



UNIVERSITÀ GIUSTINO FORTUNATO
D.M. 13 aprile 2006 - G.U. n° 104 del 6/05/2006 - TELEMATICA



UniforJob
ACADEMY



Accademia Eraclitea
ENTE DI RICERCA E DI ALTA FORMAZIONE ACCREDITATO

Master Universitario di primo livello in “Deglutologia geriatrica” A.A. 2024/25

La comunicazione nell’anziano

dr. Massimo Fiori

La comunicazione umana,
differentemente dalle tante forme di
comunicazione in uso tra la
preponderante parte del mondo
animale, è una comunicazione
simbolica

Nel simbolo un suono o un gesto sta ad una cosa per via di un codice condiviso tra più persone (come i colori di una bandiera stanno ad un paese)

Nel segno una cosa, come un disegno o un suono, rimanda espressamente al contenuto della comunicazione, costituendone una parte o un riflesso diretto (come il fumo sta al fuoco).

Il codice di comunicazione simbolico ha ampliato enormemente i contenuti comunicabili, **estendendoli a cose e situazioni presenti, passate o future, a concetti, a valori, a sentimenti**. In questo ultimo caso, quello stesso codice designa contenuti soggettivi interni alla persona e li offre alla conoscenza e alla esperienza dell'uomo con la stessa chiarezza con la quale è possibile fare esperienza di contenuti esterni ed oggettivi.

Una realtà inizia ad esistere nel senso pieno del termine quando ad essa viene attribuito un nome. Quel nome richiama nella mente di un uomo una determinata cosa, materiale o immateriale, reale o immaginaria, presente, passata o futura, interna o esterna. Quel nome specifica la cosa con uguale evidenza per chiunque condivida quel codice simbolico e ne specifica le qualità e le proprietà consentendo alla mente, attraverso il linguaggio, di avvicinare quella determinata cosa nominata come se fosse presente e concreta nelle mani della persona. **Parlare di una cosa diventa un poco come afferrarla nelle nostre mani.**

Si pensi pertanto a quanto sia grave per una persona la perdita, anche solo parziale, di questo prezioso strumento simbolico

si perde con esso la capacità di accesso al proprio mondo interno e la capacità di costruire connessioni ed intese con il mondo esterno

Non si perde soltanto la capacità di rendere esplicito all'interlocutore il proprio pensiero ma di ridurre fortemente quell'azione esplicativa che la comunicazione opera sul pensiero, esprimendolo e qualificandolo al tempo stesso in favore dell'interlocutore non meno che dell'oratore

Ne deriva una significativa compromissione dell'identità personale, che appare ostacolata in molte delle dimensioni sulle quali il potere esplicativo e specificativo della comunicazione declina gli aspetti più personali e privati del soggetto

Il problema della direzione dell'effetto si evidenzia ogni volta che, accertata la stretta relazione tra una variabile con un'altra, si constata che tale relazione non chiarisce quale delle due sia la causa e quale altra l'effetto

Il problema del terzo fattore ha luogo tutte le volte che, circoscritto lo studio a due variabili, come si conviene in una indagine correlazionale, si scopre che l'effetto misurato è da imputarsi ad un terzo fattore estraneo allo studio

La relazione con l'autista dell'autobus si compie in termini diversi, con strumenti diversi e con mete diverse da come si compie la relazione con un proprio congiunto.

In questo ultimo caso assumono rilievo i contenuti identitari trasmessi con vario grado di consapevolezza dagli aspetti di relazione della comunicazione. Quale profilo di me stesso si evince dalla comunicazione che intrattengo con il mio interlocutore? Come dimostra di vedermi e con quale grado di credibilità?

Quando la relazione comunicativa assume valore identitario in ognuno dei canali e degli strumenti comunicativi cresce il peso specifico dei contenuti di relazione della comunicazione, cioè quegli aspetti comunicativi mediante i quali ognuno degli interlocutori rimanda all'altro messaggi relativi alla percezione, alla valutazione e al giudizio che ha di esso

Come immaginare un intervento relazionale rivolto alla profondità del nostro interlocutore e finalizzato al suo recupero se non all'interno di una cornice di rispetto, lealtà, stima e accoglienza

E' questa cornice a fornire il preambolo all'azione terapeutica, iscrivendola in un contesto di collaborazione e fiducia senza le quali nessun provvedimento tecnico assumerebbe mai rilievo autenticamente terapeutico.

Ogni aspetto della comunicazione verbale e non verbale viene processato per esaminare se e quanto siamo accolti, considerati, ascoltati, apprezzati, benvoluti. Segnali che esitano in 3 possibili distinte situazioni: conferma, rifiuto, disconferma

La conferma è un messaggio che riconosce all'interlocutore buone ragioni e titolarità del giudizio

Il rifiuto un messaggio che nega la bontà delle ragioni dell'interlocutore confermandone però la titolarità del giudizio

