

**“Un uomo non consiste solo di memoria”
Modello interazionista e
intervento con la demenza**

*Luca Bidogia**

RIASSUNTO La descrizione in chiave interazionista della “demenza” costruisce o mette in luce l'enorme potenzialità di cambiamento che vi è in persone con un "labile testo storico" a cui la propria memoria possa far riferimento.

La persona organizza e costruisce eventi e ricordi in base ai significati che attribuisce al contesto nel singolo momento. Ma a differenza di altre persone, non vi è una trama resistente al tempo, quindi, in pochi istanti la stessa persona ha molte più possibilità di creare realtà e vissuti anche fortemente discordanti con i precedenti.

SUMMARY In an interactionism way dementia description highlights a huge changing potential in individuals with mnemonic diseases.

Someone collects and builds up memories based on meanings attributed to the environment in every single moment.

The script doesn't resist in time, differently from the others, the individual with dementia has much more opportunities to create realities not embedded, even discordant, one to another.

Parole chiave:

demenza, modello interazionista

Key Words:

dementia, interactionist model

1. Premessa

Un giorno mi scrisse Lurija.

Almeno sembrò che scrivesse proprio a me attraverso una risposta che diede a Oliver Sacks riguardo ad un suo paziente con gravi deficit mnestici: *“Faccia tutto quello che le suggeriscono la sua intelligenza e il suo cuore. La speranza che egli recuperi la memoria è poco o nulla. Ma un uomo non consiste solo di memoria. Ha sentimenti, volontà, sensibilità, coscienza morale, tutte cose su cui la neuropsicologia non può dire nulla. Ed è in queste cose, che travalicano i confini di una psicologia impersonale, che lei può trovare il modo di arrivare al suo paziente e cambiarlo. E le circostanze in cui lei svolge il suo lavoro glielo consentono meglio che ad altri, poiché lei lavora in una casa di cura, che è come un piccolo mondo, ben diverso dalle cliniche e dagli istituti dove lavoro io. Dal punto di vista neuropsicologico, lei può fare poco o niente; ma nell'ambito dell'individuale forse può molto”* (p. 57, Sacks, 1986).

Rilessì queste righe qualche mese dopo essere diventato consulente per una casa di riposo del veneziano dove, dopo poco tempo, sarebbe stato inaugurato un Nucleo Demenze del quale sarei diventato il Responsabile dell'Area Psicologica. Si trattava del “Modulo Arancio”, una sorta di appartamento per 10 persone, con cucina-soggiorno e salottino. Così, quando nell'ottobre del 2006 aprì il nucleo, ebbi la possibilità di contribuire a organizzare questo *piccolo mondo*.

* *Psicologo, psicoterapeuta specializzato presso il Corso Quadriennale in Psicoterapia Cognitiva di Mestre. È consulente aziendale e responsabile socio-sanitario del Centro Servizi Residenziali di San Donà di Piave.*

Il modello interattivo-cognitivo fornì le basi teoriche per la costruzione di un metodo, il resto arrivò dal cuore e dall'esperienza di un gruppo di operatori formati e scelti per questa nuova opportunità. Iniziò da lì a consolidarsi una riflessione più profonda sul concetto di demenza, costruita anche sulla carenza di risorse che spesso la legislazione impone. Riflessione di natura essenzialmente pragmatica e, quindi, naturalmente epistemologica, nella convinzione che *“nulla vi sia di più pratico che una buona teoria”* (Lewin, 1951).

L'applicazione del modello interazionista prevedeva proprio questo e le parole di Lurija sottolineavano ancor di più un'ovvietà non indagata: perché interessarsi del neurologico? Anche se la psicologia dovesse intervenire per limitare i danni nell'attesa di una cura bio-chimica, perché dovrebbe ricorrere alle teorie e agli strumenti di origine neurologica?

