituisce la caratteristica fondamentale non solo del linguaggio, ma anche di ogni sistema di comunicazione e di ogni stato mentale. In uno stato mentale infatti si cerca il punto di equilibrio fra gli elementi dinamici, tipici dei flussi emotivi, e quelli cognitivi presenti in ogni processo di comunicazione. Tra la razionalità espressa attraverso la scelta delle parole e il tentativo di descrivere stati d'animo, spesso sfuggenti e mutevoli, si colloca la capacità e la volontà di argomentazione a cui si ricorre per spiegare ciò che si pensa, ciò che si sente e ciò che si vorrebbe. Non è facile descrivere fatti e circostanze, contesti esterni, oggettivi e oggettivabili, e contesti interni, legati alla soggettività individuale dell'uno

Indirizzo per la corrispondenza  
Address for correspondence

**Paola Binetti**  
Università Campus Bio-Medico di Roma  
via Álvaro del Portillo, 21, 00128 Roma  
e-mail: p.binetti@unicampus.it

e dell'altro. I rimandi dall'uno all'altro di questi spazi, con le loro prerogative peculiari, caratterizzano spesso il modo di parlare del paziente che alterna la descrizione dei sintomi con quella dei suoi vissuti e delle sue ansie. Ma anche il medico spesso nel suo parlare alterna fatti concreti e spiegazioni puntuali su ciò che definisce lo stato del paziente, con le sue esperienze anteriori, i suoi successi, le eventuali difficoltà in cui si è imbattuto. Il risultato è che in entrambi si mescolano razionalità ed emotività, ansie e speranze, con un lessico che può apparire di volta in volta più o meno chiaro, perché l'impianto linguistico riflette un flusso di idee e di emozioni che possono essere confusi non solo e non tanto sul piano della comunicazione, quanto primitivamente sul piano del vissuto del soggetto, di entrambi i soggetti.

L'attenzione in questa prospettiva è rivolta ai problemi della comunicazione presenti fra medico e paziente, più che alle dinamiche psicologiche insite nel rapporto fra un terapeuta e un paziente. Su questo tema vi è una letteratura molto estesa nel campo della psicologia dinamica e l'analisi del vissuto e delle fantasie che emergono nella relazione sono gli obiettivi prevalenti dell'indagine. L'alleanza terapeutica, sia dal punto di vista del medico che del paziente, è spesso messa in relazione a forme di alleanza archetipiche, che si richiamano alla figura paterna, o ad altre esperienze pregresse, in cui la asimmetria della relazione sottolinea la disparità dei ruoli, e rimanda alla gestione di relazioni di tipo top-down. Sotto questo profilo sono innumerevoli gli studi condotti anche da scuole di pensiero diverse che arrivano a conclusioni discordanti sul piano teorico, ma convergenti sul piano pratico.

Minore è stata finora l'attenzione alle modalità di trasmissione dei messaggi e alle caratteristiche proprie del destinatario del messaggio. Circostanze e condizioni che nella riflessione dei medici, degli psicologi e degli operatori sociali sono meno presenti, per cui il livello di consapevolezza si riduce significativamente. Medico e paziente adottano sistemi linguistici che esprimono non solo culture diverse, ma anche e soprattutto, diversa capacità di astrazione rispetto al problema di cui si parla. Il paziente si muove in senso bottom up e adotta un atteggiamento di tipo prevalentemente induttivo, abstraction resolving, basato sulla raccolta di informazioni. Mentre il medico segue un sistema di tipo prevalentemente deduttivo, content based abstraction, in cui pensiero e azione sono sostenuti da conoscenze specifiche. La conferma di questo fatto può essere ritrovata nell'uso improprio e decisamente inadeguato che spesso medici e infermieri fanno di certe parole o di certe espressioni, senza tener conto dell'impatto che possono avere sul paziente e sui suoi familiari. Salvo poi giustificarsi negando una certa qual intenzionalità, aggressiva o offensiva, ma a volte distratta e insofferente. Il paziente rileva una negatività nella comunicazione, che documenta rievocando l'uso di certe espressioni e di certe parole, mentre il medico nega di averle dette, perché probabilmente non le ricorda affatto, in quanto estranee alla sua intenzionalità. Ad esempio per molto tempo il termine cancro non è stato usato

perché nel paziente rievocava immediatamente un vissuto di morte; si ricorreva quindi a giri di frasi, a una terminologia generica del tipo 'brutto male'; oppure le patologie venivano riferite a sindromi generiche, tipo sindrome neuro-degenerativa, per evitare un quadro di dettaglio specifico che potrebbe preoccupare eccessivamente il paziente.