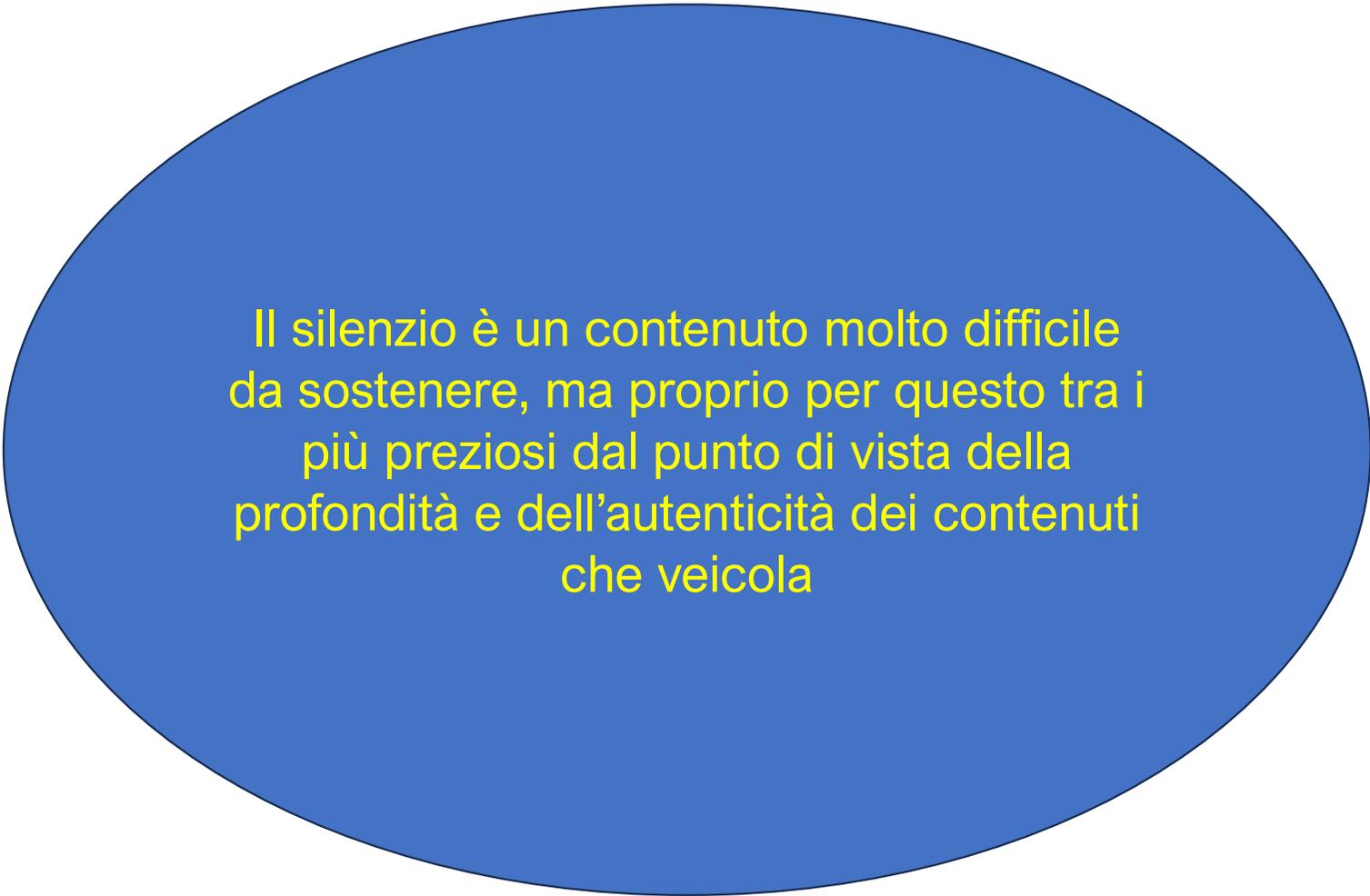
Si intende per disconferma una condizione per la quale il messaggio nega giudizio e titolarità



Nelle relazioni, anche la
distanza è una forma di
comunicazione



Accorciare le distanze
in un contesto
terapeutico è una
precondizione
dell'azione



Il silenzio è un contenuto molto difficile da sostenere, ma proprio per questo tra i più preziosi dal punto di vista della profondità e dell'autenticità dei contenuti che veicola

Un paziente anziano con compromissione della comunicazione si trova spesso impossibilitato a recuperare la normalità perduta e con il silenzio spesso esprime l'angoscia di uno smarrimento dentro il quale non sa e non vuole sentirsi solo

Questo smarrimento espresso dal silenzio del paziente è talvolta un test, l'invito ad abitare lo stesso disorientamento nella speranza di trovare insieme una via di uscita e misurare così la effettiva disponibilità all'aiuto

La sicurezza di una situazione di ascolto muove il paziente a ricercare in sé bisogni da esplicitare e canali per farlo che diventeranno un sistema di comunicazione e un percorso di riconoscimento soggettivo utile a contrastare un contenuto di frequente riscontro nei soggetti anziani con disturbi della comunicazione; la vergogna

Tradizionalmente, la vergogna e il disgusto sono state trattate come emozioni che hanno un rapporto fra loro “ortogonale”. Il disgusto viene descritto come un’emozione di base o primaria, pertanto presente precocemente e trasversalmente a tutte le culture (Ekman et al., 1987). La vergogna invece viene discussa come un’emozione secondaria di autoconsapevolezza (Tangney et al., 2007)

Tuttavia, alcuni ricercatori hanno riconosciuto una relazione tra le due emozioni (cfr. Gilbert, 1998; Nussbaum, 2004; Power e Dalglish, 2008). In effetti, esse presentano due importanti somiglianze. Entrambe le emozioni coinvolgono la preoccupazione corporea e incoraggiano a evitare l’interazione sociale

La Vergogna è considerata in generale come un'emozione che implica la riflessione e la valutazione di sé (Tangney, 2003). Nel definire la vergogna, è importante distinguerla dall'emozione sorella, il senso di colpa

Una caratteristica importante che distingue la vergogna dal senso di colpa è l'oggetto su cui si concentra l'esame di coscienza (Lewis, 1971). **Una persona che prova senso di colpa pensa “ho fatto una cosa cattiva”** (Niedenthal et al., 1994). **Una persona che prova vergogna pensa “sono una persona cattiva”**

Si avanza oggi l'ipotesi che la vergogna potrebbe derivare dall'emozione primaria del disgusto, riflettendosi sull'lo (portando cioè a percepire l'lo come fonte di contaminazione). Se così fosse, la vergogna dovrebbe essere correlata in modo univoco al disgusto e alle cognizioni che evitano le malattie, configurandosi quasi come una sorta di malattia "autoimmune", perché potrebbe definirsi come il disgusto di se stessi. Il disgusto riduce il pericolo di introdurre dentro di sé contenuti tossici e pertanto preserva il sé, mentre la vergogna tratta il sé come un contenuto tossico escludendolo dal circuito vitale dello scambio sociale

La vergogna può essere scatenata sia da trasgressioni morali sia da violazioni di norme sociali (Ferguson et al., 1991; Keltner e Buswell, 1996).

