



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia, Psicologia Applicata

**Dottorato di Ricerca in  
“Scienze sociali: interazioni, comunicazione, costruzioni culturali”  
Ciclo XXIX**

**DIAGNOSI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE  
CON LA PERSONA MIGRANTE.  
UNO STUDIO IN AMBITO CLINICO E GIURIDICO**

Tesi redatta con il contributo finanziario della Fondazione Cariparo

**Coordinatore:** Ch.mo Prof. Devi Sacchetto

**Supervisore:** Ch.ma Prof.ssa Maria Armezzani

**Dottoranda:** Claudia Lotito



## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	9
<b>CAPITOLO 1: IL FENOMENO DELL'ALTRO E DELL'ESTRANEO</b> .....	13
1.1 Husserl, il fenomeno e l'estraneo.....	13
1.2 Heidegger, gli altri e la gettatezza.....	24
1.3 Lo sguardo, il Nulla e l'inferno. L'incontro con l'alterità in Sartre.....	28
1.4 Merleau-Ponty. L'io e l'altro tra visibile e invisibile .....	33
1.5 Buber. Io e Tu. ....	38
1.6 Levinas e Derrida. Dal Volto all'ospitalità .....	41
<b>CAPITOLO 2: ALTERITA' MIGRANTI NELLA RELAZIONE DI CURA</b> .....	49
2.1 La questione dell'altro: dall'alienità mentale all'alterità culturale .....	49
2.2 Estraneo sei estraneo .....	50
2.3 L'incontro con l'altro nella relazione di cura: modalità e rischi .....	54
2.4 Posizionamenti e pratiche. La prospettiva etnopsichiatrica .....	57
2.5 Alterità migranti e possibilità etiche dell'incontro.....	72
<b>CAPITOLO 3: STRUMENTI E DIAGNOSI IN PSICOLOGIA CLINICA E GIURIDICA</b> .....	77
3.1 Posture critiche: classificare e nominare lo psichico .....	83
3.2 Posture critiche: misurare lo psichico .....	85
3.3 Sistemi di classificazione .....	89
3.4 La diagnosi forense .....	95
3.5 I test mentali in ambito forense.....	101
3.6 Sulle radici culturali della diagnosi.....	103
3.7 Una diagnosi <i>altra</i> .....	107
<b>CAPITOLO 4: LA RICERCA</b> .....	111
4.1 Obiettivi generali.....	112
4.2 Obiettivi specifici .....	112
4.3 Criteri della ricerca.....	113
4.3.1 Il principio euristico .....	113
4.3.2 La ricerca qualitativa: situata, contestuale, riflessiva.....	113
4.4 Metodologia e progetto della ricerca.....	114
4.5 A proposito di riflessività.....	115

<b>CAPITOLO 5: INDAGINE ESPLORATIVA E CONOSCITIVA PRELIMINARE. IL QUESTIONARIO ONLINE.....</b>	<b>119</b>
5.1 Obiettivi.....	119
5.2 Metodologia .....	120
5.3 Caratteristiche del campione .....	120
5.4 Caratteristiche del questionario .....	121
5.5 Risultati .....	123
5.6 Conclusioni .....	153
<b>CAPITOLO 6: INTERVISTE IN PROFONDITA’.....</b>	<b>161</b>
6.1 Obiettivi e metodi.....	161
6.2 Partecipanti e contesti .....	162
6.3 Etnografia di sfondo .....	164
6.4 Metodi di analisi.....	169
6.5 Analisi delle interviste.....	172
6.5.1 Settore clinico .....	173
6.5.1.1 Piano dell’istituzione .....	174
6.5.1.2 Piano delle pratiche .....	196
6.5.1.3 Piano dell’incontro .....	246
6.5.1.4 Piano del vissuto .....	263
6.5.1 Settore giuridico .....	269
6.6 Considerazioni conclusive, confronto con la letteratura.....	287
<b>CAPITOLO 7: ETNOGRAFIA CLINICA. ALCUNE CONSIDERAZIONI CLINICHE.....</b>	<b>297</b>
7.1 Breve descrizione del campo .....	298
7.2 Limiti e risorse .....	299
7.3 Immagini e vignette cliniche.....	300
7.4 Brevi considerazioni conclusive .....	311
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>313</b>
Riferimenti bibliografici .....	321
Allegato 1 .....	336
Allegato 2.....	339
Allegato 3.....	340

Ai miei genitori



## **Abstract**

L'aumento dei processi migratori e la crescente diversità culturale impongono un ripensamento delle usuali modalità di approccio al paziente. Come può un medico fare una diagnosi e trattare adeguatamente un paziente basandosi unicamente sul proprio significato di salute e malattia, senza conoscere altre modalità di pensare e utilizzare le pratiche mediche? La domanda diventa ancora più complessa e articolata quando l'incontro con l'Altro avviene per comprendere e curare la sofferenza psichica ed esistenziale. Una difficoltà – quella dell'incontro – che si esprime nella confusione vissuta dal professionista e dal paziente mentre tentano di rispondere a domande non sempre condivise o traducibili.

La presenza dei migranti nei servizi di cura e nei tribunali non solo ci fornisce informazioni su noi stessi e sui nostri modi di curare, ma impone una sfida, sia epistemologica che pratica. Ci costringe a riconsiderare i nostri modelli di benessere, eziologia e trattamento della sofferenza, poiché sempre incompleti e parziali. Lo studio si propone di indagare l'incontro di valutazione diagnostica tra professionista della salute mentale – che lavora in ambito clinico e giuridico - e paziente/cliente migrante, focalizzando l'attenzione su pratiche, esperienze vissute, difficoltà percepite, uso di strumenti di valutazione e diagnosi. Tale ricerca si propone di offrire una riflessione teorica su tali tematiche, a partire da una integrazione tra la prospettiva etno-psichiatrica e quella fenomenologica.

## **Abstract**

Increased migratory processes and growing cultural diversity require to rethink usual patient approaches: how can a health professional make a diagnosis and treat properly a patient only relying on its own meaning of health and illness, without knowing other attitudes towards medical practices? The question becomes even more complex when the Other is encountered to understand and deal with psychological and existential suffering. This difficulty can be recognized in the confusion of both professional and patient as they attempt to answer questions not always shared or translatable.

Migrants' presence in care services and Law courts not only give us information about ourselves and our ways of taking care but it imposes a challenge, both epistemological and practical. It forces us to think back our models of well-being, etiology and treatment of suffering, because they are always incomplete and partial. The study aims to investigate psychological assessment encounter between clinical mental health and forensic professional and migrant patient, focusing on practices, lived experienced, perceived difficulties, use of assessment instruments and diagnosis. This research tries to propose a theoretical reflection on these issues, integrating ethno- psychiatric and phenomenological perspective.





## INTRODUZIONE

*“I limiti sono soglie calpestabili, la specie umana li sposta continuamente in ogni campo delle sue attività. Dai telescopi che esplorano le galassie alla biologia che fruga tra i segreti delle cellule, avanzano le conoscenze spostando i limiti precedenti. Perciò non può avere potere di arresto un confine tracciato a matita sulla faccia della terra. Le montagne non sono muraglie a difesa, sono invece il più fitto sistema di passaggio non sorvegliabile da un versante all’altro. Il mare non è il fossato del ponte levatoio intorno a un castello, ma il nostro più antico sistema di comunicazione. La navigazione precede la strada battuta. Con queste premesse sciamano l’alveare umano preso a zampate da qualche orso, e in cerca di un ramo sul quale riabitare, di un polline da trasformare in miele. I governi congegnano barriere, nuove leggi per negare una per una le sette opere della misericordia. Mentre le leggi per annegare valgono da venti anni, dall’affondamento volontario del barcone albanese Kater i Rades durante la Pasqua del 1997, da parte di una nave militare italiana in Adriatico.*

*Ma l’alveare umano viaggia con la propulsione delle energie rinnovabili delle necessità, spostando e scavalcando i segni convenzionali dei confini. I nomi di ognuno di loro hanno smesso da tempo di essere stampati dentro un documento, carta straccia in partenza. La loro morte ha smesso di essere una circostanza personale. Solo le fotografie conservano l’ultima notizia, non segnaletica, di una identità, di una persona estratta dal suo mucchio e affacciata su carta o su cristalli liquidi. La fotografia cancella il “Se” dal titolo di un libro di Primo Levi: Se questo è un uomo. Niente “Se”: questo è un uomo.”<sup>1</sup>*

Queste le parole con cui Erri de Luca racconta delle soglie e dei limiti, quelli umani e quelli disumani. Parole in cui ritrovo condensate le ragioni e gli intenti di questa ricerca. Una ricerca che si occupa *del* limite, quello che l’estraneo, fuori e dentro di me, impone alla conoscenza e all’azione; una ricerca *al* limite, tra le discipline, le teorie, le epistemologie; *sul* limite, in cui dimorano pochissime e rare risposte ma che *certamente* accoglie e apre a numerosi interrogativi. Soltanto esplicitando tale cornice di riferimento, *rigorosa* nei suoi criteri - sempre umani e situati -

---

<sup>1</sup> 21 marzo 2017. [www.fondazioneerri.deluca.com](http://www.fondazioneerri.deluca.com)

e *flessibile* nelle sue interpretazioni, diviene possibile presentare uno studio sull'esperienza di incontro con l'altro e l'estraneo, *anche* culturale.

Un ricerca che si propone di studiare una delle forme possibili entro cui tale incontro può declinarsi: la valutazione psicodiagnostica. Come, dunque, l'altro straniero può essere incontrato - o *non* incontrato - nel colloquio di valutazione? Lo studio si focalizza, in particolare, sull'esperienza vissuta del professionista - psichiatra e psicologo - in ambito clinico o giuridico. Contesti applicativi, questi ultimi, in cui la disciplina della diagnosi sembra comportare evidenti conseguenze pragmatiche e contraddizioni in essere, in particolare in prossimità del paziente straniero. La cornice teorica di riferimento si pone - come si è detto - *al* limite tra fenomenologia ed etnopsichiatria, antropologia e intercultura. Pertanto, studiare l'incontro psicodiagnostico significa *anche* effettuare *un'analisi critica* delle norme, delle pratiche e dei discorsi che producono categorizzazioni sulla salute mentale del paziente.

Nel Primo Capitolo, viene presentata una breve introduzione all'esperienza dell'altro e dell'estraneo in fenomenologia. Un discorso che si sviluppa a partire dalle considerazioni proposte da Husserl - e dalla Stein - in merito alla relazione intercorrente tra *ego* ed *alter ego* nei termini dell'empatia; la trattazione prosegue analizzando la visione totalmente *mondana* di Heidegger, in cui il *Dasein*, gettato nel mondo, si mostra già da sempre interrelato con un Altro e la teorizzazione sartriana, ove lo sguardo di questo Altro, acquisendo un potere *reificante*, introduce una opacità nel mio mondo e rende la relazione imprescindibile e infernale allo stesso tempo; ancora, Merleau-Ponty, che nel suo ritorno al corpo e alla dimensione incarnata della conoscenza, colloca la relazione con l'altro entro un chiasmo tra visibile e invisibile; Buber, in cui la relazione Io-Tu, nel *rivolgersi*, riconosce il fondamento della vita dialogica; infine, Levinas e Derrida che si compenetrano e, talvolta, distanziano attorno al concetto di ospitalità.

Il Secondo Capitolo è dedicato alle alterità migranti nella relazione di cura. Lo straniero mi inquieta, mi perturba perché richiama un fondo di estraneità che mi appartiene, che abita dentro di me. Dunque, la presenza dell'immigrato nei luoghi

della cura e della giurisdizione richiede un ripensamento dei modelli e delle pratiche abituali di incontro con l'alterità. Un incontro, quello con l'estraneo, di cui saranno esplorati rischi e possibilità etiche, a partire dalle riflessioni e dalle pratiche fenomenologiche ed etno-psichiatriche.

Il Terzo Capitolo presenta i principali sistemi di classificazione e di misurazione psicologica adottati in clinica e giuridica, con uno sguardo critico relativamente alle matrici e alle ideologie che ne sottendono gli usi e le costruzioni, nonché alle illusioni che un utilizzo acritico può comportare.

Il Quarto Capitolo è dedicato alla presentazione della ricerca: obiettivi, criteri cui si è ispirata, metodologia e, infine, una nota dedicata alla riflessività.

I capitoli successivi sono riservati alla presentazione dei singoli studi in cui la ricerca è stata declinata. Il primo studio - presentato nel Capitolo Quinto - riguarda la somministrazione di un questionario online a psicologi operanti nel settore giuridico che si propone di studiare e analizzare criticamente le pratiche diagnostiche adottate con il cliente straniero.

Il secondo studio - a cui è dedicato il Sesto Capitolo - indaga, attraverso l'intervista in profondità, le pratiche diagnostiche e le esperienze vissute di psicologi e psichiatri operanti nel settore clinico - presso Centri di Salute Mentale e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura del Veneto - e nel settore giuridico.

Il Settimo Capitolo è, infine, dedicato alla presentazione di alcune riflessioni cliniche sviluppate durante un periodo di osservazione partecipante presso un centro ospedaliero che si occupa della presa in carico di pazienti immigrati stranieri non regolari. Nelle conclusioni saranno sviluppate alcune considerazioni critiche su metodi e modalità dell'incontro con l'Altro culturale, entro una dimensione fenomenologica ed etnopsichiatria.



## CAPITOLO PRIMO

### FENOMENOLOGIA DELL'ALTRO E DELL'ESTRANEO

#### 1.1 Husserl, il fenomeno e l'estraneo

La questione dell'altro, inteso come *autrui*, rappresenta uno dei nodi tematici della fenomenologia. Se ci riferiamo ad essa letteralmente come 'scienza sui fenomeni', non possiamo non considerare l'esperienza dell'alterità, come uno dei modi di darsi dell'esperienza e, dunque, come problematica fondante il suo intero apparato teorico ed epistemologico.

Tuttavia, sin dagli esordi di una riflessione sull'alterità, si rende evidente una aporia insanabile. Da una parte, mentre rifletto sulla questione dell'altro, questo altro tende a scomparire e viene ridotto a mero oggetto del mondo dinanzi ad un soggetto, determinando così l'annientamento di ogni alterità.

Dall'altra parte, la mia e l'altrui coscienza si collocano irrimediabilmente in una conflittualità che non conosce tregua poiché ciascuna protende verso la realizzazione e l'affermazione del proprio dominio costituente sul mondo. Sembrerebbe che dinanzi ad entrambe le alternative l'unica soluzione possibile sia il solipsismo.

Si ripropone in tale dicotomia la questione fondamentale, che a partire da Cartesio, ha rappresentato la prospettiva di riferimento della riflessione filosofica moderna: la soggettività - e la sua possibile relazione con altre soggettività.

Nello specifico, la presenza di altre coscienze costituenti affacciate sul mondo comporta una messa in crisi dell'universalità delle dichiarazioni generate dal potere costituente di ciascuna di esse e, dunque, anche delle affermazioni della mia coscienza. Pertanto come conciliare nel solipsismo, in cui la coscienza si fa garante dell'esistenza, un altro io che non sia il proprio?

Husserl insiste su tale questione e affronta il problema dell'alterità nel tentativo di giungere a una "*teoria trascendentale del mondo oggettivo*" (Husserl, 1929, p. 115), ovvero

di chiarire come coscienze separate possano costituire un mondo comune e condiviso (Costa, 2011, p. 114). Valicando l'alternativa tra solipsismo e realismo trascendentale, Husserl effettua un sistematico lavoro di interpretazione fenomenologica del senso dell'alter ego, evidenziando come esso si istituisca nell'ego trascendentale stesso a partire dalle sue intenzionalità costituenti (Ferretti, 1997, p. 72). L'io si scoprirebbe così non già come soggettività solipsistica bensì come intersoggettività (Ferretti, 1997, p. 10). Husserl elabora un'analisi descrittiva dell'esperienza dell'altro, accolto per come si dà e indaga il contenuto noetico-noematico dell'alter ego, il suo modo di essere e di datità, le sue forme di manifestazione soggettiva e, infine, gli atti attraverso cui ci dirigiamo verso di esso, cogliendolo come coscienza e non solo come corpo (Costa, 2011). Affinché in quel corpo che si presenta a me si possa trovare l'esperienza dell'altro, si dovrà comprendere in che modo, all'interno della *mia* esperienza, possa comparire un'assenza, che lungi dal manifestarsi come mancanza, nasconde in sé gli *adombramenti* di un'alterità. La questione posta da Husserl, quindi, non riguarda tanto la necessità di affermare o negare l'esistenza di un alter, quanto piuttosto quella di comprendere *come* si possa descrivere e conoscere qualcosa che al tempo stesso è presente e assente nella mia esperienza e come l'altro possa emergere autenticamente come altro e non solo ancora come me.

*“Questo problema si presenta dunque a tutta prima come un problema speciale, quello dell'esserci-per-me degli altri ed è quindi il tema della teoria trascendentale dell'esperienza dell'estraneo, ossia della cosiddetta empatia.”* (Husserl, 1931, tr.it. p. 115)

Nell'esperienza di questo autentico “estraneo” (Fremd), l'Altro mi è dato da un lato come *oggetto* nel mondo, sebbene in quanto oggetto psicofisico intessuto nel proprio corpo-vivente (Leib), dall'altro come *soggetto* che esperisce il mondo e che, dunque, esperisce anche me stesso che sono parte di quel mondo:

*“(...) io ho esperienza degli altri, come altri che sono, in molteplicità d'esperienze concordanti e variabili: da un canto, io ne ho esperienza come di oggetti mondani, ma non*

*come mere cose naturali (...). Essi sono esperiti anche come essere psichici che vivono nei rispettivi corpi naturali. Intrecciati quindi in modo tutto proprio ai corpi, come oggetti psicofisici, gli altri sono nel mondo. D'altro canto io li esperisco come soggetti per questo mondo, che hanno di esso esperienza, come dello stesso mondo che io esperisco e che per ciò hanno esperienza pure di me appunto in quanto esperisco il mondo e gli altri che vi stanno.”*  
(Husserl, 1931, tr.it. p. 115)

L'io altrui non può stare nell'esperienza nel modo in cui si danno le cose in quanto fondamento soggettivo di una struttura di esperienza fenomenologica che pur presentando caratteristiche proprie della *mia* esperienza, non è un'esperienza che mi appartiene.

Il metodo previsto da Husserl per giungere all'elaborazione sistematica del senso della soggettività altrui - descritto nella quinta *Meditazione Cartesiana* - prevede la radicale messa in parentesi di qualunque dato possa essere riferito a ciò che è “altro” dall'io.

Husserl, dunque, procede operando una riduzione successiva all'epochè trascendentale, nella quale la “messa in parentesi” riguarda ogni significato o oggetto in me costituito per intenzionalità riferite a soggetti altrui, in modo mediato o immediato:

*“Noi escludiamo innanzitutto dal campo tematico tutto ciò che ora è dubitabile, cioè noi facciamo astrazione da tutti i prodotti costitutivi dell'intenzionalità riferita mediamente o immediatamente alla soggettività estranea”* (Husserl, 1931, tr.it. p. 116)

Husserl si riferisce, in questo caso, tanto alle intenzioni che consentono di esperire gli altri come soggettività, quanto alle intenzioni che *suppongono* l'altro, come ad esempio gli oggetti della cultura. Il risultato di questa seconda epochè genera una riduzione dalla sfera trascendentale dell'ego alla sfera di ciò che mi appartiene in modo esclusivo, definita da Husserl “sfera del proprio”. Tale sfera, delimitata e analizzata nei §§ 44-47 delle Meditazioni Cartesiane (da questo momento indicate

con MC), fonda il presupposto di tutela dell'alterità, senza rinunciare al suo costituirsi, per contrasto, entro l'ego trascendentale puro.

*“La sfera del proprio costituisce (...) uno strato d'esperienza idealmente più originario, fondamentale, che condiziona l'esperienza dell'estraneità altrui”* (Ferretti, pag. 118) mentre la *“reciproca non vale”* (Husserl, 1931, tr.it. p. 118): nell'io trascendentale esiste l'estraneo perché c'è il proprio ma non può dirsi lo stesso dell'inverso. Tale aspetto è decisivo nella teorizzazione di Husserl e apre il dibattito sulla possibile mediazione che l'alter offre alla comprensione del mio ego o sul suo possibile primato su di esso.

*“(...) A partire dalla individuazione del proprio come ciò che esclude qualsiasi alterità si attuano delle trasgressioni intenzionali che portano ad un “riflesso speculare”. Nel momento stesso in cui si pone l'esistenza del proprio come unica, l'esistenza dell'altro si produce come una sottrazione (...), come vuoto nel pieno della ipseità. L'altro appare cioè come altro soltanto nel momento in cui viene escluso. Se non si opera tale riduzione al proprio, il senso d'essere dell'altro non si mostra e l'altro rischia di essere inteso come non come vero altro ma come una mia determinazione”* (Vanzago, 2008, p. 133).

Di conseguenza, il passaggio dall'io all'altro io richiede di valicare l'ego pur derivando l'alter dall'ego stesso, mediante un rispecchiamento che non può essere considerato come un reale rispecchiamento:

*“L'altro, per il suo senso costituito rinvia a me stesso; l'altro è rispecchiamento di me stesso e tuttavia non un rispecchiamento vero e proprio; analogo a me stesso e tuttavia non analogo in senso comune.”* (Husserl, 1931, tr.it. p. 117)

Prima di procedere alla presentazione di tale rispecchiamento (§§ 48-64), Husserl compie un'accurata descrizione dei suoi presupposti, soffermandosi in particolare sulla descrizione della “sfera del proprio”. Essa si costituisce di uno strato unitario del fenomeno, definito da Husserl “natura propria” (in opposizione alla “natura oggettiva delle scienze”); tra i corpi di questa natura si colloca e assume una posizione del tutto particolare il mio “corpo vivente”, che s'istituisce non solo in



quanto “corpo fisico” (Körper) bensì anche nella sua fondazione di “corpo vivente organico” (Leib), ove risiede il campo esperienziale delle mie sensazioni.

*“Tra i corpi di questa natura colti in modo appartenitivo io trovo il mio corpo nella sua peculiarità unica, cioè come l'unico a non essere mero corpo fisico (Körper) ma proprio corpo organico (Leib), oggetto unico entro il mio strato astrattivo del mondo; al mio corpo ascrivo il campo dell'esperienza sensibile, sebbene in modi diversi di appartenenza (campo delle sensazioni tattili, campo delle sensazioni termiche, etc). Questo corpo è la sola e unica cosa in cui io direttamente governo e impero.”* (Husserl, 1931, tr.it. p. 119)

Dunque, il *Leib* rappresenta l'*unico* e il *solo* corpo sul quale posso esercitare un governo diretto, tramite il quale posso inter-agire con altri corpi e agire sul mio stesso corpo (nel tatto, ad esempio, posso dirmi toccato toccante).

A conclusione di tale analisi, Husserl riconosce un fatto singolare (*ein Merkwürdiges*). L'esclusione dell'estraneo, da un lato, ci ha fatto giungere a un campo proprio dell'ego con una sua unitarietà (quella psico-fisica), dall'altro alla concretizzazione, entro l'ego trascendentale, di due campi, quello del proprio e quello dell'estraneo, in cui la sfera dell'estraneo può sorgere soltanto a partire da quella del proprio. E dunque, “è la dialettica del dentro e del fuori, istituita dalla mia carne, che deve presiedere alla costituzione dell'estraneo come ciò che è insieme “dentro” e “fuori” rispetto al proprio” (Vanzago 2008, p. 136).<sup>2</sup>

A questo punto della trattazione, Husserl insiste sul nucleo centrale del problema (§ 48): custodire la singolarità “*Das Factum*” dell'esperienza dell'altro (*der Erfahrung von Fremden, Nicht-Ich*) e assieme palesare come tale esperienza si costituisca a partire dalla sfera di appartenenza dell'io. Per affrontare tale problema, Husserl ricorre alla “*percezione per analogia*”, nella quale l'altro è colto in modo *analogico* come “*altro io*”.

---

<sup>2</sup> “Per Husserl è l'inaccessibilità a determinare l'alterità e viceversa. Se uno stato d'animo o un atto noetico fossero inaccessibili perché altrui si sarebbe ancora sul piano mondano, cioè in sostanza non ci si sarebbe ancora resi conto di cosa di cosa voglia dire attuare uno sguardo fenomenologico. Se questo è stato correttamente inteso e quindi effettuato allora diventa chiaro che ciò che non è inaccessibile è “mio”, mentre solo che non è “accessibile” ma la contempo si dà come tale (e la cui inaccessibilità si rende così accessibile) è “altrui”. Di qui il senso reale della riduzione alla sfera del proprio. Da questa considerazione deriva anche la possibilità di parlare dell'inconscio come di ciò che è “estraneo” pur essendo del soggetto trascendentale. Proprietà es-  
traneità non coincidono con l'interiorità e l'esteriorità mondanamente intese.” (Vanzago, 2008, pag. 136)

L'analogia si rende necessaria poiché sebbene l'altro si annunci a me come soggetto in carne e ossa, egli non è presente immediatamente come dato originario, non può essere vissuto in originale, bensì solo in modo indiretto tramite il suo corpo fisico. All'esser presente di questa corporeità fisica, parte integrante della mia sfera *primordiale di appartenenza*, si accoppia l'esser presente di una soggettività, che, tuttavia, non può essere determinata che in modo indiretto, secondo un'intenzionalità obliqua definita "appresentazione".

Dunque, Husserl illustra come si possa costituire fenomenologicamente un'immanenza altra, alla quale non mi è consentito un accesso in originale e come si possano attribuire gli stessi caratteri del mio io a ciò che mi si dà come trascendenza.

*"Esperienza è coscienza originale; infatti, nel caso dell'esperienza di un uomo in generale noi diciamo che l'altro ci sta innanzi, presente in carne e ossa. D'altro canto questo tipo di presenza non ci impedisce di ammettere immediatamente che veramente qui dinanzi a noi non è l'altro io stesso con i suoi movimenti coscienziali e i suoi fenomeni stessi (ossia quel che per lui è fenomeno) e nulla di ciò che appartiene alla sua stessa essenza coscienza proprio perviene a datità originaria. Se il caso fosse questo, se cioè il proprio essenziale dell'altro, si potesse attingere in maniera immediata e diretta, egli allora non sarebbe che un momento della mia propria essenza e in conclusione egli stesso e io saremmo un'unica cosa. Lo stesso accadrebbe per il suo corpo organico, se questo non fosse altro che il corpo fisico, il quale è solo unità costituentesi nelle mie esperienze reali o possibili, appartenente alla mia sfera primordiale come formazione esclusiva della mia sensibilità. Deve esserci qui un'intenzionalità indiretta che proceda a partire dallo strato inferiore del mondo primordiale posto sempre a fondamento; è questa mediazione che rende rappresentabile il momento della presenza secondaria (Mit-da), la quale non è ancora la presenza stessa ma può diventare presenza primaria. Si tratta qui di una specie d'atto di rendersi-presente, d'una specie di appresentazione"* (Husserl, 1931, tr.it. p. 129, §50).

È in questo presentarsi del corpo fisico che il soggetto altrui mi si *appresenta* come tale. Per comprendere tale mediazione, devo soffermarmi sulla particolare natura dell'esperienza del mio corpo proprio. Il mio corpo, infatti, mi si dà come *intreccio*

tra Körper e Leib, tra corpo-fisico, che mi *incarna* nel mondo, e corpo-organico, che mi *implica* come soggetto. A partire da tale esperienza d'intreccio, al presentarsi del corpo-fisico dell'altro, io posso appresentarmi per analogia anche il suo corpo-vissuto, dunque la sua soggettività. In quest'analogia, che si muove da corpo a corpo, il senso dell'io si trasferisce dal corpo proprio al corpo altrui. Il punto di avvio per accedere all'esperienza dell'altro sembra dunque essere un'esperienza, la mia, che è già radicalmente segnata da una duplicità di interiorità ed esteriorità. E così percepisco l'estraneo in modo simmetrico e rovesciato: la manifestazione del suo corpo si accompagna ad un'assenza, che tuttavia non è mero nulla ma la sua interiorità.

*“Altro significa alter ego e l'ego che è qui implicito sono io stesso, costituito entro la mia unità psico-fisica (...) o come io personale che domina sul mio corpo unico e che esercita direttamente anche un'azione sul mondo primordiale; peraltro esso è il soggetto d'una vita intenzionale concreta, d'una sfera psichica che si riferisce ad esso e al mondo. (...) Ammettendo adesso che un altro uomo entri nel nostro dominio percettivo, vediamo che, riducendo ciò in senso primordiale si fa luogo un corpo che, per essere primordiale è naturalmente un mero momento costitutivo di me stesso (trascendenza immanente). Poiché in questa natura o mondo il corpo organico è in effetti l'unico corpo fisico che sia originariamente costituito e che possa originariamente costituirsi come organico (...) deve possedere il senso di una trasposizione appercettiva proveniente dal mio corpo. (...) è chiaro che solo una somiglianza, interna alla mia sfera di primordialità, tra quel corpo e il mio può fare del primo un altro corpo. Vi sarebbe quindi una certa appercezione di rassomiglianza ma non mai ogni caso un ragionamento per analogia. L'appercezione non è (...) un atto di pensiero. Ogni appercezione, in cui noi cogliamo d'un tratto e verificiamo degli oggetti che ci si presentano come dati (...) rimanda all'intenzione di una produzione prima in cui si sarebbe costituito per la prima volta l'oggetto in tal senso”. (Husserl, 1931, tr.it. p. 131-2)*

Tale passaggio segna la congiuntura tra l'esigenza, tutta fenomenologica, di descrivere l'alterità e al tempo stesso di costituirla in senso trascendentale (Ricoeur 1986, p. 208).

Il ricorso all'analogia non è tuttavia esente da questioni e problematicità: l'appercezione non è un "atto di pensiero", un ragionamento, bensì una "fondazione originaria" (Husserl, 1931, tr.it. p. 131) che opera sul piano delle sintesi passive così come accade per altre appresentazioni che costituiscono in noi oggetti di esperienza per la prima volta. Tuttavia, nel caso dell'umano, il trasferimento per analogia presenta una caratteristica del tutto peculiare, definita da Husserl "accoppiamento originario" (Paarung, §51): l'associazione per somiglianza tra il mio corpo e quello dell'altro può operarsi spontaneamente non appena l'altro appare nel mio campo di percezione e la trasposizione analogica di senso può così appresentare l'altro come alter ego, nella sua soggettività.

*"(...) L'ego e l'alter ego sono dati pur sempre e necessariamente in un accoppiamento originario. (...) che cosa rende "estraneo" quel corpo e non semplicemente un mio secondo corpo? Qui si deve chiaramente prendere in considerazione qual che viene designato come il secondo carattere fondamentale dell'appercezione in questione (§51.). (...) Il carattere dell'estraneo si fonda su questo processo in cui l'originalmente irraggiungibile è raggiunto confermativamente. Tutto ciò che può rendersi presente e manifestarsi come originale sono soltanto io stesso o appartiene a me come mia proprietà. Ciò che mediante me stesso e la mia appartenenza è esperito nel modo derivato di una esperienza che non può soddisfarsi primordialmente e non si dà da sé in modo originale ma è indiziato da conferme conseguenti, è estraneo (§52)."* (Husserl, 1931, tr.it. p. 132-3)

Quindi l'attribuzione di senso "ego" avviene tramite un'analogia che procede da carne a carne, tramite un transfer appercettivo che associa, a partire una somiglianza primordiale, i miei vissuti a quelli altrui. Tuttavia, permanendo una sostanziale differenza spaziale tra corpi, in quanto "*il mio corpo fisico (...) ha i suoi modi di datità nel qui (hic) centrale; ogni altro corpo, compreso il corpo dell'altro ha il modo del là (illic)*" (Husserl, 1931, tr.it. p. 136), Husserl introduce la funzione immaginativa del "come se", che consente di decentrare quanto intenzionalmente si dà *qui* in prossimità di un *là*.

*"In questa appresentazione il corpo che appare nella mia sfera monadica nel modo del là e che viene appercettato come corpo fisico estraneo, come corpo organico dell'alter ego, costituisce*

*l'indizio dello stesso corpo, ma nel modo del qui, che l'altro esperisce nella sua sfera monadica.*" (Husserl, 1931, tr.it. p. 137)

Posso quindi immaginare di cambiare la mia posizione di qui a là mutando la prospettiva percettiva di accesso alle cose e attribuendo all'altro quei fenomeni originari che io stesso potrei sperimentare se fossi là, in quel suo posto. L'immaginazione consente di effettuare delle variazioni di prospettiva nell'opposizione dialettica tra un io-qui e un altro-là, offrendomi una visione dell'alter come indipendente da me.

In Husserl, quindi, ciò che definisce strutturalmente l'alterità dell'alter ego consiste nell'impossibilità di accedere ad esso nella sua interezza mediante la percezione diretta. Il transfer appercettivo permette di radicare l'esperienza nella carne e, al tempo stesso, di rispettarne l'unicità. Il comportamento dell'altro annuncia un'alterità egoica, analoga alla mia, dotata di strutture intenzionali, e diviene comprensibile solo a partire dal mio comportamento in circostanze analoghe.

L'impossibilità di cogliere in modo originario i vissuti dell'altro non implica la totale alienità. Al contrario, apre al costituirsi di un'intersezione tra le soggettività. Così l'altro entra nel mio mondo, lo relativizza e lo trasforma. Posso vederlo percepire e agire come centro del suo mondo, esattamente come io agisco entro il mio. Questo implica l'esistenza di prospettive *altre* rispetto alla mia, precluse al mio mondo, ma ugualmente degne di essere esplorate. La soggettività trascendentale, come intersoggettività, relativizza l'ego e si apre a possibilità infinite mai totalizzabili. Nel continuo processo di risposdenze e divergenze si genera così il mondo comune, dato a ognuno e agli altri, come altrettanti soggetti esperienti.

*" (...) ognuno ha le proprie cose dell'esperienza; (...) Ma ognuno sa di vivere nell'orizzonte degli altri uomini e di poter entrare con essi in una connessione ora attuale ora solo possibile; e ciò vale anche per loro (cosa che egli pure sa), ora in una comunità attuale ora in una comunità potenziale (...). Gli altri soggetti sono per me (...) e per chiunque altro un orizzonte aperto di uomini con cui è possibile incontrarsi e che possono entrare con me e con gli altri in una connessione attuale"* (Husserl, 1936, tr. it. p. 191-192).

Nella teorizzazione husserliana, quindi, l'esperienza dell'alterità si rende *possibile* solo grazie all'*impossibilità* della sua evidenza. Questo accesso mediato e obliquo alla soggettività dell'altro, attraverso il quale esperisco il mondo da un altro punto di vista, prende il nome di *empatia*. Il termine traduce il vocabolo tedesco *Einfühlung* adottato da Husserl per indicare in che modo si stabilisca una relazione tra gli esseri umani, in cui l'altro sia riconosciuto come simile a me stesso.

L'altro è altro perché eccede la mia vita di coscienza, è dentro di me come uno sguardo che trapassa la mia prospettiva, seppure implicato a essa in modo imprescindibile: è soltanto nell'intreccio tra la mia e l'altrui visione che il mondo si costituisce e può essere condiviso. Tuttavia, le *cogitationes* dell'altro non possono essere incontrate in loro stesse, ma tramite un'analogizzazione in cui l'altro è riconosciuto come altro qui-e-ora, non coincidente con me, che apre tuttavia a una nuova orientazione sul mondo. In questo senso, dunque, in Husserl l'empatia non può coincidere con il contagio psichico poiché "*esperire l'ira dell'altro non significa essere a nostra volta adirati*" (Husserl, 1910, tr.it p. 74). Empatia non significa provare ciò che l'altro prova poiché i vissuti dell'altro sono "*fenomeni appresi, ma non dati vissuti*" (Husserl, 1905-1920, tr. it. p. 242).

In tale direzione, Stein (1917), allieva di Husserl, si domanda in cosa possa consistere la comprensione del dolore dell'altro se riconosciamo l'esistenza di due coscienze separate: "*Un amico viene da me e mi dice di aver perduto un fratello ed io mi rendo conto del suo dolore*" (*ibidem*, p. 82). Tale questione richiede un immediato rimando alla comunanza del mondo in cui io e l'altro viviamo, al nostro essere parte dello stesso mondo. E, dunque, Stein (*ibidem*) prosegue: "*Un mio amico viene da me tutto contento e mi fa sapere che ha superato un esame. Empaticamente colgo la sua gioia e, mentre mi trasferisco in essa, colgo la gioiosità dell'avvenimento, sicché ora io stesso provo a motivo di ciò quella gioia originaria*" (Stein, 1917, tr.it p. 82-83). Soltanto a partire da una comune trama di senso, l'empatia mi consente di *provare dinanzi all'altro ciò che io proverei in quella medesima circostanza*; circostanza che, per sua natura, ha un carattere costitutivamente intersoggettivo.

Così continua la Stein (1917):

*“Nell’istante in cui il vissuto emerge improvvisamente dinanzi a me, io l’ho dinanzi come Oggetto (ad esempio l’esperienza di dolore che riesco a leggere nel volto di un altro); mentre però mi rivolgo alle tendenze in esso implicite e cerco di portarmi a dati più chiari lo stato d’animo in cui l’altro si trova, quel vissuto non è più Oggetto nel vero senso della parola, dal momento che mi ha attratto dentro di sé, per cui adesso io non sono più rivolto a quel vissuto, ma, immedesimandomi in esso, sono rivolto al suo Oggetto, lo stato d’animo altrui e sono presso il suo Soggetto, al suo posto”* (tr. it. p. 77-78).

Nell’immedesimazione, il dolore dell’altro o la sua gioia riverberano dentro di me ma non coincidono mai con il vissuto dell’altro dal momento che siamo *reciprocamente separati, non collegati (...)* attraverso una coscienza d’identità, una continuità nei vissuti” (*ibidem*, tr. it. p.79). In questo afferramento, intuisco che l’altro sta vivendo un’emozione e che la sta provando in un modo completamente originale per lui e non originario per me; ciò che è originario per me è soltanto l’empatizzare la sua condizione, non vivendo in prima persona il contenuto del suo vissuto. L’empatia non consente un accesso alla coscienza dell’altro ma soltanto uno schiudersi dinanzi alla sua situazione. Il vissuto dell’altro potrà da me essere colto come vissuto, ma le sue modalità, intensità e qualità potranno essermi soltanto *adombrate*. Dunque, colgo quel vissuto nella sua essenza, perché presente in me e nell’altro come *struttura*, ma non potrà mai viverlo in modo primordiale (Ales Bello, 2009). Ales Bello (2009) riconosce, a partire da tali considerazioni, i limiti e le possibilità della comunicazione con l’altro. In primo luogo, sul piano delle possibilità posso vivere quello che l’altro sta vivendo e in virtù di tale vissuto riesco a sentire che questo altro è un essere umano che mi assomiglia e posso compiere un’analogia in modo immediato. D’altro canto, sul piano dei limiti, per quanto la comprensione dell’altro possa avvenire in profondità, la sua trascendenza resta costitutiva, *“la sua individualità e la mia individualità rimarranno sempre separate e diverse, anche se simili e comunicanti.”* (*Ibidem*, p. 26). L’esistenza che mi viene incontro *“è e rimane sempre estranea, l’io non la compie da sé e non ne ha coscienza in modo originario”* (Stein, 1998, tr. it. p. 208).

La costituzione fenomenologica <sup>3</sup> dell'intersoggettività nei termini di alter ego sembrerebbe non esaurire tutte le questioni sorte in seno al problema dell'estraneo. In particolare, la riflessione husserliana, da un lato, solleverebbe una controversia in merito al preservarsi della determinazione dell'ego di fronte all'alter, da cui non sarebbe in alcun modo intaccato nel suo costituirsi. Dall'altro, sembrerebbe eludere una questione cruciale – su cui lo stesso Husserl si interroga in un testo del 1932, non senza una certa inquietudine teorica: come posso far derivare l'alter dalla sfera del proprio, se questo alter vive con me nel mondo e insieme a me contribuisce alla sua creazione?

L'insoddisfazione circa le questioni lasciate aperte da Husserl ci conduce verso un territorio vasto di interrogazione sugli esiti di questo intreccio intenzionale tra ego ed alter ego, in cui proprio per motivazioni strettamente fenomenologiche, l'ego, interpellato dal suo alter, non potrà mai restare uguale a se stesso.

## 1.2 Heidegger, gli altri e la gettatezza

Heidegger pone il problema della condizione ontologica del soggetto in termini di *Dasein*. In *Sein und Zeit* (1927), modifica l'idea husserliana di fenomenologia, considerandola non più come disciplina epistemologica, fondata sul coglimento delle essenze, bensì come sapere ontologico, interessato alla *comprensione esistenziale* dell'uomo. Heidegger sostiene che non si possa disquisire sull'essere tralasciando l'*Esser-ci che si interroga sull'essere*: l'ontologia viene incontro a tale esigenza, non limitandosi ad *andare verso le cose stesse*, ma interrogandosi sull'*Ente che va verso le cose stesse*, il *Dasein*. Dunque, l'esistenza si declina come principale caratteristica dell'umano e l'*Esser-ci*, lungi dal potere essere considerato come mero attributo, assurge a modo d'essere costitutivo dell'uomo, collocato in una originaria contingenza spazio-temporale.

L'uomo, in quanto *Dasein*, assume un duplice rapporto con la realtà. In primis, di

---

<sup>3</sup> Husserl con il termine "costituzione": "cerca di indagare in che modo delle unità oggettive di ogni specie, non realmente immanenti, siano consapute, presenti, Come all'identità dell'elemento presunto appartengano formazioni di coscienza molto diverse E tuttavia della struttura essenzialmente richiesta, E come queste informazioni si possono descrivere con rigore metodico (Husserl, 1910, tr. it. p. 194)



tipo “esistentivo” o ontico, ovvero empirico, proprio del senso comune e delle scienze. In secondo luogo, di tipo “esistenziale” o ontologico, nel quale l’esistenza si manifesta come problema dell’essere. Tale problema, tuttavia, sebbene costitutivo e fondante della condizione ontologica dell’uomo, si rende evidente solo in frangenti peculiari, tra i quali Heidegger riconosce in prima istanza l’incontro con la morte.

L’esistenza dell’uomo è, essenzialmente, *possibilità d’essere*: non si tratta di una realtà pre-determinata, stabilita una volta per tutte, ma un declinarsi a un insieme di possibilità, tra cui operare un discernimento. L’uomo si determina sempre in quanto *pro-getto*: un *poter-essere* dischiuso dinanzi alle possibilità che l’esistenza gli offre. Di conseguenza, mentre le cose si rivelano in quanto *semplici presenze*, l’essere umano, assumendosi la responsabilità delle proprie scelte, diviene ciò che egli stesso concepisce di essere. L’esistenza si palesa come continua trascendenza del reale, in vista di nuove possibilità. Tali scelte, tuttavia, saranno sempre condizionate dalle concrete possibilità disponibili entro il proprio mondo. Il *Dasein* può progettarsi, restando però sostanzialmente subordinato alle condizioni entro cui tale progetto accade. In tal senso, dunque, il *Dasein* si caratterizza come “gettato” nel senso della “fatticità”, ossia della constatazione che si nasce e si vive in condizioni storiche determinate e che si è condizionati dalla propria mortalità. Ogni possibilità è limitata segretamente da un’impossibilità primaria: la morte.

Heidegger considera il *Dasein* come *essere-nel-mondo*, poiché abita una mondanità che già da sempre gli è familiare e con la quale stabilisce un rapporto privilegiato. L’Esser-ci instaura con il mondo un rapporto *affettivo*, la cui comprensione primaria avviene emotivamente.

L’uomo custodisce in sé una pre-comprensione originaria del mondo, tramandata ed ereditata attraverso il linguaggio ed il segno, che gli consente di svelare, nell’interpretazione, ciò che già possiede. Di conseguenza, le cose non esistono mai autonomamente, ma in quanto *strumenti* che l’uomo adopera nel proprio progetto e ai quali viene attribuito un senso. Ciò che si colloca nel mondo circostante (*Umwelt*) è sempre dotato di un valore preliminare rispetto alla sua determinazione

concettuale mediante giudizi categoriali, che non troverebbero alcuna comprensione senza una già svelata realtà antecedente.

Il fondamento costitutivo dell'uomo risiede in un originario convenire al mondo, che lo colloca tra le cose e gli altri. L'*essere-nel-mondo* dell'uomo si compendia nel concetto di Cura, che si esprime nell'*Aver Cura* dell'altro e nel *Prendersi Cura* dell'oggetto. L'*Aver Cura* rappresenta il fondamento costitutivo di tutti i possibili rapporti co-esistentivi; si manifesta nella sua autenticità, soltanto, nel momento in cui l'altro sia supportato nella libera realizzazione del proprio progetto.

L'Esser-ci non soltanto protende verso la costituzione di se stesso e del mondo, ma si configura, oltremodo, come Dasein *gettato sul* mondo: nella *deiezione* l'Esser-ci si trova a essere concepito come perfettamente combaciante con gli strumenti che la realtà stessa gli offre. È in tal senso, dunque, che ciascun progetto mondano è limitato nella sua natura e nella sua attuabilità.

Nel corso dell'esistenza, l'uomo incontra una serie interminabile di possibilità non costrittive, ciascuna paritaria rispetto alle altre. L'unica possibilità obbligata dell'umana esistenza è la *morte* e nella finitudine risiede l'unica garanzia di *storicità* del Dasein. L'uomo, tendenzialmente, rifugge la possibilità della morte e l'angoscia cui si accompagna, abbandonandosi all'assolutizzazione delle possibilità particolari, nel segno dell'*inautenticità* e della *pubblicità del Si (Man)*. L'Esser-ci proclama l'*autenticità* della propria esistenza trascendendo il particolare e assumendo consapevolmente la morte come possibilità fondante e primaria.

Per ciò che concerne il problema dell'intersoggettività, Heidegger ritiene che sia stato posto, sino a quel momento, in modo decentrato: non è necessario illustrare come un soggetto possa conoscere il proprio "altro", poiché esattamente come accade per le cose del mondo, anche i rapporti con gli altri sono già da sempre disponibili. Nella stessa definizione di *Dasein* è condensata quella di *Mit-Dasein*, ovvero di apertura relazionale ad altri *Dasein*, che certamente non indugiano sulla mia coscienza per costituirsi. Tale apertura relazionale, avendo carattere primordiale e costitutivo, consente di eludere la questione dell'empatia. Nel momento in cui si pone il problema di come avere una relazione con gli altri, essi sono già stati dati.

Le opere di Scheler furono molto importanti per la delineazione della prospettiva teorica elaborata da Heidegger in *Essere e tempo*. In particolare, egli sembra richiamarsi, da un lato, a una concezione della relazione con l'altro come già implicita nella struttura stessa della coscienza singola, dall'altro ad una possibilità di comprensione del vissuto altrui in virtù dell'appartenenza a un mondo comune. La vita psichica si sviluppa a partire da un "*flusso di esperienza indifferente per rispetto all'Io-Tu che in un primo tempo scorre e mantiene di fatto indivisi e commisti l'uno l'altro il proprio e l'estraneo*" (Scheler, 1923, tr.it. p. 347). Ciascuno nasce all'interno di un mondo del quale introietta, prima ancora di individualizzarsi, le norme, il vissuto di appartenenza, i significati attribuiti a comportamenti ed emozioni, considerato che "*in un primo tempo l'uomo vive più negli altri che in se stesso; più nella comunità che nel proprio individuo*" (*ibidem*, p. 348). Questo aspetto implica che la comprensione tra soggetti di quel mondo sia possibile poiché i vissuti sperimentati da ciascuno appartengono al comune mondo circostante. Per questo, "*ognuno può cogliere l'esperienza dei propri simili in modo esattamente altrettanto immediato (e mediato) come può cogliere la propria esperienza*" (*ibidem*, pag. 360). Con il procedere del processo di individuazione, si giunge dalla fusionalità primitiva ad una condizione di separatezza in cui il vissuto dell'altro viene riconosciuto come proprio ma sempre all'interno di una relazione (*Nachfühlung*).

Quindi, Heidegger riconosce l'altro come già da sempre presente nel soggetto; la relazione è più originaria del soggetto stesso, in quanto la propria sfera intima è strutturata dall'alterità. Partendo dalla constatazione che siamo *gettati* in un mondo, interrelati in una progettualità mondana che coinvolge me stesso e gli altri, la questione relativa alla trasposizione nell'altro per la sua comprensione diviene "*senza senso, anzi assurda, perché è fondamentalmente superflua*" (Heidegger, 1929-30, tr.it. p. 265). La determinazione ontologica fondamentale, secondo cui "il singolo uomo è per stesso un singolo" (*ibidem*, p. 150), perde di significato poiché in Heidegger si fa riferimento piuttosto ad un soggetto che, mentre tenta di comprendere il significato pratico di un "utilizzabile", ha già compreso anche l'altro, dal momento che gli oggetti si incontrano in un mondo in cui sono *utilizzabili* per sé e per altri.

*“Gli altri non vuol dire qui tutto il resto degli altri che avanzano oltre a me, rispetto al quale l’io si estolle: gli altri sono piuttosto quelli dai quali non ci si distingue, tra i quali anche noi siamo. (...) Sulla base di questo essere-nel-mondo avente il carattere del “con”, il mondo è via via già sempre quello che condivido con gli altri. Il mondo dell’esserci è co-mondo. L’in-essere è essere con gli altri. L’essere-in-sé intramondano di questi ultimi è con-esserci.*  
(Heidegger, 1927, tr. it. p. 174)

L’incontro con gli altri accade presso l’*ambientalità mondana* (*ibidem*, p.150). Gli altri “non si incontrano in un coglimento che preventivamente distingue il soggetto proprio (...) dai soggetti anch’essi occorrenti (...). Essi si incontrano a partire da quel mondo.” (*ibidem*, pag. 174) ed entro quel mondo in cui l’esserci si scopre essenzialmente con-essere (*ibidem* pag. 151); soltanto in questo modo la comprensione dell’altro diviene possibile: “(...) Nella comprensione d’essere dell’esserci, grazie al fatto che il suo essere è essere-con, vi è già la comprensione degli altri” (*ibidem*, p. 181). L’incontro con l’altro, quindi, rimanda da un lato ad un essere che esattamente come me ha comprensione dei rimandi pratici, dall’altro ad una comprensione del mondo che implica, per sua struttura, l’essere-con altri. L’altro si manifesta come *essere-nel-mondo*, corredato di progetti, intenzioni e vissuti, a cui posso accedere solo perché collocabili entro un mondo di rimandi comune. La mancata comprensibilità dell’altro accade nello scadimento del rapporto pratico, entro un piano di perdita condivisibilità. L’intersoggettività in Heidegger viene intesa come relazione primordiale tra esseri pratici che si collocano entro un mondo comune di cui si prendono cura e in cui possono comprendersi. Ed è proprio entro un mondo strutturato secondo una *totalità di rimandi di senso*, che posso cogliere l’altro, procedendo *lungo e attraverso* il suo agire mondano (*ibidem*, p. 119).

### **1.3 Lo sguardo, il Nulla e l’inferno. L’incontro con l’alterità in Sartre.**

L’incontro con la fenomenologia si rivelò fondamentale anche per la speculazione filosofica di Jean Paul Sartre. Egli attinse dalla teorizzazione husserliana il metodo

fenomenologico e lo interpretò in modo innovativo, dirigendo il suo sguardo verso un esistenzialismo a carattere antropologico. Fin dalle opere giovanili, Sartre radicalizza la concezione husserliana di coscienza intenzionale, adottando il metodo della riduzione fenomenologica e protendendolo fino alle sue estreme conseguenze. In tale direzione, Sartre non riconosce l'io trascendentale come identico a se stesso al variare degli atti di coscienza e sostiene, piuttosto, che si tratti di una oggettivazione operata dalla coscienza intenzionale trascendentale. Al contrario, ciò che si sottrae all'oggettivazione è la natura specifica della coscienza, la sua attività. L'io trascendentale diviene, per Sartre, il trapasso della coscienza. L'ontologia fenomenologica sartriana raggiunge il suo apice di rinnovamento nell'elaborazione tematica della libertà ne *L'Essere e il Nulla* (1943), in cui il soggetto trascendentale si carica di significati che pur non essendo direttamente presenti nella concezione husserliana della coscienza, si rivelano in piena continuità con essa, se non addirittura come suo possibile ampliamento. Sartre riconosce che la coscienza, nella riduzione, pervenga a un evidente dominio su di sé e sui propri contenuti. In questa direzione, si sviluppa una concezione della coscienza come assoluta libertà, contrapposta alla realtà materiale in quanto responsabile della propria condizione. L'ego husserliano, dinanzi a tale libertà, si costituisce già come trascendenza rispetto alla coscienza stessa. Sartre ricorre qui a una distinzione tra la realtà oggettiva, costituita da ciò che è "in sé" - essere del fenomeno, a-temporale e increato - che permane identico a se stesso senza alcuna capacità autonoma di attribuzione di senso e il soggetto trascendentale, continuamente impegnato in attività di conferimento di senso e definito come "per sé" - essere della coscienza intenzionale, continuamente in creazione - che richiama la propria condizione di origine di significato e di consapevolezza di sé. La coscienza, anonima e impersonale, si oggettiva nell'io. La creazione continua di senso - che diviene un modo altro per definire l'intenzionalità - che in essa si origina, genera angoscia nell'io il quale si trova dinanzi ad una infinitudine di genesi che tuttavia non si origina in se stesso. Dunque, il presentarsi dell'io diviene una modalità della coscienza per eludere a se stessa di non *essere* mai propriamente definita e di

riconoscere nella creazione il segno della mancanza originaria.

Sartre ritiene che affrontare la questione dell'alterità significhi interrogarsi sul proprio essere, rendere chiaro il senso di tale affermazione e non cercare alcuna prova, piuttosto esplicitare il fondamento di tale evidenza (Sartre, 1943, 2002, tr.it. p. 120)

Prima di giungere a una disamina dell'*incontro con l'altro*, Sartre riconosce il contributo nella storia della filosofia di tre grandi pensatori – Husserl, Hegel, Heidegger – alla trattazione del problema dell'alterità. Così egli afferma: “l'esame delle teorie moderne ci svela lo sforzo di cogliere in seno alla coscienza un legame fondamentale e trascendente con gli altri, che sarebbe costitutivo della coscienza nel suo sorgere” (p. 284). Tuttavia, sebbene in apparenza il postulato della negazione esterna venga tralasciato, in realtà “*se ne conserva la conseguenza essenziale: cioè l'affermazione che il mio legame fondamentale con gli altri è realizzato nella conoscenza*” (p. 284). Soltanto Heidegger, introducendo la nozione di *Mit-Dasein*, sembra avere posto un adeguato fondamento per la questione poiché l'esistenza d'altri si rivela fatto contingente e irriducibile (“gli altri si incontrano, non si costituiscono” p. 302). Allo stesso tempo però

*“È (...) vano cercare in Essere e Tempo il superamento simultaneo di ogni idealismo e di ogni realismo. E le difficoltà che incontra ancora l'idealismo quando si tratta di fondare l'esistenza di essere concreti simili a noi e che sfuggono in quanto tali alla nostra esperienza (...) sussistono ancora di fronte al tentativo di Heidegger di far uscire la realtà umana dalla sua solitudine.” (Ibidem, p. 302).*

Dunque, la struttura ontologica proposta da Heidegger rischia continuamente di cadere e ricadere in un progetto idealistico.

Per Sartre, la coscienza si affaccia sul mondo e *incontra* l'altro; in questo protendere si manifesta quella straordinaria apparizione degli oggetti del mondo di una trascendenza che non è la sua (Bausola, 1971, p. 53). Sartre pone il rapporto io-altri come tesi teologica fondamentale, in cui tale relazione viene colta e vissuta a livello ontico concreto.

L'esistenza dell'alterità è un'evidenza, che non richiede dimostrazioni o negazioni, collocata in una dimensione che travalica il piano puramente conoscitivo. L'altro si scopre già dentro di me ed è a partire da questa collocazione originaria che posso riconoscerlo come inquietante e limitante non-me. La modalità *concreta* dell'incontro con l'altro è lo sguardo, visione incarnata che perde la sua valenza contemplativa e si fa corporeità vissuta. Nello sguardo, la soggettività altrui si manifesta come mutamento della *mia* soggettività: sottoposto allo sguardo dell'altro, il mio io non può più restare identico a se stesso.

In primo luogo, l'altro si situa nel mondo come sguardo, che scruta le cose esattamente come me. Questo provoca già un'*emorragia*, poiché il mio mondo viene perforato da una prospettiva che non posso assoggettare al pari degli altri oggetti raggiunti dal mio sguardo. Tuttavia, è soltanto quando sono *io* ad essere visto che lo sguardo si manifesta effettivamente *a me*. Mi trasformo così da *soggetto* che contempla il mondo ad *oggetto* guardato. Ed è nell'esperienza dell'*essere guardato*, cui sono mio malgrado *costretto*, che avviene la mia metamorfosi in ciò che nega la mia soggettività. Lo sguardo modifica l'io, insinuandovi un *me* e trasformandolo in oggetto per un altro. Nella conversione dal per-sé all'in-sé si riducono e annullano le sue possibilità nel mondo poiché l'in-sé non trova più il suo fondamento nella coscienza stessa ma nella coscienza d'altri.

L'analisi di Sartre sembra muovere in direzione opposta rispetto a quella husserliana. In primis, lo sguardo è dato immediatamente, senza la mediazione corporea che in Husserl consente il riconoscimento della soggettività dell'altro. In secondo luogo, è proprio nella dipendenza da una soggettività estranea che io divengo consapevole di possedere un'esteriorità non governabile dal mio interno. Dunque, l'io viene conferito al proprio corpo e alla propria esteriorità nell'essere visto. Nello sguardo altrui – reale o fantasmatico - si stabilisce la disgiunzione tra me e me ed io vengo rimandato a me stesso, in una dipendenza senza fine tra la mia relazione a me stesso e la mia relazione agli altri.

Lo sguardo dell'altro mi reifica e introduce un'opacità nel mio mondo, quando scopro di non potermi percepire come l'altro mi percepisce. Lo sguardo dell'altro si

fa *caduta originaria*: l'altro mi trascende, mi trasforma in oggetto e mentre tale condizione mi si rivela, divengo consapevole di non poterla mai assumere. Il vissuto ontologico che tale condizione comporta è la vergogna. La vergogna presenta una struttura intenzionale e non può dirsi fenomeno originariamente riflessivo. Quando compio un gesto volgare lo realizzò nel modo del per-sé e, dunque, non lo sottopongo al giudizio ma lo vivo come contiguo a me stesso. Se tuttavia mi accorgo che qualcuno ha notato quel gesto immediatamente ne percepisco la volgarità e sperimento un vissuto di vergogna. La presenza dell'altro mi pone nella condizione di attribuire a me stesso un giudizio come se fossi un oggetto, perché in effetti come oggetto mi paleso ad altri.

Di fronte a tale condizione si può reagire rispondendo allo sguardo dell'altro con lo sguardo. In questo modo, potrò scorgere l'essere oggettivo dell'altro soggetto. In questo avvicinarsi di sguardi si intessono tutte le relazioni umane, in una condizione di totale antagonismo in cui l'altro mi nega e al tempo stesso può esistere solo come negato. La comprensione dell'altro per definizione non può essere data ed io questo altro restiamo indissolubilmente separati dal nulla che ci pervade. Si genera pertanto una *negazione* interna reciproca, un tendere verso la propria riparazione che richiede un disfacimento dell'altro:

*“Una relazione tra due esseri, tale che quello che ho negato dell'altro, qualifica l'altro, con la sua assenza stessa, nell'intimità della sua essenza. La negazione allora diventa un legame d'essere essenziale perché almeno uno dei due esseri cui essa si riferisce, è tale che indica l'altro, che porta l'altro nel suo nocciolo come assenza”* (Sartre, 1943, tr.it. p. 230).

Dunque, l'altro riguarda il mio essere non in quanto contributivo della sua costituzione ma in quanto legato alle circostanze ontiche della fatticità ed appare al cogito come ciò che io non sono. La sua essenza è la negazione perché l'altro è l'io che non è me (*ibidem*, p. 296).

La relazione con l'altro è al tempo stesso imprescindibile e infernale. L'essere “con” l'altro (*Mitsein*) è preceduto in Sartre dall'essere “per” l'altro, che non ha tuttavia un significato donativo bensì la valenza della conflittualità. Afferma così Sartre che



*l'inferno sono gli altri*: lo sguardo dell'altro mi reifica, mi obbliga a cogliermi come oggetto senza che io possa effettivamente riconoscere questo oggetto. La mia unica modalità di difesa di fronte a tale sguardo è il rimando del *mio* sguardo, che produce una spirale interminabile di rapporti fondati sull'inganno, sulla tensione, sul conflitto insanabile in cui la posta in gioco è la libertà di ognuno a scapito di quella altrui. Il corpo, che in Husserl rappresentava la condizione di incontro con l'altro, diviene in Sartre il fondamento della conflittualità. Si aggiunge al corpo che esisto (*Leib*) e al corpo per altri (*Körper*), una modalità solo scarsamente esplorata da Husserl di abitare il corpo: quella dell'*esistere* il mio corpo *in quanto* corpo conosciuto da altri.

#### **1.4 Merleau-Ponty: l'io e l'altro tra visibile e invisibile**

A partire dalle considerazioni husserliane, Merleau-Ponty (da questo momento indicato come MP) propone un superamento del tradizionale dualismo io-altro in merito alla questione dell'alterità: io e altro non sono più soggettività in opposizione ma partecipano della medesima "carne" in una atmosfera di dialogo e di relazione.

La posizione di MP sembra opporsi integralmente alla teorizzazione sartriana. In realtà, ne riprende alcune questioni cruciali, integrandole entro una visione fenomenologica fondata sulla soggettività corporea: la soggettività trascendentale, in MP, è una soggettività rivelata a se stessa e all'altro e, dunque, un'intersoggettività (1945).

Il riconoscimento di un altro Ego, conduce secondo MP ad una considerevole aporia: "*l'esistenza dell'altro è una difficoltà e uno scandalo per il pensiero oggettivo*" (Merleau-Ponty, 1945, tr.it. p. 453). Il pensiero oggettivo non consente di apporre tra l'in-sé dell'oggetto e il per-sé della coscienza uno spazio entro cui un altro io possa emergere. D'altro canto, la stessa presenza degli oggetti rinvia ad altre soggettività, che li hanno realizzati e adoperati, testimoniando l'altro nella costituzione di un mondo culturale (*ibidem*, p. 452). Come diventa possibile tradurre tale testimonianza nella percezione dell'alterità e ammettere l'esistenza di una pluralità di coscienze tra

l'in-sé e il per-sé? Revocando in dubbio il pensiero oggettivo e introducendo la via della percezione corporea, afferma MP (*ibidem*, p. 452).

MP riconosce il mondo come orizzonte di senso nel quale siamo originariamente collocati, come situazione primordiale, nella quale ogni soggetto viene a trovarsi prima ancora di averne consapevolezza. La mia soggettività e la mia trascendenza verso l'altro sono possibili soltanto nel *mio essere dato a me stesso*, ovvero nel mio essere già situato in un mondo fisico e sociale (*ibidem*). In tal senso, se “*la coscienza è l'inerire alla cosa tramite il corpo*” (*ibidem*, p. 194), allora il corpo diviene la nozione centrale a partire dalla quale rileggere la nozione di soggettività. Il radicamento della coscienza nel corpo rappresenta la modalità originaria dell'apertura vicendevole tra mondo e soggetto. Il soggetto abita il mondo attraverso il corpo, secondo una *implicazione reale* in cui il mio corpo *si muove* verso il mondo, mentre il mondo *si fa appoggio* per il mio corpo (*ibidem*). La duplicità di tale relazione— in cui il soggetto è corporeo e il corpo soggettivo — rappresenta il fondamento strutturale per la comprensione della relazione tra le alterità. Così afferma MP: “*il cogito deve scoprirmi in situazione e solo a questa condizione la soggettività trascendentale potrà, come dice Husserl, essere un'intersoggettività*” (*ibidem*, p. 21). La percezione, intesa come *nostra inerenza* alle cose e al mondo (*ibidem*, p. 455), consente di incontrare il corpo dell'altro nel costituirsi dell'esperienza dell'estraneo:

*“Ma il problema è appunto questo: come la parola Io può essere messa al plurale, come si può formare un'idea generale dell'Io, come posso parlare di un altro Io che non sia il mio, come posso sapere che ci sono altri Io, come la coscienza che, per principio e in quanto autoconoscenza, è nel modo dell'Io, può essere colta nel modo del Tu e quindi nel mondo del «Si»? Il corpo altrui, come portatore di un comportamento, è il primo degli oggetti culturali e quello in virtù del quale essi esistono tutti”* (*ibidem*, pag. 453)

Ciò che mi è dato dell'altro è il suo corpo, la cui somiglianza con il mio ego consente di dedurre la presenza. L'altro non lo *si costituisce*, ma *appare* immediatamente nel suo essere corpo in situazione. L'incontro con questo corpo non avviene ad un livello riflessivo. Distanziandosi dalla posizione husserliana, MP rifiuta il *ragionamento per analogia* e sostiene piuttosto che l'esperienza della vita psichica dell'altro sia

immediata e che l'appaiamento intersoggettivo sia già tutto insito nella struttura pre-riflessiva del corpo (Merleau-Ponty, 1945.). L'evidenza dell'altro è resa possibile dalla mancata trasparenza che io ho per me stesso e dalla mia soggettività corporea (*ibidem*). L'altro non può essere racchiuso entro la mia visione del mondo poiché tale visione non ha confini marcati e si mescola spontaneamente con quella dell'altro poiché entrambe poste un unico mondo al quale tutti prendono parte come *soggetti anonimi della percezione (ibidem)*

L'esperienza dell'altro come altro io avviene principalmente attraverso il dialogo, in cui l'io e l'altro sono trasportati in un moto di pensieri che non appartengono né all'uno né all'altro ma ad entrambi (*ibidem*, p. 137):

*“La parola dell'altro non solo risveglia in me dei pensieri già formati ma mi trascina in un movimento di pensiero di cui non sarei mai stato capace da solo. (...) Non vivo solo il mio proprio pensiero ma nell'esercizio della parola io divengo colui che ascolto.” (ibidem, p. 125)*

Merleau-Ponty (1942) riconosce nel comportamento un modo di manifestazione dell'altro, che travalica in qualche modo l'opposizione sartriana tra l'in sé degli oggetti e il per sé della coscienza. Ne *La fenomenologia della percezione* afferma tuttavia, che sebbene che il comportamento mi consenta di stabilire una relazione con l'altro, esso non *sia* l'altro:

*“Io percepisco l'altro come comportamento, per esempio percepisco il cordoglio o la collera dell'altro nella sua condotta, sul suo volto e sulle sue mani, senza riferimento a una esperienza «interna» della sofferenza o della collera: infatti, cordoglio e collera sono variazioni dell'essere al mondo, indivise fra il corpo e la coscienza, che si pongono tanto sulla condotta dell'altro, visibile nel suo corpo fenomenico, quanto sulla mia propria condotta quale mi si offre. Ma, in definitiva, il comportamento dell'altro e anche le sue stesse parole non sono l'altro. Il suo cordoglio e la sua collera non hanno mai esattamente lo stesso senso per lui e per me. Per lui sono situazioni vissute, per me situazioni appresentate” (Merleau-Ponty, 1945, p. 462)*

Ne *Il visibile e l'invisibile* (1964) riprende tali concetti e introduce la nozione di *Chair* (carne) come fondamento dell'intersoggettività. Con tale termine, MP vuole indicare non soltanto ciò da cui le cose prendono la loro origine, ma anche l'originario stesso: "L'Essere che non è più davanti a me, ma mi circonda e mi attraversa" (*ibidem*, tr.it. p. 133). La carne è ciò che percorre i corpi, ponendoli sempre in relazione tra loro, in una situazione di inter-corporeità: "Non c'è problema dell'alter ego perché non sono io a vedere, non è lui a vedere, perché ci abita entrambi una visibilità anonima in generale in virtù della proprietà primordiale della carne di irradiarsi ovunque pur essendo qui e ora, di essere dimensione e universalità pur essendo individuo" (*ibidem*, p. 158). L'interconnessione corporea non avviene accidentalmente, ma al contrario è proprio ciò di cui i soggetti corporei sono fatti e la struttura di tale rapporto risiede nell'essermi dato come non mio. L'estensione del concetto di corporeità ad un ambito ontologico, oltre che umano, ha consentito a MP di risignificare i concetti di visibilità e invisibilità in seno alla concezione dell'Essere. L'Essere carnale è visibile, ma la sua visibilità cela in sé la propria invisibilità. La sua struttura non appare in trasparenza, ma presenta un'opacità, un'eccedenza che accoglie i molteplici significati possibili di una stessa esperienza, unici e differenti per ciascun individuo. "L'invisibile non è il contrario del visibile; il visibile ha esso stesso una membratura di invisibile, e l'in-visibile è la contropartita segreta del visibile, non appare che in esso" (*ibidem*, p. 230). Il riconoscimento dell'alterità è possibile in quanto *ego* e *alter ego* sono momenti di un'unica visibilità, in cui l'uno rappresenta l'aspetto invisibile dell'altro. L'invisibilità rappresenta non solo la parte nascosta del visibile ma oltremodo anche l'irriducibilità della relazione io-altro ad una dimensione puramente conoscitiva. Esiste un *chiasma* tra *ego* e *alter ego* che caratterizza in modo univoco la relazione all'altro: "Il *chiasma* non è solamente scambio me l'altro (i messaggi che egli riceve giungono a me, i messaggi che io ricevo giungono a lui) è anche scambio fra me e il mondo, fra il corpo fenomenico e il corpo "oggettivo", fra il percipiente e il percepito: ciò che comincia come cosa finisce come coscienza di cosa, ciò che comincia come "stato di coscienza" finisce come cosa." (*ibidem*, tr.it. p. 524, versione digitale).

Riprendendo la questione husserliana relativa alla reversibilità di sguardo e tatto, MP afferma che sebbene la reversibilità della vista non sia analoga a quella del tatto,

essa presenti una sua peculiare forma di conversione. La reversibilità della vista, infatti, mostra un effetto di rovesciamento, nel quale io vedo l'altro e mentre lo vedo, vedo anche me stesso visto da lui. Lo sguardo può cogliersi attraverso lo sguardo dell'altro ma in modo ribaltato.

*“Non appena vediamo altri vedenti, noi non abbiamo più solamente davanti a noi lo sguardo senza pupilla, il cristallo trasparente delle cose, quel debole riflesso, quel fantasma di noi stessi che le cose evocano designando un posto fra di esse dal quale noi le vediamo: ormai, grazie ad altri occhi, siamo pienamente visibili a noi stessi”* (ibidem, tr.it. p. 356 versione digitale).

La visione soggettiva è cioè possibile proprio in virtù di quella preventiva e originaria visibilità, che ci colloca già da sempre in un mondo di sguardi ed esposizioni. Differentemente dalla visione sartriana, lo sguardo dell'altro mi trasforma in oggetto e il mio sguardo lo trasforma in oggetto soltanto

*“Se ci ritiriamo entrambi in fondo alla nostra natura pensante, se ci facciamo entrambi sguardo inumano, se ciascuno sente le proprie azioni non riprese e comprese, ma osservate come quelle di un insetto. È ciò che accade, per esempio, quando subisco lo sguardo di uno sconosciuto. Ma, anche allora, l'oggettivazione di ciascuno effettuata dallo sguardo dell'altro è sentita come penosa solo perché prende il posto di una comunicazione possibile. (...) Il rifiuto di comunicare è ancora un modo di comunicazione. La libertà proteiforme, la natura pensante, il fondo inalienabile, l'esistenza non qualificata, che in me e nell'altro stabilisce i limiti di ogni simpatia, sospende la comunicazione, ma non la distrugge.”* (ibidem, tr. it. 807, versione digitale)

La conflittualità, dunque, non può caratterizzare in modo univoco la relazione all'altro, ma si determina quale momento di articolazione dell'Essere. Io e altro appaiono nel mondo e sono relati tra loro entro e attraverso una Chair intersoggettiva, in un intreccio percettivo tra corpi collocati in una medesima e originaria indistinzione.

## 1.5 Buber: Io e Tu

Con la pubblicazione di *Io e Tu* nel 1923, Martin Buber presenta alla riflessione contemporanea un contributo imprescindibile sul tema dell'alterità. Tale opera rappresenta la svolta dialogica del suo discorso, in cui l'abbandono all'incontro con il Tu diviene principio della relazione fondativa dell'essere. Theunissen (1965) differenzia il contributo di Buber da quello di altri filosofi contemporanei:

*“In Sartre, la riflessione sull'essere-con-gli-altri presuppone la descrizione del per-sé e dell'in-sé. Husserl è interessato all'intersoggettività semplicemente collegandosi alla questione che riguarda la soggettività ed il mondo in essa costituito. In Essere e Tempo, la problematica dell'essere-con-gli-altri è a margine dell'analitica del Dasein, che è semplicemente la preparazione del cammino per un'autentica chiarificazione del significato dell'essere. Per Buber, al contrario, il problema della 'vita dialogica' è il problema puro e semplice, e non solo nella misura in cui la sua intera produzione filosofica della maturità è dedicata, direttamente o indirettamente, al Tu, ma anche e prima di tutto perché nell'ontologia progettata da Buber non c'è problema che possa aver precedenza sulla vita dialogica, o possa superarla nel suo scopo. L'esplicitazione della vita dialogica è la base su cui fondare l'ontologia” (p. 257).*

Buber (1923) avvia il suo discorso, innanzitutto, riconoscendo due modi dell'umano di rapportarsi al mondo, l'uno a carattere dialogico definito Io-Tu e l'altro di tipo monologico definito Io-Esso. A partire da tale premessa, egli riconosce due differenti modalità di avvicinare il mondo, due *Haltung* (atteggiamenti), intendendo per atteggiamento proprio un *porsi-verso* sotteso da una *intenzionalità*.

*“Il mondo ha per l'uomo due volti, secondo il suo duplice atteggiamento” (ibidem, pag. 59).*

Dunque, il mondo modifica il suo *volto* in relazione al tipo di accostamento che gli si rivolge; accostamento che si dispiega entro quella duplicità di movimento emergente tra il *distanziamento* e l'*entrata in relazione* (1923bis), tra l'oggettività il vissuto.

Così un albero, afferma Buber, può apparirmi immagine, movimento, specie o

essere vivente a seconda che lo avvicini come un *esso* o al contrario lo collochi entro una relazione e una reciprocità in cui “*si fa corpo vivo davanti a me*” (1923, tr.it, p. 62-3). Allo stesso modo, l’altro può farsi oggetto o assumere la pregnanza del *tu* che “*riempie la volta del cielo*” (*ibidem*, p. 65).

Le *attività*, conseguenti agli *atteggiamenti*, contribuiscono a costituire il mondo, i comportamenti e la praticità dell’agire. Anche in questo caso, Buber ricorre ad una duplicità per distinguere tra le attività che *hanno qualcosa per oggetto*, da quelle *senza oggetto*. Nel primo caso, il soggetto fa *esperienza* delle cose e di ciò che ad esse concerne, intenzionando l’oggetto a fini conoscitivi o di utilizzabilità. Nel secondo caso, l’intenzionalità del soggetto viene in qualche modo sopravanzata da una reciprocità e da un’eccedenza, in cui il *tu* si fa presenza irriducibile.

Nei modi dell’esperienza oggettivante, il mondo si riduce ad un *esso* coincidente con la sua rappresentazione; le variegate cose che lo compongono possono essere ordinate e separate, descritte e scomposte. Se si guarda a tale mondo nel suo accadere, il soggetto può cogliervi “*processi in quanto tali e azioni come processi, cose costituite di qualità, processi costituiti di momenti, cose inserite nella trama spaziale e processi in quella temporale, cose e processi limitati da altre cose e altri processi, fra loro commensurabili e confrontabili?*” (*ibidem*, p. 81). Il mondo appare come medesimo *esso*, che permane e resta a disposizione per l’utilizzo, irrigidito entro una con-causalità già tutta prevista e supponibile. L’esperienza oggettiva costituisce il mondo a partire dal soggetto. L’uomo soggioga il mondo, lo detiene tra le sue mani e ne dispone secondo il suo fine, in una presa totale e pretenziosa. Ma questa oggettivazione, questo ridurre il mondo a oggetto *compreso* e *posseduto* rende il mondo stesso distante ed estraneo. Un mondo che conserva il carattere di “*oggetto di un’esperienza comune*”, ma solo “*di una percezione e di un’esperienza sciolte da ogni legame*” (*ibidem*, p. 64). L’esperienza è la *mancanza del tu*.

La scienza, con i suoi linguaggi, ha tralasciato ogni questione dialogica, dirigendosi verso una rappresentazione del mondo teoricamente comprensibile e tecnicamente impiegabile, che tuttavia si è fatta silente. Silente perché ha smesso di contrastare l’auto-appropriazione del soggetto, che cerca riparo nel possesso “quando si trova

dinanzi all'incerto, evanescente, instabile, invisibile, pericoloso mondo della relazione" (*ibidem*, p. 114).

L'oggettivazione può riguardare anche l'umano e le sue relazioni. Anche il tu soccombe e diviene *oggetto tra gli oggetti*, assoggettato in una visione che riconduce alla funzionalità e alla produttività il senso ultimo del mondo. Questa, sostiene Buber, è la "*sublime malinconia della nostra sorte*" (*ibidem*, p. 71). In un mondo "*ridotto a scopi e mezzi*" (p. 102), uomini alienati si muovono verso una fatale deumanizzazione: "*L'uomo che vive nell'arbitrio non crede e non incontra. Non conosce la solidarietà, conosce soltanto il mondo febbrile là fuori e il suo febbrile desiderio di utilizzarlo*" (*ibidem*, p. 101).

