ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

PSICOGERIATRIA 2012; 1: 22-28

Teorie della comunicazione, Linguistica e Approccio capacitante nella cura del malato Alzheimer

PIETRO VIGORELLI
Gruppo Anchise, Milano
pietro.vigorelli@formalzheimer.it

Il lavoro di ricerca che si è sviluppato nel Gruppo Anchise negli ultimi dieci anni[1] è partito dal Conversazionalismo di G. Lai[2,3,4] e si è basato sull'analisi dei testi di conversazioni tra operatori e persone con malattia di Alzheimer o altre forme di demenza (*conversazioni immateriali*). Questo studio considera la conversazione che avviene tra due persone (*conversazione materiale*) spogliata dalla comunicazione paraverbale e non verbale, dalla storia e dalle emozioni dei soggetti parlanti, dal contesto in cui avviene la conversazione. Il vantaggio di questo metodo di studio è che *al centro dell'attenzione restano solo le parole* scambiate. In questo modo

- vengono massimamente valorizzate le parole del parlante, anche in presenza di disturbi del linguaggio;
- risulta facile individuare le tecniche utili per tenere aperta la conversazione (*tecniche conversazionali*[5,6,7,8]);
- è possibile la valutazione oggettiva dei risultati in base ai calcoli eseguiti sulle parole (*Tasso dei nomi*, *Indice di riferimento*, *studio dei predicati*, *Indice di partecipazione*, *Indice di produzione verbale*) [5,6].

Bisogna però ricordare che il colloquio clinico avviene, nella realtà storica dell'evento, in un contesto; spesso è proprio il contesto che determina il senso delle parole scambiate. In particolare nelle conversazioni con persone con deficit cognitivi e grave compromissione del linguaggio verbale, le parole ascoltate risultano incomprensibili se non si allarga il campo di osservazione oltre quello delle parole stesse, includendo il contesto in cui esse sono scambiate. Il linguaggio non verbale e il contesto sono utili per capire il senso delle parole e, più in generale, per capire il messaggio che il paziente vuole trasmettere con le sue parole, i suoi gesti, il suo tono di voce in un determinato contesto.

Per allargare il campo d'indagine e per ottenere indicazioni utili alla pratica professionale quotidiana è quindi utile andare oltre agli studi sulla parola e aprirsi agli studi sulla comunicazione. In questo articolo vengono citati sommariamente alcuni di questi studi e le loro intersezioni con l'attività clinica, con l'intento di fornire stimoli per ulteriori approfondimenti. Il geriatra, già aperto agli studi della neuropsicologia, può aprirsi ulteriormente e lasciarsi contaminare da studi nati in altri settori, come la linguistica, la pragmatica della comunicazione, la filosofia del linguaggio, la semiotica. Questa apertura ha dato luogo all'*Approccio capacitante*[9,10]: una teoria e una pratica proposta dal Gruppo Anchise per parlare con le persone anziane che presentano disturbi di memoria e di linguaggio, con l'obiettivo di promuovere una convivenza felice.

Gli studi sulla comunicazione

Lo studio della comunicazione umana si può svolgere essenzialmente da tre punti di vista:

- quello della sintassi che indaga i problemi relativi alla trasmissione dell'informazione e si interessa di problemi di codifica dell'informazione e dei canali che la veicolano;
- quello della pragmatica che riguarda le influenze della comunicazione sul comportamento e del comportamento (non solo quello verbale) sulla comunicazione;
- quello della semantica che indaga i problemi relativi al significato e che presuppone la possibilità che trasmettitore e ricevente del messaggio condividano il significato dei simboli utilizzati per comunicare.

Qui di seguito verranno citate le teorie di alcuni ricercatori che hanno studiato il problema della comunicazione, rispettivamente dal punto di vista sintattico (la Teoria della comunicazione di R. Jakobson, la Comunicazione non-verbale), pragmatico (la Pragmatica della comunicazione umana secondo gli studi della Scuola di Palo Alto) e semantico (il Principio di cooperazione di P. Grice, la Teoria della Pertinenza di D. Sperber e D. Wilson). La collocazione dei vari autori è peraltro parziale e arbitraria. In particolare il primo che verrà citato, F. de Saussure, spazia liberamente dal punto di vista sintattico a quello semantico.