Esiste però anche un interessante correlazione tra l'emozione della vergogna e il sé corporeo. Gilbert (1997) ha suggerito che la vergogna è una conseguenza emergente dell'innato desiderio umano di essere percepiti come attraenti

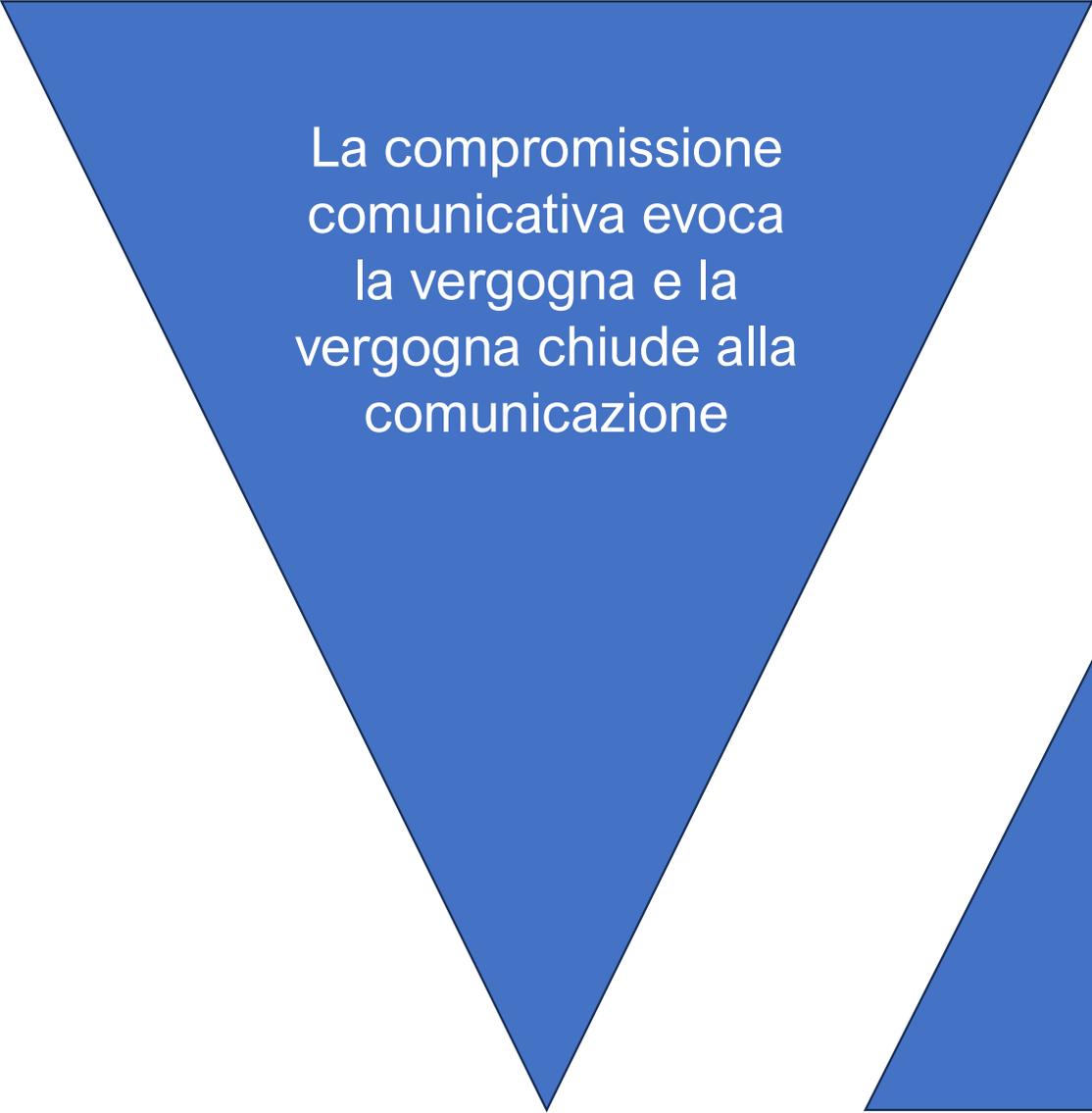
Secondo Gilbert la vergogna è una risposta emotiva alla perdita di attrattiva e al conseguente pericolo di perdere la propria posizione sociale. A sostegno di questo legame, le prove suggeriscono che la vergogna gioca un ruolo chiave nei disturbi che coinvolgono l'immagine corporea. Ad esempio, il disturbo da dismorfofobia corporea (Parker, 2003) e l'insorgenza e il mantenimento dei disturbi alimentari (Goss e Allan, 2009)

La vergogna è una emozione di frequente riscontro nell'anziano, insieme alle espressioni comunicative di chiusura e ritiro che la riflettono.