Nella mia esperienza lavorativa ho sperimentato che, in ambito psicologico, il superamento dei paradigmi organicistici e riduzionistici offre strumenti utili ed efficaci per descrivere il concetto di demenza e progettare contesti di intervento efficaci per gestire le problematiche ad esso connesse.

2. Demenza e paradigmi riduzionistici

La demenza è catalogata come disturbo psichiatrico e, in quanto tale, descritta in manuali come il DSM IV-TR dell'APA e l'ICD-10 della WHO (capitolo V).

Nel DSM la demenza è inserita nell'asse I dei “disturbi clinici”, insieme a schizofrenia, disturbo depressivo maggiore, pedofilia e agorafobia. Come ogni sindrome psichiatrica è caratterizzata da un'eziologia incerta e contraddistinta da un raggruppamento di segni e sintomi basato sulla loro frequente concomitanza (Turchi, Perno, 2002). Quindi la “demenza” non ha un'origine certa e non è caratterizzata da un insieme di segni collegati da nessi causali dedotti dalle leggi della fisiopatologia. Il termine sindrome, infatti, è usato in psichiatria con valenza diversa rispetto agli altri campi della medicina. Se, come dice Spinnler, in accordo con i criteri del DSM, *“la demenza è una sindrome acquisita dovuta ad una malattia cerebrale abitualmente cronica che provoca deterioramento cognitivo cronico progressivo”* (Tàmmaro et al., 2000), la descrizione della demenza sarebbe caratterizzata da due aree tematiche: la malattia cerebrale e il deterioramento cognitivo. Ricorrendo a questa argomentazione, si fa passare come causa certa del deterioramento cognitivo il deterioramento neurologico, sebbene questo non sia confermato da alcuna ricerca scientifica e, nella pratica quotidiana, si certifichi il deficit cognitivo anche quando non è ancora possibile verificare il deficit neurologico.

Oltretutto la condizione necessaria per il DSM IV-TR per la diagnosi di demenza è che: *“I deficit cognitivi devono essere sufficientemente gravi da provocare una menomazione del funzionamento lavorativo o sociale”* (APA, 2002). Così come le funzioni cognitive possono “deteriorarsi”, il paradigma neuropsichiatrico ritiene che la vita sociale di un individuo possa “menomarsi”. La teoria implicita in tale convinzione è che tutto l'umano sia biologico e che possa dividersi in funzionante o deficitario, sano o patologico. La logica deterministica vede la biologia del cervello originaria del tutto: malata questa, saranno malate quelle che il paradigma decreta come le sue conseguenze, ovvero le funzioni cognitive e, come conseguenza delle stesse, le relazioni sociali.

Che la demenza sia un disturbo psichiatrico per motivi legati alle devianze nelle interazioni sociali, piuttosto che per motivi neurologici, è ancor più chiaro nell'ICD-10. Qui si afferma che in alcune malattie neurologiche – dalla *malattia* (e non demenza) di Alzheimer a quella di Parkinson – può essere presente anche un disturbo mentale etichettato come *demenza*. La netta differenza tra le due classi di patologie risulta evidente dal fatto che la “Malattia o Morbo di Alzheimer” e la “Malattia di Pick” sono

catalogate non nel capitolo dei disturbi mentali e comportamentali, ma assieme alle malattie del sistema nervoso (quali l'epilessia, la distrofia muscolare di Duchenne e la sclerosi multipla).

Il DSM IV-TR, invece, spiega così l'inserimento di una "condizione medica generale" come la Malattia di Alzheimer all'interno dei disturbi mentali catalogati dall'APA, seppure in contraddizione con la classificazione del WHO: *"Mantenere la distinzione fra disturbi mentali e condizioni mediche generali non implica che vi siano differenze fondamentali nella loro concettualizzazione, che i disturbi mentali non siano correlati a fattori o processi fisici o biologici, o che le condizioni mediche generali non siano correlate a fattori o processi comportamentali o psicosociali"* (APA, 2002). Nel DSM-III-R, i Disturbi Mentali Dovuti a una Condizione Medica Generale e i Disturbi Indotti da Sostanze erano chiamati disturbi "organici" e venivano elencati assieme in una singola sezione. Questa differenziazione dei disturbi mentali "organici" come classe separata implicava che i disturbi mentali "non organici" o "funzionali" fossero in qualche modo non correlati a fattori o processi fisici o biologici.