Per una presentazione completa del pensiero di questi autori si rinvia alla letteratura specifica citata in bibliografia; in questa sede verranno presi in considerazione solo alcuni spunti che possono essere di utilità pratica per il geriatra nel favorire la comunicazione con le persone con demenza.

Il fondatore della linguistica moderna: Ferdinand de Saussure

De Saussure (1857-1913) è un linguista svizzero che concepì la linguistica come una disciplina da inserire nella più ampia semiologia, la disciplina che studia i segni e il modo in cui questi formano un senso. La sua linguistica[11] si definisce strutturale in quanto la determinazione del valore o dell'identità di un segno, nel duplice aspetto fonico e concettuale, parte dal presupposto che esista la totalità del sistema linguistico. De Saussure applica alla linguistica il triangolo semiotico: significante, significato, referente. In questa ottica non esiste una corrispondenza naturale tra una parola (significante) e un oggetto (referente), ma il segno linguistico è un'entità costituita dall'unione arbitraria tra un concetto (significato) e la sua espressione percepibile (significante). L'associazione tra significato e significante non è legata ad alcuna legge naturale, come dimostra la varietà degli idiomi, ma questa associazione, dopo che si è costituita in ciascuna lingua, non può essere modificata dal singolo parlante. Il "linguaggio" viene concepito come potenza universale di sviluppare un sistema di segni; la "lingua" come un particolare sistema di segni che formano il codice di un idioma, la "parola" come l'atto linguistico del parlante, individuale e irripetibile, *così come è da lui formulata*.

Intersezioni con l'approccio capacitante

La concezione linguistica di de Saussure, come peraltro le successive, parte dal presupposto che il parlante sia competente nella sua lingua, che usi cioè le parole (significanti) del suo idioma secondo il significato condiviso dalle altre persone che parlano lo stesso idioma. In presenza invece di patologie del linguaggio, come nel caso delle demenze, l'utilità comunicativa del triangolo semiotico è messa in crisi: il paziente parla e l'operatore non capisce il riferimento del suo parlare, l'operatore parla e a sua volta non viene capito. Da questa criticità nasce una situazione di disagio a cui l'*Approccio capacitante* cerca di trovare una *via d'uscita felice*, mediante l'impiego consapevole di specifiche tecniche conversazionali.

La teoria della comunicazione di Roman Jakobson

Jakobson (1896-1982) è un linguista e semiologo russo naturalizzato statunitense. La sua teoria[12] della comunicazione linguistica si basa su sei elementi che intervengono nell'evento comunicativo, sia verbale che non verbale:

- Emittente (o locutore o parlante) è chi invia il messaggio.
- Ricevente (o interlocutore o destinatario) è chi riceve il messaggio.
- Messaggio è l'oggetto dell'invio.
- Contesto è l'insieme delle conoscenze che emittente e ricevente hanno già in comune; dipende dalla situazione generale e dalle circostanze particolari in cui l'evento comunicativo è inserito.
- Codice può essere il linguaggio verbale o il linguaggio non verbale e per la riuscita dell'evento comunicativo deve essere comune e condiviso tra emittente e ricevente.
- Canale (o contatto) è la connessione fisica o psicologica tra emittente e destinatario; può essere costituito dalla voce, dal comporta-

mento o altri mezzi e consente ai comunicanti di stabilire la comunicazione e di mantenerla.

A ciascun fattore della comunicazione corrisponde una funzione del linguaggio:

- La funzione referenziale (riferita al contesto)
- La funzione emotiva (riferita all'emittente)
- La funzione conativa (riferita al ricevente)
- La funzione fàtica (riferita al contatto)
- La funzione poetica (riferita al messaggio)
- La funzione metalinguistica (riferita al codice).

Si ha funzione referenziale (puntamento verso ciò di cui si parla) quando, nel comunicare qualcosa, il parlante collega due serie di elementi: le parole con i referenti.