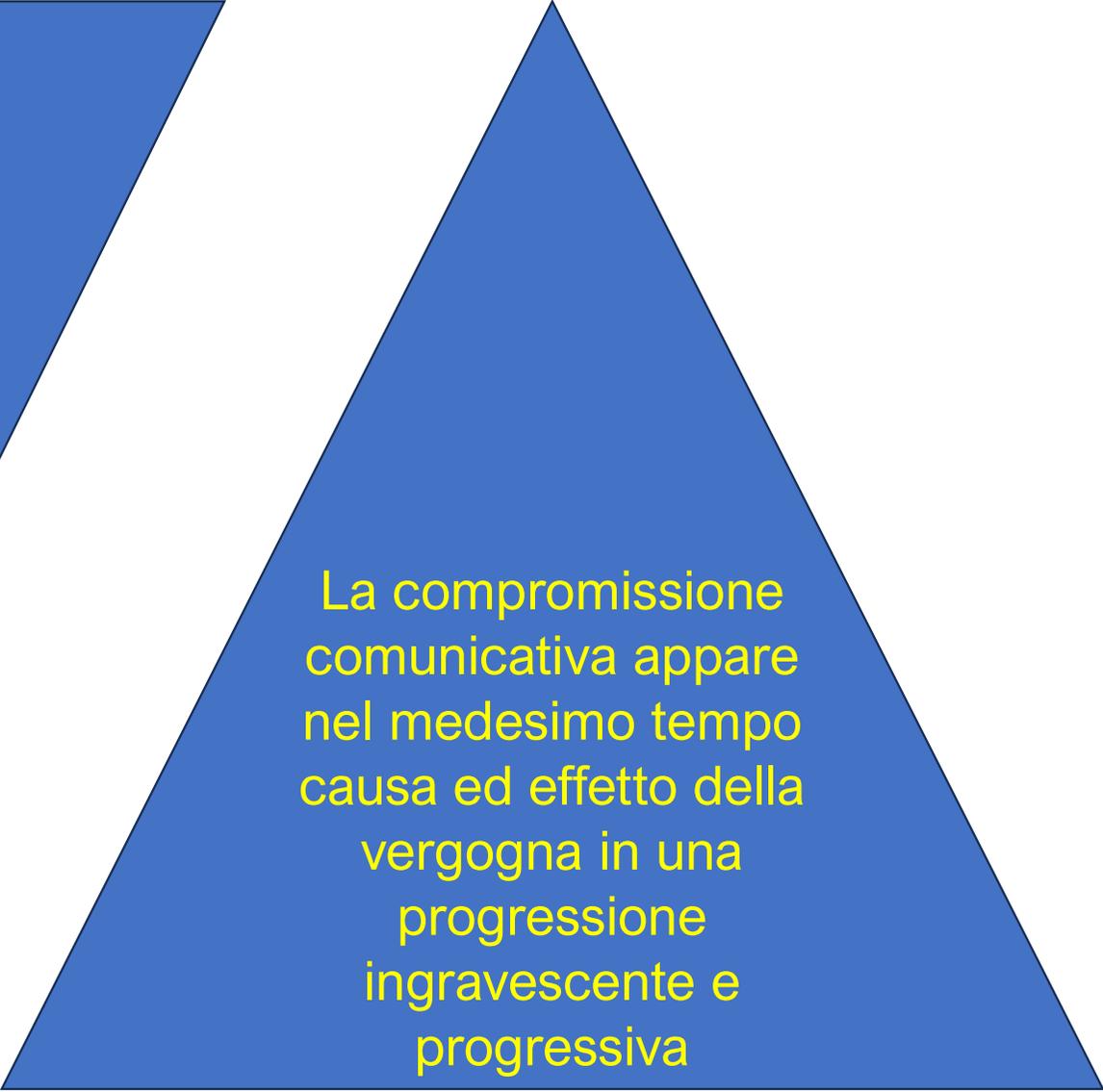
L'anziano ha avuto un ruolo sociale e professionale che non ha più e che talvolta si accompagna ad un vissuto di perdita, ad una sensazione di insufficienza che ha la possibilità di evolvere nel sopradescritto contenuto di vergogna. Ciò è ancora più probabile ove l'anziano abbia subito reali mutilazioni corporee o riduzioni della propria efficienza, soprattutto dal punto di vista comunicativo

Non è più il
disgusto per
qualcosa che
si è fatto ma il
disgusto per
ciò che si è