Il vissuto della malattia e i meccanismi di difesa dall'angoscia che il malato mette in atto debbono diventare spunto per una riflessione che coinvolga il medico e si rifletta anche nelle sue scelte di linguaggio e di espressione. Il malato, occorre ricordarlo, pesa anche le parole del medico, le dissezioni una a una e, con il contributo di amici e parenti, le carica di nuovi significati, più o meno presenti nelle intenzioni del medico. Considerata l'importanza di una corretta comunicazione nella relazione medico-paziente, è necessario approfondire non solo gli aspetti cognitivi e razionali della comunicazione, ma anche quelli relazionali che possono ostacolare, oppure facilitare i processi comunicativi. In questa chiave sono stati messi a fuoco tre diversi tipi di modello: il modello problem solving, che esamina i percorsi mentali necessari alla soluzione dei problemi; il modello degli atti linguistici, che si concentra sulle negoziazioni linguistiche necessarie per giungere a una soluzione, e il modello della comunicazione aumentativa, che ragiona sui contenuti non espressi esplicitamente nel testo.

L'analisi linguistica del dialogo medico-paziente può mettere in evidenza quei fraintendimenti e quelle tensioni che si generano nel rapporto medico-paziente sulla base di una capacità linguistica differente. La comunicazione prevede l'esistenza di qualcuno che abbia la volontà di comunicare qualcosa, per questo è necessario elaborare i diversi messaggi servendosi di un codice appropriato e di un canale che ne permetta la trasmissione. Si tratta in definitiva di un complesso di segni, convenzionalmente stabilito, che consente a un messaggio di essere riconosciuto come un linguaggio: linguaggio familiare e linguaggio tecnico; linguaggio emotivo e linguaggio scientifico. I diversi contenuti possono essere comunicati con linguaggi diversi a seconda dei contesti diversi e delle persone diverse che comunicano tra di loro. Si può parlare di malattia con registri ben diversi, a seconda che ne parli lo scienziato che sta facendo una ricerca avanzata; oppure il giornalista che diffonde informazioni a un vasto pubblico; oppure il paziente che la vive sulla sua pelle o i familiari che si mettono nei suoi panni; diverso è il registro su cui si colloca il burocrate o l'amministratore che affronta la malattia sotto il profilo dei suoi costi. Diverso infine è il registro su cui si collocano medico e paziente che cercano un piano di comunicazione efficace, per giungere a una decisione condivisa. Le diversità debbono trovare anche nelle parole la capacità di esprimere la loro specificità per evitare ambiguità e sovrapposizioni. Questo far coincidere parole e significati, ricorrendo nel modo opportuno a sinonimi e contrari, richiede una complessità di analisi nella sfaccettatura dei concetti che è tutt'altro che banale; occorre evitare il ricorso a quei verbi e a quei termini in cui la genericità affida a chi

ascolta l'onere di precisare il concetto sollevando di questa responsabilità chi parla. Si pensi a termini come "cosa", a verbi come "fare" ecc.

Il testo di Claudio Pensieri occupa, nel processo di comunicazione tra il medico e il paziente quell'interfaccia che da un lato prevede la densità esistenziale di una relazione di cura ad alta complessità e dall'altra quell'atmosfera in cui si collocano le parole, con la loro intensità di significati. L'autore fa della PNL uno strumento non solo di approfondimento culturale, ma si spinge coraggiosamente a ipotizzarne una specifica valenza terapeutica. Il medico cura con l'uso di farmaci, cura con il ricorso a terapie di tipo fisico, ma cura anche con le sue parole e con i suoi atteggiamenti, come fanno bene tutti coloro che fanno psicoterapia, perché sono psicoterapeuti. E il paziente si aspetta da ogni medico una valenza di tipo psicoterapeutico, ossia una capacità di contribuire al processo di cura anche con le sue parole ecc. Il medico che sa, sa anche comunicare e comunica con un linguaggio adeguato, in cui il significato delle parole evoca nel paziente vissuti di benessere sul piano psico-somatico e di speranza sul piano spirituale. Lo predispone non solo all'ascolto, ma alla accoglienza della cura, amplificandone gli effetti secondo un piano inclinato in cui si intrecciano anche positivi effetti placebo. La comunicazione infatti è un processo interattivo, con due aspetti essenziali; da un lato c'è l'aspetto che riguarda il "contenuto", ossia la trasmissione di un messaggio, di una informazione, e dall'altro c'è l'aspetto che riguarda la "relazione", vera e propria forma di meta-comunicazione, che consente di definire il modo in cui si deve dare una determinata informazione, ma anche il modo in cui si può decodificare questa informazione, interpretandola nella maniera dovuta. Alcune analisi linguistiche hanno messo in evidenza come, nel rapporto medico-paziente, la dominanza professionale del medico non sia legata solo e strettamente alla sua competenza professionale specifica, ma anche a una sua superiorità linguistica.