Al contrario, il movimento fondamentale della vita dialogica risiede nell'atto quotidiano ed elementare del *rivolgersi*. Quando guardo qualcuno o gli rivolgo la parola, "*io e tu sono di fronte all'altro vicendevolmente liberi, in una reciprocità che non è coinvolta in alcuna causalità*" (*ibidem*, p. 95) e che consente lo stabilirsi di un'autentica comunicazione. Questo altro, quando invade il mio sguardo, pretende la propria differenza nell'indifferenziato delle cose del mondo. Il *rivolgersi* si colloca agli antipodi dell'utilizzo e del profitto e propone, piuttosto, il riconoscimento dell'alterità dell'altro, nella continua interrogazione della sua presenza. La relazione Io-Tu non soltanto non trasforma l'altro in oggetto, ma oltremodo non lo riduce allo stesso io. Nella *reciprocità* della relazione combatto ogni forma di violenza, poiché accolgo l'altro nel suo farsi presente, senza avere la pretesa di conoscerlo o di pensarlo. L'io, interpellato dall'altro, sceglie liberamente di rispondere alla sua chiamata, assumendosi la *responsabilità* di questo incontro.

Buber sostiene che gli uomini siano inseriti sin dall'inizio all'interno di una relazione: "*all'inizio è la relazione*" (*ibidem*, p. 72) e mentre ogni vita reale si fa incontro, «divento io nel tu» e, «diventando io, dico tu» (*ibidem*, p. 66).



## 1.6 Levinas e Derrida: dal Volto all'ospitalità

Levinas si propone di offrire una descrizione dell'incontro con un Altro che si rivela come assolutamente trascendente, al di là di ogni relazione soggetto/oggetto. Egli opera una revisione della fenomenologia husserliana, di cui riafferma però alcune istanze fondamentali e propone da un lato una *metafisica* della relazione sociale – in cui l'essere coincide con la socialità stessa - e dall'altro una *ontologia* della separazione – in cui l'essere, nella scissione, si colloca al di fuori di sé. Tali polarità complementari suggeriscono che da una parte la socialità costituisca gli individui, dall'altro che la relazione sia il fondamento e la forma stessa della singolarità.

Levinas considera, dunque, la relazione con l'altro come costitutiva del soggetto. Il soggetto si colloca nella relazione tra il Medesimo e l'Altro; relazione della quale, tuttavia, egli non può fare esperienza, non può appropriarsi. Dunque, la relazione determina il soggetto, lo costituisce intimamente ma non gli appartiene, restandogli estranea.

Nella dualità Altro-Medesimo, il Medesimo rappresenta il fulcro identitario, ciò che l'identità assume come suo contenuto (1961, tr.it. p. 34), ciò

*“Il cui esistere consiste nell'identificarsi, nel ritrovare la propria identità attraverso tutto quello che gli succede. E' l'identità per eccellenza, l'opera originaria dell'identificazione”*  
(1961, tr.it. p. 34).

Esso abita il mondo e in questa dimensione dell'abitare sussistono, da un lato la sua consistenza, dall'altra il suo potere.

L'Altro indica, invece, il fulcro non identitario, ciò che non è altro rispetto a me ma è altro in se stesso:

*“il rapporto tra l'io e l'altro comincia nell'ineguaglianza dei termini [...] in cui l'alterità non determina l'altro formalmente come l'alterità di B, distinta dall'alterità di A. L'alterità dell'Altro, qui, non dipende dalla sua identità, ma la costituisce». (ibidem, p. 36)*

L'Altro, a cui Levinas si riferisce, non è un alter-ego generico e indifferenziato ma un altro uomo, latore di una propria trascendenza, che non si manifesta come soggetto in termini di *sguardo* o di *presenza* (1961), pena la riconducibilità della sua esperienza alla coscienza dell'io o al suo esserci.

L'altro si scopre attraverso il Volto. Il termine Volto non si riferisce soltanto a una parte del corpo umano o a dei tratti somatici. Il volto non si vede – non a caso Levinas utilizza talvolta il termine *dévisage* che in francese indica tanto “il guardare qualcuno”, quanto il “rimuovere il volto”. L'esperienza dell'Altro come Volto si muove tra la percezione visiva e la dimensione del linguaggio e del significato. In questo movimento si produce una sproporzione, entro cui il Volto disfa ed eccede la forma in cui si dona. “*Il Volto è presente nel suo rifiuto di essere contenuto*” (1961, tr.it p. 199). La forma rappresenta un'indicazione generata dall'io che racchiude l'altro entro l'estraneità e l'irriducibilità che gli sono proprie. Questa è *l'unica modalità possibile di presentazione del volto*: qualcosa di assolutamente esteriore a me.

L'altro appare dunque attraverso la *rivelazione*, che si impone come un'esteriorità inappropriabile e impensabile per l'io ma, al tempo stesso, che lo destabilizza intimamente. L'altro può considerarsi tale soltanto se sovverte il proprio.

Il discorso rappresenta la modalità attraverso la quale la relazione con l'Altro come Volto può stabilirsi. Esso è discorso: “*Vedere il Volto è parlare del mondo. La trascendenza non è un'ottica ma il primo gesto etico*” (ibidem, tr. it. p.177).

Levinas (1961) riconosce il primato filosofico dell'infinito, generato all'interno della relazione tra Medesimo e Altro:

*“L'idea dell'infinito è il modo d'essere - l'infinitizzazione dell'infinito. [...] La sua infinitizzazione si produce come rivelazione, come immiuzzazione della sua idea. Essa si produce con il fatto inverosimile nel quale un essere separato fissato nella sua identità, il Medesimo, l'Io contiene nonostante tutto in sé – ciò che non può né contenere né ricevere in virtù della sua sola identità.”* (ibidem, p. 24)

L'espressione immiuzzazione traduce il francese “*mise en moi*” che significa letteralmente messa-in me. Più che indicare un processo di internalizzazione, esso

mostra un accoglimento da parte dell'io di qualcosa di *straniero* mediante una *rivelazione*. Pertanto, Levinas presenta la soggettività come ciò che accoglie l'Altro in una dimensione di *ospitalità* (*ibidem*, p. 25). L'Altro “*viene a turbare la mia casa [...] Su di lui non posso potere. Sfugge alla mia presa per un fatto essenziale, anche se dispongo di lui. Non è interamente nel mio luogo*” (*ibidem*, pag. 37). La *rivelazione* dell'altro non può essere taciuta o ignorata, essa sovverte il mio spazio, lo disturba e si dichiara intangibile nella sua libertà, nella sua mancata *situatità* in quanto *ospite*. Tale discorso sulla relazione e sull'altro introduce al concetto di *separazione*.

Se il soggetto si costituisce nella relazione, allora l'alterità è già da sempre presente e l'accoglienza è un'entità fattuale. Affinché l'accoglienza possa attuarsi, è necessario che sussista una *separazione* invalicabile e irriducibile tra me e l'altro, una sorta di vuoto incolmabile, che rappresenta proprio la condizione inevitabile per accedere all'alterità. Senza la separazione, non potrei accogliere null'altro che me stesso. Nella mancata fusionalità, l'identità del soggetto è questionata poiché, nell'imperativo della forma relazionale, io non posso scoprirmi nell'Altro e in virtù di questo Altro io non posso riscoprirmi che in me stesso.

Se è vero che l'altro può apparire soltanto da me, ciò deve essere inteso come la necessità di una attività più passiva di ogni passività, un essere *ostaggio* dell'altro, che non può altrimenti essere inteso che come *etica*. Levinas dichiara di non voler elaborare un sistema di etica bensì di mostrare il significato di un'etica possibile in senso fenomenologico, descrivendone le circostanze, le relative connessioni positive e come la reale messa in atto di quanto sostenuto a livello teorico.

L'assolutamente Altro – gli Altri – non limita la libertà del Medesimo, ma al contrario “*chiamandola alla responsabilità, la instaura e la giustifica*” (*ibidem*, p. 202). Ed è proprio “*questa messa in questione della mia spontaneità da parte della presenza di Altri che si chiama etica*” (*ibidem*, p. 100). L'Altro non si fa portatore di una libertà che si oppone alla mia, ma innesca la mia autonomia. In un certo senso, la posizione di Levinas si oppone a quella sartriana: “*L'incontro d'Altri in Sartre minaccia la mia libertà ed equivale alla sconfitta della mia libertà sottoposta allo sguardo di un'altra libertà*” (*ibidem*, p. 311). Al

contrario, la libertà coincide con la responsabilità e per potersi manifestare necessita di una perdita. Il Medesimo, per potersi ritrovare libero, deve smarrire *il potere in quanto possesso* e ciò può accadere solo nell'accoglienza del Volto. Il Volto in quanto discorso non è afferrabile e possedibile; nel suo eccedere la forma esso si fa comandamento: non uccidere. Tale comandamento rappresenta per Levinas "l'espressione originaria, (...) la prima parola" (*ibidem*, p. 204). Non uccidere non significa soltanto "non fare del male all'altro", ma indica l'inviolabilità del volto a fronte di qualsiasi intendimento assoluto dell'apparire. L'altro è sempre dotato di una corporeità ma *non coincide con* questa corporeità – viso, colore della pelle, gruppo di appartenenza. Egli sfugge al suo stesso imprescindibile radicamento nel corpo e si costituisce in quanto comandamento, si sottrae a qualunque manipolazione. E in questo senso l'altro mi parla e si fa infinito. L'accoglienza dell'altro può compiersi nell'accoglienza della parola ed entro la parola. L'altro può apparirmi soltanto nella rinuncia di ogni reciprocità. A differenza di quanto sostenuto da Husserl, l'altro non è uno come me ma infinitamente altro da me. In questo senso Derrida, richiamandosi a tale concetto afferma che il rapporto con l'altro è "*rispetto non violento del segreto*" (Derrida, 1964, tr. it. p. 140).

In un certo senso, Levinas riconosce come la struttura originaria della socialità non debba essere rintracciata nel *conflitto*, bensì nella *responsabilità*. Inoltre, ha tentato di mostrare come l'altro con cui entriamo in relazione sia unico e irripetibile; tuttavia, questo non implica che l'etica e la giuridica debbano essere abbandonate. Così conclude Levinas a proposito della relazione tra altro e desiderio:

*“Al di là della fame e della sete che può essere placata e dei sensi che possono essere calmati, esiste l'Altro, assolutamente altro che desideriamo aldilà di queste soddisfazioni, senza che il corpo conosca alcun gesto per placare il desiderio, senza che sia possibile inventare una nuova carezza. Desiderio inappagabile non perché derivi da una fame infinita ma perché*

*non chiede alcun nutrimento. Desiderio privo di soddisfazione che perciò stesso prende atto dell'alterità d'Altri.*" (Levinas, 1982, p. 200)

Levinas prova a chiarire il rapporto tra *accoglienza* e *ospitalità*: l'ospitalità precede l'accoglienza e le forme che essa può assumere. Così Derrida, influenzato dal suo pensiero, afferma:

*"Posso avere rapporto con me stesso, con il mio 'presso di me', se non nella misura in cui l'eruzione dell'altro ha preceduto la mia propria ipseità (...). Questa ospitalità è tutto tranne che facile e serena. Io sono in preda dell'altro, ostaggio dell'altro e si deve fondare su questa struttura dell'ostaggio."* (Derrida, 2004, pp. 80-81).

Dunque, l'ospitalità mostra un'irriducibilità incondizionata che mi rende ostaggio dell'altro, mentre l'accoglienza è limitata da una pluralità di condizioni storiche, giuridiche, politiche. L'altro diviene

*"Colui o colei davanti al quale sono vulnerabile e di cui non posso nemmeno denegare l'alterità. Non posso accedere all'alterità dell'altro, che resta sempre dall'altro lato, ma neppure posso denegare la sua alterità. Non posso dire che apre le porte, che invito l'altro: l'altro è già là."* (Derrida, 2004bis, p. 28)

L'ospitalità non necessita di un chiamata, è un *ricevimento*. Soltanto riconoscendo l'alterità dell'altro, l'ospitalità diviene possibile in tutte le sue forme, anche quelle paradossali della xenofobia e del razzismo che richiedono, loro malgrado, un'apertura all'altro.

*"Accogliere (...) seppur nell'apprensione, nell'angoscia e nel desiderio di escludere lo*

*straniero, di invitarlo senza accettarlo, ospitalità domestica che accoglie lo straniero senza accoglierlo, uno straniero che però si trova dentro, più intimo a sé di se stesso, prossimità assoluta di uno straniero la cui potenza è singolare e anonima (...) an-identità che occupa visibilmente e senza far nulla dei luoghi che alla fine non sono né nostri, né suoi.” (Derrida, 1993, p. 216)*

L'ospitalità non può semplicemente dirsi *sezione* dell'etica o sua modalità espressiva ma coincide con l'etica stessa: accogliere l'altro e farsi abitare dalla sua presenza rappresenta l'imprescindibile condizione per poter ripensare la questione dell'alterità e, al tempo stesso, il fondamento della decostruzione che questo altro comporta quando irrompe nel mio spazio e nel mio tempo.

Nelle lezioni "Questione dello straniero: venuto da fuori" del 10 gennaio 1996 (pp. 39-81; 11-69) e "Passo d'ospitalità" e del 17 gennaio 1996, (pp. 83-132; 71-137), Derrida si interroga sulla presenza dell'altro e su come sia possibile, a partire dalla sua venuta, ripensare l'etica. Il paradosso dell'ospitalità nei riguardi dello straniero si colloca nella oscillazione continua tra giustizia e diritto, sulla base dei quali questo altro, in veste di ospite, potrà dirsi regolare o clandestino:

*"La legge dell'ospitalità, la legge formale sottesa al concetto generale di ospitalità, appare come una legge paradossale, snaturabile o snaturante. Sembra suggerire che l'ospitalità assoluta rompe con la legge dell'ospitalità come diritto o dovere, con il 'patto' d'ospitalità. In altre parole, l'ospitalità assoluta esige che io apra la mia dimora e che la offra non soltanto allo straniero (provisto di un cognome, di uno statuto sociale di straniero eccetera), ma all'altro assoluto, sconosciuto, anonimo, e che gli dia luogo, che lo lasci venire, che lo lasci arrivare e aver luogo nel luogo che gli offro, senza chiedergli né reciprocità (l'entrata in un patto) e neppure il suo nome. La legge dell'ospitalità assoluta impone di rompere con l'ospitalità di diritto, con la legge o la giustizia come diritto. L'ospitalità giusta rompe con l'ospitalità di diritto; non che la condanni o vi si opponga, può anzi metterla e tenerla in un moto incessante di progresso; ma è tanto stranamente diversa dall'altra, quanto la giustizia è diversa dal diritto al quale tuttavia è così vicina, e in verità inscindibile." (p. 52-53)*

Si genera, dunque, un dilemma senza posa tra una ospitalità incondizionata che supera ogni diritto e politica ed una ospitalità condizionata da interessi e regolamentazioni, in cui ogni l'una può continuamente inquinare l'altro in una irriducibile possibilità di snaturamento (p. 119): *“l'etica in realtà si trova a metà tra le due, a seconda che si occupi di regolamentare il rispetto e il dono assoluti, oppure lo scambio, la proporzione, la norma eccetera.”*

Il problema presentato da Derrida riveste una importanza cruciale se dislocato dal piano della disputa filosofica a quello dell'attuale sfida politica rappresentata dall'immigrazione:

*“Tra una legge incondizionata o un desiderio assoluto di ospitalità da una parte e, dall'altra, un diritto, una politica, un'etica condizionati, c'è distinzione, eterogeneità radicale, ma anche indissolubilità. L'una richiama, implica o prescrive l'altra. Dando per buona l'ospitalità incondizionata, come dar luogo a un diritto, a un diritto determinato, limitato e delimitabile, in una parola calcolabile? Come dar luogo a una politica e un'etica concrete, che comportino una storia, delle evoluzioni, delle rivoluzioni effettive, dei progressi, insomma una perfettibilità?”* (p. 127)

Le concettualizzazioni sinora proposte rivelano l'ineluttabilità di questo altro, mai riconducibile entro dimensioni definitive e confini stabili. Allo stesso modo, la questione dell'altro non può dirsi mai completamente riconducibile entro una teoria, un pensiero, una epistemologia. Richiede piuttosto un *errare* tra luoghi e non-luoghi, tra linguaggi e silenzi, tra assenze e presenze, in una ambiguità e una interrogazione senza sosta.





## CAPITOLO 2

### ALTERITA' MIGRANTI NELLA RELAZIONE DI CURA

#### 2.1 La questione dell'altro: dall'alterità mentale all'alterità culturale

Le esperienze migratorie impongono di *incontrare Altri, culturalmente-altri*, richiedendo un ripensamento radicale, sia sul piano epistemologico che su quello della pratica clinica, delle modalità consuete e abituali di concepire e curare la malattia. Immediatamente, dunque, sorgono una serie di questioni fondamentali, esplicitate, in modo chiaro, nelle parole di Morrone (1995, p. 27):

*Come può un medico trattare adeguatamente una persona di cui ignora il contesto sociale e culturale d'origine basandosi solo sulla propria percezione dello stato di salute, del significato di malattia e di sofferenza, di attitudini verso le pratiche mediche (espressione sintomatologica)? Come può un medico orientare la propria diagnosi senza conoscere la patologia prevalente e i fattori di rischio presenti nel paese di provenienza del paziente, il suo percorso migratorio e le condizioni sociali di permanenza nel paese ospitante (espressione nosologica)?*

La questione si fa più complessa e articolata quando l'incontro con la persona migrante non avviene per diagnosticare o guarire una patologia di tipo organico (Armezzani, 2008), quanto piuttosto per curare la sofferenza psichica ed esistenziale. In questo caso, ci si confronta non più soltanto con l'*alienità* dell'Alter in senso psicopatologico (Callieri, 1961) ma anche con la sua presunta *alterità culturale*.

Se pensiamo ai disordini psichici come a manifestazioni delle crisi non risolte dell'esserci-nel-mondo delle persone, delle relazioni che intrattengono con l'ambiente umano, materiale e immateriale, visibile e invisibile (Coppo, 2003), il trattenersi incerto e prudente nel mondo dei significati si fa prassi inevitabile. Significati che si sfiorano ai margini dell'incontro tra il mondo del terapeuta e quello

del paziente, generando talvolta mescolanze, talvolta conflitti insanabili. In questa ibridazione di sensi, continuamente interrogati dalle esperienze dell'Altro, diventiamo consapevoli di quanto sia impossibile ricondurre nell'alveo di una teoresi universale del *patologico* o del *culturale*, le ragioni del suo malessere e della sua sofferenza.

La presenza degli immigrati “*nei dispositivi di cura può informarci su noi stessi e sui nostri modi di curare*” (Nathan, 2003, p. 92). Come afferma Sayad (1996), l'immigrazione rappresenta “*un'occasione privilegiata [...] per rendere palese ciò che è latente nella costituzione e nel funzionamento di un ordine sociale*”; assume la funzione di specchio, che riflette “*ciò che si ha interesse a ignorare o a lasciare in uno stato di innocenza o ignoranza sociale*” (p. 10).

D'altro canto, l'immigrato nel suo farsi stra-ordinario, al di là di ogni 'per scontato', è dubitato di intralciare qualsiasi ordine - estetico, sociale, nazionale – compreso quello sanitario (Sayad, 1999). E tale minaccia si manifesta in particolare quando l'alterità immigrata manda in frantumi i criteri diagnostici, rivelandone limiti e false legittimità (Beneduce, 2013).

Mentre si eclissa ogni tentativo di circoscrivere l'*eccedente Altro* nei termini del consueto e dell'ordinario, si sviluppa una nuova questione, che riguarda la sua possibilità di essere compreso: “*l'incontro con l'altro è sempre traumatico*”, ma la vera incognita consiste nella sua “*traducibilità*” (Nathan, 1990. tr.it. p. 66) L'estraneo “*eccede le nostre aspettative, si sottrae al nostro afferramento*” (Waldenfels, 2008, p. 8) e lascia emergere una non superflua interrogazione su chi sia, su come si costituisca e su come, nell'etica del rispetto, si lasci incontrare.

## **2.2 Estraneo sei estraneo**

Lo straniero ci inquieta, ci perturba; in sua presenza decadono metodi e modalità abituali di significazione, mentre le logiche e i linguaggi del quotidiano divengono inesorabilmente incompleti e parziali. L'Altro mi chiama ad un confronto cui non posso sottrarmi, perché la sua estraneità rimanda ad un *fondo di inconoscibilità* che

riguarda anche me stesso: ciò che mi perturba non proviene dal di fuori ma comincia in me.

Proponendosi come continuo rimando a qualcosa d'altro, lo straniero impedisce “ogni *approdo definitivo*” (Curi, 2010, p. 7). L'equivoco che in lui dimora non può essere risolto riconducendolo entro uno scenario familiare o tentando di osservarlo meglio, più da vicino, “*esercitando con maggiore acume il mio discernimento*” (*ibidem*, p. 12). Quella sull'Altro è soltanto *una* prospettiva: egli permane nel suo essere noumenicamente irraggiungibile (Stanghellini, 2017). L'inquietudine che provoca nasce proprio dalla consapevolezza che il suo essere ambivalente, insieme *thauma* e *pathos*, non troverà mai adeguata risoluzione poiché la relazione con lui «in quanto relazione con l'Altro non potrà che essere costitutivamente in-sicura (Curi, 2010 p. 7).

La relazione con l'Altro si iscrive, dunque, nella sfera del *Perturbante* [*Das Unheimliche*], nella dimensione dell'angoscia. “*Il perturbante è quella sorta di spaventoso che risale a quanto ci è noto da lungo tempo, a ciò che ci è familiare*”, afferma Freud (1919, tr.it. p. 270). Heidegger (1942) riconosce nel perturbante il vissuto di ambiguità che si sperimenta dinanzi a qualcosa che, al tempo stesso, attrae e ripudia, il senso dello spaesamento generato dal non sentirsi in casa propria (Heidegger, 1927). Nella stessa direzione, Binswanger (1965) riconosce il perturbante come elemento fondamentale dell'incontro inter-soggettivo: sedizioso è il costituirsi stesso *dell'alter ego*, nella sua trascendenza. Afferma Derrida (1993, tr. it. p. 182-183):

*“Il più familiare diventa il più inquietante. L'essere a casa propria economico o ecologico dell'oikos, il prossimo, il familiare, il domestico, anzi il nazionale (heimisch), si fa paura. Si sarebbe occupato, nel segreto del suo interno, Dal più estraneo, lontano, il minaccioso (...). L'uomo si fa paura. Diventa la paura che ispira.”*

Dunque, ciò che perturba è la scoperta che “*non posso sapere con certezza se l'altro sia veramente altro-da-me o se, piuttosto, in una certa misura, mi appartenga*” (Curi, 2010, p. 54). Ciò che consideravo essere quanto più estraneo, in realtà è presso di me, dimora in me. L'elemento di spaesamento “*non scaturisce da un annullamento dei confini, ma*

*dall'affiorare di un fondo irrepresentabile, indecidibile, su cui si costituiscono quegli stessi confini*" (*ibidem*, p. 149). L'altro appare perché "*abita già dentro di me*" (Cacciari, 2011, p. 23). L'estraneo rappresenta la condizione ineliminabile e a partire dalla quale diviene possibile il riconoscimento di me stesso. I limiti della comprensione dell'altro ci pongono innanzitutto dinanzi alla (in)comprensione di noi stessi:

*"L'intruso non è nessun altro se non me stesso e l'uomo stesso. Non è nessun altro se non lo stesso che non smette mai di alterarsi, insieme acuito e fiaccato, denudato e bardato, intruso nel mondo, come in me stesso."* (Nancy, 2000, p. 37)

Waldenfels, nella sua fenomenologia (2006), riconosce che l'estraneità "*non viene da fuori ma comincia con noi stessi?*" (Waldenfels, 2011, tr. it. p. 15), si manifesta dappertutto come modalità dell'esperienza e del pensiero totale e globale (*ibidem*, p. 14). Estraneo è sempre un "*predicato relazionale*" (*ibidem*, p. 64), per determinarsi deve essere vincolato ad un proprio: "*quando dico estraneo non posso dire un "sì o no": se chiedo, per esempio, se un cinese è un estraneo, è necessario dire rispetto a chi, se rispetto a un cinese o rispetto a noi europei?*" (*ibidem*).

Il motivo dell'estraneo si correla a quello di ordine, poiché per definizione può essere considerato come qualcosa che non trova posto in esso, e dunque straordinario (*ibidem*, p. 21). Tuttavia, lo *stra-ordinario* non deve essere inteso come completamente distante, lontano, esterno; piuttosto, come qualcosa che rintraccia il suo inizio all'interno dell'ordine stesso. Può, dunque, essere descritto come "*un qualcosa che, a partire dall'ordine, ne travalica i limiti. Insomma, un eccesso rispetto all'ordine che si crea nell'ordine medesimo*" (*ibidem*, p. 64).

Partendo dalla definizione husserliana del modo d'essere dell'estraneo, come accessibilità di ciò che è originariamente inaccessibile (Husserl, 1931), Waldenfels ne valica i presupposti quando dichiara che l'io sorge *nella* replica ad esso: "*io sono nello slittamento tra il pathos e la risposta*" (Waldenfels, 2011, tr.it. p. 71). Egli distingue tra differenti dimensioni dell'estraneo, tramite cui chiarisce come sia possibile parlare di quest'ultimo solo prendendo posizione dinanzi ad esso, nello

spiazzamento provocato dalla sua presenza. La prima dimensione riguarda “*l'estraneità di me stesso*” (ibidem. p. 73):

*L'estraneità dell'altro assume rilievo solo allorché viene a contatto con un'estraneità in me stesso. Questa estraneità – [...] “Je est un autre” di Rimbaud – si mostra, prendendo la categoria della sottrazione, come autosottrazione, in quanto mi sono vicino essendomi lontano.*

Dunque, richiamandosi al perturbante freudiano, egli definisce l'intero ambito dell'inconscio come forma di estraneità del proprio.

Merleau-Ponty, che ha notevolmente influenzato il pensiero di Waldenfels, nelle note del corso del 1960-61, introduce la sua ontologia richiamandosi proprio alla *Lettera del Veggente* di Rimbaud e ai caratteri fondamentali che ne costituiscono il contenuto: “il disordine dei sensi”, “io è un altro”, “mi si pensa”, “il legno che si trova violino”. Nel chiasmo tra io e altro, l'identità si rivela nella sua indefinitezza ed eccedenza e l'estraneo diviene fondamentale nella costituzione del *Je*: non è possibile parlare dell'io se non in riferimento all'altro. Questo altro, tuttavia, non è soltanto ciò da cui ci si distingue ma è anche ciò in cui si vive l'esperienza del proprio riconoscimento, sebbene nella più totale asimmetria, nella impossibilità di un afferramento totale. Il pensiero di Merleau-Ponty richiama proprio la nozione di “*sincretismo sociale*” (Waldenfels, 2006, tr. it. p. 102) proposta da Waldenfels, secondo la quale non possiamo parlare di individui ma piuttosto di processi di individuazione, in cui il soggetto può emergere esclusivamente entro un orizzonte condiviso.

La seconda dimensione concerne “l'estraneità dell'altro” (Waldenfels, 2011, p. 76). Vengo incontrato da qualcuno secondo la “*struttura della presenza/assenza*” (ibidem) dunque, qualcuno o qualcosa mi si mostrano sottraendosi, in un intreccio infinito tra proprio ed estraneo, in cui la certezza che ho rispetto a me non può dirsi superiore rispetto a quella che possiedo dell'altro: “*Io non coincido, dunque, con l'altro ma allo stesso tempo, non sono nulla senza l'altro, e non siamo neppure riassumibili e riducibili a un noi*” (ibidem, p. 77). Il terzo tipo di estraneità interessa “*un altro ordine*” (ibidem),

ovvero un'estraneità stra-ordinaria, in grado di trapassare l'ordine stesso. Ad esempio, *una* cultura straniera può essere descritta come il valicarsi di un ordine rispetto a se stesso. Ciò implica un inevitabile intreccio tra una cultura e un'altra, in virtù di quella imprescindibile premessa secondo cui il proprio non potrebbe esistere senza l'estraneo. La fenomenologia responsiva di Waldenfels, che lascia parlare l'estraneo senza ricondurlo a qualcosa di già proprio, si mostra come feconda premessa entro cui discutere le possibilità di un autentico incontro interculturale. Affinché tale scambio possa compiersi, il proprio (la propria cultura) dovrà modificarsi, senza, tuttavia, *perdersi nel* o *abbandonarsi in favore* dell'estraneo (la cultura estranea), a memoria di quell'universalmente umano in cui il proprio e l'alieno sono sorpresi come due possibilità storiche ineliminabili dell'uomo (De Martino, 1977, p. 645-6).

### **2.3 L'incontro con l'altro nella relazione di cura: rischi e modalità**

L'aumento degli accessi ai servizi di salute mentale da parte di pazienti stranieri ha fatto emergere la necessità di individuare nuove o *rinnovate* modalità di gestione dell'incontro con l'altro, nel tentativo di sopperire all'inadeguatezza delle *pratiche* vigenti e di far fronte alle possibili difficoltà comunicative, linguistiche, relazionali. Nello specifico, i servizi si sono ritrovati a dover optare con *urgenza* per un'accoglienza dedicata o, al contrario, per una formazione specifica.

Il dibattito sul funzionamento dei servizi di accoglienza per pazienti immigrati con sofferenze psichiche si è sviluppato proprio seguendo queste due direttive antitetiche, entrambe sostenute da argomentazioni valide e degne di considerazione (Mellina, 2001, p. 263-4). Da una parte, vengono proposti servizi con accesso selezionato, specializzati nel trattamento psicoterapeutico e psichiatrico di persone immigrate; dall'altro, viene promossa l'accoglienza dei migranti negli stessi ambulatori psichiatrici a cui accede la popolazione generale, con possibilità di rimandare il progetto terapeutico ad un momento successivo la valutazione iniziale.

Le alternative presentate sottendono, secondo Mellina, due ben distinte considerazioni di carattere teorico:

*“[...] da un lato il desiderio di integrazione subito, nessuna discriminazione o differenza in base ad una possibilità di rendere fruibili gli stessi servizi offerti dalla popolazione italiana, rendendoli più facilmente accessibili. Dall'altra, la creazione di un'area protetta, una sorta di spazio transizionale che permetta l'elaborazione più graduale dell'integrazione.” (ibidem, p. 247)*

Le opzioni proposte riproducono domande angosciose, le quali, piuttosto che condurre a risposte inconfutabili, aprono a nuovi interrogativi, ancora poco articolati, che riguardano i *rischi* di questo incontro. Sottolineare *una* differenza conduce verso la legittimazione della diversità o al contrario accelera processi di alienazione ed esclusione? Quanto si è disposti a *dubitare* e a *perdere* dei propri modelli clinici, diagnostici, terapeutici per evitarne un'applicazione accecata e violenta a mondi-altri? In seno al dubbio e alla perdita si riverbera:

*“[...] l'ansia [...] quella di riunire, di com-prendere la differenza all'interno delle nostre società come un dato costitutivo, [...] che<sup>4</sup> rivela il vacillamento delle nostre architetture sociali, parla dell'inquietudine e dell'euforia che si accompagnano alla volontà di abbracciare il locale e il globale in un solo gesto.” (Beneduce, 2006, p. 21)*

Interpellare la presenza dell'Altro comporta, diametralmente, il pericolo di rendere il migrante “*qualcuno che è là per noi*” (Stenger, 2003, p. 11), giunto da lontano per metterci alla prova, “*cadendo nella tentazione di farne del chiunque: chiunque farebbe altrettanto?*” (ibidem) e di conferirgli il ruolo di «*Povero, Escluso, Pazzo, Cristo*». (ibidem). A tal proposito, Armezzani (2008) individua tre differenti stili clinici con cui il migrante può essere incontrato, i quali, pur non volendo essere perentori ed esaustivi, esemplificano le difficoltà umane e inter-umane, soggettive ed inter-soggettive che tale confronto può comportare.

---

<sup>4</sup> *Corsivo mio*

Il primo stile (La legge è uguale per tutti) richiama l'*obbligo* di garantire uguaglianza *a tutti i costi* nel trattamento, applicato in modo imparziale indipendentemente dalla provenienza geografica e dall'orizzonte simbolico-culturale di riferimento. Viene così completamente scotomizzata l'intera mole di riflessioni medico-antropologiche sulla *costruzione culturale e produzione sociale* della malattia psichica e della diagnosi. Espressioni come «Non si fanno differenze», «Siamo tutti uguali», «Residenti o stranieri, io faccio il mio dovere» (*ibidem*, p. 111) sono utilizzate dall'Autrice per illustrare l'atteggiamento giustificatorio con il quale test psicodiagnostici e sistemi classificatori sono adottati, senza riflessione alcuna, *anche* con l'utenza migrante, in nome di una presunta oggettività e validità scientifica. Ideale di scientificità che si impernia proprio sul quel “chiunque” da cui la Stenger (2003) metteva in guardia e sotto le cui spoglie “*una scelta etnocentrica si maschera [...] da universalismo*” (Armezzani, 2008)

Il secondo stile proposto (Poverini!) rivela nell'atteggiamento benevolo e indulgente “*un'attitudine a giocare nel rapporto interpersonale modelli socialmente acquisiti che vedono l'immigrato come prototipo della persona svantaggiata e debole*” (*ibidem*, p. 113) Tale modalità si esprime innanzitutto nell'uso di un linguaggio semplice e familiare, caratterizzato da «diminutivi» e «manierismi» (*ibidem*, p. 116), nel quale velatamente si avvicendano «accudimento e asimmetria» (*ibidem*). Nella *sproporzione* tra ruoli e poteri di curante e malato, l'incontro clinico perde ogni possibilità di rivelarsi autentico confronto, facendosi piuttosto luogo in cui *praticare* le distanze, fisiche, culturali, umane *tra me e l'altro*. *L'empatia manierista* (*ibidem*, p. 117), dietro la copertura offerta dall'accoglienza, impedisce “*ogni agire comunicativo*” (*ibidem*).

Il terzo e ultimo atteggiamento proposto (Bisogna conoscere le culture) riguarda quelle situazioni in cui la *conoscenza* di una determinata *cultura-altra* può diventare ragione di impedimento per la comunicazione e la relazione interculturale. Il rischio, in questo caso, è quello di esasperare la retorica della diversità e la fascinazione dell'esotico per ricondurre entro schemi già noti - *appresi* come specifici di *un* mondo simbolico - il vissuto e la sofferenza della persona straniera. In questa prospettiva, la cultura, reificata e trasformata in un complesso immutabile di regole, credenze e



valori, diviene *barriera silente* in luogo di una *soglia dialogante*, impendendo ogni possibile scambio e legittimazione interculturale.

Armezzani si interroga, dunque, su come possa costituirsi uno stile clinico che sia coerente con una prospettiva interculturale, dove per inter-cultura si intende:

*“Riconoscere le culture, le appartenenze, le identità, ma sempre avendo chiaro che esse non sono realtà omogenee bensì spazi di scambio, risorse per l'azione, narrazioni condivise e contestate.”* (Mantovani, 2008)

Lo psicologo e lo psichiatra scoprono così che la competenza non può più consistere semplicemente nell'acquisizione di teorie e tecniche, ma nel divenire essi stessi strumento di conoscenza e relazione, in grado di *“lasciarsi interrogare dalla diversità, ovunque si manifesti”* (Armezzani, 2008, p. 123). Lo stile clinico che si sviluppa a partire da tale premessa, quindi, non può che fondarsi sul riconoscimento di un senso, mai definitivamente afferrabile, dell'altro e della sua narrazione, costruiti intersoggettivamente nell'incontro diagnostico e terapeutico. Soltanto in questo modo, il terapeuta può diventare consapevole del grado di distanza culturale che lo separa dal paziente e dell'intenzionalità terapeutica cui il suo agire si accompagna (Coppo, 2003).

Soltanto in questo modo, egli può rendere materiale di lavoro le difficoltà incontrate (*ibidem*), modificare il pensiero e l'azione innalzando *“i legami presentati dai migranti a soggetto della propria disciplina.”* (Nathan, 2003, p. 49)

#### **2.4 Posizionamenti e pratiche: la prospettiva etnopsichiatrica**

L'etnopsichiatria si propone, in quest'ottica, come disciplina coerente con la necessità di operare una rifondazione dei saperi e delle pratiche d'incontro con l'alterità culturale. La sua sfida consiste nel far *“interagire tra loro i diversi saper-fare, localmente declinati”* (Coppo, 2003, p. 207) ed elaborare un nuovo *saper-fare* terapeutico che attribuisca pari dignità ai vari sistemi culturali, rispettandone distinzioni e peculiarità (Coppo, 1996). L'etnopsichiatria contrasta così ogni forma di

narcisizzazione propria della cultura occidentale e di generalizzazione delle “pratiche applicative”, tramite le quali sono cancellate “*la funzione strutturante dei confini e la sostanza irriducibile [...] dei molteplici mondi culturali*” (Inglese, 1996, p. 13). Non ammette di poter pensare ad un essere umano generico (Coppo, 2012) e contempla, piuttosto, l'esistenza di *persone*, quotidianamente nutrite e trasformate dalle pratiche e dai sistemi simbolici in cui sono immerse (*ibidem*).

Beneduce (2000) ritiene che da qualche tempo l'etnopsichiatria sia chiamata a confrontarsi con questioni che valicano l'orizzonte della clinica o le connotazioni culturali della sofferenza psichica e surclassano gli interrogativi metodologici sorti in seno al confronto tra modelli psicologici e categorie antropologiche.

Prima di poter procedere con ulteriori considerazioni, sarebbe necessario definire in via preliminare cosa intendiamo con il termine *etnopsichiatria*, quali siano il suo campo di azione, la sua genealogia, i suoi discorsi, i dissidi che la attraversano (Beneduce, 2000).

Rintracciarne l'origine condurrebbe verso un infinito percorso a ritroso fatto di definizioni e usi, discendenze controverse e classificazioni contrastanti, in cui saremmo inevitabilmente destinati a perderci. Per tale ragione, possiamo ritrovare la definizione più autentica di etnopsichiatria in Europa non tanto negli studi condotti in società non occidentali sulle differenti modalità della cura dinanzi alla sofferenza psichica, quanto piuttosto nella sua *dimensione clinica*, relativa alla cura di persone provenienti da *altri* orizzonti simbolico-culturali (Beneduce, 2000). Soltanto entro tale dimensione si è potuta originare un'interrogazione critica e decostruttiva sulla produzione e sugli usi di alcuni saperi, di alcune tecniche psichiatriche/psicoterapeutiche e diviene possibile rimembrare, entro tali discorsi, la questione, spesso miseramente dimenticata, delle politiche coloniali.

Collignon (1997) interessandosi alla questione della *duplice alterità*, culturale e psicopatologica – che rappresenterebbe il *proprium* dell'etnopsichiatria (Beneduce, 2000) – e sorvolando le complesse considerazioni epistemologiche sorte durante i primi anni della ricerca etnopsichiatrica, propone di situare qualsiasi discorso sulla

---

<sup>5</sup> *Corsivo mio*

relazione di cura e sulla rappresentazione della malattia mentale entro i rapporti di forza tra colonizzato/colonizzatore (Beneduce, 2000). Soltanto attraverso l'analisi di tali rapporti diviene possibile conoscere e comprendere in profondità pratiche e ideologie locali, senza trascurare entro quella *doppia* alterità, quale impatto la situazione coloniale possa avere comportato sull'insorgenza della sofferenza psichica, sulle sue modalità espressive e sui suoi modi della cura.

Frantz Fanon ha incentrato i suoi studi e le sue scritture proprio sulla tanto sottaciuta questione coloniale, occupandosi dei processi di alienazione mentale e culturale vissuti da colonizzati ed immigrati. Pelle nera, origine afro-americana, vissuto in una cultura francese: Fanon conosce e rivive in prima persona la condizione di immigrato. Un'esperienza soggettiva, la sua, che tuttavia non sarà mai solo individuale: *“Perché l'ideale è che il presente serva sempre a costruire l'avvenire. E questo avvenire non è quello del cosmo, ma quello del mio secolo, del mio paese, della mia esistenza. In nessun modo, devo propormi di preparare il mondo che verrà dopo di me. Appartengo irriducibilmente alla mia epoca. Ed è per questa che devo vivere»* (Fanon, 1952, p. 30). Il suo lavoro si rivolge, in modo acuto e irriverente, alla questione dell'incontro con l'alterità culturale e alla comprensione di tutte quelle forme di potere coloniale silenziosamente perpetrate e taciute nei luoghi – reali e fantasmatici - della cura (ad esempio nel paternalismo o nel razzismo del linguaggio psichiatrico o nella gestione di alcune pratiche).

In *Peau noire, masques blancs* pubblicato a Parigi nel 1952, Fanon analizza le dinamiche di pregiudizio razziale soggiacenti il vissuto di inadeguatezza e di inferiorità sperimentato dal colonizzato e dell'immigrato dinanzi al colonizzatore. Il modello del dominatore, assimilato e interiorizzato secondo una logica di totale conflittualità, produce una condizione di *alienazione* tale da dilaniare e sovvertire la relazione con la propria cultura e con la propria struttura identitaria. Nell'alienazione si producono dipendenza e disorientamento: il nero vuole essere bianco, l'immigrato vuole diventare europeo in una distorsione idealizzante priva di riparo.

Il lavoro terapeutico, secondo Fanon, richiede un riconoscimento continuo del *Grund* culturale da cui ciascuna disciplina psicologica prende origine e della

diffusione di senso che tale *fondo* contribuisce a duplicare all'interno di ciascuna teorizzazione. Di conseguenza, l'applicazione indiscriminata di teorie psicologiche – presunte universali - a persone che provengono da culture *altre* non fa che riprodurre, entro specifici rapporti di potere, una modalità della cura non soltanto inadeguata ma oltremodo generatrice di ulteriori forme di sofferenza psichica.

Fanon riconosce nella relazione tra uomo bianco e uomo nero in contesti meticci non solo una tendenza all'identificazione con l'aggressore da parte del colonizzato ma oltremodo una tendenza al sadismo dell'uomo bianco in cui fantasmi e proiezioni biologiche e sessuali, sopresse in una cultura che si è distanziata dalla natura, vengono taciute e, al tempo stesso, spingono verso la propria espressività.

Fanon racconta così la storia dell'incontro drammatico tra il corpo nero e lo sguardo bianco in un cui sopravanza d'un tratto una scoperta sconcertante - la caduta della *maschera bianca* – tutta incarnata nella voce *francese* di un bambino: «Toh, un negro!»: *“Ero responsabile allo stesso tempo del mio corpo, della mia razza, dei miei antenati. Mi percorrevo con uno sguardo oggettivo, scoprii la mia nerezza, i miei caratteri etnici – e mi sfondarono il timpano l'antropofagia, il ritardo mentale, il feticismo, le tare razziali, i negrieri e soprattutto, e soprattutto, “Y a bon banania” (p. 111). Il corpo nero viene così sottoposto ad uno sguardo – quello bianco - carico di linguaggi, stereotipi, paure cui non può sottrarsi e che impone piuttosto un'oggettività schiacciante (p. 109), in cui ogni forma di riconoscimento è abolita, distrutta. L'alienazione, tuttavia, come si è detto, si fa mutuale e reciproca: “(...) il negro schiavo della propria inferiorità e il Bianco schiavo della propria superiorità si comportano entrambi secondo una linea di orientamento nevrotica” (p. 68).*

Nel 1961, anno della sua morte, viene pubblicato il suo ultimo scritto intitolato *I dannati della terra* con prefazione di Jean Paul Sartre. Una sorta di eredità politica e umana in cui prosegue e incalza la sua attenta analisi del sistema coloniale. Il corpo si conferma quale elemento centrale della lotta e dell'essere uomo. Così egli afferma: *“O corpo, fa di me sempre un uomo che interpella” (Fanon, 1979, tr.it. p. 188). Nei suoi scritti: “i richiami (...) all'epidermizzazione dell'inferiorità, alla tensione e ai sogni muscolari, alla paralisi muscolare, alla vertigine del cuore o alla collera sulle labbra, a una affettività mantenuta a fior di pelle, come piaga viva, vogliono ricordare una sofferenza che tanti preferirebbero*

*ignorare, a riparo di un'anestesia culturale. È la sua una fenomenologia politica del corpo.*" (Beneduce, 2011 p. 10).

Una questione altrettanto annosa che richiede di essere discussa riguarda l'uso del termine *cultura*<sup>6</sup> in psichiatria e in etno-psichiatria. Il raffronto tra locale e straniero è stato spesso adottato per condurre entro l'esclusivo alveo della cultura questioni che, in verità, presentavano *anche* un'altra natura, tra cui *in primis* quella coloniale. Per tale ragione, non si può eludere la consapevolezza che muoversi tra questi mondi - il mio e l'altro - tra identità e appartenenze, al tempo stesso, *serie e fittizie* (Beneduce, 2000), implichi il riconoscere che un *proprio* non possa esistere senza l'intervento di un altro, di un estraneo e che, in virtù di questa costante e ineliminabile dialettica, ogni rivendicazione identitaria in nome della purezza si riveli insostenibile. D'altra parte, tali identità, per quanto decostruibili nella loro duplice dimensione di alterità/estraneità, generano delle conseguenze sul piano materiale e simbolico che non possono essere ignorate e che aprono a nuovi interrogativi nel lavoro clinico e curativo. Proteggere e difendere un'appartenenza, uno strumento terapeutico, un'interpretazione teorica per preservare un universalismo della cura significa sostenere e alimentare un razzismo greve e insidioso, celato nelle parole altisonanti e "tecniche", nelle circonlocuzioni forbite, nelle categorizzazioni inequivocabili.

Pertanto, l'idea di cultura o d'identità alla quale l'etnopsichiatria si accosta (Beneduce, 2000) non prevede caratteri di compattezza ma al contrario si mostra sempre intimamente conflittuale; i membri che vi appartengono non vi aderiscono mai completamente ma si ribellano alle sue norme; i materiali che la costituiscono sono costantemente contaminati e creolizzati; i poteri e le gerarchie si riproducono attraverso apposite strategie di occultamento (Beneduce, 2000).

Con l'obiettivo di problematizzare e contestualizzare criticamente l'uso che alcuni

---

<sup>6</sup> Come suggerito da Beneduce, esiste un'ampia letteratura attuale sui "discontents of culture". Williams ha sostenuto, a tal proposito, che la cultura rappresenta «una delle due o tre fra le più complicate parole della lingua inglese». Tra i lavori dedicati a tale dibattito possono essere indicati: Abu-Lughod, Bhabha, Appadurai, Clifford, Geertz, e ancora. V. Stolleck, Talking Culture. New Boundaries, New Rhetorics of Exclusion in Europe, *Current Anthropology*, 36, 1, 1995, pp.1-13; A.B. Weiner, Culture and Our Discontents, *American Anthropologist*, 97 (1), 1995, pp.14-40; S. Wright, The politicisation of 'culture', *Anthropology Today*, 14, 1, 1998, pp. 7-15; U. Wikan, Culture: A new concept of race, *Social Anthropology*, 7, 1, 1999, pp. 57-64.

etnopsichiatri e psicologi effettuano dei termini cultura e alterità, potremmo accennare ad alcune considerazioni critiche – che saranno poi riprese nell'ultimo capitolo – in merito all'uso di tale concetti tanto nel mondo antropologico, quanto in quello etnopsichiatrico.

Eduardo Viveiros de Castro (2017) propone, attraverso una progressiva *decolonizzazione* dei presupposti antropologici, una ontologia del molteplice, un prospettivismo *totale*, in cui non esistono prospettive plurali di accesso alle cose ma le cose stesse *sono* dei punti di vista. In una realtà così presentata non può costituirsi alcuna distinzione gerarchica tra strutture umane, animali, vegetali, oggettuali: ciascuna di esse si determina quale fulcro intenzionale perché ogni intenzione è *pur sempre* una relazione con l'alterità. Egli propone un'antropologia in cui il pensiero è decolonizzato *in modo permanente e radicale*, in cui la prospettiva non è soltanto effigie epistemologica ma *si fa* mutamento ontologico.

L'etnocentrismo, sostiene l'Autore, non è propriamente esclusivo del mondo occidentale ma è parte integrante di ogni gruppo e di ogni identità. Pertanto, egli rifiuta quella visione – celata, ma dichiaratamente coloniale – che considera l'Altro come una *invenzione* del mondo Occidentale.

Philippe Descola, allievo di Lévi-Strauss, proseguendo il ragionamento di Viveiros, definisce l'attribuzione di anima ed interiorità ad entità che *noi* consideriamo naturali ed oggettive, come forma abbastanza consueta di animismo: gli enti naturali, sebbene si caratterizzino per una un'esteriorità *altra* rispetto a quella umana, sembrerebbero possedere un'interiorità da essa non dissimile. Descola riconosce l'animismo come *una* tra le possibili ontologie attraverso cui le differenti culture costruiscono la relazione dell'uomo con il mondo. In particolare, egli individua quattro modi in cui un essere umano può intendere un essere non umano: identico nel fisico, ovvero come avente simili strutture chimico-biologiche, ma non nella interiorità (naturalismo); identico nell'interiorità, ma non nella fisicità (animismo); identico nell'interiorità e nella fisicità (totemismo); differente sia nell'interiorità che nella fisicità (analogismo).

Il percorso storico che ci ha condotti dalla filosofia greca, attraverso Galileo e

Cartesio, ad una visione della natura intesa come in antagonismo rispetto all'umano, che si è reso costruttore di cultura e artefici, è soltanto una tra le tante narrazioni possibili. Pertanto, se la nostra cultura considera il mondo naturale come tangibilità esteriore all'uomo, per l'animismo, e in modi diversi per il totemismo e l'analogismo, la natura non è la nostra alterità ma è parte integrante della cultura e della società. Dunque, gli Autori menzionati ci mettono in guardia dal rischio ineliminabile di pensare in modo etnocentrico la relazione e l'esistenza dell'Altro, di reificare la terminologia che *abituamente* adottiamo, invitandoci a problematizzare l'ovvio e a non dimenticare, come direbbe Nathan, che *non siamo soli al mondo* – non è un caso che proprio Tobie Nathan e Isabelle Stenger siano stati ampiamente influenzati dal pensiero di Descola e Castro. Si tratta di compiere una operazione anti-narcisistica, che infranga l'egemonia del soggetto analizzante (l'antropologo, ma che lo psicologo, lo psichiatra, etc) e il suo supposto primato sull'oggetto analizzante (le popolazioni altre o i pazienti in questo caso): l'altro – considerato da sempre come *oggetto* dell'indagine – diviene fondamento di epistemologie, concettualizzazioni e prospettive da cui non è possibile prescindere per la sua comprensione – in questo senso sembrerebbe richiamarsi alla reciprocità comunicativa proposta da Mohanty e di cui si discuterà nelle conclusioni di tale lavoro.

Gli Autori, dunque, ci guidano verso una indispensabile esplicitazione del nostro *posizionamento* come ricercatori e conoscitori nell'incontro con l'Altro.

In tale contesto di ricerca, adoteremo una definizione di cultura che si avvicina a quella proposta da Comaroff e Comaroff: “*Noi concepiamo la cultura come lo spazio semantico, il campo di segni e pratiche, nel quale gli esseri umani si costruiscono e si rappresentano le loro società e le loro storie ... né pura lingua, né semplice parola, la cultura non forma mai un sistema chiuso totalmente coerente. Al contrario, essa contiene sempre in se stessa dei messaggi, delle immagini, delle azioni polivalenti e potenzialmente contestabili. In breve, si tratta di un insieme storicamente situato e sviluppato di 'significanti in azione', di significanti il cui valore è insieme materiale e simbolico, sociale ed estetico. Alcuni di essi possono, secondo i momenti, formare la trama di visioni del mondo relativamente espliciti, più o meno integrate e vicine: altri possono essere pesantemente contestati, formare la materia di contro-ideologie, o di 'sotto-culture'; altri possono*

*diventare più o meno instabili, relativamente fluttuanti ed indeterminati nel loro valore e nel loro senso” (cit in Mary 2000, p. 780).*

Condividere un tale posizionamento “culturale” conduce da un lato a considerare come nel lavoro con pazienti *stranieri* non si possano ricondurre alla sola dimensione culturale le ragioni della sofferenza psichica o le possibilità della cura, dall’altro ad abbandonare una visione dei costituenti del mondo dell’altro come obsoleti, derelitti nella storia della modernità.

L’etnopsichiatria, nel suo incessante interesse per il *qui* e per l’*altrove*, *sceglie* di abdicare alla ripetizione indiscussa di modelli clinici e terapeutici oramai privati della loro *validità* e *verità* dinanzi alla sofferenza dell’altro e si interroga sulla legittimità dei saperi occidentali nella relazione di cura con il paziente straniero. Si interessa appunto della relazione tra psichismo e cultura, in cui l’apparato psichico può predisporre nella sua autonomia soltanto entro un ambiente oggettuale che garantisca il senso di identità tanto su piano psichico quanto su un piano culturale (Inglese, 1996). Un intervento etnopsichiatrico si muove, dunque, verso una serie di principi fondamentali tra cui si evidenzia, in prima istanza, la necessità di conciliare uno sguardo duplice, secondo un *principio di complementarità* (Devereux, 1952), rivolto tanto alla conoscenza e allo studio di una cultura quanto all’analisi delle dinamiche intrapsichiche.

Devereux aveva così descritto il compito dell’etnopsichiatra: *“Il suo intervento è indispensabile in ogni lavoro diagnostico, giacché la sua formazione specifica lo rende capace di giudicare della normalità o della anormalità culturale delle manifestazioni e delle re-interpretazioni che il paziente fa subire ai materiali culturali e della maniera in cui li utilizza. Ora ... questo è un atto diagnostico particolarmente delicato e sottile... Ma, oltre a questo tipo di servizi, egli ha anche un altro compito da svolgere, un compito del quale cominciamo appena a prendere coscienza davvero: quello di mettere a punto l’insegnamento e la pratica di una psicoterapia culturalmente neutra, cioè paragonabile alla psicoterapia analitica che è affettivamente neutrale. In breve, abbiamo bisogno soprattutto di un sistema di psicoterapia che non si fondi sul contenuto di una cultura particolare ma sulla percezione corretta della natura della Cultura come tale: su una comprensione del senso delle categorie culturali, riguardo alle quali i sociologi e gli etnologi della scuola francese*



*di Durkheim e di Mauss hanno già da molto tempo stabilito che esse erano identiche alle grandi categorie fondamentali del pensiero umano. Questa psicoterapia culturalmente neutra - psicoterapia metaculturale – è ancora in divenire.”* (Devereux 1952, pp 106-107)

Il cambiamento che si cerca di apportare durante il percorso terapeutico non avviene tramite processi di acculturazione o di deculturazione bensì convocando all'interno del setting gli *attaccamenti* che fondano la persona (Latour, 1998). L'etnopsichiatria si pone in una logica comparativa, in cui non si adottano pratiche e categorie cliniche ad appannaggio esclusivo del terapeuta ma si confrontano il proprio quadro di riferimento e le proprie eziologie con l'universo simbolico del paziente. In questa funzione, svolge un ruolo di supporto cruciale il mediatore linguistico, culturale ed etnoclinico, attraverso il quale si cercherà di comprendere come sia possibile confrontare, nell'interazione, modelli – tutti provvisori e parziali – che congiungano funzionamento psichico del paziente e lavoro terapeutico secondo una logica di accettazione e condivisione. Ma il discorso dell'etnopsichiatria si muove ancora più in profondità.

*“Tutti questi uomini affamati, che hanno freddo, tutti questi uomini che hanno paura ... Tutti questi uomini che ci fanno paura, che frantumano il prezioso smeraldo dei nostri sogni, che disturbano il fragile contorno dei nostri sorrisi, tutti questi uomini che ci stanno di fronte, che non ci fanno mai domande, ma ai quali noi ne poniamo di ben strane. Tutti questi uomini, chi sono questi uomini? Ve lo chiedo, me lo chiedo. Chi sono queste creature affamate di umanità che si aggrappano alle frontiere impalpabili (ma che io so, per esperienza, terribilmente concrete) di un riconoscimento integrale? Chi sono in verità queste creature che sono nascoste dalla verità sociale sotto la qualifica di caproni, negretti, arabi, topi, “sì, padrone”?”* (Fanon, 2011, pag. 93).

Così si esprime Fanon a proposito degli emigrati nordafricani in Francia, richiamandoci ad una responsabilità radicale fondata e fondante per un criterio dell'umano. Cosa dobbiamo, dunque, tenere in considerazione quando incontriamo uno straniero *in carne e ossa*? Come avvicinare biografie incarnate di sofferenze, viaggi, significati e interpretazioni? Come accostare una sofferenza fatta di appartenenze mancate e identità frastagliate tra terre e paesaggi?

L'etnopsichiatria propone di non ignorare le motivazioni economiche, sociali,

politiche che costituiscono lo sfondo imprescindibile di tali sofferenze e al contrario di integrarle nel dispositivo di cura offrendo uno sguardo – quello dell'altro - che funga da rispecchiamento nella costante e continua ricerca di una identità, di una pacificazione tra mondi, interni ed esterni, attuali e antenati tra desiderio del proprio e desiderio dell'altro, tra aspettative, volontà e vincoli. La reciprocità dello sguardo, *degli sguardi* si muove dal *mio* al *tuo*, dal *nostro* al *loro* in una spirale infinita di significati e significanti in cui, tuttavia, ad ogni rapporto di senso corrisponde sempre un sottostante rapporto di potere. In una tale congiunzione di rimandi e pratiche, di credenze e di mondi, quale significato possibile assumono tutte quelle modalità della cura e di significazione della malattia proprie dell'*altro* che, a rigore di naturalismo, dovrebbero essere ricondotte entro le categorie classiche della psichiatria e della psicopatologia occidentale. Quale ruolo acquisiscono la possessione, la stregoneria, gli spiriti in un contesto etno-psicoterapeutico? Non possiamo qui esimerci dall'abbandonare una visione che li renda semplici superstizioni o credenze e dal considerarli piuttosto come strategie per pensare il reale e interpretare il mondo e la vita, con tutte le conseguenze pragmatiche e fantasmatiche che ne conseguono: “*Io chiedo – scrive Fanon – che mi si consideri a partire dal mio Desiderio. Non sono solamente qui-ora, rinchiuso nella mia coseità. Sono per altrove e per altra cosa. Reclamo che si tenga conto della mia attività negatrice in quanto perseguo altro rispetto alla vita, in quanto lotto per la nascita di un mondo umano, ovvero di un mondo di riconoscimenti reciproci?*” (1952, p. 196).

Cosa possiamo dire a proposito dell'etnopsichiatria italiana? Nel tentativo di delineare una genealogia della riflessione etnopsichiatrica nel *nostro* contesto, non possiamo esimerci dal prendere in considerazione i lavori di Ernesto De Martino e Michele Riso, precursori di un pensiero e di un *modo* di accostare l'Altro, che rappresentano, senza dubbio, il fondamento di una disciplina dai confini spesso contraddittori.

Ernesto de Martino, presenta e ripercorre nel suo approccio una serie di interrogativi in merito al rapporto tra psichiatria ed antropologia che, ancora oggi, rappresentano il fulcro della questione etnopsichiatrica. I suoi linguaggi, mai scevri da richiami a contenuti del pensiero filosofico, psicologico, politico, esplorano in

modo minuzioso e, talvolta irriverente, quello scalpore, tutto umano ed epistemologico, che è rappresentato dall'incontro con l'Altro.

De Martino si colloca su un terreno propriamente etnopsichiatrico anche quando, esplorando la relazione intercorrente tra cultura e sofferenza, si domanda in che modo la dimensione culturale possa agire e inter-agire dinanzi al dolore e alla malattia.

*La fine del mondo*, pubblicato postumo nel 1977, esprime in modo chiaro ed esemplare non soltanto l'originalità del suo approccio, ma anche il tentativo di elaborare un confronto tra apocalissi psicopatologiche e apocalissi culturali, categorie psichiatriche e categorie storico- antropologiche. L'analisi del rapporto tra psichismo e cultura riconosce le connessioni imprescindibili e l'artificiosa possibilità di separazione tra i due termini di confronto:

*“Il “disordine” psichico è caratterizzato da una dinamica disintegrativa rispetto a qualsiasi ordine culturale, a qualsiasi sistema di valori intersoggettivi. Ogni cultura è chiamata a risolvere intersoggettivamente il problema del distacco dalla natura, della protezione della vita cosciente, del dispiegamento di forme di coerenza culturale che siano come regole di tale distacco e di tale protezione, e infine ogni cultura è tale nella misura in cui assicura la possibilità di iniziative, innovazioni, riadattamenti o riplasmazioni da parte di singoli individui più dotati di altri. D'altra parte ogni cultura è minacciata costantemente sia nel suo complesso, come in ciascuno degli individui che ne partecipano e in ogni momento dell'arco biografico di ciascun individuo”* (de Martino, 1977, p. 175).

La cultura, pur rivelandosi in tutta la sua esauribilità e situatività – le strategie di cui si avvale possono perdere di efficacia in epoche successive – diviene detentricessa di una responsabilità profonda e articolata: contrastare nella comunità e nell'intersoggettivo la deriva individuale, la disgregazione psicopatologica.

Per tale ragione, dunque, De Martino abbandona ogni forma di relativismo che non sia adeguatamente criticizzato e sostiene una psicologia consapevole, che sia

continuamente confrontata con la storia. In questo modo, anche la distinzione tra normalità e anormalità psichica esige di essere ripensata:

*“Il giudizio di normalità o anormalità psichica è un giudizio storico [...]. Senza dubbio vi è un fondamentale criterio di giudizio, e cioè la decisione se, nel caso specifico, la presenza si muove dal rischio di crisi verso la reintegrazione nel livello di cultura che gli appartiene [...] o se al contrario il movimento ha il segno mutato, cioè si muove verso la crisi della presenza [...]. Ma per decidere di questo “segno” del movimento [...] occorre appropriarsi della storia culturale della persona sotto giudizio” (de Martino, 1977, p. 176).*

De Martino ritiene che l'aggancio con la storia non debba costituirsi come continuo riferimento solo per interpretare il senso della psicopatologia o delle differenze culturali, ma anche per accedere a qualsiasi incontro *umano e inter-umano* tra culture diverse.

In questa direzione, si colloca la sua critica nei confronti dell'antropo-analisi: ritiene che non possa pretendere di esimersi da – e dunque trascurare - considerazioni storiche e culturali ricercando giudizi universali e assoluti sulla condizione dell'uomo; né tantomeno negarsi dinanzi alla responsabilità *“di decidere, di fronte a un prodotto o a un comportamento umani, se e in che misura si realizza quel “guarire” che è la valorizzazione culturale della vita, o si manifesta il “rischio” di ammalarsi”* (De Martino, 1977, p. 192).

La distinzione tra normalità e patologia, tra ragione e follia – sempre storicamente situata – non dispone soltanto delle sorti del singolo uomo ma di un collettivo, che si interroga secondo modalità sempre differenti sui termini di tale scissione e sui suoi possibili destini.

De Martino riconosce all'etnopsichiatria e alla psichiatria transculturale – accezioni rispetto alle quali egli non mostra, a differenza di Devereux, particolare dovizia distintiva – il merito di aver contribuito alla costruzione di una consapevolezza critica circa i limiti e le debolezze – tanto pratici quanto epistemologici - delle

categorie nosografiche e delle pratiche di cura occidentali – europee in particolare - non applicabili evidentemente in modo indiscriminato a *qualunque altrove*. Consapevolezza auto-riflessiva che diventerà il fondamento per lo svilupparsi di una etnopsichiatria che possa dirsi, finalmente, *critica* (Beneduce, 2007).

L'etnopsichiatria italiana riconosce, inoltre, il suo debito nei confronti dello psichiatra Michele Riso. Influenzato e guidato dai lavori di De Martino, avvia una riflessione critica sui modelli diagnostici e sui costrutti interpretativi psichiatrici e si accosta – tentando di decifrarne il senso – ai sintomi e alle sofferenze di immigrati affettivamente isolati e ostacolati sul piano lavorativo in contesti deprivativi. In particolare, Riso avvia un importante lavoro presso la Clinica Psichiatrica di Berna in Svizzera con immigrati italiani provenienti prevalentemente dall'ambiente contadino del Sud. Un campo di ricerca entro cui, analizzando contesti materiali e universi simbolici, potrà avviare un lavoro di ripensamento della costruzione culturale e sociale del sintomo e attribuire un nuovo valore alla funzione assunta dalla comunità di origine nella cura e nella denominazione della sofferenza. Le ricerche condotte troveranno ampio margine di discussione all'interno di un'opera pubblicata assieme a Böker nel 1964.

Gli autori introducono nuove categorie – fattura, malocchio, fascinazione - per interpretare i vissuti e le esperienze degli immigrati (sensazione di morte, dispercezioni corporee, stati confusionali), non mancando, tuttavia, di ricordare che, accanto alle dimensioni culturali, l'estraneità del contesto sociale ed istituzionale - ostile, contrassegnato da razzismi, equivocità, intolleranze – possa, in qualche modo, contribuire all'insorgenza delle sofferenze e dei sintomi.

L'interpretazione offerta dalla psichiatria e quella, invece, derivante dalla cultura di origine, pur non essendo irrimediabilmente conciliabili e risolvibili nella loro oppositività, guidano gli autori nella elaborazione di tali conclusioni:

*“Dove si tenta di penetrare intellettualmente nel delirio, il paziente non viene aiutato; dove, invece, nonostante l'insorgere di una psicosi, può essere mantenuto un rapporto affettivo tra il malato e i suoi simili (...) vi sono forse maggiori possibilità□ di un*

*miglioramento o di una guarigione.*” (Risso, Böker, 1992, p.165)

L'equilibrio psichico dei pazienti sembra essere vincolato ai legami familiari e al mondo della tradizione, tanto nel senso del pro-gettarsi quanto nella crisi dell'esistenza. La connessione con la comunità di origine si costituisce, su un versante, come ancoraggio cruciale, su un altro versante, rende inevitabilmente contraddittoria la convivenza – interna ed esterna – delle esperienze e degli incontri che avvengono nell'*altrove*.

L'inquadramento diagnostico dei pazienti sembrava presentare una *difficoltà insormontabile*. I racconti dei pazienti non potevano trovare spazio, né significazione alcuna, entro le usuali categorizzazioni psichiatriche. Risso e Böker non si limitarono, dunque, ad introdurre una consapevolezza critica in merito all'uso della diagnosi e delle categorie psichiatriche a fronte di sofferenze che possono essere interpretate più coerentemente solo entro uno specifico panorama culturale – quello di origine del paziente; essi rilevarono, negli atti di protezione e nei rituali della cultura originaria, una possibilità di influenza sulla malattia e sulla sua evoluzione difficilmente trascurabile e di certo maggiore rispetto a quella delle terapie usualmente adottate. La stessa categoria di “delirio” viene dichiarata ambigua e non sempre adottabile. È in tale direzione, dunque, che il sortilegio sembra rivelare tutta la sua *verità clinica* (Beneduce, 2007).

Le ricerche di De Martino e Risso, non trovarono adeguata prosecuzione e sviluppo negli anni a venire, probabilmente a causa dei numerosi accadimenti legislativi che la psichiatria italiana si trovò ad affrontare – come ad esempio la questione relativa alla Legge 180 -, che ridussero le ricerche sulla questione migratoria e resero gli interventi etnopsichiatrici esclusive riflessioni intermittenti su riviste e in convegni. Il rinnovato interesse per la questione etnopsichiatrica in tempi recenti – necessariamente congiunto agli imponenti flussi migratori che hanno interessato il nostro Paese negli ultimi anni – ci obbliga a ricordare i contributi di coloro che in questo momento concorrono a rendere denso e affascinante il dialogo clinico ed epistemologico attorno all'incontro con l'Alterità. Roberto Beneduce, Simona

Taliani, Piero Coppo, Sergio Mellina, Natale Losi, Salvatore Inglese sono soltanto alcuni dei nominativi di professionisti – psichiatri e psicologi - che si sono occupati, ciascuno con la propria angolazione prospettica, di esplorare altri modi della cura. Alcune delle considerazioni di tali autori sono stati proposte in questo lavoro, seppur in maniera non esaustiva e sistematica. Mi limiterò qui a menzionare esclusivamente due dei progetti *clinici* che hanno ispirato questa ricerca e che promuovono una riflessione sul rapporto cura-migrazione che si inserisce a pieno titolo nelle considerazioni sinora esposte.

Il Progetto Michele Riso condotto a Roma da Sergio Mellina, il quale ritiene che la migrazione debba essere intesa come evento traumatico in grado di generare una frattura nella temporalità del paziente e che tale frattura possa essere significata esclusivamente attraverso una interpretazione che tenga conto della storia del soggetto, della continuità del suo Esserci. Ne deriva, dunque, una tipologia di lavoro che viene definita “*psicoterapia biografica dell’esperienza migratoria*”, il cui tentativo è quello di “*operare seguendo la traccia di una complessa tessitura di ascolti reciproci*” (Mellina, 2001, p.34), ove il dialogo possa svolgersi soltanto “*attraverso una comunicazione primitiva, fatta di gesti, di segnali e di qualche parola [...] secondo un canovaccio terapeutico inconsueto ed estemporaneo (alla maniera della Commedia dell’Arte). (...) prima ancora della parola viene l’incontro e ciò che conta maggiormente è la disponibilità all’incontro*” (ibidem, p. 49).

Allo stesso modo, il Centro Fanon a Torino guidato da Roberto Beneduce, propone un servizio di counselling, psicoterapia e supporto sociale per immigrati, rifugiati, vittime di tortura. Il lavoro svolto presso la struttura si propone di sviluppare una etnopsichiatria che possa dirsi critica e storicamente fondata, attraverso uno sguardo alla cultura dell'altro che tenga conto, al tempo stesso, della radice culturale delle categorie proprie dello psichiatra e dello psicologo, che consideri continuamente i discorsi e i contesti che si sono sedimentati nella costruzione della rappresentazione dell'Altro e della differenza culturale.

## 2.5 Alterità migranti e possibilità etiche dell'incontro

Di fronte, dunque, all'*alterità migrante*, che si muove *dentro e fuori di me*, che attraversa paesaggi dolci di comprensione e poi resta impigliata nei tempi violenti dell'indifferenza, come *significare* un incontro che sia autenticamente etico?

La cornice teorica ed epistemologica della fenomenologia può costituire il fondamento per l'instaurarsi di una relazione di cura che sia eticamente declinata.

La fenomenologia nasce e si sviluppa come prassi conoscitiva (Callieri, 2003), come *metodo rigoroso* del quale potersi avvalere in modo sempre diverso e imprevedibile per accedere al mondo e all'altro. Essa si lascia praticare come maniera e come stile, la sua esistenza è contrassegnata come movimento ancora prima di essere giunta a piena coscienza intenzionale (Merleau-Ponty, 1945). Husserl<sup>7</sup> sviluppa il suo pensiero a partire da una sostanziale premessa: nella vita quotidiana, l'uomo tende a considerare il mondo come effettivamente esistente nella sua "immediatezza", in quanto oggetto del proprio esperire pratico ed emozionale. Tale convinzione si compendia nell'*atteggiamento naturale*, in grado di offrire una percezione omogenea e ininterrotta della realtà spaziale e temporale. La fenomenologia si propone, mediante l'esercizio dell'epochè di *mettere tra parentesi* il mondo e di *sospendere* le convinzioni insite nell'*atteggiamento naturale* per adottare una prospettiva contemplativa, interessata a cogliere soltanto l'essenza degli atti intenzionali attraverso i quali mondo e coscienza entrano vicendevolmente in relazione.

Interrogarsi sul "*terreno stesso del mondo che ci è già da sempre dato*" (Sini, 1965, p. 18) consente di pervenire al *Grund* della relazione coscienza-mondo: l'atto di coscienza, nel suo essere un "vissuto" (Erlebnis) dotato di "intenzionalità", lega in modo indissolubile soggetto conoscente e oggetto conosciuto. L'oggetto acquisisce un

---

<sup>7</sup> E. Husserl, *Ideen zur einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*, Den Haag 1928 (trad. it. di E. Filippini, *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*, Torino 1965)

-, *Die Krisis der Europäischen Wissenschaften und die transzendentale Phänomenologie*, L'Aya 1959 (tr. it. di E. Filippini, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Milano 1965)

-, *Formale und transzendentale Logik*, Halle 1929 (trad. it. G. D. Neri, *Logica formale e trascendentale*, Laterza, Bari 1966)

-, *Grundlegende Untersuchungen zum phänomenologischen Ursprung der Räumlichkeit der Nature in Philosophical Essays in Memory of Edmund Husserl*, Cambridge 1940, ristampato nel 1968



sensu a partire da una determinata prospettiva soggettiva che offre uno sguardo limitato sul reale, orientato ad una intenzione conoscitiva specifica: ciascuno di noi è in grado di esperire il mondo nella misura in cui i propri atti “in-tendono” verso una realtà significata (*ibidem*). La fenomenologia, restituendo dignità al mondo della vita come elemento costitutivo dell'esistenza umana, comporta un “ritorno all'uomo concreto”, che si rapporta in prima persona con le cose e con gli altri.

L'acquisizione della riflessione fenomenologica in psichiatria ha generato un “*insieme di impostazioni metodologiche, che mirano a cogliere e descrivere gli eventi psicopatologici nel loro farsi immediato, nell'incessante divenire dei vissuti*” (Callieri, 2003, p. 6). La *Einstellung* fenomenologica mette in discussione gli schemi nosografici classici. La sofferenza psichica, lungi dall'essere ridotta a mero ente categoriale, diviene una modalità di essere-nel-mondo (Borgna, 1995), un modo dell'umano dotato di senso che racchiude un peculiare significato ed una intenzionale strutturazione normativa. La fenomenologia sospende il problema delle fondazioni causali nella malattia psichica e si interessa dell'esperienza vissuta, colta nella sua *immediatezza* e nella sua *evidenza*. L'apertura dialogica entro una dimensione inter-soggettiva, la disponibilità autentica all'ascolto (*ibidem*) e un atteggiamento comprensivo [*Verstehen*] sono i presupposti fondamentali, della *Weltanschauung* del fenomenologo, per accedere all'esperienza dell'Altro, per sfiorare aspetti della psicopatologia che la “*raison geometrica e astratta non riesce nemmeno a intravedere*” (*ibidem*, p. 40). In questo senso, la fenomenologia non potrà essere considerata *esatta* nel senso delle scienze fisiche, ma di certo potrà ritenersi *rigorosa* nel senso delle scienze umane (Borgna, 1995).

Il fenomenologo in psichiatria e in psicologia:

“[...] è un eterno de-buttante (...). E noi sappiamo che si comincia sempre da capo perché il patrimonio culturale si allunga, cioè si sviluppa in modo lineare [...], mentre il patrimonio eidetico si allarga in cerchi concentrici, e [...] in punti imprevedibili, per cui sollecita la ricerca di nuove forme espressive allo scopo di allargare nella stessa misura la sfera del consenso.”  
(Calvi, 1998, p. 37)

Come, dunque, far dialogare patrimonio eidetico e patrimonio culturale nell'incontro con l'alterità? In accordo con quanto sostenuto da Mellina (Mellina, 2010), sebbene debba essere riconosciuta allo psicopatologo fenomenologo questa collocazione di esordienza imperitura, non può essere trascurata la necessità di individuare un *modo* comune di intendere e praticare, da un punto di vista fenomenologico, l'incontro esistenziale con l'altro:

*“Un denominatore comune che non può assolutamente prescindere, specialmente oggi, dall'orizzonte culturale di chi parla con chi, chi ascolta chi e di chi predispone il linguaggio negoziale di tale incontro esistenziale, al fine di conferire valore, senso e riconoscimento reciproco alla parola per il proficuo sviluppo del dialogo.” (ibidem, p. 218)*

In questa direzione, si inserisce la riflessione di Ales Bello (2010), la quale riconosce la necessità di individuare strumenti teorici di conoscenza che permettano di interpretare e riconoscere la pluralità dei soggetti culturali. Il metodo fenomenologico può essere considerato come uno strumento idoneo a scrutare *dentro* le culture, individuandone connessioni e diversità, a fondamento di un incontro inter-umano vissuto in una prospettiva etica (*ibidem*, p. 121).

Seguendo l'indicazione husserliana (1936) sul rapporto tra confronto culturale e analisi dei vissuti, diviene possibile indagare esperienze umane differenti rispetto al *logos* occidentale e comprenderne il significato (Ales Bello, 2008). L'analisi regressiva, compiuta attraverso l'epochè, permette da un lato di *“sottolineare la permanenza di strutture presenti negli esseri umani che li accomunano al di là delle diversità di espressioni e che sono rappresentate dai vissuti?” (ibidem)*, dall'altro di evidenziare *“anche la presenza di varie combinazioni dei vissuti stessi attraverso il peculiare dosaggio del momento hyletico e noetico” (ibidem, p. 118)*, con il conseguente compito conoscitivo di coglierne variazioni nel contenuto e nella struttura.

Il tentativo, difficoltoso, di svelare il *nucleo di senso* che contraddistingue ciascun fenomeno culturale e religioso, consente di costruire un luogo di frontiera entro cui somiglianze e differenze possano confrontarsi, lontane da un criterio assoluto di verità.

Sebbene l'analisi dei vissuti si affermi come “*operazione conoscitiva*” (*ibidem*) di tipo anti-intellettuale, inserita in una modalità specifica di pensiero, quello occidentale, “[...] *l'insistenza sugli aspetti comuni presenti negli esseri umani, scoperti attraverso l'indagine filosofico-fenomenologica, può<sup>8</sup> indicare una strada utile all'orientamento etico e guidare una prassi di accoglienza e di ascolto*” (*ibidem*, p. 121), anche in settori come quello della cura psichica.