Si potrebbe dedurre che, per far salvo il riduzionismo neuropsichiatrico e per non far dubitare alcuno sulla causa biologica degli altri "disturbi mentali", la "Demenza di Tipo Alzheimer", catalogata fino all'edizione rivista del DSM III come "disturbo mentale organico perché dovuto ad una condizione medica generale", venga nuovamente classificata come un qualunque disturbo mentale, in quanto sarebbe comunque causata da un disturbo organico. Lasciare la categoria dei disturbi organici o eliminare la "Demenza di Alzheimer" dai disturbi psichiatrici avrebbe smantellato il paradigma psichiatrico, mettendo in luce il divario tra l'organico e lo psichico. Questa ambiguità si traduce in serie difficoltà diagnostiche scientificamente rilevabili.

Una parte della ricerca neurologica e medica sostiene che la diagnosi di demenza sia "convenzionale", non provi, cioè, la presenza di un danno chimico comunemente accettato e che potrebbe essere estesa anche a persone che non presentano danni neurologici ma, ad esempio, problemi depressivi (APA, 2002; Jacoby, Reisberg et al., in Maj, Sartorius, 2002; Cummings, Khachaturian, 1999; Mahendra, 1984). Pare sia accettata anche l'idea inversa, ovvero che persone con danni neurologici tipici di sindromi demenziali non presentino i sintomi attesi (Feil, 1992; Morton, 1999). Il correlato organico non pare determinante: i deficit cognitivi possono presentarsi in sua assenza, o possono non presentarsi in sua presenza. La malattia cerebrale pare essere necessaria solo nella retorica dei criteri diagnostici.

Si può ipotizzare che questa enorme difficoltà diagnostica, di fronte ad una delle sfide più grandi e urgenti dell'intero sistema sanitario, sociale e assistenziale globale, sia dovuta ad una mancanza di definizione chiara e alla presenza di definizioni generiche, sommarie e non applicabili alle necessità della prassi medica e sociale. Tenere così strettamente legata la parola "demenza" alla "malattia del sistema nervoso" (tanto da arrivare a confondere e sovrapporre la Demenza di Alzheimer con la Malattia di Alzheimer e con la Demenza nella malattia di Alzheimer), alimenta l'enorme confusione che c'è tra *mente* e *cervello*, lasciando al sicuro l'inconsistenza della causalità organica.

3. Alcune riflessioni interazioniste

Come ci suggerisce il costruzionismo sociale: *"L'uomo è biologicamente predestinato a costruire un mondo e ad abitarvi in comune con gli altri. Questo mondo diventa per lui la realtà dominante e definitiva. I suoi limiti sono posti dalla natura, ma, una volta costruito, esso influisce a sua volta sulla natura. Nella dialettica tra la natura e il mondo socialmente costruito lo stesso organismo umano viene trasformato e in questo modo l'uomo produce la realtà e se stesso."* (Berger, Luckmann, 1969, p. 247). Se questa citazione da un lato invita a riflettere sulla relazione tra biologia e cultura,

dall'altro sottolinea l'importanza delle nostre definizioni, perché influiranno sul mondo e sul nostro rapporto con esso.

Definire in un modo piuttosto che in un altro la "demenza" non è un atto puramente retorico: implica costruire una realtà con cui poi avremo a che fare, che diventerà reale proprio per gli effetti che la definizione da noi adottata genera. Come afferma Kenneth Gergen, le idee costruzioniste confutano l'esistenza di un'unica verità perché *"vogliono contribuire a generare una consapevolezza di nuove possibilità, un orientamento verso il significato e la conoscenza"* (Gergen, 2005, p. 87).

