

Vigorelli P. (2004): Il trattamento conversazionale dell'anziano afasico post-ictus. *Geriatric&Medical Intelligence – Medicina e Anziani*. 1, 45-52.

Il trattamento conversazionale dell'anziano afasico post-ictus

Pietro Vigorelli

UOS di Medicina Riabilitativa

Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo-Milano

Conversational treatment of elderly post-stroke aphasic patient

ABSTRACT:

In this paper a new approach to post-stroke aphasic patient is described: Conversational Approach (AC). When AC is employed in a structured manner by an adequately trained therapist, it realises the Conversational Therapy (TC).

AC and TC are based on two original principles:

- to work on residual verbal skills
- to aim to conversational happiness rather than to rehabilitation of linguistic deficit.

KEY WORDS: Aphasia, Post-stroke rehabilitation, Conversational Treatment

PAROLE CHIAVE: Afasia, Riabilitazione post-ictus, Terapia Conversazionale

È di comune osservazione che lo stesso disturbo afasico, cioè un livello simile di disturbo del linguaggio, da una parte incide in modo diverso sulla qualità di vita e sulla capacità di relazionarsi e di comunicare dei pazienti, dall'altra può avere delle evoluzioni diverse e relativamente indipendenti dalle modificazioni del danno neuroanatomico come lo si può osservare con la tomografia assiale computerizzata (TAC).

Si può quindi formulare l'ipotesi che i disturbi del linguaggio e la loro evoluzione non dipendano solo dal danno neurofunzionale, ma anche dalle circostanze ambientali, in particolare dal tipo di scambi verbali che comunque continuano a esserci (o a non esserci) tra il paziente e chi lo assiste. Non solo, ma anche l'umore del paziente è influenzato dagli scambi verbali e, in modo reciproco, anche la capacità stessa di parlare è influenzata dall'umore del paziente e dalla qualità delle sue relazioni.

Da queste premesse è nata l'idea di rivolgere un'attenzione specifica alle parole del paziente (comunque esse vengano prodotte) e a quelle dei curanti durante il normale svolgimento dell'attività assistenziale quotidiana. Lo strumento che permette di arricchire ogni interazione col paziente afasico di una valenza terapeutica è l'Approccio Conversazionale (AC). Quando tale approccio viene formalizzato, si realizza la Terapia Conversazionale (TC). AC e TC trovano un riferimento teorico nel Conversazionalismo di Giampaolo Lai che verrà sommariamente richiamato nel seguito (5-10).

Anche se la descrizione del metodo può apparire rigida, l'impiego clinico deve invece essere flessibile e personalizzato, calibrato di volta in volta sulle possibilità e sui desideri dell'operatore e del paziente. Ciascuno individuerà quali modalità e quali regole potrà concretamente utilizzare nella sua situazione specifica. Un'applicazione particolare dell'AC è stata sperimentata anche nei gruppi di reinserimento al domicilio dopo un ictus, cui partecipano insieme i pazienti e i loro parenti di riferimento (11-16).

L'Approccio Conversazionale

Ci sono frasi del tipo “come stai?”, “hai sete?”, “non chinarti!” che fanno parte del normale repertorio degli scambi verbali della vita quotidiana tra chi assiste una persona afasica dopo un ictus (o convive con lui) e il malato stesso. In ambito medico sono poi frequenti domande sull'orientamento temporale come “che giorno è?”, “quanti anni ha?” o domande per valutare l'afasia come “che cosa è questa?” (indicando una matita) o ordini semplici come “tiri fuori la lingua” che hanno uno scopo diagnostico e che vengono ripetuti quasi quotidianamente, anzi tendono ad esaurire tutti gli scambi verbali della giornata tra medico e paziente, anche se la rivalutazione diagnostica quotidiana ha scarsa utilità pratica.

Il problema È a tutti noto che se si fanno domande a un paziente con disturbo di comprensione, questi non le capisce; se si fanno domande a un paziente con disturbo di espressione, questi non è in grado di fornire le risposte.

D'altra parte il paziente che è messo di fronte a una situazione di inadeguatezza (non riesce a capire o non riesce a rispondere) presumibilmente subisce una frustrazione e reagisce con rabbia o depressione oppure si chiude, cercando di evitare le situazioni di scambio verbale. Sembra quindi evidente che fare domande a un paziente afasico durante gli incontri della vita quotidiana e durante le pratiche della normale attività assistenziale dopo un ictus non contribuisce alla felicità del paziente (e a ben vedere neanche a quella dell'interlocutore).

Il problema dunque che si pone è il seguente: come è possibile avere una conversazione felice, per quanto possibile, col paziente afasico?