L'atteggiamento conoscitivo del fenomenologo consente di fare un passo ulteriore nella definizione di uno spazio etico di incontro con l'alterità, *anche* culturale, partendo proprio dal concetto di *evidenza*. Husserl (1931) sostituisce al primato della verifica fattuale quello dell'evidenza, secondo cui “*ogni tipo di cosa ha un modo specifico di darsi a conoscere, ovvero di apparire per quello che è essenzialmente*” (De Monticelli, 2003, p.35). Ad esso si accompagna in modo reciproco e complementare il principio di trascendenza, per il quale “*ogni tipo di cosa ha un modo specifico di trascendere la sua apparenza, ovvero di essere realmente al di là di quanto ne appare*” (*ibidem*). Questi due principi esprimono ciò che la fenomenologia considera essenziale del rapporto fra fenomeni e realtà, apparenza ed essere (*ibidem*).

Il fenomenologo è, dunque, orientato ad accogliere ogni cosa così come si dà a conoscere, per ciò che essenzialmente appare, ma al tempo stesso si lascia guidare, dalle apparenze stesse, oltre l'apparenza delle cose (*ibidem*, p. 36), in un reciproco *chiamarsi e richiamarsi* di visibile e invisibile (Merleau-Ponty, 1964).

Nella distanza *vuota* che la trascendenza istituisce tra *me e l'altro*, si sviluppa quel sentimento di dignità delle persone come tale che chiamiamo *rispetto* (De Monticelli, 2003), presso cui collochiamo la soglia dell'etica.

Mentre la scienza moderna post-cartesiana,

“[...] *con la sua radicale diffidenza nei confronti del mondo sensibile e delle sue evidenze, e più in generale del senso comune, nutre e sostiene una cultura del sospetto, si potrebbe dire che la rivalutazione del mondo delle apparenze implicita nel principio fenomenologico*

---

<sup>8</sup> *Corsivo mio*

*d'evidenza è il primo passo verso una cultura del rispetto che sembra la forma mentis connaturata alla fenomenologia” (ibidem, p. 63)*

In questo senso, dunque, il principio fenomenologico dell'evidenza si fa criterio per l'instaurarsi di un incontro etico. Un incontro in cui il *mio* sguardo si fa *opaco* e *plurale*, orientato allo “*svelamento di un Essere che non è posto, poiché non ha bisogno di esserlo, poiché è silenziosamente dietro tutte le nostre informazioni, negazioni, e anche dietro tutte le domande formulate*” (Merleau-Ponty, 1964).

L'Altro, nell'effettività del suo esperire, non è mai completamente traducibile, non può essere ricondotto entro criteri pre-costituiti, universali, immutabili. Piuttosto richiede che gli venga riconosciuta un'*eccedenza di senso*, che sfugge alla presa di ciò che propriamente mi appartiene e riconosco. Nella reciprocità delle presenze e nell'uguaglianza di poteri costituenti il mondo, l'incontro con l'Altro esige una continua ri-definizione dei criteri relazionali, così che, di volta in volta, lontani da ogni forma di supremazia etnica, si possa stabilire cosa sia “*normativamente*” tollerabile.

L'approccio fenomenologico diviene *paesaggio* entro cui ripensare eticamente la relazione di cura interculturale, partendo proprio “*dal nostro essere incorporati in una prospettiva intenzionale sul mondo*” (Armezzani, 2004, p. 20) che comporta “[...] inevitabilmente, [...] la riscoperta della presenza altrui come condizione del darsi di un orizzonte condiviso. È, infatti, lo stesso limite riconosciuto alla nostra visuale che consente il riconoscimento dell'altro come visuale analoga” (ibidem).

## CAPITOLO TERZO

### DIAGNOSI E SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE IN PSICOLOGIA CLINICA E GIURIDICA

Il Consiglio Nazionale degli Psicologi (CNOP) elabora nel 2009 un “Parere sulla diagnosi psicologica e psicopatologica”. «L’art. 1 della Legge 56 del 18/2/1989 recita: *“La professione di psicologo comprende l’uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità”*. Il legislatore ha inteso, con questo articolo, da un lato accomunare gli psicologi a medici e odontoiatri come uniche figure professionali con facoltà di diagnosi e dall’altro limitare ai soli psicologi la possibilità di formulare la diagnosi psicologica». La sentenza n. 767 del 5 giugno 2006 della Suprema Corte di Cassazione riconosce che ogni azione intenzionata alla valutazione delle caratteristiche psicologiche e/o psicoattitudinali degli individui e che si traduca nella creazione di profili, affermazioni e decisioni sia *«riservata esclusivamente allo psicologo iscritto all’Ordine professionale [...] La diagnosi che gli psicologi possono attuare concerne anche la psicopatologia, come si evince dalle declaratorie dei settori scientifico-disciplinari da M-PSI/01 fino a M-PSI/08 del Decreto Ministeriale del 4 ottobre 2000 del Ministero dell’Università e della Ricerca, presenti nei percorsi formativi universitari dello psicologo (classe 34 e 58/S di cui al DM 509/99 e classe L24 ed LM51 di cui al DM 270/04)»*.

Se pensiamo alla psicologia come a quella *«scienza del comportamento e dei processi mentali sia normali che patologici, di cui la psicopatologia – e conseguentemente la diagnosi psicopatologica – è un aspetto interno [...] La diagnosi non è un atto specialistico di un particolare settore della psicologia, ma un processo trasversale a tutti gli ambiti applicativi della disciplina. Il concetto di diagnosi ha vari significati non univoci lungo un continuum che va da un’accezione ristretta di identificazione di una patologia ad un’accezione ampia di identificazione di un fenomeno sulla base dell’individuazione dei fattori che la caratterizzano (storia del soggetto, sintomi fisici e psichici, modalità comportamentali, attività mentale, informazioni ottenute con varie modalità di valutazione). Il concetto di diagnosi, pertanto, non è univocamente ed esclusivamente connesso a*

*quello di identificazione di patologia»* (CNOP, 2009). Tuttavia, comprende essa al suo interno tale ambito di applicazione, così come evidenziato nella definizione proposta dalla American Psychological Association (APA) nel 2003: *«La diagnosi consiste nella valutazione di comportamenti e di processi mentali e affettivi anormali, che risultano disadattivi e/o fonte di sofferenza (e cioè di manifestazioni psicopatologiche e di sintomi) attraverso la loro classificazione in un sistema diagnostico riconosciuto e l'individuazione dei meccanismi e dei fattori psicologici che li hanno originati e che li mantengono».*

L'Ordine degli Psicologi del Piemonte elabora nel Febbraio 2016 un documento che risponde all'esigenza di chiarire le competenze dello psicologo sul versante diagnostico nel settore clinico e giuridico.

In tale documento, la diagnosi psicologica viene in primis descritta come *processo conoscitivo*, realizzato entro una dimensione relazionale ed interpersonale che può dare luogo – ma non necessariamente – all'individuazione di una psicopatologia, mediante una serie di atti psicologici considerati come *specifici e costituenti* l'atto diagnostico: l'osservazione, il colloquio, la somministrazione dei test. *«In questo senso, nell'accezione ampia dei suoi significati possibili, la diagnosi è contemporaneamente sia un atto conoscitivo di raccolta e categorizzazione delle informazioni, sia un atto pragmatico di comunicazione fra i soggetti implicati, a diverso titolo e livello, nel fenomeno oggetto di osservazione»* (CNOP, 2009). Dunque, il processo conoscitivo definito diagnosi assolve molteplici funzioni: *“conoscenza delle modalità di funzionamento psicologico del soggetto, siano esse normali o patologiche; nel caso in cui sia stata individuata una psicopatologia, categorizzazione delle informazioni, secondo un sistema di classificazione riconosciuto e condiviso dalla comunità scientifica, allo scopo di facilitare la comunicazione fra addetti ai lavori, anche di indirizzo teorico diverso; facilitazione della comunicazione con il paziente; orientamento delle scelte terapeutiche, ovvero la diagnosi come atto preliminare indispensabile per formulare qualsiasi indicazione psicoterapeutica”* (Ordine Psicologi Piemonte, 2016). Gli autori del documento riconoscono nel processo diagnostico due polarità di movimento: da una parte la conoscenza di tipo idiografico – orientata alle peculiarità e singolarità dell'individuo – e dall'altra la conoscenza di tipo nomotetico – indirizzata alla ricerca di elementi di regolarità e che accomunano gli individui nelle differenti situazioni. Lo psicologo,

tuttavia, dovrebbe saper ricomprendere entrambe le polarità nella sua prospettiva, declinando norme generali in singole specifiche ed elaborando ipotesi complessive muovendosi da casi particolari (Dazzi, Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Per tale motivazione, gli autori sostengono che lo psicologo, nel fare diagnosi, debba necessariamente attenersi, nell'atto di sintesi (*diagnosi categoriale*), “*ai sistemi di classificazione riconosciuti (DSM e ICD nelle loro diverse edizioni), sistemi che non possono essere considerati di esclusiva pertinenza psichiatrica poiché ciò, in tutta evidenza, produrrebbe un “assurdo logico/scientifico”, ovvero la necessità di “inventare” una nosografia descrittiva della psicopatologia ad esclusivo uso degli psicologi (si noti: esclusivo!), con conseguenze immaginabili sul piano della comunicazione tra professionisti e con gli utenti*”. Oltre al DSM e all'ICD viene annoverato tra i principali sistemi di classificazione accreditati dalla comunità scientifica il PDM (Manuale Diagnostico Psicodinamico), sistema diagnostico multi-assiale sviluppato in ambito psicoanalitico per valutare la salute mentale dell'adulto e del bambino.

Il documento summenzionato propone una distinzione tra diagnosi psicologica e diagnosi psichiatrica. Mentre la diagnosi psicologica è definita come “*un giudizio clinico teso a valutare aspetti e processi della personalità, modalità relazionali, livelli di competenze cognitive, struttura della personalità, e in genere a descrivere le funzioni psichiche del soggetto, normali e patologiche. È una sorta di “mappatura” del funzionamento psichico che si traduce in una descrizione narrativa il più possibile sistematica e deve rispondere sia a requisiti di specificità (che cosa caratterizza quel dato individuo) sia di generalizzabilità (che cosa ha in comune quell'individuo con altri che presentano caratteristiche simili). Tale diagnosi è effettuata unicamente con strumenti tipici (non esclusivi) della professione di psicologo, quali il colloquio clinico, l'osservazione, la somministrazione di test di personalità o di livello*”. La diagnosi psichiatrica, invece, può essere così intesa e definita: “*il giudizio clinico consistente nel riconoscimento o nell'esclusione di una condizione morbosa dell'apparato psichico, tendente a un inquadramento nosologico della patologia riscontrata, secondo i criteri stabiliti dalle classificazioni internazionali. Tale diagnosi è effettuata attraverso il colloquio clinico, l'osservazione e con la somministrazione di test e di altri strumenti di indagine di competenza medica.*”

La diagnosi psicologica sembrerebbe dunque mostrare, entro tali definizioni, un livello di complessità ben più ampio rispetto a quella psichiatrica, a fronte di un non paritario registro di strumenti diagnostici: il colloquio, l'osservazione e i test si accompagnano, nel caso dell'attività medica, a una serie di strumenti di indagine che risultano essere specifici della professione. Un'ulteriore differenza sostanziale riguarda i *criteri* che sottendono tale giudizio clinico: se da un lato, lo psicologo “mappa” il funzionamento psichico traducendolo in descrizione narrativa, dall'altro, lo psichiatra include/esclude la presenza di una psicopatologia secondo una logica di tipo categoriale.

La discussione in merito alle aree di sovrapposizione tra l'attività diagnostica dello psichiatra e quella dello psicologo prosegue rispondendo alla critica avanzata agli psicologi da parte del mondo psichiatrico in merito all'uso sistematico di sistemi di classificazione e manuali come il DSM – tale critica si aggancia senza dubbio alla considerazione precedentemente esposta. Tale critica sembrerebbe porre l'accento sulla qualità dell'atto professionale – la diagnosi psicopatologica e l'uso di sistemi di classificazione – considerando l'attività diagnostica dello psicologo come abuso professionale. Per elaborare una risposta a tale critica, gli Autori si richiamano al concetto di “atto tipico di professione”, attraverso cui viene chiarito il campo di pertinenza dell'attività psicologica, facendo riferimento non tanto alle finalità o alle conclusioni di una determinata attività (la diagnosi) quanto piuttosto agli strumenti adottati per svolgere l'attività stessa. L'atto dello psicologo, come sancito dall'art. 1 della legge 56/89 sull'ordinamento della professione deve inserirsi in una cornice teorica ed epistemologica ed assumere obiettivi che siano tipici della professione stessa. Come afferma Calvi nel Parere sugli Atti Tipici della professione di Psicologo per l'Ordine degli Psicologi della Lombardia del 2013: *«Un atto tipico dello psicologo è quell'atto che si avvale di certi strumenti e che insieme si radica, nella scelta e nell'uso degli strumenti stessi, su quelle conoscenze teoriche e su quelle abilità tecniche che derivano dalla sua specifica formazione in campo psicologico. Vi è dunque una coniugazione tra la teoria e la tecnica, per cui la teoria senza tecnica rimane nel campo puramente astratto e speculativo, mentre la pratica senza*



*un fondamento teorico conduce all'attività selvaggia [...] la finalità dell'atto, volto alla conoscenza dei processi mentali consci e inconsci e l'eventuale intervento sulla realtà psichica dell'altro.»*

Come già accennato in precedenza, dunque, la differenza intercorrente tra atto diagnostico dello psicologo e atto diagnostico dello psichiatra non risiede tanto nell'obiettivo cui tende l'atto compiuto quanto piuttosto negli strumenti adoperati. L'osservazione, il colloquio e i test possono essere utilizzati da entrambe le figure professionali secondo una medesima metodologia e per una medesima finalità. Lo psichiatra può in aggiunta utilizzare strumenti di pertinenza esclusivamente medica, come ad esempio il farmaco, per pervenire ad una diagnosi *ex juvantibus*. Tuttavia, al di là degli strumenti utilizzati e della sovrapposizione con altre scienze nel processo descrittivo, la diagnosi risponde *in qualunque caso* a domande a *carattere psicologico* e dunque non è possibile sostenere una dicotomia tra diagnosi psicologica e diagnosi psichiatrica. Secondo gli autori, le motivazioni di tale impossibilità possono essere rintracciate *in primis* nella comune matrice di appartenenza delle discipline in questione: entrambe collocabili nel campo delle scienze umane, si interessano nei loro aspetti pragmatici (Fornari, 2011) dell'uomo e della sua sofferenza, dei suoi luoghi appartenitivi e delle sue dimensioni culturali, in un eterno ascolto e ritorno all'altro. In secondo luogo, lo sforzo tassonomico compiuto dalla psichiatria sebbene abbia consentito di creare un lessico comune e condiviso, si è rivelato di per sé scarsamente utile sul piano della clinica; dunque, ha richiesto una sempre maggiore apertura della psichiatria verso gli aspetti psicologici del disturbo/della sofferenza, generando una inevitabile commistione tra i due settori disciplinari (Dazzi, Lingiardi, Gazzillo, 2014).

In un certo senso, diagnosi psicologica e psichiatrica possono dirsi prospettive di accesso differenti e complementari dinanzi al fenomeno indagato. La diatriba sorta in merito a tali questioni ha comportato, tuttavia, come sostenuto da Dazzi, Lingiardi, Gazzillo (2014) una perdita di complessità e un appiattimento della comprensione dell'altro su aspetti monodimensionali (genetica, inconscio, attaccamento, etc), con la conseguenza di vedere tralasciata e trascurata la costruzione di un modello diagnostico che potesse essere inclusivo di

un'integrazione o perlomeno una confrontazione tra sintomi e varie eziologie, di una descrizione accompagnata da spiegazione, di una guida nella scelta della cura. Chiaramente la questione che sorge in merito a tali considerazioni riguarda l'effettiva possibilità di conciliare tra loro sistemi di riferimento epistemologicamente contrastati e mutualmente escludentesi.

A seconda della prospettiva prescelta e del livello di descrizione adottato, lo psicologo e lo psichiatra possono avvalersi di un modello diagnostico di tipo categoriale (cosa il soggetto ha) o ancora di un modello di tipo relazionale, funzionale o fenomenologico (chi è il soggetto). Riprendendo la distinzione elaborata da Fornari (2015) è possibile distinguere tra differenti tipologie diagnostiche, ciascuna avente le proprie peculiarità:

- Diagnosi strutturale, che assume come cornice il modello psicoanalitico e delle relazioni oggettuali;
- Diagnosi categoriale, che adotta una specifica classe nosografica o un codice alfa-numerico;
- Diagnosi dimensionale, in cui viene costruito un contenitore psicopatologico, che raccoglie sintomi tra loro correlati ricondotti a uno specifico meccanismo patofisiologico e a un intervento terapeutico;
- Diagnosi funzionale, che si riferisce al funzionamento psichico intra e intersoggettivo.

Le considerazioni proposte all'interno del documento summenzionato chiariscono quali siano i momenti di sovrapposizione tra le operatività di due discipline – strumenti e definizioni - contigue e contingenti, entrambe collocabili in modo più o meno consapevole entro una dimensione di senso che si occupa di analizzare, studiare, valutare, in uno specifico contesto storico culturale e sociale, ciò che *ovviamente* definiamo psiche.

Psichiatria e psicologia rispondono *alle e delle* medesime questioni riguardo all'umano e al disumano. Pertanto, in tale contesto, saranno analizzate le matrici teoriche e culturali che hanno consentito alla diagnosi psicologica e psichiatrica di svilupparsi, accettando la parziale sovrapposibilità disciplinare e operativa delle

discipline e considerando entrambe come *luoghi* di costruzione e decostruzione delle pratiche e della definizioni sorte intorno allo *psichismo* del soggetto e ai destini delle sue sofferenze.

### 3. 1 Posture critiche<sup>9</sup>: Classificare e nominare lo psichico

*“La diagnosi in psichiatria non ha nulla a che fare con l’esperienza della persona diagnosticata. Di per sé è un processo di denominazione che separa lo psichiatra dalla sofferenza del paziente: non è un “ponte” che favorisce l’incontro, ma una “lama” che lo rende impossibile. Trasforma l’esperienza della sofferenza in un codice verbale, diventando luogo riconoscibile per lo psichiatra, ma inaccessibile (e sostanzialmente irrilevante) per il paziente”* (Saraceno, Gallio, 2013, p. 30). Saraceno (2013) introduce così con veemenza alcune delle considerazioni che saranno sviluppate in tale trattazione attorno al tema della diagnosi.

Il processo di denominazione dello psichico matura in una atmosfera storico culturale in cui la psiche è *in primis* assoggettata al metodo della conoscenza razionale. Siri (1985) mostra come la diagnosi psicologica/psichiatrica si costituisca e prenda forma a partire dalla introduzione dei criteri di normalità e devianza nel campo dello psichico e dall’inevitabile, ma non altrettanto *visibile*, sovrapposizione delle categorie psicologiche con norme ideologiche e morali.

*“Tale processo di razionalizzazione viene portato a compimento dal positivismo e dall’evoluzionismo del XIX secolo; in questa atmosfera culturale può costituirsi un concetto di diagnostica che si impernia sugli assi concettuali della forza/debolezza, del flusso/ostacolo, nonché (in riferimento alla radice borghese) della prestazione/inefficienza (ibidem, p. 111). Giudizio morale e norma sociale si coniugano nell’alveo dell’etichetta diagnostica e il folle, assimilato al povero e all’emarginato, finisce per negare con la sua sola *presenza*, ogni forma di razionalità ed efficienza positivista. Dunque, l’internamento, l’alienazione e l’esclusione sociale.*

Ma proviamo a svolgere un passaggio ulteriore nella considerazione sulle origini. Per comprendere come la diagnosi dello psichico *abbia* luogo e *brandisca* il suo luogo

---

<sup>9</sup> Colucci (2013)

dobbiamo ritornare alle soglie del costituirsi di una disciplina, quella psichiatrica, che ha tentato di recuperare, al pari di altre branche della medicina, una ragione d'esistenza nell'esercizio diagnostico e di reiterare nell'uso ideologico l'egemonia del proprio potere. Come sostiene Foucault (1994), il vizio originario della psichiatria si rivela proprio nella *manca* di un fondamento sicuro per il proprio sapere: mentre la medicina moderna fonda la sua conoscenza e la sua condizione dell'esistere sul corpo fisico, la psichiatria (o il sapere psicologico più in generale) non potendosi richiamare ad un'anatomia patologica, ha ricercato nel momento della *crisi* la vera dimostrazione dell'esistenza e del manifestarsi della malattia. In un certo senso, alla *prova di verità* inscritta e rintracciabile nel corpo si sostituisce una prova di verità in cui *“far esistere i motivi della domanda come sintomi di malattia”* (*ibidem*, p. 232). Dunque, *“i luoghi, le circostanze, le modalità, gli scopi, gli interessi che girano intorno al comportamento del malato e costruiscono l'epifania della sua malattia, fanno funzionare questa scena istituzionale come prova di realtà, ossia come esercizio che produce la malattia nella sua realtà e ne traduce l'esistenza in un sapere medico”* (Colucci, 2013, p. 14). La diagnosi psichiatrica non può dirsi sovrapponibile a quella medica poiché a differenza di quest'ultima non consente di elaborare una prassi terapeutica o di stabilire una prognosi: non è l'organizzazione dei sintomi in una categoria diagnostica a guidare il trattamento, bensì i sintomi stessi; allo stesso modo, a fronte di una medesima diagnosi, l'eterogeneità delle storie individuali non consente generalizzazioni semplicistiche in merito alla prognosi (Gallio, 2013).

Assillo antico della psichiatria è quello di far funzionare la diagnosi come dato assoluto; un tormento che affonda le sue radici nella eterna insoddisfazione di una disciplina che non vede riconosciuto il suo statuto scientifico (Colucci, 2013, p. 13). Le sue funzioni di etichettamento, reiterando una pratica di potere, un rituale di supremazia, accordano uno statuto identitario e una condizione di unitarietà ad una dottrina incerta ed espansa nei suoi confini, oltre che continuamente sfidata da altri saperi. Per tale ragione, la psichiatria dispone della diagnosi secondo un criterio assoluto di presenza/assenza, in cui dietro il travestimento offerto da un altisonante

linguaggio medico e una categorizzazione spesso impropria, i diritti dell'altro possono essere negati, privati, discussi.

La fluidità del costrutto malattia mentale emerge con chiarezza, come evidenziato da Brown (1990), proprio nella correlazione temporale tra la prevalenza di alcune etichette nosografiche e i bisogni di controllo sociale specifici di ogni epoca. La classificazione delle malattie mentali risponde ad esigenze ulteriori, anch'esse non esenti da motivazioni ideologiche, così come teorizzato da Andrews (1991): permette la comunicazione tra differenti figure professionali e ambiti operativi, apre alla possibilità di elaborare studi sulla efficacia clinica dei trattamenti, compresi quelli farmacologici, consente di governare procedure burocratiche a vario titolo, come ad esempio il riconoscimento della disabilità a fini pensionistici e previdenziali. Ma le ragioni che giustificano un suo utilizzo *ambiguo* e la riproduzione infinita di categorie nosografiche risiedono altrove (Gallio, 2013).

### **3.2 Posture critiche: misurare lo psichico**

Armezzani (1994) effettua una attenta ed accurata decostruzione delle matrici ideologiche che sottendono la creazione di un test psicologico e di una diagnosi che possa dirsi "oggettiva". La psicodiagnostica si propone di elaborare un giudizio sulle *"capacità prestazionali dell'individuo considerate quali indici della sua plasticità adattiva"* (Armezzani, 1994, p. 44). Il criterio di riferimento per l'elaborazione di tale giudizio è rappresentato dalla prestazione media. Dunque, i test psicologici non sono costituiti con l'intento di elaborare una diagnosi eziologica o giungere a una comprensione dell'altro, quanto piuttosto per *classificare* sulla base di una norma preposta su un piano statistico. Una volta effettuato uno studio oggettivo del mentale – la prima funzione indagata è stata, non a caso, l'intelligenza, che meglio risponde ad un criterio di analisi della prestazione – la possibilità di misurare con i medesimi strumenti anche altri aspetti della psiche (come ad esempio la personalità) è divenuta plausibile, anzi auspicabile (*ibidem*). La personalità, per quanto sfuggente e criticabile nella sua stessa definizione, può dunque essere misurata secondo criteri "comportamentali" che consentono una comparazione con *la* normalità statistica.

In un certo senso, la scienza della psiche sembra volersi emancipare da ogni criterio di valore, anelando a una conoscenza che possa dirsi oggettiva dell'umano e di tutte le sue caratteristiche misurabili su piano empirico (*ibidem*). Ma nello svolgere questo passaggio, dimentica – in una sorta di *rimozione originaria* – dove i criteri della presunta oggettività sono stati costituiti, *come e a quale prezzo* tale normalità è stata generata, rispondendo a valori di produttività, efficienza, adattamento, inevitabilmente situati sul piano storico e culturale.

La diagnostica perde e *disperde* il soggetto, i significati e le interpretazioni, indirizzandosi piuttosto verso una disciplina che incarna e testimonia la tanto auspicata scientificità della disciplina psicologica: la psicometria.

La misurazione dello psichico ci interroga innanzitutto sul suo significato possibile e sul tipo di conoscenza che essa produce. In secondo luogo, ci conduce verso una riflessione sull'effettivo requisito di analogia che intercorre tra oggetto di misurazione (in questo caso lo psichico) e lo strumento di grandezza adottato. Affinché una realtà empirica possa essere misurata e identificata in un sistema di regole precostituito è necessario che venga trasformata in un costrutto (*ibidem*). Ma per quale motivo tale trasformazione in costrutto misurabile può dirsi garanzia di scientificità? Ci viene incontro nella ricerca di una risposta a tale domanda Marhaba (1976) quando afferma:

*“Il pregio scientifico della misurazione è evidente: una volta accertata sperimentalmente la completa biunivocità tra un determinato costrutto e un determinato sistema numerico, il ricercatore è legittimato a scordarsi del difficilmente manipolabile costruito – che ora ha costituito il suo punto di partenza, subito dopo il dato empirico qualitativo – e ad operare comodamente in senso aritmetico (sommare, sottrarre, moltiplicare, dividere) nell'ambito del solo sistema numerico, con la certezza che i risultati di queste due operazioni astratte sono sempre concretamente e puntualmente significativi sul piano del costrutto, e, in definitiva, sul piano empirico.”*  
(p. 19)

Che cosa accade dunque quando la misurazione riguarda un fenomeno psichico? Quale grado di isomorfismo possiamo considerare possibile con il sistema numerico di riferimento? Armezzani (*ibidem*) evidenzia, a tal proposito, due questioni cruciali. In primo luogo, richiamandosi a un attento esame dei sistemi scalari proposti da Stevens (1946, 1951), sostiene che la “*la biunivocità tra dato misurato (fenomeno psicologico) e sistema numerico non è direttamente assimilabile a quella che postuliamo nel concetto di misurazione del senso comune*” (Armezzani, 1994, p. 57); le misurazioni in psicologia possono dirsi solo *mediate* poiché quanto viene effettivamente misurato non è il costrutto psicologico in sé (intelligenza, ansia, depressione, etc) ma la sua trasposizione esecutiva in condotte, comportamenti, reazioni, riferiti e coniugati sempre entro una cornice teorica, un sistema culturale di riferimento – che già ci interroga su come sia possibile acriticamente utilizzare tali costrutti e misurazioni in mondi e culture altre rispetto a quella in cui tale sistema è stato costituito - e ad una campionatura specifica. In secondo luogo, la misurazione dello psichico e dei suoi costrutti, non potendosi avvalere di *scales a rapporto* (Stevens, 1946, 1951) e necessitando il ricorso a parametri statistici per definire la presenza di una caratteristica nel soggetto, non consente di ottenere misurazioni assolute, ma *soltanto* di elaborare confronti tra valori relativi (Armezzani, 1994, p. 57) – e qui specificherei, ancora una volta, sempre culturalmente e storicamente situati.

Ma è proprio a questo punto che si istituisce una sorta di *dimenticanza*, un vuoto mnestico, in psicologia tanto sul piano operativo quanto sul piano epistemologico, su almeno tre aspetti fondamentali sinora discussi: la mancata corrispondenza biunivoca tra costrutto e sistema di misura, lo statuto epistemologico del costrutto che per sua natura è una costruzione sempre collocata e collocabile e non il fenomeno in sé che si cerca di misurare, la relatività della misurazione ottenuta.

Per esigenze pragmatiche legate alla valutazione psicologica, tali aspetti divengono marginali, irrilevanti, in alcuni casi totalmente sconosciuti. La semplicità e la rapidità con cui, attraverso materiale già pre-confezionato e appositi manuali operativi, viene resa possibile l'applicazione di un test psicologico alimenta l'illusione di una

misurazione che sia realisticamente *oggettiva, ma drasticamente privata* di criticità e consapevolezza rispetto all'uso dello strumento.

Muovendoci ancora più in profondità nell'articolazione del discorso, possiamo riconoscere nella ricerca di una *pretesa* oggettività, la motivazione per cui la psicologia si è indirizzata verso una sempre più accurata e dettagliata misurazione della psiche, con il conseguente abbandono di ogni forma di conoscenza intuitiva. Misurare *oggettivamente* consente a *chiunque e in qualunque situazione* di garantire uniformità di risultato mediante l'uso di strumenti standardizzati e l'applicazione di equivalenti condizioni di osservazione e interpretazione. Perché questo accada, tuttavia, è indispensabile che si ammetta in prima istanza, l'esistenza fattuale e oggettiva, appunto, di ciò che esiste al di fuori del soggetto e che viene sottoposto a valutazione/misurazione.

Come tradurre tali considerazioni a proposito dell'uso dei test in psicologia? Di certo, fornire una misurazione oggettiva dello psichico richiede, in primo luogo, una *neutralizzazione* tanto del soggetto che effettua la misurazione e quanto del soggetto di cui *qualcosa* si rileva. Inoltre, una misurazione di tale entità richiede che i dati psichici *misurati* debbano essere intesi come dati *effettivamente esistenti al di fuori di me*, come oggetti che possono essere valutati *oltre e al di là* di ogni contaminazione soggettiva. Ma se pensiamo che nel momento in cui un oggetto viene definito, si stabiliscono *al tempo stesso* le modalità con cui sarà conosciuto, può davvero una misurazione oggettiva esimerci da una interrogazione sulle premesse che precedono la nostra conoscenza? Possiamo abbandonare le consapevolezze che assumiamo di tale misurazione e renderci ciechi in nome di una obiettività inesistente?

Emerge, in tale direzione, una riflessione inevitabile circa il grado di cognizione e riflessività che uno psicologo abbia nel momento in cui si avvale di determinati strumenti e delle conseguenze pragmatiche che la misurazione comporta, tanto nella costituzione del fenomeno indagato, quanto rispetto al soggetto cui il test è somministrato. In altre parole, cosa conosco quando applico un test per l'ansia? Quali conseguenze tale misurazione produrrà nel soggetto che sottopongo a valutazione?



### 3.3 Sistemi di classificazione

Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders rappresenta il principale strumento di classificazione diagnostica adottato nel mondo psichiatrico e psicologico occidentale. Istituito e prodotto dall'American Psychiatric Association, è stato sino a questo momento editato e riprodotto in numerose versioni, ciascuna delle quali ha presentato modifiche più o meno sostanziali all'impianto nosografico: il DSM-I del 1952, il DSM-II del 1968, il DSM-III del 1980, il DSM-III-R del 1987 (dove R sta per Revised), il DSM-IV del 1994, e il DSM-IV-TR del 2000 (dove TR sta per Text Revision), il DSM-V (o DSM-5) del 2013.

Il DSM si presenta (almeno fino alla quarta edizione) come un *sistema multiassiale* che abbraccia una serie di implicite metodologici ed epistemologici riassumibili sostanzialmente nell'approccio "ateorico" e nelle dicotomie politetico/nomotetico, validità/attendibilità, categorie/dimensioni (con alcune modifiche nel DSM-5).

Il *sistema multiassiale* prevede che il paziente sia valutato in modo simultaneo secondo cinque "Assi" paralleli: I) disturbi clinici (per esempio schizofrenia, depressione ecc.); II) disturbi di personalità (che sono una decina, per esempio borderline, istrionica, ossessivo-compulsiva, narcisistica, paranoide ecc.); III) condizioni mediche generali (cioè non psichiatriche, per esempio polmonite, diabete ecc., le quali possono avere influenza sul disturbo mentale); IV) problemi psicosociali e ambientali (i cosiddetti stressors o gli "eventi di vita", nell'ipotesi che abbiano influenza sul disturbo mentale, per esempio un lutto, un licenziamento, un divorzio ecc.); V) valutazione globale del funzionamento (una scala da 0 a 100 che misura il funzionamento sociale).

Tale approccio, concepito secondo Assi indipendenti, sembra declinare il modello "biopsicosociale" proposto da Engel (1977) e richiamare l'attenzione su aspetti sociali e ambientali che possono in qualche modo esercitare un'influenza sulla malattia. Spesso accade, tuttavia, che il clinico tralasci gli Assi III, IV e V e sia invece focalizzato sui due Assi paralleli dei disturbi clinici (Asse I) e della personalità (Asse II), attraverso i quali la psicopatologia viene sostanzialmente suddivisa (con

importanti implicazioni nel settore clinico): la differenza che intercorre tra Asse I e Asse II si fonda sul criterio della “durata”, per cui mentre i disturbi clinici sono provvisori, i disturbi di personalità perdurano per tutta l’esistenza del soggetto, stabilizzandosi durante il periodo adolescenziale. Si potrebbe sostanzialmente dire che l’Asse I sia sincronico, mentre l’Asse II diacronico o ancora che consiste della dicotomia “stati/tratti” (Migone, 2013): gli “stati” (Asse I) sono temporanei, mentre i “tratti” della personalità sono stabili, fondano e costituiscono l’aspetto l’identitario di una persona. Tale distinzione, tuttavia, non può dirsi sempre veritiera ed apre piuttosto ad una discussione su come i due Assi e le relative psicopatologie possano interrelarsi tra loro.

*L’approccio “ateorico”.* L’esigenza preponderante di costituire un sistema diagnostico attendibile e utilizzabile in tutto il mondo ha condotto gli Autori del DSM (prevalentemente nel DSM-III e IV) e, in particolar modo Spitzer, a ricercare nella descrizione – “descrivere” appunto la sintomatologia per come è ed è *vista* – una modalità per unificare le varie scuole di pensiero e per istituire un sistema nosografico comune. Tale approccio fu impropriamente definito “ateorico”. Impropriamente perché, così come evidenziato dalle successive critiche allo strumento, non è possibile assumere “nessuna posizione teorica”. L’intento di Spitzer era, in realtà, quello di tralasciare qualsiasi teoria causale o eziopatogenetica per consegnarsi piuttosto ai dati d’esperienza, ricercando nell’aspetto descrittivo, il fondamento per un sistema diagnostico valido, attendibile, condiviso da tutti. Per tale ragione, per ciascun disturbo furono individuati specifici “criteri diagnostici” che potessero consentirne la categorizzazione.

*La dicotomia politetico/monotetico.* Ogni disturbo mentale presenta un numero minimo di criteri diagnostici la cui presenza deve essere garantita per effettuare la diagnosi. Sono, inoltre, esplicitati criteri di inclusione e criteri di esclusione. A partire dal DSM-III il criterio monotetico (criteri diagnostici devono essere necessariamente presenti per poter fare la diagnosi) è stato sostituito da un criterio *politetico*, in cui coloro che presentano una determinata diagnosi rispondono ad *alcuni* criteri diagnostici, aventi il medesimo valore ponderale e non sono necessariamente

presenti in contemporanea. La parità e l'uguaglianza tra criteri diagnostici scaturisce proprio dall'adozione di un approccio ateorico, poiché in questo modo viene escluso qualunque legame di causalità o abbandonata qualunque teoria di riferimento in favore di un criterio esclusivamente descrittivo.

*La dicotomia validità/attendibilità.* La validità di costrutto, tra le molteplici tipologie di validità possibili, può essere considerata e definita come quell'insieme di elementi che sostengono un determinato modello teorico utile a spiegare l'eziologia di un disturbo (Migone, 2013). L'attendibilità rappresenta invece il grado con cui operatori diversi concordano sulle diagnosi effettuate in modo indipendente l'uno dall'altro sul medesimo paziente. Gli studi effettuati sul DSM-III hanno consentito di far emergere come, in merito al coefficiente K di attendibilità il valore fosse pari allo 0,81 nella schizofrenia mentre nei disturbi di personalità (Asse II) il suo valore si attesti attorno allo 0,64 con una variazione da 0.26 a 0.87 a seconda dei singoli disturbi. Si tratta, quindi, di un grado di accordo molto basso tra psichiatri sulle diagnosi assegnate. Dunque, sembrerebbe che in qualche modo il DSM-III abbia reso molto più elevata l'attendibilità della diagnosi ma non abbia sostanzialmente modificato la sua validità, che può essere considerata come semplice convenzione (Migone, 2013).

*La dicotomia categorie/dimensioni.* Il DSM-III e il DSM-IV adottano un modello "categoriale" delle malattie mentali, distanziandosi da un modello di tipo "dimensionale".

Il modello categoriale elabora una distinzione netta e qualitativamente identificabile tra malattia e non malattia. Ogni categoria diagnostica è separata dalle altre e tutti i disturbi non chiaramente collocabili in una di esse – ibride, atipiche, miste – possono essere inserite tra i NAS ("non altrimenti specificati"), non presentando alcuna catalogazione specifica. L'approccio dimensionale prende in considerazione un continuum tra normalità e patologia in cui il disturbo può presentare delle variazioni sul piano quantitativo in merito ad alcuni aspetti come ad esempio la dimensione dell'umore o della cognizione.

*Il DSM-5.* Il DSM-III e il DSM-IV non sono riusciti, nell'intento formulato da Spitzer, a consentire la formulazione di diagnosi che possano dirsi *valide*, ma soltanto più attendibili. Gli sforzi compiuti in tutto il mondo per tentare di garantire alla psichiatria, mediante l'uso del DSM, uno statuto scientifico pari a quello della medicina – sono sostanzialmente falliti (Migone, 2013). Per tale motivazione, l'American Psychiatric Association, prima di procedere alla stesura e pubblicazione definitiva della V edizione del DSM, ha divulgato online una versione provvisoria del manuale - prima nel febbraio 2010, poi nel maggio 2011 - presentando in anteprima un elenco dei criteri diagnostici non definitivi e tutta una serie di dati in sostegno del lavoro, sino a quel momento, effettuato con l'obiettivo di ottenere suggerimenti e commenti da parte di clinici e ricercatori. Tali bozze, tuttavia, hanno generato numerose e aspre critiche in merito ad alcune variazioni sostanziali riportate nel sistema classificatorio - come ad esempio l'eliminazione dei cinque disturbi di personalità, l'accorpamento della Sindrome di Asperger allo spettro autistico e alla proposta di una Sindrome da rischio psicotico. Disapprovazioni che hanno certamente avuto un peso rilevante nella definizione ultima resa poi pubblicabile.

In merito alla costituzione e all'uso del DSM-5, gli stessi Spitzer e Frances, fautori e responsabili della creazione delle due precedenti versioni del DSM, hanno espresso importanti riserve e obiezioni. Tra le numerose questioni avanzate, la principale riguarda senza dubbio la totale subordinazione alle richieste delle aziende farmaceutiche che, esercitando un cospicuo controllo sull'intera cultura psichiatrica americana, stimolano subdolamente la creazione e la categorizzazione di nuove o rinnovate malattie mentali per aumentare i profitti derivati dalle vendite dei propri prodotti. Non è un caso che la soglia di assegnazione di alcune diagnosi sia stata drasticamente ridotta, con il rischio sempre crescente di patologizzare e psichiatrizzare qualunque comportamento umano e sociale (come già era drasticamente accaduto per le precedenti edizioni con la diagnosi di ADHD e di Autismo infantile).

Ai fini della trattazione, ci limiteremo a citare soltanto due dei principali sistemi di classificazione adottati a livello globale assieme al DSM:

- L'*International Classification of Disease (ICD)*, ovvero la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO). L'ICD rappresenta lo standard di classificazione per gli studi statistici ed epidemiologici. Attualmente è in uso la decima edizione (ICD-10), approvata nel 1990 durante la 43<sup>a</sup> *Assemblea mondiale della sanità* dell'OMS e adottata a partire dal 1994. Il Capitolo V include disturbi psichici e comportamentali di natura organica, dovuti all'uso di sostanze psicoattive, affettivi, nevrotici, legati a disfunzioni fisiologiche, disturbi della personalità, dello sviluppo psicologico e comportamentali. Tra le patologie presentate vi sono anche la schizofrenia e il ritardo mentale. L'ICD-10 non presenta un sistema multiassiale, sebbene in una versione per la psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza pubblicata nel 1996 siano identificabili sei Assi: I) sindromi cliniche psichiatriche; II) sindromi e disturbi da alterazione specifica dello sviluppo psicologico; III) livello intellettivo; IV) condizioni mediche; V) situazioni psicosociali anomale associate; VI) valutazione globale del funzionamento psicosociale.
- Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM) pubblicato nel 2006 e concepito a partire dalle considerazioni elaborate nel confronto tra differenti associazioni psicoanalitiche americane. Il manuale si discosta in modo significativo dal DSM e dalla classificazione ICD in quanto rifiuta un approccio alla diagnosi categoriale e si incentra piuttosto su una logica dimensionale. Il focus, dunque, si muove sulla singolarità del paziente e sulle sue risorse. L'obiettivo è quello di proporre una classificazione orientata alla comprensione del singolo individuo e alla pianificazione del trattamento. La descrittività e l'ateoricità proposte dal DSM vengono abbandonate in favore di un posizionamento teorico a carattere psicodinamico, all'interno di un sistema che può dirsi multidimensionale, multiassiale e prototipico, che

prende in considerazione anche l'esperienza soggettiva del paziente, il suo funzionamento mentale, le caratteristiche di personalità, le basi strutturali, le risorse dell'individuo nel suo contesto di vita. Il PDM è diviso in tre sezioni: le prime due sono dedicate alla classificazione dei disturbi mentali negli adulti (parte I), nei bambini e adolescenti (parte II) e nei neonati (parte III), la terza sezione è invece dedicata a raccogliere contributi teorici e metodologici del sistema diagnostico proposto. La diagnosi nel PDM si articola sulla base di tre assi, che mettono in evidenza, a loro volta, tre macro-dimensioni:

- Asse P, per la valutazione dei pattern e dei disturbi di personalità;
- Asse M, per la comprensione del profilo del funzionamento mentale del soggetto;
- Asse S, per la valutazione dei pattern sintomatici a partire dall'esperienza soggettiva del paziente.

L'introduzione del DSM tra i sistemi di classificazione internazionale della malattia mentale mostra tutte le contraddizioni di una psichiatria che per oltre due secoli si è affannata nella ricerca di cause e di eziologie e si è ritrovata, invece, ad adottare una nosografia proclamantesi, a gran voce, ateoretica e descrittiva. Il fatto patologico può essere descritto senza contaminazione alcuna da parte della soggettività che lo osserva, soggettività che conserva, tuttavia, la propria concezione della malattia e le proprie teorizzazioni circa le sue origini (Spitzer et al., 1980). I disturbi mentali, reificati, sono entità che possono esistere al di fuori dell'osservatore, che si dirà pronto a descriverli minuziosamente (Frances et al., 1990). Queste premesse garantiscono un sistema nosografico privo di teoria – almeno secondo i suoi ideatori – che permetta una osservazione oggettiva del fatto patologico e mira al costituirsi di un linguaggio comune inter-attendibile. Tuttavia, come già precedentemente osservato, non è utilizzando un vocabolario comune che la validità di una realtà clinica possa essere confermata; al contrario, proprio l'impiego *indiscusso e dato per scontato* di una certa terminologia ci conduce verso una *dimenticanza fondamentale* che riguarda la capacità di quello stesso linguaggio di

concorrere alla costruzione della realtà che nomina. Si modifica, in questo modo, a livello globale la modalità stessa di incontrare e raccontare la malattia mentale e ovviamente di avvinarla nella cura.

Il DSM, con il suo impianto categoriale, incarna il bisogno di “*linee di frattura pulite tra il sano e il patologico*” (Colucci, 2013, p. 15). Pertanto, “*se si osserva l’uso effettivo che viene fatto di questo manuale nella pratica psichiatrica, si scopre che il fine principale dell’impianto categoriale è sempre un criterio di soglia, di esclusione/inclusione, reso necessario da esigenze assicurative, medico-legali o di farmaco-prescrizione: è come se il meccanismo della diagnosi assoluta si moltiplicasse a dismisura nelle innumerevoli scatolette del DSM ripetendo alla fine invariabilmente la stessa domanda: dentro o fuori?*” (*ibidem*). Al contrario, i modelli dimensionali provocano un certo imbarazzo poiché troppo richiamano la fluidità e l’indeterminatezza del quotidiano, in cui normale e patologico si mescolano e prendono forma costituendosi vicendevolmente.

Ma è davvero possibile incasellare in modo così irrigidito l’esperienza dell’altro? La pratica psichiatrica e psicologica rivela piuttosto come l’incontro reale con l’altro faccia emergere una quantità di sfumature e di espressioni della sofferenza tali non poter garantire la totale appartenenza all’una o all’altra categoria, tali da far emergere un *intermedio* in cui le manifestazioni “sintomatiche” si mescolano con quelle stabilite essere normali.

La necessità di rintracciare un linguaggio comune non può essere eliminata; ma altrettanto non può essere tralasciata la consapevolezza del grado di caducità degli strumenti che abbiamo a disposizione e della non esistenza in natura degli insiemi di sintomi che abbiamo costituito.

### **3.4 La diagnosi forense**

La psicologia forense può essere definita come quel “*settore della psicologia giuridica che si occupa di una varietà di richieste legate ai procedimenti giudiziari, su incarico del giudice o delle parti*” (Salvini, Ravasio, Da Ros, 2008, p. 19). Lo psicologo forense può svolgere

consulenze tecniche d'ufficio e di parte in ambito civile ordinario e minorile, mentre in ambito penale, ordinario e minorile può effettuare perizie e consulenze tecniche. In ambito penale, la *perizia* è disposta dal Giudice, su richiesta delle parti o d'Ufficio (dal GUP o dal Giudice del dibattimento), qualora la consideri necessaria a fini decisionali, mentre tutte le altre consulenze sono *tecniche di parte* (CTP) e possono essere svolte per il pubblico ministero, per la difesa dell'indagato/imputato, per le parti civili.

In ambito civile, il Giudice, autonomamente o su richiesta delle parti, dispone una consulenza tecnica d'ufficio. Ciascuna delle parti può nominare consulenti propri, che hanno il ruolo di consulenti tecnici di parte (CTP). Il magistrato chiede allo specialista, che sia esso psicologo o psichiatra, di valutare il periziando o i periziandi al fine di rispondere ai quesiti assegnati. L'oggetto della perizia è precisato dall'art. 220 c.p.p.: «1. La perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche. 2. Salvo quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza, non sono ammesse perizie per stabilire l'abitudine o la professionalità del reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche».

Ciò comporta, dunque, che nei riguardi dell'autore di reato, sia affermato il divieto alla perizia psicologica nella fase di cognizione mentre il medesimo divieto non è estendibile alla vittima, al testimone e al minore. In ambito penale, la diagnosi psicopatologica *si assume come obiettivo* quello di individuare o stabilire eventuali correlazioni tra il disturbo psicopatologico e l'atto giuridicamente rilevante commesso o subito. Dunque, le attività svolte in ambito civile e penale presentano una differenza sostanziale, poiché la valutazione della personalità costituisce un elemento di richiesta del quesito giuridico *esclusivamente* nel contesto civile. Nella fase di cognizione, nei confronti dell'autore di reato, la perizia richiesta è sempre *solo* psichiatrica (artt. c.p. da 85 a 98), volta ad accertare l'imputabilità del soggetto in ragione della presenza o meno di un quadro di infermità mentale che «*ne escluda o ne scemi grandemente la capacità di intendere o di volere*» (artt. 88 e 89 c.p.). La valutazione diagnostica penale di cui è incaricato lo psicologo è «*un accertamento tecnico volto a*



*esplorare il funzionamento mentale di un autore di reato (in collegio con lo psichiatra per il disposto dell'art. 220 c.p.) o, autonomamente, di una vittima o di un testimone»* (Fornari, 2015). Nella fase di cognizione, le indagini che riguardano lo psicologo sono sostanzialmente rivolte alla vittima (circonvenzione di persona incapace, violenza sessuale) di cui si chiede di valutare rispettivamente la «deficienza psichica» (ex art. 643 c.p.) o la «inferiorità psichica» (ex art. 609 bis, 1° co., c.p.).

L'Ordine degli Psicologi del Piemonte nel summenziato documento del 2016 chiarisce in maniera molto dettagliata quali siano le competenze dello psicologo in materia di diagnostica forense. Il ragionamento forense presenta rispetto a quello clinico rivela una serie di caratteristiche specifiche e peculiari: mentre in ambito clinico il *nucleo elettivo* di interesse e attività risiede nell'elemento prognostico e della cura, il ragionamento forense è orientato alla valutazione del funzionamento psicologico e all'accertamento di aspetti a carattere giuridico, quali ad esempio la capacità di intendere e di volere, la capacità decisionale, la capacità genitoriale, la pericolosità sociale.

Lo psicologo può, dunque, trovarsi a rispondere a quesiti strutturati come quelli che seguono (Ordine Psicologi Piemonte, 2016):

*«Esaminati gli atti contenuti nel fascicolo processuale, compiuti tutti gli accertamenti ritenuti opportuni, riferisca il CTU, in merito al contesto paterno e materno (comprendendo i compagni di ciascun genitore), tenuto conto delle personalità dei genitori e della loro capacità di svolgere la **funzione genitoriale**. Riferisca della personalità del minore e della sua relazione con i due contesti. Dica quale possa essere l'evoluzione futura delle relazioni con entrambi i contesti e tenuto conto dell'esigenza di tutelare la possibilità che la relazione del minore con ciascuno di essi si sviluppi in modo da favorirne una corretta crescita affettiva, cognitiva e relazionale, esamini le possibili soluzioni di affidamento e collocazione, evidenziando gli aspetti positivi e quelli negativi» (valutazione della capacità genitoriale)»*

*«Dica il Perito, compiuti i necessari accertamenti, anche strumentali, che riterrà più opportuni, se **AB, al momento del fatto per cui è imputato, fosse capace di intendere e di***

*volere e, in caso di risposta negativa, anche solo in parte, se egli sia persona socialmente pericolosa. Dica altresì se AB sia in grado di stare coscientemente nel processo» (perizia psichiatrica su persona imputata di omicidio)”*

*«Dica il perito, previa lettura degli atti acquisiti e visita del periziando, quale sia **Pattuale situazione psicopatologica del medesimo**; quale sia la misura di sicurezza più idonea a garantire la risocializzazione del reo e se permanga lo stato di correlata **pericolosità sociale** ritenuta in sede di giudizio» (perizia psichiatrica su persona internata in O.P.G.)”*

Indipendentemente dal contesto - civile o penale - e dalla tipologia di quesito formulato, il consulente o il perito *devono* rispondere rispettando criteri di attendibilità e scientificità affinché il giudice possa svolgere il suo compito. Per rispondere a tali criteri, lo psicologo deve garantirsi un discreto grado di coerenza concettuale e metodologica, trovandosi così ad affrontare almeno due ordini di problemi, strettamente interrelati tra loro: stabilire l'oggetto della conoscenza e le modalità con cui tale oggetto sarà conosciuto.

Tuttavia, nell'affrontare tali problematiche “*lo psicologo giuridico non è libero, come il ricercatore*” o il clinico “*di scegliere il livello di configurazione del problema di cui intende occuparsi. L'interrogativo e il problema giuridico è di per sé già preordinato e definito, anche se non in modo aderente o sovrapponibile al suo sapere teorico e clinico metodologico e scientifico. (...) La domanda giuridica, nel circoscrivere e predefinire l'evento vincola lo psicologo a una preordinata e orientata lettura del problema, che sempre e comunque, e in primo luogo, è sociale, storica, culturale oltre che giuridica. La dimensione psicologica del reato o il problema in cui il giudice s'imbatte riguarda appunto una questione che pertiene prevalentemente alle scienze della cultura, prima ancora che alle scienze della natura.*” (Salvini, Ravasio, Da Ros, 2008, p. 20)

Come affrontare, dunque, tali vincoli e restrizioni? Quali ricadute comportano sul piano della strumentazione diagnostica e dei sistemi di classificazione utilizzati?

Fornari (2012) afferma che in ambito clinico forense l'attendibilità delle indagini peritali e il carattere di “scientificità” della prova scaturiscono tanto dagli *strumenti* adottati quanto dal *metodo* che caratterizza il percorso valutativo, che richiede di

essere *rigoroso* e rispettoso della deontologia. La valutazione psicodiagnostica deve attenersi a criteri di metodologia adeguati, che si richiamino a riferimenti condivisi dalla comunità scientifica e la diagnosi dovrà essere effettuata seguendo specifiche categorie e modalità descrittive del funzionamento psichico.

Il sistema giudiziario degli Stati Uniti ha individuato due importanti criteri riguardo alla cosiddetta prova scientifica espressi nelle sentenze Freye e Daubert. Secondo il criterio Freye il perito deve dimostrare che la metodologia adottata sia approvata dalla comunità scientifica di riferimento mentre il criterio Daubert prevede che il perito proponga affermazioni falsificabili e specifichi il grado di errore associato alle sue affermazioni: *«il giudice, nel valutare i risultati di una perizia o di una consulenza tecnica, ha l'onere di verificare la validità scientifica dei criteri e dei metodi utilizzati allorché essi si presentino come nuovi e sperimentali, e perciò non sottoposti al vaglio di una pluralità di casi e al confronto critico tra gli esperti del settore, si da non potersi considerare come acquisiti al patrimonio della comunità scientifica»* (Cass. pen., sez II, 16.4.1997, n. 2751).

Il presupposto che consente un giudice di chiedere a un esperto della psiche di valutare lo stato psichico di un imputato – anche laddove il fatto o il reato sia stato commesso in un momento molto distante nel tempo – è sotteso dalla convinzione che possa essere individuata una causalità lineare tra personalità e comportamento (Salvini, Ravasio, Da Ros, 2008). Tale presupposto, discutibile in se stesso, pone una questione fondamentale in merito proprio alla correttezza delle misure adottate da periti e dai consulenti e alla sovrapponibilità di tali misure tanto come struttura di ragionamento quanto come fatto lessicale, alle esigenze del giudice (ibidem, 2008). *“Ad esempio, il perito può usare un linguaggio psicopatologico in cui i termini utilizzati sottostanno alla regola del “come se” mentre il giudice può accoglierlo in modo letterale. Vale a dire che la rappresentazione che questi si fa dell’evento delittuoso associandolo a una malattia segreta del cervello, ancorché non dimostrabile finisce per trascurare il “come se”, ovvero la valenza analogica e metaforica del perito e, credere che la malattia, ovvero i fattori psicopatologici, esista realmente come un agente causale vero e proprio.”* (ibidem, p. 44).

La provvisorietà ontologica si mostra particolarmente evidente proprio nelle categorizzazioni psichiatriche, assoggettate all’applicazione di un qualche criterio

normativo, non già derivabile da aspetti biologici o fisiologici quanto piuttosto da cognizioni socialmente e storicamente orientate. D'altro canto, però, “*il problema che il giudice sottopone all'esperto è da lui già stato selezionato sulla base di un codice e di una sensibilità morale discendenti da norma proscrittive (cioè che impongono l'astensione a determinati comportamenti)*” (*ibidem*).

Quindi il professionista o il tecnico della psiche – psicologo, psichiatra – riceve un'implicita autorizzazione a considerare norme culturali e sociali come se fossero appartenenti ad un ordine naturale delle cose, generando ambiguità e conflitti tra linguaggi e interpretazioni.

I quesiti cui lo psicologo giuridico si trova a dover rispondere riguardano, nella maggior parte dei casi, l'elaborazione di giudizi – dalla pericolosità sociale alla capacità di intendere e di volere – “*che in definitiva sono affidati all'interpretazione dell'esperto più che alla dimostrabilità empirica della loro esistenza*” (Salvini, Ravasio, Da Ros, 2008, p. 45).

Concetti come quello di pericolosità sociale reificati e considerati come dati ontologici trovano fondamento “oggettivo” in un sapere *supponente* scientifico, dimenticando però la propria origine. Nel costrutto normalità/patologia si risolvono così tutte le contraddizioni intercorrenti tra categorie giuridiche e scientifiche. L'intenzionalità dell'umano, sottratta al contesto sociale e ai giudizi di valore, viene forzatamente sospinta in un discorso di pertinenza medica.

Basti pensare alla definizione di *competenza genitoriale*, che si richiama a pratiche e modi della cura situati entro uno specifico piano culturale e morale, e puntualmente applicati come se avessero carattere di universalità – non senza un certo grado di etnocentrismo – a persone provenienti da culture altre. Allo stesso modo, Foucault (1994) ripercorre il costituirsi del concetto di “personalità pericolosa”, in cui medicina e diritto identificano una relazionalità sempre più estesa tra crimine e patologia della psiche ed estendono la propria pertinenza ad una progressiva serie di comportamenti trasgressivi. Nonostante il diritto abbia tentato di opporre una certa resistenza al progressivo ingresso del determinismo medico dell'antropologia criminale, a partire dal XIX secolo si assisterà ad un progressivo trasferimento di

interesse da parte di giudici e opinione pubblica dal crimine al criminale, dal reato al reo e a tutte le sue caratteristiche biologiche, psicologiche, sociali. La psichiatria, dunque, incomincia ad essere interpellata non più soltanto per valutare l'ipotetica componente patologica di un crimine, ma un l'intero ambito delle violazioni, a prescindere dalle competenze possedute o dalla attendibilità scientifica della sue affermazioni.

### **3.5 I test mentali in ambito forense**

La pratica psicodiagnostica si rivela perfettamente aderente, come modalità conoscitiva, alla riproduzione di realtà psicologiche determinate entro il costrutto normalità/patologia. Le distorsioni che ne derivano trovano, nella pratica giuridico-forense, un ulteriore inasprimento. Indispensabile, per lo psicologo forense, diviene così deliberare quali strumenti teorici, operativi e, talvolta linguistici, siano adatti per rispondere in modo adeguato e pertinente alle richieste del giudice.

A tal proposito, la comunità scientifica propone di ricercare e rispettare una *compatibilità* tra l'ambito di riferimento – quello forense – e lo strumento utilizzato, nonché tra dati ricavati e loro effettiva utilizzabilità. Questa indicazione ci rivela già un dato importante: gli strumenti adottati e i risultati ottenuti attraverso la somministrazione dei test nel settore forense sono di derivazione clinica. La *competenza clinica* rappresenta, dunque, il *dispositivo* e il *fondamento* della valutazione forense poiché da un lato consentirebbe di avanzare delle ipotesi sul funzionamento del soggetto e formulare una diagnosi, dall'altro di scegliere gli strumenti più adatti e selezionare tra i risultati ottenuti quelli effettivamente rispondenti e pertinenti al quesito del giudice. Tuttavia, si afferma, a proposito della diagnosi clinica in ambito forense, che le risultanze dei test non possono essere considerate come esaustive ma necessitano di una integrazione con evidenze cliniche e processuali. La comunità scientifica ritiene auspicabile l'utilizzo di una *batteria di test* costituita da reattivi che consentano di valutare le differenti aree psicologiche dell'individuo. Fornari (2015) sostiene che le interpretazioni di tipo errato possano essere ridotte in modo drastico

utilizzando dati *empirici* derivati da strumenti testologici di varia natura, purché validi e attendibili, e confrontando quanto emerso dagli stessi con un esame obiettivo psichiatrico. La somministrazione e l'interpretazione dei test deve avvenire secondo le indicazioni presentate nei manuali scientifici di riferimento, sia per ciò che attiene la metodologia, sia per ciò che riguarda tarature e standardizzazioni.

Le indicazioni e le raccomandazioni diffuse dalla comunità scientifica sembrano eludere una serie di questioni cruciali, ad esse sottese, che ne costituiscono invece il presupposto.

In primo luogo, ciò che sembra essere scotomizzato è che alla psicopatologia forense venga richiesta e conferita una competenza che talvolta eccede il proprio campo di pertinenza, con una immediata ricaduta sulla scelta degli strumenti adottati per svolgere il compito assegnato.

L'utilizzo di uno strumento testistico per la valutazione di aspetti psicologici di una persona non può dirsi equivalente o paragonabile a procedure e protocolli di tipo medico, che consentono di valutare, ad esempio la gravità di una patologia (Salvini, Ravasio, Da Ros, 2008). Inoltre, *“spesso la prassi suggerisce di indirizzarsi all'uso stereotipato di strumenti accettati per tradizione, per ripetitività che elude e ignora il problema della pertinenza, della pregnanza e della coerenza tra strumenti, teorie, assunti, metodi. Ricorrere a test psicologici passpartout cullati dalla certezza che possano cogliere in modo indiscriminato qualunque aspetto psicologico si desideri valutare e confortati dalla loro frequenza d'uso, pone il perito nella condizione di non rispondere in modo appropriato alla natura dell'interrogativo.”* (ibidem, p. 267) Spesso le valutazioni in ambito forense si focalizzano su strumenti che valutano la struttura di personalità – per quanto questo sia effettivamente possibile con gli espedienti a nostra disposizione – e tralasciano invece di considerare tutta una serie di aspetti relativi al contesto, alle intenzionalità, ai valori, ai significati dei soggetti e che in questo ambito, proprio per le ricadute pragmatiche lo contraddistinguono, dovrebbero essere considerati come cruciali per garantire pertinenza all'elaborazione della risposta. In un certo senso, *“la personalità da concetto polisemico diventa (...) un insieme di tratti considerati in modo simile a caratteristiche fisiche e biologiche. Il termine psicodiagnostica, postulando l'esistenza di oggetti psichici, suscettibili di diagnosi, impedisce*

*di cogliere negli atti e nelle azioni, nei sentimenti e nelle esperienze delle persone, il loro aspetto storico, culturale, semantico e intenzionale, sovraindividuale e sistemico” (ibidem, p. 268).*

Tale considerazione ci consente di transitare verso un secondo aspetto eluso dalla prassi comunemente condivisa nella valutazione forense: la discontinua e illusoria sovrapposibilità tra categorie giuridiche e categorie scientifiche.

Il giudice configura, entro restrizioni normative e limiti imposti dalle categorie giuridiche, l’oggetto della conoscenza e della valutazione, lasciando, tuttavia, allo psicologo l’*illusione* che sia affrancato nel suo compito e libero di costituire, entro le categorie scientifiche, il proprio oggetto di indagine.

Tale illusione diviene *certezza* quando la psicodiagnostica assimila i fatti della psiche ai fatti giuridici, creando una impropria e indebita sovrapposizione epistemologica, poi immediatamente nascosta. D’un tratto il carattere oggettivo delle condotte attribuite a un soggetto diviene trasferibile e riconducibile a un altrettanto oggettivo tratto psicologico, in una corrispondenza, a questo punto, non più eliminabile.

Da un punto di vista storico e culturale, il compito dello psicologo e dello psichiatra forense diviene sempre più attività complementare all’azione giudiziaria e alla difesa sociale, da un punto di vista morale, cognitivo, ideologico (Szasz, 1984; Foucault, 1975; Santoloni, 1977; De Leo e Salvini, 1978) e “*la diagnosi psicologica o psichiatrica nasconde, più di quanto riveli, un osservatore che giudica, piuttosto che un osservatore neutro che registra (...)*” e “*contiene anche le convinzioni di un osservatore socialmente situato (lo psicodiagnosta), definito e orientato dal tipo di richiesta del committente*” (Salvini, Ravasio, Da Ros, 2008, p.265).

### **3.6 Sulle radici culturali della diagnosi**

*“La storia della psichiatria è, sul piano epistemologico, la storia delle sue procedure diagnostiche: contestate, provvisorie, in ogni caso sempre saldamente connesse ai contesti e ai suoi protagonisti, alle contingenze della storia, alle infinite tensioni che percorrono il sociale. La loro provvisorietà non ha però condotto alla più ovvia delle conclusioni: la produzione della diagnosi è in psichiatria largamente dominata da valori culturali, sensibilità storiche, egemoniche e che pertanto essa segue*

*come un'ombra il corso di ciò che chiamiamo mentalità riflettendone i contrasti, i silenzi, gli antagonismi.”* (Beneduce, 2013, p. 209).

Negli ultimi vent'anni, numerosi studi e riflessioni teoriche hanno contribuito a rivelare le dimensioni culturali e politiche della diagnosi medica e psichiatrica, i suoi processi di reificazione e di nascondimento di questioni sociali e istituzionali (Nancy Scheper-Hughes, 1992; Bourgois, 2008; Ong, 2005; Losi, 2000; Barbetta, 2003; Eldestein, 2004).

Il giornalista americano Watters in *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche* del 2010 individua quali possibili rischi possa comportare la diffusione di teorizzazioni psichiatriche occidentali, in un *altrove* lontano dall'Europa e dagli Usa in cui il disturbo mentale sia concettualizzato e curato in modo *altro*. L'annullamento di una cultura locale mediante l'imposizione di una visione egemonica – che in tale caso adotta un modello di spiegazione a carattere biomedico e una classificazione diagnostica statistica – comporta da un lato l'uniformazione dei modi della soggettivazione – culturale, valoriale, religiosa, inconscia - ad un modello di riflessione e individualismo tipicamente americano, dall'altro a una perdita del tessuto sociale di riferimento, che rappresenta il fondamento e il riferimento per la presa in carico, la cura e la guarigione entro modelli terapeutici tradizionali.

Uno degli esempi proposto da Watters a sostegno delle proprie considerazioni mostra chiaramente come l'uso di un sistema di classificazione diagnostica quale il DSM possa influenzare la narrazione della sofferenza, facendola rientrare, come in un letto di Procuste, entro dimensioni nosografiche prestabilite. Nello specifico, egli riprendendo un fatto di cronaca avvenuto nel 1994 ad Hong Kong – una ragazza morta per un collasso mentre tornava a casa da scuola - mostra come possa essere diffusa e innestata una diagnosi di malattia mentale - in questo caso di anoressia - in un contesto che ignorando le cause, ricerca spiegazioni per un fenomeno inspiegabile altrimenti. I media in tale occasione, infatti, adottarono le opinioni proposte dagli psichiatri occidentali, i quali riscontravano in quel disturbo un'aderenza a modelli di estrema magrezza come sinonimo di bellezza, una dispercezione corporea e una implicita richiesta di aiuto. Le spiegazioni proposte



rispecchiavano una visione – europea e statunitense – certamente non corrispondente alla realtà clinica di alcune rare pazienti, peraltro già note alla psichiatria locale, che manifestavano quel tipo di comportamento privativo. La ripetizione ossessiva di tali “spiegazioni” impose una nuova narrazione della malattia lontana dall’universo culturale locale e impostata invece sulla visione del DSM. In questo modo, il termine anoressia fu utilizzato come etichetta per definire una “malattia” cui furono assegnati dei sintomi e delle spiegazioni, mobilitando sul piano privato e sociale genitori e insegnanti affinché monitorassero i comportamenti delle giovani e offrendo a queste ultime nuovi modelli di identificazione tramite cui esprimere il proprio disagio. I casi di anoressia aumentarono così in modo vertiginoso. Si potrebbe pensare che i criteri nosografici avessero permesso di diagnosticare una patologia già diffusa ed esistente, come se in un certo senso, fosse già là fuori, sconosciuta e che attendesse soltanto di essere nominata e riconosciuta.

In realtà, Watters sostiene che la diagnosi offerta dal DSM non fosse servita ad identificare pazienti anoressiche prima non riconoscibili o misconosciute, quanto piuttosto a fungere da modello di immedesimazione per giovani pazienti che ritrovavano, in un quadro sintomatologico ben definito, un contorno ed un contenimento per una sofferenza ed un’angoscia dilaganti e confusive.

Appare evidente, dunque, come il moltiplicarsi delle categorie diagnostiche abbia, da un lato, comportato un incremento da un punto di vista epidemiologico delle malattie mentali, dall’altro abbia determinato una sempre maggiore psichiatrizzazione e psicologizzazione della sofferenza e dei comportamenti umani, con un conseguente aumento dell’assunzione di farmaci. L’interesse delle case farmaceutiche verso la ricerca scientifica in ambito psichiatrico è così progressivamente aumentato nel tempo, condizionandone pesantemente gli esiti tramite continui sovvenzionamenti.

Il linguaggio del DSM legittima una ricerca scientifica che, mentre tenta di affermare la sua oggettività, si rende in verità sempre meno valida e coerente, sempre meno

adatta a conoscere la realtà clinica, sempre meno capace di riconoscere i suoi limiti e le sue legittimità.

Adottare un posizionamento critico rispetto a tali questioni, consente di riconoscere l'ideologia che *sottende e nutre* la diagnostica descrittiva del disturbo mentale e di ritornare alla continua ed ineliminabile reciprocità tra persona e contesto, “*laddove il sapere che spiega il disagio parta dalla cifra disordinatamente umana della soggettività che vive, piuttosto che dalla tirannica evidenza della diagnosi che la nomina*” (Colucci, 2013, p. 23).

La categorizzazione diagnostica, situando nel fondo del già noto lo sconosciuto, l'incomprensibile, il non controllabile contribuisce a dichiararne uno statuto di realtà che diverrà tale nelle sue conseguenze. La sofferenza psichica, nominata e riconosciuta, diviene, nel consenso sociale, entità autonoma e fortifica la sua valenza performativa – basti pensare a diagnosi come il Post Traumatic Stress Disorder da cui deriva la possibilità di ottenere un permesso di soggiorno.

La diagnosi, tra tutte le istituzioni immaginarie, si dimostra quella più efficace nel nascondere la propria origine (Beneduce, 2013, p. 210). Tuttavia, è proprio nell'altro, culturalmente altro, che la sua legittimità e il suo nascondimento trovano una minaccia autorevole e ineliminabile.

Nonostante i numerosi tentativi egemonici di introdurre un'idea di *salute mentale globale*, di decontestualizzare la sofferenza nelle culture-bound syndromes, di designare altrimenti i conflitti, l'*alterità culturale* persiste nell'ostacolare un'universalizzazione della sofferenza psichica e della sua categorizzazione diagnostica (*ibidem*).

Il paziente straniero che accede ai servizi sovverte le prassi ordinarie della cura, sfugge alle categorizzazioni – potrò ancora utilizzare i *soliti* test? Potrò ancora dirmi certo che quella che *vedo* sia una depressione? Un attacco di panico? Una catatonia? - e mette in crisi quella modalità etnocentrica, tutta occidentale, di guardare all'altro pretendendo di riconoscere i suoi – che siano davvero suoi? – bisogni.

L'impressione è che la sofferenza, *qui e altrove*, *si ribelli* a certi schemi, proclami la sua irriducibilità, la sua un'eccedenza di senso, l'impossibilità di essere colta nella sua interezza. Sarebbe aberrante credere che sia davvero tutto lì, in quel sintomo *già*

*ricosciuto*, constatare che quella profondità irriducibilmente umana che la follia ci racconta e a cui ci *richiama*, possa essere miseramente ridotta a una lista di sintomi, addormentata in un farmaco, frazionata in interminabili brandelli, solo per placare la *mia* inquietudine dinanzi all'ineluttabile altro.

### 3.7 Una diagnosi *altra*

Se pensiamo alla psiche “*non come un oggetto con qualità peculiari, ma come essere nel suo mondo*” (Jaspers, 1913, trad. it. P. 10), le sue manifestazioni divengono echi, accenni lievi a significati che esigono un accoglimento, un'interpretazione, una comprensione resa possibile soltanto entro e a partire da quel comune *fondamento* dell'umano, in cui riconosco ciò che l'altro sta provando, senza tuttavia sperimentarne l'aderenza.

Il tentativo della diagnosi di naturalizzare la sofferenza, riconducendola ad aspetti di tipo meramente statistico, rivela tutto l'inganno celato nella volontà di quantificare l'umano: nella psiche “*mai possiamo stabilire relazioni di causalità come in fisica e in chimica. Questo presupporrebbe una completa quantificazione dei processi indagati, cosa che nello psichico (...) per principio non è mai possibile senza che vada perduto il vero oggetto di indagine, cioè lo psichismo*” (Jaspers, 1913, tr. it. p. 238)

Colui che si approssima alla conoscenza dell'umano – e del suo dolore - non può, dunque, esimersi dal guardarsi e riguardarsi come *soggetto*, che *partecipa* di questa conoscenza, che si avvicina all'altro, portandosi *entro* l'altro, senza che sia possibile prescindere da se stessi e dai propri *presupposti*, di cui si richiede immediata una chiarificazione: “*il ricercatore non è colui che ricerca con il puro intelletto, come una forma vuota, nella quale si raccoglierebbe tutto ciò che si può apprendere dal mondo esterno. E' piuttosto il ricercatore con tutta la sua validità, strumento indispensabile del suo stesso conoscere. Già in lui devono trovarsi quei presupposti senza i quali rimarrebbe sterile la sua ricerca. Per liberarci dai pregiudizi dobbiamo chiarirli e dobbiamo comprendere i presupposti necessari (...). I pregiudizi sono falsi perché sono presupposti ultimi che si sono consolidati e che sono erroneamente considerati*

*assoluti (...). I presupposti sono veri e autentici in quanto stanno nell'essere del ricercatore come condizione della sua capacità di vedere e di comprendere.”* (Jaspers, 1913, p. 23)

Quando pronuncio “l'altro è depresso”, “è ossessivo compulsivo”, “è schizofrenico” *pre-suppongo* che questo altro non abbia storia, non abbia memoria, non abbia destino; e mentre mi *lusingo* che una tale terminologia mi garantisca *dignità* come medico o come psicologo, mi introduca a pieno diritto in un mondo “professionale” che parla quel linguaggio e lo condivide, l'altro sparisce oltraggiato, vilipeso dentro una malattia che gli toglie ogni speranza.

L'estraneità dell'altro, limite invalicabile e inesauribile alla *mia* comprensione, non consente misure esatte, ma solo continui avvicinamenti e aggiustamenti, attraverso la presenza propria; la diagnosi può così configurarsi soltanto come ricerca di senso e interessarsi della persona nella sua totalità - e non del suo sintomo.

D'altro canto, le stesse ricerche condotte sul DSM-III e IV mostrano come tali strumenti si rivelino poco utili nella pratica clinica perché non forniscono indicazioni sul trattamento, né tanto meno aiutino a formulare una prognosi: “*per quante misure si prendano per ottenere con esattezza una definizione degli individui esse non possono rispondere alla questione del che cosa possa fare con quella persona* (Armezzani, 1994, p. 52). Misure che rivelano solo un criterio costruttivo fallace, espressione di un tacito *non sapere* a proposito della psiche. La frammentarietà dei modelli di riferimento e delle conoscenze, la funzione meramente descrittiva delle categorie diagnostiche, ne indicano solo la conferma. “*Lo stato fluido del sapere psichiatrico non è un delitto, è un dato di fatto. La pretesa stabilità e coerenza dei sistemi diagnostici è invece un delitto di superbia in quanto scotomizza la fluidità, occulta il dubbio, asserisce la certezza.*” (Gallo, 2013, p.36-37)

Kleinman (2012), intervenendo in merito al dibattito relativo alla pubblicazione del DSM-5, si domanda quale effettivamente possa dirsi durata “normale” per il superamento di un lutto: per quanto tempo ci è concesso essere tristi o sconvolti prima di ricevere un'etichetta diagnostica? E prima della somministrazione di un farmaco?

La psichiatria decontestualizza la sofferenza, promuove un linguaggio comune in cui, tuttavia, ogni differenza culturale, sociale, economica *si fa perduta*. La psicologizzazione di conflitti, disuguaglianze, condizioni di povertà celebra una *psichiatria universale*, che nel momento stesso in cui si propone di assicurare, rivela tutta la sua debolezza e infondatezza.

Se da un lato, la differenza culturale rappresenta un limite all'intesa tra specialisti, dall'altro diventa il campo entro cui produrre e riprodurre a tutti i costi la propria egemonia: basti pensare al "furore omicida" - *amok* - in Malesia *riconosciuto* nel mondo occidentale e denominato "psicosi reattiva breve con comportamento amok-simile" (Guilé, 1989).

Di fronte ad un soggetto, che si dichiara inviolabile nella sua alterità e inseparabile dal suo contesto, non possiamo limitarci ad applicare un tecnica, più o meno oggettiva, condivisa, stimata – psicodiagnostica o terapeutica – o una categorizzazione diagnostica per provare a contenere la sua incontenibile diversità. Ciò a cui invece possiamo accedere è la *relazione*, che diviene *tramite e meta* dell'incontro con l'altro e che ritrova nel dialogo e nell'ascolto i suoi principali strumenti di interazione.

Soltanto interrogando la mia epistemologia, le mie identificazioni, la mia storia posso incontrare l'alterità dell'altro, l'estraneità della sua lingua, la distanza delle sue angosce. Soltanto, interpellando le interazioni che accadono negli spazi e nei tempi vissuti dalla persona, la sofferenza dell'altro può essere adeguatamente *collocata*, non ridotta a una mera etichetta o *scongiurata* entro una dimensione culturale statica, monolitica, reificata.



## CAPITOLO QUARTO

### LA RICERCA

Negli ultimi anni sono stati sviluppati numerosi studi che si propongono di contribuire e ampliare i dibattiti sulla salute interculturale, sulla costruzione culturale della diagnosi e dei suoi strumenti, sulle modalità di accesso ai servizi di psichiatria e psicologia clinica da parte della popolazione migrante, sulle rappresentazioni e sulle pratiche concernenti la malattia e i modelli terapeutici (Scheper-Hughes, 1990; Koller, 2006; Pizza, 2004; Schirippa, 2005; Crudo, 2004; Augè, Herzlich, 1983; Beneduce, 1993, 1994; Lucas, Barret, 1995; Laplantine, 1986; Zimmerman, 1980).