La sfida che coglie chi lavora adottando il modello interazionista è di tipo pragmatico, ovvero *costruire realtà che prevedano possibilità di cambiamento*. Essendo pensatore a due livelli, lo psicologo costruttivo-interazionista "sceglie" di partecipare alla costruzione di una realtà-teoria che sa essere una delle tante possibili; poi ci si immerge come se fosse l'unica, finché non valuta l'utilità di cambiare teoria (Salvini, 1998).

Seguendo questa logica, l'obiettivo del mio lavoro non è stato quello di giungere ad una definizione assoluta della cosiddetta demenza, ma piuttosto di definire una proposta di intervento efficace in campo socio-assistenziale.

4. La persona con diagnosi di demenza

Se chiedeste a qualunque operatore, infermiere, medico o psicologo che abbia una minima esperienza in ambito dell'assistenza degli anziani, di descrivervi un "demente", concorderebbe con il fatto che non esistono due persone con tale diagnosi che appaiono uguali. Per quanto si differenzino tre stadi di evoluzione della malattia e vi siano test specifici che in qualche modo possano prevedere delle micro-categorie per la demenza, queste non coprono l'enorme varietà dei modi di essere e comportarsi delle persone a cui tale etichetta viene assegnata. L'etichetta diagnostica, infatti, comprende qualunque tipo di deviazione, di condotta e di pensiero, e ogni tipo di variazione delle autonomie personali.

Quello di cui necessita l'assistenza e il prendersi cura di queste persone è, quindi, una *teoria di riferimento che faccia propria la complessità e l'indeterminatezza*, e *fornisca strumenti per progettare contesti per la persona*, non per la malattia. Molte teorie psicologiche si stanno occupando di rinnovare le metodologie di lavoro con la persona, ma personalmente ritengo che il modello interazionista sia il più efficace per compiere il "salto paradigmatico" necessario a costruire nuove linee-guida e una rinnovata coerenza agli interventi proposti in questo settore di lavoro.

Per facilitare il lettore e non dilungarmi con innumerevoli precisazioni, ridurrò drasticamente le possibilità dell'etichetta e, nelle successive righe, mi riferirò allo stereotipo di una persona con difficoltà nel recuperare dati mnestici sul recente accaduto, a volte confusa, impaurita o aggressiva, ancora in grado di deambulare, ma con necessità di assistenza per l'igiene e il quotidiano prendersi cura di sé.

La proposta è quella di descrivere le persone con tale diagnosi come *individui che continuino a costruire la realtà in modo situazionale e contingente*, paradossalmente libere dai vincoli imposti dalla tendenza a mantenere la coerenza autobiografica; tale tendenza porta l'essere umano ad attingere alle informazioni su di sé, sui ruoli assunti e sulle strategie d'azione utilizzate in passato, nonché sui comportamenti canonici e attesi nell'attuale contesto che abitano, per impostare l'interazione in corso e l'attuale rappresentazione di sé. Questa *paradossale libertà* deriva proprio dal non riuscire ad esercitare la capacità di richiamare dalla propria memoria fatti ed eventi condivisi dal contesto sociale in cui si trovano.

5. Normalità processuale: la metafora drammaturgica e la metafora narrativa nella cosiddetta “demenza”

Come precedentemente argomentato, il modello interazionista propone che la realtà non sia data ma costruita. L'esperienza di ogni persona viene generata nell'interazione tra soggetti e contesto; lo stesso dicasi per il recupero della stessa.

Spesso, per richiamare la *metafora drammaturgica* di Erving Goffman (1959), si ha l'impressione di avere a che fare con persone che recitano la propria parte su un palcoscenico senza ricordare la trama e la storia dello spettacolo al quale stanno partecipando, le indicazioni del copione al quale dovrebbero attenersi, persino il nome del teatro nel quale sono.

