

Proseguiamo adesso le nostre riflessioni mettendo a fuoco la competenza a comunicare.

E' noto che nelle malattie dementigene, in particolare nella malattia di Alzheimer, la competenza a comunicare con le parole decade prima della competenza a parlare: per molti anni l'anziano è in grado di produrre parole, ma i disturbi del linguaggio tendono a imporsi sempre di più ostacolando sia la comprensione delle parole altrui che la produzione di parole e frasi che abbiano un significato condiviso con l'interlocutore (operatore o familiare).

L'evoluzione sfavorevole della malattia e dei disturbi del linguaggio porta a

- una conversazione senza comunicazione (Lai e Gandolfo 2000);
- una reazione di frustrazione al tentativo di impiego del linguaggio verbale per comunicare;
- l'insorgenza di disturbi psicologici e comportamentali (BPSD) come espressione di disagio;
- l'abbandono precoce del linguaggio verbale a favore del linguaggio non verbale o dell'evitamento delle relazioni interpersonali.

### **L'Approccio capacitante**

L'operatore capacitante si caratterizza con il voler tenere viva la conversazione e cercare in essa una valenza comunicativa anche quando la comunicazione verbale sembra impossibile.

In particolare

- è consapevole che la competenza a parlare dura a lungo anche in presenza di gravi disturbi del linguaggio (v. come esempio nell'ARCHIVIO le conversazioni n. 9, 10, 27, 29, 35, 44, 46);
- utilizza le tecniche capacitanti, in gran parte mutuata dal Conversazionalismo di G. Lai, per favorire il fluire della conversazione anche in presenza di gravi disturbi di linguaggio, di memoria, di orientamento (v. come esempio nell'ARCHIVIO le conversazioni n. 5, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 22, 32, 40, 47, 57, 99, 100, 101, 103, 133);
- in presenza di gravi disturbi del linguaggio, quando la conversazione sembra impossibile e le parole perdono la loro funzione comunicativa, riconosce al conversante *l'intenzione a comunicare* (v. come esempi nell'ARCHIVIO le conversazioni n. 153, 222). Il suo esserci, stare in un atteggiamento di ascolto, cercare di trasmettere messaggi con le parole (o senza) e di ricevere i messaggi inviati dal paziente (con parole non significanti o con il linguaggio non verbale): questi mezzi sono potenti per tener viva la relazione e, quando possibile (cioè quasi sempre), la conversazione;
- talvolta il senso delle parole, il loro valore comunicativo, si rivela tenendo conto della storia del paziente e del contesto, come ipotizzato dalla Teoria della pertinenza (v. come esempio nell'ARCHIVIO le conversazioni n. 119, 166, 184);
- in tutti i casi cerca di cogliere un'unità minima di senso nelle parole del parlante e sceglie a sua volta le parole adeguate per restituirgli il motivo narrativo del suo dire (*Restituzione del motivo narrativo*). Si vedano come esempio nell'ARCHIVIO le conversazioni n. 38, 68);
- a scopo auto formativo, quando rilegge il testo della conversazione fa l'*Inventario dei motivi narrativi* e si rende conto che il parlare del paziente non è un parlare vuoto (v. come esempio nell'ARCHIVIO la conversazione n. 4);
- prende sempre in seria considerazione le parole del parlante (v. come esempio nell'ARCHIVIO la conversazione n. 121);
- riconosce al parlante la sua validità come interlocutore, anche quando la comunicazione è difficile (v. come esempio nell'ARCHIVIO la conversazione n. 196, 209);
- coglie e riconosce la consapevolezza di malattia nelle parole del parlante (v. come esempio nell'ARCHIVIO la conversazione n. 83, 84).

### **Intersezioni possibili**

Chi si occupa di *ToM* avrà già osservato numerose intersezioni possibili con l'Approccio capacitante. Ne elenco alcune:

- la possibilità di comunicare attraverso la parola anche quando le parole sono malate e non hanno più un significato condiviso verosimilmente è rivelatrice della *ToM*, sia di quella dell'operatore che di quella dell'anziano smemorato e disorientato;
- la scelta delle parole da dire da parte dell'operatore dipende dalla sua credenza sui risultati che otterrà con le parole che usa;
- l'espressione dell'intenzione a comunicare è correlata con la *ToM* del parlante e dell'interlocutore;
- il riconoscimento dell'intenzione a comunicare presuppone il riconoscimento della *ToM* del parlante. Questo avviene sia quando il parlante è l'anziano con demenza e l'interlocutore è l'operatore, sia nel caso opposto;
- il tentativo di comprendere il parlare vuoto dell'anziano con demenza tenendo conto del contesto presuppone il riconoscimento della *ToM* dell'anziano;
- la tecnica della *Restituzione del motivo narrativo* presuppone un'attività mentale dell'anziano capace di produrre credenze e un'attività mentale dell'operatore di riconoscere queste credenze;
- prendere in seria considerazione le parole dell'anziano, riconoscere la sua validità come interlocutore, riconoscere la sua consapevolezza di malattia significa riconoscere la sua *ToM*;
- riconoscere la capacità di metacomunicare da parte dell'anziano con demenza significa riconoscere la sua *ToM*. A questo proposito l'applicabilità del primo assioma della pragmatica della comunicazione (*non si può non comunicare*) e del secondo (*ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione*) ne sono una conferma.

### **Considerazioni pratiche**

1. Gli studiosi di *ToM* si interrogano sulla persistenza della stessa nelle persone con invecchiamento sano e in quelle con demenza, si interrogano sulla sua evoluzione nell'arco di vita e sul suo declino. Per rispondere a questi interrogativi utilizzano situazioni stimolo e setting sperimentali che sono adatti per studiare la *ToM* in età prescolare, scolare, nell'adolescenza e in età adulta, ma che risultano poco appropriati per l'anziano sano e ancora meno appropriati per l'anziano con demenza.

In quest'ultimo caso è necessario studiare la *ToM* in condizioni più ecologiche (e quindi più motivanti), come sono quelle delle conversazioni spontanee della vita quotidiana o, ancora meglio quelle che avvengono in un ambiente capacitante (con un operatore che utilizza le tecniche capacitanti) come sono quelle riportate nell'ARCHIVIO CONVERSAZIONI del sito.

2. L'operatore capacitante ascolta, parla e interagisce con le persone con demenza dando per scontato che questi sia capace di riconoscere gli stati mentali propri e altrui.

3. L'esperienza di vita quotidiana degli operatori capacitanti mette in evidenza la *ToM* delle persone con demenza.

Per esempio

- l'operatore è convinto che quando è preoccupato per motivi personali l'anziano con demenza se ne accorge;
- l'operatore è convinto che quando ha fretta, anche se cerca di dissimularla l'anziano con demenza se ne accorge;
- l'operatore è convinto che un sentimento di simpatia o antipatia viene immediatamente percepito dall'anziano con demenza;

- più in generale, gli operatori che lavorano nelle RSA sono ben convinti che gli anziani con demenza sono in grado di riconoscere gli stati mentali propri e altrui, anche quando il deterioramento cognitivo e i disturbi di linguaggio non permettono più di esprimere con le parole questa loro competenza.
- 4. Il compito del ricercatore consiste nel verificare o falsificare le credenze degli operatori, utilizzando disegni sperimentali il più ecologici possibile.

**Per approfondire**

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