È la nuova sfida nella relazione comunicativa medico-paziente, in cui quest'ultimo impara a usare la stessa terminologia del medico, ne rilancia le affermazioni per contrastarle polemicamente o per assentire, mostrando di aver compreso più di quanto ha detto lo stesso medico. Il paziente esperto che si documenta in rete sulla sua malattia, sui suoi sviluppi, sulle sue varianti e soprattutto sulla sua prognosi, individuando tutte le possibili alternative di cura, lo fa anche per colpire il medico, per metterlo alla prova e ridimensionarne la presunta superiorità linguistica. Cerca proprio per questo di appropriarsi dei suoi codici, usa una terminologia ad alta complessità, anche quando non ne afferra pienamente il significato, ma non vuole essere ridotto al semplice livello di ascoltatore. Immagina che per contare di più nel processo decisionale debba offrire al medico l'immagine di uno che sa, che ha già esplorato il dominio del sapere, e ora nel momento del decidere è pronto a fare la sua parte, a mettersi in gioco da protagonista.

Il testo di Claudio Pensieri mostra come tra i due si stabilisca quel feedback che permette di parlare di comunicazione sociale, in cui il sapere non è meramente contemplativo, ma coinvolge l'intero piano operativo, caricandosi di emozioni prima di convergere nella decisione. La decisione che medico e paziente a questo punto prendono non può che essere consensuale e mostra la fallacia di quanti credono che nel consenso informato al medico tocchi l'onere dell'informazione al paziente la fatica della decisione. Se si ragiona in termini di PNL in sanità, e si fa ricorso alla linguistica di precisione, allora bisogna rivedere tutto l'impianto concettuale utilizzato finora per comprendere la relazione medico-paziente e il dialogo che si stabilisce tra di loro.

Occorre immaginare un nuovo Meta-modello per applicarlo alla consultazione clinica, prendendo in considerazione due momenti finora trascurati: il prefeedback e il postfeedback. Con il termine prefeedback s'intendono gli atteggiamenti di consenso, di dissenso, di apprezzamento o di rifiuto con cui chi ascolta si pone in posizione di ascolto. È così che si può influenzare il modo di esprimersi di chi cerca di comunicare qualcosa, attraverso una mimica o una gestualità che ne marca la punteggiatura emotiva imponendo scelte lessicali diverse, nel tentativo di compiacere o di non irritare l'interlocutore. In altri termini detta la linea a chi parla, con un gesto, un commento, una presa di posizione; obbliga a muoversi nel solco tracciato da un atteggiamento che vincola l'accettazione o il rifiuto di chi sta per parlare, spingendolo a pesare le parole, a evitare certi termini, creando titubanza e una certa insicurezza nell'altro.

Con il postfeedback entra in gioco un effetto ritardato, che si riappropria delle cose dette e delle risposte ottenute a specifiche domande in un tempo successivo, per sottoporle a un nuovo filtro emotivo che scatta nel momento in cui si è esposti a una pluralità di relazioni che seguono al momento del dialogo. Difficile prevedere gli effetti di una comunicazione condivisa a livello medico-paziente, quando si esce dal contesto protetto del rapporto. Anche con una forte esperienza di PNL non è possibile prevedere cosa accadrà delle cose dette e delle cose udite quando si entra in un contesto con elevata densità relazionale. Quando le parole rimbalzano in seno a una comunità, che sia la famiglia o un gruppo di amici e di colleghi, l'intensità delle relazioni e delle interazioni su di uno stesso tema o problema diventa un elemento fortemente distorsivo rispetto alla relazione d'aiuto, proprio in virtù della delicatezza delle situazioni trattate che impongono un alto grado di intimità e di riservatezza.