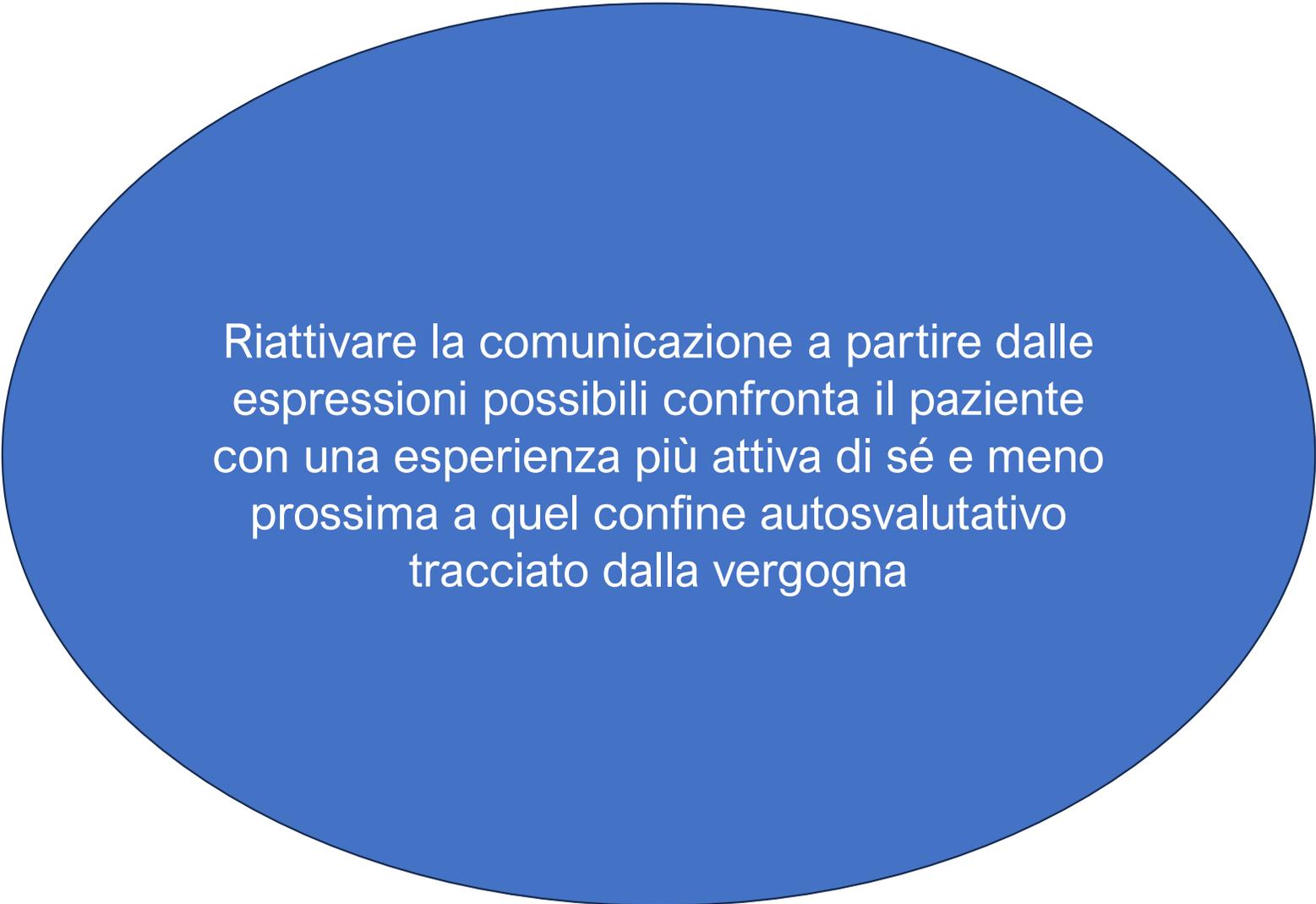
Sta proprio nel valore
identificativo assolto dalla
comunicazione il nesso tra la
compromissione comunicativa
e la comparsa della vergogna.
Questo sentimento ci indica
quanto il problema
comunicativo si saldi al tema
del valore di sé



La compromissione
comunicativa evoca
la vergogna e la
vergogna chiude alla
comunicazione



La compromissione
comunicativa appare
nel medesimo tempo
causa ed effetto della
vergogna in una
progressione
ingravescente e
progressiva



Riattivare la comunicazione a partire dalle
espressioni possibili confronta il paziente
con una esperienza più attiva di sé e meno
prossima a quel confine autosvalutativo
tracciato dalla vergogna

Una comunicazione efficace presuppone sin dall'inizio sincerità, che trova principalmente espressione in comportamenti coerenti e conseguenti.

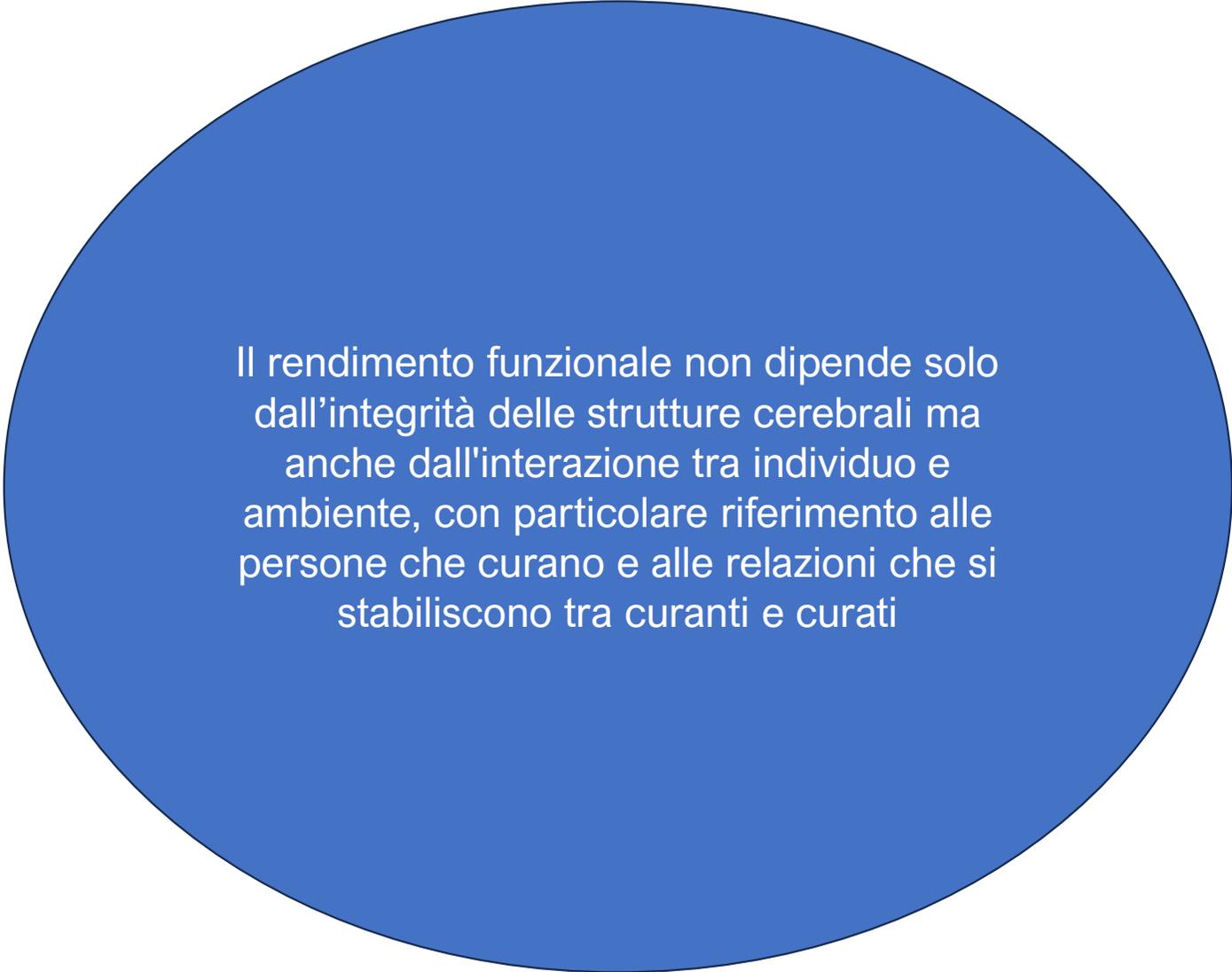
Esprimere la verità aiuta a non temerla mentre invece le verità taciute raccontano quanta paura si occulti in esse.