La ricerca presentata si propone di partecipare a tali dibattiti elaborando *un'analisi critica* delle norme, delle pratiche e dei discorsi che producono categorizzazioni sulla salute mentale del paziente straniero. Lo studio è stato condotto all'interno di due differenti contesti applicativi – psicologia clinica e giuridica – ed entro una cornice teorica di riferimento di tipo fenomenologico ed etno-psichiatrico.

Nello specifico, si è scelto di condurre lo studio focalizzando l'attenzione su esperienze, pratiche, appartenenze e vissuti del professionista (psicologo/a o psichiatra) che lavora con il paziente straniero. Il professionista della salute mentale entrando in contatto con i mondi privati dei suoi interlocutori si trova a dover direzionare il suo intervento e a domandarsi se *“far aderire i suoi interlocutori ai paradigmi delle sue teorie di riferimento e richiedere loro un adattamento crescente alle regole sociali del (proprio) mondo moderno (...) o all'opposto entrare insieme alle persone che incontra nei rivoli delle loro teorie e delle loro rappresentazioni promuovendo contemporaneamente delle strategie di modificazione in seno alla società stessa e favorendo la nascita di nuove pratiche di ospitalità rivolte ad accogliere l'Altro per quello che è.”* (Beneduce, 2008, p. 59).

Tale ricerca propone, inoltre, un'interrogazione sul tema, sin ad ora trattato solo marginalmente in letteratura, della psico-diagnostica con la popolazione migrante in psicologia forense. In psicologia giuridica si rendono evidenti, tanto quanto nella clinica, le *conseguenze pragmatiche* (Beneduce, 2013) che l'uso della diagnosi comporta:

tra la “debolezza epistemologica” e la “potenza performativa” può decidere della vita di una persona, decretare la capacità di esercitare il ruolo genitoriale, svolgere un lavoro, ottenere protezione umanitaria (Beneduce, 2013).

Inoltre, lo psicologo/psichiatra forense deve rispondere ad un quesito pre-ordinato e definito da un altro - il giudice - (Salvini, Ravasio, Da Ros, 2008) ed esprimersi, a partire dalla valutazione psicologica e mediante la diagnosi, sulle intenzioni e sulla volontà della persona, - ma si trova inevitabilmente a confrontarsi con costrutti (come appunto la capacità di intendere e di volere) che più che essere empiricamente dimostrabili e anticipabili, possono essere affidati solo alla interpretazione dell'esperto (*ibidem*). Si evidenzia, dunque, un conflitto tra categorie cliniche e giuridiche (*ibidem*) in cui il diritto interviene sull'individuo per ciò che *si dice che sia*, piuttosto che *per ciò che ha commesso* (Foucault, 1994). Le criticità evidenti rendono, dunque, tale ambito di studio notevolmente interessante e innovativo, soprattutto se pensato e analizzato rispetto all'incontro con la persona migrante.

#### **4.1 Obiettivo generale:**

La ricerca si propone di studiare le pratiche e le narrazioni prodotte nell'incontro di valutazione psico-diagnostica – in ambito clinico e giuridico – con la persona straniera, concentrando l'interesse sull'esperienza vissuta da parte del professionista e sull'uso della diagnosi e della strumentazione diagnostica.

#### **4.2 Obiettivi specifici:**

Gli obiettivi specifici perseguiti dalla ricerca possono essere così esplicitati:

- individuare i *principali criteri/strumenti diagnostici* adoperati nell'incontro con la persona migrante in relazione ai differenti ambiti di applicazione in cui lo/la psicologo/a/psichiatra opera (sceglieremo in tale contesto l'ambito clinico e quello giuridico), analizzandone presupposti teorici e metodologici;
- studiare *l'esperienza vissuta (in senso fenomenologico)* dal/dalla professionista che



incontra l'alterità culturale nella valutazione psicodiagnostica;

- proporre una rilettura in chiave antropologica dell'uso della diagnosi in psicologia clinica e giuridica ed elaborare *un'analisi critica* delle norme, delle pratiche, e dei discorsi sociali e politici che producono categorizzazioni sulla salute mentale del paziente straniero;

- individuare un *metodo* con il quale l'Altro culturale possa essere incontrato nella valutazione diagnostica e nella relazione di cura.

### **4.3 Criteri della ricerca**

#### **4.3.1 Il principio euristico**

Lo studio si sviluppa come *ricerca euristica* (Moustakas, 1994), rivolta ad un'esperienza umana significativa che, da un lato, rende evidente l'interesse del ricercatore, dall'altro rimanda a questioni sociali di tipo globale e universale: la problematica posta e analizzata dal ricercatore *“può essere stata una sfida personale e un enigma nella ricerca del proprio sé e del proprio mondo. Il processo euristico è autobiografico, anche se, virtualmente, in ogni questione d'interesse c'è anche un significato sociale e, forse, universale”* (*ibidem*, p.17). Ha quindi ispirato e guidato la ricerca un interesse che si lega a vissuti autobiografici e a interrogazioni cresciute in relazione ad una questione articolata, complessa, drammaticamente attuale come la problematica della salute mentale dei migranti e degli stranieri.

#### **4.3.2 La ricerca qualitativa: situata, contestuale, riflessiva**

Da un punto di vista metodologico, la ricerca si ispira e persegue i principi e i criteri della ricerca qualitativa, che possono essere così intesi: *“la ricerca dovrebbe essere sul processo per cui le persone arrivano a dare un senso alle cose”; dovrebbe implicare il lavorare con i soggetti e non sui soggetti; le costruzioni del ricercatore dovrebbero essere dichiarate esplicitamente in ogni formulazione e ogni indagine; e i risultati ottenuti essere considerati meno importanti, alla fine, del processo globale della ricerca stessa; la quale, dopo tutto, rappresenta una versione del processo che si sta investigando. La domanda cruciale, riguardo a qualsiasi progetto di ricerca, dovrebbe essere quanto, come processo, ha illuminato la nostra comprensione del complessivo*

*tentativo umano di dare un senso alle nostre vite, e quanto si è dimostrato fruttuoso nel suggerire nuove imprese esplorative*” (Bannister e Fransella, 1971, pp.64-65).

In accordo con le implicazioni teoriche e metodologiche della fenomenologia e dell'approccio etnopsichiatrico, la ricerca è stata condotta seguendo criteri di *contingenza, situatività, riflessività* (Mantovani, Spagnolli, 2003). La *situatività*, postula la coerenza fra obiettivi, metodi e interpretazione dei risultati, in stretta connessione con il contesto entro cui la ricerca si svolge; la *contingenza*, accoglie il valore sempre situato dei risultati; la *riflessività*, richiede la consapevolezza, da parte del ricercatore di non poter assumere un atteggiamento neutrale, ma di essere egli stesso strumento di conoscenza. A tali criteri si aggiungono, da un lato, la verifica della verosomiglianza (member validation) e l'interesse dei risultati per la comunità scientifica, dall'altro il principio di triangolazione, che può riguardare dati, osservatori, teorie o, infine, metodologie.

La validità della ricerca può essere ricercata, in tale cornice teorica e metodologica, nell'*incontro di prospettive* (Maxwell, 1992) – la validità dello studio è tale soltanto se aderente alla 'verità di esperienza' dei partecipanti – e nella *utilità* (Gergen, 1999) – validità intesa come produzione di nuova conoscenza orientata a processi trasformativi. Inoltre, come afferma Armezzani (2004), una ricerca può dirsi effettivamente valida quando persegue *criteri di conformità* - tra premesse teoriche e scelte metodologiche – e *di profondità* – verso il comune fondo umano dell'esperienza. Il compito del ricercatore risiede nella comprensione del *senso* dell'esperienza vissuta dai partecipanti alla ricerca, costruito e ricostruito nella condivisione dell'incontro e del contesto nel quale si è sono collocati. Il dato è così “*inteso come elemento di una serie equivalente di informazioni, ma nell'originario significato (datum) che implica uno scambio tra persone*” (Armezzani, 2004, p.48).

#### **4.4 Metodologia e progetto della ricerca**

In accordo con tali principi e criteri, sono state adoperate metodologie di ricerca differenziate secondo il *principio di triangolazione* (Denzin, 1978). La combinazione di differenti metodi di raccolta dati, prospettive teoriche e discipline di riferimento

permette di osservare il fenomeno da angolazioni molteplici e complementari, nonché di giungere ad una maggiore comprensione del problema di ricerca. Nel caso specifico, sono stati raccolti dati di tipo qualitativo e quantitativo procedendo in modo continuo e parallelo (Flick, 2011), secondo una procedura di tipo concorrente (Creswell, 2003).

Le fasi di ricerca previste sono le seguenti:

- **Indagine conoscitiva ed esplorativa preliminare mediante questionario online.** In tale fase, è stata effettuata una raccolta di informazioni in merito alla valutazione psico-diagnostica della persona migrante con finalità giuridico-forensi mediante l'invio di un questionario online a psicologi operanti nel settore di riferimento.
- **Interviste in profondità.** Tale fase della ricerca, prevede la conduzione e l'analisi di interviste con psichiatri e psicologi che lavorano in ambito clinico e forense, per comprendere come si svolga il lavoro con la persona migrante nel settore di riferimento e come venga vissuta l'esperienza dell'Altro durante l'incontro di valutazione psico-diagnostica.
- **Etnografia clinica.** Tale fase di ricerca ha previsto un periodo di osservazione partecipante presso un centro medico convenzionato ULSS che garantisce assistenza sanitaria agli immigrati irregolari e, dunque, privi di copertura da parte del SSN. L'obiettivo è quello di avviare una riflessione sull'esperienza di lavoro con il paziente straniero approfondendo allo stesso tempo le questioni epistemologiche, metodologiche ed etiche sollevate dall'incontro.

#### 4.5 A proposito di riflessività ...

Benedetta aveva 20 quando salì su quella nave. I suoi sogni, il suo amore, la sua vita si stavano dirigendo *altrove*, in un luogo d'oltreoceano. Si teneva stretta al braccio di suo marito, mentre la *sua* terra in lontananza si dileguava. L'Italia le sarebbe mancata moltissimo, pensava, ma soltanto in questo modo avrebbero ritrovato la speranza.

Dopo un mese di viaggio e tanto mare grosso, Benedetta e Umberto arrivano a Caracas. Inizia così una lunga e dolorosa storia di migrazione, durata 10 anni o forse più, in cui 5 figli sono venuti al mondo. Ma in un luogo così estraneo e distante, la nostalgia non ti abbandona. La nostalgia di quella terra in cui si è nati e in cui si è naufragati. Ed è proprio quella malinconia che vincola e desidera il rientro in patria. Ma il rientro, si sa, è fatto per dimenticare. E così una famiglia intera improvvisamente smette di parlare una lingua – quella spagnola – e tace su quel viaggio, che li ha portati lontani dai propri affetti e dalle proprie tradizioni per un così lungo tempo e di cui ogni tanto per diletto si ricorderanno immagini sfocate, si riproporranno piatti tradizionali e si intoneranno canzoni. Questa è la storia dei miei nonni e di un figlio, mio padre, che ha sperimentato sulla sua carne i tempi e i dolori di un viaggio di solo ritorno. Un trauma, quello migratorio, in cui tutto brucia, diviene scottante, persino al rientro nella patria d'origine. Parlarne, alle volte, diviene impossibile. Un trauma che rimuove e muove ogni ricordo del dolore e della sofferenza dello *stare altrove* in un *altrove*, sempre più profondo, interno, della psiche. Ma un rimosso così grande, così dilaniante non può scomparire e si ripropone piuttosto in forme variegata attraverso le generazioni, in cerca di una risoluzione. Una risoluzione, la mia, nipote e figlia, che può esprimersi solo in una forma razionale e intellettualizzata: la ricerca. La ricerca per parlare della storia della mia famiglia, la fenomenologia per darle senso, l'etnopsichiatria per collocarla in un tempo e in uno spazio.

Anch'io migrante, interna, dovrei dire, ho sperimentato il senso di estraneità e di inadeguatezza che un tempo i miei nonni e poi mio padre avevano vissuto. Un accento *diverso* che ricorda a tutti la tua provenienza, un modo dell'esistere *diverso*, che richiama ogni forma di pregiudizio e stereotipia, un'origine *diversa* che illude l'altro sul sapere chi tu sia già; vivere in una terra a volte amara che ti guarda e ti riguarda domandandosi che cosa tu ci faccia *qua*. Integrazione e disintegrazione convivono sempre, sottobraccio, quando si parte e quando si ritorna, in una terra di mezzo in cui tutto – oggetti, affetti, ricordi - si sparpaglia tra un là e un qua.

Migrante bianca e cresciuta in Occidente ma con un'eredità inconscia lontana,

psicologa, psicoterapeuta in formazione, dottoranda di ricerca. Questo è il bagaglio di esistenza che porto con me quando accedo al campo, quando scrivo e conduco un'intervista con un professionista o incontro un paziente straniero. Come coniugare e negoziare tali aspetti della mia identità con la prospettiva della ricerca? Quando la visione di alcuni aspetti del mondo dell'altro sono accecati da uno sguardo che conosce bene la sofferenza ed è emozionato dalla bellezza della diversità?

Sono entrata in questi luoghi osservando e partecipando, consapevole di non poter avere uno sguardo neutro e di dover negoziare la mia posizione umana, ideologica, politica. Lo scontro con il razzismo e il pregiudizio di alcuni contesti più volte mi ha condotta verso il silenzio, - sconcertato e disilluso di chi crede che non possano più esistere, dopo i fatti della storia, dei modi così disumani di incontrare l'altro, di pensare l'alterità - piuttosto che allo scontro aperto, consapevole e timorosa che in qualche modo le mie reazioni avrebbero potuto comportare una modifica sostanziale delle risposte dell'altro. Risposte modificate dalla vergogna di essere additati come xenofobi quando non ci si accorge di esserlo. Ed è stato così curioso osservare come l'essere umano che incontra un altro essere umano in un contesto peraltro molto ben strutturato, sperimenti una paura profonda, quella del diverso, quella della vita, quella dell'incontrollabile. Ad ogni domanda posta, simile per protocollo, ogni psicologo o psichiatra risponde attivando parti di sé o rimembrando esperienze completamente differenti, a seconda di quanto quelle parti e quelle esperienze siano state *vedute* ed *elaborate* dentro di sé. Ogni domanda dell'altro e sull'altro è una domanda che ci appartiene e che ci *specchia*, nei nostri sgomenti e nelle nostre debolezze attivando reazioni inusitate e perturbanti. Ma anche ogni risposta sull'altro e dell'altro è una risposta che ci appartiene, mai definita una volta per tutte, ci ricorda quanto non apparteniamo a noi stessi e ai nostri vissuti. Il movimento da me all'altro, e viceversa, richiede una modificazione profonda che non sempre in questi incontri sono e siamo riusciti – io e gli intervistati, io e i pazienti – a scoprire, consapevoli o inconsapevoli di quello che avremmo potuto perdere e trovare di noi stessi nell'incontro con la diversità.



## CAPITOLO QUINTO

### INDAGINE ESPLORATIVA E CONOSCITIVA PRELIMINARE: IL QUESTIONARIO ONLINE

#### 5.1 Obiettivi

Gli studi attualmente esistenti in ambito psicologico-giuridico riguardo all'uso degli strumenti diagnostici e dei sistemi di classificazione con la persona straniera sono per lo più indirizzati all'affermazione e allo studio delle relative validità cross-culturali.

Soltanto pochissime tecniche di assessment psicologico in giuridica hanno ricevuto adeguato supporto empirico nell'applicazione a soggetti che non parlano la lingua inglese o che appartengono a quelli che in letteratura sono definite *nonmajority ethnic and cultural backgrounds*. Sono, invece, presenti a livello internazionale numerosi lavori relativi alla valutazione psicodiagnostica nel settore forense (Jackson, 2008; Melton, Petrila, Poythress, & Slobogin, 2007), raramente declinati su un piano cross-culturale (Dana, 2000; Hambleton, Merenda, & Spielberger, 2005). Numerosi studi, invece, sono stati condotti somministrando strumenti psicodiagnostici occidentali a popolazioni *altre* (ad esempio quelli dedicati al MMPI-2: Greene, 2000; Gumbiner, 1998; Timbrook & Graham, 1994; Robin, Greene, Albaugh, Caldwell, & Goldman, 2003; Rogers, Flores, Ustad, & Sewell, 1995). Si tratta, dunque, nella maggior parte dei casi, di studi che escludono o trascurano una critica dell'impianto teorico ed epistemologico che sottende la costruzione e l'utilizzo di strumentazione e criteri di classificazione.

Tale lavoro si propone di avviare un dibattito in merito a tali tematiche, suggerendo da un lato, una riflessione su quali siano i principali strumenti e sistemi di classificazione adottati in ambito forense con il *cliente straniero*, dall'altro sul grado di cognizione che i soggetti rispondenti abbiano delle pratiche adottate, delle logiche e delle norme sottostanti la somministrazione di un determinato reattivo e

dell'applicazione condizionata - o incondizionata - di una categoria diagnostica. Pertanto, lo scopo ultimo di tale fase di ricerca è la raccolta d'informazioni e l'individuazione delle principali *tendenze* nell'uso della diagnosi e degli strumenti psico-diagnostici da parte di psicologi con la popolazione migrante nella pratica forense.

## **5.2 Metodologia**

La raccolta di informazioni, pratiche e posizionamenti è avvenuta tramite la compilazione di un questionario online.

Previo precedente accordo, tale questionario è stato inviato online a tutti i membri dell'Associazione Italiana di Psicologia Giuridica. L'AIPG ha utilizzato la propria mail ufficiale per informare i membri dell'associazione degli scopi della ricerca e per indirizzare i soggetti, tramite apposito link, alla compilazione del questionario.

Il numero di questionari raccolti è a pari a 110 (a seguito di tre differenti invii effettuati nell'arco di 4 mesi: febbraio – marzo – maggio 2015). Per ottenere un numero di risposte che consentisse un'adeguata elaborazione statistica è stato concordato un primo invio sulla mail degli associati e due successivi *reminder*. Le risposte ottenute sono state analizzate da un punto di vista quantitativo mediante i programmi SPSS ed EXCEL (analisi delle frequenze) e sul piano qualitativo mediante l'individuazione delle tematiche emergenti nelle domande aperte.

## **5.3 Caratteristiche del campione**

Il questionario è stato sottoposto a tutti i membri iscritti nell'anno 2015 (circa 500) all'Associazione Italiana di Psicologia Giuridica. Gli psicologi associati provengono da differenti regioni e città italiane, presentano formazioni di varia entità e operano in campi professionali anche differenti rispetto a quello giuridico.

L'Associazione Italiana di Psicologia Giuridica rappresenta la principale associazione italiana nel settore della psicologia forense. Per comprendere le sue



finalità e caratteristiche possiamo elencare, così come indicato all'interno dello statuto, i principali scopi e obiettivi perseguiti: promuovere la ricerca scientifica nel campo della psicologia giuridica in ogni suo aspetto e branca, anche in collaborazione con Enti e Organizzazioni scientifiche pubbliche e private, nazionali, estere ed internazionali; provvedere alla raccolta ed all'elaborazione di dati e di informazioni sull'argomento; organizzare congressi, giornate di studio e simili; promuovere lo sviluppo e la diffusione dell'insegnamento e della pratica della psicologia giuridica negli ambiti accademici, scientifici e tra i professionisti qualificati ad esercitarla, anche mediante la promozione e il riconoscimento di programmi di formazione professionale, scuole di specializzazione, corsi di aggiornamento, corsi di perfezionamento e simili; promuovere lo studio e la verifica dei criteri e delle metodiche idonee alla formazione professionale nonché lo studio, stesura e preparazione e aggiornamento di linee guida in ogni ambito della psicologia giuridica e delle sue applicazioni; curare la pubblicazione e la diffusione di libri, riviste, articoli, newsletter, materiale audiovisivo, ecc.; stabilire contatti, collegamenti, convenzioni, collaborazioni con Enti pubblici e privati, nazionali, esteri e internazionali; promuovere la valorizzazione della professionalità della psicologia giuridica e dei propri associati; curare la formazione e l'aggiornamento di un proprio Albo di esperti; specificare i requisiti, le mansioni e le competenze, nell'ambito della psicologia giuridica, di varie categorie e livelli professionali, quali trainers, supervisori, formatori, periti, consulenti, etc.; svolgere qualsiasi altra attività ritenga opportuno per il progresso della psicologia giuridica in ambito nazionale e internazionale. La proposta di collaborazione relativa alla somministrazione del questionario si pone, dunque, in linea con le finalità di ricerca dell'associazione.

#### **5.4 Caratteristiche del questionario**

Il questionario (allegato 1) è stato costruito alternando domande a risposta multipla (criteri diagnostici, strumenti e tecniche di valutazione) a domande aperte (problematiche riscontrate, proposte). La pagina di apertura del link, di seguito

allegata, presenta una breve presentazione della ricerca e l'esplicitazione della normativa sulla privacy.



## PSICODIAGNOSTICA E INTERCULTURA

STRUMENTI E TECNICHE IN PSICOLOGIA GIURIDICA  
CON LA PERSONA MIGRANTE

Il questionario che sottoponiamo alla Sua attenzione è parte integrante di una ricerca attualmente condotta presso l'Università degli Studi di Padova. Lo studio in questione indaga i metodi e le tecniche psico-diagnostiche adoperate in psicologia giuridica, con particolare riferimento alla popolazione migrante.

La compilazione del questionario richiede circa 4 minuti.  
La preghiamo di rispondere a tutte le domande.

Le risposte fornite alle domande del questionario saranno utilizzate esclusivamente a fini di ricerca, nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (D.L. 196/2003).

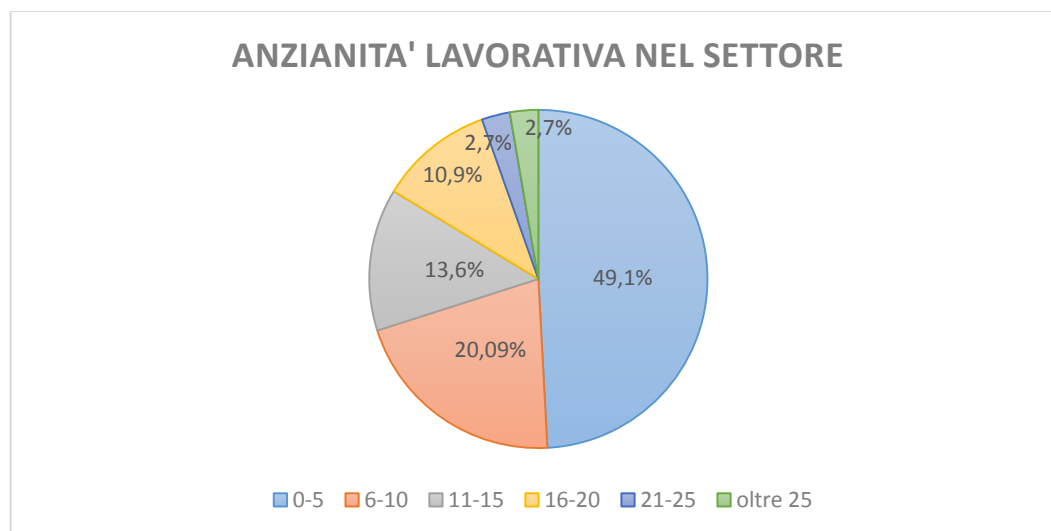


UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

In merito alle domande proposte nel questionario, *in primis* è stato richiesto ai soggetti di indicare gli anni di esperienza nel settore di riferimento, la tipologia di strumenti diagnostici e i criteri di classificazione usualmente adottati nello svolgimento dell'attività forense. In secondo luogo, è stato chiesto se avessero mai effettuato una valutazione psicodiagnostica con una persona migrante. Coloro che hanno prodotto una risposta negativa sono stati indirizzati verso una serie di domande che si propongono di comprendere quali sarebbe stati, nell'eventualità, gli strumenti adottati, i sistemi di classificazioni e le ipotetiche difficoltà (utilizzando due domande a risposta multipla e una a risposta aperta). A coloro che invece hanno fornito una risposta affermativa è stato richiesto di esplicitare, ancora una volta, strumenti adottati, criteri di classificazione, difficoltà. Ad entrambi i gruppi di soggetti viene richiesto di indicare quali potrebbero essere eventuali proposte e soluzioni per ovviare alle problematiche indicate.

## 5.5 Risultati

I soggetti rispondenti dichiarano di lavorare nel settore giuridico-forense per il 49,1% da 0-5 anni, 20,09% da 6-10 anni, 13,6% da 11-15, 10,9% da 16-20, 2,7% da 21-25, 2,7% da oltre 25.

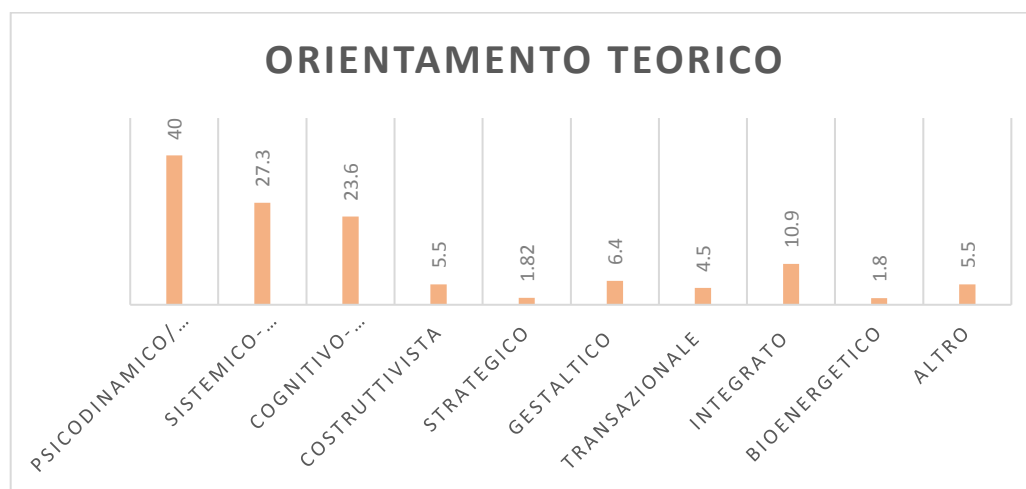


L'elevata percentuale di risposte ottenute da soggetti con esperienza compresa tra 0 e 10 anni (69,19%) può essere legata alla scelta dello strumento adottato per effettuare l'indagine e alla sua modalità di diffusione (invio tramite mail), evidentemente più agevole e immediato per individui più giovani. La tipologia delle risposte ottenute alle successive domande dovrà, quindi, tenere conto della ridotta esperienza lavorativa dei soggetti, che da un lato potrebbe comportare una maggiore innovatività rispetto all'uso di strumentazione e criteri, dall'altro potrebbe invece essere indicatore di una minore flessibilità nelle pratiche e negli usi (come ad esempio restare legati ad un protocollo per il timore di commettere errori).

La seconda questione posta ai soggetti intervistati riguarda l'orientamento teorico di riferimento e la relativa cornice epistemologica. I soggetti rispondenti dichiarano di riconoscersi in un orientamento di tipo psicodinamico/psicoanalitico per il 40%, sistemico-relazionale per il 27,3%, cognitivo-comportamentale per il 23,6%, costruttivista per il 5,5%, strategico per il 1,8%, gestaltico per il 6,4%, transazionale

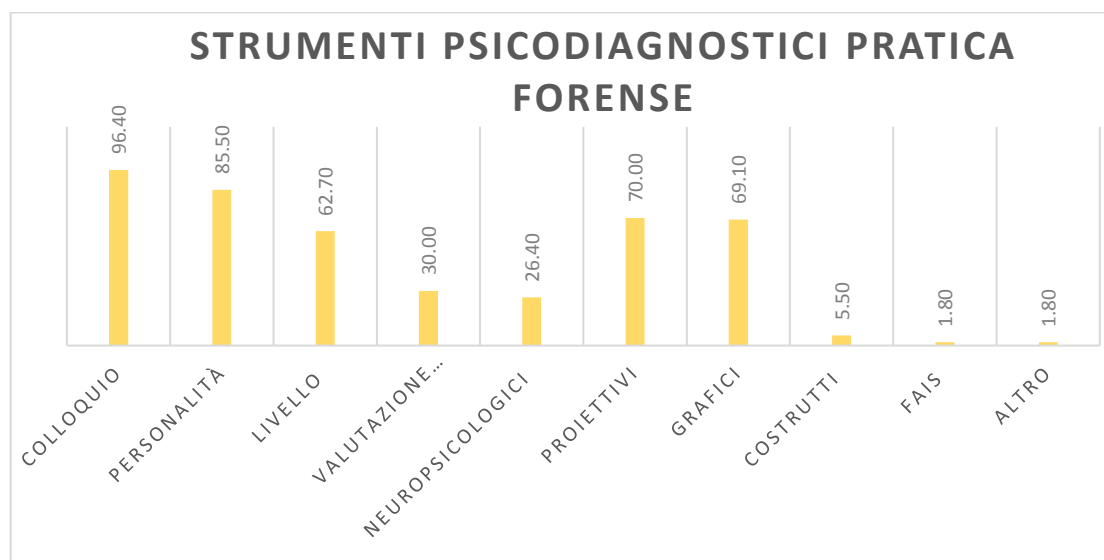
per il 4,5%, integrato per il 10,9% bioenergetico per il 1,8% e infine di altro orientamento per il 5,5% (interazionista, esistenzialista).

L'orientamento teorico potrebbe informarci in modo preliminare sulla scelta dei test maggiormente utilizzati e adottati in ambito forense, essendo sottesi questi ultimi da una precisa matrice teorica, che ne guida la somministrazione e l'interpretazione. Potremmo, allo stesso modo, predire i criteri e i sistemi di classificazione. Ad esempio, la prevalenza di soggetti che si posizionano entro una cornice psicodinamica e/o psicoanalitica di riferimento potrebbe farci supporre che l'utilizzo dei test proiettivi e dei reattivi grafici o ancora la focalizzazione sul colloquio abbiano una prevalenza netta rispetto ad altre tipologie di strumenti/modalità di interazione con l'altro. Allo stesso modo, potremmo supporre che, accanto all'utilizzo abituale di sistemi di classificazione come il DSM e l'ICD, possa emergere un discreto uso del Manuale Diagnostico Psicodinamico o di modalità più proprie dell'orientamento analitico come la classica tripartizione della strutturazione psichica del soggetto tra nevrosi, psicosi, stati borderline.



Le domande poste successivamente hanno come obiettivo la raccolta di informazioni in merito all'utilizzo di strumenti diagnostici e criteri di classificazione usualmente utilizzati nella pratica forense. Dalle risposte ottenute è possibile notare innanzitutto come il colloquio rappresenti il principale "strumento" di interazione con l'altro: il 96,4% dei soggetti lo seleziona come modalità primaria della valutazione diagnostica. In merito all'utilizzo dei test psicodiagnostici, i soggetti

dichiarano di utilizzare test di personalità (85,5%), test di livello (62,7%), test di valutazione della psicopatologia (30%), test neuropsicologici (26,4%), test proiettivi (70%) e reattivi grafici (69,1%), tecniche per lo studio dei costrutti personali (5,5%), FAIS (1,8%) e infine altre tecniche (1,8%).



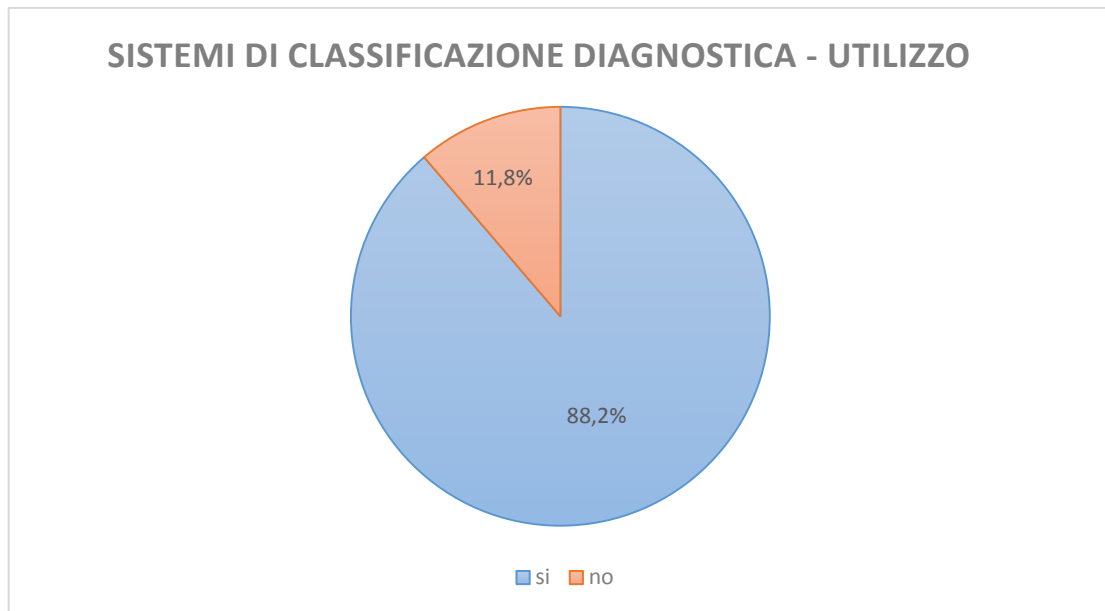
In linea con quanto previsto, i test proiettivi e i reattivi grafici mostrano un livello di utilizzo molto elevato (rispettivamente 70% e 69,1%), probabilmente in virtù della preponderanza nel campione di soggetti con formazione dinamica e psicoanalitica.

Inoltre, l'utilizzo di tali strumenti avviene frequentemente in associazione, così come suggerito nelle linee guida giuridico-forensi, sulla valutazione diagnostica o nella formazione specifica del settore. Possiamo evidenziare, tuttavia, come i test a maggiore prevalenza di utilizzo siano quelli definiti di personalità (85,5%), tra i quali è possibile annoverare il Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI-2, il Big Five Questionnaire BFQ, il Millon Clinical Mutiaxial Inventory. Si tratta di strumenti a carattere "oggettivo", con standardizzazione statistica e tarate su specifiche popolazioni di riferimento. Il loro utilizzo si mostra trasversale agli orientamenti teorici, evidenziando un primo importante aspetto della valutazione psicodiagnostica forense: il tendere verso un carattere "obiettivo", ricercato per lo più nella standardizzazione dello strumento e nella sua validazione statistica. I test

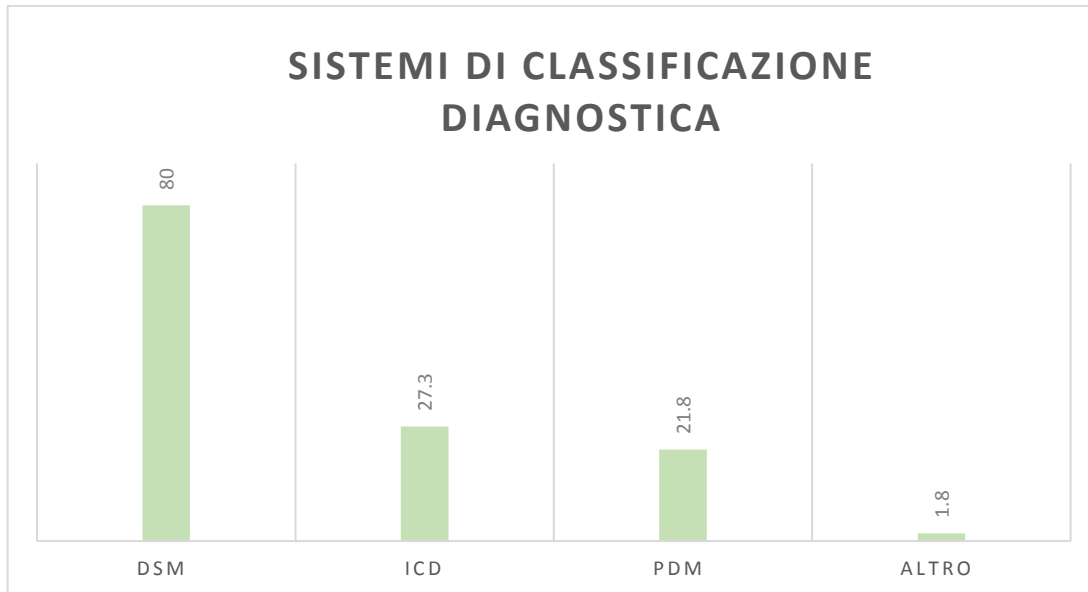
di livello e quelli per la valutazione psicopatologica, vengono utilizzati per compiere valutazioni specifiche relativamente all'intelligenza del soggetto, da un lato, e per la "misurazione" dell'ansia, della depressione, dello stress e di altri aspetti psicopatologici, dall'altro. I punteggi relativi al loro utilizzo si attestano attorno al 62,7% (livello) e al 30% (psicopatologia). In entrambi i casi, si tratta di test che misurano "variabili" ben determinate in maniera oggettiva e secondo criteri standard. Le medesime informazioni possono, tuttavia, essere ricavate attraverso l'utilizzo di altri strumenti (come ad esempio il Rorschach per gli aspetti relativi alla psicopatologia e all'intelligenza o il colloquio per la comprensione della sofferenza del soggetto). Dunque, sembrerebbe che almeno in ambito legale – e qui potrebbe essere utile aprire un confronto con la clinica - la valutazione "oggettiva" venga considerata fondamentale in situazioni di approfondimento diagnostico. L'associazione di un valore numerico a una categoria o a un costrutto psicologico sembra assumere una notevole rilevanza nella determinazione diagnostica da presentare in sede peritale. Ci sarebbe qui da domandarsi se tale richiesta di oggettività provenga da un contesto effettivamente regolato e rispondente a norme e pratiche *altre* o non sia invece la *richiesta implicita* rivolta dalla disciplina psicologica a quella forense.

I test neuropsicologici, al pari dei precedenti, vengono utilizzati nei casi in cui siano richieste valutazioni su elementi specifici e dettagliati, come ad esempio aspetti residuali, competenze mnesiche, linguistiche, attentive, etc.; tuttavia, il background teorico di riferimento di tali strumenti è collocabile su piano completamente differente rispetto a quello di test a carattere clinico di tipo personologico o psicopatologico. L'uso delle tecniche costruttive si mostra piuttosto ridotto (5,5%), in linea con la percentuale di soggetti che hanno dichiarato di riconoscersi nell'orientamento teorico di tipo costruttivista. Si tratta di strumenti che prevedono un'adeguata conoscenza della teoria in questione e che richiedono una condivisione dell'orizzonte clinico e umano da essa prospettato. L'utilizzo dei FAIS e di altre tecniche si rivela molto ridotto (in entrambi i casi pari all'1,8%).

L'impiego dei sistemi di classificazione diagnostica si distribuisce nel modo seguente. I soggetti che dichiarano di usufruire di criteri standardizzati o comunemente accordati è pari all' 88,2%.



Dei 97 soggetti rispondenti positivamente, una percentuale molto elevata, pari all'80%, dichiara di utilizzare il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) in una delle sue edizioni più recenti e aggiornate, mentre il 27,3% sostiene di riferirsi alla Classificazione Internazionale dei Disturbi (ICD); infine il 21,8% adopera il Manuale Diagnostico Psico-Dinamico (PDM). Una percentuale molto ridotta di soggetti dichiara di utilizzare altre tipologie di classificazione non specificate (1,8%). Il DSM conferma, in un certo senso, il suo primato come sistema nosografico utilizzato per la classificazione dei disturbi mentali o psicopatologici anche nel contesto forense (sebbene mutuato dalla clinica psichiatrica), nonostante le “appartenenze” teoriche avessero lasciato presupporre una differente distribuzione di punteggi, considerata l'elevata percentuale di psicologi ad orientamento psicodinamico e psicoanalitico.



I punteggi ottenuti ci conducono verso due tipologie di riflessione: una prima interrogazione riguarda lo statuto epistemologico del DSM, che sembra collocarsi, nel suo utilizzo, *al di là* di ogni orientamento teorico di riferimento. La pretesa di considerarsi descrittivo, e dunque ateorico, crea un *malinteso* in merito alla sua origine e cornice di riferimento - di stampo prettamente biomedico. Tale equivoco - con la relativa e conseguente accettazione implicita di una *mancata* teorizzazione dello strumento - spiegherebbe per quale motivo il suo utilizzo sia così elevato cross-orientamento teorico. Ma è davvero possibile una descrizione “ateorica” o richiede già da sempre un posizionamento - che peraltro in questo frangente non è neppure così occultabile? Quali illusioni di oggettività e supremazia si nascondono nell'utilizzo di una tale tipologia di strumento? Quale appiglio può offrire a una disciplina che tenta di legittimarsi anche al di fuori del suo specifico campo di pertinenza? Interrogando l'uso di altri sistemi di classificazione, potremmo domandarci anche quale significato assume una classificazione internazionale, come l'ICD fronte di un più “potente” tanto sul piano comunicativo, quando sul piano politico - criterio diagnostico - potente? Può l'ICD dirsi meno applicabile al campo della giuridica?

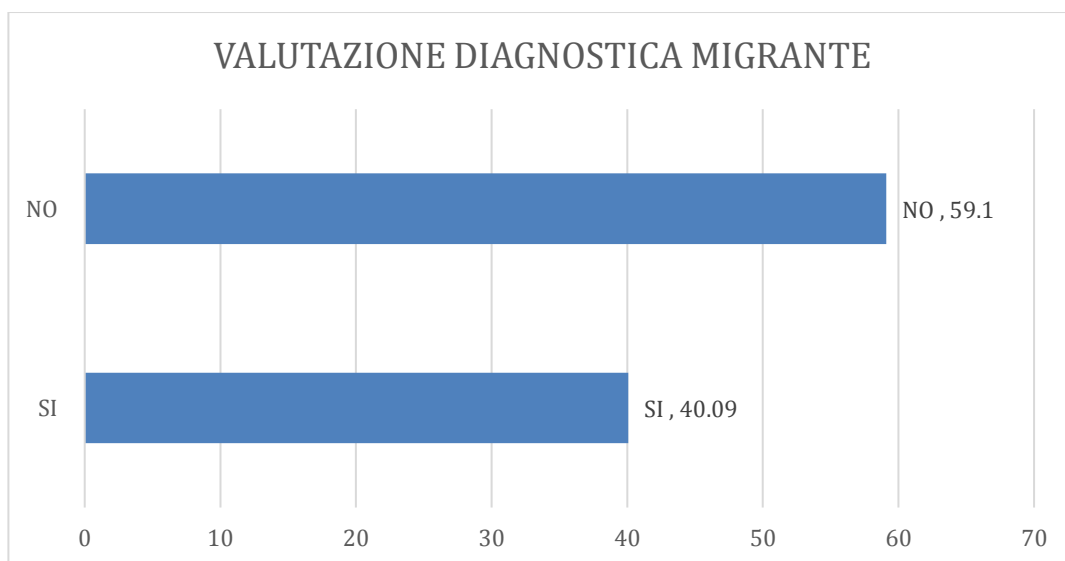
Una seconda considerazione riguarda, invece, i possibili esiti della trasposizione entro un apparato giuridico di sistemi di classificazione costruiti e pensati *per e in* un



contesto clinico. Possiamo considerarli legittimi o generatori di una contraddizione in essere tra sistemi di significazione differenti?

Una volta indagate le principali modalità di classificazione diagnostica e i principali strumenti utilizzati nella pratica *usuale*, viene domandato ad ogni soggetto se abbia mai effettuato una valutazione diagnostica a fini peritali con una *persona migrante*. Il termine migrante, utilizzato in tale occasione, è stato adottato nell'accezione proposta dal Glossario dell'Immigrazione elaborato dalla Commissione Europea e dalla Rete Europea delle Migrazioni nel Gennaio 2012: "*termine più ampio di immigrante ed emigrante, che si riferisce ad una persona che lascia il proprio paese o regione per stabilirsi in un altro*" (pag. 107).

I soggetti che dichiarano di aver effettuato tale valutazione diagnostica corrispondono al 40,9%, mentre coloro che non hanno mai effettuato tale tipologia di incontro equivalgono al 59,1% del campione di riferimento.



Tra i 65 soggetti che dichiarano di non aver mai effettuato una valutazione diagnostica con una persona straniera, il 25,5% afferma che adotterebbe i medesimi strumenti di valutazione psicodiagnostica mentre il 20,9% ha posto parere contrario. Inoltre, il 12,7% dei soggetti ha fornito risposte differenti, compilando l'apposita casella "altro". Le risposte sono indicate nella tabella sottostante:

**Pensa che in tale occasione adotterebbe i medesimi strumenti di valutazione diagnostica?**

R1: Alcuni sì, altri no

R2: Non tutti, alcuni li userei tradotti, altri non li utilizzerei solo in base alla conoscenza della lingua italiana, della persona e della sua permanenza in Italia, altri (culture free) li userei.

R3: Dipende dalla situazione

R4: Dipende da quanto tempo vive in Italia, dalla conoscenza della lingua, dal Paese di provenienza

R5: Dipende alcuni sì, come i test grafici, altri come l'MMPI

R6: Alcuni

R7: In parte sì ma cercherei di prendere informazioni riguardo alla cultura di provenienza in modo da effettuare una valutazione più accurata

R8: Non tutti

R9: La valutazione deve essere cauta e riadattata all'aspetto culturale

R10: Non so, chiedere a qualcuno più esperto

R11: Sì ma mi accerterei delle capacità di comprensione

R12: Dipende dal caso

Le risposte emerse consentono di far affiorare alcune questioni fondamentali relativamente all'uso della strumentazione diagnostica. La possibilità di somministrare i medesimi strumenti “dipende” – come affermano molti – da una serie di fattori fondamentali tra cui in primis la comprensione linguistica, la specificità della situazione, la conoscenza della persona, la provenienza del soggetto e il tempo dalla sua permanenza in Italia. Alcuni test sembrano essere escludibili a priori dalla somministrazione come ad esempio il MMPI mentre altri appaiono come elettivi (test grafici, test culture free) e non a caso si tratta di test in cui il medium linguistico non compare. La valutazione dovrà essere “cauta” e “riadattata all'aspetto culturale” o ancora si fa “accurata” solo se vengono prese “informazioni riguardo alla cultura di provenienza”. Infine, la possibilità di “chiedere a qualcuno di più esperto” può alleviare da una presa di decisione così complessa.

Dunque, le principali preoccupazioni relative all'uso dei test riconducono alla necessità di contestualizzare la somministrazione (*dipende*), subordinandola a fattori

di carattere linguistico *in primis* e a fattori di tipo “culturale” (da quanto tempo la persona vive in Italia e quali sono le caratteristiche della cultura di origine). La valutazione diviene più accurata *avvicinandosi* alla cultura dell'altro e riadattando i risultati ottenuti.

Tali risposte si collocano in continuità con quando emerso alla successiva domanda a risposta aperta, nella quale viene chiesto ai partecipanti di indicare quali potrebbero essere nell'eventualità di tale incontro possibili difficoltà.

Di seguito sono illustrate le risposte suddivise per aree tematiche:

#### **LINGUISTICHE**

R1: Difficoltà legate alla lingua e culturali

R2: La lingua e certi schemi culturali, necessariamente diversi

R3: La comprensione degli item

R6: Lingua e taratura del test

R9: Comprensione linguistica

R12: Immagino problemi legati all'aspetto culturale e linguistico. Immaginandomi la somministrazione di un MMPI-2 mi chiedo ad esempio come potrebbero comprendere esattamente le affermazioni riportate stante la difficoltà linguistica?!

R15: Linguistiche e culturali

R16: Le diversità linguistiche, e la diversità nell'attribuzione dei significati legata alle differenze culturali e religiose.

R17: Comunicazione e comprensione della lingua

R18: Non si capisce se lo straniero parla Italiano, Inglese? se sì il colloquio clinico può essere eseguito. ma i test psicodiagnostici senza una popolazione di riferimento no

R19: Difficoltà' linguistiche e di diversi vissuti legati alla cultura

R20: Difficoltà di taratura e di lingua

R21: Soprattutto di comprensione linguistica

R23: Andrà valutato la conoscenza della lingua italiana, da quanto tempo sta in Italia, le caratteristiche culturali

R24: Comprensione linguistica

R26: La lingua, le traduzioni, le abitudini popolari, fattori culturali.

R28: La lingua

R29: Potrebbero esserci incomprensioni di semantica linguistica. Riferimenti interpretativi condizionati dalla personale cultura correlata al paese di provenienza

R30: Difficoltà di taratura e di lingua

R31: Di comunicazione, comprensione, interpretazione

R32: La lingua e la cultura stessa

R37: Linguistiche, culturali

R33: Come accennato nella domanda precedente si può incontrare innanzitutto un problema di comunicazione. Poi per la somministrazione di test occorrerebbe la taratura per il Paese da cui proviene il cliente. Se la cultura di provenienza è molto differente dalla nostra ci possono essere interpretazioni errate a partire dal colloquio, per continuare con le risposte fornite a gran parte di test e questionari. Occorrerebbe studiare nello specifico l'influenza culturale di tutti gli elementi necessari per la valutazione peritale. È necessario il ricorso ad un mediatore culturale (a meno che non si tratti di un Paese culturalmente affine al nostro)

R35: Difficoltà linguistiche come nell'MMPI, difficoltà della struttura familiare-culturale (per esempio una diversa lettura nel test della famiglia ad esempio con persone africane), in alcuni casi sarebbe utile un mediatore linguistico e culturale. I nostri sistemi nosografici "occidentali", sarebbero inutilizzabili per una persona di origine araba per esempio.

R36: Sicuramente la comunicazione e la lingua. Inoltre per i migranti dovremmo far riferimento alla cultura di riferimento per comprendere alcuni concetti e significati senza dare nulla per scontato

R37: Linguistiche, culturali

R41: Problemi di linguaggio e tradizioni diverse

R42: La Comprensione

R43: Adattare gli strumenti a lingue diverse e la standardizzazione dei punteggi su culture lontane

R47: Di comprensione, di tradizioni e quindi di significato

R48: Linguistiche e culturali, comunque facilmente superabili.

R49: Statistiche (taratura rispetto al campione di riferimento), linguistica, culturale

R49: Statistiche (taratura rispetto al campione di riferimento), linguistica, culturale

R52: Difficoltà linguistiche e di comprensione, anche qualche stereotipo implicito

R53: Aspetti culturali, linguistici

R46: la lingua e la diversa cultura che comporta riferimenti interni diversi

R56: Problemi legata alla cultura e alla comunicazione

R60: Difficoltà di comprensione linguistica e difficoltà per diverse abitudini o valori culturali

R61: Linguaggio

R65: I significati veicolati da una lingua ed una cultura diversa possono essere fraintesi

#### **CULTURALI**

R1: Difficoltà legate alla lingua e culturali

R2: La lingua e certi schemi culturali, necessariamente diversi

R4: Credo che, più che difficoltà, si richieda un impegno particolare, nel considerare la Cultura d'origine diversa, della Persona che si sottopone alla psico-diagnosi.

R5: Di tipo culturale

R7: Difficoltà rispetto alla cultura a cui appartengo e nella quale sono stata formata che è diversa rispetto alla cultura della persona migrante

R8: Differenze culturali (nei test proiettivi soprattutto nei Paesi con problematiche sociali) e dei processi cognitivi

R10: Significati culturali diversi attribuiti a determinati eventi

R11: Diverso sistema di valori e credenze

R12: Immagino problemi legati all'aspetto culturale e linguistico. Immaginandomi la somministrazione di un MMPI-2 mi chiedo ad esempio come potrebbero comprendere esattamente le affermazioni riportate stante la difficoltà linguistica?!

R13: la cultura di appartenenza

R14: La rilevazione di aspetti culturali di cui dover tener conto e da contestualizzare.

R15: Linguistiche e culturali

R16: Le diversità linguistiche, e la diversità nell'attribuzione dei significati legata alle differenze culturali e religiose.

R19: Difficoltà' linguistiche e di diversi vissuti legati alla cultura

R22: Immaginario simbolico diverso

R23: Andrà valutato la conoscenza della lingua italiana, da quanto tempo sta in Italia, le caratteristiche culturali

R25: Appartenenza ad altro contesto culturale

R38: Taratura del test non congrua con la cultura del soggetto

R26: La lingua, le traduzioni, le abitudini popolari, fattori culturali.

R27: Molto dipende dalla provenienza del migrante. Da anni lavoro con i migranti, ma non in ambito giuridico e mi rendo conto di come le differenze culturali con popolazioni che provengono da realtà dell'Africa Centrale, ad esempio, siano molto importanti e potrebbero falsare il risultato dei diversi test.

R29: Potrebbero esserci incomprensioni di semantica linguistica. Riferimenti interpretativi condizionati dalla personale cultura correlata al paese di provenienza

R32: La lingua e la cultura stessa

R37: Linguistiche, culturali

R33: Come accennato nella domanda precedente si può incontrare innanzitutto un problema di comunicazione. Poi per la somministrazione di test occorrerebbe la taratura per il Paese da cui proviene il cliente. Se la cultura di provenienza è molto differente dalla nostra ci possono essere interpretazioni errate a partire dal colloquio, per continuare con le risposte fornite a gran parte di test e questionari. Occorrerebbe studiare nello specifico l'influenza culturale di tutti gli elementi necessari per la valutazione peritale. È necessario il ricorso ad un mediatore culturale (a meno che non si tratti di un Paese culturalmente affine al nostro)

R34: Profonde differenze culturali che renderebbero inattendibili i risultati della maggior parte degli strumenti testologici

R35: Difficoltà linguistiche come nell'MMPI, difficoltà della struttura familiare-culturale (per esempio una diversa lettura nel test della famiglia ad esempio con persone africane), in alcuni casi sarebbe utile un mediatore linguistico e culturale. I nostri sistemi nosografici "occidentali", sarebbero inutilizzabili per una persona di origine araba per esempio.

R36: Sicuramente la comunicazione e la lingua. Inoltre per i migranti dovremmo far riferimento alla cultura di riferimento per comprendere alcuni concetti e significati senza dare nulla per scontato

R37: Linguistiche, culturali

R39: Differenze culturali, classificazione occidentale dei disturbi non adatta ad alcune popolazioni come ad esempio quelle dell'Africa occidentale, Bangladesh etc. Lavoro nel campo dell'immigrazione e non è mai possibile prescindere da un approccio transculturale nella valutazione dei diversi disturbi

R41: Problemi di linguaggio e tradizioni diverse

R44: Di comprensione delle differenze personali e soprattutto culturali

R45: Richiederei un ausiliario con competenze antropologiche e un mediatore culturale

R47: Di comprensione, di tradizioni e quindi di significato

R48: Linguistiche e culturali, comunque facilmente superabili.

R49: Statistiche (taratura rispetto al campione di riferimento), linguistica, culturale

R53: Aspetti culturali, linguistici

R54: E' importante il contesto socio-storico culturale, non esiste un unico sistema per comprendere i comportamenti umani, occorre contestualizzare, per poter comprendere le motivazioni. Gli agiti, i significati.

R67: la lingua e la diversa cultura che comporta riferimenti interni diversi

R55: La differenza di cultura e di stile di vita e parametri di credenze può non essere compreso da test tipicamente europei. Dunque si rischia di avere dei risultati falsati e non comprensivi della personalità del soggetto

R56: Problemi legata alla cultura e alla comunicazione

R60: Difficoltà di comprensione linguistica e difficoltà per diverse abitudini o valori culturali

R62: Fattori e variabili culturali

R63: Difficoltà legate alla diversa cultura, quindi anche diversa interpretazione di comportamenti davanti alle stesse situazioni

R64: Difficoltà antropologiche

R65: I significati veicolati da una lingua ed una cultura diversa possono essere fraintesi

#### **TARATURA E STANDARDIZZAZIONE TEST**

R30: Adattare gli strumenti a lingue diverse e la standardizzazione dei punteggi su culture lontane

R6: Lingua e taratura del test

R18: Non si capisce se lo straniero parla Italiano, Inglese? se sì il colloquio clinico può essere eseguito. ma i test psicodiagnostici senza una popolazione di riferimento no

R20: Difficoltà di taratura e di lingua

R40: Campione statistico rappresentativo di riferimento, lingua, cultura e abitudini.

R49: Statistiche (taratura rispetto al campione di riferimento), linguistica, culturale

R51: Mancata statistica di riferimento

#### **IMPEGNO E PARAMENTRI DI RIFERIMENTO**

R4: Credo che, più che difficoltà, si richieda un impegno particolare, nel considerare la Cultura d'origine diversa, della Persona che si sottopone alla Psico-diagnosi

R36: Sicuramente la comunicazione e la lingua.

Inoltre per i migranti dovremmo far riferimento alla cultura di riferimento per comprendere alcuni concetti e significati senza dare nulla per scontato

R58: Che i miei parametri di riferimento non siano corretti fare una valutazione obiettiva.

### **SISTEMI NOSOGRAFICI**

R35: Difficoltà linguistiche come nell'MMPI, difficoltà della struttura familiare-culturale (per esempio una diversa lettura nel test della famiglia ad esempio con persone africane), in alcuni casi sarebbe utile un mediatore linguistico e culturale.

I nostri sistemi nosografici "occidentali", sarebbero inutilizzabili per una persona di origine araba per esempio

R39: Differenze culturali, classificazione occidentale dei disturbi non adatta ad alcune popolazioni come ad esempio quelle dell'africa occidentale, Bangladesh etc.

Lavoro nel campo dell'immigrazione e non è mai possibile prescindere da un approccio transculturale nella Valutazione dei diversi disturbi

### **STEREOTIPI**

R52: Difficoltà linguistiche e di comprensione, anche Qualche stereotipo implicito

### **INADEGUATEZZA STRUMENTI PSICOLOGICI**

R57: Gli strumenti psicologici di stampo occidentale sono inadeguati

Le difficoltà che i rispondenti immaginano di poter incontrare riguardano innanzitutto l'elemento linguistico, declinato, di volta in volta, in aspetti di comprensione, di diversità e spesso legato a elementi di tipo culturale: *“difficoltà legate alla lingua”, “comprensione linguistica”, “diversità linguistiche”, “potrebbero esserci problemi di semantica linguistica”, “problema di comunicazione”, “i significati veicolati da una lingua”*.

In merito alla somministrazione di un test come il MMPI un partecipante si interroga: *“Immaginandomi la somministrazione di un MMPI-2 mi chiedo ad esempio come potrebbero comprendere esattamente le affermazioni riportate stante la difficoltà linguistica?”*. In

un altro caso, sempre a tal proposito: *“difficoltà linguistiche, come nel MMPI”*. La rievocazione e l'indicazione di un test quale il MMPI in merito alla questione linguistica può essere correlato con buona probabilità a due ordini di fattori: il frequente utilizzo del questionario nella pratica abituale, che lo rende immediatamente disponibile come esempio per le proprie interrogazioni; la strutturazione e composizione degli items dello stesso test, spesso considerati



complessi oppure obsoleti sul piano linguistico, a prescindere dalla provenienza culturale – anche per un cliente autoctono possono risultare di difficile comprensione.

Ciò che viene interrogata e discussa è la componente prettamente linguistica del questionario, mentre gli aspetti contenutistici e la matrici culturali e sociali ad essi sottese vengono tralasciate, o meglio *date per scontate* – ciò che viene dato per scontato è il fatto che si possa misurare in modo oggettivo una determinata caratteristica psicopatologica o di personalità del soggetto tramite l'uso del test.

Le problematiche supposte vengono considerate, in alcuni casi, come “*comunque facilmente superabil?*”, in altri richiedono l'intervento di un mediatore culturale: “*è necessario il ricorso a un mediatore culturale?*”, “*in alcuni casi sarebbe utile un mediatore linguistico e culturale?*”. Una ulteriore questione emergente riguarda la lingua parlata dal paziente: “*Non si capisce se lo straniero parla italiano, inglese? Se il colloquio clinico può essere eseguito ...*”, “*andrà valutata la conoscenza della lingua italiana, da quanto tempo sta in Italia?*”.

Dunque, sembrerebbe che la possibilità di condividere una lingua (in questo caso italiano o inglese, quindi una lingua più *propriamente* posseduta del professionista, che rivela in modo non troppo velato un certo etnocentrismo) sia fondamento per la conduzione di un colloquio. Inoltre, può davvero il tempo di permanenza in un Paese dirsi predittivo della utilizzabilità di un test con un paziente straniero? Sembra che ci sia, anche in questo caso, un appiattimento della discussione sulla adottabilità degli strumenti alla sola dimensione linguistica.

Le difficoltà designate come culturali sono declinate secondo due principali direttive, una che sottolinea l'elemento di differenziazione rispetto all'altro, rimarcando in alcuni casi una distanza e una visione monolitica della stessa cultura – ciò che è tuo non mi appartiene e viceversa -; l'altra che riconosce la necessità di sottoporre al vaglio del *frangente* la sofferenza e il comportamento dell'altro.

- **Distanze e differenze:** “considerare la cultura di origine diversa”, “cultura a cui appartengo e quella quale sono stata formata è diversa rispetto a quella della cultura della persona migrante”, significati culturali diversi attribuiti a

determinati eventi”, “diverso sistema di valori e credenze”, “attribuzione di significati legata alla differenze culturali e religiose”, “tradizioni diverse”, “diversa cultura che comporta diversi riferimenti interni”, “diverse abitudini e diversi valori culturali”, , “diversa interpretazione di comportamenti davanti alle stesse situazioni”, “diversi vissuti legati alla cultura”.

- **Frangenti e contesti:** “rilevazione di aspetti culturali di cui dover tener conto e da contestualizzare”, “sicuramente la comunicazione e la lingua. Inoltre per i migranti dovremmo far riferimento alla cultura di riferimento per comprendere alcuni concetti e significati senza dare nulla per scontato”, “E' importante il contesto socio-storico culturale, non esiste un unico sistema per comprendere i comportamenti umani, occorre contestualizzare, per poter comprendere le motivazioni, gli agiti, i significati.

La cultura dell'altro viene descritta, nella maggior parte delle risposte ottenute, nei termini della “diversità” di credenze, valori, significati, riferimenti interni, appartenenze, vissuti. La diversità richiede, tuttavia, secondo tre dei soggetti interrogati di essere *contestualizzata* per non dare nulla per scontato e giungere ad una comprensione dell'altro che tenga conto delle *sue* motivazioni e dei *suoi* significati.

A proposito della somministrazione dei test psicodiagnostici, le differenze culturali comportano il rischio di “falsare” il risultato ottenuto ai test (R27: *Da anni lavoro con i migranti, ma non in ambito giuridico e mi rendo conto di come le differenze culturali con popolazioni che provengono da realtà dell'Africa Centrale, ad esempio, siano molto importanti e potrebbero falsare il risultato dei diversi test.” e rendere inattendibili i risultati dei test psicologici*) e rendere non attendibile la valutazione (R34: *Profonde differenze culturali che renderebbero inattendibili i risultati della maggior parte degli strumenti testologici*).

Il principale rischio che l'incontro con la diversità comporta può essere espresso nei termini del *fraintendimento* (R65: *I significati veicolati da una lingua ed una cultura diversa possono essere fraintesi*), a cui si può riparare ricorrendo a figure terze che fungano da mediatori della lingua, della cultura, della dissomiglianza (R45: *Richiederei una ausiliario con competenze antropologiche o un mediatore culturale*; R33: *E' necessario il ricorso ad un*

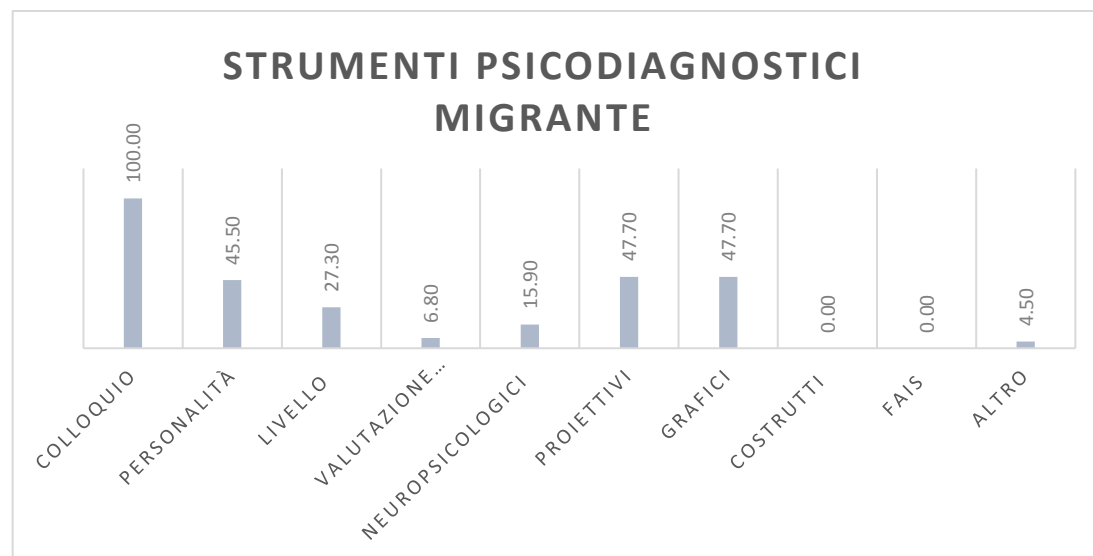
*mediatore culturale - a meno che non si tratti di un Paese culturalmente affine al nostro -) o approfondendo gli aspetti specifici che possono influenzare, sul piano culturale, la valutazione peritale (R33: *Studiare nello specifico l'influenza culturale di tutti gli elementi necessari per la valutazione peritale*).*

Proprio in virtù di questo *fraintendimento*, alcuni dei soggetti rispondenti ritengono che l'incontro e la valutazione con la persona straniera richiedano un impegno particolare (R4: *Credo che, più che difficoltà, si richieda un impegno particolare, nel considerare la cultura d'origine diversa, della persona che si sottopone alla psicodiagnosi*), in cui l'ovvio richiede di essere messo in discussione (R36: *Sicuramente la comunicazione e la lingua. inoltre per i migranti dovremmo far riferimento alla cultura di riferimento per comprendere alcuni concetti e significati senza dare nulla per scontato*) poiché i parametri a cui facciamo riferimento non sono corretti per fare una valutazione obiettiva (R58: *Che i miei parametri di riferimento non siano corretti per fare una valutazione obiettiva*) – riaffiora, in questo contesto, la necessità di effettuare una valutazione che abbia i caratteri dell'oggettività e che dunque i parametri debbano essere modificati in virtù di tale scopo –, gli strumenti psicologici e i sistemi nosografici occidentali non sono più adeguati (R57: *Gli strumenti psicologici di stampo occidentale sono inadeguati*).

La manchevolezza degli strumenti, riguarda in alcuni casi, non tanto la matrice culturale – di tipo occidentale che sottende la costruzione degli stessi – quanto piuttosto aspetti di taratura e standardizzazione. Nello specifico, la mancata taratura di riferimento (R51: *Mancata statistica di riferimento*; R40: *Campione statistico rappresentativo di riferimento*, R49: *Statistiche, taratura rispetto al campione di riferimento*) rappresenterebbe un ostacolo e una difficoltà insormontabile per la somministrazione di un test psicologico, rivelando la necessità di operare un adattamento degli strumenti, in relazione a lingue diverse e culture diverse (R30: *Adattare gli strumenti a lingue diverse e la standardizzazione dei punteggi su culture*).

Per quanto riguarda, invece, gli psicologi che hanno effettuato una valutazione diagnostica con una persona migrante, il 97,8% di essi ha dichiarato di aver utilizzato strumenti di tipo diagnostico per effettuare la valutazione.

Nello specifico, il colloquio si conferma come modalità principale di incontro con l'altro (100% dei soggetti dichiara di aver fondato la valutazione sul colloquio). A proposito dei test, invece, i professionisti dichiarano di aver adoperato per il 47,7% test proiettivi e test grafici, per il 45,5% test di personalità, per il 27,3% test di livello, per il 6,8% test di valutazione della psicopatologia, per il 15,9% test neuropsicologici. Nessun utilizzo è stato effettuato dei metodi costruttivisti e dei FAIS.



A differenza, dunque, di quanto evidenziato nella pratica diagnostica “abituale” sembrerebbe che il Rorschach e i reattivi grafici abbiano una prevalenza di utilizzo sulle altre tipologie di test. La motivazione potrebbe essere ricercata nelle caratteristiche degli strumenti stessi, i quali non presentando stimoli a contenuto verbale *illudono* in merito alla possibilità di essere adoperati con soggetti provenienti da altre culture (e con i quali si presuppone siano state riscontrate problematiche nell’uso della lingua). In un certo senso, dunque, attraverso il Rorschach e i reattivi grafici si *affrontano* le problematiche linguistiche, ma vengono eluse e date per assodate le questioni culturali – la *cultura* dell’altro e la *cultura* del reattivo.

Un punteggio piuttosto elevato può essere riscontrato anche per ciò che riguarda l’utilizzo dei test di personalità, il cui valore si accosta a quello del Rorschach e dei reattivi grafici.

Se pensiamo agli obiettivi per i quali tali test sono stati costruiti – effettuare una valutazione oggettiva *ma indiretta* di aspetti e tratti psicopatologici costruiti e definiti come tali all'interno di uno specifico contesto culturale – potremmo domandarci per quale motivo la loro applicazione sia così incondizionata anche nella valutazione diagnostica del paziente straniero. Alcune ipotesi potrebbero già essere avanzate in merito (e trovare un'eventuale conferma/disconferma nelle successive risposte alle domande aperte):

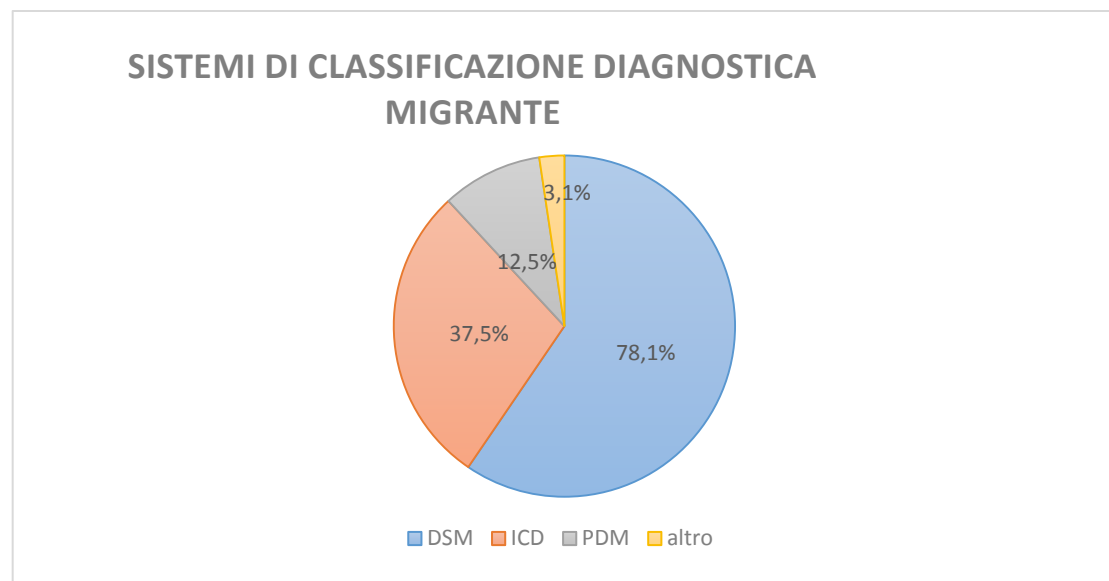
- Scarsa consapevolezza critica degli strumenti adottati;
- Uso della strumentazione diagnostica come prassi talmente consolidata e automatizzata da impedire la riflessione critica di cui sopra (e quindi con conseguente utilizzo dello strumento usuale con lo straniero);
- Lo straniero, spiazzandomi nella sua diversità, mi obbliga ad un irrigidimento (che comporterebbe altrimenti una messa in discussione dei modi usuali di lavorare) e dunque ad una somministrazione obbligata di determinati strumenti;
- Il contesto giuridico obbliga all'uso di strumenti *obiettivi* che producano valutazioni *obiettive*, legittimando il professionista a trascurare quell'importante malinteso generatosi in psicologia attorno al concetto di obiettività e ad estendere ad un *altro* e ad un *altrove* – in un rispecchiamento etnocentrico permanente – una oggettività costruita da *me* e in un *qua*.

Il 29,1% dei soggetti dichiara di aver utilizzato uno o più sistemi di classificazione diagnostica dopo la valutazione del cliente, creando una inevitabile sovrapposizione tra sistemi di significato clinico-giuridico – in qualche modo la psichiatria *intrude* la giuridica secondo delle modalità che ripropongono la dicotomia normalità/patologia. Il DSM si dimostra ancora lo strumento più utilizzato con il 78,1% di scelte, a seguire l'ICD (37,5%) e il PDM (12,5%). Il 3,1% dei soggetti dichiara di aver adottato altre modalità di classificazione senza tuttavia specificarne il nominativo.

La prevalenza di utilizzo del DSM con pazienti stranieri, ci fornisce indicazioni sull'egemonia etnocentrica di tale strumento *anche* in un ambito professionale

differente rispetto alla clinica. Possiamo ipotizzare che le ragioni che ne abbiano motivato l'uso riguardino la comunicazione tra professionisti, la presunta garanzia di obiettività alla valutazione diagnostica, la possibilità di applicazione incondizionata del realismo ingenuo agli strumenti.

Certamente le risposte qualitative potranno chiarire la serie di questioni dubbiose e annose emerse in relazione all'uso di tali strumenti e classificazione con la persona straniera.



Il 48,9% dei professionisti dichiara di aver avuto difficoltà nella gestione dell'incontro, mentre i restanti chiudono l'interrogazione non corrispondendo alcuna problematica percepita o vissuta. Dei soggetti che rispondono in maniera negativa in merito alle difficoltà incontrare nella valutazione (21), 14 soggetti hanno adoperato strumenti diagnostici testistici e classificazioni nosografiche, 6 hanno utilizzato esclusivamente test psicodiagnostici e un solo soggetto si è avvalso di esclusive categorizzazioni nosografiche. Dunque, il *fatto* che la maggior parte dei soggetti non riscontranti difficoltà si sia avvalsa di strumenti e sistemi di classificazione lascia spazio ad una conferma delle considerazioni avanzate in

precedenza, in merito ad un uso non *problematizzato, automatizzato* di strumenti e nosografie ed alla richiesta di obiettività del settore giuridico.

Le risposte ottenute alla domanda aperta - da parte di coloro che dichiarano di aver riscontrato delle difficoltà nella valutazione diagnostica con persone straniere - sono state raggruppate, anche in questo caso, per aree tematiche.

#### **LINGUISTICHE**

R1: Difficoltà linguistica a livello di significato culturalmente condiviso, soprattutto rispetto all'uso delle componenti prosodiche linguistiche.

R4: La lingua e l'attenzione a differenti riferimenti valoriali ed espressivi

R5: lingua straniera

R7: Colloquio in inglese /Italiano

R10: Di lingua anche se in presenza di mediatori culturali o interpreti

di applicazione di strumenti oggettivi

R11: Di lingua

R13: Comprensione, linguaggio, espressione

R17: La difficoltà di non avere una lingua comune condivisa e quindi non riuscire a cogliere sfumature che nella lingua di origine sono più certe.

R19: Lingua

R21: Differenze di background socio-culturale e in alcuni casi legata alla non padronanza della lingua italiana.

R23: A volte di lingua

R24: Comunicazione incertezza sul grado di comprensione consegna dubbi diagnostici scelta appropriata strumenti

R25: Lingua, test non tarati x quella specifica cultura,

R26: La lingua e la confusione dovuta all'incertezza ed alla mancata comprensione della situazione che stanno vivendo. Ambito penitenziario

R28: 1) Difficoltà nel colloquio. Dovendo ricorrere ad un interprete solitamente ti arriva un dialogo filtrato. Dovendo spesso decidere sulla genitorialità è necessario che le informazioni ti arrivino con la stessa coloritura emotiva e di significato del soggetto. Molto spesso il colloquio non è utilizzabile.

2) la testistica: la testistica è vincolata a fattori culturali e di comprensione e non si è mai certi sui risultati della valutazione. Un test culture free, il Raven lo utilizzo per valutare la struttura di

personalità, in via ipotetica, mettendo in relazione le strategie cognitive utilizzate nella soluzione di problemi, con gli assetti di personalità che ne possono derivare, dal momento che l'intelligenza serve anche per strutturare ed organizzare se stesso. Si possono quindi fare delle deduzioni sulla qualità della genitorialità, sempre con le dovute cautele. Una valutazione di questo tipo l'ho fatta nel caso della adozione di una minore, e corredata da altre informazioni ha tenuto bene nei vari gradi del processo.

### **CULTURALI**

R2: Differenti significati attribuiti ad abitudini socioculturali apprese nel paese di origine e differenze con relativi significati in Italia.

R9: Aspetti di tipo culturale, come la tutela del minore rispetto al maltrattamento ed all'abuso, difficoltà ad accettare le nuove aspettative dei figli adolescenti, diverso modello genitoriale non sempre di tutela allo sviluppo del minore, non accettazione della malattia mentale.

R3: Differenze educative e di sistema valoriale attribuite ai comportamenti educativi verso i figli.

R14: Bisogno di adeguamento degli stimoli alla cultura di origine, oppure scarsa comprensione degli stimoli

R16: La difficoltà a differenziare problematiche specifiche di origine psicopatologica da aspetti culturali e socioambientali legati al paese di provenienza.

R22: Comprensione del contesto di provenienza, abitudini ecc.