Su prefeedback e postfeedback la riflessione di Claudio Pensieri mostra come sono strettamente legate alla dimensione storica dell'esperienza umana che non è mai puntiforme e rimanda invece alla vita dell'uomo nel suo lento svolgersi nel tempo; è proprio questo aspetto della vita umana che rende necessario adattarsi continuamente al mutare delle circostanze, mantenendo il senso della propria identità personale che rende tutti e ognuno riconoscibili nelle loro convinzioni,

nelle loro reazioni e nel loro modo di porsi in relazione con gli altri. Si tratta di evitare due diversi scogli: da un lato un eccessivo individualismo, che mostra la tendenza del soggetto a essere autoreferenziale, a parlare sempre di se stesso, ponendosi in ogni situazione in primo piano; dall'altro c'è il rischio di scivolare in una sorta di anonimato, definita da un atteggiamento silenzioso, il cosiddetto taciturnismo, che caratterizza colui che parla pochissimo, solo se interrogato, e mostra scarsa volontà di comunicare con l'altro. È un modo di porsi che dà la percezione di sentirsi poco considerato, per cui si tende a sottrarsi alla relazione. Nelle relazioni di cura questo atteggiamento è controproducente, perché il taciturno trasmette all'altro uno stato di frustrazione. Ma anche il comportamento dell'individualista, narcisistico e logorroico, crea nell'interlocutore un senso di stanchezza che inibisce l'iniziativa dell'altro, riducendone la partecipazione al dialogo.

Troppe parole o poche parole (in PNL sono metaprogrammi secondari chiamati "Grandi Chunks" o "Piccoli Chunks") diventano parametri qualitativi in una relazione che ha bisogno costante di equilibrio per scolpire in modo chiaro le credenze del medico e del paziente, che attraverso le loro parole cercano di verificare ciò in cui credono loro e ciò in cui credono gli altri. Claudio Pensieri dedica alle credenze dei pazienti il suo ultimo capitolo e afferma: "Ogni volta che un paziente fa un'affermazione su come secondo lui gira il mondo, mappa il mondo secondo i suoi criteri. Nel mappare il mondo generalizza a "regole" e "credenze" esperienze di vita, informazioni ricevute dai mass-media o dall'ambiente circostante o da eventi a cui assiste. Quando le credenze del paziente risultano un ostacolo al percorso terapeutico sarebbe il caso di saper intervenire per ristrutturarle in modo potenziante". Sono le parole del paziente che dischiudono al medico una finestra sul suo mondo interiore in cui abitano

quelle convinzioni profonde che facilitano o ostacolano lo stesso processo di cura. Ma sono anche le parole del medico che offrono al paziente uno spaccato sulla vita interiore del suo medico e gli permettono di fidarsi più o meno di lui, rendendo possibile stabilire una relazione di affidamento. Le rispettive credenze sono frutto di esperienze di vita per entrambi: c'è voluta una vita perché si strutturassero, eppure è per questo crocevia che le possibilità di cura si amplificano o si riducono. La consapevolezza di quanto valgono le proprie parole aiuta certamente a comunicare meglio e a curare di più: curando non solo le parole, ma curando attraverso le parole chi ne ha più bisogno. Pensieri, senza ignorare il valore delle emozioni, cerca di incanalare il flusso riconducendolo a quell'antica mappa delle cinque W, sempre utile per non perdere di vista di cosa si parla, a chi si parla e in quali circostanze: dove e quando, senza mai dimenticare perché si sta comunicando: Who, What, When, Why, Where. Lo scopo principale delle proprie convinzioni e dei propri sistemi di convinzioni è quello di collegare i valori fondamentali della propria vita alle proprie esperienze, facendone una vera e propria mappa per orientarsi nel mondo. E le parole in questo universo complesso possono offrire una segnaletica tanto più efficace quanto più e meglio esprimono la realtà delle cose; quelle che sono al di fuori di noi, quelle che accadono a volte senza sapere come e perché; e quelle che si svolgono dentro di noi sorprendendoci per la loro intensità e lasciandoci a volte felici, altre volte tristi; a volte motivati a reagire, altre volte sorpresi dal dolore e dalla sofferenza. Merito di questo libro è di evidenziare come la linguistica di precisione aiuta a mappare in modo sempre più chiaro e prevedibile questo doppio universo, interiore ed esterno, facendone un sistema intelligibile e perciò stesso descrivibile, comunicabile e condivisibile.