Un'ulteriore suggestione utile per tale argomentazione è offerta dalla *metafora narrativa*.

Secondo Jean Mandler (1984), ciò che non viene strutturato in forma narrativa non viene ricordato. Si ipotizza che nell'uomo esista “*una sorta di attitudine o di predisposizione a organizzare l'esperienza in forma narrativa, in struttura d'intrecci e così via*” (Bruner, 1990, p.56). Per creare, dar senso e condividere la realtà dobbiamo strutturarla come un racconto, ovvero in forma discorsiva. I resoconti perdono così il carattere di realtà oggettiva e l'importanza non è il “realmente accaduto”, ma la forza retorica del racconto e la sua coerenza interna.

Nella memoria, inoltre, l'esperienza verrebbe sistematicamente modificata per conformarsi alle nostre rappresentazioni canoniche del mondo sociale, o dimenticata, o messa in evidenza per la sua eccezionalità. Il ricordo è una costruzione, lo sa bene ogni avvocato: non si tratta di recuperare più informazioni possibili di un evento passato, ma di costruire una narrazione in base al contesto attuale. “*La rievocazione è quindi una costruzione effettuata in gran parte sulla base dell'atteggiamento, ed il suo effetto generale è quello di fornire una giustificazione*” (Bartlett, 1932, p. 271).

Si può quindi rileggere il contesto assistenziale di una persona con diagnosi di demenza come il coesistere di due storie: la realtà della persona e la realtà socialmente condivisa in cui il “malato” fa cose senza senso o per dispetto, o si inventa episodi mai accaduti. Del resto il senso comune non accetta versioni differenti su quelli che considera dati di fatto e, quindi, attribuisce alla malattia la responsabilità della costruzione di storie differenti dall'unica considerata oggettiva.

Dal punto di vista interazionista, invece, nessuna storia è vera o falsa, ma può essere condivisa nel rapporto dialettico. Chi racconta cercherà di creare un'atmosfera di fiducia e di condivisione, o, per usare le parole di Bruner, di creare una “*condizione meteorologica simpatetica*”.

La giustificazione insita nella rievocazione non è solo legata alla situazione del momento, ma anche all'emozione che la accompagna. Se non esiste una storia bell'e fatta da recuperare, ma solo una versione della storia da costruire al momento, sarà l'emozione che provo ad indirizzare il mio costruire-ricordare verso fatti e informazioni che giustifichino la mia emozione. Alcune persone con diagnosi di demenza che ho conosciuto *esistono in modo evidente nel linguaggio*: continuano, cioè, a costruire storie sulla base del singolo istante.

La scelta pragmatica, con l'ospite del nucleo demenze, è quella di intervenire su una storia che devia dalla norma contestuale, cercando di accompagnare la persona verso la costruzione di una storia, non più “vera”, piuttosto più funzionale al contesto. Le abilità richieste al pensatore a due livelli sono quelle relative al raccontare, ascoltare e prendere parte a qualunque tipo di storia, per veicolarla attraverso la trama, l'intreccio e la suggestione emotiva in direzione di un'altra versione tra quelle contestualmente possibili. Si possono individuare le storie più frequenti di ogni singola persona e per ognuna predisporre gli argomenti e le strategie più efficaci per promuovere un “cambio di rotta” verso vissuti emotivi e strategie d'azione più adeguati al contesto.

Per ottenere tale effetto è fondamentale lavorare sul nostro modo di relazionarci, sull'uso degli spazi, dei gesti e delle parole. Per usare una metafora di Gergen, con le persone ospiti è importante *prendere il loro passo di danza*, conoscerne i balli preferiti, sapere quali figure possono portare la danza verso ritmi più adatti alla nostra casa di riposo.