R21: Differenze di background socio-culturale e in alcuni casi legata alla non padronanza della lingua italiana.

R28: 1) difficoltà nel colloquio. Dovendo ricorrere ad un interprete solitamente ti arriva un dialogo filtrato. Dovendo spesso decidere sulla genitorialità è necessario che le informazioni ti arrivino con la stessa coloritura emotiva e di significato del soggetto. Molto spesso il colloquio non è utilizzabile.

2) la testistica: la testistica è vincolata a fattori culturali e di comprensione e non si è mai certi sui risultati della valutazione. Un test culture free, il Raven lo utilizzo per valutare la struttura di personalità, in via ipotetica, mettendo in relazione le strategie cognitive utilizzate nella soluzione di problemi, con gli assetti di personalità che ne possono derivare, dal momento che l'intelligenza serve anche



per strutturare ed organizzare se stesso. Si possono quindi fare delle deduzioni sulla qualità della genitorialità, sempre con le dovute cautele. Una valutazione di questo tipo l'ho fatta nel caso della adozione di una minore, e corredata da altre informazioni ha tenuto bene nei vari gradi del processo.

R20: Difficoltà di tipo linguistico e di scelta dei reattivi mentali per diversità socio-ambientali in particolare i riferimenti culturali e religiosi diversi rendono molto difficile una classificazione precisa in riferimento a nostri criteri diagnostici. Anche con l'utilizzo della mediazione culturale è molto difficile fare valutazioni e diagnosi precise che rispondano a criteri scientifici.

#### **USO DEI TEST**

R12: Di valutazione

R6: Somministrazione MMPI 2 (Risultato valido)

R24: Comunicazione incertezza sul grado di comprensione consegna dubbi diagnostici scelta appropriata strumenti

R25: Lingua, test non tarati x quella specifica cultura

R28: 1) difficoltà nel colloquio. Dovendo ricorrere ad un interprete solitamente ti arriva un dialogo filtrato. Dovendo spesso decidere sulla genitorialità è necessario che le informazioni ti arrivino con la stessa coloritura emotiva e di significato del soggetto. Molto spesso il colloquio non è utilizzabile.

2) la testistica: la testistica è vincolata a fattori culturali e di comprensione e non si è mai certi sui risultati della valutazione. Un test culture free, il Raven lo utilizzo per valutare la struttura di personalità, in via ipotetica, mettendo in relazione le strategie cognitive utilizzate nella soluzione di problemi, con gli assetti di personalità che ne possono derivare, dal momento che l'intelligenza serve anche per strutturare ed organizzare se stesso. Si possono quindi fare delle deduzioni sulla qualità della genitorialità, sempre con le dovute cautele. Una valutazione di questo tipo l'ho fatta nel caso della adozione di una minore, e corredata da altre informazioni ha tenuto bene nei vari gradi del processo.

R20: Difficoltà di tipo linguistico e di scelta dei reattivi mentali per diversità socio-ambientali in particolare i riferimenti culturali e religiosi diversi rendono molto difficile una classificazione precisa in riferimento a nostri criteri diagnostici. Anche con

l'utilizzo della mediazione culturale è molto difficile fare valutazioni e diagnosi precise che rispondano a criteri scientifici.

R14: Bisogno di adeguamento degli stimoli alla cultura di origine, oppure scarsa comprensione degli stimoli

R15: Difficoltà a reperire test standardizzati con taratura appropriata sulla popolazione in oggetto

R27: Ho dovuto studiare la valutazione neuropsicologica con i migranti e farmi assistere da un mediatore

#### **PSICOPATOLOGIA**

R18: La presenza quasi costante di un post-traumatico che rende difficile avere chiaro il campo di valutazione.

R16: La difficoltà a differenziare problematiche specifiche di origine psicopatologica da aspetti culturali e socio-ambientali legati al paese di provenienza

R8: Difficoltà di costruzione della compliance farmacologica

In merito alla questione linguistica, le difficoltà incontrate dai soggetti rispondenti riguardano rimandi strettamente legati alla comprensione (R1: *“componenti prosodiche linguistiche”*, R21: *“non padronanza della lingua italiana”*, R13: *“comprensione, linguaggio, espressione”*) della *“lingua straniera”* o ancora aspetti relativi alla mancanza di una *“lingua comune condivisa”* che *“consenta di cogliere sfumature che nella lingua di origine sono più certe”*. L'obbligo di condurre un colloquio in più lingue (R7: *“colloquio in inglese/italiano”*) o in una lingua non pienamente condivisibile comporta il rischio di perdere e vedere frammentati comprensioni e vissuti, di rendere l'incontro con l'altro incerto e mancante (R26: *“la lingua e la confusione dovuta all'incertezza ed alla mancata comprensione della situazione che stanno vivendo”*). Il medium linguistico si configura come modalità privilegiata di accesso all'altro e ai suoi vissuti, quasi elemento imprescindibile per la sua comprensione, che rimane a questo punto sempre parziale. Di fronte a tale problematica – quella linguistica - si ricorre ad un mediatore o ad un interprete, che sebbene consenta di migliorare la comunicazione, non risolve l'effettiva possibilità di comprendersi (R10: *“di lingua anche se in presenza di mediatori culturali o interpreti?”*; R28: *“Difficoltà nel colloquio. Dovendo ricorrere ad un interprete solitamente ti arriva un dialogo filtrato. Dovendo spesso decidere sulla genitorialità è*

*necessario che le informazioni ti arrivino con la stessa coloritura emotiva e di significato del soggetto. Molto spesso il colloquio non è utilizzabile*). Dunque, il mediatore nel suo *mediare* non consente di cogliere quegli aspetti extralinguistici di tipo emotivo che invece risulterebbero utili per formulare un giudizio con conseguenze pragmatiche rilevanti, rendendo addirittura il colloquio *“non utilizzabile”*.

La somministrazione di test viene resa difficoltosa dalla diversità linguistica poiché comporta un certo grado di incertezza nell'intendimento reale ed effettivo delle consegne del test - oltre che sulla scelta appropriata degli strumenti - (R24: *“incertezza sul grado di comprensione consegne”*, R10: *“di lingua anche se in presenza di mediatori culturali o interpreti di applicazione di strumenti oggettivi”*, R28: *“la testistica è vincolata a fattori culturali e di comprensione e non si è mai certi sui risultati della valutazione”*. R14: *“scarsa comprensione degli stimoli”*).

Le difficoltà culturali indicate riguardano, in prima istanza, la possibilità o l'impossibilità di accedere all'altro nei suoi significati, nelle sue abitudini socio-culturali, nei suoi valori e in tutti quegli aspetti che abbiano ricadute immediate sugli elementi oggetto di valutazione della giuridica: il maltrattamento, l'abuso, il modello genitoriale, le scelte educative, lo scontro generazionale (prime e seconde generazioni di migranti), la non accettazione della malattia mentale (R2: *“Differenti significati attribuiti ad abitudini socioculturali apprese nel paese di origine e differenze con relativi significati in Italia”*; R9: *“Aspetti di tipo culturale, come la tutela del minore rispetto al maltrattamento ed all'abuso, difficoltà ad accettare le nuove aspettative dei figli adolescenti, diverso modello genitoriale non sempre di tutela allo sviluppo del minore, non accettazione della malattia mentale”*; R3: *“Differenze educative e di sistema valoriale attribuite ai comportamenti educativi verso i figli”*).

In alcuni casi, si rende impossibile operare una distinzione tra problematiche di origine psicopatologica - come ad esempio il Disturbo Post Traumatico da Stress - da fattori culturali e socio-ambientali (R16: *La difficoltà a differenziare problematiche specifiche di origine psicopatologica da aspetti culturali e socioambientali legati al paese di provenienza*; R18: *La presenza quasi costante di un post-traumatico che rende difficile avere chiaro il campo di valutazione*). Si evidenzia un'opposizione dialettica tra sociale/culturale e

patologico che ritrova nella cornice giuridica un'ulteriore complicazione di senso e in alcuni casi mostra una sovrapposizione totale tra i due settori disciplinari – clinica e giuridica (R8: *“Difficoltà di costruzione della compliance farmacologica”*).

La cultura condiziona la scelta dei questionari da somministrare, rende incerti sui risultati della valutazione e sulle deduzioni da sviluppare – che rimangono comunque ancorate a termini propri della cultura occidentale, quali “struttura di personalità, strategie cognitive, assetti di personalità – (R28: *“La testistica è vincolata a fattori culturali e di comprensione e non si è mai certi sui risultati della valutazione. Un test culture free, il Raven lo utilizzo per valutare la struttura di personalità, in via ipotetica, mettendo in relazione le strategie cognitive utilizzate nella soluzione di problemi, con gli assetti di personalità che ne possono derivare, dal momento che l'intelligenza serve anche per strutturare ed organizzare se stesso. Si possono quindi fare delle deduzioni sulla qualità della genitorialità, sempre con le dovute cautele. Una valutazione di questo tipo l'ho fatta nel caso della adozione di una minore, e corredata da altre informazioni ha tenuto bene nei vari gradi del processo”*), complica la classificazione con i “nostri” sistemi diagnostici e corrispondere a criteri scientifici (R20: *“Difficoltà di tipo linguistico e di scelta dei reattivi mentali per diversità socio-ambientali in particolare i riferimenti culturali e religiosi diversi rendono molto difficile una classificazione precisa in riferimento a nostri criteri diagnostici. Anche con l'utilizzo della mediazione culturale è molto difficile fare valutazioni e diagnosi precise che rispondano a criteri scientifici”*).

Infine, in merito alla somministrazione dei test, le problematiche emergenti riguardano, anche in questo caso, la scelta appropriata degli strumenti, la validità dei risultati ottenuti, i dubbi sulla comprensione degli items da parte dei soggetti, la necessità di ricorrere in taluni casi al mediatore culturale che non sempre assicura – come nel caso del colloquio – un'accurata valutazione e aderenza a criteri di tipo scientifico (R27: *“Ho dovuto studiare la valutazione neuropsicologica con i migranti e farmi assistere da un mediatore”*; R20: *“Anche con l'utilizzo della mediazione culturale è molto difficile fare valutazioni e diagnosi precise che rispondano a criteri scientifici”*). Una ulteriore difficoltà riportata riguarda il reperimento di test standardizzati con appropriata taratura sulla popolazione di riferimento (R15: *“Difficoltà a reperire test standardizzati con taratura appropriata sulla popolazione in oggetto”*). La scarsa comprensione degli stimoli può

essere affrontata attraverso un adeguamento degli stessi alla “cultura” del soggetto (R14: *“Bisogno di adeguamento degli stimoli alla cultura di origine, oppure scarsa comprensione degli stimoli”*).

E' significativo che gli unici due test menzionati nelle risposte siano, da un lato il Minnesota (MMPI) e dall'altro le matrici di Raven, il primo ad elevato grado di standardizzazione e culturalizzazione occidentale, il secondo che si dichiara culture-fair.

L'ultima domanda posta ai soggetti riguarda eventuali suggerimenti e proposte che possano consentire di ovviare alle difficoltà menzionate. Le risposte raccolte sono state raggruppate sulla base delle aree tematiche emergenti.

#### **MEDIATORE CULTURALE**

R1: Mediatore culturale magari più esperto nel settore psicologico strumenti psicodiagnostici adeguati

R12: Traduttore e/o mediatore culturale

R13: Sicuramente la necessità di utilizzare di più i mediatori culturali. Meglio ancora se questi sono professionisti della nostra materia e non solo persone in grado di tradurre seppure con conoscenze specifiche in relazione alla cultura di quel migrante. Per il resto non ho mai riflettuto con attenzione essendo questo un lavoro marginale nella mia professione

R14: Un traduttore anche nelle carceri, la possibilità di telefonare ai familiari all'estero, la spiegazione della situazione attuale e delle prospettive future.

R15: Offerta attiva di counseling psicologico/familiare condotti dagli Psicologi con i Mediatori culturali  
Integrazione tra il Privato Sociale ed i Servizi Socio-Sanitari (Consultori, Neuropsichiatrie infantili, Servizi Sociali), scuole che ospitano i migranti

R30: La presenza di mediatori socio-culturali.

#### **STRUMENTI PSICODIAGNOSTICI**

R2: Test maggiormente attendibili

R3: Elaborazione strumenti psicodiagnostici e griglie di valutazione. Formazione clinica.

R4: Taratura test e traduzione test

R9: Sviluppare ricerche su validità e affidabilità degli strumenti psicodiagnostici con popolazioni di migranti.

R10: 1) Circa il colloquio è necessario avere interpreti che traducano quanto detto evitando di filtrare il

discorso o di allearsi con il connazionale. 2) Circa i test. Usare test culture free, il Raven può essere usato con questa modalità: strategie cognitive, per derivarne l'assetto di personalità, per derivarne la qualità della genitorialità (nei casi la questione è l'essere genitori). Insieme ad informazioni sociali

R11: Traduzione dei test

R16: Maggiore accesso a test e questionari multilingua

R19: applicazione di strumenti adeguati di valutazione

R20: Sviluppo di progetti per la raccolta di campione appropriato, maggiori studi sulle popolazioni in oggetto e sulle loro caratteristiche psicologiche, sviluppo di strumenti psicodiagnostici ad hoc

#### **FORMAZIONE**

R3: Elaborazione strumenti psicodiagnostica e griglie di valutazione. Formazione clinica trascurare.

R5: Aggiornamenti corsi di approfondimento su metodologie strumenti

R21: Maggiore formazione e una prassi condivisa / linee guida

#### **CONCENTRARI SUL VISSUTO DEL SOGGETTO**

R6: Nella mia pratica ho cercato di superare la zona di confusione o incomprensibilità con la conoscenza più specifica del vissuto di riferimento del soggetto. Gli strumenti da utilizzare in questi casi, credo, debbano essere più specifici o selezionati.

#### **ACCETTAZIONE DEI MODELLI CULTURALI OCCIDENTALI**

R7: Una maggiore accettazione dei modelli culturali occidentali, frutto anche di una maggiore accettazione della autonomia individuale.

R17: Ritengo importante poter valutare la flessibilità cognitiva ed emotiva della persona migrante rispetto alla sua capacità di divenire consapevole delle differenze (sia di comportamento ma anche e soprattutto di significato che i comportamenti assumono) al di là delle proprie scelte o convinzioni culturali, educative, valoriali, comportamentali.

#### **COLLOQUIO**

R8: Attenzione al colloquio iniziale

R10: 1) circa il colloquio è necessario avere interpreti che traducano quanto detto evitando di filtrare il discorso o di allearsi con il connazionale. 2) circa i test. Usare test culture free, il Raven può essere usato con questa modalità: strategie cognitive, per derivarne l'assetto di personalità, per derivarne la qualità della

genitorialità (nei casi la questione è l'essere genitori). Insieme ad informazioni sociali

#### **COSTITUZIONE DI UN PROTOCOLLO DI LAVORO**

R18: Creare un protocollo/linee guida a cui far riferimento e in cui possa convogliare la conoscenza e il costrutto teorico di specialisti (psicologi, psichiatri, medici legali, neuropsichiatri, giuristi, ecc.) che conoscono e/o appartengano a diverse culture e religioni in modo da avere un quadro maggiormente chiaro e completo a cui far riferimento soprattutto in ambito psicopatologico, psicologico giuridico e forense.

R21: Maggiore formazione e una prassi condivisa / linee guida

Tra le soluzioni proposte si evidenzia in primis la necessità di stabilire una *collaborazione* con un mediatore culturale, socio- culturale o un interprete (R12: *“Traduttore e/o mediatore culturale”*; R30: *La presenza di mediatori socio-culturali*) possibilmente con conoscenze non solo della cultura di quello specifico migrante, ma anche con formazione specifica nel settore psicologico (R1: *“Mediatore culturale magari più esperto nel settore psicologico strumenti psicodiagnostici adeguati”*; R13: *“Sicuramente la necessità di utilizzare di più i mediatori culturali. Meglio ancora se questi sono professionisti della nostra materia e non solo persone in grado di tradurre seppure con conoscenze specifiche in relazione alla cultura di quel migrante”*). Si propone, inoltre, una contestualizzazione delle condizioni psicologiche e giuridiche del soggetto valutato, tramite una congiunzione con figure significative qui e altrove e stabilendo una integrazione tra servizi e competenze (R14: *“Un traduttore anche nelle carceri, la possibilità di telefonare ai familiari all'estero, la spiegazione della situazione attuale e delle prospettive future”*; R15: *“Offerta attiva di counseling psicologico/familiare condotti dagli Psicologi con i Mediatori culturali Integrazione tra il Privato Sociale ed i Servizi Socio-Sanitari (Consultori, Neuropsichiatrie infantili, Servizi Sociali), scuole che ospitano i migranti”*).

In merito all'uso della strumentazione diagnostica, si ritengono necessari test, strumenti e griglie di valutazione maggiormente attendibili (R2: *“Test maggiormente attendibili”*; R3: *“Elaborazione strumenti psicodiagnostici e griglie di valutazione”*), che

presentino una taratura adeguata e che siano stati correttamente tradotti in altra lingua (R4: *“Taratura test e traduzione test; R11: “Traduzione dei test”*). In un certo senso, il raggiungimento di tali requisiti richiede che vengano sviluppate ricerche sull’uso della strumentazione psicodiagnostica con popolazioni migranti (R9: *“Sviluppare ricerche su validità e affidabilità degli strumenti psicodiagnostici con popolazioni di migranti”*) in merito a validità, affidabilità, raccolta di campioni appropriati, nonché sulle popolazioni in oggetto e sulle loro caratteristiche psicologiche (R20: *“Sviluppo di progetti per la raccolta di campione appropriato”*) in maniera tale da consentire un utilizzo di strumenti adeguati di valutazione e una sempre maggiore diffusione degli stessi (R16: *Maggiore accesso a test e questionari multilingua; R19: “Applicazione di strumenti adeguati di valutazione”*).

In merito al colloquio, la proposta avanzata riguarda, ancora una volta, il ricorso al mediatore culturale che, da una parte, consentirebbe di evitare una alleanza con un connazionale – che spesso assolve la medesima funzione – dall’altra dovrebbe evitare, nel suo operato, di filtrare il discorso traducendo quanto effettivamente comunicato – affermazione peraltro discutibile nelle sue implicazioni pratiche. Le matrici di Raven – come test culture free – vengono proposte per tentare di ovviare alle problematiche emergenti nella valutazione, coniugate con informazioni a carattere sociale (R10: 1) *“Circa il colloquio è necessario avere interpreti che traducano quanto detto evitando di filtrare il discorso o di allearsi con il connazionale. 2) Circa i test. Usare test culture free, il Raven può essere usato con questa modalità: strategie cognitive, per derivarne l’assetto di personalità, per derivarne la qualità della genitorialità (nei casi la questione è l’essere genitori). Insieme ad informazioni sociali”*).

L’incontro con l’alterità culturale genera uno spaesamento a fronte del quale le modalità di reazione possono distribuirsi, come in questo caso, tra *un andare più a fondo*, nella conoscenza dell’altro e dei suoi vissuti, scardinando il velo sempre inviolabile della incomprendibilità (R6: *“Nella mia pratica ho cercato di superare la zona di confusione o incomprendibilità con la conoscenza più specifica del vissuto di riferimento del soggetto. Gli strumenti da utilizzare in questi casi, credo, debbano essere più specifici o selezionati”*), o al contrario di *serratura*, chiusura etnocentrica ineludibile in cui l’altro



deve adeguarsi e accettare modelli culturali occidentali e riconoscere la sua diversità, consapevole della propria differenza (R7: *“Una maggiore accettazione dei modelli culturali occidentali, frutto anche di una maggiore accettazione della autonomia individuale”*; R17: *“Ritengo importante poter valutare la flessibilità cognitiva ed emotiva della persona migrante rispetto alla sua capacità di divenire consapevole delle differenze (sia di comportamento ma anche e soprattutto di significato che i comportamenti assumono) al di là delle proprie scelte o convinzioni culturali, educative, valoriali, comportamentali”*).

Le ultime proposte avanzate riguardano da una parte la necessità di una formazione adeguata, aggiornata (R3: *“Elaborazione strumenti psicodiagnostica e griglie di valutazione. Formazione clinica trascurare”*; R5: *“Aggiornamenti corsi di approfondimento su metodologie strumenti”*; R21: *“Maggiore formazione”*), dall'altra l'istituzione di una *prassi condivisa*, di linee guida che permettano di coniugare le conoscenze e i costrutti teorici di specialisti che conoscono e appartengono a diverse culture e guidi il lavoro psicologico in ambito clinico e giuridico (R18: *“Creare un protocollo/ linee guida a cui far riferimento e in cui possa convogliare la conoscenza e il costrutto teorico di specialisti (psicologi, psichiatri, medici legali, neuropsichiatri, giuristi, ecc.) che conoscono e/o appartengano a diverse culture e religioni in modo da avere un quadro maggiormente chiaro e completo a cui far riferimento soprattutto in ambito psicopatologico, psicologico giuridico e forense”*).

## **5.6 Conclusioni**

I risultati ottenuti al questionario consentono di elaborare una serie di considerazioni fondamentali in merito all'utilizzo della strumentazione diagnostica e delle classificazioni nosografiche in psicologia forense.

In primo luogo, si conferma l'utilizzo, nel settore giuridico, di metodi e criteri di valutazione mutuati dalla clinica. Dunque, sebbene gli assessments clinico e forense abbiano finalità completamente differenti – il primo dovrebbe giungere ad una comprensione dei bisogni e delle sofferenze del paziente, il secondo rispondere ad un imperativo legale – gli strumenti e i criteri adottati sono i medesimi. Tale considerazione lascia emergere una sorta di sovrapposizione, inevitabile ma non per

questo meno dubbia, tra i due settori di lavoro sottesa dalla necessità di sopperire ad un vuoto, ad una mancanza nel settore giuridico di modi, tecniche e strumenti per la valutazione.

In secondo luogo, nel settore giuridico, la veridicità della valutazione diagnostica sembra essere ricercata non tanto nella comprensione dell'altro, nel primato del significato o dei contesti in cui la persona si colloca e agisce, quanto nella oggettività di dati e strumenti, creando un *fraitendimento* su molteplici fronti.

Il primo riguarda, a proposito dei criteri diagnostici, la ricerca di veridicità e imparzialità nell'uso – indiscriminato - nel DSM: confermando la sua egemonia clinica, sociale, politica e nel suo essere illusoriamente ateorico e descrittivo, tale sistema propone uno sguardo da “nessun luogo”, *al di là* dei singoli orientamenti teorici, e nasconde perfettamente la sua origine e matrice epistemologica, a garanzia di una presunta obiettività – e addirittura di una inter-obiettività nella comunicazione tra specialisti – rendendosi adeguato *anche* – e soprattutto - per il contesto giuridico.

Il secondo fraintendimento, invece, riguarda l'*oblio* generato dall'uso della diagnosi: la risposta ad un quesito giuridico non trova un riscontro *effettivo* – tanto quanto in clinica, se non maggiormente – in una diagnosi, *mentre* quest'ultima può stabilire un fondamento per le sue conseguenze pragmatiche.

Kleinman (1987) utilizza il termine *categoria fallace* per descrivere l'erronea assunzione che una categoria diagnostica sviluppata in *una* cultura possa assumere significato anche in un'altra. Può, dunque, dirsi sufficiente l'indicazione del DSM di incorporare nella valutazione clinica una formulazione che sia anche culturale – la mancanza di chiarezza in tale istruzione spiegherebbe anche per quale ragione sia così poco utilizzata nella pratica clinica (Lewis, Fernandez, 2009)? E cosa invece possiamo pensare del ICD che non classifica separatamente disordini specificamente culturali poiché ritiene che la ricerca non abbia li effettivamente distinti in modo chiaro?

A proposito dei test psicodiagnostici, l'oggettività è ricercata, invece, nelle componenti statistiche e numeriche, nelle tarature di riferimento di test e reattivi, i

quali lungi dal poter essere considerati come *elemento di prova* fondano un terzo tipo di fraintendimento, in cui si stabilisce un completo isomorfismo tra il costrutto misurato – prodotto entro uno specifico terreno culturale – e il sistema numerico adottato, nella più totale dimenticanza che in psicologia ogni misurazione è soltanto mediata.

Tali presunte espressioni della obiettività, che *pretendono* di misurare ed etichettare lo psichico, *destituendolo* però dello psichico stesso, perdono di legittimità non solo con il paziente occidentale ma oltremodo e soprattutto con il paziente straniero, poiché divengono costrette a dichiarare le proprie fondamenta, tutte arbitrarie, situate e, dunque, limitate nella propria applicabilità.

La ricerca spasmodica di un *criterio oggettivo* rende evidente quanto già sostenuto a proposito del ruolo assunto dallo psicologo giuridico, non libero di scegliere il livello di configurazione delle proprie considerazioni e costretto ad operare in una cornice complessa e pre-stabilita – quella giuridica -e rispondere ad un quesito *estraneo* - quello del giudice. Un quesito che richiedendo, appunto, risposte *tangibili* obbliga ad utilizzare quegli strumenti e quei criteri che in psicologia e in psichiatria *si credono* tali da produrre risultati oggettivi.

La tendenza ad optare per una prassi consolidata e oggettiva a scapito di un atteggiamento riflessivo si evidenzia, soprattutto, nella differenza di risposte ottenute tra coloro che non hanno mai effettuato una diagnosi psicodiagnostica con una persona straniera e coloro che invece sostengono di averla compiuta. Il grado di maggiore incertezza e flessibilità dei primi sembrerebbe essere soppiantato dalla maggiore fermezza decisionale dei secondi, come se nell'esperienza diretta dell'incontro con lo straniero la tendenza a praticare una consuetudine già nota consentisse di tollerare l'ambiguità cui l'altro inevitabilmente obbliga, di abbandonare ogni forma di riflessività – pena la messa in discussione totale del sistema di valutazione.

L'orientamento teorico - e dunque la cornice epistemologica che sottende e significa la relazione con l'altro – soccombe dinanzi all'*urgenza* di accreditamento alla comunità scientifica *globale*. L'uniformità copre la specificità: *si dice* e *si fa* ciò che la comunità

scientifico pre-vede. E laddove non esista una pre-visione, la *prassi* – mutuata da altri luoghi, da altri contesti – diviene l'unica alternativa possibile. Il ruolo professionale e la pratica istituzionale vengono preservati a scapito della propria formazione. Il DSM diviene così lo strumento di classificazione più adottato, anche se i suoi presupposti teorici scarsamente collimano con la *propria* visione di malattia e di cura. L'illusione di ateoreticità e obiettività viene acconsentita nell'*anonimato* delle scelte, nei *manierismi* dell'agire.

Non possiamo trascurare, inoltre, in tale contesto, le ricadute pragmatiche generate dalla risposta “psicologica” ad un quesito giuridico – basti pensare al concetto di genitorialità e alla sua applicazione indiscriminata ai modi della cura di una mamma africana. Possiamo allora davvero affidare ad un test di personalità le sorti di un individuo?

Weiss e Rosenfels (2012) sostengono che l'assessment forense con persone provenienti da altre culture richieda una *expertise* multidisciplinare, che si avvalga di competenze psico-legali e di conoscenze culturali/antropologiche. Sono davvero competenze sufficienti ad affrontare una valutazione di tale entità? Nella tendenza a ricondurre gran parte delle problematiche emergenti durante la valutazione con la persona straniera agli aspetti linguistici, di taratura e standardizzazione del test e a spostare nella cultura dell'altro – e non nella *cultura* che sottende lo strumento utilizzato - le risposte ottenute evidenziano una mancata consapevolezza dei criteri che sottendono la costruzione degli strumenti diagnostici e dei criteri nosografici.

Pensiamo, ad esempio, al Minnesota Multiphasic Personality Inventory, che nonostante sia stato costruito e validato su una popolazione degli anni quaranta, venga ancora considerato come strumento valido non soltanto per valutare la psicopatologia e la personalità di soggetti appartenenti al mondo occidentale ma anche individui provenienti da mondi altri. In tal senso, sembrano essere state completamente ignorate le ricerche che per lungo tempo si sono occupate di mostrare il fallimento della valutazione fuori e lontano da contesti in cui i test sono stati costruiti (Sue, Ivey, Pedersen, 1998; Quintana, Troyano, Taylo, 2001).

Nella stessa direzione di tali studi si colloca Cole (2006) quando, a proposito dell'illusione dei test d'intelligenza svincolati dalla cultura, afferma:

*“La nostra caratterizzazione di cosa una persona debba fare per essere considerata abile nella cultura dei Kpelle e di ciò che implica il “campionare l'intelligenza” possono essere argomentazioni frustranti per chi assume che sia possibile costruire un test di intelligenza libero dagli aspetti culturali. Si immagini, per esempio, che per combinazione fosse stato il nostro immaginario Binet liberiano ad aver costruito il nostro primo test QI e che alcune tribù dell’Africa dell’Ovest lo abbiano poi adottato. Persino item considerati troppo semplici per un bambino Kpelle di otto anni avrebbero causato seri problemi ai nostri bambini. Imparare i nomi delle foglie, per esempio, si è dimostrato un compito difficile anche per un dottorando americano. I nostri bambini conoscono alcuni indovinelli; tuttavia, poiché si fa poco uso di questo genere di conoscenza nella nostra società, essi sarebbero svantaggiati alla presenza di item più “avanzati”. Se i nostri bambini fossero forzati a sostenere test costruiti da un Binet dell’Africa occidentale, potremmo obiettare che gli item siano ingiustamente influenzati dalla cultura Kpelle. Ci riterremmo oltraggiati se le eventuali conseguenze future dei nostri bambini dipendessero in qualche modo dalla loro abilità di interpretare gli indovinelli Kpelle, come stratagemmi retorici. Ciò che perlomeno desidereremmo sarebbe un test cultura-svincolato, qualora i risultati nella vita pratica derivassero dalle nostre prestazioni ad esso. Comunque, che tipo di test un Binet dell’Africa dell’Ovest sognerebbe, tale da essere considerato come culturalmente svincolato? Di sicuro non ingloberebbe un insieme di figure geometriche precise, poiché il popolo dei Kpelle, non conoscendo ancora la scrittura, non viene a contatto con molte rappresentazioni di tipo grafico e non possiede la tecnologia adatta per tracciare linee dritte. Tale test non sarebbe neppure costituito da una lista di sillabe o parole senza senso, in quanto non ci sarebbero attività corrispondenti nella vita dei Kpelle adulti. Si potrebbe tentare la formulazione di un test di memoria, come ricordare tutti i componenti della famiglia; ma qui i Kpelle, che insegnano ai propri figli le genealogie, avrebbero un consistente vantaggio: quale è il nome del padre della nonna paterna? Infatti, se scorressimo la lista dei presunti item cultura-indipendenti che il nostro esperimento mentale sul test QI dei Kpelle ha fatto emergere, quasi certamente non potremmo rinvenire nessuno dei sottotest di intelligenza che sono stati dichiarati svincolati dalla cultura della nostra società. La ragione è molto semplice; il nostro Binet dell’Africa dell’Ovest, avendo scientificamente campionato la sua cultura, avrebbe escogitato item che riflettano le attività*

*valorizzate e che differenziano gli individui nella sua cultura, mentre Binet e tutti i suoi successori hanno proceduto nella stessa direzione ma con la propria cultura d'appartenenza. Esse rappresentano due attività differenti. Il nostro immaginario studio cross-culturale circa la costruzione dei test ci rende chiaro che la misurazione delle abilità rappresenta inevitabilmente un artificio culturale. Questa conclusione deve apparire fosca e deludente per coloro che hanno lavorato a costruire test validi e sciolti da vincoli culturali. Tuttavia da una prospettiva storica e logica, è facile confermare quanto dichiarato da Franz Boas mezzo secolo fa, che "la mente, al di fuori dell'esperienza, è inconcepibile" (p.17).*

Se la misurazione delle abilità intellettive si dimostra *solo* un artificio culturale, che non può dirsi *in alcun luogo* scevra e svincolata da altrettanti limiti di situatità, cosa possiamo dire a proposito della misurazione delle caratteristiche di personalità o delle dimensioni psicopatologiche? Una possibile risposta al nostro quesito può essere rintracciata nelle riflessioni che Fanon, assieme a Geronimi, ha elaborato in un articolo del 1956 riguardo all'uso del TAT con donne algerine musulmane – colonizzate - ricoverate presso l'ospedale psichiatrico di Blida-Jonville di Algeri. Il principale problema riscontrato nella somministrazione del reattivo riguardava la mancata *comprensione del compito*, che obbligava le utenti ad un eccessivo sforzo di razionalizzazione e alla ricerca del maggior numero possibile di elementi noti entro una scena – quella della tavola – peraltro assolutamente non familiare. Pertanto, le pazienti non potendo raccontare cosa stesse accadendo in quelle immagini, si soffermavano sulla mera descrizione degli elementi fattuali in esse presenti. Secondo gli Autori, la tendenza a fornire risposte non adeguate alle finalità del test e l'assenza di immaginazione dovevano essere *semplicemente* considerate come conseguenza della inadeguatezza del metodo. Fanon critica, dunque, tanto la posizione interpretativa *psicologizzante*, che pretende di riconoscere un problema nella mente di tali donne, quanto quella *culturalizzante*, che alla domanda sulle ragioni per le quali esse siano incapaci di replicare allo strumento clinico fornito, risponde citando una adesione totale all'elemento religioso. Egli sostiene, piuttosto, che la questione dell'assenza dell'invenzione – escludendo un eventuale rifiuto al reattivo - sarebbe indicativa dell'impossibilità di trovare nel *reale delle tavole* del test, delle connessioni di senso

con *il reale* della vita quotidiana. Dunque, è come se fosse il mondo concreto oggettivo a nutrire continuamente e a fondare l'immaginario (Fanon e Geronimi, 1956, p. 367). Dinanzi ad oggetti non abituali, non familiari diviene possibile produrre un discorso che si collochi al di là del *visibile*.

Le considerazioni sinora esposte mostrano chiaramente come gli strumenti diagnostici, privati di adeguata contestualizzazione e riflessione critica, non possano che produrre *frammenti* di conoscenza e siano molto lontani dal fornire una risposta che possa dirsi oggettiva riguardo la psicopatologia o la personalità dell'altro. Di conseguenza, non sarà più sufficiente pensare a come accrescere competenze e conoscenze in merito alla somministrazione e interpretazione dei test o ancora ricercare l'esclusiva validità e l'affidabilità degli strumenti sul piano cross-culturale. Il pensiero dovrà volgersi altrove, in uno spazio sovversivo di discussione e proposta, scambio e conoscenza, nella consapevolezza che non si possa più dimorare nello stato di torpore generato dalla reiterazione identica di pratiche e nel riconoscimento "*che talvolta le strategie interpretative e pratiche assistenziali o terapeutiche adottate rivelano spesso un ulteriore enigma: desideriamo che l'altro sia uguale a noi, o decidiamo che non lo - che non lo potrà mai essere abbastanza - decretando di fatto l'incommensurabilità dei mondi cultural?*" (Taliani, Vacchiano, 2006, p. 95) e decidendo *di fatto* cosa ne sarà del suo esistere.





## CAPITOLO SESTO

### INTERVISTE IN PROFONDITÀ

#### 6.1 Obiettivi e metodi

Lo studio presentato si propone, da un lato, di studiare e analizzare criticamente le *pratiche di accoglienza e i processi di valutazione e costruzione psico-diagnostica* realizzati dal professionista della salute mentale con la persona straniera, all'interno di due contesti operativi: i servizi socio-sanitari pubblici e lo scenario giuridico; dall'altro di comprendere, secondo un criterio fenomenologico, l'esperienza vissuta di psicologo e psichiatra che incontrano, ai margini dell'istituzione – sanitaria e forense – questo altro culturale.

Nella consapevolezza che non sia possibile, per indagare la migrazione, frazionare i domini del politico, dell'economico, del politico, dello psicologico (Sayad, 1999), tale ricerca si propone di operare una decostruzione delle rappresentazioni sociali, culturali e istituzionali relative allo statuto del paziente immigrato, che tenga conto anche dei ruoli incarnati dai singoli operatori e dei luoghi e dei tempi entro cui operano e agiscono.

Per rispondere agli obiettivi della studio, sono state condotte interviste semi-strutturate con psicologi e psichiatri che lavorano presso pubblici servizi sanitari a carattere clinico e giuridico e in ambito libero professionale come consulenti forensi. La traccia dell'intervista è stata elaborata con la supervisione del Prof. Jonathan Smith (Birkbeck University) durante il periodo di visiting all'estero e stata sottoposta a revisione sulla base delle criticità emerse durante alcuni colloqui di prova.

Coerentemente con le premesse epistemologiche e gli obiettivi della ricerca, per la costruzione, la conduzione e l'analisi delle interviste è stata adottata una metodologia di tipo fenomenologico (Kvale, 2008; Giorgi, 2009; Smith, 2009; Moustakas, 1994). L'intervista semi-strutturata è stata costruita a partire da una riflessione su tematiche tratte dalla letteratura fenomenologica ed etno-psichiatrica. Nello specifico, l'intervista si compone di due parti: la prima nella quale vengono

indagate le pratiche psicodiagnostiche e le modalità di intervento con i/le migranti nel settore di riferimento, la seconda che studia più nel dettaglio l'esperienza di incontro con l'Altro in senso fenomenologico (allegato 2). Inoltre, state indagate modalità di lavoro, difficoltà incontrate, uso degli strumenti diagnostici e di classificazione, modalità e profondità di descrizioni e vissuti generati dall'alterità dell'altro straniero.

L'obiettivo principale progettato per l'intervista riguardava l'indagine dell'incontro di valutazione diagnostica e psicologica con la persona straniera; tuttavia, nel corso degli incontri, le domande sono divenute ben presto soltanto un *pretesto* per narrare storie di incontri molto più complesse e articolate nei loro contenuti e nelle loro implicazioni della descrizione di un mero momento di assessment.

## 6.2 Partecipanti e contesti

Il campione di soggetti intervistati comprende:

- Psicologi e psichiatri che lavorano presso i Centri Di Salute Mentale (CSM) e Servizi di Diagnosi e Cura (SPDC) delle Unità Socio-Sanitarie Locali (ULSS) della Regione Veneto;
- Professionisti che lavorano nel settore forense come CTP o CTU (ambito civile o penale) o presso servizi socio-sanitari di secondo livello.

La scelta dei partecipanti è avvenuta secondo un campionamento a scelta ragionata (*theoretical purposive sample*) che consiste nel “selezionare gruppi o categorie da studiare sulla base della loro rilevanza rispetto alle domande di ricerca” (Mason, 1996, p. 93-4). Una volta individuati teoricamente i gruppi di partecipanti da coinvolgere, il campionamento è avvenuto nel seguente modo:

- Nel caso di psicologi e psichiatri operanti nei servizi pubblici, ricercando all'interno dei siti internet di ogni singola ULSS le mail ufficiali dei

professionisti e inviando un messaggio di posta elettronica. Sono stati intervistati tutti coloro che hanno risposto alla mail e hanno mostrato interesse per la ricerca.

- Nel caso degli psicologi giuridici, secondo la tecnica definita *snowballing technique*.

Nel settore clinico, la partecipazione alla ricerca si è mostrata nettamente superiore da parte degli psichiatri rispetto agli psicologi e alle psicologhe, lasciando ipotizzare – e constatare - in primo luogo, una maggiore presenza dei primi all'interno dei servizi, in secondo luogo un minore interesse da parte *dei colleghi* nei confronti della ricerca o infine una minore quantità di tempo a disposizione da dedicare all'incontro. A tutti i partecipanti l'intervista è stata proposta dopo il consenso informato e la garanzia della privacy e dopo aver illustrato le finalità della ricerca (già peraltro esplicitate nella mail di invito a partecipare al progetto).

I partecipanti intervistati sono 40 (30 professionisti che lavorano in ambito clinico e 10 professionisti del settore forense). Tra i professionisti clinici 25 sono psichiatri (9 F, 16 M) e 5 psicologi (4 F, 1 M), mentre tra i professionisti forensi 1 psichiatra (M) e 9 psicologi (6 F, 3 M).

Per ogni intervista sono state stilate delle note etnografiche con riflessioni, dubbi e perplessità sugli incontri.

Le interviste sono state condotte in un periodo intercorrente tra maggio 2015 e marzo 2016. Le prime interviste, realizzate durante il soggiorno londinese alla Birkbeck University, hanno consentito di elaborare una serie di aggiustamenti sulle domande da porre durante il colloquio. In particolare, la traccia iniziale prevedeva che ai partecipanti venisse richiesto di raccontare due esperienze di incontro con l'alterità – focalizzando l'attenzione sulla valutazione diagnostica -, una considerata come andata a buon fine, l'altra vissuta negativamente. Tuttavia, i tempi ristretti concessi dai singoli partecipanti per le interviste (all'incirca un'ora – il tempo di un colloquio psicologico) non consentivano di esplorare in profondità entrambe le esperienze dei soggetti e comportavano una tendenza alla superficializzazione dei

racconti. Per tale ragione, si è optato per il racconto di *una* singola esperienza di valutazione diagnostica, lasciando agli intervistati la possibilità di esplorare *in profondità* i modi e i vissuti dell'incontro.

Le interviste con gli psicologi e gli psichiatri *clinici* sono state condotte nella Regione Veneto, presso le 22 ULSS allora esistenti – che hanno subito negli anni numerosi accorpamenti. I partecipanti sono stati incontrati presso le singole sedi di servizio. Gli psicologi e psichiatri operanti nel settore giuridico sono collocati in parte presso servizi di tipo pubblico che svolgono attività di consulenza e valutazione per il Tribunale e in parte lavorano come liberi professionisti prevalentemente nel territorio veneto – eccetto due intervistati operanti su Roma e Milano. Anche in questo caso le singole interviste sono state condotte presso i servizi o gli studi professionali dei partecipanti.

### **6.3 Etnografia di sfondo**

Prima che la fase di conduzione delle interviste fosse avviata è stata analizzata l'*etnografia di sfondo* (Mantovani, Spagnoli, 2005) del contesto in cui tali partecipanti sarebbero stati incontrati e in cui svolgono la propria attività. Nello specifico, ho cercato di individuare e analizzare, tramite lo studio delle pagine web e dei documenti presenti online sui siti internet di ciascun servizio, le caratteristiche organizzative proprie di ciascun servizio, le modalità di accoglienza del paziente straniero e le prestazioni erogate, individuandone risorse e potenzialità.

Sebbene ciascun servizio e ciascuna Unità Socio-Sanitaria si caratterizzi per specifiche norme interne e modalità di lavoro, è possibile individuare alcune funzioni e attività regolamentate svolte all'interno rispettivamente dei Centri di Salute Mentale e dei Servizi di Diagnosi e Cura, così come esplicitato dal Ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)).

In primo luogo, è necessario esplicitare che l'assetto organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) – inteso come insieme di quelle strutture e servizi che si occupano e accolgono la domanda legata alla cura, alla assistenza e alla tutela della

salute mentale entro l'ambito di territorio definito dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL), che in Veneto prende il nome di Unità Socio-Sanitaria Locale (ULSS) – prevede la presenza dei seguenti servizi:

- Centri di Salute Mentale (CSM), che si occupano dell'assistenza diurna;
- Centri Diurni (CD), a carattere semiresidenziale;
- Strutture Residenziali (SR), a carattere residenziale e distinte in terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative;
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH), che offrono vere e proprie prestazioni ospedaliere.

L'offerta assistenziale può completarsi presso le Cliniche universitarie e le case di cura private.

Per lo svolgimento dello studio sono stati selezionati psicologi e psichiatri che operano all'interno di due differenti tipologie di servizi: i CSM e gli SPDC.

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è deputato al coordinamento degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche e rappresenta il principale punto di riferimento per il cittadino che presenti un disagio mentale. L'equipe di lavoro si costituisce delle seguenti figure professionali: psichiatria, psicologo, assistente sociale, infermiere. I principali interventi che, secondo il Ministero, un CSM dovrebbe assicurare riguardano ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)):

- trattamenti psichiatrici e percorsi psicoterapeutici, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni, Day hospital, strutture residenziali, ricoveri;
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica;
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative;
- consulenza specialistica per i servizi “di confine” (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili;

- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica;
- intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affido etero-familiare ed assistenza domiciliari;
- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.

Il CSM è solitamente attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno e per 6 giorni alla settimana.

Per quanto riguarda, invece, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), si tratta di un servizio ospedaliero ove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero e offerte attività di consulenza ad altri servizi ospedalieri. Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti; solitamente i posti letti non sono mai più di 16 per SPDC.

Dunque, le prestazioni svolte da psichiatri e psicologi operanti nei servizi variano a seconda della collocazione istituzionale, ma possono sostanzialmente essere riconosciute nel caso del CSM come attività diagnostica e di presa in carico globale sul piano psicologico, psicoterapeutico, farmacologico, mentre nel caso del SPDC in attività diagnostiche e di trattamento in situazioni di ricovero.

Per ciò che attiene invece l'accesso ai sistemi sanitari del paziente straniero è possibile individuare alcuni criteri di base che risulteranno utili ai fini dello studio presentato e per l'interpretazione delle tematiche emergenti dalle interviste. I Cittadini comunitari possessori di attestazioni di diritto rilasciate da istituzioni comunitarie possono accedere alle prestazioni sanitarie in relazione agli attestati di diritto rilasciati agli assistiti in relazione al motivo del soggiorno (temporaneo soggiorno, trasferimento per cure, trasferimento della residenza in Italia di lavoratori o pensionati e loro familiari, infortunio sul lavoro o malattia professionale, ecc). Tali soggetti possono accedere in modo diretto ai servizi sanitari come il cittadino italiano, dunque alle medesime condizioni, ricevendo tutte le prestazioni necessarie a carattere *medico*; le prestazioni sanitarie normalmente rinviabili senza il minimo

rischio per l'assicurato fino al suo rientro in patria sono dunque escluse ad eccezione di quelle preventivamente autorizzate dall'istituzione estera competente e notificata alla ASL mediante apposito modello (E112/S2). Le persone straniere che provengono da Paesi con i quali l'Italia ha stipulato specifici accordi internazionali e che sono in possesso di appositi moduli rilasciati dal Paese di origine possono usufruire dell'assistenza sanitaria nel SSN a parità di condizioni con il cittadino italiano, previo pagamento di quote di spesa. I moduli menzionati si riferiscono alle cure urgenti con applicazione della quota di partecipazione alla spesa sanitaria. Per ciò che riguarda, invece, i cittadini extracomunitari la possibilità di accedere al SSN è strettamente legata alla tipologia di documenti di cui sono in possesso. Nello specifico, l'art. 4 del D.Lgs. 286/98 (T.U. sull'immigrazione) dispone che l'ingresso sul territorio italiano sia consentito solo allo straniero in possesso di passaporto valido (o documento equipollente) e di visto d'ingresso. Il permesso di soggiorno è quella autorizzazione amministrativa, a durata variabile, che consente la permanenza sul territorio nazionale in relazione alle finalità di accesso nel Paese stesso. La Tessera Sanitaria può essere rilasciata soltanto allo straniero che esibisca il permesso di soggiorno o la ricevuta di avvenuta presentazione della domanda di rilascio o di rinnovo dello stesso e che dimori abitualmente in un Comune compreso nell'ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale (ASL) a cui è inoltrata la domanda di rilascio (D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286, art. 34). Laddove, dunque il cittadino straniero sia in possesso del titolo di soggiorno per il quale è prevista l'iscrizione obbligatoria al Sistema Sanitario Nazionale, l'Azienda Sanitaria Locale, su richiesta dell'interessato, procede alla iscrizione al Servizio Sanitario Regionale (SSR); viene, in tal modo, assicurata al soggetto tutta l'assistenza sanitaria prevista dal nostro ordinamento a parità di condizioni con il cittadino italiano. Nei casi in cui, invece, i soggetti extra-comunitari non iscritti al SSN – che dunque non sono obbligati a procedere con tale iscrizione, ovvero i cittadini extracomunitari titolari di permesso di soggiorno per affari, i lavoratori extracomunitari non tenuti a corrispondere in Italia l'imposta sul reddito delle persone fisiche, i titolari di permesso di soggiorno per cure mediche – possono ricevere a pagamento le seguenti prestazioni:

ospedaliere urgenti (in via ambulatoriale, in regime di ricovero o di day hospital); sanitarie di elezione.

Sebbene non esaustive, tali indicazioni in merito alle prestazioni offerte al cittadino straniero consentono di contestualizzare adeguatamente i discorsi, le narrazioni e le pratiche emergenti dalle interviste semi-strutturate – risulterebbe necessaria una integrazione con dati e statistiche sugli accessi, che, tuttavia, in tale trattazione non sarà affrontata.

In merito, invece, al contesto giuridico, procederemo analizzando, in primo luogo, le sue caratteristiche su di un piano spaziale, temporale, di azione (Bommassar, 2009), operando un confronto continuo con il contesto clinico.

Lo spazio giuridico è un collettore, talvolta caotico, certamente conflittuale, di protagonisti estremamente differenziati, tutti portatori di domande e attese complesse (*ibidem*) e vincolati entro un ruolo prescrittivo imposto dalla norma giuridica. A differenza dell'incontro terapeutico, in cui lo spazio fisico può dirsi ben delimitato nella relazione duale, l'incontro forense presenta confini effimeri e contraddittori: “*nello spazio, dai labili confini, del Tribunale la vittima e il presunto colpevole possono attendere, fianco a fianco, l'entrata in aula, così come i genitori che si contendono il figlio possono trascorrere le ore di attesa nello stesso corridoio. La visibilità del dolore e della rabbia si può fare in queste situazioni, impudica e violenta.*” (*ibidem*, p. 161). Il tempo giuridico è un tempo della decisione, che spesso corre e comprime ogni forma di riflessività. Accade frequentemente che le richieste di intervento siano avanzate sulla base delle urgenze e vengano caricate di elementi emotivi, non sempre contenuti e contenibili, alimentando la tendenza ad agire più sulla base della pressione che del pensiero. In un certo senso, “*il Tribunale è il luogo dell'istituzionalizzazione della scissione, che si esprime nelle funzioni dell'accusa e della difesa, luogo in cui la ricerca della verità processuale passa per la contrapposizione tra giusto e ingiusto.*” (*ibidem*, p. 162). La realtà giuridica non può dirsi, quindi, sovrapponibile alla conoscenza psicologica e psichiatrica, che si muove verso la ricerca di verità a carattere narrativo, rimandando “*a mondi interni in cui le storie si intrecciano con protagonisti di tempi e generazioni diverse*” (*ibidem*).

Qualora il Tribunale scelga di ricorrere ai servizi socio-sanitari per accertare una



situazione familiare o la condizione psicologica di minori nei confronti dei quali dovranno essere presi provvedimenti penali e civili (*ibidem*), il tipo di compito assunto da psicologo e psichiatra e la relazione che si stabilisce con il paziente/utente assumono delle caratteristiche peculiari (*ibidem*). In primo luogo, l'esperienza della consulenza diventerà parte integrante della relazione terapeutica, attribuendole una particolare valenza, talvolta rischiosa per lo sviluppo di un'alleanza. In secondo luogo, il ricevimento di un incarico da parte del Tribunale attribuisce allo psichiatra o allo psicologo un ruolo che solitamente egli non si trova a ricoprire e che prevede funzioni estranee all'ambito lavorativo di pertinenza, quali il controllo e il giudizio, generando situazioni di forte conflittualità. Il Tribunale informa il servizio sanitario che necessita di informazioni su un particolare utente ma *non chiede* la disponibilità, *esige* una risposta (*ibidem*, p. 170), comportando un problema complesso e articolato relativamente al segreto professionale. Tali considerazioni rappresentano una cornice di riferimento entro cui poter collocare alcune delle questioni emergenti dalle interviste con gli psicologi giuridici.

#### **6.4 Metodi di analisi**

Le interviste sono state trascritte inizialmente in modo parallelo alla conduzione e completate poi nei mesi successivi.

L'analisi del materiale raccolto ha previsto da un lato, un processo di codifica manuale (Saldaña, 2009), dall'altra un'analisi fenomenologica secondo una variazione del metodo proposto da Moustakas (1994).

La *Phenomenological Analysis* (Moustakas, 1994) considera l'analisi come un processo di costruzione dei significati e suddivide tale percorso in cinque fasi:

- Raccolta dei dati;
- Lettura dei dati;
- Analisi delle unità di significato;
- Organizzazione, categorizzazione ed espressione delle unità di significato;
- Espressione della struttura del fenomeno.

Il rigore di tale processo di analisi deriva in parte dalla coerenza delle premesse teoriche ed epistemologiche, in parte dalla necessità di rendere visibili le procedure dell'analisi stessa.

I principi della prospettiva fenomenologica sono adottati per la costruzione del processo di analisi, così strutturato:

1. *Epochè* (lettura dei dati): l'accostamento al materiale raccolto con le interviste richiede una preliminare “messa in parentesi” di tutte le conoscenze a priori coscientemente costruite in merito al fenomeno indagato. In tale fase, la *presenza recettiva* (Moustakas, 1994, p. 180) del ricercatore *ascolta* i dati, le parole, le narrazioni, rendendole sempre attuali e recalcitranti;

2. *Riduzione fenomenologica* (analisi delle unità di significato; organizzazione, categorizzazione, espressione delle unità di significato): durante tale fase di analisi, definita *orizzontalizzazione* (Moustakas, 1994) – poiché la suddivisione delle varie espressioni di significato presenti nel testo deve essere effettuata senza interpretazione preliminare, così da garantire che ogni esperienza abbia il medesimo valore rispetto alle altre - ho individuato le dimensioni di senso ricorrenti e significative per rappresentare l'esperienza oggetto d'indagine. Le dimensioni individuate sono quindi state condensate in categorie semantiche, non ripetitive e non sovrapponibili, legate al tema d'indagine e che possano dirsi espressive della sua intenzionalità e del suo significato - *qualità invarianti* (allegato 3).

Tale processo di analisi ha consentito di far emergere alcune caratteristiche invarianti dell'esperienza di incontro con l'alterità culturale nello specifico contesto di analisi (vissuti, aspettative, percezione e descrizione dell'altro). Tuttavia, per poter consentire anche un'analisi critica delle norme e delle pratiche relative al lavoro con il paziente/cliente straniero, le interviste sono state analizzate secondo un processo di codifica manuale (Saldaña, 2009), che ha previsto l'utilizzo delle seguenti tipologie di codici.

TIPOLOGIA DI CODICE	CARATTERISTICHE	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI
<b>Attribute Coding</b>	Informazioni descrittive di base, fieldwork setting, caratteristiche del partecipante (genere, ruolo, etc)	Bazeley, 2003; DeWalt & DeWalt, 2002; Gibbs, 2002; Lofland et al., 2006
<b>Structural Coding</b>	Contenuto di base o frasi che rappresenti una porzione di testo legata ad una specifica domanda di ricerca o della intervista.	MacQueen, McLellan-Lemal, Bartholow, & Milstein, 2008; Namey, Guest, Thairu, & Johnson, 2008
<b>Descriptive Coding</b>	Riassume in una parola o una frase la tematica principale di un passaggio del dato.	Miles & Huberman, 1994; Saldaña, 2003; Wolcott, 1994
<b>InVivo Coding</b>	Termini utilizzati dagli stessi partecipanti.	Charmaz, 2006; Corbin & Strauss, 2008; Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967; Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1998
<b>Initial Coding</b>	Dati suddivisi in parti discrete per esaminarle più da vicino e comparare similarità e differenze.	Charmaz, 2006; Corbin & Strauss, 2008; Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967; Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1998
<b>Emotion coding</b>	Riguardano aspetti intrapersonali ed interpersonali, esperienza, vissuti, azioni.	Goleman, 1995; Prus, 1996
<b>Values coding</b>	Relativi a valori culturali, attitudini credenze.	Gable & Wolf, 1993; LeCompte & Preissle, 1993
<b>Pattern coding</b>	Codice inferenziale o di spiegazione che identifica una tematica emergente. Consente di mettere insieme una unità di analisi ricca di significato. Si tratta di una sorte di meta-codifica.	Miles & Huberman, 1994
<b>Focused code</b>	Categorie salienti e richiede di individuare i codici iniziali che risultano più significativi.	Charmaz, 2006

Una volta effettuata la codifica del materiale, i singoli codici sono stati raggruppati in macro-categorie di senso (allegato 3). Le principali aree tematiche e qualità

invarianti dell'incontro emergenti dalla codifica delle interviste sono indicate nella tabella che segue:

SETTORE CLINICO	SETTORE GIURIDICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- DESCRIZIONE DELL'ALTERITA'</li> <li>-PATOLOGIA VS CULTURA</li> <li>-PRATICHE</li> <li>-INCONTRO CON L'ALTERITA'</li> <li>-SOFFERENZA DELL'ALTRO</li> <li>-DIMENSIONE DEL VISSUTO</li> <li>-DIAGNOSI E STRUMENTI DI CLASSIFICAZIONE</li> <li>-DIMENSIONE DEL VEDERE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-PRATICHE E PRASSI</li> <li>-FATTI GIURIDICI</li> <li>-DESCRIZIONE DELL'ALTRO</li> <li>-DIMENSIONE DEL VISSUTO</li> <li>-CULTURA VS GIURIDICO</li> <li>-PATOLOGIA VS CULTURA</li> <li>-CLINICA VS GIURIDICA</li> <li>-DIMENSIONE DEL VEDERE</li> <li>-CONSEGUENZE PRAGMATICHE</li> <li>-SOFFERENZA DELL'ALTRO</li> </ul>

### 6.5 Analisi delle interviste

Le interviste condotte con psicologi e psichiatri hanno prodotto storie dell'alterità che si dispiegano come *narrazioni di narrazioni* – l'operatore *narra* la narrazione dell'altro - intrise di vissuti contrastanti e ideologie egemoniche. Altro che sei infinitamente altro, come mi abiti? In che misura modifichi i miei piani? La storia dell'altro, della sua sofferenza è narrata attraverso lo sguardo di uomini e donne *dalla pelle bianca*, non sempre consapevoli del proprio posizionamento culturale e sociale, ma senza dubbio centrati sul ruolo – professionale e umano – che li accomuna.

Dinanzi alla richiesta di descrivere un incontro diagnostico la risposta è sempre una *storia*, quella di un altro – in cui si racconta anche la propria - declinata nelle forme di un caso *clinico*, una struttura “scientifica” capace di contenere l'angoscia, unica modalità possibile per riportare la densità strabordante di estraneità e traumaticità *scontrate*. Nelle parole degli intervistati si intrecciano vissuti, opinioni, esperienze che rivelano in modo, tacito e controverso, *come* questo altro venga incontrato ai margini di un servizio, quello pubblico e della salute mentale, in cui molti piani – sanitario, psichico, assistenziale, sociale – si sovrappongono.

Le parole degli intervistati rivelano, nelle discussioni accese e nella sorpresa per

alcuni interrogativi, come *si muovono* nella mente umana il pregiudizio e la paura, la curiosità e il rispetto tutti condensati assieme in poche righe. Questo altro, al tempo stesso così estraneo e così familiare, muove dentro di me una dimensione profonda, che mi sollecita, a volte dominato dal timore di un attacco – e allora la chiusura, la diagnosi, lo stereotipo – a volte dalla curiosità tutta umana di accedere ad una storia unica, irripetibile, il più delle volte tragica.

Le tematiche emergenti dalle interviste consentono di scorgere, da prospettive differenziate, gli elementi che rientrano nella definizione di tale incontro costituendone lo sfondo – come ad esempio la dimensione istituzionale – o al contrario rappresentandone l'elemento figurativo emergente – come i vissuti e le pratiche diagnostiche.

Le macro-categorie di senso saranno riportate e analizzate in modo separato e differente a seconda del settore professionale (clinico e giuridico), con l'obiettivo di individuare ed esplicitare punti di raccordo e differenziazione.

### 6.5.1. Settore clinico

Le aree tematiche individuate a partire dalle interviste di psicologi e psichiatri che operano nel settore clinico saranno presentate e commentate, in considerazione della complessità emergente, esaminando differenti piani di analisi (indicati nella tabella che segue).

<b>PIANI DI ANALISI – SETTORE CLINICO</b>
<p><b>PIANO DELL'ISTITUZIONE</b>            Ambulatorio vs Ricovero            Rigidità burocratiche e povertà di risorse            Accesso per tutti vs accesso solo per stranieri</p> <p><b>PIANO DELLE PRATICHE</b>            Valutazione e presa in carico            Ordini di difficoltà            Continuo/discontinuo – consapevole/non consapevole            “Sennò sarebbe impossibile”. Mediatore culturale: traduttore di lingue, traduttore di mondi            “Diagnosi uguale per tutti “ vs “proprio nessuna diagnosi            “Disturbo marocchino di personalità            Strumenti psicodiagnostici</p>

Farmaco dunque sono  
“Stare a ponte”  
Altri modi della cura  
Il contesto gruppale di lavoro  
Delirio dei Djinn: cultura vs patologia  
Basarsi sull'angoscia

#### **PIANO DELL'INCONTRO**

Incontrare l'alterità  
Descrizione dell'altro  
Altro è povero, altro è arretrato  
Linguaggi della sofferenza  
Razzismi delle piccole cose e linguaggi della colonia

#### **PIANO DEL VISSUTO**

Fenomenologia dell'incontro con l'alterità: jamais-vù

Ciascuno di questi piani ricomprende in modo totale o parziale le tematiche emergenti e i codici individuati:

#### **Piano dell'istituzione**

PRATICHE

#### **Piano delle pratiche**

PRATICHE  
PATOLOGIA VS CULTURA  
DIAGNOSI E STRUMENTI DI CLASSIFICAZIONE

#### **Piano dell'incontro**

DESCRIZIONE ALTERITA'  
INCONTRO CON L'ALTERITA'  
SOFFERENZA DELL'ALTRO  
DIMENSIONE DEL VEDERE

#### **Piano del vissuto**

DIMENSIONE DEL VISSUTO

### **6. 5. 1. 1 Piano dell'istituzione**

L'istituzione ospedaliera, in regime di ricovero o ambulatoriale rappresenta un luogo di negoziazione di pratiche di cura e diagnostiche, di esclusione o inclusione relazionale, di manipolazione di rapporti di potere. Le parole degli intervistati offrono una visione, seppur parziale, della cornice istituzionale in cui svolgono la

propria attività lavorativa, rivelandone confini e conformità.

### **Ambulatorio vs ricovero**

Le attività svolte presso il Centro di Salute Mentale si differenziano in maniera notevole dalle prestazioni erogate presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Nel primo caso, si fa riferimento ad attività di tipo ambulatoriale, cui i pazienti accedono solitamente tramite il medico di base, altri servizi pubblici o in autonomia; in altri casi, a seguito della dimissione ospedaliera, il soggetto viene inviato in CSM per il monitoraggio farmacologico e per una presa in carico psicologica e psicoterapeutica. Il Servizio di Diagnosi e Cura accoglie pazienti in regime di ricovero che solitamente accedono dal Pronto Soccorso o che abbiano subito un trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

Per ciò che riguarda il paziente *straniero* l'accesso avviene prevalentemente in situazioni di emergenza o di acuzie (ad esempio per uno scompenso psicotico) tramite il Pronto Soccorso, la guardia medica e, in rare situazioni, anche mediante TSO.

Quindi il ricovero qua viene per patologie importanti ... in situazioni di emergenza o situazioni, come dire, di emergenza per noi nel senso che non erano emerse prima però in realtà con una storia clinica e poi indagando già da tanto tempo e con pazienti che erano tali già nel loro paese di origine quindi erano ...? (PDA, PSICHIATRA, UOMO)

In genere gli altri arrivano in modalità più cruenta, i disturbi psicotici rispetto a quelli dell'adattamento sono segnalazioni delle forze dell'ordine oppure dal reparto (PS, PSICHIATRA, UOMO)

P: (...) molti sono arrivati in urgenza e poi abbiamo cominciato a seguirli qui ...

I: ma dall'SPDC?

P: no no anche con il medico di guardia ... spesso con il medico di guardia non è necessario che siano

arrivati con il 118 dall' SPDC ... no no spesso nel nostro servizio d'urgenza mattutino ... del medico di base non ho ricordi di invii più morbidi ... sempre sulla base di urgenze (PM, PSICOLOGA, DONNA)

In alcuni casi, si tratta di vere e proprie “emergenze sociali”, che svelano già in parte la *duplicità* della presa in carico del paziente straniero da parte di servizi psichiatrici e psicologici:

Sì, arrivano in situazioni di emergenza di solito... spesso sono emergenze sociali, sono rimasti senza lavoro, non hanno casa, le donne per esempio per maltrattamenti perché magari hanno litigato con il marito... (PR, PSICHIATRA, DONNA)

La guardia medica discorso a parte e cioè dalla guardia medica vanno per i problemi fisici ed è molto molto utilizzata anche per problemi banali che potrebbe trattare il medico di base, per i disturbi mentali in genere difficilmente accedono direttamente per loro intenzione, vengono perché il medico di base li manda o perché emergono delle situazioni sociali e ambientali così eclatanti che non si può fare servizio psichiatrico, perché se non di massima tendono a tenere tutto a casa, soprattutto gli uomini nel senso che quelli che sono venuti all'attenzione del servizio, dei miei parlo, è perché sono stati ricoverati, perché hanno scompenso psicotico piuttosto che maniacale o perché erano arrivati in condizioni pietose dal punto vista sociale e quindi da lì sono stati presi in carico, le donne vengono un po' di più per magari aspetti depressivi anche di tipo psicotico però disturbi d'ansia depressivi che riconoscono tanto come tali ma il medico di base sì e quindi li manda...più o meno così insomma. (PT, PSICHIATRA, DONNA)

Qualora il paziente abbia assegnato un medico di base, può accadere che quest'ultimo funga da *interprete* della sintomatologia psichica e proponga un invio diretto presso un servizio psichiatrico/psicologico. In questo caso, il paziente straniero *uguale a tutti gli altri* ed esattamente *come la popolazione residente* vede riconosciuti i suoi sintomi tramite *un'anticipazione diagnostica* ed inviato presso uno dei servizi preposti a seconda della gravità rilevata.



Gli accessi sono uguali a quelli di tutti gli altri ... attraverso l'invio del medico di famiglia, cosiddetto medico di base ... è presumibile che questo invio, come lei bene comprende ... se avviene attraverso la prassi abituale vuole dire che la persona è già qui da tempo ... ha un medico di base al quale si rivolge quando presenta dei disturbi che il medico di base presume siano di natura psichica e abbiano bisogno di una valutazione psichiatrica, diciamo così ... per cui né più né meno ci arrivano come gli altri ... Questo è un invio normale ... da questo invio normale che quindi poi si traduce nella prima visita di accoglimento nella valutazione e quindi l'inquadramento diagnostico ... terapia e programma terapeutico ... si formalizza in quel momento la presa in carico e di conseguenza come da prassi (PT, Psichiatra, Uomo)

Nella stragrande maggioranza dei casi il medico viene indirizzato dal medico di base ... quindi l'avvio al servizio avviene su prescrizione del medico di medicina generale ..." (PG, PSICHIATRA, UOMO)

Le modalità di accesso sono ormai uguali a quelle dei pazienti autoctoni...possiamo dire...ormai loro come fattore culturale non è che hanno lo stigma della psichiatria di più dei pazienti italiani... (...) Però la maggior parte vengono inviati come gli altri pazienti del luogo...dal medico di base per sospetta patologia nostra e ti chiedono una valutazione e devo dire che negli anni non ho notato un aumento o una diminuzione (PG2, psichiatra, uomo)

Poi adesso i medici di medicina generale cominciano a mandarci direttamente con l'impegnativa di prima visita ... sì, sì ... tutte e due le cose, come la popolazione residente, le vie sono quelle due lì. O dal Pronto Soccorso, ricovero in SPDC, dimissione e ambulatorio oppure direttamente in ambulatorio con il medico di medicina generale. Sostanzialmente i servizi vengono utilizzati ... (PB, Psichiatra, UOMO)

Sì, simil-schizofreniche...ad es. ricordo un paziente cinese in cui il medico di base me l'ha inviata, in cui nell'impegnativa come motivo della visita

non ha scritto schizofrenia, ma ad es. l'ha inviata per insonnia e da lì poi andando ad analizzare la storia, l'esame psichico, abbiamo ricostruito che era una schizofrenia... Oppure, per quanto riguarda i disturbi dell'umore, possono inviarli alcuni... i medici di base bravi si sbilanciano con una diagnosi quindi dicono disturbo dell'umore o disturbo depressivo. Altri riportano solo il sintomo come può essere ad es. sbalzi d'umore, in cui sbalzo d'umore può voler dire un disturbo bipolare, un eccitamento maniacale, un eccitamento ipomaniacale, un discontrollo degli impulsi, un disturbo di personalità, oppure anche una semplice depressione, come molto spesso succede (PM, Psichiatra, UOMO)

L'accesso può avvenire tramite segnalazioni da parte associazioni a vario titolo e di centri di accoglienza che riscontrano segnali di disagio da parte degli ospiti e ritengono opportuno richiedere l'intervento dei servizi psichiatrici. Tali segnalazioni avvengono, in modo particolare, in quelle situazioni in cui si sospetti la presenza di ciò che, secondo una categoria occidentale, definiremmo come Disturbo Post Traumatico da Stress.

Quindi, in questo senso, la richiesta è per un approfondimento e molto frequentemente in questi corrisponde a disturbi post-traumatici da stress ... (PG, PSICHIATRA, UOMO)

Mi ricordo le posso dire di un ragazzo credo abbia avuto intorno ai venticinque anni, ma anche lì l'età era incerta, dato che la data di nascita era sconosciuta. Veniva accompagnato da alcuni operatori di una Cooperativa che si occupa espressamente di rifugiati, qui nella zona; questo ragazzo, io non ricordo date, non ricordo da quanto tempo fosse in carico insomma a questa cooperativa, però diciamo che gli operatori che lo accompagnavano segnalavano uno stato di malessere piuttosto consistente presente da tempo, praticamente da quando era arrivato. (PZ, PSICHIATRA, UOMO)

In alcune situazioni, i centri di accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo reclamano collaborazioni più specifiche e continuative nel tempo, istituendo veri e propri

progetti di intervento e sostegno psicologico con i servizi di competenza della zona:

C'è l'arrivo dei profughi che è diverso che è completamente diverso dal problema ... per esempio adesso stiamo gestendo ... va beh non stiamo gestendo un bel niente ... abbiamo a che fare con una realtà ... di un AB ... della caserma che abbiamo qui vicino ... che tiene circa 500 profughi con un turn over anche significativo ... rispetto alle quali stiamo costruendo un patto per l'assistenza alla salute mentale ... patto sorpassato alla realtà perché ci sono arrivati già da questa caserma qui in diagnosi e cura ... più di una persona ... un aiuto da parte di chi sta gestendo la cooperativa che se ne occupa ... è che noi gli stiamo vicino per quel che riguarda l'intervento di questa cosa qui. (PF, psichiatra, uomo)

In altre, l'accesso dei *migranti* – e qui si gioca una importante differenza con gli *immigrati stanziali* in merito alle modalità di accesso al servizio – appare disarticolato e frastagliato, regolato, di volta in volta, dal grado di sofferenza del soggetto e dalle politiche della cura propria del centro che lo/la accoglie:

Faccio una breve distinzione tra quelli che sono gli immigrati stanziali, se possiamo dire così, e i migranti ... gli immigrati stanziali ci sono sempre stati già dagli anni addietro e continuano ad esserci. Rispetto a questi diciamo che la peculiarità è minore rispetto all'intervento che noi facciamo perché sono persone che quanto meno hanno già dei rapporti con la rete sociale, con il Comune, con le associazioni ... e ... mmmh ... in una discreta percentuale dei casi hanno anche una sistemazione lavorativa, quindi diciamo che hanno una percentuale, almeno sufficiente, di integrazione sul territorio ... rispetto a questi, i Comuni di cui mi occupo non hanno una percentuale direi altissima di immigrazione rispetto a quella che accede al servizio psichiatrico, mentre per quanto riguarda i migranti appunto direi che negli ultimi due anni c'è stato un aumento importante perché in particolar modo uno dei Comuni che seguo ospita in una struttura proprio una cinquantina di persone che hanno fatto richiesta ... o come profughi, come rifugiati, sono comunque in

via di definizione ... e la differenza fondamentale è proprio questa, che invece queste persone sono seguite sostanzialmente dalla Associazione ospite e non hanno contatti o comunque non sono inseriti in una rete sociale, comunale ... quindi accedono ai servizi in maniera non integrata e quindi gli interventi anche da parte nostra, (...) mentre per i rifugiati, i migranti eccetera il discorso è diverso perché emergono non solo le patologie psichiatriche ma anche maggiormente quelli che sono i segni del disagio, della mancata integrazione, e quindi problematiche un po' più a tutto tondo e quindi non strettamente psichiatriche. (PC, psichiatra, donna)

Allora è chiaro che parlando di queste persone parliamo di problematiche completamente diverse dalla fetta di persone di cui parlavo prima ... diciamo ... ci sono percorsi, prese in carico e in cura che sono "ordinari" e queste riguardano le persone del primo cluster (migranti strutturali), ci sono situazioni legate ad una emergenza sociale, oltre che umanitaria ... e questi sono invece del secondo cluster (profughi) ... sono due metodologie di intervento un po' diverse insomma ... La seconda forse è un po' più basata sull'emergenza la prima è una generale prese in carico ... insomma ... (PF, psichiatra, uomo)

La collaborazione con altri servizi – in particolare con i servizi sociali e il Comune - diviene indispensabile su più fronti e in relazione alle patologie emergenti, comportando talvolta scontri e *turpiloqui* per visioni e modalità di intervento non condivise:

Un altro magrebino che era stato ricoverato dopo aver fatto un tentativo di suicidio per il problema di gioco d'azzardo patologico dal ponte di C., siccome era residente a C., è stato trasferito da noi... e quindi in equipe abbiamo organizzato i contatti con il servizio sociale e con il Serd (PM, psichiatra, donna)

Poi le cose non sono andate così dritte e lì poi veramente siamo arrivati al *turpiloquio* con i servizi sociali perché andare a intervenire in quella maniera ... (PM, psichiatra, uomo)

L'ho mandato anche ai servizi sociali...poi lui ha anche ripreso a lavorare e quant'altro, ma nel frattempo insomma la moglie gli ha chiesto la separazione, lì la separazione e il divorzio possono farli in giornata... (PR, psichiatra, DONNA)

Poi io ho cercato di mettermi in contatto con l'assistente sociale del comune, che conosceva la situazione (PR, psichiatra, donna)

Può accadere che, talvolta, sia lo stesso paziente a compiere una migrazione interna ai servizi, in relazione agli *spostamenti* effettuati sul territorio e ai *movimenti* della sofferenza:

Aveva un grave disturbo di personalità, parlai con il collega del Centro di Salute Mentale di residenza e mi ha detto che questa ragazza girava da una parte, dall'altra ... era stata da un parente, da un altro parente in Italia, aveva situazioni di bizzarria comportamentale ... per cui ogni tanto veniva ricoverata in vari posti, veniva segnalata in vari posti però ... non aveva poi, non c'era una presa in carico effettiva, non c'era ... non si faceva curare, la famiglia non era più di tanto presente, ecco ... questo è il ricordo di una consulenza fatta in pronto soccorso ... e poi mi pare che la ricoverai, poi fu dimessa dopo qualche giorno ... oppure trasferita nel suo luogo di residenza che mi pare fosse nelle Marche ... (lungo silenzio) ... (PM, psichiatra, uomo)

La psichiatria è considerata come spazio – fisico e fantasmatico – entro cui poter rivolgere una richiesta di *accudimento* più ampia rispetto alla sola cura della sofferenza psichica intesa in senso stretto. La *pretesa* di un alloggio, di un lavoro, di una certificazione a fini previdenziali rivelano una funzione di *maternage* – se volessimo utilizzare un concetto psicoanalitico e occidentale – più globale e complessa, che richiede un *compromettersi* e un *responsabilizzarsi* del terapeuta – psicologo e psichiatra – che eccedono, in alcuni casi, l'esclusiva funzione istituzionale ad essi assegnata. Tale aspetto ci suggerisce come, nella maggior parte delle situazioni, la precarietà sociale, lavorativa, economica dei pazienti stranieri che accedono ai servizi sia

connaturata e intrecciata in modo indissolubile alla sofferenza psichica e che il “disturbo” manifestato non possa essere decontestualizzato e privato della sua cornice sociale, culturale, politica.

Pertanto, i servizi vengono considerati come “appendici della propria casa”, in cui poter dislocare e richiedere contenimento, risoluzioni, interventi per questioni *pratiche* e questioni *profonde*, non sempre disgiungibili.

