

La comunicazione con il paziente affetto da demenza

Anna Carotenuto*,
Valentina Battimiello*
Davide Cristiano*, Claudio Zullo***
Domenico Del Forno***

Comunicare col paziente demente richiede competenza dei medici che lo hanno in carico. La modalità dipende dal grado di compromissione delle funzioni cognitive e dalle abilità di comunicazione residue

Nella fase iniziale della malattia di Alzheimer il paziente o i suoi familiari cominciano a notare difficoltà della memoria nella vita di tutti i giorni, spesso associata al deficit dell'orientamento topografico. In questa fase il paziente può conservare coscienza dei disturbi e generalmente va incontro a una depressione reattiva. Si associano difficoltà nella denominazione degli oggetti poco frequenti (anomie) e delle persone poco note; il paziente perde facilmente il filo del discorso e ha difficoltà a elaborare le strutture sintattiche più articolate. Frequenti sono le circonlocuzioni in cui il paziente cerca di esprimere il significato con una perifrasi (al posto di "tavolo", dice "il posto per mangiare").

Nella fase intermedia di malattia, i disturbi cognitivi si accentuano e si aggiungono a quelli già presenti: c'è un peggioramento della memoria, il disorientamento si ha nello spazio e nel tempo, c'è un ridotto rendimento sociale e familiare, un cambiamento comportamentale e il paziente diventa anosoagnosico. Aumentano le anomalie e le circonlocuzioni e la comunicazione diventa incoerente e povera di contenuti, spesso associata a ridotta comprensione. In fase avanzata si osserva la compromissione di molte aree cognitive e difficoltà marcate nella comunicazione, che resta limitata soltanto ai bisogni primari. Il linguaggio è ricco di parole senza senso e incomprendibile, ci sono gravi deficit di comprensione.

■ Comunicazione più efficace

È importante creare ambienti idonei evitando attività disturbanti e/o rumori. Durante il colloquio, per ottenere l'attenzione del paziente e mostrare il nostro interesse per le sue esigenze, si deve stabilire un contatto con lo sguardo. È opportuno utilizzare più canali comunicativi contemporaneamente (parole, mimica, gestualità), mantenendo un tono della voce pacato e moderato. Poiché il demente ha disturbi di memoria a breve termine, la formulazione delle frasi dovrebbe essere breve, semplice e chiara; è opportuno rispondere alle domande sempre, anche se ripetute. La capacità di comprensione può essere valutata somministrando al paziente dei brevi quesiti: "Quale è il suo nome?", "Quanti anni ha?". La valutazione della produzione del messaggio verbale si basa su più aspetti, per esempio l'azione comunicativa, ossia l'intenzione con cui le frasi sono prodotte. È importante che il medico tenga presente che nonostante la difficoltà della produzione linguistica, l'intenzionalità comunicativa non sempre è persa. Il paziente può produrre messaggi verbali con l'intenzione di comunicare, oppure per rispondere alle nostre domande. La produzione di suoni vocali può essere considerata una forma di automatismo. L'analisi della pragmatica, ossia della capacità di adeguare la risposta al contesto, ci permette di adattarci al paziente e stabilire l'atteggiamento più valido da assumere per comunicare. Va evidenziato che il coinvolgimento del lobo frontale può essere la causa di alcuni atteggiamenti disinibiti (il paziente può formulare frasi scomposte o poco educate) apatici e inibiti (il paziente si rifiuta di rispondere e di formulare messaggi verbali).

Dall'eloquio possiamo capire se il paziente ha conservato o meno la prosodia e se la difficoltà produttiva è dovuta a incapacità nel controllare i movimenti articolatori.

Gli anziani che hanno difficoltà nella produzione del linguaggio verbale, a volte si servono di gesti per farsi comprendere. Già dall'esordio della malattia si può insegnare ad utilizzare come strategia compensatoria l'uso della comunicazione non-verbale, in particolare dei gesti che possono rimanere presenti nelle fasi più avanzate. La comunicazione non-verbale può essere ripetitiva, complementare, sostitutiva o contraddittoria del messaggio verbale. L'osservazione dei movimenti del corpo è importante per comprendere gli stati emotivi che il paziente in quel momento prova - parlare e toccarsi il viso può indicare uno stato di imbarazzo - e permette di analizzare quanto il paziente riesce ad aiutarsi col gesto compensando le sue difficoltà nel comunicare verbalmente. Essendo il viso una zona dotata di forte espressività e in grado di inviare molteplici messaggi, la sua osservazione assume una rilevanza notevole nell'interazione non verbale, tenendo presente che la malattia degenerativa può portare ad essere amimico.

È utile che l'analisi delle capacità comunicative sia correlata alla condizione cognitiva, attraverso una valutazione neuropsicologica. Ciò ci permette di avere un quadro cognitivo completo e specifico, comprendendo la natura della difficoltà comunicativa (afasia, disartria, demenza). Inoltre, una descrizione dettagliata cognitivo-comunicativa è utile per consigliare ad intraprendere un possibile percorso riabilitativo, che va ritenuto l'obiettivo primario nella presa in carico del soggetto con demenza di tipo degenerativo.

* Dipartimento di Medicina Clinica Scienze Cardiovascolari e Immunologiche Università degli Studi Federico II, Napoli

** Unità Valutative Alzheimer AORN Antonio Cardarelli, Napoli

*** Ospedale CTO, Napoli