In alcuni momenti sbagliare il primo passo significa compromettere l'intero ballo. Ma spesso persone con questa diagnosi, lasciano sempre un'altra possibilità: basta allontanarsi per un po', basta che un collega o qualunque altra cosa catturi la loro attenzione e si può ritornare e reimpostare l'interazione.

6. Dubbi morali?

Vi è un aspetto morale in tutto ciò. Come sostiene Goffman: "*Siamo dei trafficanti di moralità*" (Goffman, 1959, p. 287).

Le azioni comunicative sono atti morali. La vita quotidiana è intrisa di reti di moralità: si fa ciò che si ritiene giusto e ci si pone all'altro in base a come valutiamo lui e il suo comportamento.

Per il paradigma neuropsichiatrico la persona sta male, ha perso il contatto con la realtà, può essere pericolosa per sé e per gli altri; quindi, tentare di contenerla fisicamente e farmacologicamente è un'azione moralmente giusta.

Approcci rogersiani centrati sulla persona spesso sostengono che il contesto debba adattarsi alla persona con demenza e propongono di non vincolare la persona ad una nostra moralità, di non giudicarla, di lasciarla libera di essere, vigilando sulla sua sicurezza e promuovendo la sua "realizzazione".

Per me il rischio del lasciar libera la persona di essere ed esprimersi, è non poter partecipare attivamente alla costruzione della sua realtà. L'accoglienza, spesso, è un materasso morbido su cui cadere: non creerà traumi, ma non promuoverà la postura eretta.

L'approccio interazionista che qui propongo ha una posizione ben diversa e nettamente morale. Nel senso che considera intervento e obiettivo all'interno di un contesto socio-culturale, con le sue regole e moralità, con i suoi ruoli ben definiti, in cui quello dell'esperto è un *ruolo di responsabilità del processo*.

Gli ospiti del nostro nucleo demenze hanno dei diritti, ma anche dei doveri: come ogni persona. La realtà può anche essere inventata, ma è sempre collocata in un contesto. La pragmaticità è ancora l'elemento fondante: da un lato il contesto di un nucleo demenza deve rispettare il contesto dei canoni morali dell'intera struttura, dall'altro si può promuovere la costruzione di altri canoni che indirizzeranno i giudizi, le emozioni, le storie e le azioni del contesto del nucleo.

7. Declinazioni operative

Dal punto di vista del modello interazionista con la parola "demenza" si indica un'etichetta verbale di uso diagnostico, che comprende un insieme di deviazioni della condotta e della prestazione rispetto alle norme di un contesto socio-culturale correlate in modo meramente retorico ad una patologia cerebrale, in cui il giudizio sociale e l'eventuale condizione neurologica si aggravano con il passare del tempo. Ma dal punto di vista operativo si deve definire la cosiddetta "demenza" in modo utile, quindi – mantenendo salda l'idea del relativismo dell'etichetta – occorre trovare una descrizione che generi una realtà all'interno della quale poter intervenire.

All'interno del nostro nucleo, attualmente, con persona con diagnosi di demenza intendiamo: *una persona che il contesto organizzativo è chiamato a coinvolgere in un*

progetto assistenziale individualizzato, in cui sarà molto probabile la necessità di un intervento costante per mantenere i suoi atti adeguati al contesto stesso.

Il lavoro insieme al gruppo di operatori è quindi finalizzato alla costruzione di un ruolo che preveda tecniche e procedure per la relazione con la persona.

Applicando il modello interattivo-cognitivo si è puntato su un cambio di “*forma mentis*”, più che sulla trasmissione di nuovi ordini; essendo l'intervento basato sulla relazione è naturale che sia l'addetto all'assistenza a diventarne specializzato.

Una volta condivisa la teoria sulla “demenza”, sulla “assistenza di un anziano all'interno del nucleo” e sulla “organizzazione interna”, il ruolo dell'addetto all'assistenza è quello dell'operatore interazionista, e cioè l'esperto dei processi interattivi.