Si ha funzione emotiva quando l'emittente cerca di mostrare, nel proprio messaggio, lo stato d'animo, utilizzando vari mezzi, come una particolare elevazione o modulazione del tono della voce.

Si ha funzione conativa o persuasiva quando il mittente cerca di influire sul destinatario, come mediante l'uso del vocativo o dell'imperativo.

Si ha funzione fàtica quando ci si orienta sul canale attraverso il quale passa il messaggio e si cerca di richiamare l'attenzione dell'ascoltatore sul funzionamento dello stesso (pronto?, mi senti?) o si cerca di mostrare interesse alla comunicazione, di tenere aperto il canale comunicativo, di tener vivo il contatto tra emittente e ricevente con espressioni fàtiche (eh..., mmh..., certo...).

Si ha funzione poetica quando, orientandosi sul messaggio, si pone al centro dell'attenzione l'aspetto fonico delle parole, la scelta dei vocaboli e della costruzione formale. Questa funzione non appare solamente nei testi poetici e letterari, ma anche nella lingua di tutti i giorni.

Si ha funzione metalinguistica quando all'interno del messaggio sono presenti elementi che definiscono o ridefiniscono il codice stesso, come chiedere e fornire chiarimenti su termini, parole e grammatica di una lingua.

Queste funzioni non compaiono quasi mai isolatamente, in potenza sono sempre presenti tutte, ma può accadere che l'emittente intenda sottolineare una o solo alcune delle funzioni del messaggio comunicato.

Intersezioni con l'approccio capacitante

La teoria della comunicazione di Jakobson applicata allo studio dei colloqui con persone con demenza fa capire come il processo comunicativo in questo caso sia difficile:

- A livello del contesto, la comunicazione inviata dalla persona con demenza fa spesso riferimento a un suo mondo interiore ignoto e incomprensibile per l'ascoltatore. Operatore e paziente vivono in due *Mondi possibili* diversi e apparentemente inconciliabili, spesso lontani nel tempo e nello spazio.
- A livello del codice, con l'avanzare della malattia la persona con demenza tende a presentare un disturbo semantico del linguaggio per cui le parole dette e ascoltate non hanno un significato condiviso tra emittente e ricevente.
- A livello del contatto, la persona con demenza tende a presentare un disturbo dell'attenzione che ostacola la prosecuzione dell'evento comunicativo.

Dal punto di vista della Teoria della comunicazione di Jakobson sembra quindi che non sia possibile comunicare con il linguaggio verbale in presenza di una patologia dementigena che comporti disturbi del linguaggio stesso. L'*Approccio capacitante* permette invece di trovare delle *vie d'uscita felici* a questa difficoltà comunicativa, così come è stato messo in evidenza nei testi delle conversazioni riportati integralmente in precedenti pubblicazioni[1,5,9,10].

La comunicazione non verbale

La comunicazione non verbale viene comunemente suddivisa in quattro componenti:

- Il Sistema paralinguistico (o linguaggio paraverbale) è l'insieme dei suoni emessi nella comunicazione verbale, indipendentemente dal significato delle parole. E' caratterizzato da vari aspetti acustici, come il tono, la frequenza, il ritmo, il silenzio.
- Il Sistema cinestesico comprende tutti gli atti comunicativi espressi dai movimenti del corpo e dalla mimica.
- La Prossemica analizza i messaggi inviati con l'occupazione dello spazio. Si distingue una zona intima (da 0 a 50 centimetri), una zona personale (da 50 centimetri a un metro), una zona sociale (da 1 a 3-4 metri), una zona pubblica (oltre i 4 metri).
- L'Aptica è costituita dai messaggi comunicativi tramite il contatto fisico (per esempio la stretta di mano o la carezza).