Il riferimento teorico dell'Approccio Conversazionale Nel cercare una risposta al problema, e alla sfida, della felicità conversazionale col paziente afasico, mi sono ispirato al Conversazionalismo, così come ho già fatto per mettere a punto l'approccio conversazionale con altri pazienti con difficoltà di linguaggio, i malati Alzheimer (17-18).

Il problema da cui sono partito è: come si possono trasformare tutte le occasioni di incontro e di possibile scambio verbale col paziente afasico in occasione terapeutica? Come è possibile fare in modo che le parole del medico, dell'infermiere, del terapeuta della riabilitazione diventino uno strumento terapeutico? Ovviamente non è sufficiente fare attenzione solo alle parole (malate o assenti) del paziente afasico. Bisogna porre attenzione anche alle parole del conversante.

Fin dal 1985, quando Lai ha pubblicato *La conversazione felice*, il suo interesse clinico e di ricercatore si è rivolto soprattutto alle parole, sia a quelle del paziente che a quelle del terapeuta. Dai suoi studi è nato il Conversazionalismo, un dispositivo, concettuale e pratico, che parte dal testo, in particolare dai microframmenti di conversazioni professionali registrate e trascritte, e che al testo ritorna.

Inizialmente il Conversazionalismo è risultato utile nel trattamento dei pazienti nevrotici e psicotici, poi è stato impiegato anche in altri contesti. Il problema fondamentale che ha cercato di risolvere è la questione del “come se ne esce?” da una conversazione, appunto, e ha cercato le vie di uscita seguendo “il criterio della felicità”.

La questione del “come se ne esce?” si riferisce alle situazioni di patimento, paura, rabbia, disperazione, confusione, nelle quali ciascuno si può trovare una volta o l'altra. Il criterio della felicità si può intendere, in prima battuta, come il passaggio da uno stato di infelicità a uno di felicità (o quanto meno di minor infelicità).

Nel corso degli anni attorno a Lai si è riunito un gruppo di ricercatori che ha costituito l'Accademia delle tecniche conversazionali e che ha ampliato il campo di ricerca e di applicazione pratica del Conversazionalismo. Una linea di sviluppo molto promettente è quella che riguarda la terapia dei malati Alzheimer, un'altra, di cui tratto in queste pagine, è quella che si rivolge ai pazienti afasici.

In ogni caso, sia che ci si rivolga a pazienti nevrotici o psicotici, sia che ci si rivolga a pazienti dementi o afasici, l'attenzione del terapeuta è rivolta alle parole.

La proposta A questo punto il problema posto all'inizio richiede una nuova formulazione. Siamo partiti dicendo che fare domande a un paziente afasico è comunque fonte di sofferenza e di frustrazione. D'altra parte, se noi ci poniamo come obiettivo di avere delle conversazioni felici, ne consegue necessariamente una regola base: Per avere delle conversazioni felici con il paziente afasico non bisogna fare domande.

Il problema iniziale deve quindi essere riformulato così: come è possibile conversare senza fare domande?

Non è facile. Infatti se osserviamo con attenzione gli abituali scambi verbali col paziente afasico ci accorgiamo che l'interlocutore tende per lo più a porre domande o a pronunciare frasi imperative (fai così, non fare così). In entrambi i casi le nostre frasi tendono a essere "richiestive", cioè richiedono al paziente di dire o di fare qualcosa che il più delle volte non è in grado di dire o di fare. Il problema potrebbe sembrare insolubile se non pensassimo che questo atteggiamento richiestivo non è generale di tutte le nostre conversazioni della vita quotidiana. Curiosamente è proprio con i pazienti afasici che viene a crearsi quasi un accanimento in questo senso, ovviamente involontario. Questa osservazione purtroppo non è sufficiente per aiutarci a cambiare atteggiamento. Parlare con una persona che ha un disturbo del linguaggio verbale senza fare domande e senza dare ordini è comunque difficile. Richiede attenzione, impegno e la conoscenza di alcune tecniche riepilogate nella Tabella I.

L'AC che qui propongo è concepito in modo che possa essere utilizzato dai medici e dagli altri operatori che incontrano i pazienti afasici nelle istituzioni geriatriche o sul territorio. Penso agli infermieri che più di tutti hanno numerose occasioni d'incontro con i pazienti durante il giorno e la notte, ma anche ai terapisti della riabilitazione e agli assistenti sociali che, pur svolgendo attività specifiche con altre finalità, si trovano nella condizione di interagire verbalmente con persone che hanno disturbi del linguaggio. Durante lo svolgimento delle attività assistenziali e durante gli incontri occasionali che capitano nella vita quotidiana si potranno verificare le situazioni più varie, dall'aiuto nelle pratiche di igiene personale, alla somministrazione di farmaci, alle sedute di fisioterapia, fino all'incontro fortuito in un corridoio.