Si è dimostrato perciò importante il continuo lavoro sulla formazione, sulla distinzione tra competenze di ruolo e abilità personali e sul mantenimento di un clima volto alla creatività.

I punti focali del lavoro di questi anni sono stati:

- * Decostruzione del concetto di anziano “demente”, “disorientato”, “disturbante”, “aggressivo” o *quant'altro*.

- * Costruzione di un'immagine di persona che usa processi psicologici normali, in modo diverso e a volte utili all'intervento stesso.

- * Formazione e supervisione continua su strategie e tecniche di comunicazione e di influenzamento della condotta dell'altro.

- * Promozione di pluralità di voci e di idee nel descrivere l'altro e il gruppo di lavoro e di strategie e iniziative per gli interventi.

- * Condivisione di idee di ruolo, contesto e scelte morali.

8. Strumenti

La veloce presentazione della messa in pratica delle riflessioni teoriche è sempre svilente. Oltretutto il metodo usato, anche per ragioni di risorse, è stato quello di non redigere procedure o protocolli restrittivi fin dall'apertura del nucleo, ma di seguire il suggerimento di Kuhn (1969): aspettare ad applicare la teoria e permettere alla pratica di essere più libera possibile nella ricerca di descrizioni e comprensioni “rilevanti”.

È ovvio che qui si offre una realtà come data solo ed esclusivamente in senso strategico e con valenza d'esempio.

Essere in salute

La persona all'interno del nucleo è considerata in salute quando è partecipe alla quotidianità; si relaziona con gli altri; può esprimersi rispettando le regole del contesto; si occupa del proprio aspetto, della propria igiene, cura e alimentazione; il giudizio morale del gruppo di lavoro condivide il suo star bene, tenendo presente che star bene non vuol dire vivere “sempre felici e contenti”.

Le consegne

Il nucleo si dota di un quaderno per ospite, in modo che sia compilato ad ogni turno. Il compito è quello di riportare in forma discorsiva il periodo della giornata dell'ospite, trascrivendo anche sintesi di dialoghi avuti e riducendo al massimo l'uso di aggettivi rivolti alla persona o al suo comportamento.

Gli operatori riporteranno:

- le azioni dell'ospite ritenute rilevanti e la loro durata;
- il contesto in cui si sono svolte (tempo, luogo, avvenimenti recenti, persone presenti);
- l'intervento dell'operatore con le ragioni e scopi che l'hanno motivato;

- la situazione dopo l'intervento;
- le ipotesi esplicative e proposte per analoghe situazioni future.

Compito dello psicologo è quello di far emergere le forme di descrizione più usate con l'ospite, modificarle se necessario e sistematizzare le varie strategie proposte o crearne delle altre.

Con il tempo, per ogni ospite sarà così creata, e continuamente modificata, una scheda in cui saranno riportati:

- i principali gruppi di storie con gli argomenti da cui è più facile passare da un gruppo all'altro;
- le modalità più frequenti in cui la persona vive il contesto;
- le azioni devianti più frequenti con le rispettive strategie d'intervento;
- nozioni biografiche relative alla famiglia e ai contesti di provenienza;
- situazione delle funzioni cognitive e dell'autonomia personale.

La conversazione

La conversazione ha un ruolo di costruzione di realtà, dove la responsabilità dell'avvicinarsi ai criteri di funzionalità al contesto del reparto è dell'interlocutore, cioè dell'operatore. Non ha il significato usuale di "chiacchierare" o "passare del tempo assieme", ma quello pragmatico di "cum-vertere/cum-verso", cioè di indirizzarsi assieme verso una meta.

A seconda della situazione si può conversare diversamente, sempre cercando di costruire un'emozione utile allo scopo.