Questo tipo di comunicazione assume valore preminente quando si parla con persone con gravi disturbi del linguaggio verbale. Quando le parole dette e ascoltate tra due interlocutori non hanno più un significato condiviso, come avviene nei colloqui con persone con demenza, il linguaggio non verbale mantiene ancora a lungo il suo valore comunicativo. La possibilità

di comunicazione verbale decade precocemente nelle demenze, quella non verbale persiste fino allo stadio più avanzato di malattia: il tono di voce pacato, il ritmo lento, l'accompagnamento delle parole con gesti coerenti facilitano la comunicazione. Così pure l'attenzione alla Prossemica permette di capire quando sia opportuno entrare nella zona intima e quando invece questo venga percepito come una minaccia e comporti una reazione di difesa. Allo stesso modo il contatto fisico, la carezza, il bacio, il massaggio, possono essere più o meno graditi dalla persona con demenza e l'operatore capacitante deve imparare a cogliere le reazioni dell'ospite, a tenerne conto e a comportarsi di conseguenza.
Albert Merhabian in uno studio sulla comunicazione (Non-verbal communication, 1967) ha osservato che ciò che viene percepito in un messaggio vocale può essere così suddiviso:

- movimenti del corpo (soprattutto espressioni facciali) 55%
- aspetto vocale (volume, tono, ritmo) 38%
- aspetto verbale (parole) 7%.

La conclusione che se ne può trarre è ovvia: l'effetto comunicativo del linguaggio non verbale è di primaria importanza anche quando l'emittente utilizza il linguaggio verbale.

Intersezioni con l'Approccio capacitante

La ricaduta pratica di queste osservazioni nella gestione delle conversazioni con persone malate di Alzheimer ci ricorda l'importanza di

- utilizzare consapevolmente il linguaggio non verbale (in particolare il tono di voce) insieme a quello verbale;
- comunicare in modo coerente con il linguaggio verbale, non verbale e paraverbale.

La pragmatica della comunicazione

Watzlawitck P., Beavin J.H. e Jackson D.D.[13] del Mental Research Institute di Palo Alto (California), ampliando lo studio della comunicazione dal linguaggio verbale a quello non verbale hanno formulato l'assioma *Non si può non comunicare*. Essi partono dall'osservazione che non è possibile non avere un comportamento. *Ora, se si accetta che l'intero comportamento in una situazione di interazione ha valore di messaggio, vale a dire è comunicazione, ne consegue che comunque ci si sforzi, non si può non comunicare. L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli uni e gli altri, a loro volta, non possono non rispondere a queste comunicazioni e in tal modo comunicano anche loro.*
Possiamo esserne o non esserne consapevoli, ma *non si può non comunicare*. L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio, hanno tutti valore di messaggio.
Quando Lai teorizzava la *conversazione senza comunicazione*[14] dei malati Alzheimer certo non ignorava la pragmatica della comunicazione umana, ma alludeva alla mancanza di valore comunicativo delle *parole malate* del paziente Alzheimer, prescindendo dalla pur nota valenza comunicativa del linguaggio non verbale.

Intersezioni con l'approccio capacitante

L'applicazione di questo principio agli scambi verbali in presenza di malattia di Alzheimer va inteso in due sensi:

- L'operatore fin dal momento in cui viene a trovarsi nello stesso spazio fisico del suo interlocutore comincia a comunicare. Per esempio se cerca l'aggancio visivo con il paziente, subito gli comunica il *Riconoscimento* di esistere; se gli presta attenzione quando cerca di esprimersi anche con parole sconnesse e incomprensibili, gli comunica l'intenzione di prendere in considerazione le sue parole; se gli rivolge la parola, gli comunica il *Riconoscimento* della sua *Competenza a parlare*. D'altra parte se nel corso della conversazione rivolge lo sguardo e la parola a una terza persona, comunica al paziente svalutazione e disinteresse (non riconoscimento, disconoscimento, negazione).
- Il nuovo ospite, a sua volta, comunica sempre e comunque, fin dal primo istante. A causa di disturbi del linguaggio può proferire parole incomprensibili per l'ascoltatore, ma manifesta comunque l'intenzione di comunicare e *lui sa* quello che vorrebbe comunicare.