Al posto delle domande, che cosa? Solitamente si considera che una conversazione sia costituita da turni verbali di un interlocutore che si alternano con i turni verbali dell'altro. Un concetto di questo tipo ignora un costituente che è particolarmente importante nelle interazioni con i pazienti afasici. Alludo alle pause e ai silenzi che punteggiano anche le normali conversazioni, ma che sono più lunghe nel nostro caso. Quando ci interroghiamo su che cosa utilizzare al posto delle domande, come riempire lo spazio conversazionale senza fare domande, la prima risposta è: col silenzio. Ma si tratta di un silenzio scelto in modo consapevole e finalizzato a favorire una conversazione felice, o quanto meno non frustrante. Anche il silenzio può essere un tempo vivo e comunicativo, con dei suoi connotati precisi e comprensibili, purché non sia troppo lungo e non sia fonte di imbarazzo. Il silenzio, cioè lo spazio conversazionale senza parole, può essere abitato da un *atteggiamento accogliente*, un' *attesa rispettosa*, un *ascolto partecipe*.

- L'atteggiamento accogliente

Ogni conversante può facilmente trovare, in base alle proprie esperienze precedenti, l'atteggiamento che gli è più consono per esprimere la propria buona disposizione a conversare, nonostante le difficoltà obiettive che questo comporta col paziente afasico. Già il sedersi accanto al paziente può esprimere chiaramente la volontà di dedicare del tempo alla conversazione, anche lo sguardo, la mimica del volto, la posizione assunta col corpo possono far capire il nostro atteggiamento di accettazione dell'handicap, di disponibilità al colloquio e di accoglienza nei confronti del nostro difficile interlocutore.

- L'attesa rispettosa

Purtroppo siamo abituati a correre tutto il giorno. Soprattutto durante l'attività professionale. Ma la fretta è la peggior nemica della felicità conversazionale col paziente afasico. È noto che questi pazienti hanno un ritardo nell'iniziativa verbale, hanno bisogno di tempo per cercare la parola giusta e trovarla, di altro tempo per riuscire a pronunciarla. Dobbiamo imparare ad aspettare e ad essere pazienti, pensando che il tempo impiegato ad aspettare è quello che permetterà al paziente di riuscire a parlare e che fornirà a noi la soddisfazione di essere riusciti nell'impresa.

- L'ascolto partecipe

Spesso quello che il paziente ci dice, le parole o i fonemi che pronuncia, non sono immediatamente comprensibili. È necessaria molta attenzione, talvolta un po' di fantasia per capire. Dobbiamo anche prepararci a sbagliare nella comprensione di quanto il paziente cerca di dire. In qualche modo quando il paziente afasico con disturbi di espressione ci parla, siamo noi che diventiamo afasici riguardo alla comprensione del suo dire, siamo noi che non comprendiamo le sue parole.

La lentezza del paziente afasico Una caratteristica generale del comportamento dell'anziano è la lentezza. Essa contrasta con la velocità che rappresenta un valore comunemente apprezzato nella vita quotidiana, soprattutto in ambiente lavorativo. D'altra parte ho osservato che il benessere dell'anziano e anche la sua migliore performance (sia sul versante cognitivo che su quello esecutivo) si ottengono se egli è messo in condizione di esprimersi con il tempo che gli è necessario, se chi si relaziona con lui sa rispettare i suoi tempi e la sua lentezza. Questa osservazione, per altro di dominio comune, l'ho trovata particolarmente convalidata nella mia esperienza con i pazienti Alzheimer e con gli afasici post-ictus. Nella pratica clinica e quotidiana, rispettare la lentezza della produzione verbale del paziente afasico significa imparare a mantenere il silenzio, senza interromperlo durante il suo turno di parola. Non è cosa da poco, ma ne vale la pena. Proprio ieri, al termine di una degenza riabilitativa in cui il disturbo afasico post-ictus ha avuto un'evoluzione particolarmente favorevole, durante il colloquio finale il paziente mi ha detto, scandendo lentamente le parole: un incontro così vale più di una tonnellata di pillole.

Le frasi dichiarative Naturalmente una conversazione non può essere fatta solo di silenzio. Gli abitanti principali della conversazione sono le parole, quelle del paziente e le nostre. Le parole del paziente saranno quelle che comunque pronuncia. Dal nostro punto di vista non ci sono parole del paziente giuste o sbagliate, le sue parole, i suoi abbozzi di parole, i suoi tentativi, vengono comunque accettati così come vengono pronunciati, sono il contributo possibile che il paziente dà alla conversazione. Quello su cui dobbiamo concentrare l'attenzione sono le nostre parole. Quelle parole che noi diremo, quando le diremo, che possono contribuire a favorire la prosecuzione o lo spegnersi della conversazione, che possono renderla più o meno felice.