Perché appunto loro tendevano ad utilizzare il servizio come l'appendice della loro casa...venivano a qualunque orario, sia al reparto, sia al csm...tendevano ad essere molto invadenti, una famiglia con un target molto antisociale... (PM, psichiatra, donna)

non c'è la sovrastruttura che può avere un italiano che comincia a pensare “oddio ho un problema con la testa quindi sono dallo psichiatra quindi sono matto ma io non sono matto...”...questo passaggio non c'è, è quasi più accettato, lo psichiatra è ancora un medico come tutti gli altri...vengo qui magari posso anche parlare di qualche problema magari me lo risolvono anche perché la situazione sociale con il lavoro...perché la psicologa...perché mi danno le medicine e non me le devono dare...tante altre cose...a me dà l'impressione che sia quasi più semplice che non con... (PT, psichiatra, donna)

purtroppo ho rilevato che quando ci sono tutta una serie di fattori proprio pratici, ma non vale solo per i migranti, in generale quando c'è un problema economico, il lavoro non si trova, tutte queste cose piombano addosso allo psichiatra in questo caso e rendono estremamente problematico, intanto capire dove effettivamente stia il problema, cioè in che misura il problema sia collegato a questioni oggettive e pratiche, in che misura invece sia qualcosa di più profondo e poi è difficile anche il trattamento perché ovviamente tutti questi fattori intervengono a complicare la gestione e anche la contrattazione dei trattamenti (PZ, psichiatra, uomo)

Io ho continuato a seguirla poi successivamente, dandole la terapia ecc, perché ovviamente non aveva

il medico di base e lei sicuramente senza la terapia ce la saremmo ritrovata ricoverata per cui non aveva molto senso lasciar perdere. Per cui l'ho vista parecchie volte, abbiamo lavorato un sacco per tentare di farle avere la residenza, per tentare di contattare i familiari, per farle avere un medico di base, perché non avendo residenza, non poteva avere il medico di base e di conseguenza non poteva aver accesso a nessun tipo di trattamento specialistico, però non si è riusciti; finché la signora è riuscita a trovare un lavoro come badante, è andata credo a Vicenza e poi se ne sono un po' perse le tracce. (PZ, psichiatra, uomo)

In relazione a tali bisogni *eccedenti* la richiesta di assistenza psichiatrica/psicologica, la possibilità di essere seguiti entro un Centro di Salute Mentale sembra essere subordinata, nelle parole degli intervistati, ad un grado sufficiente di “integrazione” lavorativa e sociale sul territorio – che abbia consentito in primo luogo una iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale –, una conoscenza della *cultura* del Paese ospitante e una adeguata conoscenza della lingua italiana. Una ulteriore dimensione, che sarà esplorata criticamente in seguito, riguarda la “consapevolezza” di malattia e dunque la possibilità di riconoscere un *bisogno* – quello di assistenza psichiatrica - senza il quale la presa in carico presso il servizio risulterebbe priva di significato.

Che fanno un percorso, in SPDC trovi un po' di tutto ... perché arrivano in situazioni di acuzie, di emergenza o in situazioni più psicotiche ... che hanno un ricovero. Mentre per poter essere seguiti qui c'è bisogno di una maggiore conoscenza della lingua e forse anche di una maggiore integrazione sociale ... per poterlo fare ... sennò non vengono ... (PP, psicologa, donna, CSM)

I pazienti occidentalizzati e sufficientemente inseriti vogliono essere presi in carico (PP, psichiatra, uomo)

Anche perché qui c'è prevalentemente gente che lavora o se magari non lavora proprio è interessato perché è moglie o marito di qualcuno che è qua...che ha un lavoro. Poi arrivano anche quelli però prevalentemente qua gente che è arrivata qua perché ha trovato lavoro. (PV, psichiatra, donna)

Per ciò che attiene i ruoli svolti all'interno dell'istituzione, la prima differenza riscontrata riguarda, in primo luogo, le prestazioni svolte da psicologi e psichiatri. Mentre i primi, quasi esclusivamente inseriti presso i Centri di Salute Mentale e presenti in numero nettamente inferiore nell'organico globale, svolgono attività di valutazione psicodiagnostica, sostegno psicologico e intervento psicoterapeutico, i secondi si *muovono* tra i servizi – dunque lavorano solitamente secondo turnazione sia in CSM che in SPDC – seguendo i pazienti dal primo incontro – per la diagnosi – fino alla eventuale dimissione ospedaliera e alla presa in carico ambulatoriale, con relativo monitoraggio farmacologico.

P: noi abbiamo, io e un altro collega, abbiamo ... avevamo molto insistito su questo perché non necessariamente uno deve fare la visita psichiatrica per andare dallo psicologo ... e almeno fino ad adesso non è mai stata ostacolata anche se la tendenza sarebbe quella di dare la valutazione psichiatrica ...

I: ma per la questione farmacologica?

P: ma no ... proprio per l'aspetto del servizio ... Così lo psichiatra vede prima, fa una diagnosi ... poi dopo ... questa cosa ... l'avevo anche sostenuta che invece non necessariamente uno deve passare per lo psichiatra ... eventualmente lo psicologo lo manda dallo psichiatra se vede che c'è ... dopo la prima valutazione ... (PP, psicologa, CSM)

L'unico psicologo che abbiamo che è a scadenza come contratto lo utilizziamo più che altro per fare testistica, psicodiagnostica e colloqui di sostegno ai pazienti psicotici, sia di tipo schizofrenico, sia di tipo affettivo (PS, psichiatra, uomo)

Tra gli intervistati si distinguono alcuni psichiatri che si collocano in posizioni apicali e, dunque, dirigenziali che sottolineano una differenziazione delle prestazioni svolte rispetto agli altri colleghi del servizio, contribuendo ad una differenziazione nell'incontro con l'alterità.

Occupo un posto apicale e quindi faccio molto meno ambulatorio rispetto ai miei colleghi (PV,



psichiatra, donna)

Difficilmente sono situazioni che sono passate direttamente attraverso di me nel senso che spesso sono situazioni che io ho visto e quindi quasi sempre la diagnosi era già fatta ... magari io potevo discutere, non essere d'accordo ... ma c'era già di solito ... perché io non faccio prime visite e cose del genere ... mi occupo di situazioni in cui sono già in carico o mi metto a discutere con i colleghi di situazioni particolari o di particolare complessità ... allora se ne parla ... (PF, psichiatra, uomo)

### **Rigidità burocratiche e povertà di risorse**

Le parole degli intervistati rivelano un'istituzione *irrigidita* sul piano burocratico-amministrativo e *carente di risorse* umane, economiche, temporali, strumentali. Le principali ricadute di tale condizione riguardano la qualità del lavoro svolto – che diviene in alcuni casi difficoltoso, superficiale e improntato al garantire il “minimo indispensabile”.

Che è vero che non abbiamo gli strumenti... per comprenderli. Purtroppo nelle strutture pubbliche devo anche dire che non abbiamo neanche il tempo... (PV, psichiatra, donna)

Cioè quello che è il minimo garantito ... è chiaro che poi ci sono tutti gli aspetti di cura ... (PF, psichiatra, uomo)

Per questo secondo me una riflessione diagnostica va fatta ... bisogna prendersi un tempo, ecco ... un tempo che non è detto che la persona sempre abbia ... un tempo che non sia quello del vien qua, ti do questo farmaco ... questo non va fatto insomma ... anche se apparentemente le persone pensano che è la cosa più semplice perché coincide a un controllo del comportamento ... (PF, psichiatra, uomo)

Con le persone straniere se si vuole fare un lavoro serio, bisognerebbe documentarsi su quella che è la loro cultura per riuscire a capire poi meglio

gli aspetti psicologici ... cosa che io come unica psicologa del CSM che segue un territorio ampissimo, non riesco a fare (...) però diciamo che questa è una esperienza che fa capire come bisognerebbe probabilmente dedicare del tempo a una formazione in questo ambito ... però nei servizi pubblici credo che diventi una cosa (ride) mastodontica da organizzare ... ci vorrebbero risorse ... (PDA, psicologa, donna)

Tale situazione si fa, quindi, più gravosa in prossimità del paziente straniero, il quale richiede una dedizione e un impegno *diversi*, di gran lunga superiori rispetto al paziente “autoctono”.

Questo *tempo in eccesso*, generando lapsus verbali, si trasforma in “perdita di tempo”, “non può essere la prassi” e scorciatoie di lavoro, in cui la fatica dell’avvicinamento ad una cultura altra viene lasciato e fatto svolgere a chi ha maggiore tempo a disposizione, come ad esempio un tirocinante (*se non c’è tempo faccio seguire a chi ha più tempo*).

Allora l’ho fatta seguire dalla mia tirocinante psicologa psicoterapeuta\* la quale prima di prenderla in carico si è fatta tutto uno studio su come sono organizzate le famiglie in quello Stato, il significato ... come appunto sono le relazioni genitori-figli, mariti, generi ... (PDA, tirocinante, psicologa)

La discriminante è poi non c’è neanche formazione da parte dei professionisti per poterlo fare ... cioè come ripeto o come questa mia collega è andata... ha perso ... ha perso? Ha utilizzato parte del suo tempo per capire per andare a studiarsi la cultura ma era una tirocinante e quindi lo usava qui in servizio finalizzato a una paziente e quindi ha potuto farlo ... ma sono situazioni occasionali ... non è che sia possibile farlo di prassi (PDA, psicologa)

La scarsità di risorse comporta talvolta anche una riduzione delle usuali – e direi anche indispensabili – agevolazioni di cui uno psichiatra o psicologo può avvalersi per incontrare l’altro, come il servizio di mediazione linguistica o culturale,

miseramente ridotto ad un'interazione telefonica, in cui nello scambio di una cornetta da un orecchio all'altro sono veicolati e tradotti dolori, vite, mondi.

C'è un servizio con un Mediatore Culturale, che veniva all'inizio proprio fisicamente, questo è stato un cambiamento, ora, se non ho capito male, anche se personalmente non l'ho ancora mai utilizzato, c'è un servizio solo telefonico. (PZ, psichiatra, uomo)

C'è una cooperativa convenzionata ... io lo richiedo per quell'ora e per quel giorno e lui viene ... molti miei colleghi utilizzano quella che si chiama una mediazione telefonica ... che io cerco di evitare perché è un traduttore telefonico ... esiste una cooperativa che fornisce traduzioni al telefono ... che funziona che adesso io e te parliamo due lingue diverse ... io dico la mia frase al telefono, passo la cornetta alla persona di fronte, la persona lo traduce poi risponde, mi ripassa la cornetta ... ed è una cosa secondo me inutile ... quindi cerco di non utilizzarla però va per la maggiore (PF, psichiatra, donna)

In un contesto in cui la cornice politica ed istituzionale richiede esclusivamente di “correre, realizzare, concretizzare”, la sensazione prevalente è quella di essere costretti ad una mera sopravvivenza – “impressione che tiriamo a campare” – in cui l'acquisizione delle proprie consapevolezza e mancanze sul piano lavorativo si scontra con l'assenza di risorse adeguate e con una ricerca affannosa del *fare* che non consentono di modificare effettivamente le pratiche, di sviluppare un pensiero, di avviare una formazione.

Forse il tempo si trova, ma tante volte succede che, sì, va bene, però poi? Magari si arriva a delle conclusioni si è ragionato, ma poi concretamente le cose ti ripiombano addosso, alla fin fine è la lotta di Sisifo, devi ricominciare sempre da capo. Per quanta consapevolezza tu possa avere dei limiti, dei problemi, delle possibili soluzioni, quello che hai a disposizione è quello, non se ne esce. (PZ, psichiatra, uomo)

Adesso io non so come siano gli altri servizi, però io ho spesso l'impressione che tiriamo a campare

fondamentalmente. Per cui, sì, manca una riflessione "meta" diciamo, su quello che si fa, perché in realtà forse non c'è neanche volontà (PZ, psichiatra, uomo)

Un forte senso di insoddisfazione attanaglia i professionisti, che appaiono in un certo senso, braccati entro una cornice che ne limita l'operato e ne impedisce il pensiero.

Io penso che ci sia anche un'insoddisfazione in questo senso, per quello che percepisco c'è una frustrazione generale, rispetto al modo di lavorare, poi sa, uno ci si trova dentro e, o ha i "cosiddetti" e se ne tira fuori, oppure ha i "cosiddetti" e cerca di cambiarlo dall'interno per quanto possibile, e per quanto limitate siano le sue risorse (...) L'impressione è che ci siamo molto desensibilizzati in generale, non cogliamo più niente, ma forse perché siamo travolti dall'automatismo, dal fatto di fare le cose sempre in un certo modo, la fretta, dal correre, realizzare, concretizzare e via dicendo (PZ, psichiatra, uomo)

Il pericolo dimora forse nel timore che la messa in discussione delle categorie usuali e abituali, delle pratiche consuete comporti anche un cambiamento dei ruoli - "categorie che saltano, ruoli che saltano". Lo psicologo/psichiatra si troverebbe così coinvolto in "improvvisazioni" che eccedono il proprio ruolo, che lo implicano in *fronti e contesti* scomodi, impegnativi, densi di responsabilità, prima di ogni cosa, umana. Nelle parole di questo psicologo la sorpresa e lo sgomento che incorrono negli occhi e nelle parole della équipe di lavoro dinanzi ad un atto *contestuale* e strabordante i ruoli fissi e abituali:

Comunque ci sono anche dei frangenti in cui saltano delle categorie di altro genere ... per esempio ... una sera sto uscendo ... qui l'ultimo paziente, ho finito alle 8 di sera ... sto chiudere la porta e mi trovo dietro una negrona, che è la mia vecchia paziente che non vedevo da tempo e mi fa ... Dott. X ho un problema ... non so dove andare a dormire ... questa qua, era da un pò di tempo che non la vedevo ...

aveva combinato una serie di casini ... per cui aveva mollato l'appartamento dove era sistemata bene con il Comune, peraltro leghista che le dava una mano ... era andata a coabitare con gente della sua etnia a 20 km da qua ... aveva deciso di utilizzare il suo status di immigrata regolare per far venire un suo connazionale facendo finta di sposarlo ... sposandolo per finta in modo da permettere a questo di venire qua ... questa cosa devo procurarle una serie di vantaggi economici che non arrivavano ... praticamente per fartela breve questa qua era entrata in conflitto con questi e ha mollato casa e tutto ed era una settimana che dormiva nella hall dell'ospedale ... cosa fa uno psicologo alle 8 di sera ? le dai 50 euro perché vada in albergo ? se la porta a casa a dormire? Allora io ho il mio jolly in queste situazioni che sono le suore che accolgono donne ... allora chiamo le suore e dico guardate che c'è questa persona, posso portarla a dormire? Sì ... allora la porto da queste suore ... però questa non aveva niente con sé ... non ha biancheria, non ha nulla ... è tutto quanto nella casa su ... e lei non vuole andare perché ha paura che questi la picchino ... pongo il problema in equipe ... allora le soluzioni che propongono sono le più disparate ... la soluzione più patetica era questa ... che bisognerebbe che il Comune dove lei attualmente risiede provvedeva a fare il trasloco della paziente, delle cose della paziente ... nel frattempo bisognava n modo da sistemare tutte ste cose ... bene... ma una proposta di questo tipo secondo voi quanto tempo ci mette per essere organizzata ... che il Comune delibera che i soldi per pagare una agenzia di trasporto eccetera ... e le suore poi ... noi la teniamo tre notti ... insomma quale è stata la soluzione, quella vincente che io ho proposto ... è stata quella di dire ... guardate io ho mio fratello che ha un camioncino, domani si va ... avvisiamo oggi il comune che ci metta a disposizione due vigili armati, andiamo su con la paziente, carichiamo due cose e poi andiamo giù... cosa che abbiamo fatto ... questa cosa ha così sconvolto perché poi la paziente è stata accompagnata da due operatrici e io venivo on con il camion ... sta cosa ha così sconvolto le donne che venivano via con me che sono rimaste lì ... l'assistente sociale fa io non ho neanche i guanti, quell'altra cretina di educatrice non ne parliamo ... e allora siccome conoscevo molto bene l'assistente sociale ... guarda ... è molto bello

voler bene ai poveri quando sono lontani quando sono in Brasile ... quando sono qua puzzano ... questa cosa molto provocatoria le ha fatto cambiare idea e si è data una bella mossa per cui abbiamo fatto il trasloco ...

I: in quante persone vivevano in questo appartamento?

P: due famiglie ... tipo otto persone ... quindi ci sono queste improvvisazioni che non c'entrano nulla con il ruolo

I: che non sono da tutti

P: sì ... però è proprio questo il problema ... più burocratizzi le istituzioni meno puoi trovare delle soluzioni ... Cosa succede? Tu potevi benissimo dire non è compito mio sono cavoli suoi ... è lei che ha sbagliato, paga il suo errore ... in una situazione come questa voleva dire che lei avrebbe perso il lavoro , si sarebbe scompensata , sarebbe divenuta un peso molto più difficile da gestire che intervenire in modo tempestivo ... questo tra l'altro permetteva alla paziente di percepire la risoluzione del problema quindi la compliance aumenta del 100% e quindi ti segue anche di più in altre cose ... perché anche quelli sono pazienti difficili perché appena stanno un po' bene se ne fregano di tutto e e fanno di testa ...

I: non è da tutti assumersi una responsabilità del genere ...

P: io però voluto una mano dal primario ... non è una cosa che faccio da sola ...

I: mi sembra una grande responsabilità umana.  
(PDM, psicologo, uomo)

### **Accesso per tutti vs Accesso solo per stranieri**

Per ciò che riguarda l'accesso dei pazienti stranieri ai servizi, la percezione degli psicologi e degli psichiatri oscilla tra un aumento *graduale* nel corso degli ultimi anni/*repentino* nell'ultimo periodo e una *riduzione* degli accessi nel tempo. Per comprendere tale oscillazione dovremmo impiegare una distinzione già indicata tra pazienti *stanziali* e *migranti*, che ricorrono ai servizi secondo modalità estremamente differenti. I primi – ai quali viene attribuita una maggiore *integrazione* sul territorio – possono usufruire a pieno regime delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali,

accanto a parallele e spesso presenti modalità di cura tradizionali legate alla cultura di appartenenza, che trovano sempre maggiore diffusione sul territorio al crescere della comunità di ospiti nella società ospitante; i secondi accendono sempre o quasi sempre attraverso la mediazione offerta dagli operatori della comunità di accoglienza o del Pronto Soccorso/guardia medica che gestisce le urgenze. Dunque, l'aumento degli accessi può essere spiegato tenendo conto dei migranti stanziali e dei rifugiati, mentre al riduzione esclusivamente degli stanziali.

Diciamo che non sono molti i pazienti che afferiscono qui per problemi di tipo psichiatrico ... in passato era più frequente ... secondo me loro adesso hanno trovato ... nei loro gruppi hanno trovato dei riferimenti, non sono più completamente sguarniti ... per cui, per esempio, del mondo islamico ne vediamo pochissimi ... una volta ne vedevamo molti di più, adesso quasi nessuno ... vediamo più persone dell'Africa nera, diciamo così ... qualche cinese ... e poi si lavora parecchio anche con pazienti dell'Europa dell'Est ... Romania, Ucraina ... (PDM, psicologo)

Poi non tanti se pensi che io ho in carico due trecento pazienti ma ne ho visti 7-800 ... forse anche di più in 14 anni che sono qua ... gli stranieri sono pochissimi, in proporzione anche nel veneto e nel trevigiano ... (PM, psichiatra, uomo)

I: Quanto del suo lavoro si svolge con pazienti stranieri

P: Sarà un 5/10%...10 dai

I: Lavora da tanto tempo qui?

P: 11 anni.

I: Ha notato un cambiamento nel corso del tempo di accessi

P: Di più ... sì.

(PZ, psichiatra, uomo)

Alla domanda, rivolta a psicologi e psichiatri, in merito alla quantità di lavoro svolto con i pazienti stranieri, generalmente viene fornita una risposta in termini percentuali – ricercati in modo spasmodico, denotando una certa tendenza ad esprimersi secondo parametri e standard numerici, come se si fosse abituati a fornire stime del proprio lavoro secondo precise statistiche.

Gli intervistati ritengono che la presenza degli immigrati presso i servizi di cura richiede di elaborare una nuova modalità di risposta ai bisogni dell'altro, di adeguarsi al mutamento di uno scenario complesso e variegato, prestando accoglienza *chiunque* si presenti.

Pensare che un centro possa rispondere ai bisogni ... e quindi bisogna capire in che misura gli altri centri si sono adeguati al mutamento dello scenario ... perché questo è un interrogativo che ci poniamo noi in Italia insomma ... noi non abbiamo un centro per cui abbiamo dovuto attrezzarci ... (PG, psichiatra, uomo)

Come rispondere ai bisogni, adeguarsi al mutamento di scenario necessità di creare una rete (PG, psichiatra, uomo)

Accoglienza per chiunque si presenti (PC, psichiatra, donna)

Emerge, in tal senso, l'annosa questione, peraltro già presente in letteratura, sulla necessità di promuovere o meno "istituzioni" che siano uguali per tutti, con il conseguente rischio, da un lato, di contribuire a creare una visione etnocentrica e di promuovere un'egemonia universalistica, dall'altro di esasperare la differenza mancando di riflettere criticamente sul proprio ruolo e sulle proprie pratiche, sulle proprie categorie e sul proprio sapere.

Nel senso che se fosse possibile ripeto addestrare delle persone, farti l'ambulatorio etnopsichiatrico ... con delle persone addestrate e...allora è un altro paio di maniche. Lo psichiatra qualunque che magari non sa neanche cos'è l'etnopsichiatria o che non se n'è mai occupato, che si fa il suo corso di studi regolare ... Che strumenti ha per mettersi in comunicazione? Con una persona di un'altra cultura...anche un norvegese voglio dire...non serve pensare al ghanese...con un norvegese ... eh che magari nel norvegese leggiamo più cose... ne sappiamo già di più sul loro modo di vivere, perché comunque parliamo di Europa. Ma...non siamo attrezzati noi per...facciamo quello che possiamo però non siamo attrezzati secondo me



culturalmente per affrontare bene come meriterebbe un disagio psicologico di un migrante. (PV, psichiatra, donna)

A suo tempo io quando ero un po' più giovane avevo anche chiesto alla mia direzione se si poteva impiantare un ambulatorio di etnopsichiatria. Mi ero offerta andando uno spazietto ovviamente del mio tempo e si poteva cominciare con me e uno psicologo, una psicologa, ma naturalmente la cosa è stata ampiamente cassata. E non se n'è più parlato... (PV, psichiatra, donna)

Io credo che adesso i pazienti di altre culture vanno in un ambulatorio normale e come tale vengono trattati. (PV, psichiatra, donna)

Rimane sempre facoltativo però lo renderei come uno degli aspetti da tenere presenti in un servizio ... bisognerebbe renderlo dedicare una parte, magari anche formare le persone all'interno delle equipe su questo argomento specifico ... (PF, psichiatra, uomo)

Tale questione diviene cruciale soprattutto in riferimento alle modalità con cui il paziente straniero usufruisce dei servizi: un "affidamento totale" che prevede permanenze prolungate e incontri ravvicinati, che deviano dalle usuali visite di controllo e sono spesso indirizzate, come già indicato, alla gestione di aspetti psicosociali.

No, devo dire ... che si affidavano molto al servizio, cioè non c'era la paura di stigma, di andare in un servizio psichiatrico ...  
(...) Li ho seguiti ... il beneficio un mese e mezzo, ma ci siamo avvicinati quasi a un anno ... sicuramente sei mesi sì, poi abbiamo un po' dilazionato gli incontri ma con visite di controllo ... siamo andati, sicuramente sei mesi li abbiamo fatti ... non so poi forse qualcosina di più (...) L'obiettivo è lo svantaggio ... riuscire a tenerli in queste cooperative e poi da queste cooperative permettere di inserirsi, trovare un lavoro ... (PB, psichiatra, uomo)

Dinanzi alle difficoltà dell'istituzione nel gestire la situazione emergenziale, che si

colloca nel *frangere* tra le due alternative antitetiche, emergono necessità e proposte che si indirizzano, in primo luogo, verso la necessità di “formazione” - generando una serie di interrogativi che riguardano il senso e la modalità di tale richiesta: apprendimento di conoscenze o messa in discussione? Etnocentrismo o consapevolezza critica di posizionamenti e pratiche?

Devi farci un corso di etnopsichiatria, abbiamo bisogno di imparare queste cose ... che bello, che interessante ... bisogna che ci insegni ... ci devi insegnare ... perché il mio collega che è il terapeuta mi aveva chiesto che cosa ... dacci una indicazione su che cosa vuol dire questo in Marocco ... cioè su che cosa ... esiste il delirio? Come si chiama? Come si chiama il sintomo somatico? Come si chiama il vomito? E io ho provato a dire che io non faccio il traduttore dal sintomo occidentale ma ... perché non c'è un modo di chiamarlo qui e un modo di chiamarlo lì ... c'è un modo di presentarsi del sintomo che ... è il modo di quella persona ... tanto è vero che poi quando io sono tornata nella mia scuola e ho detto mi hanno chiesto di fare della formazione ... questa cosa non è stata accolta con entusiasmo nel senso che mi hanno detto ma tu non fai ... non è una cassetta degli attrezzi che si compra come hanno comprato la cassetta degli attrezzi della psichiatria adesso si compra quella dell'etnopsichiatria ... è una cosa un po' più ampia ... lì è stata accolta per il fascino della cosa esotica ... che figata ... che belle queste cose che fai ... perché non ci fai un corso di queste cose così noi sappiamo gestire meglio questi pazienti ... (PF2, psichiatra, donna)

Di certo, ciò che emerge con evidenza è che sono sempre l'esperienza e l'interesse personale e professionale a guidare psicologi e psichiatri verso la conoscenza dell'altro, l'apertura, la scoperta, l'interrogazione. Coloro che per formazione o per vicende personali si sono scontrati con la diversità su un piano teorico o di realtà si mostrano decisamente più interessati ad affrontare la questione del lavoro con il paziente straniero e sono maggiormente disposti a mettere in gioco risorse personali e professionali.

Sai quale è la differenza ... tu vedi anche qua ci sono psichiatri che hanno formazioni diversissime ... della clinica ... c'è chi è molto formazione biologica, chi DSM (PM, psichiatra, uomo)

Io ho cominciato a occuparmi, a interessarmi di questo da neolaureato, quindi più di 30 anni fa. E ho cominciato a partecipare ad un gruppo di appoggio di ospedali missionari in Africa, con i quali avrei voluto fare servizio civile, avrei voluto perché poi non l'ho fatto perché poi mi sono sempre occupato di psichiatria, ho messo su famiglia e insomma non ho perso tempo...e poi perché avevo già deciso allora di fare psichiatria e non mi sentivo di andare a fare il medico e il chirurgo in altri posti dove c'era bisogno. Però mi è sempre rimasta dentro e ho sempre lavorato qui per fare sensibilizzazione, volontariato nell'ambito. Poi quando ho scoperto questo centro anni fa, ci sono entrato, per cui la sensibilità è forte. (PP, psichiatra, uomo)

Io ho lavorato finché ero in scuola di specialità Verona dove di pazienti migranti ce n'erano tanti perché è un punto di passaggio, e ho lavorato poi in privato per i primi due anni dopo la specializzazione, pazienti migranti zero perché in privato ovviamente i problemi economici si fanno sentire, ho lavorato come medico di base, quindi ho anche l'esperienza in struttura ambulatoriale di primo livello... tante persone, extracomunitarie, anche stranieri in generale nel senso inglesi, tedeschi e altro... come guardia medica, e devo dire che in quest'ambito le chiamate da pazienti stranieri sono tantissime che spesso si rivolgono più alla guardia medica che non al il medico di base perché è un accesso più diretto (PT, psichiatra, donna)

In che modo, dunque, l'istituzione agisce il suo potere sull'attività lavorativa di tali professionisti? Togliendo il *tempo* e le risorse del pensiero, immobilizzando i ruoli e limitando il campo di azione, rendendo burocratico il lavoro di un dirigente, applicando alla diversità - non solo culturale - le medesime pratiche della cura. In alcuni casi, sono proprio le *risorse umane* - gli psichiatri e gli psicologi - a sollevare questioni antropologiche, politiche e sociali che riempiono gli spazi vuoti

dell'assenza di buone pratiche, conoscenze, formazioni. Interrogativi che non sempre riescono a discostarsi dall'ovvio e dal già noto, ad abbandonare i modelli usuali, ma che certamente riconoscono, in modo più o meno consapevole, il turbamento che questo altro introduce nell'incontro.

### **6.5.1.2 Piano delle pratiche**

Il secondo livello di analisi riguarda le pratiche e le modalità della valutazione e della presa in carico. L'incontro con il paziente straniero si caratterizza per "lunghe contrattazioni", in cui lo psichiatra e lo psicologo lavorano sull'*aggancio* del paziente, valicando i tempi usuali della cura e della valutazione diagnostica.

"Quindi tornare con le sue peregrinazioni, lì è stato abbastanza complicato perché è uno di quelli che mette un muro, quindi io voglio fare una cosa, io non sono d'accordo ma io la faccio lo stesso e quindi è uno scontro, un ping pong da dove non si esce, anche con contrattazioni lunghissime in cui lui non si muove dalle sue convinzioni e in cui non lascia spazio neanche per diciamo atti un po' più forzati perché il TSO in una situazione del genere non lo puoi fare, e quindi ti trovi in una situazione da dire io so che se lui se ne va si scompensa ma dall'altra parte non ho strumenti per trattenerlo, questo è stato il nostro primo incontro." (PT, psichiatra, donna)

"Se non è motivato ovviamente diventa più difficile lavorare sulla motivazione perché si sa che in un servizio di salute mentale uno dei primi aspetti su cui si deve lavorare è l'aggancio no? La fase di aggancio con i pazienti ... qua mi riferisco soprattutto ai disturbi psicotici." (PDA, psicologa, donna)

"Cioè come ripeto o come questa mia collega è andata... ha perso ... ha perso? Ha utilizzato parte del suo tempo per capire per andare a studiarsi la cultura ma era una tirocinante e quindi lo usava qui in servizio finalizzato a una paziente e quindi ha potuto farlo ... ma sono situazioni occasionali ...

non è che sia possibile farlo di prassi" (PDA, psicologa donna)

L'aspettativa della presa in carico è, senza dubbio, quella di un percorso fatto di innumerevoli difficoltà, di *cure di passaggio* e di abbandoni – o drop out, come li definiscono gran parte dei professionisti intervistati.

Io già avevo avuto informazioni, mi avevano detto...guarda che questo è un ragazzo che ci potrà far poco nel senso che una certa sua strutturazione di personalità, dall'altra parte sarà un osso duro perché quando prende delle decisioni è quasi impossibile...quindi io ero già abbastanza preparata al fatto che non sarebbe stato per niente facile, cosa che mi è stata confermata in sede di colloquio. (PT, psichiatra, donna)

Per cui nella mia fantasia il padre assolutamente sì, la mamma già mi invita in Kenya, il papà mi dice dottoressa grazie, è stato un onore ... quindi accettano ma ... c'è già tafferuglio tra loro ... e a me fa pensare che questa donna sia in realtà anche più di I. per i turni, per il tempo ... ma che non ha assolutamente l'assetto per e non saprei neanche se sarebbe gradita una eventuale psicoeducazione su un signora questo sì, questo no ... (PM, psicologa)

Il mantenimento del contatto con i servizi richiede come prerogativa, nella maggior parte delle situazioni, che il paziente abbia una patologia grave – sul versante della psicosi, con assunzione obbligata del farmaco, che siano in corso procedimenti giudiziari – elemento di obbligatorietà - e che il soggetto ricoverato o preso in carico abbia una rete sociale e familiare di riferimento che si *preoccupi* della sua salute, della gestione della terapia farmacologica, degli accessi in ospedale o in CSM e che, dunque, si faccia garante della continuità del lavoro e della comunicazione con il servizio. Tale discorso si fa più complesso e articolato quando il ricovero ospedaliero assolve funzioni che *valicano* la *sola cura* della patologia psichica e promuove modalità di protezione e tutela del paziente più complesse e articolate – garantendo, ad esempio, un posto letto per alcuni giorni supplementari a pazienti

stranieri che non abbiano fissa dimora o una rete familiare che li accolga, in attesa di individuare una sistemazione di altro genere. Ad un certo punto, “si è costretti a dimetterli”, con tutte le conseguenze più o meno drammatiche che possono derivarne.

Non con molta facilità...se magari hanno compiuto reati, quindi c'è una loro necessità di natura giudiziaria, meno obbligati a seguire i percorsi o se la patologia è molto eclatante...allora in quel caso...entrando in contatto con i familiari riusciamo a tenerli di più, ma non è sempre così...(PS, psichiatra, donna)

Quelli sono i casi molto più complicati perchè noi al momento della dimissioni di solito affidiamo questa persona a un familiare, a un parente, a qualcuno, a un gruppo etnico, a un rappresentante etnico ... ma a volte non c'è niente di tutto questo (PB, psichiatra, uomo)

Eh ... a un certo punto bisogna dimetterli ... siamo costretti a ... magari li teniamo qualche giorno più per essere sicuri che la persona è stabilizzata però poi ... consegniamo a uno che non ha neanche dimora delle medicine ... (PB, psichiatra, uomo)

Le modalità di lavoro subiscono variazioni in relazione alla capacità di *adattamento* dell'altro alla cura occidentale – rivelando certamente una tendenza dei professionisti alla generalizzazione delle cure secondo un modello etnocentrico e una decontestualizzazione dei vissuti. Di conseguenza, l'interazione con l'altro straniero oscilla tra un lavoro come con “chiunque altro” - se ci sono le condizioni linguistiche, culturali (grado di acculturazione), motivazionali – che riduce la diversità ad un principio di *uguaglianza formale* - in cui viene presupposta l'erronea esistenza di una totale uguaglianza tra i modi della cura e i pensieri sulla malattia mentale in un qui e in un altrove - e un lavoro improntato ad una *uguaglianza sostanziale*, in cui l'uniformità riguarda il *riconoscimento, senza discriminazione alcuna*, di bisogni specifici ed esigenze personali.

In alcuni casi, la ricerca di *cause* e di *elementi di regolarità* tra il nostro e l'altro acquieta

il professionista incerto e sconcertato dinanzi alla diversità. In altri casi, la difficoltà di entrare nella relazione di cura spinge a ridimensionare gli obiettivi, passando all'uso di strategie e tecniche.

Però no... l'unica cosa è che nel momento in cui entra una persona straniera e avverto la barriera linguistica dico "porca miseria perché?" ...cioè mi si spuntano un po' di armi perché se mi spiegassi nella loro lingua probabilmente sarei molto più efficace e questo lo percepisco chiaramente che a volte uno cerca di usare il termine più semplice... (PV, psicologa, donna)

Un paziente immigrato che viene qui o viene per conto suo per chiedere aiuto però allora si tratta già di una persona che è già inserita, integrata, che ha già un lavoro e chiede un intervento per sé oppure che il medico di base ha consigliato e si lavora come si potrebbe fare con chiunque altro ... se ci sono le condizioni da un punto di vista culturale, linguistico e se il paziente è motivato ... se il paziente è motivato in sostanza non ci sono grossi problemi ... come è poi per chiunque, no? (PDA, psicologa)

Il marito traduceva ma parzialmente ... anche lui non è che fosse ovviamente a conoscenza della loro ... l'italiano lo parla non benissimo, l'italiano poi lo parlavo, credo che parlassero in francese tra di loro ... un po' traduceva ma ... anche lì poi ci siamo rivolti alla sorella che era presente per farci tradurre ... però le dico anche un'altra cosa che mi ha colpito ... era molto, devo dire anche con la sorella abbastanza distante, questo mi aveva colpito ... era una persona molto fredda sta ragazza ... poi aveva questo aspetto molto anoressico, molto ... (PDA, psichiatra)

Il colloquio consente di accedere immediatamente a ciò che appare del paziente, alla dimensione del visibile. Un aspetto, quello dell'incontro attraverso i sensi, che diviene fondamentale laddove il medium linguistico sia scaduto – non soltanto nella mancata conoscenza della lingua dell'altro ma anche nella fase acuta della malattia.

La raccolta dell'anamnesi e della storia clinica, l'obiettività psichiatrica, l'ipotizzare

una diagnosi rappresentano gli obiettivi del primo incontro. In alcuni casi, la valutazione si fa più specifica e dettagliata, come ad esempio nel caso in cui si debba apprezzare – o disprezzare – la genitorialità del soggetto incontrato. Il primo incontro può essere preceduto e anticipato da una cartella clinica in cui una diagnosi è già stata formulata e i sintomi descritti, non senza conseguenze sulle successive caratteristiche della valutazione.

Il colloquio sì... quindi prevalentemente si basa sulla clinica ... cioè sulla fenomenologia con cui il paziente si descrive o appare o viene descritto (PG, psichiatra)

Nel primo contatto insomma è opportuno fare un'anamnesi...il primo contatto sarà fatto come un'anamnesi clinica, psicologica... (PP, psichiatra, uomo)

Quindi attraverso il colloquio mi faccio un'idea, ipotizzo una diagnosi ... e poi con l'utente si fa un .... Gli si dà una possibilità di restituzione anche di pensare su cosa si potrebbe lavorare insieme ... (PP, psicologa, donna)

Noi allora in linea di massima se le persone, superata la fase acuta, indipendentemente da qualsiasi altra cosa in fase acuta noi dobbiamo intervenire sedandola ...

Dopo di che noi in genere utilizziamo i mediatori culturali ... ne abbiamo di varie etnie, varie lingue ... se proprio sono dialetti o cose particolari di solito ci avvaliamo dell'aiuto di qualche parente, di qualche connazionale ecco ... (PB, psichiatra, uomo)

L'ho incontrato in realtà la prima volta in reparto...perché era stato ricoverato da una collega...però io non mi ricordo cosa ci siamo detti, io ricordo che al mattino...si arriva, si fa la riunione...c'era questo paziente che era stato ricoverato, c'era la descrizione dei sintomi sulla cartella della collega che l'aveva ricoverato... però adesso io non ricordo cosa ci siamo detti... mi ricordo che c'era una componente mistica, mi ricordo che era in reparto (PG, psichiatra, uomo)



## Ordini di difficoltà

Le principali difficoltà riscontrate durante il colloquio con il paziente straniero possono essere distinte in almeno tre ordini di fattori: linguistico, culturale – dalla cultura di origine del paziente o al suo grado di acculturazione –, relazionale – in particolare relative all'aggancio. Ulteriori questioni emergenti riguardano la *consapevolezza di malattia* e i frequenti abbandoni dei percorsi terapeutici.

In un contesto – quello psicologico e psichiatrico – in cui la lingua rappresenta *il fondamento della cura*, la parola si conferma quale principale modo della comunicazione – e dunque anche della *mancata* comunicazione – con l'altro. La questione linguistica si fa decisamente più articolata con il paziente straniero poiché il *non trovare le parole* per esprimere il dolore si muove dal piano della *metafora* al piano della *realtà*. Le parole *non* esistono *per davvero*, in uno scadimento continuo verso una comunicazione *fatta di fatti*. D'altro canto, proprio l'impossibilità di condividere una lingua comune e l'accesso esclusivo a lingue parziali, frammentate, abbozzate impediscono all'operatore di avvicinarsi alla comprensione dell'altro e della sua sofferenza, istituendo una spirale *non comunicativa*, in cui diviene necessario ricorrere a modi altri per stabilire un contatto, un dialogo.

La sensazione di “non riuscire a capire che cosa passa per la testa” è a volte sopperita da un “sincretismo di linguaggi”, possibili e impossibili, in cui tutto il corpo è coinvolto nella conoscenza, in un ritorno primordiale alla dimensione profonda dell'umano.

Il terapeuta dovrebbe, dunque, avere “avere una frequentazione di lingue straniere”, non solo quelle parlate ma anche quelle della significazione di mondi altri – quelli culturali, quelli psicopatologici.

La mancata comunicazione linguistica, da un lato, impedisce di raccogliere la storia del paziente, alimentando la percezione di una *non collaborazione*, dall'altro rende difficoltoso stabilire un legame, agganciare per la cura.

Anche quando la comunicazione linguistica è possibile, o perché il paziente è sufficiente *integrato* – per usare le parole degli intervistati – o perché viene garantita la presenza di un mediatore culturale, la comprensione del mondo altrui non potrà

mai dirsi totale o esaustiva. Accedere alle logiche familiari, umane, sociali di mondi culturali estremamente distanti non sempre ne garantisce la condivisione, sfociando in alcuni casi, in vere e proprie modalità etnocentriche e razziste di pensare questo altro, la cui arretratezza culturale non trova collocazione alcuna in questo mondo. L'atmosfera dell'incontro si fa così "ambigua". Un'ambiguità, talvolta, negata nelle parole e nei fatti, di chi sostiene di "non avere mai incontrato difficoltà" o di chi non è in grado di contestualizzare la sofferenza dell'altro, dimenticando il progetto migratorio e le condizioni di vita, appellandosi ad una presunta ed evidente, *assolutamente* evidente, psicopatologia.

I: parlano italiano?

P: abbastanza ... poi sì, c'è il problema della barriera linguistica ...

I: avete un mediatore culturale?

P: allora... cerchiamo di chiedere un mediatore culturale ma è una cosa un po' macchinosa ... e quindi cerchiamo di averlo ... anche se avendo varie sfaccettature tutti i dialetti che ci sono in Cina anche il mediatore fa difficoltà e a volte al colloquio l'esame psichico richiede una valutazione molto sottile e quindi il fatto che non ci sia una accuratezza nella traduzione può anche dare adito ad una interpretazione psicopatologica sbagliata ... (PD, psichiatra, donna)

Poi uno recente questo profugo ragazzino...l'ho visto in urgenza l'ho ricoverato adesso lo segue la dott.ssa Fusco...lui era in una casa d'accoglienza per profughi gestita da una cooperativa ed è stato portato dagli operatori perché durante la notte aveva tentato il suicidio con una corda...in modo maldestro...18/19 anni...sentire la storia di questo che è qui da più di un anno, che ha attraversato il Sahara probabilmente minorenne...però non so la sua storia perché appunto io l'ho visto in urgenza ed era molto difficile anche comprendere cosa ci fosse dentro la sua testa...perché poi anche lì era tutto mediato con la traduzione (PZ, psichiatra, uomo)

Non riuscire a valutare per difficoltà di lingua e interpretazione (PS, psichiatra, donna)

Mentre il marito mi sembra che parlasse o inglese o francese ... un po' di frequentazione di lingue straniere bisogna averla se si vuole fare questo lavoro ... (PDM, psicologo)

Nel senso che dovresti essere sincretico al punto da stare con due piedi in due livelli di linguaggio differenti ... perché se tu provi a portarla dentro è la stessa cosa è un'altra casella ... è una nuova casella e io decodifico ... perché ... perché noi conosciamo con i nostri strumenti di conoscenza ... uno dei nostri strumenti fondanti è che ... un livello di conoscenza esclude l'altro ... facevo fatica a trovare una formula per dirlo però è questo ... è che è questo o questo ... quindi o lei ce li ha o non ce li ha e se non ce li ha sta delirando e se ce li ha ho sbagliato tutto e mi iscrivo ad una scuola di spiriti ...(PF2, psichiatra, donna)

Ma a me vien da dire la complicazione rispetto al paziente straniero non è tanto...si è forse più linguistica e di comprendere i meccanismi del nucleo familiare perché poi ci sono dei nuclei familiari che si comportano comunque in maniera atipica rispetto alla cultura di appartenenza quindi forse è un lavoro molto più simile a quello che si fa qui, lingua a parte, non c'è molta differenza rispetto alle famiglie o alle situazioni "nostrane" (PT, psichiatra, donna)

Perché appunto loro tendevano ad utilizzare il servizio come l'appendice della loro casa...venivano a qualunque orario, sia al reparto, sia al Csm ...tendevano ad essere molto invadenti, una famiglia con un target molto antisociale... (PM, psichiatra, donna)

### **Continuo/discontinuo, consapevole/non consapevole**

Il lavoro con il paziente straniero diviene complesso e articolato anche rispetto alla dimensione continuità/discontinuità della cura – drop out - e alla letterale *scomparsa* in seguito alla gestione delle acuzie, alla dimissione ospedaliera, alla somministrazione del farmaco. Il criterio di fondo – esplicitato nei discorsi degli

intervistati – è sempre lo stesso: *sto meglio, quindi abbandono*.

Per cui se, da una parte, con il paziente straniero “è più facile perché non esiste lo stigma della psichiatria”, dall'altra la possibilità di pensare un progetto terapeutico viene completamente minata e sgretolata.

Secondo me la sofferenza dello straniero è più legata ad una situazione di emergenza, più spesso è una sofferenza che arriva in una situazione più avanzata che il cittadino italiano...la richiesta di aiuto è un po' meno chiara e c'è una minore continuità, io vedo più drop out...quindi c'è più questa idea della non continuità...anche noi abbiamo in testa che loro poi vengono di meno che non sappiamo bene dove stanno... (PZ, psichiatra, uomo)

Finalità è quella di creare compliance non di comunicare categorie! (PP, psichiatra, uomo)

Per quasi nessuno c'è stato problema nel conciliare il fatto che c'è una malattia o c'è un disturbo, anzi devo dire che forse è quasi più facile per uno straniero comprendere questo che non per un italiano, è come se...forse perché io seguo anche persone che non hanno questo gran livello culturale quindi è molto lineare...c'è un problema, il problema si chiama malattia di questo tipo e ha questa soluzione...e questo passa abbastanza facilmente...non c'è la sovrastruttura che può avere un italiano che comincia a pensare “oddio ho un problema con la testa quindi sono dallo psichiatra quindi sono matto ma io non sono matto...”...questo passaggio non c'è, è quasi più accettato, lo psichiatra è ancora un medico come tutti gli altri (PT, psichiatra, donna)

In entrambi i casi, diviene necessario aprirsi ad una serie di interrogativi sul *sensu* degli incontri vissuti con la persona straniera, nonché sui *nostri* modi di pensare la diagnosi e la cura: sono ancora adatti? O richiedono di essere ripensati? Sono ancora in grado di cogliere i bisogni del paziente, le sue sofferenze? Cosa significa parlare *con* lui e *per* lui di malattia mentale? Posso riconoscere una coincidenza di orizzonti o al contrario, in un nome di un inconsapevole etnocentrismo, impongo il mio

modo della cura?

Tale discorso avvia una ulteriore considerazione emersa dalle parole degli intervistati in relazione alla mancata consapevolezza di malattia del paziente straniero. Di quale *consapevolezza* stiamo parlando? Del vissuto di disarmonia e incoerenza sperimentato dall'individuo dinanzi al suo sintomo – egodistonia? O dell'*essere a conoscenza* dell'esistenza di un sintomo o di una patologia? Quale consapevolezza posso avere di una malattia che nel mio mondo semplicemente non esiste? Domande che, in attesa di ricevere una risposta, ci forniscono alcune indicazioni su quanto lo statuto epistemologico di una malattia mentale possa dirsi precario, mentre ciò che emerge in tutta la sua potenza è la sofferenza vissuta, in un oltre che non ha nome, che non richiede un'etichetta nosografica.

Le difficoltà che ci sono, se parliamo della patologia psicotica sono il fatto di accettare l'idea che sia una malattia, queste sono a prescindere. Io penso ad un caso che ho seguito in un paio di ricoveri, un signore Nigeriano, che aveva un'ideazione delirante a tema persecutorio nei confronti dei suoi coinquilini e che però non è mai riuscito a prendere una distanza critica sufficiente rispetto a questi pensieri, al punto da riconoscerne la patologia. (PZ, psichiatra, uomo)

**“Sennò sarebbe impossibile”. Mediatore culturale: traduttore di lingue, traduttore di mondi.**

La presenza del mediatore culturale diviene fondamentale per lo svolgimento del colloquio psicodiagnostico, sebbene la mediazione offerta non sia esente da problematiche.

Traduttore di lingue e di mondi, il mediatore culturale accede e partecipa al colloquio come *terzo*, a volte intrusivo, offrendo la sua conoscenza e competenza per il raggiungimento di un obiettivo comune all'operatore e al paziente: la comprensione di una storia e delle sue possibilità di cura.

Si tratta di un figura, in alcuni casi, investita di un ruolo *magico*: conosce le *altre* lingue

e le *altre* culture, custode di racconti e traghettatore di mondi, consente l'accesso all'altro e alla sua estraneità, si colloca nello spazio denso e nel tempo vuoto della traduzione.

Eppure, in alcune situazioni, la sua presenza – non per sua *stessa* presenza – impedendo il rapporto diretto con la persona, offrendo interpretazioni di interpretazioni, viene vissuta come ostacolo, come filtro nella relazione con l'altro.

La funzione di mediatore è, in alcuni casi, assolta da figure professionali appositamente formate e istruite, che lavorano per cooperative appaltate con i servizi o che accompagnano il paziente quando giunge da un centro di accoglienza; in altri casi, la mediazione, avviene esclusivamente tramite telefono – questo uno degli effetti immediati della scarsità di risorse dei servizi già citati in precedenza.

Infine, e questo rappresenta il caso più controverso e problematico, la mediazione viene compiuta da amici, parenti, se non addirittura figli, che accompagnano il paziente presso il servizio. In tali situazioni, se da una parte può generarsi un'atmosfera di maggiore familiarità per il paziente, dall'altra l'effettiva comprensione dei dialoghi può essere minacciata, alimentando nel terapeuta il senso di frustrazione – per la difficoltà comunicativa – e il senso del sospetto – cosa davvero è stato tradotto? Cosa sarà stato in grado di comprendere? Gli intervistati riportano come situazione maggiormente problematica quella in cui siano i figli, talvolta anche minori, a dover fare da interpreti per i genitori. Ciò renderebbe difficoltoso affrontare alcune tematiche – come ad esempio quelle legate alla vita di coppia o alla sfera sessuale – e, in alcuni casi, comprendere quale sia effettivamente il problema presentato dal soggetto.

Diciamo che loro aiutano molto perché da una parte si fanno la traduzione, dall'altra a me è capitato per un'unica persona, ha cercato intanto di spiegare com'è la cultura dal suo punto di vista avendola vissuta, e poi cercando anche di spiegarci com'era l'aspetto culturale in quel caso familiare, una famiglia algerina, insomma entrandoci un po' dentro e anche ponendo le domande nel modo giusto, perché magari io le posso porre in un modo e lui è riuscito ad entrarci molto meglio...lì ha aiutato

secondo me il fatto che fosse un mediatore uomo, che parlasse in arabo, e quindi è riuscito anche ad avere un ruolo differente, sicuramente se fosse stata invece donna non sarebbe stata la stessa cos. (PT, psichiatra, donna)

Noi possiamo richiedere un mediatore ... cioè noi possiamo ... noi abbiamo una ... allora ... i pazienti africani che ho visto in questo servizio si trovano in un centro di accoglienza e che quindi fornisce il mediatore che di solito è un operatore del centro oppure un mediatore esterno che loro pagano però si occupano loro di inviarci il mediatore ... per le persone che non sono in struttura io posso richiedere un mediatore ... c'è una cooperativa convenzionata ... io lo richiedo per quell'ora e per quel giorno e lui viene ... molti miei colleghi utilizzano quella che si chiama una mediazione telefonica ... che io cerco di evitare perché è un traduttore telefonico ... esiste una cooperativa che fornisce traduzioni al telefono ... che funziona che adesso io e te parliamo due lingue diverse ... io dico la mia frase al telefono, passo la cornetta alla persona di fronte, la persona lo traduce poi risponde, mi ripassa la cornetta ... ed è una cosa secondo me inutile ... quindi cerco di non utilizzarla però va per la maggiore ... (Fusco V. psichiatra)

In P.S., è venuto la seconda volta in P.S., perché io per poterlo rivedere, gli ho detto comunque dovete passare in P.S. La seconda volta dunque è venuto accompagnato da un amico con gli operatori e c'era nettamente una discordanza tra quello che diceva l'amico, che comunque minimizzava e riportava un alveo di normalità. (PZ, psichiatra, uomo)

Tre anni perché non aveva avuto un accesso diretto in Italia ma era passato attraverso altri Paesi e quindi ci sono gradi di sofferenza molto importanti. Sa che noi in psichiatria conosciamo e diagnosticiamo il disturbo post-traumatico da stress però le persone con PTSD fin dall'inizio manifestano a noi le loro problematiche e quindi sappiamo anche intervenire nel modo più corretto che è tanto più è efficace quanto più è precoce ...

queste persone invece proprio per la loro storia hanno molta difficoltà ad aprirsi ... e quindi questo allontana anche la possibilità dei trattamenti. (PC, psichiatra, donna)

E anche con i problemi linguistici perché in alcuni casi ci sono etnie anche africane o asiatiche che se non altro hanno come (elemento) comune la conoscenza dell'inglese anche buona per cui dici va beh o anche il francese ma in altri casi parlano, voglio dire, dialetti locali per non parlare di tutte le problematiche legate in particolare ai cinesi per cui la comunicazione diventa difficile ma allora noi facciamo riferimento al servizio del Comune di mediazione culturale per cui ci forniscono gli interpreti ... sennò sarebbe impossibile. Si prenota, si telefona in Comune e ci forniscono il mediatore ... certo, non di tutti i dialetti di questo mondo... ma insomma ormai di molte situazioni legate a particolarità sia dell'Africa, sia dell'Asia, che i cinesi in particolare in genere si riesce ad avere anche in tempi brevi ma la presenza del mediatore sennò per noi diventa impossibile la gestione, insomma (PDA, psichiatra, uomo)

Non ricordo cinesi così...America latina ancora diverso...e poi anche la modalità di presentazione è differente...per esempio le donne musulmane spesso vengono accompagnate dal marito, molto spesso l'interazione avviene col marito...non sempre perché poi c'è quella più emancipata, quella di meno...l'interazione avviene tramite il marito che magari traduce in arabo e quindi non hai l'accesso diretto...non sempre diciamo hai l'accesso diretto alla signora... (PZ, psichiatra, uomo)

### **“Diagnosi uguali per tutti” vs “... proprio nessuna diagnosi”**

Il linguaggio diagnostico si mostra prevalentemente legato alle categorizzazioni nosografiche del mondo occidentale. La sofferenza dell'altro viene interpretata e ricondotta entro categorie familiari e rassicuranti – occidentale è internazionale. In alcuni casi, sintomi e diagnosi acquisiscono un vero e proprio statuto ontologico elevandosi al di là di qualsiasi cultura di riferimento e proclamandosi universali. Il



tentativo di interpretare i sintomi dell'altro collocandoli entro il conosciuto, comporta una scotomizzazione di ogni forma di diversità per cui i pazienti diventano “uguali dappertutto”.

Era proprio una psicosi come la poteva avere un suo coetaneo autoctono ... (PZ, psichiatra, uomo)

Non ho esempi...però tendono ad enfatizzare l'aspetto somatico, per cui a volte hanno delle sfumature che sembrano anche più sul versante delirante dell'attenzione al corpo e alle sensazioni somatiche e invece magari sono degli aspetti di ansia particolarmente accentuati... per cui rispetto alla formulazione a dover categorizzare...a inserire in alcune categorie, effettivamente intendiamo in maniera differente la pervasività di alcuni disturbi e quindi ci portano ad orientarci su cose differenti... (PS, psichiatra, uomo)

La difficoltà è stata soprattutto con la famiglia, perché la madre non parlava italiano pur essendo qui da più di 20 anni...una famiglia, una mamma manipolativa, per cui da una parte era impaurita, dall'altra non sapeva come aiutare quel ragazzo però era più una madre espulsiva... cioè te lo dò a te, invece che essere anche io una parte terapeutica del progetto...quindi è stata più la difficoltà della famiglia...e dell'ambivalenza della madre...nel prendersi anche la famiglia di questa persona... (PT, psichiatra, uomo)

No, poi è chiaro noi traduciamo nei nostri sistemi classificativi ... ma questo voglio dire probabilmente è inevitabile ... potrà essere non correttissimo se vuole però è inevitabile perché diciamo una tendenza alla classificazione a livello internazionale di certe patologie ... perché poi se si finisce per essere solo descrittivi poi c'è il rischio opposto, non ci si comprende nemmeno ... tu utilizzi dei sistemi, (mentre) l'altro ... sì ma oramai quei sistemi sono noti internazionalmente, rischiare di cadere solo sul descrittivo può finire peggio per confondere ... chi legge la descrizione dopo dice: ok, ma a cosa corrisponde? Nelle tua, nella tua idea a che cosa corrisponde? A una diagnosi? (Qui avrei dovuto fare una domanda di

approfondimento --- come intende dunque l'eziologia) ... però la formuliamo ... perché tra l'altro per come è concepito il modello ospedaliero alla SDO (scheda di dimissione ospedaliera) deve corrispondere una diagnosi di uscita, di dimissione ... (PDA, psichiatra, uomo)

La diagnosi risulta “utile” o ancora “obbligatoria” per inquadrare – ma viene spesso dimenticata (o trascurata) per curare, diventando una sorta di “etichetta vuota”, adottata per trovare un aggancio con la sofferenza aliena dell'altro, senza tuttavia rivelarsi effettivamente utile nella relazione di cura.

Insomma più o meno regola i farmaci la diagnosi... un grave versante depressivo psicotico è differente però da una psicosi... per cui sì, siamo abbastanza d'accordo sul trattamento farmacologico, ma non sulla diagnosi che rimaniamo un po' dubbiosi...ecco appunto poi questa amimia e quasi indifferenza emotiva nell'esprimere alcuni sintomi che fanno cambiare totalmente la percezione della diagnosi. (PS, psichiatra, uomo)

Quando le categorie occidentali si mostrano inadatte per nominare e interpretare i è possibile solo “fare leva su elementi di supponenza non verbali”, che richiedono il coinvolgimento di altri *sensi* – sensi come organi di senso, sensi come significati.

Tenendo conto del fatto che se una famiglia cinese porta un suo componente spesso è perché ci sono delle difficoltà anche ambientali, proprio di gestione ... se arrivano a portare in ospedale in maniera urgente vuol dire che ci sono delle difficoltà di gestione, di contenimento (PD, psichiatra, uomo)

Ripeto lui non parla una parola di italiano...per cui l'impressione è solo visiva...e di documentazione clinica che ci arriva per i precedenti ricoveri...(PS, psichiatra, uomo)

I: come è arrivato alla conclusione di una depressione post partum.

P: a naso...lei lamentava molto la stanchezza...che non riusciva a fare le cose e che mangiava molto meno

era dimagrita, quindi sono andato sui sintomi corporei che ci stanno, somatici che ci stanno...il marito stesso diceva non è come con gli altri figli, fa molta fatica...più che altro capire il pensiero...perché lei sorrideva, era molto carina...mal di testa era stanca... (PZ, psichiatra, uomo)

A proposito della formulazione della diagnosi, il posizionamento degli intervistati oscilla tra coloro che – con assoluta mancanza di consapevolezza critica – ritengono di non aver incontrato alcuna difficoltà o che addirittura riducono l'intera questione dell'incontro con l'alterità ad una diagnosi differenziale o erronea:

Che non lavora, è a casa e non parla ... quindi lì sarebbe molto interessante lavorare con I. su aspetti di diagnosi differenziale ... ma secondo me è veramente un ginepraio ... pian pianino, proprio acqua e pan bagnato ... piano piano ... (PM, psicologa)

Sì, simil schizofreniche...ad es. ricordo un paziente cinese in cui il medico di base me l'ha inviata, in cui nell'impegnativa come motivo della visita non ha scritto schizofrenia, ma ad es. l'ha inviata per insonnia e da lì poi andando ad analizzare la storia, l'esame psichico, abbiamo ricostruito che era una schizofrenia... Oppure, per quanto riguarda i disturbi dell'umore, possono inviarli alcuni... i medici di base bravi si sbilanciano con una diagnosi quindi dicono disturbo dell'umore o disturbo depressivo. Altri riportano solo il sintomo come può essere ad es. sbalzi d'umore, in cui sbalzo d'umore può voler dire un disturbo bipolare, un eccitamento maniacale, un eccitamento ipomaniacale, un discontrollo degli impulsi, un disturbo di personalità, oppure anche una semplice depressione, come molto spesso succede. (PT, psichiatra, uomo)

E coloro che invece riconoscono la consistenza effimera e pragmatica al tempo stesso di uno strumento – quello classificatorio – il quale, lungi dal potersi dire esaustivo della persona può soltanto darne un accenno.

È così che la diagnosi viene abdicata, resa flessibile, contestualizzata. Con quali

conseguenze?

Su un paziente che non parla...aveva un atteggiamento di uno psicotico...quindi era piuttosto diffidente...però insomma era anche un paziente che stava in un territorio straniero quindi forse lo sarei stata anche io...diffidente...in un servizio sanitario di un'altra parte. (PS, psichiatra, uomo)

No, due volte l'ho visto; mi hanno chiesto una relazione io l'ho scritta, dove ho comunque mantenuto un atteggiamento così, sono rimasto in sospeso... (PZ, psichiatra, uomo)

I: Ha dovuto formulare una diagnosi alla fine?

P: Io espressamente non ho formulato nessuna diagnosi, per quanto l'impressione era, fosse quella la richiesta, ovviamente per motivi burocratici era necessario che la persona dovesse essere indirizzata avendo dei criteri (PZ, psichiatra, uomo)

Mantenere una flessibilità diagnostica. Tematizzarlo ab inizio è troppo rischioso con adolescenti (che uso fare della diagnosi) come intervenire mantenendo una flessibilità. (PP, psichiatra, uomo)

Beh certo ... fare una diagnosi è molto difficile ... allora in qualsiasi caso applico una regola di base che applicherei con chiunque, non solo pazienti stranieri ... se in una cartella bisogna mettere una diagnosi, si mette una diagnosi estremamente generica, estremamente soft ... poi eventualmente con il tempo c'è sempre la possibilità di modificare la diagnosi ... quindi i disturbi dell'adattamento vanno sempre bene, ecco! (Ride) che è vero comunque ... (PDA, psicologa)

Di certo emerge in alcuni casi, la necessità di chiarire quale significato questa diagnosi abbia per noi, prima ancora che per il paziente: il suo potere sedativo dinanzi al caotico e inafferrabile mondo dell'altro, la sua capacità di risolvere il *problema* dell'estraneo soltanto urlando un nome a gran voce, offuscano la possibilità di leggere quelle limitazioni che la diagnosi con il paziente straniero inevitabilmente

comporta. “Una bronchite qui o lì è una bronchite, il mondo psichico risente del retroterra culturale”. La sfera psichica non presenta le medesime capacità di obiettivazione del corpo e richiede un avvicinamento cauto, tanto più cauto quanto il medium verbale viene a mancare. La minore inquadrabilità del disturbo – secondo le categorie a noi note – comporta il rischio di semplificare ciò che dell'altro mi è concesso di vedere, ascoltare, comprendere.

Poi il fatto di andare a stabilire con cavillo se la persona fa parte di un codice o di un altro codice serve più a tranquillizzare noi che non per la cura della persona. (PP, psichiatra, uomo)

E per dire...la cartella che ha di fronte ci obbliga quasi, per legge a fare diagnosi già dal primo incontro. Cosa che io non ho mai sopportato, ma che faccio tutti i giorni. Non mi piace e spesso mi capita di tornare sulla cartella e per fortuna ci sono le varie possibilità di cambiare la diagnosi e la cambio. Resto un fautore dell'idea della diagnosi longitudinale che cambia, che si modifica, sia come presentazione sia dal punto di vista della conoscenza dell'operatore, del medico, che appunto non può indovinarla o comunque limitarla alla prima impressione. (PP, psichiatra, uomo)

Sono persone, soprattutto questi migranti che non sanno dall'oggi al domani quello che succederà, si trovano in un contesto che è assolutamente diverso da quello di provenienza ... sentono fortemente la differenza rispetto a loro ... (PC, psichiatra, donna)

La difficoltà è duplice ... sia legata al fatto che in medicina ci sono sintomi e segni, si dice che i segni sono quelli obiettivabili e i sintomi appartengono alla sfera un po' più variegata ... allora noi i segni li possiamo obiettivare e quindi in una visita o in un po' più di visite abbiamo un quadro preciso della situazione ma invece quello che riguarda la sfera psichica non è così obiettivabile ... (PC, psichiatra, donna)

E' fuori di testa, è pericoloso ... ecco ... o anche un'altra cosa, cioè ci sono degli aspetti personali a cui in alcune culture si dà molta rilevanza e

magari nella nostra poco o viceversa ... ecco, per questo le dicevo bisognerebbe prima, cioè prima, bisognerebbe contemporaneamente la persona e quindi non solo il mondo psichico interno ma anche quello che è l'aspetto sociale per poter fare anche una scala di priorità su quello che esprimono. (PC, psichiatra, donna)

Un altro che mi mette in difficoltà quando con quel corpo che “resiste” – segno visibile di una *memoria incarnata* (Taliani, Vacchiano, 2001) - prova a raccontarmi una storia, tragica, dolorosa, non dicibile altrimenti, che io provo ad interpretare come posso e se posso entro le mie categorie, che io nella limitatezza del mio mondo posso solo ascoltare in silenzio, con la paura di interpretare troppo perché in quella interpretazione, sempre situata, molti pezzi andranno perduti.

Non ho esempi...però tendono ad enfatizzare l'aspetto somatico, per cui a volte hanno delle sfumature che sembrano anche più sul versante delirante dell'attenzione al corpo e alle sensazioni somatiche e invece magari sono degli aspetti di ansia particolarmente accentuati... per cui rispetto alla formulazione a dover categorizzare...a inserire in alcune categorie, effettivamente intendiamo in maniera differente la pervasività di alcuni disturbi e quindi ci portano ad orientarci su cose differenti...(PS, psichiatra, uomo)

Ulteriori difficoltà sembrano emergere nella comunicazione della diagnosi al paziente e ai suoi familiari. L'interrogativo emergente riguarda il come e il se possa essere compresa quando il mondo simbolico di riferimento attribuisce allo psichismo un significato differente rispetto a quello occidentale. Diventa allora necessario creare nuove categorie, inventare nuove parole per restituire la sofferenza che si è colta in quello sguardo, in quel corpo. Ma quando questo compito diviene troppo complesso la malattia diviene oggetto, si reifica ed esiste al di fuori e al di là del paziente, dei mondi culturali, dei contesti sociali, in un movimento di totale accentramento del pensiero.

I: si è costruita un suo vocabolario!

P: (ride) sì! Per loro è molto difficile ammettere uno stato emotivo insomma ... parlare solo di un aspetto emotivo-affettivo ... (PD, psichiatra, donna)

Già esaurimento suona meglio, però devo inventarmi anche delle parole che possano spiegare che in realtà sì, si chiama depressione, si ti do dei farmaci che sono antidepressivi ma servono anche per altri disturbi perché per esempio per chi ha attacchi di panico, nel momento in cui si dà l'antidepressivo uno dice ma perché? (PT, psichiatra, uomo)

La diagnosi assolve funzioni burocratiche, alle quali non è possibile sfuggire o sottrarsi, se non nella consapevolezza della sua precarietà. In alcuni casi, formulare una diagnosi diviene mera “questione pratica”: patologizzare per ottenere invalidità, permessi di soggiorno – qui la richiesta perviene addirittura dagli stessi centri di accoglienza, stabilire una terapia farmacologica.

Ha un disturbo psicotico...una patologia importante...la famiglia ci chiede appunto di continuare a seguirlo preoccupata perché non prenda i farmaci...però poi di fatto non abbiamo altri...strumenti al momento da utilizzare...non ha i documenti, non ha la tessera sanitaria...siamo stati noi ad inviarlo almeno al distretto per avviare le pratiche base per avere la tessera sanitaria per altro prevede poche prestazioni quelle urgenti...invece per interventi più complessi che sarebbero necessari...al momento teniamo un profilo basso cioè la terapia farmacologica...aspettiamo che richieda i documenti. Adesso ha richiesto la certificazione...credo voglia utilizzare la strada della necessità di salute sanitaria per poter richiedere il permesso di soggiorno. (PS, psichiatra, uomo)

Un po' devo dire,...fastidio, no fastidio è una parola grossa, però...non so come esprimerlo, non so...una forzatura, la percezione di una forzatura, ma non evidente, solo a livello preconsciouso, diciamo così, da parte di chi gli stava intorno, perché ovviamente poi ci sono probabilmente anche delle

motivazioni pratiche, perché se questa persona, come dire, comporta con il suo atteggiamento una serie di tensioni e di conflitti, che alterano le dinamiche e l'equilibrio del gruppo è chiaro che questo ha delle ricadute per cui si cerca di appianare o trovare altre soluzioni; tant'è vero che da quello che ho capito, poi non ne ho saputo più nulla, questo ragazzo è stato allontanato da lì, poi successivamente perché comunque continuava a non stare bene ed è stato indirizzato verso un'altra struttura con una maggiore connotazione sanitaria. (PZ, psichiatra, uomo)

La diagnosi è la comprensione di ciò che accade. Interessa la questione pratica. (PP, psichiatra, uomo)

### **“Disturbo marocchino di personalità”**

“Oggi è tornato A. ... sempre le stesse richieste ... vuole i certificati per prendere i soldi ... il solito disturbo marocchino di personalità”. Questa espressione – impossibile da dimenticare soprattutto se ascoltata nel corridoio di un ospedale in attesa di condurre un'intervista – condensa in pochissime parole molte delle questioni emerse e analizzate in tale studio.

In primo luogo, richiama la valenza – violenza- “pratica” della diagnosi a cui ho pocanzi accennato. La categorizzazione diagnostica consentirebbe, infatti, di ottenere una serie di “vantaggi secondari” e il paziente straniero – così come affermato dagli intervistati - sembrerebbe essere più interessato al raggiungimento di tali vantaggi che non alla cura del proprio dolore psichico.

Una richiesta – questa del paziente straniero – che nasconde una duplice insidia interpretativa. La prima riguarda una non adeguata contestualizzazione – quali condizioni di vita questo altro è costretto a tollerare per richiedere determinati sussidi? Di quale sofferenza si fa portatore? Quali forme di riconoscimento tali richieste nascondono? La seconda riguarda il rischio di alimentare una *logica del sospetto*: il paziente viene tacciato di non essere realmente credibile, di accedere ai servizi esclusivamente per ritorni di altra natura, di mentire sulle sue reali condizioni



psichiche. Insomma, non c'è “la gravità che si vuol far credere”, affermano alcuni, alimentando, in questo modo, il pregiudizio, l'intolleranza, il razzismo.

Alcune volte hanno una tendenza manipolativa dei servizi...per cui...magari la richiesta che fanno, hanno una finalità secondaria che può essere certificazione, indennizzi, cose del genere insomma, per cui poi questo condiziona un po' perché ci si muove su due binari indifferenti...si hanno due obiettivi differenti...nei trattamenti...

C: come l'affronta?

S: Più o meno come si affronta con qualunque altro tipo di paziente, per cui certificazioni e robe varie si fanno dove si ha diritto... (PS, psichiatra, uomo)

Poi per esempio con l'altro no neanche quello...abbiamo un bellissimo rapporto...io onestamente riesco... Si poi effettivamente quelli che i problemi psichici non ce li hanno spariscono da soli per fortuna nel senso che lo capiscono che qui non c'è trippa per gatti. Poi se devo dire proprio su cosa faccio fatica...no perché poi con quelli con cui in teoria dovrei fare fatica perché vengono qua con obiettivi di tipo assistenzialistico, non trovano riscontro, quindi, sì... (PR, psichiatra, donna)

No da parte mia no. Nel fargliela passare a loro beh sì...con uno sì...con uno, due sì... con un tunisino sì. Con un tunisino sì. Però anche lì, insomma una persona anche con...che comunque veniva anche lui con il ritorno secondario...quindi poi come passargli la diagnosi...se lui già viene qua già con un obiettivo diverso...(PR, psichiatra, donna)

...ti incuriosisce...e come fa... più che altro no vabbè... lui aveva tantissimi problemi di salute fisici, quindi poi probabilmente un po' la componente c'è. Non c'era la gravità che lui voleva far credere. Allora c'era...questa sorta di incomprensione nel dire sì c'è, però non è la causa di tutti i suoi mali. Lui usciva da qua, caldo o freddo, lui si metteva fuori dalla chiesa dei frati e chiedeva l'elemosina, tranquillamente. Quando vedeva me mi salutava e mi chiedeva come stava la mamma...ecco... (PR, psichiatra, donna)

Se pensiamo, tuttavia, che siano gli stessi psicologi e psichiatri a confermare la scarsa utilità della diagnosi, se non appunto per finalità burocratiche o assistenziali, come possiamo reclamare che individui per i quali termini come psicosi, depressione, disturbo di personalità non significano nulla perché lontani dalle proprie definizioni di malattia, possano riconoscere valore a qualcosa che per noi stessi non ha valore? Nell'espressione "disturbo marocchino di personalità" sembrano addensarsi i termini di quella dicotomia cultura vs patologia entro cui vengono troppo spesso e rapidamente risolte tutte le questioni relative alla salute mentale del paziente straniero: non collocabili altrove, i sintomi finiscono per essere ridotti alla sola cultura del paziente o una psicopatologia che *ci* appartiene. Ma in tale espressione si nasconde anche qualcosa d'altro, qualcosa di molto più inquietante: un colonialismo implicito, un razzismo mascherato – lo stesso che Fanon (1952bis) aveva già ben descritto a proposito dell'espressione *Sindrome Nordafricana*.

La modalità con la quale i pazienti stranieri fanno uso dei servizi psichiatrici e di salute mentale - richiedendo una presa in carico globale che tenga conto di aspetti sociali, economici, umanitari – dovrebbe dirci di un bisogno ben più ampio e denso, sul piano identitario e politico, oltre che sanitario.

Una richiesta che implica – ma non sempre riceve adeguato ascolto - una modifica degli obiettivi della presa in carico e che interroga il senso dell'intervento terapeutico: intenzione della cura diviene il progetto di vita del singolo all'interno, e solo all'interno, di un determinato contesto sociale e familiare.

E' un paziente che adesso continuiamo a seguire, che è molto integrato nel nostro servizio, segue i nostri progetti riabilitativi e che non ha più una sofferenza così importante ... non è più a rischio, come lo era prima, suicidario ... adesso stiamo cercando di fargli trovare un progetto di vita, insomma ... in cui lui crede perché ha delle buone abilità di base, anche cognitive ... (PD, psichiatra, donna)

Si aspettano una presa in carico totale ... poi quando gli altri servizi sono deficitari in qualche modo

tutto il disagio converge nella psichiatria ... disagio che è legato a condizioni esistenziali molto precarie, molto difficili allora la mancata risposta di altri servizi allora poi alla fine tutto viene convogliato un po' alla ... viene portato come disagio psichico quanto invece è una situazione è molto reattiva a delle difficoltà oggettive, a delle condizioni materiali ... concrete, materiali ... (PD, psichiatra, donna)

### **Strumenti psicodiagnostici**

L'utilizzo dei test e dei reattivi con il paziente straniero appare piuttosto limitato - "nessuno strumento standard è utilissimo" - nel contesto clinico, per la scarsa utilità percepita - raccontano molto poco del paziente e della sua sofferenza - o per la mancanza di risorse - temporali, umane, statistiche. La somministrazione, a causa delle "difficoltà di lingua", comporta un elevato dispendio di tempo, difficilmente conciliabile con le richieste dei servizi. Inoltre, la difficoltà nel reperimento di statistiche e traduzioni adeguate, lamentata da alcuni, renderebbe gran parte dei risultati emergenti non validi, non utilizzabili.

La figura professionale deputata all'uso degli strumenti testistici è lo psicologo, cui gli psichiatri si appellano quando ritengono necessario "approfondire" aspetti cognitivi e di personalità.

Le difficoltà riscontrate - in linea con quanto emerso nel precedente studio - riguardano principalmente gli aspetti linguistici e di taratura, evidenziando scarsa consapevolezza in merito ai processi di costruzione e produzione del test - e della relativa in-trasportabilità in contesti e mondi altri rispetto a quello in cui sono stati significati.

Una ulteriore difficoltà specificata riguarda la mancata disponibilità del paziente allo svolgimento del test, che se non adeguatamente significare - basterebbe qui riferirsi all'articolo già citato in questo lavoro scritto da Fanon e Geronimi (1956) a proposito della somministrazione del TAT a donne algerine ricoverate - rischia di alimentare il falso pregiudizio che il paziente straniero sia poco collaborante, reticente, poco "disposto ad adeguarsi".

I tentativi di somministrazione – dal MMPI ai test per la valutazione dell'intelligenza - raccontati durante le interviste, appaiono in alcuni casi grotteschi: forzature procedurali ed epistemologiche che provano ad incastrare il sintomo in cui rete fatta di items e crocette in cui il senso – dell'altro e del lavoro che si sta svolgendo – vengono perduti e dislocati altrove.

Così traducendo parola per parola, frase per frase ci si illude che l'altro possa davvero comprendere il senso di quelle affermazioni e che la sua patologia possa essere spiegata, capita, risolta nella matrice statistica di riferimento – il test sopperisce ciò che il colloquio non riesce a cogliere, aiuta a formulare una diagnosi. La mancanza di consapevolezza critica si rivela anche quando, specularmente, si afferma che affinché un test possa essere somministrato sia necessario che il paziente abbia un adeguato livello di conoscenza della lingua e un determinato livello di acculturazione. Può dirsi, dunque, questo un fattore sufficiente per effettuare una valutazione dell'intelligenza adottando una WAIS? Possiamo davvero ritenere che il test di Raven sia scorporato da ogni cultura?