Uno specifico disturbo di linguaggio ha caratteristiche definite, ma anche la persona che ne soffre ha caratteristiche sue proprie, che agiscono sul disturbo variando significativamente il modo in cui il paziente vorrà, saprà e potrà fare uso delle abilità comunicative residue

Negli ultimi decenni si è passati da un concetto funzionale di Riabilitazione, tutto centrato sulla recupero della performance, e pertanto rivolto a descrivere e misurare la varietà e la consistenza dei deficit, ad un concetto più "esistenziale", centrato sulla persona e sul suo modo di vivere in un determinato contesto

Vivendo insieme a un anziano malato di Alzheimer per esempio è facile rendersi conto di come la sua capacità di capire e di esprimersi con la parola non sia costante nell'arco della giornata e non sia neanche uguale un giorno con l'altro

Ci sono momenti in cui appare più confuso e altri in cui sembra addirittura normale, spesso sta meglio al mattino e sembra peggiorare al pomeriggio, ci sono delle persone con cui parla meglio e altre con cui si chiude o diventa irascibile. La malattia è sempre la stessa, le alterazioni neuroanatomiche sono sempre le stesse, eppure il rendimento funzionale e le performance possono cambiare



Il rendimento funzionale non dipende solo dall'integrità delle strutture cerebrali ma anche dall'interazione tra individuo e ambiente, con particolare riferimento alle persone che curano e alle relazioni che si stabiliscono tra curanti e curati

Un grave problema che si pone di fronte al comparire dei primi segni della malattia e ancora di più col progredire della malattia stessa è lo scoraggiamento. Il malato per primo, poi anche i curanti e i familiari arrivano a un punto in cui pensano che non ci sia più nulla da fare

È noto che la depressione segue la malattia di Alzheimer come un'ombra espandendo i suoi contaminanti sull'intero nucleo familiare

Per favorire il costituirsi di condizioni emotive funzionali alla costruzione di una alleanza terapeutica è importante chiarire obiettivi realistici e orientare l'azione dei soggetti impegnati nell'assistenza al loro perseguimento mediante azioni coerenti, equilibrate e sostenibili. E' importante rinunciare al progetto miracoloso della guarigione, ove impossibile, e cercare invece la felicità accessibile nonostante la malattia

Quando parliamo con un'altra persona le nostre parole e il nostro atteggiamento possono facilitare o inibire l'espressione verbale dell'interlocutore. Non dobbiamo dimenticarci di svolgere un ruolo facilitante, capace di confermare il nostro interlocutore nel suo ruolo di persona

L'atteggiamento disponibile e accogliente, il tono di voce pacato, il ritmo lento dello svolgersi della conversazione, sono tutti elementi che contribuiscono a stabilire una relazione terapeutica favorevole

Sappiamo che nella malattia di Alzheimer il disturbo della memoria interessa soprattutto le parole e il loro significato, ma il ricordo delle emozioni, il ricordo della piacevolezza di una certa situazione, di una relazione accogliente e non giudicante persistono a lungo. Quando accolgo un paziente con grave disturbo di memoria due settimane dopo l'incontro precedente, mi accorgo che ha dimenticato molte cose di quelle che aveva detto, anche tutte, ma si siede comunque di fronte a me tranquillo e fiducioso

Se è vero talvolta che appare irraggiungibile il recupero non è altrettanto vero che con esso appare compromesso anche il benessere. Se il curante accompagna il paziente nei suoi mondi possibili, senza giudicare, senza correggere, curioso di esplorarli con il paziente e contento di questa avventura il paziente sarà introdotto in un perimetro di esperienza distesa, leggera, piacevole, gratificante ed attiva di cui conserverà una memoria durevole e proficua

Applicata ai disturbi della comunicazione la medicina narrativa rischia quasi di esprimere un paradosso; l'importanza di comunicare e di raccontarsi quando è compromessa la comunicazione

Ma è proprio per lo stretto legame riconosciuto tra la comunicazione e l'identità che i termini del paradosso si spiegano. Il disturbo della comunicazione riduce il suo impatto sui requisiti soggettivi della persona ove sia ricercata per la persona una appropriata forma di contatto comunicativo

Da questa premessa è nata l'idea di rivolgere un'attenzione specifica alle parole del paziente (comunque esse vengano prodotte) e a quelle dei curanti

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

Dunque se l'obiettivo è quello di difendere la condizione di benessere del paziente afasico le domande non sono lo strumento di elezione. Quando ci interroghiamo su che cosa utilizzare al posto delle 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 se abitato da un atteggiamento accogliente, un'attesa rispettosa, un ascolto partecipe

Già 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, di disponibilità al colloquio e di accoglienza nei confronti del nostro interlocutore

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 dimostrandolo con una attesa rispettosa che restituisce all'interlocutore un segnale primario di valore e accoglienza