Già abbiamo visto che in linea di massima cerchiamo di evitare le frasi richiestive, cioè quelle che contengono domande o ordini (dal punto di vista grammaticale e sintattico si tratta di frasi interrogative o frasi col predicato verbale al modo imperativo). Le frasi che utilizziamo sono quindi essenzialmente frasi dichiarative, formulate con poche parole. Si tratta per lo più di frasi semplici, composte dal soggetto, dal verbo al modo indicativo e da un complemento; frasi che esprimono un solo concetto.

La restituzione del motivo narrativo Nella pratica clinica ci sono numerose situazioni in cui gli scambi verbali tra operatore e paziente sono difficili, talvolta sembrano impossibili. Penso agli scambi con i pazienti psicotici e a quelli con i pazienti affetti da malattia di Alzheimer. In questi casi abbiamo già sperimentato con successo la *restituzione del motivo narrativo* come tecnica per tener viva la conversazione. La stessa tecnica risulta utile anche con i pazienti afasici.

Per motivo narrativo intendiamo l'unità minima di significato di una frase o di un turno verbale o comunque di un tentativo di espressione verbale del paziente. Il paziente si esprime come può. Siamo noi che dobbiamo cercare di individuare il suo motivo narrativo. Possiamo riuscirci più o meno bene, comunque ci proviamo. Con le nostre parole cerchiamo di restituire al paziente quello che abbiamo capito del suo dire, ben sapendo che possiamo esserci sbagliati e che a nostra volta possiamo non essere compresi. In questo modo veniamo a trovarci sullo stesso piano del paziente. Viene a crearsi un clima di ricerca, quasi un gioco, in cui ciascuno dei due conversanti cerca di capire e di farsi capire, pronto ad accettare i fallimenti e a riprovare, cercando parole nuove.

TABELLA I - *L'Approccio Conversazionale al paziente afasico post-ictus*

➤ *Non fare domande*

È la regola base.

Quando il conversante parla, cerca di evitare di fare domande e di impartire ordini; utilizza perlopiù frasi dichiarative.

➤ *Restare in silenzio quando il paziente cerca di parlare*

Il silenzio del conversante è un elemento importante che punteggia la conversazione con il paziente afasico. Esso è costituito da:

- atteggiamento accogliente
- attesa rispettosa
- ascolto partecipe

➤ *Restituire il motivo narrativo*

Per motivo narrativo intendiamo l'unità minima di significato di una frase o di un turno verbale o comunque di un tentativo di espressione verbale del paziente.

L'Approccio Conversazionale e i familiari La storia naturale del paziente afasico post-ictus è costituita da tre fasi: la fase acuta in ospedale, quella postacuta in ambiente riabilitativo e quella del reinserimento (quando possibile) nella vita familiare e sociale con la stabilizzazione dell'handicap. Mentre le prime due durano alcune settimane, la terza è la più lunga, dura anni e coincide con la durata stessa della vita. Quasi tutti gli sforzi della ricerca si concentrano sulle prime due fasi. Ne consegue che pazienti, familiari e caregiver si trovano a dover affrontare in solitudine i problemi cronici che derivano dal disturbo afasico. Per tale motivo ho sperimentato, a partire dal 1998, un gruppo educativo rivolto ai pazienti colpiti da ictus ed ai loro parenti di riferimento per preparare e accompagnare il reinserimento al domicilio. Incoraggiati dall'AC anche i pazienti afasici hanno potuto partecipare utilmente al lavoro di gruppo. Partendo da quella esperienza mi sono reso conto che l'AC, tramite un'adeguata formazione dei familiari e dei caregiver, può risultare utile per migliorare la qualità di vita sia dei familiari che dei pazienti.

Integrazione tra linguaggio verbale e non verbale La comunicazione è un'attività necessaria per vivere. Ne consegue che quando il linguaggio verbale, che è nell'uomo strumento primario di comunicazione, risulta disturbato, si cercano altri canali di comunicazione. In questo caso è la comunicazione non verbale che viene sviluppata, con una funzione vicaria. Ciò può avvenire spontaneamente, oppure può essere favorito con un programma specifico di apprendimento. Nei casi più gravi e irrecuperabili il linguaggio non verbale diventa l'unico strumento di comunicazione possibile.