No test, prevalentemente sul colloquio clinico...  
(PS, psichiatra, uomo)

Il nostro servizio utilizza test di ... i test si usano per fare una valutazione cognitiva ... c'è tutta una parte o per fare le valutazioni psicodiagnostiche nel senso classico dei test proiettivi, dei test di personalità etc ... non credo che esistano strumenti pesati per altre culture ... (...) in generale non lo conosco praticamente ... tenderei a pensare che nessuno strumento standard è utilissimo ... nel senso che è talmente vario il panorama che bisogna un po' pesarlo sulla persona.  
(PV2, psichiatra, donna)

Sostanzialmente il colloquio, la visita psichiatrica. Però lei saprà che parla anche una vecchia psichiatra presuntuosa che ritiene anche di non aver più bisogno di fare test o controtest perché per me è quello che io sento e quello che io vedo e anche la percezione che ho di una persona, questi sono poi i veri criteri a cui dobbiamo attenerci per fare la visita universale...l'ICD 10, DSM quarto, quinto eccetera eccetera comunque

sostanzialmente la visita psichiatrica. (PV, psichiatra, donna)

Quando accogliamo qualcuno per la prima volta utilizziamo l'approfondimento diagnostico con il Rorschach e il WAIS...non tanto i migranti...ma i nostri...per QI miseri. La psy ha fatto il R. ed è emersa una patologia affettiva. (PM, psichiatra, donna)

In generale li utilizzo se mi vengono chiesti dallo psichiatra e si solito si fa ... loro mi chiedono un MMPI ... in passato usavo il Rorschach, usavo test di tipo proiettivo perché avevo anche bisogno di essere aiutata io a capire il paziente che avevo di fronte quindi un certo tipo di test mi aiutava anche a vedere se ero nell'ambito della psicosi, nella nevrosi, etc ... adesso questo test quando si nomina sembra che dici una roba fuori di testa per cui sono là le tavole ... e quindi niente, solitamente non li uso insomma ... ultimamente non li uso più ... faccio il colloquio e basta ... prima addirittura me lo chiedevano il R. senza neanche rendersi conto di che cosa voleva anche dire fare un R. (PP, psichiatra, donna)

Era una WAIS ... allora me l'ero cavata con le matrici di Raven... perché anche la semplice spiegazione di un test se uno faceva fatica ... è impossibile spiegare come deve fare i cubetti se ... per cui delle volte avevo l'impressione che non capisse la spiegazione ... più che la domanda, l'item ... (PP, psichiatra, donna)

Nel caso ci siano dei dubbi...anche sì...nel senso che io lascio abbastanza liberi gli psy di impostare un certo tipo di terapia con queste persone. Se poi io ho dei bisogni specifici...di chiarezza...diagnostica soprattutto per l'aspetto personologico, io chiedo allo psy di farmi ad esempio l'MMPI anche, oppure se ho dei dubbi sul livello intellettuale della persona allora chiedo specificatamente: mi fai un test intellettuale? (...) Con la consapevolezza per quanto riguarda i test diagnostici, almeno in un servizio pubblico, non è che possono essere fatti tutti. Ad es. sarebbe importante fare tutta la valutazione, questo riguarda tutti i pazienti, indipendentemente dalla provenienza, sarebbe importante fare anche una

valutazione neuro-cognitiva che molto spesso questa batteria non c'è...non c'è tempo di farla. Quindi sostanzialmente i test che possono essere fatti almeno da noi sono quelli del livello intellettivo, l'MMPI, e nei casi accessibili il Rorschach... fatto dai nostri psy...ce ne sono 2... (PT, psichiatra, uomo)

Sì allora ... io nel momento in cui ho dovuto somministrare MMPI a pazienti che avevano avuto difficoltà alla lingua ... ho dovuto farlo , l'ho assieme con il paziente ... ho utilizzato i tirocinanti (ride) quindi non con l'auto-somministrazione ma appunto il tirocinante spiegava frase per frase al paziente e quando il paziente non riusciva a capire cercava di spiegargliela in maniera diversa ... ovviamente un modo un po' anomalo, non proprio corretto per l'uso dello strumento però era l'unico modo per riuscire a fare un minimo di valutazione ...

I: come mai era stato utilizzato in quell'occasione?

P: era su richiesta della psichiatra che aveva bisogno di capire meglio una certa situazione ... anche per un intervento psico-terapeutico più mirato perché alle volte è vero che vengono delle persona dove non si capisce se ... dove è difficile fare una diagnosi così a un primo colloquio, no? perché o se non parlano è perché magari hanno difficoltà nella lingua oppure può darsi che siano chiusure più di tipo personologico ... Quindi diventa un po' ... sì ... difficile ... oppure se magari presentano dei sintomi psicotici un po' subdoli ... non è proprio chiaro se per farli emergere con domande dirette non è detto che esprimano ... quindi insomma a volte lì dove non è possibile semplicemente con un colloquio riuscire a capire mi hanno chiesto di fare della valutazione. Devo dire che l'MMPI fatto con persone straniere, mi è successo un paio di volte, perché la difficoltà di lavorare e i risultati, con l'esperienza ho preferito rinunciare a somministrarlo ... piuttosto che fare delle cose senza senso ...

I: Oltre a quella linguistica che difficoltà ha incontrato? Ad esempio nella interpretazione dei risultati ...

P: ... sì ... più che altro la disponibilità ... il fatto che alcuni pazienti, di alcuni pazienti ... ma però questo succede anche con i pazienti ... ma che razza di domande sono? (PDA, psicologa)

Però ad un certo punto ho detto facciamo dei test e vediamo, non è emerso niente ... né paranoia, né disturbi di personalità ... secondo me c'era in questa persona ... c'è in questa persona ...

I: chi ha fatto i test?

P: la psicologa ... sì, sì ...

I: che tipo di test avete utilizzato?

P: di solito lei fa il Millon, non so se ha fatto anche un MMPI, non mi ricordo ... comunque dai test non è emersa una franca patologia, potevano esserci più degli aspetti tendenzialmente antisociali, ecco ... cioè l'idea mia è che questa persona cerca dei vantaggi secondari. (PB, psichiatra, donna)

### **Farmaco dunque sono**

Il farmaco – che rappresenta uno strumento di pertinenza esclusivamente medica – assume un ruolo cruciale nel processo di valutazione diagnostica (molto più di quanto siano in grado di farlo gli strumenti psico-diagnostici).

*Farmaco dunque sono*, sembra affermare la patologia psichiatrica. Il problema della diagnosi – *mancata* nella comprensione linguistica o nella distanza culturale – si risolve, nel caso del paziente straniero, con la somministrazione “per prove ed errori” del farmaco prescelto, la cui efficacia sarà dimostrazione della esistenza della patologia ipotizzata. Il farmaco toglie ogni dubbio sulla presenza-assenza di una diagnosi.

Poi, alla fine ho impostato la terapia, questo è stato 2/3 mesi ricoverato, poi son riuscito a fare nel dubbio, per la % che avevo era che fosse uno schizofrenico, comunque poi ho continuato per questa strada.

Sono andato, quando è stato meglio, ho attuato un programma riabilitativo presso la nostra comunità terapeutica riabilitativa, in cui è stato lì due anni... poi si è ripreso, ha iniziato a fare tirocini lavorativi, poi è arrivato il tempo della dimissione, quindi di una continuità sul territorio del progetto che aveva in mente, impostato... (PT, psichiatra, uomo)

Quindi io ne avevo concluso in modo così, un po' empirico e approssimativo, che lui avesse quantomeno una situazione di disagio emotivo, con sintomi da ansia, per cui alla fine gli avevo prescritto uno stabilizzatore dell'umore, e avevo detto, casomai ci rivediamo e vediamo come vanno le cose. Gli ho dato anche dell'ansiolitico, (ovviamente io ragiono da psichiatra quindi sui farmaci), gli ho dato l'ansiolitico per farlo dormire meglio, e per vedere se questa sensazione di batticuore si attenuava. L'ho visto la volta dopo, che era un mese dopo, ed era...prego... (PZ, psichiatra, uomo)

Il dubbio mi è sempre rimasto. Il dubbio poi mi è andato via quando poco dopo, dopo circa un anno che era stato dimesso, dalla CTRP, lui ha avuto una riacutizzazione psicotica. In quella riacutizzazione lì è stata abbastanza repentina...e io inizialmente non capivo il motivo... L'avevo sempre seguito e monitorato... anche dagli operatori del tirocinio...quindi era un po' inspiegabile. Allora lì la collega, che l'aveva visto in pronto soccorso, fortunatamente ha chiamato...ha detto di fargli un tossicologico, questo era negativo...poi sono venuto a scoprire che sostanzialmente era stata la mamma a non somministrargli le medicine...in quanto lì c'era stato un momento di tensione...verso Natale...in cui la sua famiglia, oltre alla mamma, c'era la sorella, il fratello, il fratello è tornato in Senegal... la sorella è andata via per conto suo... la mamma probabilmente ha perso ogni punto di riferimento...cosa ha fatto? Non gli ha dato la terapia, pur sapendo che la terapia era indispensabile per lui, per cui l'ho fatto ricoverare per tra virgolette non averlo a casa..., da lì rimessa la terapia lui si è ricompattato e da lì la diagnosi mi è stata confermata in schizofrenia. (PT, psichiatra, uomo)

Devo inventarmi anche delle parole che possano spiegare che in realtà sì, si chiama depressione, si ti do dei farmaci che sono antidepressivi (PT, psichiatra, donna)

La parola, controversa e soggetta alla interpretazione, quando possibile, viene sostituita dal farmaco, panacea delle situazioni complesse, adeguato sostituto della



diagnosi. Il farmaco crea accordo, la diagnosi discordanza.

E poi sì lo curi ma non fai un passo ... per cui c'era soltanto l'aspetto farmacologico ha ingaggiato me e la nostra educatrice per fargli fare delle attività, per vedere se nel gruppo qualche vocabolo ... qualche aspetto relazionale potesse un po' sciogliere ... io vedo i genitori, i figli no, non ho voluto ... lei è ... tra l'altro nelle visite domiciliari che avevamo fatto per verificare la terapia ... scusami lui è stato bene un po' di anni ... in questi anni è stato bene e recentemente ... (PM, psicologa)

Insomma più o meno regola i farmaci la diagnosi... un grave versante depressivo psicotico è differente però da una psicosi... per cui sì, siamo abbastanza d'accordo sul trattamento farmacologico, ma non sulla diagnosi che rimaniamo un po' dubbiosi...ecco appunto poi questa amimia e quasi indifferenza emotiva nell'esprimere alcuni sintomi che fanno cambiare totalmente la percezione della diagnosi. (PS, psichiatra, uomo)

La terapia farmacologica pone, in primo luogo, il problema della continuità di assunzione, del rispetto delle prescrizioni e della significazione della sostanza.

In alcuni casi, il farmaco, con i suoi effetti *visibili*, - reali o placebo - può farsi feticcio per creare un aggancio, per avviare altre modalità della cura. In altri casi, può diventare luogo di esercizio del potere, quello tra medico e paziente. Non è un caso che, secondo alcuni, la gestione farmacologica con il paziente straniero sia più semplice.

Altre situazioni rivelano invece interruzioni e intermittenze, aprendo a numerosi interrogativi in merito alla significazione possibile per una sostanza che non soltanto pretende di nominare, ma *dichiara* anche di guarire. Significazione, per me e per l'altro, che richiede una negoziazione, non sempre condivisa, di usi e pratiche. Pertanto, accade che un rientro in patria per un periodo prolungato comporti una dimenticanza della terapia o che, al contrario, il contatto con i servizi venga gestito dai familiari soltanto per la prescrizione farmacologica.

Dunque, il farmaco se da una parte decontestualizza “risolvendo” la patologia, dall'altra apre ad una serie di perplessità sulle pratiche cui si accompagna nel processo di cura.

Per formazione cercherei di evitare di medicalizzare un paziente che secondo me non va medicalizzato ... però con lei ho dovuto in qualche modo dirle di sì su quello che richiedeva ... la puntura per aprire una porta ... per creare un aggancio altrimenti l'avrei persa perché se io le propongo dei colloqui lei dice non sono matta ... adesso devo scardinarla dalla cosa della puntura per cercare di aprire su altro ... lei mi ha racconta che prima del P. era una persona molto attiva che faceva mille cose faceva tutto in casa ... era molto brava, molto presente ... (PF2, psichiatra, donna)

Però sta anche bene adesso viene soltanto quando ha finito la scatola di farmaci e questo è il motivo per cui viene qua, fa la visita con me, dice che va tutto bene...si è persa la complessità della sua crisi...perché era una crisi anche legata alla cultura (PZ, psichiatra, uomo)

Lì dipende dalla persona, nel senso che 90% delle volte si usa il farmaco, per forza...la psicoterapia è molto molto difficile, spesso per le barriere linguistiche e anche secondo me per le barriere culturali, nel senso che tanti si chiedono “ti vengo a raccontare cosa...” e magari penso al cognitivo-comportamentale alcuni compiti non sanno neanche da che parte cominciarli e l'altra cosa è il livello culturale proprio a livello di istruzione o capacità di introspezione che a volte per qualcuno è proprio impossibile e quindi per forza di cose è il farmaco...però ci sono anche persone che possono accedere ad una psicoterapia...anche lì se devo pensare tra tutti gli utenti qui del CSM credo che siano veramente pochi...una decina/quindicina le persone che fanno psicoterapia straniera e la maggior parte sono dell'est Europa...perché comunque hanno un approccio già più possibilista rispetto a questo (PT, psichiatra, donna)

Appena posso non si sganciano dalla seduta nostra, li perdi... una volta dimessa questa qua la perdi a meno che non ci sia un quadro patologico

importante, una psicosi che ti richiede una cura allora ritornano... cura farmacologica intendo. (PDM, psicologo)

Un'altra marocchina che è venuta da me per un disturbo di attacchi di panico...questa non parlava una parola di italiano, e quindi è venuta con il mediatore culturale. E... allora lì c'è stata fatica, fatica nel rimando...si fatica nel rimando diagnostico perché, perché questa effettivamente ha fatto il serotoninergico, è stata bene tutto apposto, è stata sostenuta anche dal consultorio familiare dove aveva fatto colloqui con la psicologa e quant'altro e...però sostanzialmente dopo un anno che io le avevo detto che aveva un disturbo di attacchi di panico, e doveva prenderlo per un lungo periodo di tempo...dopo un anno il marito...e io le avevo spiegato che non poteva rimanere incinta...eehheh...lei si è sospesa perché il marito voleva un secondo figlio, lei si è sospesa tutto e è venuta, ed è tornata sostanzialmente perché stava male di nuovo...però ha detto che appunto i farmaci non li voleva prendere, di qua e di là...io le ho detto noi siamo qua... (PR, psichiatra, donna)

Ma già trascinandosi dei problemi rispetto ai quali poi ... in molti paesi non c'è la cultura né la struttura idonea per una continuità di cura che sarebbe fondamentale per la gestione di certe malattie croniche come la schizofrenia stessa, i disturbi bipolari ... per cui anche questo alle volte rende difficoltoso per noi cioè far capire la necessità di cure continuative oltre ovviamente l'acuzie no? (PDA, psichiatra, uomo)

L'altro da qualche anno c'è la distribuzione diretta dei farmaci per cui comunque a tutti i ricoverati viene fornito il farmaco all'uscita dal reparto per un periodo, che sarebbe di un mese ma noi tendiamo a darlo per 15 giorni perché i nostri farmaci sono un po' ... insomma, meno maneggevoli di altri, un po' più tra virgolette pericolosi (...)

Per queste secondo me una riflessione diagnostica va fatta ... bisogna prendersi un tempo, ecco ... un tempo che non è detto che la persona sempre abbia ... un tempo che non sia quello del vien qua, ti do questo farmaco ... questo non va fatto insomma ... anche se apparentemente le persone pensano che è la cosa

più semplice perché coincide a un controllo del comportamento (PF, psichiatra, uomo)

### **“Stare a ponte”**

Dinanzi alla cultura dell'altro, psicologi e psichiatri irrigidiscono, dilatano, qualche volta scardinano i propri modelli della cura e della diagnosi, proponendo *modi* dell'incontro con l'altro spesso in aperta opposizione. Emerge, inoltre, la necessità di approfondire la cultura dell'altro o di migliorare la formazione trans/etno-culturale.

Perché ha bisogno di questa attesa... quindi lavorare nel senso di una comprensione che sia più complessiva e non riduzionistica ... quindi dire siccome hai questo segno, siccome che ci sono i demoni questo vuol dire che sei schizofrenico ... non lo so ... può essere che nella sua logica, nella sua cultura possano avere un altro significato... (PF, psichiatra, uomo)

Fare un approfondimento su quelli che sono le caratteristiche delle culture di provenienza di questi pazienti per poter capire meglio il disturbo e non darle sempre necessariamente una connotazione sempre patologica ... e quindi rimane un desiderio di maggior conoscenza di culture (...) sono delle cose per le quali ci vuole esperienza però ci vorrebbe anche una formazione anche nelle scuola di specializzazione, una attenzione maggiore a questi aspetti ... (PD, psichiatra, donna)

Ma ci sono per es. dei pazienti africani, asiatici, che hanno delle abitudini molto differenti, è capitato che mi sia informata rispetto ad alcune culture per riuscire a capire come avere dei momenti di dialogo con il paziente, altrimenti stiamo su due binari differenti. Un modo per agganciare il paziente a volte è informarsi sulle sue abitudini culturali... fanno sentire il paziente che sei interessato, documentato e che possa condividere qualcosa e possa esserci un rapporto più disteso...e meno diffidente (PS, psichiatra, uomo)

Però diciamo che questa è una esperienza che fa capire come bisognerebbe probabilmente dedicare del tempo a una formazione in questo ambito ... però nei servizi pubblici credo che diventi una cosa (ride) mastodontica da organizzare ... ci vorrebbero risorse ... (PDA, psicologa)

L'importanza di entrare in contatto con la cultura dell'altro, tuttavia, non giustifica il divenirne predatori. Il rischio è quello di rendersi incapaci di gestire la propria curiosità e di non riconoscere che la comprensione di qualunque alterità resta sempre parziale.

Ma non c'è differenza fra quello che provo di fronte alla sofferenza di una cultura altra rispetto a quello che provo di fronte ai miei pazienti nostrani, castellani che stanno male...io, devo dire con grande scandalo degli psicoanalisti...mi coinvolgo, ...non mi porto a casa la sofferenza degli altri se no non sarei qua a distanza di più di 30 anni...giusto...però insomma io empatizzo e glielo faccio anche notare, capire ai pazienti...credo di essere sempre la stessa ...insomma non far differenze sostanzialmente... sono un po' più prudente...ecco...no con loro...perché non voglio fare la pedatrice...lo facciamo già fin troppo! E quindi ecco sono un po' più cauta... non so se ho risposto alla domanda... (PV, psichiatra, donna)

Si perché anche capire questo tentativo di suicidio...perché secondo me questo tentativo di suicidio era proprio anche l'idea di questo corpo che si stava perdendo, che stava perdendo la connessione vitale con se stesso per cui non tanto perché voleva morire veramente...ma come se fosse il destino...ma credo però non lo so.....sicuramente lì la decisione era un po' a senso unico perché c'era questo atteggiamento comportamentale quindi bisognava metterlo in protezione...possono essere rimaste le mie curiosità e i miei dubbi ma sicuramente quello che andava fatto era poi quello per cui non era fondamentale capire in quel momento la diagnosi perché sapevo che l'importante era convincerlo del ricovero (PZ, psichiatra, uomo)

Le accezioni di cultura adottate dai professionisti si allargano e restringono, in una fisarmonica di significati, in cui, da una parte, vengono riconosciute a ciascuna realtà familiare o individuale le proprie logiche, declinate secondo differenti gradi di cognizione - che tuttavia il terapeuta non può ignorare, pena la decontestualizzazione di azioni, intenzioni, sofferenze; dall'altra, la cultura diviene ostacolo e la presa in carico può essere resa possibile solo se l'altro assimila la *mia* cultura.

Ma a me vien da dire la complicazione rispetto al paziente straniero non è tanto...si è forse più linguistica e di comprendere i meccanismi del nucleo familiare perché poi ci sono dei nuclei familiari che si comportano comunque in maniera atipica rispetto alla cultura di appartenenza quindi forse è un lavoro molto più simile a quello che si fa qui, lingua a parte, non c'è molta differenza rispetto alle famiglie o alle situazioni "nostrane" (PT, psichiatra, donna)

Le categorie diagnostiche così come le abbiamo imparate non le possiamo applicare in maniera acritica insomma su quella manifestazione che è molto soggettiva, molto particolare di una persona che proveniente da un Paese ... tanto più tempo sono qui in Italia tanto più assimilano la cultura dell'Italia, tanto più è da poco tempo che sono qui bisogna stare attenti all'origine di questi pazienti e alle caratteristiche del loro paese di provenienza, della condizione delle loro relazioni affettive, della loro storia nel paese di provenienza ... (PD, psichiatra, donna)

Nel senso che la tensione e la capacità di ascolto, la possibilità di cogliere i differenti modi ... il modo che ho di leggere queste difficoltà si sia molto molto avvalsi delle esperienze che ho avuto nel senso che le esperienze che ho avuto mi hanno permesso di farmi degli interrogativi no? Di incominciare a chiedere questa persona chi è, da dove viene, che cosa è successo ... questo per qualsiasi paziente ovviamente ... a maggior ragione per un paziente che poi sostanzialmente come caratteristica essenziale ha: a. una rete sociale probabilmente più fragile, comunque diversa ... b.

una cultura e un linguaggio diverso ma... Non ha sensi diversi rispetto alla sua esistenza, rispetto alla sua creaturalità, al suo essere qui con me adesso ... (PF, psichiatra, uomo)

### **Altri modi della cura**

Alcuni intervistati mostrano un interesse specifico e personale per l'alterità della cura; tale interesse si struttura secondo alcune dimensioni di significato e pratiche di incontro, che saranno di seguito presentate.

*Fondamento della fiducia.* Far sapere “che noi sappiamo alcune cose”, che crediamo a quei racconti – fatti di visibile e invisibile – diviene fondamento per lo stabilirsi di una relazione di fiducia, preludio di un accadimento significato e significativo. Parlare altre lingue – della cura – consente di accedere al mondo dell'altro, ribaltando la prospettiva dell'incontro. Al contrario, minimizzare contenuti e sofferenze, *perverte* il rapporto con il paziente, immettendovi un terzo, il dubbio, che priva di credibilità l'altro ed il suo esistere, l'altro ed il suo trauma, l'altro e la sua migrazione.

Diciamo che quello che si riesce a fare onestamente è quello di far sapere che noi sappiamo alcune cose ... per cui quella volta che io ho risposto “Chi ti ha dato l'ordine di buttarti fuori dall'autoambulanza?” perché sembrava fosse un incidente ... ha obbedito a qualcuno? E lei mi fa: tu come fai a sapere queste cose? Veramente per loro la medicina occidentale e la loro idea di malattia funzionano su due piani completamente differenti. Tollerano i nostri sistemi però non funzionano. (PDM, psicologo)

Allora comincia a raccontarmi ... comincia a raccontarmi che questo suo malessere dipende dal fatto che il proprietario della casa... ah no! Lei ha un certo punto resta sorpresa ... prima le dico chi li manda, poi le dico da dove vengono ... al che le dice: da Como! Un luogo molto preciso... Da Como... E cosa c'è a Como? Come avevano abitato degli anni ... poi devi sapere che il problema è sempre lo stesso sia per noi che per loro... che queste cose nascono rispetto dei conflitti, sono diversi modi per

risolvere un conflitto... Noi pensiamo in certo modo di risolverli, invociamo una molto cosa più estranea degli spiriti ... che è l'inconscio ... loro invece hanno gli spiriti che intervengono ... non c'è molta ... alla fin fine la differenza qual è ... (ride) ... (PDM, psicologo)

Questa tra virgolette mediatrice...mediatrice culturale... alla quale per altro l'errore più grosso che feci...non gli chiesi il numero di telefono, mi fece dare il numero di telefono, ma non chiesi il numero di telefono e le dissi allora facciamo in questo modo. Lei domani mattina viene qua, Le dissi oggi vai a casa, domani mattina torna qua, perché praticamente era denutrita, era del Majabi...(?), questa sera torni a casa, domani mattina con calma vieni a fare il prelievo, ti facciamo un colloquio, come è andata la notte, vediamo come è andata a casa, comunque non ho sentito di gente che si è buttata dalla finestra, perciò almeno sopravvissuta è...però sì, sì guardi. (PR, psichiatra, donna)

*Analisi della domanda.* La fiducia si muove parallelamente ad un'attenta analisi della domanda. Quali sono i bisogni *del* paziente – e non quelli che *pensiamo possano essere?* Di cosa egli si fa portatore quando accede ad un servizio? Tali interrogativi consentono di sollecitare la ricerca di una *soluzione* vicina alla realtà della persona, istituendo un dispositivo di cura – termine caro all'etnopsicologia – affrontando, in primo luogo, il tema del disagio di essere qui.

Allora ho convocato qui la signora e il marito e abbiamo affrontato il tema del suo disagio di essere qui ... ah! Poi non parlava ovviamente italiano e neanche una lingua occidentale ... (PDM, psicologo)

Sì, sì, sì ... allora ho messo in piedi un dispositivo di questo genere in cui accusavo il marito di aver promesso delle cose che non riusciva a mantenere alla moglie ... gli ho chiesto: adesso ti dico delle cose che non ti piaceranno però le devi dire anche se non sei d'accordo, le devi tradurre nella lingua tua ... allora gli ho detto che mi sono identificato in lei dicendo che questa signora è venuta qua convinta che l'Occidente sia un posto dove si sta molto bene , in realtà si sta molto male, dove si



sta molto soli, dove fa molto freddo ... e che così come stanno le cose non ci sono soluzioni e che almeno per i primi due anni di vita questa bimba è meglio che torni a casa ... questo è rimasto (ride) così ... molto scosso da questa cosa e gli ho detto ne parliamo tra tre giorni però vengo io a casa vostra e così ho fatto ... allora sono andato a vedere: gli spiriti erano spariti, uscita dallo studio quella è andata a mangiarsi un gelato, ha ripreso a dare da mangiare alla bimba e la cosa molto buffa è stata che quando sono arrivato nel gruppo di gente di colore il signore, il marito della signora mi ha presentato come "il dottore che parla tutte le lingue" (PDM, psicologo)

*Inventare una terza strada.* Analizzare una domanda che non sta mai in un luogo solo, ma si colloca al tempo stesso qui e altrove, nel corpo e nel non-corpo, nella terra natale e in quella che ospita, richiede di "stare a cavallo, stare a ponte", a volte di inventarsi una terza strada. Un lavoro, dunque, che richiede di persistere nell'ambiguità della conoscenza, nella incertezza della relazione, proprio come la fenomenologia tematizza. Nello stare a ponte, intervengono talvolta oggetti, direi quasi *transizionali*, che veicolano significati al limite tra lo psichico ed il somatico e che rendono possibili forme delle cure non significabili altrimenti.

I nostri pazienti stranieri se volessero un rituale di possessione non verrebbero da noi ... andrebbero dal loro terapeuta ... non hanno bisogno di noi ... vogliono altro ... non so bene cosa ... non so bene neanche io che cosa possa proporle però bisogna stare a ponte e nello stesso modo di mentire sapendo di mentire che si usa quando si ha a che fare con un'altra cultura io devo usarlo anche quando ho a che fare con la cultura occidentale ...  
(...)

Il P. non ha queste oscillazione così repentine ... lei era bloccata e lui piano piano la scioglieva ... con questi massaggi molto energici in cui le faceva male anche ma lei ne era contenta perché era come se la sbloccasse .. le tirava le braccia ... poi le massaggiava ... poi le tirava le gambe e lei si riprendeva ... ho chiesto se potesse farlo anche il marito ... questo signore è un omone ... molto grosso, molto rassicurante come figura ... lei è una donna

di mezza età che è stata bella ma che lei stessa ti dice sono sfiorita per la malattia ... il marito è un omino bianco, piccolino ... ho dimenticato di dirti che è un marito italiano ... molto, molto semplice ... molto, molto, molto, molto ... e io ho detto quando non c'è lui li fai fare a tuo marito questi massaggi e lei mi ha detto quando me li fa mio marito non mi passano ... perché lui non è abbastanza forte ...

(...)

i nostri pazienti stranieri se volessero un rituale di possessione non verrebbero da noi ... andrebbero dal loro terapeuta ... non hanno bisogno di noi ... vogliono altro ... non so bene cosa ... non so bene neanche io che cosa possa proporle però bisogna stare a ponte e nello stesso modo di mentire sapendo di mentire che si usa quando si ha a che fare con un'altra cultura io devo usarlo anche quando ho a che fare con la cultura occidentale ... cioè io devo usare delle diagnosi pass partout per far entrare una persona in un servizio ... la diagnosi così come serve al paziente serve anche al contesto di riferimento se non è un contesto con cui condividi la base epistemologica ... proprio una cosa molto molto basilare ... ecco. Questo per dire che molti presentano dei sintomi a ponte ormai. (PF2, psichiatra, donna)

L'analisi della domanda sollecita il racconto di esperienze e pratiche vissute altrove, in terre lontane in cui il supposto riconoscimento del bisogno dell'altro talvolta assume le sembianze mascherate di una pratica coloniale. Un esempio di mancata analisi della domanda, che non tenga conto delle realtà e delle storie locali viene così narrato da uno degli intervistati.

P: Per esempio, Intervento fatto in Africa di tutt'altro livello fatto presso una struttura ortopedica ...si era messa come intermediaria una suora che era lì, italiana ... qui c'è uno psicologo italiano, lo facciamo lavorare con persone protesizzate quindi con persone senza gamba con la protesi che avevano subito questo trauma.. allora io sono arrivato in questo posto disperso dell'Angola nel novembre scorso, una settimana dopo che era arrivata la psichiatra. Di fatto il lavoro

principale era mantenere attivo un ambulatorio psichiatrico per questa associazione di Vicenza...

(...)

Intervento fatto in Africa di tutt'altro livello fatto presso una struttura ortopedica ...si era messa come intermediaria una suora che era lì, italiana ... qui c'è uno psicologo italiano, lo facciamo lavorare con persone protesizzate quindi con persone senza gamba con la protesi che avevano subito questo trauma... allora io sono arrivato in questo posto disperso dell'Angola nel novembre scorso, una settimana dopo che era arrivata la psichiatra. Di fatto il lavoro principale era mantenere attivo un ambulatorio psichiatrico per questa associazione di Vicenza... allora io arrivo c'era questo lavoro che mi aspettava natura prettamente psicologica. Allora, un giorno la psichiatra mi dice andiamo a parlare con il responsabile amministrativo così decidiamo come fare questo gruppo ... strada facendo chiedo una serie di cose a questa psichiatra e nessuna aveva fatto un vero lavoro di esplorazione, se ci fosse una vera domanda. Punto uno. Punto Due: per come stavano per configurarsi le cose si stava per poi passare completamente la funzione degli operatori del posto. Per cui tu facevi passare una idea che probabilmente là c'è ma sbagliata ma che la rinforza ancora di più molto narcisistica per gli operatori tutto dannosa per chi la subisce ... cioè che arrivi tu e risolvi tutti i problemi ...

I: sembra una pratica coloniale ...

P: certo ma questo è molto presente eh!! Allora a quel punto mi sono reso conto che le cose non erano per nulla chiare e ho chiesto a questo responsabile amministrativo della struttura E alla psichiatrica... guardate che le cose non mi sembrano chiare finì io chiedo che prima di vedere i pazienti si faccia incontro con l'intermediario che è la suora, con me, con il responsabile amministrativo e con il direttore sanitario della struttura ... prevedendo già fin da ora un passaggio con gli operatori sanitari. Questo vuol dire fare analisi della domanda ... cioè tu ti fermi e ti dici da che parte mi muovo e perché ... questo ha provocato una serie di reazioni abbastanza programmate da parte della psichiatra che si è sentita in qualche modo scalzata ... pazienza! Non è che perché la psichiatra soffre allora devi fare le cose sbagliate ... per cui abbiamo fatto questo incontro il giorno dopo con i

responsabili , il giorno successivo con i operatori ... parlando con gli operatori chiedendo un po' le loro difficoltà nella gestione dei pazienti non lamentavano affatto delle difficoltà ... a quel punto chiedo di vedere tutti i pazienti individualmente in un giorno solo tra la mattina e il pomeriggio e traggo al conclusione che non avevano nessun bisogno di fare questo tipo di lavoro ... perché il tipo di situazione che questi vivevano era soggettivamente percepita come una fortuna non come una disgrazia ... (PDM, psicologo)

Le pratiche *altrove* – fantasticate o reali – stimolano pratiche *qui*, nei *nostri* servizi, che si collocano in un *frangere* fatto di sovrapposizioni, mescolanze, incroci: la psichiatria occidentale incontra e si affianca alle cure tradizionali, al limite tra magia e fiducia incondizionata, per incontrare un altro, cui viene riconosciuta la capacità di agire sulla propria sofferenza.

Divenire consapevoli dei limiti – riguardo alla possibilità di conoscere l'altro, rispetto alle nostre modalità della cura per mondi altri – apre alla possibilità di dialogare con terre lontane, con guaritori locali e a rendere concepibile l'idea di un ritorno in patria per guarire – perché quelle modalità si rivelano decisamente più efficaci. L'etnocentrismo, senza dileguarsi mai del tutto, può criticizzarsi – qui il riferimento esplicito a De Martino – e divenire cosciente quando ad esempio si afferma: “La medicina locale non risolve *dal nostro punto di vista*, ma consente di accogliere contenuti altrimenti non comprensibili”; o ancora quando la domanda “E se lo facessimo parlare con un prete?” viene immediatamente sostituita da “chiamiamo figure di questo genere”, chiamiamo curatori migranti presenti in Italia.

Una ghanese che anni fa aveva avuto un ricovero da noi qua, acuto. Stava molto male, credo che abbandonata dal marito avesse tentato il suicidio insomma... con due figli piccoli. Stava molto male... e poi effettivamente il marito è riuscito a riprendersi dal ... e lei è rimasta qui sola. Da allora poi l'abbiamo seguita noi. È riuscita ad avere dei documenti, diciamo inserita e seguita un po' dai servizi. Mi è venuta in mente perché quest'anno è riuscita a guadagnare qualcosa e a

tornare in Africa, dopo che per qualche anno ha continuato a dire che i vari malesseri che aveva, a proposito di psicosomatica, per es. per quanto riguarda il problema più grosso aveva dei tic per es. o dei movimenti strani della bocca, della lingua ecc. Lei dava la colpa a una persona che la causava questo, come se fosse in qualche modo teleguidata...questa persona non riusciva mai a identificarla bene... finché è riuscita a dire che era una persona africana senza nome e cognome, ma probabilmente uno spirito. Per cui, siamo riusciti diciamo a favorire questo ritorno in Africa, eravamo convinti che non tornasse più, in realtà dopo due mesi in Africa è tornata. Sta molto meglio nel senso che ci ha detto che ha incontrato questa persona, non sappiamo se poi incontrata sul serio o cosa. Almeno quel disturbo è sparito...assolutamente. Ve ne sono altri che aveva prima... abbiamo potuto vedere che non c'era assolutamente. Cosa che io per anni avevo cercato di ridurre. Avevo tentato anche di telefonare in Africa, di farla parlare con qualcuno che la mettesse in contatto con... ma lei non aveva mai voluto, perché utilizzava anche questo sintomo per essere sicura di non tornare in Africa e avere qui l'assistenza. Aveva paura quasi che la mandassimo là. Poi ha maturato proprio invece l'idea sua di farlo. È riuscita anche a tornare. Quindi questa è interessante perché finché eravamo noi che volevamo guidarla o comunque ottenere qualcosa che interessava a noi, lei non collaborava assolutamente. Nel momento in cui probabilmente è migliorato anche perché è stata curata anche farmacologicamente, ha maturato l'idea che tornando in Africa probabilmente poteva rivedere i parenti e comunque poteva mettersi in contatto con queste figure, che non ho mai capito di cosa si tratti, lei parla di quella persona, per libera scelta se ci è riuscita è stato tutto merito suo (PZ, psichiatra, uomo)

Allora mi è venuto un po' la pensata perso per perso ci provo. Allora io ho convocato i familiari che...i suoi familiari, quelli che erano qua, con lui presente e ho chiesto se loro avevano ancora contatti con il paese di origine. Loro, lui in particolare non era qua da molto. Sarà un anno e mezzo che si era spostato... e ho chiesto se avevano contatti appunto con ancora con qualcuno del loro

paese di origine, e loro mi han detto di sì ed erano un po' sul chi va là.

Io ho capito che non sapevano bene dove volessi andare a parare e allora io ho detto chiaramente ma voi avete un guaritore nel vostro villaggio, nel vostro paese dove abitate? E...e loro si sono proprio illuminati. E mi hanno detto sì, che nel loro villaggio c'era un guaritore, che loro avevano dei parenti al villaggio, che noi continuiamo con le nostre cure di medicina ufficiale, però voi se avete modo di mettervi in contatto con i vostri parenti giù, provate a chiedere al guaritore al vostro guaritore se può fare qualcosa per questa persona... (PV, psichiatra, donna)

Proprio per la difficoltà che ho provato anche io a entrare in empatia con questa persona, a decodificare la sofferenza di questa persona è legato a un migrante, quindi non uno stanziale, ma un migrante in Italia da poco meno di un anno che era venuto all'osservazione per un iniziale deperimento organico, indagato dal punto di vista organico senza riscontri esaustivi rispetto a questo deperimento , quindi si è iniziato a sospettare aspetti depressivi che sicuramente c'erano, legati faccia conto alla astenia, alla poca voglia di alimentarsi, alla poca voglia di socializzare finché cercando di esplorare sempre di più è venuto fuori che questa persona riteneva che la matrigna, una seconda terza moglie del padre nel Paese di origine che mi pare fosse il Gambia aveva operato una sorta di sortilegio ai suoi danni e che quindi in qualche maniera il paziente riteneva che la risoluzione del suo stato di salute potesse avvenire solo all'origine e quindi che non potevamo più di tanto ... e quindi che mi dicesse: lei mi offre la medicina tradizionale ma lei non sa, non capisce che il mio problema ha altre origini e quindi più di tanto non si può operare. Tanto è vero che poi parlando con gli operatori di questa associazione che seguono il paziente, anche loro hanno scoperto con me questa cosa perché questo ragazzo non è che avesse, non è che si fosse affidato a loro rispetto a questi pensieri ... avevano ... siamo riusciti a capire che secondo lui c'erano dei ... noi li chiameremmo stregoni ... c'era un termine preciso che ora mi sfugge (PC, psichiatra, donna)

Ma l'ambiguità dell'incontro non sempre rende tollerabile *anche* l'ambiguità delle pratiche. Un atteggiamento *inconsapevolmente* etnocentrato, talvolta dissimulato dietro buoni propositi, riecheggia nelle parole di chi prova ad occidentalizzare le pratiche dell'altro o, ancora, prova a “spiegare” la patologia, quella vera, quella giusta, dell'Occidente. Decontestualizzare i modelli della cura significa anche, in un nome di un paternalistico “io so cosa è meglio per te”, proporre un lavoro sulle *autonomie* – di chi? Perché? Per cosa?

L'atrocità delle storie dell'altro è, alle volte, così insopportabile da *obbligare* a ironie truci o a dubbi insolubili (“devi raccontare tutta la verità al dottore”).

Perché intanto i figli non hanno capito che cosa ha I. per cui nella loro cultura è ... loro me l'hanno spiegata così però non è in assetto rispetto alla nostra ... la vergogna dei fratelli non è lo stigma nostro del fratello che dice mio fratello è malato ... loro hanno una forma di rispetto per il fratello maggiore ... per cui non è la vergogna, non è la paura ma è il non ti tocco finché non stai meglio ... perché sei il maggiore maschio ... quindi non si interessano però lo escludono e qui è stato un nuovo intreccio interessante dove io ho di nuovo anche lì fatto colloqui lunghissimi con loro dove io apprezzo di vedere la struttura familiare e del dare loro una mano, quindi la aiuto, la sinergia ... cosa che a loro è piaciuta moltissimo ma in termini di conoscenza non di applicabilità ... erano molto curiosi di vedere che cosa è questa cosa qua ... boh. (...)

Succede come dinamica che io spiego a fatica che sono qui per capire, per conoscerli ... spiego come noi curiamo rispetto a questa patologia che loro sanno avere I. e la mamma mi incomincia a raccontare che va tutto bene, va tutto benissimo ... a parte il figlio che ha questi pensieri che lei chiama Tourbillon ... che è bellissimo ... per questo mi è rimasto impresso ... ma proprio bello ...

Ma non c'era nessuna struttura di pensiero ... (...)

ad un certo punto questo signore che alza la mano per parlare mi dice che non è vero che le cose vanno così bene perché intanto i figli non hanno capito che cosa ha I. per cui nella loro cultura è ... loro me l'hanno spiegata così però non è in assetto

rispetto alla nostra ... la vergogna dei fratelli non è lo stigma nostro del fratello che dice mio fratello è malato ... loro hanno una forma di rispetto per il fratello maggiore ... per cui non è la vergogna, non è la paura ma è il non ti tocco finché non stai meglio ... perché sei il maggiore maschio ... quindi non si interessano però lo escludono e qui è stato un nuovo intreccio interessante dove io ho di nuovo anche lì fatto colloqui lunghissimi con loro dove io apprezzo di vedere la struttura familiare e del dare loro una mano, quindi la aiuto, la sinergia ... cosa che a loro è piaciuta moltissimo ma in termini di conoscenza non di applicabilità ... erano molto curiosi di vedere che cosa è questa cosa qua ... boh. (PM, psicologa)

Qualche collega probabilmente è più reticente a dare qualcosa in più agli stranieri...nel senso che probabilmente non lo so, questa è una mia sensazione... però qualche collega più vecchio che ha un po' più di esperienza sono poco motivati a fare un progetto terapeutico per uno straniero, forte, che comprende anche una comunità terapeutica, un supporto degli infermieri nostri, un supporto al csm (Toffanin, psichiatra, uomo) avrà avuto quarant'anni, quindi non era una (ride) ... ma no! Scherza! Nel mio Paese le donne con le mestruazioni non possono entrare in Chiesa perché sono infette ... quindi idee che c'erano nel Medioevo che non credevo ci fossero più in Paesi dell'Europa ... voglio dire stiamo parlando della ... non stiamo parlando della Libia o di un Paese Africano della tribù di primitivi no? (Ride), dell'Africa nera ... stiamo parlando dei Paesi della Ex Jugoslavia, quindi nostri confinanti, nostri vicini ... beh insomma da là ho capito che tutto il mio lavoro per cercare anche di lavorare sulla autonomia, sulla indipendenza della signora dalla figura del marito diventava molto ardua perché se ci sono questi presupposti come lavoro? Mi sono accorta che io sul momento ho avuto una reazione quasi di rabbia nei confronti di questa donna ... ma per dirle: ma svegliati!! Ma che cavolo mi stai dicendo!! E poi mi sono resa conto che lei quasi si è offesa e mi guardava stranita ... ho detto: sono io che devo fare marcia indietro perché qua sono entrata in un territorio diverso no? (PDA, psicologa)

Ed effettivamente questo anche corrisponde nella



letteratura riporta dei quadri depressivi soprattutto di aree come il Maghreb nel senso che molto frequentemente si riscontrano disturbi del pensiero , disturbi deliranti, somatizzazioni a raffica ... soprattutto in alcuni distretti corporei ... cefalea, mal di testa ... per cui questa è stata un po' l'impostazione nosografica scelta ... noi ci basiamo sull'ICD e l'ICD -9 e adesso l'ICD-10, tutto sommato al di là degli aspetti rigidi dei sistemi nosografici c'è anche la possibilità di muoversi in modo flessibile ... (PG, psichiatra, uomo)

### **Il contesto grupppale di lavoro**

Il lavoro in equipe (più o meno allargate, più o meno assidue negli incontri) rappresenta una grande risorsa per i professionisti. Diviene luogo di confronto, sollievo, scambio. In merito alle questioni emerse con i pazienti stranieri, si evidenziano a livello grupppale le medesime problematiche emerse a livello del singolo: linguistiche, di aggancio, di gestione del farmaco, di relazione, di continuità della cura.

Di solito, “si parla dei pazienti stranieri in equipe solo se creano problemi” o se si necessita di una supervisione, che aiuti ad affrontare situazioni complesse.

Il contesto grupppale diviene, tuttavia, anche luogo e spazio in cui si alimentano e si accendono pre-giudizi (gli stranieri “sono furbetti”, perché sono solo in cerca di ritorni secondari) e razzismi, come nel caso dei pazienti Rom verso i quali l'atteggiamento xenofobico e di diffidenza modifica sostanzialmente la presa in carico.

Abbiamo una riunione ogni mattina, una breve riunione ogni mattina di tutti i medici e la caposala ...

I: ci sono psicologi?

P: sì, sì ...e queste riunioni della mattina è fatta proprio per gli aspetti organizzativi nel senso che ogni mattina si organizza il lavoro, gli ospiti, quanti sono in reparto, quali domiciliari ci sono da fare ... diventa sempre un momento di confronto o

di sfogo ... verso un caso pesante ... anche molto un momento di sdrammatizzazione secondo me ... si fanno le battute ... si diventa un po' leggeri ... poi abbiamo ogni mercoledì una equipe ... a mercoledì alterni ... un mercoledì è fatta da medici e psicologi ... discutiamo di solito dei casi che abbiamo in comune con gli psicologi o dei gruppi eccetera ... e l'altra mercoledì è l'equipe allargata quindi educatori, psicologi, infermieri, assistenti sociali ... tutti. Lì però si parla dei casi territoriali complessi... (PF, psichiatra, donna)

Noi abbiamo due tappe nella settimana che sono una riunione di equipe e siamo noi medici, psicologi, infermieri ... l'assistente sociale ... l'educatrice ... tutti gli infermieri del centro diurno, la responsabile ... tutto e la primaria ... e lì ... si parla sia di aspetti organizzativi che di questioni cliniche dove se ci sono questioni legate agli immigranti se ne parla ... sono molto marginali ... io ti posso dire che come casistica ho questa ma sono molte famiglie adottive ... gli psichiatri avranno cinque o sei casi sai ... sei sette ... una decina ... quindi ecco ... succede spesso che ne parliamo ma nei termini di creare l'alleanza di lavoro ... perché gli indiani hanno un certo tipo, i cinesi stanno arrivando e non ce li aspettavamo ... gli africani, gli afgani ... le donne che ti arrivano ... c'è anche un aspetto lì ... chi porta dove ... gli psichiatri sono ingaggiati nell'agganciare il paziente quindi ci si confronta ... (PM, psicologa)

I: capita che si parli di lavoro con paz. Stranieri?  
P: no, solo se i pazienti stranieri creano problemi... (PR, psichiatra, donna)

In genere non sono, non arriviamo a dire cose particolarmente sostanziose. Perché in genere appunto vengono esplicitate da parte dei colleghi le solite difficoltà...o legate alla barriera linguistica, o legate al fatto appunto che i pazienti molti vengono, ci trattano a mo' di PS, ecco e poi ci mollano e dopo ritornano...che stanno male dopo un anno, dopo un tot di tempo. (PV, psichiatra, donna)

In passato sia qui che a Marghera ci sono dei forti nuclei di nomadi che non sono migranti, sono cittadini italiani ma addentellati con persone che

provengono da fuori e che hanno però uno stile di vita , un senso della proprietà, una maniera di gestire le loro contraddizioni stranissimo per noi ... lì sono i migranti italiani che danno più problemi ... la signora ... quello che noi vediamo come disturbo borderline lì sembra una epidemia ... ce l'hanno tutti ... sono italiani ma derivano ma derivano da immigrati nomadi, sono famiglie nomadi rom e sinti .. Che sono italiani da generazioni ma continuano a essere ... e hanno la casa del Comune ... per cui non sono neanche nomadi nel senso così ... però insomma ... se hanno un problema e tagliarsi tutte le braccia e non parlo del ragazzino ... ma della signora di 50 anni ... no, dottore ieri invece di farmi sette iniezioni di insulina me ne sono fatte 70 ... ma non sono morta!! E dico no sei fortunata!! Quello che noi vediamo dello studiatissimo disturbo borderline di personalità lì sembra una epidemia e lì abbiamo sicuramente una diffidenza da parte del nostro personale insomma ...I: quindi accedono ai servizi ...

P: sì, ma ... i servizi non sono tanto accoglienti nei loro confronti ...perché sono ladri, perché hanno questa etichetta ...

I: dunque c'è un elemento pregiudiziale

P: però se tu prendi in carico una persona non ti interessano i suoi percorsi giudiziari ... primo ... secondo devi comunque avvicinarli ... poi se vedi le persone con questo pregiudizio perdi un sacco di aspetti importanti ...

I: diventa quasi impossibile lavorare

P: no no poi si lavora ... e si smussano anche i pregiudizi ...

I: però magari smettono di accedere in futuro. (PM, psichiatra)

### **“Delirio dei Djinn”: cultura vs patologia**

La dicotomia cultura/patologia, cui si era già accennato in precedenza, presente nei discorsi e nelle pratiche, riproduce senza sosta il rischio di culturalizzare il disturbo psicopatologico o, al contrario, medicalizzare il tratto culturale. Il comportamento e la sofferenza dell'altro, quando non riescono a trovare adeguata collocazione, vengono dislocati o entro una dimensione culturale o entro dimensione psicopatologica, in un processo di totale deprivazione e reificazione dell'altro e degli

estremi entro cui viene inserito. Una dicotomia che sembra riprodurre, in forma *esotica*, proprio la medesima contrapposizione intercorrente tra normalità e patologia: la sofferenza non potrà dirsi assolutamente altro se non quella particolare espressione della malattia, se non quella particolare espressione della cultura. Quando la risoluzione entro l'uno o l'altro degli estremi si fa dubbiosa o impossibile, si finisce con il coniare nuovi termini, nuove ibridazioni che possano tenere insieme entrambe le parti di questa avventata opposizione e che liberano dal pericolo di abbandonare le proprie certezze interpretative – quelle derivate dalle categorie nosografiche della psichiatria, quelle derivate dalla conoscenza di una cultura. Un esempio di tale ibridazione è rappresentato dal tentativo di coniugare in una espressione inequivocabile – il delirio dei Djinn – una etichetta diagnostica (delirio) con un elemento *appreso* dalla cultura dell'Altro, con il risultato di generare un vero e proprio ossimoro epistemologico – come possono il delirio e gli spiriti convivere pacificamente in una medesima diagnosi?

La psicologa mi ha detto che fa molta fatica ad aprirsi ... ma questo non penso per un aspetto culturale legato agli stranieri e così via ... pensa per qualche aspetto psicopatologico ... per cui ... (PM, psichiatra, uomo)

Confermati più che altro dalla famiglia che voglio dire appartiene allo stesso genere culturale quindi...evidentemente se anche loro ci vedono qualcosa di strano...dato che ci sono altre situazioni in cui i familiari dicono "beh ma è normale così...da noi funziona così..." (PV, psichiatra, donna)

Questo è importante perché andiamo da un grave disturbo dell'umore ad aspetti più sul versante psicotico. La corrispondenza emotiva dovrebbe aiutarci a distinguere queste due grosse categorie. Questa paziente è un po' ambivalente e differente... Ci siamo confrontati...siamo su diagnosi differenti...non che cambi molto...rispetto agli obiettivi e al trattamento... (PS, psichiatra, uomo)

Allora noi i segni li possiamo obiettivare e quindi in una visita o in un po' più di visite abbiamo un

quadro preciso della situazione ma invece quello che riguarda la sfera psichica non è così obiettivabile per cui è necessario anche un percorso che riguarda il paziente e il terapeuta, in cui il terapeuta si avvicina sempre più al mondo psichico ... tanto più difficoltoso quanto meno il paziente esprime qualcosa ... (PC, psichiatra, donna)

Peraltro c'è da affrontare una piccola cosetta ... spesso in queste cooperative chi lavora? ... che non è detto che gli psicologi per forza devono essere gli operatori che si occupano di questa situazione ... perché gli psicologi possono tendere a psicologicizzare, a leggere in maniera psicologica certe situazioni che forse a volte vanno lette con un respiro un po' diverso ... (PF, psichiatra, donna)

L'elemento culturale, dunque, si inserisce a pieno titolo nelle modalità espressive della malattia: “nella crisi psicotica c'è una componente etnica”, “aspetto patoplastico varia a seconda della cultura”, “la cultura entra nel delirio”, “se la famiglia non approva allora più dirsi psicopatologia”.

### **Basarsi sull'angoscia**

Discutere della categorizzazione diagnostica e della sua matrice culturale, non comporta una negazione della sofferenza psichica. Pertanto, in alcuni casi, l'impossibilità di risolvere la dicotomia cultura/patologica richiede il ricorso ad un criterio differente per “riconoscere” il dolore dell'altro. Si tratta di una modalità che precede in qualche modo la contestualizzazione del sintomo – peraltro sempre perseguibile – e si colloca sul piano del vissuto: l'angoscia del paziente diviene il criterio per la cura. Il vissuto dell'altro, che si fa dentro e dinanzi a me scacco della comunicazione, guida l'incontro, guida la terapia (psicologica e farmacologica), richiamandosi al *sensu di schizofrenicità*, concetto caro alla psicopatologia fenomenologica, ovvero allo scadimento della dimensione intersoggettiva che si sperimenta dinanzi al paziente psicotico e che consente di riconoscere la follia, prima ancora di poterla nominare.

In questa direzione, si collocano i contributi di coloro – psicologi e psichiatri - che riconosco nella follia, nella psicosi, nella schizofrenia, una dimensione dell'universale, un vissuto di angoscia e di sofferenza che eccede qualunque cultura e “non crea dubbi”.

In quel caso quello su cui mi baso più di tutto è l'angoscia che una persona sente...quindi non mi interessa molto che sparisca il delirio o l'allucinazione o quello che per me è il tipo di sintomo...mi interessa che non sia angosciata e che non sia bloccata completamente nel funzionamento quotidiano...per cui faccio leva più che altro su quello...anche perché poi è quello che cercano cioè, al di là di tutto io non posso dire “guarda ti tolgo il demone” perché non lo potrei mai fare, ti posso dire “cerco di farti vivere tranquilla anche se c'è il demone” (...) questo vale per tutti in realtà, nel senso che io non ho un'esperienza di chissà quanti anni però una cosa che secondo me fa breccia praticamente su tutti sono gli aspetti di malessere che possono essere il senso di sentirsi angosciato, il senso di sentirsi in tensione, braccato, sempre in allarme, questa è una cosa trasversale a tantissimi disturbi e che lo si chiami psicosi, lo si chiami depressione, è una cosa che tutti sentono e su cui tutti non è che dicono “ah che bello stare così” quindi lì è una cosa su cui si riesce a fare un po' breccia (...)

Quello che siamo riusciti a strappargli è stato il fatto che con la terapia fosse più tranquillo, meno allarmato, meno angosciato e questo è forse un riscontro anche da parte sua. (PZ, psichiatra, uomo)

### **6. 5. 1.3 Piano dell'incontro**

Un ulteriore piano di analisi della valutazione diagnostica con il paziente straniero, riguarda le caratteristiche specifiche dell'incontro, inteso in senso fenomenologico. La prima dimensione emergente riguarda la configurazione dei ruoli medico – paziente, la quale assume in tale contesto un'accezione ulteriore poiché l'alterità dell'altro non è soltanto psicopatologica, ma anche culturale.

Non lo so... forse perché...dal punto di vista culturale il rapporto medico-paziente è diverso rispetto a quello che c'è in Italia...che scimmiotta un po' le americanate...come dico io... (PS, psichiatra, uomo)

Ecco, io questa cosa, non mi piace generalizzare, però l'ho riscontrata abbastanza spesso con persone provenienti dall'Africa subsahariana c'è una sorta di imbarazzo, quasi timidezza che rende difficile proprio la comunicazione, anche solo per esprimere cosa c'è che non va. (PZ, psichiatra, uomo)

A volte sono stupiti di non dover pagare, c'è chi vive in Italia da tempo per cui lo sa...può essere una cosa differente rispetto all'utente italiano che invece si aspetta che tu devi rispondere entro certi tempi...rispetto al paziente italiano che ultimamente è diventato molto rivendicativo...a volte a ragione a volte a torto cioè è cambiato il modo di vedere... (PZ, psichiatra, uomo)

La relazione medico-paziente è prima di tutto luogo in cui poter esercitare, in modo più o meno consapevole, più o meno finalizzato, una rapporto di potere, che assume nel caso del paziente straniero le sembianze di una lotta tra culture:

Il ruolo del medico: "chi guarisce è autorevole", la figura di chi guarisce e produce il risultato (farmaco vs psicoterapia). Arrivati in Italia, se questo (il medico) guarisce non c'è alcun problema. Loro sono molto più vicini alla concretezza della vita quotidiana. Prima vengono ripristinati e meglio è. (PP, psichiatra, uomo)

La mama copre tutto ... lei con questi foulard colorati, meravigliosa lei ... però come controtransfert mio non positivo ... Perché mi sembrava mi prendesse un po' in giro e provava una invidia per il fatto che il marito si fosse aperto con un'altra femmina ... questo io ho sentito ... tanto che non mi ha mai chiamato dottoressa, mi ha sempre dato del tu ... quindi già una vicinanza inadeguata, al di là della cultura ... non ti conosco, mi dai del tu? In virtù di che ... boh... la riconoscenza del marito era molto evidente ... meno la sua ... in tutto

questo turbeillon di colori e di parole. (PM, psicologa, donna)

In alcuni casi, un atteggiamento *consapevole* riconosce invece, in tale confronto, una relazione fatta di reciproca tolleranza e sopportazione:

Nel senso che...ci tolleriamo in qualche modo no? Nel senso che io faccio una parte e lui ne fa un'altra, io sono il medico che dà la terapia e che gli fa le sgridate quando si comporta male e che gli dice quello che deve fare e lui è quello che sopporta perché deve sopportare e che sempre ci proverà a vedere se riesce a svicolare e fare quello che gli pare...quindi siamo su questi due ruoli in questo momento...però lui è anche simpatico...nel senso...ti tira a volte fuori le sberle dalle mani però quando per esempio era scompensato in reparto e quando io ero di guardia mi cercava, cioè mi aveva individuata come anche il medico che prendeva le decisioni anche sul suo percorso futuro e quindi in qualche modo ci troviamo in questo ruolo che abbiamo. (PT, psichiatra, donna)

Una differente forma di riconoscimento riguarda invece le *assunzioni di ruolo*: ti riconosco, appunto, come paziente e come essere umano soltanto se *tu* mi riconosci nel mio ruolo di medico/psicologo. E le caratteristiche di questo riconoscimento – che può qui essere assunto nella sua duplice valenza di *essere riconosciuti* e di *dare un riconoscimento* – divengono fondamentali per la relazione di cura. Se non mi riconosci e se non mi sei riconoscente nel mio ruolo, mi sento autorizzato a sospettare, a dubitare di te e dei contenuti che porti, della tua sola presenza. Un esempio emblematico di tali considerazioni riguarda il racconto di una intervistata che in modo totalmente *non consapevole* da una parte denigra il vissuto di una madre africana, preoccupata per il figlio, scavalcata e accusata nel suo *ruolo materno*, che non negozia asimmetrie di ruolo - rifiuta ogni concezione di malattia occidentale - e si oppone ad ogni intervento, dall'altra descrive il padre e marito della donna come buonissimo e *rispettabilissimo*, poiché la ringrazia, la riconosce nel suo ruolo e incarna le sembianze del perfetto paziente, *silenzioso e ubbidiente*.



Tanto che non mi ha mai chiamato dottoressa, mi ha sempre dato del tu ... quindi già una vicinanza inadeguata, al di là della cultura ... non ti conosco, mi dai del tu? In virtù di che ... boh... la riconoscenza del marito era molto evidente ... meno la sua ... in tutto questo tourbillon di colori e di parole. (PM, psicologa)

Cioè il paziente migrante straniero diciamo, giusto per capirci, si è un paziente che viene visto con disponibilità, per cui vengono visti come i nostrani, ma però se lo capisci lo capisci, se no...questa è un po' la mia impressione...sono più lamentele di dire noooo ma guarda questo, è arrivato un anno fa, adesso poi è sparito, non abbiamo più avuto contatti...adesso si presenta perché sta male. È più in forma di lamentela che non di...(PV, psichiatra)

Altro versante della medesima questione riguarda la percezione di una subordinazione totale del paziente dinanzi al medico, in cui ciò che viene decontestualizzato è “il fidarsi ciecamente”, considerato e percepito come *dichiarazione di inferiorità* piuttosto che come richiesta di aiuto e di riconoscimento, da parte di chi, disperato, in una terra straniera, di cui non conosce le usanze, rivede nel medico una figura istituzionalizzata che possa prendersi carico del suo bisogno, del suo spaesamento.

Lui effettivamente è arrivato in ospedale con comportamenti, c'erano anche allucinazioni...c'era sicuramente una componente patologica... è stato importante... Non mi ricordo se era marocchino o egiziano... il tipo di cognome era egiziano...ma on sono sicuro...l'area era quello... avevamo contattato i parenti... c'era il dubbio... I parenti sono venuti... è venuta la madre e il fratello... si rendevano conto...ci hanno ringraziato, piuttosto che caricare uno di farmaci senza conoscerlo...si rendevano conto che non stava bene...lui ha le sue abitudini, fanno parte della nostra cultura... è il suo comportamento nella norma... ma quella era una situazione, una famiglia di un livello in cui potevi parlare, non avevano paura della psichiatria, dello stigma... è stata una buona collaborazione...insomma...costruttivo

fare il colloquio

(...)

Ricordo ora un paziente dell'aerea indiana... gli ho chiesto come stava...ho spiegato perché doveva prendere un farmaco...: no ma non serve che mi spieghi, tu sei il medico... non c'è bisogno che mi spieghi...veniva forse da un retaggio culturale povero, in cui il medico viene visto chissà come... come era anche qui una volta 50/60 anni...quando parlava il medico tutti ascoltavano...invece sbagliamo anche noi, non siamo migliori degli altri...siamo uguali a tutti gli altri...però c'era questo fattore culturale...difatti il detto lo ordina il medico...deriva da lì...ma in realtà dà dei consigli...(PG, psichiatra. Uomo)

### **Descrizione dell'alterità**

Il migrante, l'immigrato, l'extracomunitario – tutti termini interscambiabili nei dialoghi – è spesso descritto nei dialoghi degli intervistati come un estraneo che resta estraneo a se stesso e agli altri, invisibile perché troppo vicino eppure troppo minaccioso per potercisi avvicinare.

Il termine straniero, nelle parole degli intervistati, è utilizzato per indicare una persona “non italiana”, un soggetto “nato all'estero”; accezione, dunque, che non tiene conto della dimensione comunitaria o extracomunitaria di provenienza ma semplicemente si richiama ad una supposta lontananza fisica, culturale, linguistica identificabile in un essere “fuori dai miei confini”.

La descrizione che ne viene fornita è spesso approssimata, fumosa, vaga così come quella dei luoghi da cui proviene: intere nazioni si sovrappongono, si scambiano, perdono i propri limiti geografici. E mentre i confini dell'altro e dei suoi luoghi si perdono, la cultura estranea si reifica ed è vissuta come entità monolitica (Mantovani, 2008). I discorsi sull'altro producono e riproducono un distanziamento che ben si esprime nell'uso ripetuto dei pronomi “noi/loro” o degli “aggettivi” vicino/lontano. Una lontananza che si esprime già nel primo contatto: il cognome “straniero” preannuncia questo altro, mi illude di sapere già qualcosa di lui, anticipa i termini dell'incontro.

## **Altro è povero, Altro è arretrato**

L'altro è povero, l'altro è arretrato. Si gioca entro questi termini la descrizione dell'alterità di chi accede ai servizi e pone una domanda, a volte indecifrabile, sui bisogni della cura.

Il paziente straniero vive in condizioni di precarietà – lavorativa, affettiva, identitaria - e di marginalità - sociale, ambientale, abitativa.

Condizioni che si mescolano e convivono, secondo un non ben definito rapporto di causalità, con la sofferenza psichica ed esistenziale, con la nostalgia, con la fatica: “il migrante è povero e la povertà rende tutto più complicato”, “con gli extracomunitari è più difficile per le condizioni socio-economiche in cui vivono”. Dunque, la difficoltà di distinguere o coniugare entrambi gli aspetti rende il lavoro molto più complesso.

Io penso che non andrei mai in un paese straniero...mettendomi nei loro panni...mi stupisco che ci sono tanti sani...poi scappano da situazioni che sono terribili per cui si sentono già fortunati a essere in un posto dove non c'è la guerra... o essere sopravvissuto... credo che siano delle persone ad alto rischio...anche di spaesamento... a me colpisce tanto anche quando vedo le persone africane...di pelle scura... imbacuccate fuori dai super mercati...al freddo...mi domando ma non rimpiangono mai la loro africa, il caldo...trovo che sia una situazione straziante... Per carità, forse i nostri ragazzi oggi sono più propensi ad andare all'estero, però io a pensarci non lascerei mai la mia casa, io sono molto gatto...molto stanziale...viaggiare è diverso... Credo sia una fatica immane cambiare abitudini, persone...aver lasciato tutto indietro...mi sembra strano che non ci sia un ricorso maggiore ai servizi... (PM, psichiatra, donna)

Anche nel caso del Marocco era italiano ... la storia di quella del Marocco è andata alla fine benino perché è intervenuta in appoggio la sorella con la sua famiglia ... cioè sorella che è sposata con marito e due figli che le ha dato praticamente un appoggio dove lei potesse vivere ... perché senza casa andare a vivere ... Dove? In Italia, con un bimbo piccolo

... io credo sia difficile anche per un italiano eh ... se poi i soldi non ce li ha perché se in una società condizionata dall'economia quindi dall'averne dei mezzi finanziari ... condiziona ... se non hai neanche uno straccio di lavoro che ti possa garantire un minimo di affitto ... io la vedo dura ... sa? Trovarlo subito ... magari a portata ... perché è facile dire io sbatto la porta e me ne esco di casa ... però esco di casa con una bimba in braccio e dove vado ... vado alla Caritas, vado dalle suore di ... di Vittorio Veneto, la Mater Day ... (PP, psichiatra)

Secondo me la sofferenza dello straniero è più legata ad una situazione di emergenza, più spesso è una sofferenza che arriva in una situazione più avanzata che il cittadino italiano...la richiesta di aiuto è un po' meno chiara e c'è una minore continuità, io vedo più drop out...quindi c'è più questa idea della non continuità...anche noi abbiamo in testa che loro poi vengono di meno che non sappiamo bene dove stanno... (PZ, psichiatra, uomo)

La sua povertà diviene, talvolta, anche *motivo ultimo* della sua estraneità – non sei straniero, sei solo povero – non di quella umana, che si gioca su altri piani, consci e inconsci, ma certamente di quella sociale. L'immaginario collettivo alimenta una rappresentazione dello straniero indigente e illetterato, che adotta usanze e fa proprie credenze obsolete, arretrate o, al massimo, affascinanti. Pregiudizio che si scardina, generando stupore e incredulità, tutte le volte che accede al servizio uno straniero “laureato”, “benestante” o con un bagaglio esperienziale che valica ogni aspettativa.

Lo straniero non si integra – indossando abiti tradizionali, rifiutandosi di imparare la lingua, frequentando la comunità di connazionali. Integrazione – termine controverso e alquanto dibattuto – che, a giudicare dalle parole degli intervistati, si configura piuttosto come *dis-integrazione*, che ben si esprime in quelle situazioni in cui il trovarsi apolidi, senza una identità amministrativa, il non appartenere a nessun luogo e a nessuna storia priva di contenimento – tanto fisico, quando psichico – riduce a brandelli, in una dispersione senza frontiere che può condurre solo al suicidio.

Sicuramente c'era un aspetto d'isolamento di questa famiglia, di non integrazione ... adesso la scuola del figlio con il coinvolgimento progressivo della famiglia ha favorito una maggiore compliance anche del paziente stesso, ma anche una maggiore presa di coscienza della famiglia, ma anche una maggiore integrazione della famiglia ... (PD, psichiatra, donna)

Questo ragazzo che si è defenestrato, è stato raccolto e messo in macchina con dei traumatismi gravissimi dagli stessi familiari che non avevano nemmeno pensato di chiamare un'ambulanza ... per dire quanto erano estraniati rispetto ai circuiti ... forse non avevano neanche il medico di base quindi erano molto isolati ... rispetto a tutte le istituzioni, dal sostegno da parte dei servizi sanitari ... qui c'è stato un limite soprattutto da parte della famiglia che non ha saputo riconoscere questa sofferenza ... non l'ha voluta vedere, non sapeva nemmeno a chi rivolgersi ... come chiedere aiuto (PP, psichiatra, uomo)

quello che si poteva osservare anche erano una serie di convinzioni magiche sulla malattia ... e quindi diffidenza anche verso gli strumenti della psichiatria nei termini di farmaci o interventi psicologici ... difficilissimi anzi impossibili anche perché la signora nei tre anni si era sempre rifiutata di imparare l'italiano ... mentre i figli ... ecco questa è una cosa che troviamo spesso ... famiglie in cui il maschio più o meno parla italiano, la moglie chiusa in casa ma che si rifiuta sistematicamente di imparare la lingua ... ed è questo secondo un aspetto proprio di sentirsi a casa ... che per una donna con questo retroterra culturale appare molto difficile ... (PM, psichiatra, uomo)

Accanto al sistema di cura occidentale - tollerato ma non sempre considerato funzionante e del quale, come si diceva si fa un uso parziale – convivono le pratiche tradizionali, perpetrate nel Paese ospitante o nel Paese di origine, secondo fili invisibili e contatti incorporei. Credenze, rituali, “superstizioni” appaiono spesso obsoleti e arretrati, perché collocati in un mondo in cui il visibile e l'invisibile

convivono, entità “scientificamente non dimostrabili” possono influenzare il comportamento, il potere magico prevale sull'assunzione del farmaco e produce miglioramenti e guarigioni. L'impossibilità da parte del terapeuta di riconoscere e accettare l'esistenza di un mondo che eccede le proprie coordinate di comprensione contribuisce a generare una relazione fondata sulla mancanza di fiducia: il paziente *indisposto* verso la cura occidentale - semplicemente perché entro la sua realtà esiste un altro senso della cura – considera come insolite le richieste del terapeuta; quest'ultimo, finisce così con l'interpretare tratti di sospettosità come tratti culturali – accade ad esempio dinanzi all'*incapacità* del paziente di rispondere ai test di personalità. La lettura, *tristemente coloniale*, di una tale considerazione ci propone l'immagine di un professionista che richiede, da parte del paziente, un'accettazione acritica delle pratiche di diagnosi e cura proposte, anche laddove non vi sia condivisione alcuna – o perlomeno significata - di intenti o epistemologie.

Quasi tutti mi riportano spesso aspetti di sospettosità nei confronti di parenti, amici ... non si fidano del cognato, della sorella, della cugina ... e portano storie dove c'è l'aspetto di sospettosità e scarsa fiducia ... questo atteggiamento è un atteggiamento culturale ... (PV, psichiatra, uomo)

Ho proprio notato un po' questo e poi ovviamente viene riportato anche qua quindi ovviamente di fronte alla somministrazione di un test ... ma perché me lo fa? Ma perché? A cosa serve questa cosa? Quindi molto sospettoso ... la sospettosità diventa proprio un tratto quasi culturale, caratteriale ... etnico!! Non so come definirlo, no? Ecco ... questo sì ... quindi magari è stato un po' difficile forse qualche volta di fronte a certe domande specifiche ...  
(PDA, psicologa)

“E qui era sola, non poteva neanche tornare al suo paese perché era considerata una specie di traditrice. ”(PM, psichiatra, donna)

Poi fortunatamente era un falso allarme ... il bambino si stava sviluppando normalmente ...quello

che si poteva osservare anche erano una serie di convinzioni magiche sulla malattia ... e quindi diffidenza anche verso gli strumenti della psichiatria nei termini di farmaci o interventi psicologici ... (PM, psichiatra, uomo)

poi gli ho dato tipo altri due appuntamenti , li ho visti dopo 2 mesi ... perché sai io di solito riesco ogni tre ... quindi sono passati altri mesi ... torna anche lui, io li ho visti 4 volte ... dove torna anche lui ancora più alleato a far sapere le cose ... però io che avevo mangiato la foglia a non far incavolare lei ho incominciato a lavorare in zona mediana ... che si fa così di solito con i conflitti ... allora ho valorizzato il fatto che la signora avesse moltissime cose ma che doveva fare lo sforzo di farle capire perché non stavo capendo niente delle cose che mi raccontava (...)

...quindi cosa voleva dire il Tourbillon per me era interessantissimo e parlava appunto di pensieri psicotici, cioè di pensieri in cui sentiva che suo figlio si sganciava ... (PM, psicologa)

Vediamo cosa possa esserle utile ... qualche scena che ... ecco ... c'è una signora che aveva avuto una psicosi post partum ... era ricoverata e ... cosa è successo? Lei tollerava molto male il ricovero e allora come spesso si cerca di fare in questi casi si cerca una soluzione più vicina possibile alla realtà della persona ... quindi abbiamo detto: se qualcuno sta con lei può stare a casa però va monitorata la situazione... una volta a casa è peggiorata ... non mangiava più, non dava da mangiare alla bimba ... perché diceva che c'erano delle presenze in casa che le impedivano di fare questa cosa ... allora ho convocato qui la signora e il marito e abbiamo affrontato il tema del suo disagio di essere qui ... (PDM, psicologo)

Ci sono degli studi abbastanza codificati secondo i quali quando il gruppo etnico raggiunge un certo numero comincia a procurarsi il cibo etnico diciamo ... sopra un certo numero comincia a portarsi il prete e poi anche il guaritore (PDM, psicologo)

Anche rispetto alla cultura di origine e ci informa di che cosa e che significato ha un'ideazione delirante, il sentire le voci o una certa

gestualità o un certo modo di esprimersi, certi concetti che vengono espressi, se sono superstizioni, se hanno un significato particolare, affettivo, eccetera ... quindi il mediatore culturale è prezioso per tutte e due le cose ... sia per tradurre e la cosa è fondamentale, ma anche per aiutarci ... (PB, psichiatra, uomo)

però la attribuisco sempre, questa sua difficoltà a lavorare su questo aspetto, a degli aspetti patologici, non culturali... un giorno mi racconta un episodio ... un giorno mi racconta un episodio in cui dice che aveva litigato con il marito perché erano passati davanti ad una Chiesa e lei aveva chiesto al marito di entrare in Chiesa lui per accendere una candela alla Madonna ... ma lui non aveva voglia, le aveva risposto male ... no, no non ci vado e da là avevano litigato ... e lei era stata male e io allora le ho detto: ma scusi perché non è entrata lei ad accendersi una candela ... perché doveva andare per forza suo marito? E io non potevo entrare in Chiesa... perché? perché avevo le mestruazioni ... sono rimasta, sono rimasta così ... (ride) e lì ho avuto proprio la reazione... le ho detto ... ma stiamo scherzando? Le ho detto: ma non siamo mica nel Medioevo, queste cose succedevano nel Medioevo ...

Questa è una signora giovane eh ... avrà avuto quarant'anni, quindi non era una (ride) ... ma no! Scherza! Nel mio Paese le donne con le mestruazioni non possono entrare in Chiesa perché sono infette ... quindi idee che c'erano nel Medioevo che non credevo ci fossero più in Paesi dell'Europa ... voglio dire stiamo parlando della ... non stiamo parlando della Libia o di un Paese Africano della tribù di primitivi no? (Ride), dell'Africa nera ... stiamo parlando dei Paesi della Ex Jugoslavia, quindi nostri confinanti, nostri vicini ... (PDA, psicologa)

Questo altro, dunque, spaesato e deprivato, ritrova nel sintomo una garanzia per la cura e l'assistenza sanitaria nel Paese che lo ospita. Le richieste si muovono su più livelli, dal corpo alla psiche, dalla psiche alla socialità. Ma la frequente estrapolazione di tali richieste dal contesto in cui sono generate acceca chi le ascolta e il velo di



equivoco che ricade sul paziente straniero si fa sempre più corposo, tanto che alla “ricerca di vantaggi secondari” si aggiunge la strumentalità come caratteristica di personalità.

Alcune volte hanno una tendenza manipolativa dei servizi...per cui...magari la richiesta che fanno, hanno una finalità secondaria che può essere certificazione, indennizzi, cose del genere insomma, per cui poi questo condiziona un po' perché ci si muove su due binari indifferenti...si hanno due obiettivi differenti...nei trattamenti... (PS, psichiatra, uomo)

Poi ci sono anche delle situazioni in cui viene fatto un uso eccessivo dei servizi con delle aspettative anche non realistiche rispetto anche a quello che può dare un servizio ... poi il servizio psichiatrico che lavora molto con i servizi sociali spesso ... vengono confusi, insomma ... i bisogni di tipo sociale con la problematica psichica, psichiatrica vera e propria ... infatti coincide ... a volte le richieste sono anche eccessive e incongrue (PD, psichiatra, uomo)

C'è tanto contorno nel senso che, al di là delle diversità culturali, ci sono tutta una serie di questioni pratiche, potenziali vantaggi secondari, ma non sto dicendo che l'atteggiamento fosse consapevole, assolutamente no, però nel momento in cui c'è in gioco un coinvolgimento, un'assistenza...questo secondo me, mette in moto tutta una serie di cose che sono a più livelli. Quindi da un lato c'è ovviamente la patologia, il trauma, le vicende dolorose, la difficoltà di integrarsi in un ambiente nuovo, le problematiche culturali, dall'altro lato c'è tutta la sovrastruttura (PD, psichiatra, uomo)

Avevo tentato anche di telefonare in Africa, di farla parlare con qualcuno che la mettesse in contatto con... ma lei non aveva mai voluto, perché utilizzava anche questo sintomo per essere sicura di non tornare in Africa e avere qui l'assistenza. Aveva paura quasi che la mandassimo là. Poi ha maturato proprio invece l'idea sua di farlo. È riuscita anche a tornare. (PP, psichiatra, uomo)

L'altro riporta narrazioni tragiche, di violenza: “storiacce di migrazione mai digerite”, “storie drammatiche che non vorrei mai sentire”. Il trauma della migrazione non può essere dimenticato e, soltanto in alcuni casi, riesce a trovare adeguato accoglimento.

### **Linguaggi della sofferenza**

Il linguaggio, con cui questo altro racconta la sua sofferenza, è spesso “concreto” come se gli fosse impossibile verbalizzare affetti e sofferenze. L'altro ritrova nel corpo la principale modalità di espressione del disagio, sviluppa una serie di sintomi somatici e mostra una *presunta* difficoltà ad affrancarsi dalla materialità delle viscere. “Sulla mano venivano messe tutte le cose”: le espressioni somatiche, di difficile collocazione tra la mente e il corpo, si configurano come “sintomi a ponte”, che parlano di altro nel momento stesso in cui si manifestano.