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. Possiamo però far conto sulla progressiva identificazione di alcune ricorrenze vocali, gestuali o mimiche dotate di valore comunicativo

Quando ciò avviene abbiamo identificato un motivo narrativo di cui tentiamo la restituzione. 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, in una condizione in cui viene ripristinata una relazione paritaria e simmetrica

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. E' un gioco relazionale che pone in evidenza una trasformazione dell'oggetto dell'intervento. Si passa dallo studio del deficit di linguaggio proprio del paziente all'esame della comunicazione tra paziente ed operatore

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

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

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

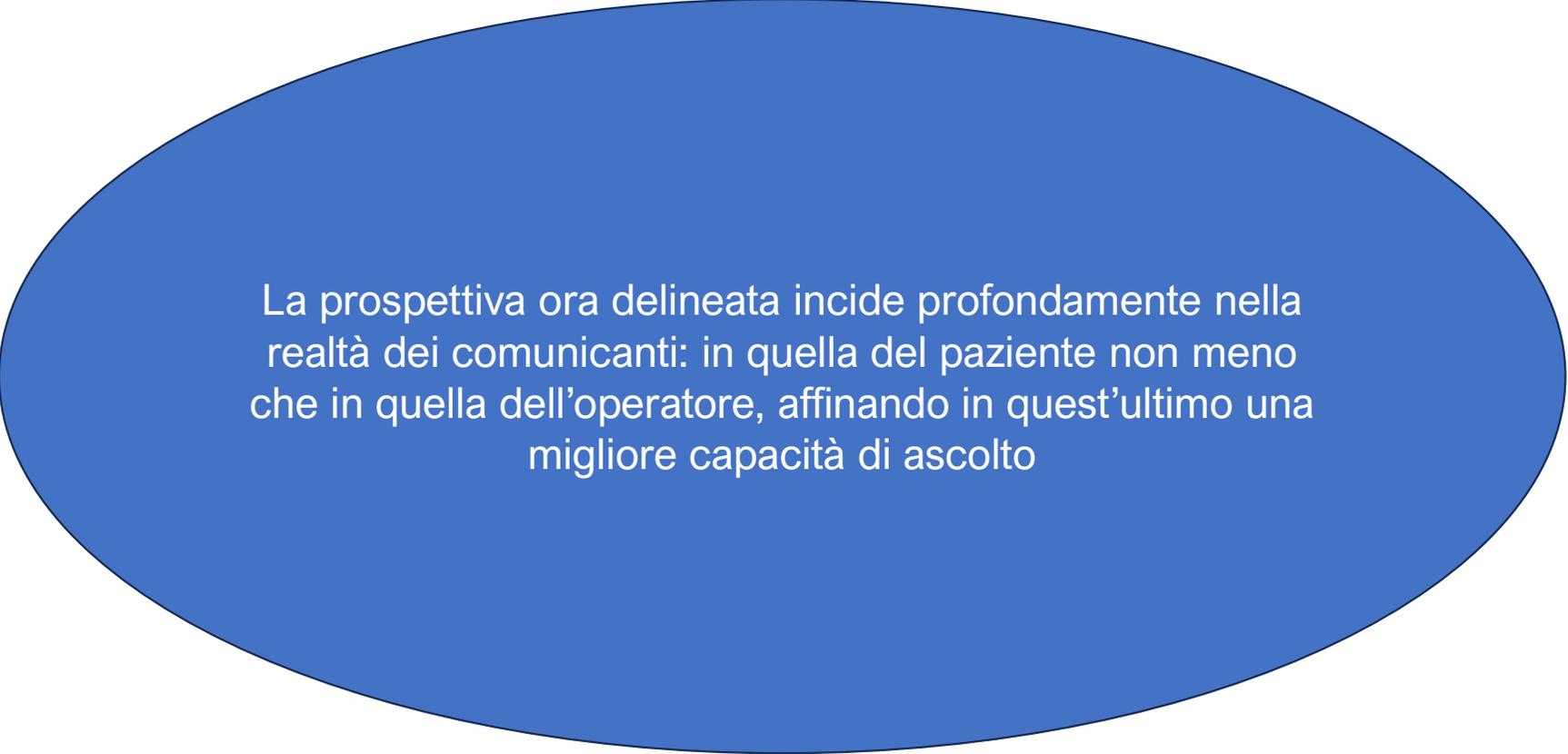
Fase sociale di apertura: Quando l'operatore incontra il paziente afasico per la prima volta, lo saluta e si presenta secondo le comuni regole di cortesia. Guardare negli occhi il paziente e allungare la mano in segno di saluto sono di solito i primi gesti che permettono di stabilire il contatto e di manifestare la disponibilità alla conversazione in modo comprensibile anche ai pazienti con grave deficit di comprensione

Fase centrale della conversazione: Si basa su due principi già citati: 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. Spesso il paziente si sente rassicurato e parla più volentieri se fin dall'inizio facciamo un chiaro cenno alla sua difficoltà di parola. E' importante rispettare l'alternanza dei turni perché talvolta, presi dalla foga di comunicare o impazienti per le difficoltà incontrate dal paziente ad esprimersi, siamo tentati di interromperlo perché anche l'afasico grave conserva questa capacità di riconoscere e rispettare l'alternanza dei turni di parola e trova nel rispetto e nella pratica condivisa di questa regola un fattore di conferma personale.

La conversazione con i pazienti afasici è spesso punteggiata da pause. Il paziente fa fatica a parlare, ha bisogno di tempo per cercare e trovare le parole e per riposarsi dallo sforzo mentale. E' fondamentale rispettare questo tempo. Ogni errore comporta una frustrazione che riduce l'iniziativa del paziente. E spesso per paura di sbagliare evita completamente di parlare. Il nostro 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.