Come esempio riporto le possibilità di intervento di fronte ad una persona valutata come "lamentosa", "arrabbiata", "agitata", per motivi non imputabili al contesto. L'obiettivo è l'approdo ad una storia/realtà più adeguata:

a. Valutare la possibilità dell'uso di interventi comunicativi distraenti, di forte impatto, legati ad argomenti desiderati e con effetti immediati (es: «Dai, dai che ci prendiamo un tè!», «Oh, mio Dio vieni a vedere cosa ho combinato!», «Mamma mia, ma come stai bene con questo vestito! Chi te l'ha regalato?»). Procedere con conversazione sul nuovo argomento.

b. Se non possibile la "a", ascolto della storia con domande ed interventi strategici che deviano dolcemente verso un argomento di passaggio e da qui alla nuova storia.

c. Se non possibile la "b", perché non si riesce a trovare modo di conversare, lasciar passare del tempo e riprovare. Casomai intervenire sul contesto (es: luce, rumori, musica, presenza di altri ospiti...).

Se si valuta la necessità di un intervento comunque immediato (es: anticipo una possibile situazione pericolosa), portare in contesto più sicuro (es: spostare la persona o altri ospiti, togliere oggetti potenzialmente pericolosi...), chiamare lo psicologo o avvisare l'infermiere.

9. Conclusioni

L'attenzione che il modello interazionista pone sulla continua costruzione della realtà e sul ruolo dell'emozione in tale processo, porta ad attribuire ad ogni attività svolta con la persona con demenza (dalla conversazione, agli esercizi cognitivi, alle attività assistenziali o di utilità domestica) un nuovo significato e permette l'integrazione di tecniche differenti, con obiettivi pragmatici volti non ad un miglioramento cognitivo, ma piuttosto ad una collaborazione responsabile verso la costruzione di condotte adeguate, in un contesto volto ad un declinato concetto di salute.

Riferimenti bibliografici

- APA (2002), DSM-IV-TR, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision*, Masson, Milano
- Bateson G. (1979), *Mente e Natura*, Adelphi, Milano, 1984
- Bartlett F. C. (1932) *La memoria*, Franco Angeli, Milano, 1993
- Berger P., Luckmann T. (1966) *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, 1969
- Bidogia L. (2009), *Costruendo realtà culturali*, in Bonini Baraldi, *Spunti per una rivoluzione*, Franco Angeli, Milano
- Bruner J. (1990), *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992
- Cummings, Khachaturian (1999), *Definitions and diagnostic criteria in Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease*, Gauthier, Martin Dunitz, London
- Feil (1992), *V/F Validation: the Feil Method, 2nd edn*, Cleveland, Feil Productions
- Gergen K. (2005), *La costruzione sociale come dialogo*, Logos, Padova
- Goffman E. (1959), *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna, 1969
- Khachaturian (2000), *Aging: a cause or a risk for AD?*, J Alz Dis 2:115-116
- Kuhn T. (1969), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino
- Lewin K. (1951), *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna, 1972
- Mahendra (1984), *Dementia: a survey of syndrome of dementia*, MPT press, Lancaster
- Maj, Sartorius (2002), (a cura di) *Demenza*, CIC, Roma, 2004
- Mandler Jean (1984), *Stories, Scripts and Scenes: aspects of schema theory*, Erlbaum, Hillsdale
- Mecacci L., Cherubini e Senin (2002) *Invecchiamento cerebrale, declino cognitivo, demenza: un continuum?*, Critical Medicine Publishing, Roma
- Mendez e Lim (2004), *Alterations of the sense of "humanness" in right hemisphere predominant frontotemporal dementia patients*, "Cognitive and Behavioral Neurology", vol. 17
- Morton (1999), *La persona con demenza*, Erikson, Trento, 2004
- Salvini A. (1988), *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*, Giuffrè Ed.
- Salvini A. (1998), *Argomenti di psicologia clinica*, Upsel Domeneghini, Padova
- Tammaro et al. (2000), *Manuale di Geriatria e Gerontologia*, Mc Graw-Hill, Milano
- Turchi G. P., Perno A. (2002), *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*, Upsel Domeneghini, Padova