La ricaduta pratica di questo principio è duplice: da una parte l'*operatore capacitante* sa che ogni sua parola e gesto è un atto comunicativo anche se fatto in modo inconsapevole e ne tiene conto. Dall'altra osserva e ascolta il nuovo ospite consapevole che questi sta comunicando, anche se ha gravi disturbi di linguaggio, anche se è confuso e disorientato. Può succedere che l'operatore non riesca a capire, ma il nuovo ospite sta cercando (ha l'intenzione) di comunicare.

Il principio di cooperazione

Paul Grice[15] (1913-1988) è un filosofo inglese che ha studiato la conversazione in rapporto alla sua funzione comunicativa. Secondo la sua teoria la conversazione esplica al meglio la sua funzione comunicativa quando soddisfa il Prin-

cipio di cooperazione: *Conforma il tuo contributo conversazionale a quanto è richiesto, nel momento in cui avviene, dall'intento comune accettato o dalla direzione dello scambio verbale in cui sei impegnato.*

Le conversazioni che sottostanno a questo principio esplicano al meglio la loro funzione comunicativa se rispettano quattro Massime conversazionali che si basano sulle categorie filosofiche proposte nel settecento da Immanuel Kant:

1. Massima di quantità: fornisci l'informazione necessaria, né di più né di meno. Il contributo alla conversazione deve essere informativo quanto richiesto, non ci si aspetta che un parlante dia un'informazione sovrabbondante o che dica troppo poco.
2. Massima di qualità: sii sincero, fornisci informazione veritiera, secondo quanto sai. Non si deve dire ciò che si ritiene falso, altrimenti lo scopo della comunicazione fallisce.
3. Massima di relazione: sii pertinente. Il contributo informativo di un enunciato deve essere pertinente con la conversazione.
4. Massima di modalità: sii chiaro. L'enunciato deve essere chiaro, poco ambiguo, breve, ordinato.

L'idea fondamentale che sta alla base degli studi e della teoria di Grice è che il carattere essenziale della comunicazione è l'espressione e il riconoscimento delle intenzioni.

Intersezioni con l'approccio capacitante

La riflessione sul Principio di cooperazione e sulla intenzionalità della comunicazione da una parte spiega alcuni fallimenti comunicativi nei colloqui con le persone con deficit cognitivi, dall'altra propone dei rimedi:

- L'operatore che non riconosce al paziente l'intenzione di comunicare si auto preclude la possibilità di comprendere quanto comunicato. Questa affermazione, nella sua ovvietà, rende ragione della maggior parte dei fallimenti comunicativi con le persone con demenza. L'operatore, se vede nel paziente solo un demente, se gli riconosce solo la monoidentità di demente, parte dall'idea che egli non sia in grado di comunicare e in tal modo contribuisce lui stesso, l'operatore, al fallimento comunicativo.
- L'operatore che vuole comunicare con una persona con deficit cognitivi, se tiene presente il Principio di cooperazione, è invitato a presupporre comunque la sua intenzione comunicativa e ad adeguarsi alle quattro massime conversazionali.

La teoria della pertinenza

La Teoria della Pertinenza[16,17,18] (Relevance Theory, RT) è stata formulata da Dan Sperber, un antropologo cognitivo francese, e Deirdre Wilson, una linguista britannica. La Teoria si basa sui concetti di *intenzionalità*, *ostensione*, *inferenza*, *dipendenza dal contesto* ed è già stata presentata in un numero precedente di Psicogeriatria[19]; il presente articolo si limita a cogliere il contributo che tale teoria fornisce al problema della comunicazione con il paziente demente.

Secondo la RT, infatti, la comunicazione non si riduce a semplice decodifica del significato linguistico, ma piuttosto utilizza quest'ultimo come punto di partenza, come un indizio da risolvere per via inferenziale, secondo un processo di arricchimento del significato detto pragmatico. Questo processo di arricchimento del significato veicolato dall'atto comunicativo è *correlato con il contesto* in cui tale atto si inserisce.