D'altra parte il linguaggio verbale è l'espressione più alta della capacità di comunicare dell'uomo, tanto che è una delle caratteristiche che lo distingue da tutti gli altri animali e la rinuncia precoce al suo uso contribuisce in qualche modo a diminuire la piena espressione dell'uomo in quanto tale. Per tale motivo ritengo che debba essere fatto il massimo sforzo per tener viva la parola, premessa necessaria al mantenimento e allo sviluppo della competenza linguistica e comunicativa.

È vero che il paziente afasico, se la sua afasia si stabilizza a livello di gravità, ha bisogno di imparare a sviluppare i linguaggi non verbali, ma, vorrei aggiungere, non lasciamoci prendere dalla fretta, non rinunciamo troppo presto e in modo troppo drastico alla speranza di riuscire ad utilizzare di più e meglio il linguaggio verbale.

Approccio Conversazionale e Logopedia L'approccio tradizionale al paziente afasico è quello logopedico, basato sugli studi neuro psicologici (1-4). Esso cerca di individuare i deficit fasici del paziente mediante appositi test, poi utilizza varie tecniche rieducative per minimizzare i deficit e promuovere il recupero delle funzioni carenti. L'AC invece ha un riferimento teorico e pratico nel Conversazionalismo, è focalizzato sulle funzioni residue e utilizzabili del paziente e ha per obiettivo la felicità conversazionale nel momento stesso in cui la conversazione avviene.

La logopedia si basa quindi su un approccio analitico che parte dai test diagnostici per individuare le funzioni deficitarie e che si sviluppa con tecniche specifiche, mirate al recupero di tali funzioni. L'AC, invece, si basa su un approccio globale che prende in considerazione la capacità di conversare nel suo complesso. Risulta però evidente che logopedia e AC hanno in comune l'attenzione alla parola. Anche a questo riguardo c'è però una differenza importante: la logopedia si occupa delle parole del paziente, l'AC studia invece con eguale attenzione quelle del paziente e quelle del terapeuta, si occupa infatti delle sequenze dei turni verbali tra paziente e terapeuta.

Integrazione tra Approccio Conversazionale e Logopedia L'AC può iniziare in modo informale appena il paziente entra in ospedale per l'ictus, ancora prima che il disturbo si sia stabilizzato e che sia effettuata una valutazione testale.

L'integrazione tra AC e logopedia può avvenire sia nella contemporaneità che nella successione temporale.

Infatti alcuni principi dell'AC possono risultare utili e sono di fatto spesso utilizzati nel corso delle sedute di logopedia. Alludo per esempio all'attenzione da porre al tener viva la motivazione al trattamento e a promuovere un clima di alleanza terapeutica. D'altra parte l'AC è un approccio informale che può essere utilizzato da tutti gli operatori e i caregiver che interagiscono col paziente durante lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

La logopedia inoltre, soprattutto nei pazienti anziani dopo un ictus, ha un suo preciso timing, con un inizio dopo la fase acuta, una frequenza giornaliera e un termine che il più delle volte coincide con la dimissione dalla degenza riabilitativa. L'AC ha invece una maggiore flessibilità e può anche essere una terapia di accompagnamento e di supporto, non solo durante la degenza, ma anche durante il difficile periodo del reinserimento al domicilio o in una residenza sanitaria-assistenziale.

La Terapia Conversazionale del paziente afasico post-ictus

Oltre all'utilizzazione informale descritta sopra, è possibile utilizzare l'AC anche in un contesto terapeutico strutturato. Quando viene applicato in modo formale esso costituisce la Terapia Conversazionale (TC), un tipo di trattamento che richiede un terapeuta adeguatamente formato (psicologo, medico o logopedista). Le finalità della TC hanno a che vedere col suo benessere psicoemotivo, col superamento della fase depressiva post-ictus, con le relazioni interpersonali durante la degenza ospedaliera e riabilitativa, col reinserimento in famiglia e con l'adattamento alla nuova situazione personale e familiare che viene a crearsi a causa dei deficit residui.

L'obiettivo primario cui tende la TC è la felicità conversazionale nel momento stesso dell'interazione verbale. A seconda della gravità del danno, una conversazione felice potrà essere più o meno comunicativa, cioè le parole del paziente saranno più o meno in grado di trasmettere un messaggio comprensibile dal punto di vista semantico e le parole dell'interlocutore saranno più o meno comprese dal paziente nel loro significato. In ogni caso in una conversazione felice avviene un regolare alternarsi dei turni di parola, dal paziente al conversante, poi dal conversante al paziente e così via. Dapprima uno parla, così come riesce, e l'altro tace e ascolta, poi parla il secondo e il primo tace. La conversazione è comunque ordinata, senza sovrapposizioni, senza imposizioni né giudizi. Lo scopo è di stare uno di fronte all'altro, uno in presenza dell'altro, uno insieme all'altro, a scambiare delle parole, accettandole così come vengono prodotte. In questo modo il paziente afasico si sente accettato nonostante il grave deficit e incoraggiato a parlare senza timore di sbagliare. Si sente riconosciuto come un interlocutore ancora valido e valorizzato come persona. Nella mia esperienza questo risultato si accompagna ad altri risultati aggiuntivi non trascurabili: il paziente aumenta la produzione verbale, riscopre il piacere dell'uso della parola (anche se la parola è malata) e ottiene migliori risultati dalle sedute di logopedia. Inoltre le reazioni depressive, molto frequenti dopo un ictus, diventano meno frequenti e si risolvono più rapidamente.