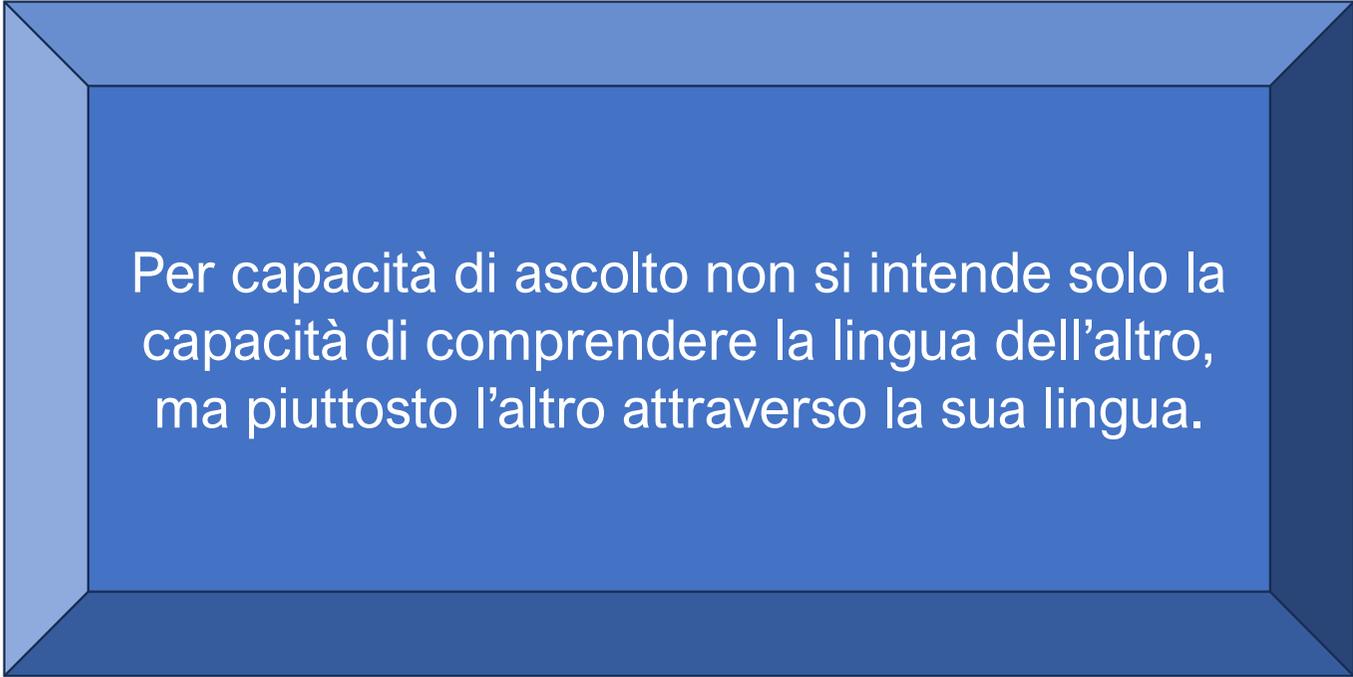
Quando riusciamo a capire le parole del paziente è facile restituirgli con le nostre parole, mediante una frase semplice, sintetica e ben costruita, quello che abbiamo capito del suo dire.

La fase sociale di congedo: È molto importante concludere la conversazione con un successo piuttosto che con un fallimento e fare in modo di concluderla in un momento in cui tra i due interlocutori c'è un'intesa attraverso le parole. Nei casi più gravi può essere utile invitare il paziente a ripetere alcune parole già dette, oppure ricorrere alla ripetizione della serie dei numeri (uno, due, tre...) o dei giorni della settimana (lunedì, martedì...) spesso risparmiate dal disturbo afasico e la loro ripetizione, negli afasici più gravi, è fonte di soddisfazione. Quando la conversazione volge al termine è utile riassumere 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.



La prospettiva ora delineata incide profondamente nella realtà dei comunicanti: in quella del paziente non meno che in quella dell'operatore, affinando in quest'ultimo una migliore capacità di ascolto

Sono molte le occasioni in cui l'interlocutore non viene ascoltato: si ascolta solo ciò che si vuole sentire (filtro), si pensa a cosa si dirà, non concentrandosi su ciò che sta dicendo l'interlocutore (prove), si riferisce tutto quanto si ascolta alla propria esperienza (identificazione), si snobba o si accantona quanto viene detto perché ritenuto di poca importanza (denigrazione), si esprime accordo per ogni cosa viene detta (accondiscendenza), si cambia troppo rapidamente argomento mostrando disinteresse (deviazione), si giudica o si agisce per gestire l'ansia dovuta alla percezione di "eccessiva vicinanza con l'altro".



Per capacità di ascolto non si intende solo la capacità di comprendere la lingua dell'altro, ma piuttosto l'altro attraverso la sua lingua.

Le Regole dell'Arte di Ascoltare

1. Non avere fretta di arrivare a delle conclusioni. Le conclusioni sono la parte più effimera della ricerca.
2. Quel che vedi dipende dal tuo punto di vista. Per riuscire a vedere il tuo punto di vista, devi cambiare punto di vista.
3. Se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva.
4. Le emozioni sono degli strumenti conoscitivi fondamentali se sai comprendere il loro linguaggio. Non ti informano su cosa vedi, ma su come guardi. Il loro codice è relazionale e analogico.

5. Un buon ascoltatore è un esploratore di mondi possibili. I segnali più importanti per lui sono quelli che si presentano alla coscienza come al tempo stesso trascurabili e fastidiosi, marginali e irritanti, perché incongruenti con le proprie certezze.

6. Un buon ascoltatore accoglie volentieri i paradossi del pensiero e della comunicazione interpersonale. Affronta i dissensi come occasioni per esercitarsi in un campo che lo appassiona: la gestione creativa dei conflitti.