Intersezioni con l'approccio capacitante

Le intersezioni della RT con la pratica del colloquio con persone con deficit cognitivi sono numerose. In questa sede è utile sottolinearne due:

- I processi di *inferenza* e di *dipendenza dal contesto* da una parte sono costitutivi del meccanismo comunicativo, dall'altra richiedono l'impiego della memoria che è deficitaria nelle persone con demenza. Ne consegue che un atto comunicativo attuale può fallire (creare un fraintendimento) a causa dei disturbi di memoria di uno dei parlanti.
- Il contesto in cui si inserisce l'atto comunicativo è sia esterno (visibile e condivisibile da parte di entrambi gli interlocutori), sia interno (non visibile e noto solo a uno degli interlocutori).

Ne consegue che

- L'attenzione al contesto migliora la possibilità di una comunicazione efficace.
- La non conoscenza o non considerazione del contesto interno dell'interlocutore (il suo mondo interiore) può essere all'origine di fallimenti comunicativi (fraintendimenti).
-

Conversazione senza comunicazione?

Le Teorie della comunicazione citate sopra tendono ora a convalidare ora a contestare l'assioma di Lai sulla *conversazione senza comunicazione*[14], assioma fortemente provocante che si riferisce alla situazione limite di un paziente che parla, ma le cui parole non sono in grado di comunicare un significato, come succede quando le parole (significanti) del paziente e dell'opera-

tore non rinviano a un oggetto condiviso (riferimento). Tuttavia la comunicazione non è veicolata solo dalle parole ma anche dal linguaggio non verbale e le espressioni verbali e non verbali del paziente possono risultare comprensibili (comunicative) se si tiene conto del contesto in cui sono inserite.
Il Conversazionalismo è servito per individuare le tecniche utili per tenere comunque aperto il canale comunicativo verbale, anche in presenza di gravi disturbi del linguaggio, e per dare al paziente il *Riconoscimento* della sua validità come interlocutore.
Le considerazioni fatte sulle altre teorie, d'altra parte, sono di grande utilità per gli operatori che nelle interazioni della vita quotidiana cercano uno scambio comunicativo. L'*operatore capacitante*, infatti, può riuscire a comunicare anche in presenza di gravi disturbi del linguaggio se

- tiene viva l'intenzione di comunicare con il linguaggio verbale e la manifesta con l'ascolto e la parola;
- fa ricorso in modo consapevole alle *Tecniche conversazionali*;
- comunica utilizzando il linguaggio verbale, paraverbale e non verbale in modo coerente;
- tiene conto del contesto, sia quello esterno che quello interno (il mondo interiore del paziente).
- Lo studio dei testi di conversazioni registrate e trascritte[1,5,6,8,9,10,19] ha convalidato queste affermazioni e fornisce agli operatori gli strumenti per riuscire a parlare e a comunicare anche con le persone con demenza.

L'intenzione a comunicare

Questo breve excursus sulla comunicazione è utile al geriatra per illuminare le parole opache dei pazienti con demenza, per favorire il loro emergere e per cercarne un senso. Una riflessione fondamentale che nasce dagli studi citati è che il carattere essenziale della comunicazione è l'espressione e il riconoscimento delle intenzioni.
Se pensiamo alla nostra esperienza clinica con le persone con demenza, è vero che in fase avanzata di malattia le parole perdono la loro funzione comunicativa, che il paziente non riesce a trasmettere, con le sue parole malate, il contenuto mentale che vorrebbe esprimere, ma è anche vero che la persona con demenza manifesta la sua intenzione a comunicare.

Il Riconoscimento

A questo punto tentiamo un salto dal mondo della teoria a quello della clinica. L'*Approccio capacitante* si propone come un metodo per migliorare la qualità di vita delle persone con demenza, senza intenti riabilitativi, ma facendo leva sulle competenze effettivamente possedute dai pazienti. Infatti, anche in fase avanzata di malattia persistono le Competenze elementari (competenza a parlare e a comunicare, emotiva, a contrattare e a decidere): esse possono essere deficitarie o eclissate, ma persistono. L'*Approccio capacitante* vuole tenerle vive o farle (ri)emergere, utilizzando l'ascolto e la parola. Quando la parola sembra perdere la sua funzione comunicativa l'operatore capacitante può dare al paziente il *Riconoscimento* della sua intenzione a comunicare.