Le tre fasi della conversazione La conversazione si può scomporre idealmente in tre fasi, così come ogni incontro tra due persone: la *fase sociale di apertura*, la *fase centrale*, la *fase sociale di conclusione*. Si tratta evidentemente di uno schematismo che serve a scopo descrittivo, ma la realizzazione pratica deve essere flessibile e adattarsi alla situazione del momento. È comunque sempre importante fare attenzione ai primi momenti e alle prime parole di ogni incontro.

Quando si procede in modo formale è necessario predisporre un ambiente adatto, sempre lo stesso, come una stanza in cui i conversanti possano stare comodamente seduti, senza essere disturbati da persone di passaggio o comunque estranee alla sessione. I conversanti si pongono uno di fronte all'altro se sono due, in cerchio se sono in gruppo. In tal caso possono partecipare quattro o cinque pazienti, meglio se hanno un tipo di afasia abbastanza simile, con la funzione di comprensione e di espressione almeno parzialmente conservate.

- La fase sociale di apertura

Quando l'operatore incontra il paziente afasico per la prima volta, lo saluta e si presenta secondo le comuni regole di cortesia. Guardare negli occhi il paziente e allungare la mano in segno di saluto sono di solito i primi gesti che permettono di stabilire il contatto e di manifestare la disponibilità alla conversazione in modo comprensibile anche ai pazienti con grave deficit di comprensione. I pazienti afasici post-ictus, però, hanno spesso un'emiparesi destra che ostacola la comune stretta di mano. In questi casi è necessario adattare l'abituale gesto del saluto alla situazione concreta, calibrandolo in base alle effettive possibilità di risposta del paziente. Di volta in volta si potrà scegliere se utilizzare comunque la mano destra, stringendo con la propria quella paretica del paziente, oppure salutare incrociando le mani di sinistra, oppure aiutarsi nel gesto utilizzando entrambe le mani. Questa prima fase è importante per la buona riuscita dell'incontro. Nelle relazioni normali della vita quotidiana siamo abituati a effettuarla in modo automatico, praticamente al di fuori del campo della consapevolezza. Con i pazienti afasici invece, se non si pone particolare attenzione a questa fase, essa viene saltata o effettuata in modo inadeguato, con la conseguenza che la relazione viene impostata in modo improprio fin dall'inizio e il successivo svolgimento dell'incontro risulta meno soddisfacente. Gli obblighi frenetici della vita quotidiana tendono ad ostacolare questo primo e fondamentale momento. Ciascuno cercherà di adattarsi al meglio, sapendo che un minuto perso per una buona presentazione ne farà risparmiare molti di più nel seguito delle attività assistenziali.

- La fase centrale

La fase centrale della conversazione si basa su *due principi* già citati, cioè far leva sulle capacità residue di comprensione ed espressione verbale del paziente e avere come obiettivo la felicità conversazionale piuttosto che il recupero delle funzioni deficitarie.

Per adeguarmi a questi principi conduco le conversazioni seguendo alcune regole pratiche che integrano la regola base di non fare domande, riepilogate nella Tabella II.

Aprire la conversazione in modo che il paziente parli (o non parli), così come riesce All'inizio della conversazione cerco, con le mie parole, di creare le condizioni che facilitino l'espressione verbale del paziente, così come egli è in grado di fare (o di non fare). Cerco di fare in modo che il paziente parli o cerchi di parlare in modo felice, senza richiedere una correttezza formale (morfologica e sintattica) o comunicativa (a livello cioè della idoneità a trasmettere dei significati). Nei casi più gravi, quando il paziente non riesce ad emettere alcun suono, faccio comunque in modo che il paziente partecipi volentieri all'incontro. Nella mia esperienza spesso il paziente si sente rassicurato e parla più volentieri se fin dall'inizio faccio un chiaro cenno alla sua difficoltà di parola. Se il paziente è in grado di capire gli dico qualcosa del tipo: "So che lei ha difficoltà a parlare, ma proviamo lo stesso, cercheremo di cavarcela il meglio possibile". Oppure: "Se lei non riesce a parlare parlerò io. Se lei ci riesce solo in parte mi sforzerò di capire quello che mi vuole dire". Se il paziente ha un deficit grave di comprensione verbale cerco di farmi capire anche con i gesti. Per esempio alludo alla difficoltà di parola avvicinando il mio dito indice alla bocca e facendo cenno di no col capo.

Rispettare l'alternanza dei turni Talvolta, presi dalla foga di comunicare o impazienti per le difficoltà incontrate dal paziente ad esprimersi, siamo tentati a interromperlo e a sovrapporre le nostre parole ai suoi tentativi di espressione verbale. È invece molto importante attendere che il paziente abbia finito di parlare o di tentare di parlare, prima di prendere a nostra volta la parola. Chi proverà a far propria questa regola si accorgerà di quanto sia utile per favorire una buona conversazione. D'altra parte se ci addestriamo a condurre la conversazione in modo consapevole, tenendo presente questa regola fondamentale, possiamo imparare a capire quando è il momento di parlare e quando è invece il momento di ascoltare. Da parte sua anche l'afasico grave conserva questa capacità di riconoscere e rispettare l'alternanza dei turni di parola.

Rispettare il silenzio La conversazione con i pazienti afasici è spesso punteggiata da pause. Il paziente fa fatica a parlare, ha bisogno di tempo (qualche secondo) per cercare e trovare le parole, ha bisogno di tempo per riposarsi dallo sforzo mentale. Ho constatato che rispettando queste pause la conversazione poi prosegue meglio, più a lungo e in modo più felice. Il conversante può di volta in volta scegliere quando prendere, o riprendere, la parola in modo da favorire un buon clima conversazionale.

Non occuparsi degli errori linguistici Ogni errore comporta una frustrazione. Il doverlo ammettere rattrista il paziente e tende a ridurre la sua iniziativa. Il paziente spesso per paura di sbagliare evita completamente di parlare, rinuncia addirittura a fare dei tentativi di utilizzare il linguaggio verbale e si rifugia nel linguaggio non verbale o rinuncia completamente a comunicare. Il mio scopo invece è di tenere comunque viva la conversazione, indipendentemente dagli errori. La conversazione può diventare un gioco fine a se stesso, purché resti viva e felice.

Restituire il motivo narrativo Quando riusciamo a capire le parole del paziente è facile restituirgli con le nostre parole, mediante una frase semplice, sintetica e ben costruita, quello che abbiamo capito del suo dire. Qualche volta, se il disturbo espressivo è più grave, può essere difficile. In questi casi possiamo procedere per tentativi, provando a dire quello che ci sembra di aver capito e chiedendo conferma al paziente. Se il paziente ci fa intendere di non essere stato compreso faremo un altro tentativo. Realizzeremo così un clima di alleanza terapeutica in cui noi cercheremo di

capire e il paziente cercherà di dirci se ci siamo riusciti oppure no. In questo modo siamo noi a sbagliare o a riuscire, non il paziente. Nei casi più complicati e deficitari, di fronte a un reiterato fallimento, questa situazione talvolta si conclude con una risata di entrambi gli interlocutori. Paziente e conversante si trovano alla pari nel riconoscere una incompetenza comunicativa e in questa parità ritrovata si minimizza la frustrazione provocata dal disturbo afasico.

- La fase sociale di congedo

È molto importante concludere la conversazione con un successo piuttosto che con un fallimento. Cerco di evitare di spingere la conversazione fin dove il paziente non riesce a capirla o ad esprimersi. Faccio in modo di concluderla in un momento in cui tra i due interlocutori c'è un'intesa attraverso le parole. Nei casi più gravi invito il paziente a ripetere alcune parole già dette, oppure faccio ricorso alla ripetizione della serie dei numeri (uno, due, tre...) o dei giorni della settimana (lunedì, martedì...). Queste serie di parole sono spesso risparmiate dal disturbo afasico e la loro ripetizione, negli afasici più gravi, è fonte di soddisfazione. Quando la conversazione volge al termine riassumo quanto è stato detto utilizzando quelle parole che già sono state comprese. Il congedo vero e proprio è preceduto dall'accordo sul successivo appuntamento ed è costituito dal saluto che avviene, come all'inizio, utilizzando i modi della consuetudine sociale.

TABELLA II- *Le regole della Terapia Conversazionale del paziente afasico post-ictus*

- *Aprire la conversazione in modo che il paziente parli (o non parli), così come riesce*
 - *Non fare domande*
 - *Rispettare l'alternanza dei turni*
 - *Rispettare il silenzio*
 - *Non occuparsi degli errori linguistici*
 - *Restituire il motivo narrativo*
-

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Nel trattamento conversazionale del paziente afasico post-ictus viene sottolineata in particolare l'importanza di non fare domande e di restituire il motivo narrativo.