Alla ricerca di un senso

L'utilità clinica dell'*Approccio capacitante* si evidenzia proprio quando paziente e operatore si parlano ma non si capiscono. Normalmente questa situazione viene letta mettendo in evidenza che il paziente con le sue parole non riesce a farsi capire, quindi è deficitario. La stessa situazione, invece, letta dal punto di vista capacitante assume connotati diversi: il paziente cerca di esprimere, così come può, con le sue parole malate, il suo contenuto mentale, ma l'operatore non riesce a comprenderlo, quindi è l'operatore ad essere deficitario.
Questo diverso punto di vista è utile perché partendo da esso si può cominciare con il riconoscere al paziente la sua intenzione a comunicare per proseguire poi con il cercare di capire un senso possibile delle sue parole malate.

Nota: Le osservazioni del presente articolo sono applicabili, in prima istanza, sia a persone con malattia di Alzheimer che a quelle con altre forme di demenza.

Bibliografia

[1] Vigorelli P., Bonalume M., Cocco A., Lacchini C., Maramonti A., Negri Chinaglia C., Peduzzi A., Pezzano D., Riedo E., Sertorio S. L'Approccio Capacitante nella cura degli anziani fragili e delle persone con deficit cognitivi. 10 anni di esperienza. Psicogeriatria 2011; 2: 58-70.

[2] Lai G., Conversazionalismo, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.

[3] Lai G., Malattia di Alzheimer e Conversazionalismo, Terapia familiare 2000; 61: 43-59.

[4] Lai G. Cambiamenti nella teoria della conversazione e cambiamenti nella relazione con i pazienti Alzheimer, Psicoterapia e scienze umane 2001; 2, 55-68.

[5] Vigorelli P. (a cura di) La conversazione possibile con il malato Alzheimer. 6° ed. 2010. Franco Angeli. Milano, 2004.

[6] Amici A., Tassan G., Zaccone M., Ponzanetti A., Pecci M.T., Sinibaldi G., Passador P., De Angelis R., Martinelli V., Cacciafesta M., Marigliano V. L'approccio conversazionale con il malato Alzheimer come cura del deterioramento del linguaggio verbale. Geriatric Medicine 2009; 2-3: 82-86.

[7] www.tecnicheconversazionali.it

[8] www.gruppoanchise.it

[9] Vigorelli P. L'Approccio Capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer. Franco Angeli, Milano, 2011.

[10] Vigorelli P. Cinque minuti per l'accoglienza in RSA. Un metodo basato sull'Approccio capacitante. Franco Angeli, Milano, 2012.

[11] de Saussure F. Cours de linguistique générale, 1916.

[12] Jakobson R. Saggi di linguistica generale, 1962-1982.

[13] Watzlawitck P., Beavin J.H. e Jackson D.D. Pragmatic of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes, W.W. Norton, New York, 1967. Tr. it. Pragmatica della comunicazione umana. Casa Editrice Astrolabio, 1971.

[14] Lai G., Gandolfo G. Conversazione senza comunicazione. Tecniche conversazionali 2000; 23: 52-65.

[15] Grice H.P. Logic and conversation, 1975. Tr. it. Logica e conversazione. Saggi su intenzione, significato e conversazione. Il Mulino, Bologna, 1975.

[16] Sperber D., Wilson D., Relevance. Communication and cognition, Blackwell, Oxford, 1986 (ed. it. La pertinenza, Anabasi, Milano, 1993)

[17] Sperber D., Wilson D. Pragmatics, Modularity and Mind-reading. Mind & Language 2006; 17 (1-2): 3-23.

[18] Zijno A., Fortunatamente capita di fraintendersi. Comunicazione e convenzione tra Donald Davidson e la Teoria della Pertinenza, Unipress, Padova, 1999.

[19] Napoli D., Vigorelli P. Conversazione e comunicazione col paziente Alzheimer tra Approccio conversazionale e Teoria della pertinenza. Psicogeriatria 2011; 3:30-37.