L'AC può essere utilizzato da tutti gli operatori e dai familiari durante gli abituali incontri della vita quotidiana. I risultati attesi sono diversi dal recupero delle funzioni linguistiche e di comunicazione verbale, essi hanno piuttosto a che vedere con la qualità della vita e con la qualità delle relazioni tra i pazienti e i caregiver. Un eventuale vantaggio riguardo al recupero delle funzioni del linguaggio verbale è da considerare un vantaggio aggiuntivo. In effetti nell'esperienza clinica si osserva che l'AC ha un effetto sinergico positivo con la logopedia anche a livello del miglioramento dell'uso della parola e che esso risulta utile per migliorare la collaborazione con la logopedista quando questa è difficile.

L'AC può anche essere utilizzato dai parenti durante gli scambi della vita quotidiana dopo il reinserimento al domicilio.

Quando l'AC viene utilizzato in modo sistematico e strutturato da un terapeuta esperto, si configura una vera e propria Terapia Conversazionale.

RIASSUNTO

In questo articolo viene descritto un nuovo approccio al paziente afasico post-ictus: l'Approccio Conversazionale (AC). Quando tale approccio viene utilizzato in modo strutturato da un terapeuta adeguatamente formato esso costituisce la Terapia Conversazionale (TC).

AC e TC si basano su due principi originali:

- far leva sulle capacità residue di comprensione e di espressione verbale del paziente afasico
- avere per obiettivo la felicità conversazionale piuttosto che il recupero delle funzioni deficitarie.

Reprint Requests to:

Pietro Vigorelli, MD

UOS di Medicina Riabilitativa

Via Pio II, 3

20153 Milano, Italia

pietro.vigorelli@formalzheimer.it

BIBLIOGRAFIA

1. Basso A. (1999), La rieducazione di pazienti afasici gravi. In Mazzucchi A. (a cura di) (1999), La riabilitazione neuropsicologica. Masson, Milano.
2. Denes G., Pizzamiglio L. (1996), Manuale di neuropsicologia. 2° ed. Zanichelli, Bologna.
3. Marangolo P., Basso A. (1986), La valutazione dei disturbi del linguaggio. In: Carlomagno S. a cura di (1986), La valutazione del deficit neuropsicologico nell'adulto cerebroleso. Masson, Milano.
4. Mazzucchi A. (a cura di) (1999), La riabilitazione neuropsicologica. Masson, Milano.
5. Lai G. (1985), La conversazione felice. Il Saggiatore, Milano.
6. Lai G. (1993), Conversazionalismo. Bollati Boringhieri, Torino.
7. Lai G. (1995), La conversazione immateriale. Bollati Boringhieri, Torino.
8. Lai G. (2003), Postulati, definizioni, algoritmi, teoremi del conversazionalismo. Fondamenti dimostrativi o assiomi condizionali?, Rivista italiana di gruppoanalisi. 1, 29-47.
9. Stefanini D. (2003), Il mondo dei suoni e delle parole. Tecniche conversazionali, 30, 54-62.
10. Accademia delle tecniche conversazionali: web.tiscali.it/accademiaticniche
11. Vigorelli P., Vigorelli L. (introduzione di Cazzullo C.L.) (1985), Alleanza terapeutica tra medico e paziente. Ghedini Editore, Milano.
12. Vigorelli P. (1999), I gruppi di miglioramento basati sull'esperienza. La ca' granda 3: 6-7.
13. Vigorelli P. (1999), Riunioni di gruppo e gruppi di formazione in ospedale. Prospettive Sociali e Sanitarie, 13, 11-14.
14. Vigorelli P. (2000), Reinserimento familiare dopo un ictus. Prospettive Sociali e Sanitarie, 9, 6-8.
15. Vigorelli P., Gussoni C., Bianchi M., Pezzano D., Cremona M., Scotti R. (2001), Gruppo educativo per il reinserimento familiare dopo un ictus. Atti della Conferenza nazionale sulle Stroke Unit, 16-17 novembre 2001. Milano. Pag. 373-377.
16. Vigorelli P., Peduzzi A. (2002), Un metodo per prevenire il decadimento dell'anziano fragile ricoverato. Geriatric & Medical Intelligence "Medicina e Anziani", 1, 41-48.
17. Vigorelli P. (a cura di) (2004), La conversazione possibile con il malato Alzheimer. Franco Angeli, Milano.
18. Formazione e Alzheimer: www.formalzheimer.it