Non capivo veramente che cosa passasse per la sua testa, il motivo per cui aveva fatto quello, se era una cosa reattiva...perché poi in lui c'era un senso di fallimento per non riuscire a combinare niente, non riusciva ad avere un lavoro ecc però poi è anche andato oltre con aspetti anche forse deliranti sul corpo, il cuore che non batteva più, il pene gli si ritraeva, quindi anche dei sintomi corporei...dei pensieri sul corpo che però forse erano reattivi, forse no...era un caso anche interessante dal punto di vista psicopatologico (PZ, psichiatra, uomo)

le persone che sono qua da molto tempo sì ... molto spesso è un comportamento autolesivo in qualche modo ... molto spesso ... per chi è qua da tanto tempo ... uso di sostanze, comportamenti suicidari o para-suicidari ... cioè anche non proprio dei tentativi però insomma dei comportamenti che fanno parte di quell'area lì ... qualche paziente che io ha una modalità di presentazione un po' diversa ... un pochino più ... qualche paziente africano ... ha dei sintomi somatici per essere vaghi ... mettiamola così ... di difficile collocazione fra il corpo e la mente

... come spesso accade per i pazienti africani ... e fra ... molto spesso etichettati come psicotici ma sui quali poi c'è un po' di dubbio ... sulla reale ... sul reale problema sull'esame di realtà ... nel senso che molto spesso ...

(...)

C'era un impasse nell'aggancio ... Nel rapporto con il servizio, nel rapporto con il suo terapeuta perché lei è una molto richiedente , molto ambivalente ... ha un bimbo piccolo ... poteva portare un'altra prospettiva ... poi lei era seguita dai disturbi alimentari per cui la collega quando lei aveva i serpenti nella pancia provava a farle degli esami per vedere se aveva delle malattie organiche ... un altro collega diceva ma delira perché di avere i serpenti nella pancia ... lei non pensa di avere i serpenti nella pancia, lei li sente ... che è diverso ... (PF2, psichiatra, donna)

Un po' la diagnosi che faccio è comunque ... a me dava l'idea di un disturbo di personalità ... nel senso che lui portava una modalità di pensiero sempre incentrata su questa cosa dove non riusciva a riuscirci per cui lui aveva una visione anche un po' pessimistica delle cose... sempre a causa di questo etc ...e come si può dire ... dove con questo aspetto fisico lui lo utilizzava un po' per manipolare ... che non potevo neanche essere completamente obiettiva perché c'era sempre questa mano che lui mi metteva lì davanti ... e quindi avevo fatto l'ipotesi di un verosimile disturbo di personalità in un persona ansiosa con dei vantaggi ... che stava facendo delle cose ... dove sulla mano venivano messe tutte le sue cose insomma ... concentrate lì ... (PP, psicologa)

D'altro canto, le parole con cui i professionisti raccontano di questo dolore e di questa sofferenza non risultano essere meno “pragmatiche”: tutte tratte dalla nosografia occidentale, riconducono entro una parentesi di familiarità un dolore a non comprensibile altrimenti. Psicosi, delirio, disturbo borderline, stati di ansia, disturbi dell'adattamento, disturbo post-traumatico da stress: queste i modi principalmente utilizzati.

Le categorie occidentali, non sempre utilizzate criticamente, divengono pretesto per

imporre una ideologia dominante.

I segni del disagio, della mancata integrazione, e quindi problematiche un po' più a tutto tondo e quindi non strettamente psichiatriche (PC, psichiatra, donna)

Cioè man mano che è arrivata più gente qua sono arrivati ovviamente i sani e i meno sani, al di là che poi ci sono tutte le interpretazioni che possiamo dare sul disambientamento e su tutte quelle che possono essere le cause di diciamo alterazioni...psicologiche...probabilmente arrivando in tanti è arrivata la parte sana e quella malata...c'è stato un aumento esponenziale (PV, psichiatra, donna)

La mamma poi vedi tutto il mondo è paese ... c'era un ipermaterno ...un iper ... ma proprio quasi da fagocitosi del pensiero eh ... addio ... ero finita alla fine dei colloqui, proprio shakerata ... (PM, psicologa)

Il dubbio sulla bontà e correttezza delle nostre interpretazioni della salute e della malattia si sviluppa solo quando, ad esempio, un delirio non risponde al farmaco ma scompare definitivamente dopo un rientro in patria, in cui si è avuto accesso ad altre modalità della cura. Lo statuto ontologico della malattia vacilla e una piccola frattura si insidia nella certezza del proprio posizionamento.

Soltanto in relazione alla psicosi – che nelle parole di qualcuno diviene “democratica” poiché “a differenza della cultura che separa, la follia ci unisce” - il senso di scacco e di stallo sperimentato sembra dirsi il medesimo, al di là di qualunque differenza culturale, al di là di qualunque origine geografica. Cosa può dirci dunque la psicosi – al di là della denominazione che le diamo – di quella angoscia, la più profonda, la più umana, in cui si sperimentano la scissione e la dissociazione delle fondamenta, la perdita dei confini del corpo e del mondo, la ristrutturazione dei significati?

## Pregiudizi e linguaggi della colonia

Nelle parole di alcuni intervistati, si evidenzia talvolta l'utilizzo di un vocabolario "coloniale", in cui l'altro viene – consapevolmente o inconsapevolmente - descritto utilizzando manierismi e vezzeggiativi, "cose piccole" in apparenza, ma che tradiscono dietro ogni "-issimo" l'asimmetria della relazione, il timore per questa alterità che non riesco a nominare se non nella esasperazione delle sue caratteristiche. Una sorta di compensazione per qualcosa d'altro, per quel senso di inferiorità che lo straniero *mi rende evidente* quando si mostra così arretrato, incolto; allora devo subito ricorrere ad una strategia di copertura che mi consenta di eliminare quel pensiero inaccettabile e scorretto – l'altro è inferiore. È così che si nasconde il pre-giudizio, dietro le cose piccole, insignificanti, quasi impercettibili, quelle che addirittura appaiono interessate e pre-occupate.

Ma in questa relazione, l'altro si fa sempre più lontano, collocato in mondo del quale subisco la fascinazione ma che, nel suo essere così esotico, si fa anche spaventoso e minaccioso.

Arriva questa "mama" bellissima, tutta colorata ... che fa la OSS ... parla malissimo l'italiano, nel senso che ha un francese italianizzato ... e questo marito magriiiiissimo ... alto ... assolutamente signorile, educatissimo ... che parla in italiano e si scusa tantissimo perché non riesce a parlare ... lei più vorace ... mi verrebbe da dire ... lui (fa un verso con la bocca per simulare un risucchio) più efebico.

(...)

...quindi cosa voleva dire il Turbeillons per me era interessantissimo e parlava appunto di pensieri psicotici, cioè di pensieri in cui sentiva che suo figlio si sganciava ...

(...)

è andato in una clinica a Dakar dove è stato visto da quello che ho capito i pazienti stavano tutti in un cortile e quindi venivano visti, dati farmaci e stavano in un cortile di polvere a essere guardati e poi venivano affidati alle vecchie del paese e

in quel caso era la nonna ... nel frattempo la sorella che stava con lui si era sposata, aveva dei figli quindi non riusciva a gestire I. ... I. è stato clandestino per un po' ... quindi altra ora per capire tutte queste questioni della clandestinità quindi ... Per loro erano importanti, per me un po' meno ... però veramente una fatica mentale mia grande a tradurre gli aspetti psicopatologici per poi fare una diagnosi ... (PM, psicologa)

Insomma è arrivata al consultorio questa qua e la ginecologa le ha detto che doveva fare le radiografie. Le ha detto che doveva fare la radiografia, lei si è rifiutata, lei quindi l'ha mandata da noi dicendo che la paziente si rifiutava di fare la radiografia. Senza porsi minimamente il problema che se questa qua rifiutava la radiografia chissà cosa pensava sia la radiografia... Arrivava da un paese sperduto, di non so dove, dove partorisce ancora da solo, se tutto va bene legato a un palo, e si le voleva fare la radiografia.

(...)

e poi in qualche modo anche...mi sono immedesimata in questa persona sul serio, questa poveretta non ha fatto male a nessuno, la catapultano in una realtà che non conosce lì poi, se uno va a vedere non fanno neanche le visite ginecologiche, non esiste proprio niente, loro partoriscono allo stato brado (PR, psichiatra, donna)

Queste persone ... (PDA, psicologa)

So che dopo un po' erano arrivati erano stati accompagnati da dei conoscenti iraniani un giorno che vivevano nella zona, che vivevano vicino e in qualche modo si erano conosciuti ... persone integratissime questi amici ... però la difficoltà è stata la convivenza proprio, non riusciva, non riuscivano a tollerare ... (PB, psichiatra, uomo)

Si sì ... devo dire una che è un po' diversa dal solito, che uno immagina ... perché è una persona di una classe sociale più elevata ... una del Kazakistan, sposato un italiano che aveva manifestato una crisi psicotica molto molto acuta, con manifestazioni eclatanti anche fisiche, quindi uno stato d'angoscia, delle somatizzazioni, degli aspetti che sembravano quasi isteriformi quando è

stata ricoverata ma la cosa che mi colpiva, che mi è rimasta più impressa è che si trattava di una persona laureata, con un lavoro anche sofisticato, aveva lavorato per anni a Parigi dove aveva conosciuto il marito e tra l'altro con un aspetto (PDA, psichiatra)

La terminologia con cui l'altro è nominato – *queste persone* – contribuisce a definire un tentativo di distanziamento. Ciò che si prova a distanziare sono la povertà e l'arretratezza – “partoriscono allo stato brado”, non conoscono l'esistenza di una radiografia, vivono in condizioni di clandestinità. L'incontro con l'altro si colloca sempre al limite tra giudizio e pre-giudizio, tra pensabile e impensabile: è impensabile che non si sappia cosa è una radiografia, è pensabile che l'altro condivida il suo spazio abitativo con altre famiglie senza lamentarsi; è impensabile che lo straniero possa laurearsi e provenire da una famiglia agiata, è pensabile che le sue sofferenze siano uguali alle mie.

L'estraneità si manifesta in particolare nei racconti di relazioni tra “coppie miste”, in cui alla mancata conoscenza, tutta umana, propria della relazione di coppia sembra aggiungersi un vuoto, una distanza incolmabile, legata alle differenti culture di origine. O ancora, tale estraneità, si manifesta in tutti gli intervistati, nessuno escluso, nei riguardi dei pazienti cinese: più estranei degli estranei, mobilitano racconti e miti sul loro conto, generano un senso di frustrazione profondo perché utilizzano i servizi secondo modalità totalmente discontinue e senza alcuna forma di riconoscenza verso il medico o lo psicologo che cura. La distanza che si avverte nei confronti del paziente straniero cinese toglie uno spazio di pensabilità critica anche in coloro che tendenzialmente lo hanno sviluppato nei confronti di altre culture. Si alimentano, dunque, il pregiudizio e lo stereotipo, *obbligando* a nessuna forma di comprensione.

#### **6. 5. 1.4 Piano del vissuto**

L'ultimo piano di analisi riguarda i vissuti sperimentati dal professionista durante l'incontro psicodiagnostico; prenderemo in considerazione gli aspetti relativi

all'incontro con l'estraneità, culturale e psicopatologica.

Dinanzi alla domanda sul vissuto le reazioni degli intervistati sono state inaspettate e, per certi aspetti, eterogenee. Qualcuno ha sgranato gli occhi – come se avessi avanzato un interrogativo illogico o impensabile –, qualcun altro è rimasto in silenzio – come se il pensiero si fosse congelato – e altri, infine, hanno reagito con un atteggiamento di totale chiusura. Nel complesso, i professionisti si sono mostrati *stupiti* di fronte alla richiesta di raccontare del vissuto sperimentato *con* l'altro. La tendenza è stata quella di ritornare frettolosamente ad una dimensione concreta del racconto – abbandonando ed evitando di soffermarsi sugli aspetti più profondi. Reazioni di tale entità ci conducono ad ipotizzare una difficoltà – non sempre consapevole, ma culturalmente acquisita - ad affrancarsi da una visione positivista e naturalista dell'incontro diagnostico e terapeutico, che distanzia dalla possibilità di instaurare una relazione *autentica*, fondata sulla reciprocità dell'*Esser-ci* in quanto persona. Dall'altra parte, come immediata conseguenza, si evidenzia una mancanza di riflessività rispetto al sentire, come se l'abitudine ad ascoltare il proprio vissuto fosse andata perduta o fosse stata dimenticata, in favore di altre modalità di incontrare l'altro, assoggettate alla tecnica, alla consuetudine, alle restrizioni temporali. Una mancanza che ricorda la tendenza – già indicata in precedenza – ad anteporre la presentazione di un caso clinico al racconto dell'altro.

Di sicuro, l'estraneità mi spiazza e dinanzi all'angoscia – indicibile e inaccettabile, potremmo dire a questo punto - la risposta più immediata è il ricorso al metodo e alla categorizzazione - come già Devereux (1972) aveva teorizzato -, al già noto e al familiare che ricompatta, restringe, tranquillizza. O ancora, il ritorno al concreto, a quelle dimensioni tangibili cui posso appigliarmi dinanzi alla perplessità e allo spaesamento che il non controllabile e non comprensibile genera.

I lunghi silenzi o le facce stranite sono stati seguiti da parole, che tuttavia sembravano non poter accogliere il senso della propria esperienza. Parole che mancano, che non sovengono alla mente e che il più delle volte si restringono in una dimensione pratica dell'esperire – che abbia quindi delle immediate ricadute pratiche.



Nel suo essere così distante, l'altro mi affascina – richiamando quella estraneità misteriosa che dimora dentro di me -, mi rende curioso, mi muove verso la scoperta. Dunque, la curiosità rappresenta una delle principali reazioni suscitate dall'altro. Una curiosità che, tuttavia, può dimostrarsi imprudente, poiché rischia di nascondere l'altro e il suo bisogno, nel tentativo di soddisfare un'esigenza che è tutta del terapeuta. Apprendere avidamente e morbosamente qualcosa di quel mondo così esotico rischia di ricondurre l'altro entro i termini della dicotomia cultura vs patologia, riducendo la sua complessità ad una terminologia e ad una spiegazione rassicuranti.

Per questo ti dicevo sono interessato a vedere cosa c'è nel campo profughi per capire se lì per esempio c'è un bisogno diverso da questi casi gravi e acuti ... però è chiaro che se tu vai in un reparto ... in un dipartimento in cui c'è un reparto i casi di cui ti parleranno saranno i più gravi ... perché con le crisi devi lavorare di più ... sono anche quelli che ti lasciano impressi nella memoria alcune cose insomma ... (PF, psichiatra, uomo)

Di fatto quello che portava era un delirio poi di contaminazione che aveva degli aspetti culturali suggestivi ... lei sosteneva che attraversando la strada fosse capitato più volte che una lucertola le attraversasse davanti la strada e in quel momento quella strada era contaminata e lì non poteva metterci piede e questa contaminazione era talmente diffusa che poi in qualche modo coinvolgeva anche i suoi distretti corporei o oggetti che lei poteva possedere o avere in mano ... quindi non so tornando dal supermercato con le buste della spesa il fatto di incrociare questa lucertola che non era sempre la stessa, una lucertola come tante altre, aveva cominciato a rivestire un potere venefico estremamente angosciante per lei però questo è stato solo l'inizio ... (PG, psichiatra, uomo)

Insomma di cooperativa che aveva anche dei lavori all'estero con delle onlus ... avevo seguito un po' questi settori con l'idea di lavorare anche io

all'estero per cui ho avuto contatto con medici che hanno lavorato all'estero, in Africa ... in Egitto due volte sì ... più che altro mi ha affascinato molto la cultura africana e anche quella magrebina, molto ... tra l'altro ho letto un libro molto bello di Coppo "Guaritori di follia" al centro del Mali mi pare ... lo sono andato a sentire varie volte e ... quello ... ho fatto qualche riunione con il gruppo i fogli di Oris e mi ricordo che c'era un collega che aveva lavorato per un progetto in Nicaragua e un altro che aveva lavorato, che avevo presentato io a questa collega in Bolivia sui curanderos ... poi ho avuto molti amici stranieri, ho abito con dei ragazzi israeliani per un po', io abitavo a Bologna ... quindi con amici palestinesi ... quindi c'è una attenzione anche a questo aspetto ... (PM, psichiatra, uomo)

Eccetera eccetera, che però dopo si strappa le vesti, scene davanti anche ai bambini piccoli eccetera eccetera...devo dire che io qua ho un po' forzato la mano, siccome a parte lei, che ha mantenuto tutti i caratteri dell'Islam, però il marito fa tanto il filo-occidentale, allora io ho un po' forzato questa situazione qua... per esempio questa signora che nei primi colloqui parlava il marito invece di lei con la scusa che parlava poco la lingua, ma diciamo la verità...ci siamo capite, ho iniziato a farla entrare prima dalla porta, prima lei e poi il marito...le do la mano, prima a lei e poi al marito, ho cercato di occidentalizzare forzando un po' la situazione.. Però questa volta ehmm non so perché l'ho fatto, forse perché mi faceva rabbia che stava due passi indietro al marito... dietro il marito...piccole cattiverie...però poi in realtà la signora ha iniziato a sorridere, che prima non sorrideva, e...mi parla direttamente senza la mediazione del marito...stavolta il forzare in termini occidentali mi ha dato più...mi ha dato soddisfazioni in termini di relazione, il marito non si è neanche incazzato che la sto trattando come una donna occidentale, le dò la mano, la faccio passare per prima dalle porte, tant'è che quando li ho detto che non potevo più seguirli...mi ha detto che li dispiace molto...vabbè... stavamo dicendo...perché io divago... (PV, psichiatra, donna)

Accanto alla curiosità, tuttavia, emerge anche il *timore* per questo altro: un timore

che blocca, spaventa, alimenta una distanza. L'estraneità dell'altro si *presenta* a me e ad essa non posso sottrarmi. Mi conduce in una dimensione di *disorientamento* – conoscitivo, umano – in cui “sono catapultato”, senza volerlo e di cui percepisco tutto il “peso” e la potenza. L'estraneità dell'altro è *ineluttabile*, non posso evitare di incontrarla, di percepirla i confini sfumati e incerti– estraneo è tutto l'Altro, altro patologico, altro culturale, altro vicino, altro lontano, altro che è tuo, altro che è mio.

Ma...ehmm, mi fa sentire un po' bloccato come no...come se avessi capito come aiutarlo, ma non riesco ad aiutarlo completamente perché mi...c'è un limite tra me e lui insomma... (PT, psichiatra, uomo)

Un po' mi sono sentito “tirato per la giacchetta”, nel senso che venivo come dire, coinvolto in qualcosa, non avendo nessuna conoscenza della persona. Era come se fossi stato catapultato lì e mi venisse detto, senti cosa ha, cosa possiamo fare? (PZ, psichiatra, uomo)

E' stato molto pesante ... nel senso che l'informazione che ti arriva immediatamente ... è quella del carico, del peso che lei porta e che in qualche modo ti porta ... lei era portata a braccio nella stanza ... era molto arrabbiata di quello che aveva ed era molto rivendicativa non si capisce bene verso chi ... la richiesta che lei faceva era quella di assistenza perché diceva io non mi posso più muovere e non riesco ad accudire il mio bambino, non riesco a fargli da mangiare ... (PF, Psichiatra)

Ma non c'è differenza fra quello che provo di fronte alla sofferenza di una cultura altra rispetto a quello che provo di fronte ai miei pazienti nostrani, castellani che stanno male...io, devo dire con grande scandalo degli psicoanalisti...mi coinvolgo, ...non mi porto a casa la sofferenza degli altri se no non sarei qua a distanza di più di 30 anni...giusto...però insomma io empatizzo e glielo faccio anche notare, capire ai pazienti...credo di essere sempre la stessa ...insomma non far differenze sostanzialmente... sono un po' più prudente...ecco...no con loro...perché non voglio fare la pedatrice...lo facciamo già fin troppo! E quindi ecco sono un po'

più cauta... non so se ho risposto alla domanda... (PV, psichiatra, donna)

Il sentirsi *colpiti* dall'altro, nell'ineluttabilità del suo esistere, inevitabilmente rende impreparati all'incontro, *incapaci* di offrire una risposta, *limitati* nelle proprie capacità, *frustrati* nei proprio tentativi. Una impreparazione che può essere *evitata* – solo apparentemente - restringendo la visuale, restando ancorati a quanto si conosce già – le modalità abituali di lavoro, le categorie psichiatriche, il farmaco – oppure *sfidata* “ascoltando” le proprie esperienze e quelle dell'Altro, “confrontando” le richieste che provengono da quella dimensione ignota che è il mondo dell'estraneo.

Mi sento sentita un po' impreparata ... e nella mia impreparazione ho cercato di ascoltare il più possibile, confrontarmi il più possibile e dare ancora più valore all'esperienza personale ... (PV, psichiatra, donna)

Non siamo preparati, adesso personalmente io mi sento totalmente impreparato a fronteggiare questo tipo di realtà che sta emergendo (PZ, psichiatra, uomo)

Trovarsi catapultati nella estraneità più totale e *dover fornire* una risposta, richiede l'accoglimento e l'ascolto di storie, vissuti, esperienze che risultano impossibili da dimenticare – storie di migrazione e di emarginazione dolorose, traumatiche - e mobilita un tentativo di “mettersi nei panni dell'altro”, anche laddove tale spostamento risulti impraticabile. Il tentativo di assumere un atteggiamento empatico non consente, tuttavia, di colmare il vuoto che si interpone tra il terapeuta e l'altro, alimentando la sensazione che l'estraneità *sia e resti* totale. In che misura diviene possibili accedere alla disperazione assoluta di questo altro? Quali degli strumenti a nostra disposizione – come professionisti – possono dirsi adeguati per accedere a racconti impensabili di torture, vessazioni, viaggi disperati? Questi i principali interrogativi che attanagliano i partecipanti intervistati.

P: sì ... che in qualche maniera sono più esperti eccetera e conoscono anche la cultura di quale

posto quindi c'è anche queste differenza ...

I: si ricorda di un incontro con una persona straniera che ha seguito presso questo servizio?

P: diciamo ... uno degli aspetti che mi è rimasto impresso ... (PC, psichiatra, donna)

Questa signora aveva una dignità... un modo di porsi così dignitoso che mi ha colpito...lei aveva avuto anche una storia sentimentale con un italiano per il quale si era molto spesa e poi le aveva dato il ben servito... (PM, psichiatra, donna)

La “rabbia” convive con il “dispiacere” dinanzi alla impossibilità di individuare una cura che possa dirsi “prognosticamene favorevole” o quando ci si trova a dover prendere decisioni che riguardano irrimediabilmente la vita dell'altro.

Dunque, l'altro straniero, obbliga ad urtare una estraneità ineluttabile e totale e ribalta i termini dell'incontro, trasformandolo in una sorta di *jamais-vù*, in un *mai-visto*, in cui ogni familiarità è andata perduta. La familiarità andata perduta – quella che dovrebbe accomunarci come esseri umani e che dovrebbe consentire il *ricoscimento reciproco* – coincide paradossalmente con il senso della *non-familiarità*, con il *perturbante*, che dimora dentro di noi e che rappresenta il fondamento per una comprensione biunivoca. Il mancato ritorno a questo *fondo comune* protegge dall'angoscia, dallo spaesamento ma impedisce di approdare in prossimità dell'altro e delle sue dimensioni di senso.

### **6.5.2 Settore giuridico**

Le tematiche emerse dall'analisi e dalla codifica delle interviste effettuate con psicologi e psichiatri che lavorano in ambito giuridico sono presentate nella tabella che segue:

<b>SETTORE GIURIDICO</b> <b>AREE TEMATICHE</b>
PRATICHE E PRASSI FATTI GIURIDICI DESCRIZIONE DELL'ALTRO SOFFERENZA DELL'ALTRO INCONTRO CON L'ALTRO DIMENSIONE DEL VEDERE DIMENSIONE DEL VISSUTO CULTURA VS GIURIDICO PATOLOGIA VS CULTURA CLINICA VS GIURIDICA CONSEGUENZE PRAGMATICHE

I professionisti che lavorano nel settore forense, propongono una *descrizione dell'altro* che non si discosta in sostanza da quella presentata dagli operatori clinici.

L'altro appartiene ad un mondo arretrato, culturalmente arretrato. Vive in condizioni di disagio sociale ed economico. La sua apparente integrazione passa attraverso l'apprendimento della lingua. Il pregiudizio che lo accompagna riguarda, in primo luogo, uno scarso livello di acculturazione. In secondo luogo, una certa reticenza a raccontare delle proprie tradizioni e dei propri valori. L'altro resiste *alla e dentro* la migrazione, in una sorta di obnubilamento della coscienza, in cui tutto si sopporta, anche l'impensabile e l'intollerabile.

Lui aveva quasi una decina di anni più di lei nel rapporto di età e che era una differenza di età percepita dai due assolutamente come normale, quindi per lui era normale vedere una donna più giovane, per lei era normale guardare un uomo più vecchio ... lui mi spiega che nel momento in cui decide di iniziare la relazione con la ragazza lui non poteva minimamente rivolgere la parola alla ragazza e quindi lui mi dice io non posso parlare con lui, perché stiamo parlando comunque che tutto questo è ambientato in una Albania di quasi 15 anni fa perché loro si stavano frequentando e poi sono venuti in Italia .. Quindi nella storia mi racconta che lui non può rivolgere la parola a questa ragazza, non la può fermare all'uscita da scuola perché il fatto di sapere che questa ragazza di buona famiglia scambiava delle parole con un

ragazzo più grande per strada avrebbe compromessa la onorabilità di questa ragazza per il contest o sociale nel quale vivevano e quindi lui parla con suo padre (PB, psicologo giuridico)

... non dico che è direttamente connessa alla cultura romena in sé per sé però era una situazione che in qualche modo emergeva dalla famiglia ma non come una nota critica ma come un ... il marito per lui era normale pretendere che ci fossero determinate attenzioni dalla moglie perché ci sono dei ruoli che sono ancor abbastanza fissi ... (PL, psicologa)

La casa oltretutto era di due stanze ... perché ci ha chiesto anche di andare a vedere come vivevano anche perché ... due stanze e un cucinino ... un cucinino proprio cucinino ... non ... quindi 4 persone in una casa che effettiva. Insomma ... lasciava molto a desiderare quindi ovviamente ... (PL, psicologa)

I: difficoltà nella formulazione della diagnosi - interferenza aspetto culturale

P: abbiamo cercato di tenerne conto (aspetto culturale) per quanto riguarda per esempio l'ambito proprio familiare ... la cosa di cui abbiamo tenuto è stato che poi fondamentalmente era lei la persona che lavorava in famiglia, i due figli ... uno stava iniziando la lavoricchiare l'altro era ancora minorenne ma ecco ... (PM, psicologa)

Le specificità dell'*incontro diagnostico* nel contesto forense riguardano innanzitutto la definizione dei ruoli, i fatti giuridici, gli obiettivi della valutazione. Il ruolo che lo psicologo e lo psichiatra sono chiamati ad impersonare si caratterizza per un elevato ed imprescindibile livello di rigidità e formalità. Pertanto, i soggetti intervistati, che presentano una formazione di tipo clinico, si ritrovano ad agire ed inter-agire entro un contesto istituzionale limitante e normativo. La valutazione psicodiagnostica deve essere effettuata con l'obiettivo di rispondere ad un "quesito" preciso e pre-ordinato dal giudice.

Un preciso quesito, di indagare appunto le capacità genitoriali di entrambi, anche le risorse della

famiglia allargata se fosse necessario utilizzando tutti gli strumenti a cui io con la mia disciplina e la mia specializzazione potevo appunto accedere.  
(PM, psicologa)

Alle *interpretazioni della clinica* si oppongono i *fatti giuridici*: le violenze, i maltrattamenti, i sequestri, gli esiti cicatriziali. Questi rappresentano *il* fondamento imprescindibile, visibile, *oggettivo* a partire dal quale la domanda del giudice prende corpo e si sviluppa.

Stiamo parlando di una bambina di 5 anni perché era l'ultimo anno di scuola materna ... poi invece per quanto riguarda le condotte di maltrattamento ... Il padre ... (PB, psicologo)

Indubbiamente ... perché sulla base de gli esiti cicatriziali che erano impressionanti dalle foto del medico legale erano allucinanti ... cioè questa bambina aveva una schiena e delle natiche che erano delle carte geografiche per le cicatrici che aveva ... questa bambina era indubbiamente una bambina traumatizzata che aveva necessità urgente anche di un percorso di tipo psicoterapeutico questo era indubbio ... (PB, psicologo)

A *fatti giuridici diversi* corrispondono *quesiti giudiziali diversi*. La metodologia adottata per rispondervi, tuttavia, è pressoché la medesima: la psicologia giuridica istituisce protocolli *di lavoro e di accordo comune* tra operatori. Si tratta di una valutazione che richiede un elevato grado di strutturazione: i professionisti intervistati - a differenza di coloro che lavorano in ambito clinico - adoperano tutti gli strumenti a propria disposizione per elaborare un giudizio che sia quanto più pertinente e aderente possibile al quesito iniziale. Colloqui, utilizzo dei test e dei reattivi, osservazioni e sessioni di interazione con specchio unidirezionale.

Le attività consulenziali sono state complesse e lunghe perché abbiamo dovuto fare ... abbiamo fatto



almeno un 5/6 incontri precisando che gli incontri erano di due giorni continuativi, quindi almeno una dozzina di giorni consulenziali perché ovviamente abbiamo dovuto fare la storia individuale di lui, la storia individuale di lei, la storia di coppia e i colloqui congiunti, le valutazioni testistiche su di lui e su di lei, le sessioni di interazione con i genitori con lo specchio unidirezionale, i colloqui con i parenti di lui, poi abbiamo visto la sorella di lei che da Napoli era salita, abbiamo visto il compagno di lei che da Napoli era salita perché comunque compagno convivente ... poi con l'accordo dei consulenti di parte avevamo sentito anche i genitori di lui ... su Skype perché comunque stavano a Napoli ... del nuovo compagno della signora in modo da ricostruire tutti gli appartenenti dell'ambiente familiare materno e paterno tenendo conto delle distanze geografiche quindi è stata una consulenza lunga ... (PB, psicologo)

La cornice istituzionale giuridica impedisce – da principio - di far emergere tutte le interrogazioni sulla criticità degli strumenti *usualmente* adottati, *anche* con il paziente straniero. Gli strumenti *devono* essere utilizzati per garantire l'oggettività della valutazione e sono considerati come unico modo possibile per rispondere alla richiesta del giudice. Una considerazione - emergente dalle parole degli intervistati - che si accorda con quanto emerso dal questionario. Anche quando si diviene perfettamente consapevoli che le "risposte vengono manipolate da ogni parte":

Il problema era che l'avvocato difensore di lui cercava di declassare, di spostare l'attenzione da un maltrattamento fisico a un abuso dei metodi di correzione quindi cercava di far cambiare la fattispecie dicendo che per questa persona era normale toccare la figlia in questo modo, per la sua cultura di appartenenza era normale educare la figlia in questo modo e quindi non poteva essere punito per una cosa che lui non percepiva essere come reato ... (PB, psicologo)

Mi viene richiesto perché le risposte vengono manipolate da ogni parte poi alla fine ... possono essere interpretate da ogni parte ... (PC, psicologo)

L'utilizzo dei test psicodiagnostici si muove tra la mancanza di consapevolezza critica - sugli usi e sulle origini - e l'essere costretti entro un sistema che *richiede* in modo più o meno esplicito di adottare strumenti - presunti - oggettivi per misurare dimensioni non oggettivabili.

Nel test di R. c'è stato un grandissimo lavoro dopo di traduzione delle sue risposte per utilizzare le statistiche di riferimento che noi abbiamo ... per quanto riguarda per esempio le risposte volgari o non volgari... ci sono molte pubblicazioni americane che ci aiutano in questo ... nell'aiutarci a trovare degli indici a cui non possiamo fare riferimento dal nostro punto di vista culturale ma dobbiamo utilizzare ... ma dobbiamo assolutamente utilizzare dei manuali, delle standardizzazioni del Paese di appartenenza ... con gli Usa questo è più semplice perché il R. è uno strumento utilizzato, con altri paesi diventa un pochino più difficile perché ... si possono utilizzare le ricerche sia su Rorschachiana, la rivista di ricerca R. che arriva ... sia sul Journal of SPI ... la Society for Personality Assessment americana dove pubblicano lavori di tutto il mondo ... quindi lì ci sono ricerche recenti che noi possiamo trovare ... (PC, psicologo)

L'obbligo *obbliga*, anche con il cliente straniero, ad adottare strumenti che non potranno essere altro che quelli già a mia disposizione. L'unica interrogazione concessa - che guida dunque anche la scelta dello strumento - riguarda le questioni linguistiche. Per tale ragione, si ritiene che test *linguisticamente strutturati* come il MMPI non possano essere utilizzati con lo straniero, a meno che non si abbiano a disposizione versioni tradotte e specifiche tarature di riferimento. Come afferma uno degli intervistati, una somministrazione che preveda una lettura assieme al cliente del test item per item inficerebbe la validità e l'oggettività dello stesso. Al contrario, il Rorschach e altri strumenti di tipo proiettivo, presentando aspetti linguistici ridimensionati, risultano più adeguati per effettuare la valutazione:

E quindi abbiamo optato per un Rorschach ... perché è risultato l'unico test che potesse tenere conto delle variabili anche culturali perché in questo io mi sono avvalso di un ausiliario per la somministrazione del R., abbiamo usato come siglatura il metodo Exner ... che tra l'altro è il mio collega di studio che l'ha fatto ... Quello che ha la scrivania lì. Che è docente di test proiettivi mentre io insegno strutturati e ... quindi ho chiesto a lui di farmi da ausiliario per la valutazione testistica e l'unico test utilizzato è stato il test di R. per la valutazione delle strutture di personalità al di là di una valutazione di tipo clinico perché non erano reperibili ... Nessuno strumento ... usare un Minnesota o un Millon non avrebbe avuto alcun senso perché se anche rispondevano non facevano parte del campione di standardizzazione e quindi poi i risultati potevano essere contestati o impugnati in qualsiasi momento ... (PB, psicologo)

Questi erano elementi di personalità. Rorschach ed il TAT anche, ho evitato di fare l'MMPI, all'epoca non c'era il Millon oppure c'era da poco e non lo conoscevo bene, ho evitato perché gli item dell'MMPI sono molto diciamo così difficili da comprendere anche da parte degli italiani, quindi a mio avviso si sarebbe invalidato, a che se avevo pensato di assisterla durante la somministrazione lei lo leggeva, a parte i tempi che si sarebbero dilatati a dismisura, la concentrazione si sarebbe anche, sarebbe stato difficile e forse sarebbe stata troppo condizionante la mia presenza nell'interpretare gli item essendo talmente tanti. Quindi l'ho evitato perché era troppo complicato per lei intendere l'MMPI, ho sfruttato soprattutto quello, ho cercato di utilizzare strumenti che fossero meno strutturati sul piano del linguaggio, appunto Rorschach, le figure, le immagini così che potevano benissimo rappresentare uno scenario immaginifico anche suo familiare, quindi vedere una fotografia con una donna, un bambino, un signore anziano le evocava chiaramente, anche se culturalmente diversi nei contenuti, degli archetipi e ricordi personali, originali. (PM, psicologa)

Il test di R. lo utilizzo perché mi dà l'opportunità anche se con molta fatica di ri-arrivare a risposte

un po' più reali ... quindi so che una persona di una certa zone dell'India ... se dovesse vedere nella tavola un pipistrello/vampiro ...dò un significato assolutamente diverso da una risposta così che mi venga data un paziente austriaco per esempio ... (PC, psicologo)

Rispetto ai bambini lì varia in base all'età insomma però ... in generale facciamo un questionario con il genitore o datore di cura che la CBCL somministrato al genitore, a entrambi genitori per il bambino o a volte lo facciamo anche con l'educatore della comunità ... e anche per i più grandi poi c'è l'auto somministrazione quindi con gli adolescenti ... anamnesi con i genitori sulla storia del bambino, di crescita ...

Poi con i bambini ... insomma un po' li differenziamo ... un po' di testa carta matita, CAT per i più piccoli, TAT per gli adolescenti ... anche lì poi a seconda della situazione ... a volte anche il R. se vogliamo un po' approfondire (PM, psicologa)

L'obbligatorietà cui non è possibile sfuggire - neppure quando si prova a formulare una diagnosi fondata sulla propria intuizione clinica, comporta il ricorso ad espedienti che consentano di significare per me e per l'altro il processo conoscitivo. Ad esempio, cercando di far comprendere all'altro in cosa consistano tali strumenti o domandandosi che senso possano avere nella sua cultura alcuni gli items proposti.

Come fai a dire ad un giudice di estrazione culturale occidentale, guarda che non c'è delirio, non c'è allucinazione? E quello mi dice guarda che questo sa fare. La psicologa ha fatto non il Rorschach in quel caso, ha fatto il TAT e attraverso il TAT, perché anche l'MMPI non da là. Siamo riusciti a dimostrare che questo era completamente fuso nel momento in cui, proprio accecato e già all'inizio si poteva dire che il tutto partiva da questo comportamento, perché uno prende, uno si taglia le vene, si butta dalla finestra. (PN, psichiatra)

Chiedi mi raccomando perché è importante perché le domande se le capisci correttamente puoi anche

rispondere correttamente ... se non le capisci correttamente diventa ... tu magari rispondi una cosa ma non è quella che effettivamente richiesta e non è detto che chi hai di fronte approfondisca perché ... (PL, psicologa)

Allora noi ... che abbiamo come compito la valutazione psicodiagnostica ... Sia per le ragazze, che a volte i genitori ... sia per le relazioni ... che molto puntiamo ... le relazioni genitori figli e le relazioni familiari ... insomma ecco ... allora ... alcuni per una questione proprio linguistica perché pur tarati ... usano vocaboli e parole già difficili per qualche livello basso nostro ... ora la parola che noi usiamo come esempio è goffo ... goffo è una parola ... chi la usa mai!! e tradurla è un po' difficile ... ecco ... sia per il discorso linguistico ...

Allora ... avere un mediatore dentro è un problema ... possiamo parlarne dopo delle mediazioni? Nel senso che secondo me è un aspetto su cui punto da un casino di tempo che secondo me è poco approfondito in queste situazioni di più ma in generale ... l'aspetto secondo me sempre importante è che ... che senso ha nella loro cultura essere sottoposti a strumenti di questo tipo? Nel senso che ... tanto ... cosa è un consultorio familiare , cosa è un servizio ... cioè voglio ... se già va bene darsi botte, pestarsi ... cioè voglio dire ... in quei contesti io ricordo per esempio di ragazzini di quelli clandestini dei barconi non accompagnato ... che si era scompensato un disastro ... menato e così via ... che sembrava molto delirante e poi ... perché diceva di vedere ... e invece vedeva vedeva ... nel suo villaggio aveva ... il suo papà lo portava dal santone nella capanna, questo viene qua in un consultorio familiare ... non sapeva neanche cosa volesse dire ... ecco. E riuscire anche a tradurla non è semplice ... non appartiene al loro mondo, quindi anche il discorso della rete dei servizi ... è già questo ... poi tu vai là e gli dici che deve rispondere a delle cose ... allora mentre ormai tutti hanno una idea più o meno magica ... ah! Faccio un test per vedere ... sembra il giochino mentre stai dalla parrucchiera ... il problema ... ma non è così estraneo ... io che ho cominciato 30 anni fa è sicuro che se il Rorschach adesso lo fanno vedere come se fosse le figure del Panini ... allora il discorso invece è quello di avere difficoltà linguistiche

ma difficoltà a volte non solo della parola ma anche della formulazione ... (PA, psicologa)

L'applicazione dei test al paziente straniero rappresenta un terreno di applicabilità evidentemente scivoloso poiché stimola conflitti tra le parti. Dove tale problema può essere collocato? Non basta "essere coscienti della nostra ignoranza e avere una infarinatura di come si usa altrove lo strumento". Piuttosto, risulta necessario fare un passo indietro e ritornare al contesto, entro cui quello stesso strumento è stato sviluppato: la pertinenza di un test è un problema, innanzitutto, clinico e dovrebbe essere risolto entro tale mondo. Dunque quale validità clinica, prima ancora che giuridica, può essere attribuita ad uno strumento psicodiagnostico?

Tra gli strumenti, il colloquio è certamente il più utilizzato per ricostruire e dare senso alla storia dell'altro, mettere insieme elementi per contestualizzare, approfondire questioni poco chiare.

... si ricostruiscono queste storie per dare anche un senso a ... quando vi siete messi insieme quale era il patto di famiglia che avevate in mente e che significato poi ... (PM, psicologa)

Una mamma che passava ore a cercare lavoro in giro no? E si dimenticava che era ora di preparare da mangiare ai figli ... Ma lei non voleva non nutrire i suoi figli solo che non riusciva a coordinare più compiti contemporaneamente ... che una delle caratteristiche di questa signora ... Per lei gestire più aspetti in contemporanea ecco figuriamoci ... dentro casa, fuori casa ... 4 figli ... già richiederebbe delle doti notevoli per un genitore anche normale quindi ... Lei era molto in tilt insomma ... e quando era sotto stress si arrabbiava, li picchiava ... figuriamoci poi se si trovava il ragazzino che faceva la cacca nelle mutande quando era assolutamente in grado di andare in bagno a farla ... ecco quindi per cui è stato importante questo provvedimento e poi ... (PM, psicologa)

Al colloquio, si accompagna l'osservazione in contesti protetti, come ad esempio l'audizione con il minore, o ambientali, a domicilio per "vedere" mancanze e risorse:

Noi l'audizione la facciamo usando tutti gli strumenti e gli accorgimenti del caso ... con tutta la procedura e anche con strumenti di raccolta delle informazioni che sono validati scientificamente, a livello della comunità scientifica mondiale insomma ... in generale ... forniamo ... registriamo, videoregistriamo, vediamo dopo il materiale di modo che l'autorità giudiziaria abbia il più possibile tutte le informazioni accanto a una breve relazione che integra dando alcuni spunti ... Una relazione clinica generale, una relazione che aiuti il giudice a leggere bene quello che è stato registrato ... questo è un po' ...

L'uso della diagnosi assume una valenza totalmente altra rispetto alla clinica, in quanto subordinata allo status giuridico e alla decisione del giudice; tuttavia, essa *resta* mutuata dalla clinica. È in grado di modificare l'esito del procedimento giudiziario e per tale ragione, tiene conto, in alcuni casi, della cultura del soggetto o delle sue condizioni socio-economiche. Le classificazioni adottate coincidono con quelle in uso in ambito psicologico-psichiatrico, confermando la sovrapposizione fittizia e reale, al tempo stesso, tra i due settori disciplinari.

Secondo me alla fine si risolve partendo a ragionare con quello che è un primo livello di oggettività della clinica e dopodiché trasformarlo in quello della giuridica, però non è poi tanto complesso il gioco se uno lo chiarisce di fondo, perché alla fine basta risponderci a due domande: io sono in clinica, faccio una valutazione, a che scopo la faccio? La faccio allo scopo di individuare supponiamo una "causa di malattia" per curare. Quindi in clinica il momento valutativo, diagnostico chiamiamolo così, è finalizzato e strumentale, quindi passa se vogliamo in secondo piano, rispetto al momento eziologico e

terapeutico. In forense eziologia e terapia, non ce ne può fregar di meno; quindi quello che in clinica è nelle retrovie, diciamo la diagnosi che serve ad altri fini, nella giuridica è la parte essenziale nel senso che è la parte valutativa. Tu devi dire al giudice, questa persona è in grado di provvedere ai propri interessi oggi e per domani? Gli fai una valutazione funzionale comportamentale e se questo non si orienta nello spazio e.. dici al giudice no. Quindi il momento valutativo è essenziale. Al limite, se il giudice ti dice "ma per quale motivo è disorientato?" gli dici che non lo sai, e se non lo so lo lasci libero? Ma se il mio accertamento funziona paradossalmente anche la causa, sì se c'è è meglio, ma concettualmente è in secondo piano; infatti nella prima dice questi che non sanno la causa se la inventano, quando in realtà uno può fotografare uno stato patologico e dire non so che cosa sia. Quindi per il diritto in astratto, cioè la differenza fondamentale è che mentre nella clinica il momento valutativo è di sottofondo, è strumentale all'eziologia e alla cura; in forense il momento valutativo è in primo piano, perché al diritto in sé non interessa né la causa, né la cura della patologia, interessa che quella patologia sia corrispondente a quelle capacità giuridiche che servono per avere un determinato status giuridico. (PS, psicologo)

P: effettivamente il R. è un test che da un quadro globale della personalità ... quindi non necessariamente diventa psicopatologico però poteva evidenziare ... e fortunatamente l'ha fatto, dico fortunatamente perché in effetti in alternativa se non fosse emerso nulla da un punto di vista psicopatologico ... diciamo il procedimento sarebbe andato in un'altra direzione ...anche diciamo un po' più pesante e non sicuramente terapeutica ...

I: in questo caso lei ha dovuto fare una valutazione su ...

P: sulla capacità di intendere e di volere ... al momento del fatto ... quindi si è fatta una valutazione di tipo testistico per capire se c'erano delle problematiche particolari che potevano essere o di tipo ... tipo disturbo di personalità quindi delle criticità a livello relazionale o piuttosto che ... o anche di funzionamento del pensiero sull'esame di realtà ...



considerato che aveva un esame di realtà ... non mi ricordo (PL, psicologa)

I: difficoltà nella formulazione della diagnosi - interferenza aspetto culturale

P: abbiamo cercato di tenerne conto (aspetto culturale) per quanto riguarda per esempio l'ambito proprio familiare ... la cosa di cui abbiamo tenuto è stato che poi fondamentalmente era lei la persona che lavorava in famiglia, i due figli ... uno stava iniziando la lavoricchiare l'altro era ancora minorenne ma ecco ... (PL, psicologa)

Di certo, nel contesto giuridico si rendono evidenti - come già esplicitato in letteratura - le conseguenze pragmatiche della valutazione diagnostica e i modi in cui essa si esprime: "una perizia modifica la situazione giuridica del soggetto, non cerca di farlo stare meglio". La pragmaticità giuridica *esige* la "correttezza tecnica":

Se lei va a fare una perizia l'effetto del suo operato è giuridico, cioè muta la situazione giuridica del periziando, non lo fa per farlo stare meglio (PS, psicologo)

A quando il quadro clinico è sufficientemente chiaro, difficoltà io non ne ho avute, anzi mi sono sentito molto a mio agio; potevo avere qualche preoccupazione, ma sempre in questi casi, la preoccupazione e siccome hai a che fare con la vita delle persone tu devi essere corretto sul piano tecnico, ma anche giuridico, è una cosa importante. L'errore in questo caso iatrogeno insomma lo fai a danno di una persona (PN, psichiatra)

L'errore in questo caso iatrogeno insomma lo fai a danno di una persona; quindi l'attenzione la devi mettere sia quando fai una puntura ad una persona, perché se fai una puntura ad una persona non le devi far male, devi per quanto possibile no, hai a che fare con gli esseri umani, devi essere rispettoso, non devi dare dolore, li devi tutelare, ne sei responsabile. Questo che sia un procedimento per minore, tribunale minorile, che tu abbia a che fare con uno in sede di colloquio clinico, insomma

fai il medico, tu hai dei doveri che sono quelli che poi ti hanno ispirato a fare questo tipo di mestiere e quindi la preoccupazione che io ho è di poter fare un errore che possa ripercuotersi a danno; per cui nel momento in cui ci sono dei segni che mi fanno capire che la persona ha dei disturbi, io mi rassereno, perché dico non sparerò fesserie al tribunale no. (PN, psichiatra)

Tra le valutazioni con conseguente pragmatiche più rilevanti gli intervistati riconoscono quelle relative alle capacità genitoriali. Una tipologia di valutazione che diviene più problematica con il cliente straniero. Come valutare una genitorialità costruita secondo modelli *altri*? La diversità, in alcune situazioni, alimenta - in modo spesso inconsapevole- il pregiudizio, ricercando, in una *presunta italianità*, un continuo termine di paragone. In altri casi, consente di riconoscere l'esistenza di *altre* genitorialità, non sempre così esotiche: ogni famiglia si fa portatrice dei suoi modi e, d'altro canto, "non tutti i genitori africani sono uguali". Infine, permette di contestualizzare le presunte *mancanze* entro un progetto migratorio fallimentare: genitori non maltrattanti possono diventare tali nella condizione di *stranieri*. In questo modo, possono essere comprese le incursioni educative di una madre *biologica* che deve negoziare il proprio ruolo di genitore con una madre *affidataria*, che ha accolto i suoi figli. E, dunque, chi potrà dirsi la mamma che trascura? Quella che non ha cuore di strofinare la pelle con la spazzole e non ti rende la pelle liscia abbastanza o quella che ti procura del male ma che ti fa la pelle morbida? Quale nutrimento passa attraverso il cibo, quello che ti porto la domenica e che ti obbligo a mangiare anche se hai appena terminato il pranzo con la tua mamma affidataria?

Allora ... bisognare fare una valutazione un po' diversa ... non tanto negli obiettivi ... comunque quello che vai a cercare di capire è una storia familiare, dei modelli di riferimento di esperienza nella famiglia per entrambi i genitori che è esperienza poi sugli attaccamenti, sugli aspetti emotivi affettivi, sugli aspetti educativi ... quelli

con cui poi loro fanno a loro volta i genitori ...  
ecco ... (PM, psicologa)

C'è una fragilità ...però il legame è comunque autentico, non mancano mai a un incontro ... poi ogni tanto devono fare le loro incursioni educative quindi ... i bambini africani vanno lavati così ... quindi consegno alla mamma affidataria la spugna che si striglia per bene, l'olio che devi mettere dopo sulla pelle ... perché la nostra pelle è così, non è come la tua pelle e quindi ... e allora la mamma affidataria deve attendersi alle indicazioni ... o i capelli africani vanno gestiti così ... E quindi si va dalla parrucchiera africana ... si passa tutto il pomeriggio a fare le treccine alla bambina piccolina ... bisogna trovare delle formule di integrazione tra i due riferimenti ... anche culturali. (PM, psicologa)

E quindi i figli crescono via via in questa precarietà, che è una precarietà che poi genera malessere negli adulti, preoccupazione, stress ... e quindi anche poi c'era tutta parte educativa che ne risentiva perché loro facevano fatica ad integrarsi e quindi poi ad avere anche stabilità di riferimenti nella scuola, con le insegnanti, nel quartiere, nel pediatra stesso e in questi continui cambiamenti anche alcuni dei bisogni e delle necessità dei figli venivano trascurati ... (PM, psicologa)

Si ripresenta in tale contesto, la *dicotomia cultura-patologia* entro cui vengono risolte tutte le questioni relative al comportamento e alla sofferenza del paziente straniero. Ciò che non è culturale e non può essere compreso viene inserito nel patologico senza essere contestualizzato e viceversa. Paradossalmente, "la presenza dei segni di un disturbo rasserena perché permette di portare in Tribunale una evidenza", mentre "per gli aspetti culturali non c'è ancora manuale che ci dica cosa fare". La nozione di cultura si restringe quando viene pensata nei termini della propria esperienza personale, perdendo il suo statuto reificato, si fa frastagliata, mobile e cangiante. La cultura dell'altro è vasta e comprende tutto, la mia cultura è piccola e comprende poco.

Una dicotomia, quella tra cultura e patologia, che talvolta pone *il dubbio* circa la sua effettiva risolvibilità:

Ma la cosa che ci ha colpito è che poi lui era in Sri Lanka perché era morto suo padre e diceva che non tornava perché tornare e non trovare i suoi figli era un dolore ... ma insomma ad un certo momento torna e finalmente lo incontriamo ... quindi li ammette sì ma noi ... all'inizio esce la collega, me lo ricordo ancora ... bah, delirante questo signore, dice mia moglie è indemoniata ... lei ho detto che nella religione, sapendo che era iperbigotto e così via ... non è proprio così ... perché li abbiamo anche noi i preti ... gli esorcisti ... insomma poi abbiamo chiesto dal punto di vista sociale e così via ... lui è pienamente convinto ... ha già fermato un esorcista nello Sri Lanka ... noi abbiamo detto che c'è anche a Sant'Antonio ... non solo nello Sri Lanka, che può fare ... lui è pienamente convinto che la moglie ha una serie di comportamenti, immagino che sia un po' isterica per tutta una serie di cose che noi leggiamo e che lui è andato a fare le sue cose ... e che lui rispetto a questo pensa che lei sia posseduta dal demonio che appena poi sarà benedetta ritornerà a posto ... per cui lui dice ... sì io la meno ma è perché lei è indemoniata e io per fermare il demonio devo fare queste cose ... allora ...

(...)

Ci può essere manipolazione? Ci può essere delirio? Ci può essere che nella loro cultura questa cosa qua ... e allora poi lì ci siamo informati ... è assolutamente frequentissimo ... nel gruppo loro di riferimento quindi ... come dire no? Anche nella valutazione diagnostica ... i vari livelli ... (PA, psicologa)

Nel contesto forense, alla dicotomia *cultura vs patologia* si aggiunge un passaggio ulteriore, che richiede il confronto con il fattore giuridico, o meglio, con la *norma*.

L'ordinamento giuridico prevede che "una determinata cultura sia tradotta in leggi e tali leggi devono essere valide per quel territorio". Le "norme di diritto sono già date, a prescindere dal fatto che siano giuste o sbagliate" - di qui la necessità di "non sovrapporre il piano politico (piano di costruzione della norma) con quello

giuridico" - e richiedono una risposta consulenziale o peritale che ad esse si adatti. "Il diritto interviene con violenza per impedire la violenza"; se "la violenza non è reato altrove, lo resta comunque *qui*".

Pertanto, in un certo senso, la dimensione culturale dell'*altrove* soccombe dinanzi alla sua forma più prescrittiva del *qui*: la legge. La cultura dell'altro può, tuttavia, fornire indicazioni: "ci indica se (un reato) sia doloso o colposo". Come valutare, dunque, la cultura affinché possano essere ricavate tali indicazioni? Ricorrendo, in alcuni casi, a figure esperte: il medico legale e l'antropologo aiutano a discriminare quali "condotte" siano normali per la cultura e quali invece non lo siano (paradossale che queste due figure incarnino i due estremi della controversia cultura vs patologia). O ancora ricorrendo alla comunità che condanna o approva determinati comportamenti.

In qualunque caso, la *verità clinica* non potrà mai dirsi coincidente con la *verità processuale*, aprendo una serie di interrogativi su quale conciliazione sia effettivamente possibile.

Anche rispetto alla dimensione del vissuto, è possibile individuare una linea di continuità con quanto espresso dagli psicologi clinici, sebbene un maggiore grado di *tormento* sembra attanagliare coloro che lavorano nel contesto giuridico a causa della più evidente pragmaticità conseguente alle proprie scelte.

Al senso di impotenza – per le condizioni di sofferenza e di vita dell'altro - si accompagna la frustrazione per l'incontro mancato - sul piano linguistico e della valutazione. Ancora, la sensazione di minaccia e di una "distanza grandissima" si accostano al tentativo di "evitamento", di allontanare situazioni così complesse e spiazzanti. "Casi interessanti", quelli dello straniero, che suscitano "curiosità", ma nel contempo sospetto e perplessità: sarà reale ciò che mi sta raccontando?

E comunque sì è stata una consulenza difficile perché comunque la sig. aveva una forte propensione al pianto e un forte atteggiamento molto vittimistico letto con il mio sguardo però non sapevo quanto invece potesse essere una influenza culturale e lui invece aveva un atteggiamento molto di tipo autoritario, manipolatorio ... molto

svalutante nei confronti della figura femminile ... però questo non so quanto potesse avere l'influenza culturale o meno ...

È stata una esperienza forte dal punto di vista professionale ... e devo dire che poi è stata anche una consulenza che mi ha fatto riflettere molto (PB, psicologo)

La cosa che invece mi aveva fatto un po' specie, dopo che abbiamo fatto l'ultimo colloqui, che sono andata a casa sua ecc, è stato che lei faceva proprio dei riferimenti a situazioni di violenza che lei aveva vissuto in certe situazioni, che potevano capitare un po' a chiunque se lei si metteva un po' in mezzo a certe situazioni che non era il caso di mettersi. Quindi come dire era una velata se non proprio manifesta minaccia, era come dire fai attenzione a quello che vai a scrivere su di me, perché faccio la Santeria, faccio magia bianca ma anche nera magari, poi conosco persone che frequentano certi ambienti; quindi io dico fortuna era una donna perché non era così inquinato da quel punto di vista lì, ma magari frequentava o aveva visto o sentito riferire, quindi portava dei contenuti minacciosi importanti (PM, psicologa)

mi sono sentita in una distanza grandissima ... non tanto da un punto di vista culturale ma da un punto di vista pratico ... mentre mi dico sempre che la distanza culturale si può superare con lo studio, con la conoscenza ... io posso passare tranquillamente dopo che ho fatto il test una settimana a scrivere con docenti o psicoterapeuti o di quella zona per farmi spiegare la valenza simbolica di quella risposta, informarmi sulle leggende, sull'uso locale ... su quello che succede o che è successo in quella zona ... in quel momento io non potevo accedere a quella persona in nessun modo ... potevo accederci solo in una maniera superficiale e sarebbe stata una grande mancanza di rispetto ... mi ha sentire impotente, mi ha fatto sentire uno stupido in realtà, mi ha fatto sentire impotente ... mi ha fatto sentire lontano da quella persona ... sapevo di poter accedere solo alla sua superficialità ... e sentivo ... sarebbe tanto tanto scorretto cercare di valutare questa persona solo dalla superficialità ... (PC, psicologo)

## 6. 6 Considerazioni conclusive, confronto con la letteratura.

L'incontro con il "*cittadino straniero*" (Taliani, Vacchiano, 2008, p. 237) comporta al contempo rischi e potenzialità. Ammette alla possibilità di *accostare* l'esperienza dell'altro - non necessariamente un altro culturale; al tempo stesso, obbliga a riconoscere il suo carattere di inafferrabilità, di irriducibilità ai paradigmi dominanti (*ibidem*).

Tale incontro, se dislocato entro i margini del contesto istituzionale sanitario o giuridico, "*testimonia in modo inequivocabile della necessità di non operare illusorie separazioni tra i bisogni sanitari ed il contesto sociale*" - e qui aggiungerei anche i bisogni giuridici e il contesto forense - "*in cui questi si determinano: una sfida per il pensiero medico occidentale, per le sue categorie epistemologiche ma anche per i rapporti contraddittori che esistono tra un'economia di mercato e un sistema di cure che si rivela incapace di riconoscere o di correggere problemi di salute le cui origini sono sociali*" (Beneduce, 1994, p. 113).

Le parole di psichiatri e psicologi intervistati hanno lasciato emergere una descrizione di uno spazio istituzionale, in cui i dispositivi di cura e i servizi psicosociali sono spesso assoggettati a *rigidità burocratico-amministrative* e *carenza di risorse*.

Si evidenzia una questione controversa, già presente in letteratura, riguardo alla necessità di promuovere servizi che sia *dedicati* al paziente straniero o al contrario garantire istituzioni che siano "uguali per tutti". Posizioni dense e non prive di rischi e contraddizioni: esasperare la differenza o al contrario, nascondersi dietro un innocente etnocentrismo, eludendo una interrogazione sui propri ruoli, modelli, posizionamenti.

Il paziente straniero richiede una presa in carico globale e continuativa - non a caso utilizzo una terminologia propria del settore previdenziale e assistenzialistico - che riguarda aspetti sanitari e sociali, umani ed economici. La richiesta - non sempre - implicita di una tale modalità della cura, ci conduce verso una riflessione scomoda: "*l'ospedalizzazione, rivendicata con insistenza, è una domanda con la quale (l'immigrato) cerca la possibilità di essere riconosciuto: non soltanto in quanto malato ma come straniero al quale si parla e del quale ci si occupa*" (Ben Jelloun, 1977, p. 70). Una richiesta

di accudimento sottesa dal desiderio di essere riconosciuti (Bennani, 1980), al di là della sofferenza psichica, al di là della malattia: *“Il Noi presuppone in primo luogo un orientamento al Tu, ossia l’essere rivolto all’Altro in quanto persona: il riconoscimento dell’Altro in quanto socius cui attribuisco immediatamente e senza riflessione vitalità, intenzionalità e coscienza.”* (Stanghellini, 2017, p.74). *Una antropologia del non-riconoscimento”* (ibidem, p. 81) *“impone un inquietante disallineamento tra se stesso e l’Altro”* (ibidem, p. 82), in cui l’esito critico del dialogo duplica l’alienità del paziente straniero in una dimensione culturale e psicopatologica.

I ruoli istituzionali assunti dagli intervistati comportano un’importante differenziazione nella tipologia di pazienti incontrati e nelle possibilità di cura. Lo psichiatra (del reparto o del CSM) incontra le situazioni più complesse e gravi e funge, in alcuni casi, da filtro per il lavoro dello psicologo, deputato, nella maggior parte dei casi, allo svolgimento di psicoterapie, interventi di sostegno e valutazioni diagnostiche mediante test. Gli psichiatri che, invece, si collocano in posizione apicale svolgono attività di supervisione e di monitoraggio sulle situazioni complesse e abbandonano, almeno parzialmente, le attività ambulatoriali.

Il principale strumento di incontro/scontro con l’Altro è il colloquio. Le difficoltà incontrate riguardano essenzialmente la barriera linguistica e “culturale”, gli aspetti di tipo relazionale. Il *mediatore culturale*, talvolta reale, talvolta telefonico, spesso presente durante i colloqui di valutazione diagnostica, funge da traduttore di lingue e da “traduttore di mondi”.

Inglese (1996, p.13), nella introduzione a "Principi di etnopsicoanalisi" (Nathan, 1993) ci ricorda la posizione centrale occupata dai soggetti che svolgono funzioni di mediazione interculturale e parlano la stessa lingua del paziente: *“la lingua rappresenta una forma specifica del sistema culturale, attraverso cui può svilupparsi il senso di appartenenza dell’individuo e le sue possibilità di scambio all’interno di un gruppo”* (pag. 13)

Allo stesso modo, Joseph Kaufert (1990), a partire da una rielaborazione critica del lavoro di Kleinman sui modelli esplicativi di medico e paziente, individua alcune funzioni svolte dagli interpreti durante il lavoro di mediazione: rendere evidenti i modelli esplicativi di salute e malattia di entrambe le parti, chiarificare i messaggi



reciproci e tradurre selettivamente informazioni e interpretazioni, esplicitare regole e implicite culturali e di contesto, far emergere opzioni ed alternative possibili, gestire il flusso comunicativo. L'obiettivo è quello di creare un linguaggio comune, al paziente e all'operatore, assumendo un ruolo attivo, riconosciuto e riconoscibile.

Può accadere, tuttavia, che questo ruolo non sia così *riconoscibile e codificabile* nelle sue funzioni. Durante il colloquio, infatti, possono essere i familiari del paziente a svolgere funzioni di mediazione, tentando di riportare le sofferenze del congiunto e di rendere intellegibile la sua storia, fungendo da connessione tra realtà conoscitive differenti. Non sempre i risultati di tale intercessione risultano adeguati, tanto sul piano prettamente comunicativo, quanto sul piano terapeutico e di valutazione diagnostica (basti pensare a quelle situazioni in cui il “mediatore di famiglia” è il figlio minore a cui viene richiesto di riportare le problematiche di coppia genitoriali).

La *strumentazione diagnostica* è utilizzata di rado, in alcuni casi per la scarsa utilità percepita, in altri per l'impossibilità di recuperare una versione tradotta nella lingua del paziente, con relativa taratura sulla popolazione. Quando utilizzati, gli strumenti diagnostici, vengono somministrati dagli psicologi, anche in presenza del mediatore, per consentire una simultanea traduzione delle consegne e degli items. Una modalità, quella della somministrazione effettuata in questi termini, che rivela un uso degli strumenti acritico, decontestualizzato, reificato.

Quando la comprensione della sofferenza dell'altro si fa impossibile, lo psichiatra sembra potersi avvalere di uno strumento ulteriore: il farmaco. La terapia già prescritta da altri colleghi e documentata aiuta ad inquadrare il disturbo entro categorie già note per formulare una prognosi; in altri casi, il farmaco aiuta ad enunciare una diagnosi vera e propria, sempre procedendo *per prove ed errori* (se il farmaco produce degli effetti allora la categoria diagnostica ipotizzata risulta plausibile).

*Farmaco dunque sono*, sembra essere la risposta prevalente alla patologia. E' una depressione se risponde al farmaco anti-depressivo. E dunque, la diagnosi "si attesta il più delle volte su modelli semplificati, ritagliati direttamente sulla classe del farmaco che sarà

*impiegato: si finisce per considerare psicosi ciò che viene trattato con gli antipsicotici, disturbo dell'umore ciò che viene trattato con gli antidepressivi e con gli stabilizzanti, ansia o panico ciò che viene trattato con gli ansiolitici" (Colucci, 2013, p. 16-7). Si lascia qui intravedere una contraddizione in essere: "alla fine, è bizzarro che il DSM, concepito nel suo impianto ateorico per sfuggire alle dispute intorno all'eziopatogenesi, ossia alle cause delle malattie, sia nel concreto scavalcato quotidianamente da una classificazione non scritta, grossolana e modellata sugli effetti di un farmaco, in definitiva su criteri ex adiuvantibus, cioè sulla conferma dell'esattezza di un'ipotesi diagnostica ricavata a posteriori, osservando il beneficio ottenuto da una terapia" (ibidem).*

La diagnosi risulta "utile" per inquadrare ma viene poi dimenticata (o trascurata) per curare, diventando una sorta di "etichetta vuota", adottata per trovare un aggancio con la sofferenza aliena dell'altro, senza tuttavia rivelarsi effettivamente utile nella relazione di cura. Anche laddove la *sofferenza* si faccia criterio che guida la relazione, il suo essere nominata e nominabile diviene possibile solo attraverso categorie occidentali e nosografie note, adottate talvolta con consapevolezza critica, talvolta nella più totale dimenticanza tanto del carattere situato che le contraddistingue quanto degli studi che si occupano di rivelarne la matrice socio-politica e ideologica - basti pensar al lavoro di Derek Summerfield sulla "invenzione" del Disturbo Post-Traumatico da Stress (2001).

Ulteriori difficoltà sembrano emergere nella comunicazione della diagnosi al paziente e ai suoi familiari. L'interrogativo emergente riguarda il *come* e il *se* possa essere compresa quando il mondo simbolico di riferimento attribuisce allo psichismo un significato differente rispetto a quello occidentale. La dicotomia cultura/patologia, imperante nei discorsi e nelle pratiche degli operatori, comporta il rischio di rendere culturale il disturbo psicopatologico o patologico il tratto culturale (Devereux, 1973). In entrambi i casi ciò che viene perduta è la *persona*.

Una dicotomia che rivela la fretta di mascherare conflitti medicalizzandoli o ancora di cancellare scenari culturali arcaici che ricordano un passato a cui si è appartenuti. "Una cultura, dopo tutto, non fa che dislocare le rappresentazioni (per esempio, non si crede più al diavolo) [...]. Cancellando un immaginario (diventato arcaico a causa di questi stessi

*spostamenti), essa crede di lavorare solo a 'curare' o a sopprimere ciò che, in realtà, si accontenta di camuffare altrimenti e meglio. In questa prospettiva, le terapie che si susseguono si distribuirebbero lungo la storia come dei mezzi per 'guarire', curare o sopprimere, ma rimarrebbero in definitiva sempre e soltanto modi di nascondere" (De Certeau, 2006)*

L'analisi dell'incontro tra professionista e paziente straniero ha consentito di evidenziare alcune tematiche relative alla *descrizione* dell'Altro.

Il migrante diviene il luogo controverso di una "doppia assenza" – richiamando in tal senso l'accezione di Sayad: al tempo stesso assente sia dalla società d'origine che da quella presso cui risiede, escluso dall'ordine politico e sociale di entrambi i luoghi che ha abitato e che abita, straniero presso il mondo intero. La società d'origine accusa l'emigrato di "fuga", di "rinneamento", facendo perdurare nell'individuo un tormento perpetuo e non estinguibile (Sayad, 2002) Allo stesso tempo, l'immigrato è considerato come "persona fuori luogo", non classificabile e priva di uno spazio proprio presso la società di destinazione. Il migrante non è così né cittadino né straniero, votato all'eterna non-appartenenza e alla dilaniante contraddizione.

*"Questa è l'emigrazione, questo è vivere da stranieri in un altro paese [...] Il nostro elghorba [l'esilio] è come qualcuno che arriva sempre in ritardo: arriviamo qui, non sappiamo nulla, dobbiamo scoprire tutto, imparare tutto – per coloro che non vogliono restare così come sono arrivati – siamo in ritardo sugli altri, sui francesi, restiamo sempre indietro. Più avanti, quando [l'emigrato] ritorna al suo villaggio, si rende conto che non ha nulla, che ha perduto il suo tempo. [...] Tutta l'emigrazione, tutti gli emigrati, tutti quanti sono, sono così: [...] l'emigrato è l'uomo con due luoghi, con due paesi. Deve metterci un tanto qui e un tanto là. Se non fa così è come se non avesse fatto nulla, non è nulla [...]" (Sayad, 2002, p. 84)*

L'esilio è una *epochè radicale*, una sospensione assoluta del *sopravvivere* di chi "strappato alla radice [...], ha provato il peso del cielo senza terra che lo sostenga" (Zambrano, 1967, p. 119) Prima di attraversare un confine geografico, chi entra in esilio passa un confine interno che lo colloca in uno s-paesamento (*des-tierra*) totale, in cui resta allo scoperto e senza riparo (*des-amparo*), dove la sua stessa storia si disfa e tutto il suo essere si presenta attraverso un elemento sconosciuto e informulato (*ibidem*), un *perturbante*.

I professionisti descrivono il linguaggio del paziente straniero come “concreto”; egli possiede scarse capacità di astrazione e verbalizzazione degli affetti, non sempre è collaborante e, in alcuni casi, si mostra reticente nel comunicare informazioni o nel narrare la sua sofferenza. Questa reticenza, come spesso accade con la sintomatologia espressa, è privata di contestualizzazione, slegata dalla storia migratoria del paziente o della sua situazione attuale. L'altro ritrova nel corpo la principale modalità di espressione del disagio psichico, sviluppa una serie di sintomi somatici e mostra una presunta difficoltà ad affrancarsi dalla materialità delle viscere. Il corpo dell'altro si fa dunque corpo *sospetto* (Bennani, 1980), a cui vengono attribuite caratteristiche o assegnati tratti partendo da una clinica fondata sulla sola differenza culturale, che *smarrisce* ogni volta, in modo puntuale, ruoli, contesti, storie, marginalità, rapporti di potere.

Il paziente straniero vive in condizioni di precarietà e instabilità sociale; l'integrazione viene considerata come presupposto fondamentale per predire la continuità di una relazione terapeutica. Integrazione – nelle definizioni degli intervistati – che a ben guardare, nei racconti, nelle storie traumatiche e di sofferenza assume più le sembianze di una *disintegrazione*, psichica e identitaria, prima ancora che sociale ed economica. “*Al di sotto della povertà c'è la disintegrazione. (...) la nostra identità è in mille pezzi. (...) che cosa siamo noi? Chi siamo noi? E voi, chi siete voi? Come definite voi stessi? In quale realtà si iscrive la vostra storia?*” (Djouder, 2006, p. 111).

I racconti di sofferenza, affascinanti nel loro essere così esotici, vengono presentati tuttavia come densi di superstizioni e credenze, in una oscillazione continua tra la messa in dubbio del proprio impianto teorico e la tendenza a considerare come obsoleta la cultura dell'altro. L'altro viene spesso descritto tramite manierismi e diminutivi, che celano nel loro essere così stucchevoli, una grottesca xenofobia, un pregiudizio che dimensiona alle piccole cose la propria efficacia.

Emerge nei professionisti una “*scarsa familiarità*” (Beneduce, 2006, pag. 33) con narrazioni, esperienze e registri simbolici lontani dal proprio orizzonte culturale. Le parole degli intervistati tradiscono, da un lato, un vocabolario “coloniale”, fondato sulla percezione di un Altro *ambiguo* e *arretrato* (la sua esperienza è definita come

“suggestiva”, “manipolatoria”, “frutto di superstizione”) – discorso peraltro già sviluppato in numerosi studi presenti in letteratura: il paradigma primitivistico nel pensiero psichiatrico (Lucas e Barrett, 1995), il razzismo negli psichiatri britannici (Littlewood, 2010), il razzismo dell’istituzione sanitaria (Mannoni, 1980); dall’altro, l’illusione che le categorizzazioni diagnostiche descrivano una mera realtà di fatto - mentre nel loro manifestarsi, contribuiscono a produrre e riprodurre, nei corpi e nelle interazioni, la realtà della malattia.

In tale contesto, potrebbe essere utile ricordare il contributo di Caroppo e Vilizio (2008), in cui vengono individuate alcune fasi di svolgimento della relazione medico-paziente straniero; tali stadi potrebbero essere considerati utili anche per interpretare l’incontro tra psichiatra/psicologo e paziente straniero:

*"La relazione medico/paziente straniero può essere riassunta in tre fasi principali che non infrequentemente si succedono:*

*-Dell'esotismo: il medico è convinto di avere a che fare con malattie esotiche, perciò ogni sintomo viene interpretato al di fuori della normalità ed il paziente viene inquadrato, come vettore di morbi sconosciuti. Si agisce spinti dalla curiosità di potersi confrontare con malattie che sono un ricordo universitario; dall'altra parte pensa alla medicina occidentale come ad un dispositivo ipertecnologici e ripone in essa tutta la sua fiducia. Ci si trova nella situazione in cui il medico guarda al migrante come se avesse davanti il "buon selvaggio" di Rousseau (...);*

*-La fase successiva è caratterizzata è caratterizzata dal cosiddetto scetticismo sanitario: il medico si rende conto che il paziente non presenta nessuna patologia esotica e che i suoi disturbi siano del tutto normali, percepisce il paziente come un malato immaginario, un perditempo (...)*

*-La fase del criticismo: si ha l'abbandono da entrambe le parti, dei pregiudizi e l'interazione viene ripensata." (Caroppo, Vilizio, 2008, p.500)*

La patologia dell’altro e le sue presunte caratteristiche culturali possono, talvolta, essere tramutate in categorizzazioni estemporanee – ma non per questo meno temibili - come ad esempio l’espressione “disturbo marocchino di personalità”, utilizzata per indicare quel disturbo *prettamente* “culturale” da cui sembrerebbe essere afflitto l’uomo del Marocco: si avvicina ai servizi, ai medici, agli psichiatri per ricavarne benefici secondari. È curioso che tale espressione ricordi per analogia quella utilizzata da Franz Fanon in un saggio pubblicato nel febbraio del ’52 dal titolo “sindrome nordafricana”. Un incontro mancato, tra medico francese e

paziente algerino – in cui sintomi riportati dal paziente si sottraggono ad ogni cura farmacologica e localizzazione – che si conclude con l'irrimediabile diagnosi di *sindrome nordafricana*, in cui viene trascurata ogni domanda di relazione e alimentata una logica del sospetto, sull'altro e sulla sua “non realistica” patologia.

L'ascolto della sofferenza e le politiche della cura si misurano così con linguaggi sconosciuti e soggettività inaccessibili. Sembra, dunque, emergere come l'incontro tra noi e l'altro non possa essere considerato solo da un punto di vista meramente *tecnico*, ma richiede di essere *storizzato* e reso questione *anche* politica, a partire dalla consapevolezza che la malattia mentale sia, al tempo stesso, costruzione culturale e produzione sociale

L'analisi dei vissuti ha consentito di far emergere uno scenario in cui l'esperienza dell'altro si muove secondo sentieri contraddittori.

Lo spaesamento che l'estraneo comporta, nel suo essere così irrimediabilmente inafferrabile, mi obbliga a perdurare in una condizione di sospensione e perplessità, in cui sono *gettato, senza volerlo*. I suoi racconti, i suoi modi, le sue storie traumatiche mi ripugnano, mi indignano, mi incuriosiscono. Ma *ogni* modalità di questo incontro sembra rivelarsi un inganno per le mie categorie, per i miei appigli abituali, non più adeguati, non più sufficienti. L'angoscia che questo altro mi provoca, può essere ricompattata frettolosamente nei discorsi pre-giudiziali ed etnocentrici, nel ricorso al metodo e alla tecnica (Devereux, 1952). Oppure può essere affrontata indugiando sulla frontiera dell'incontro, nell'impotenza e nella sovversione. Lo straniero certamente mi scompagina; ogni incontro psicodiagnostico, sempre uguale, sempre diverso, diviene una sorta di *jamais-vù* (proprio il contrario di *deja-vù*), un “mai-visto”: non ti ho mai visto straniero, ogni volta che mi interPELLI dimentico quel grado di “non familiarità” che *ci* appartiene, che *ci rende familiari* e ti guardo senza guardarti, in una dimenticanza che si fa *aliena*, quando ciò che dimentico sono il passato, la migrazione, le fondamenta dell'umano e dell'interumano.

In merito alle interviste effettuate con psicologi/psichiatri forensi, le tematiche emerse trovano ampio riscontro e sovrapposizione con quelle dei professionisti clinici, in particolar modo per ciò che attiene la descrizione

dell'alterità. Si rende evidente, tuttavia, in linea anche con i risultati ottenuti al questionario, come il professionista forense, essendo inserito in una cornice di lavoro predefinita e prestabilita, è obbligato a rispondere ad un quesito pre-ordinato e definito da un altro: il giudice.

L'incontro di valutazione diagnostica a carattere forense si contraddistingue per una serie di specificità: la definizione dei ruoli, i fatti giuridici, gli obiettivi della valutazione. Lo psicologo/psichiatra forense ha un ruolo formale, rigido ed è vincolato a confrontarsi con *fatti giuridici* – cui si *oppongono* le *interpretazioni cliniche*. A ciascun fatto giuridico corrisponde un *differente quesito del giudice*; tuttavia, sebbene gli obiettivi delle valutazioni si differenziano in relazione alla richiesta giudiziale, gli strumenti adottati per effettuare tali valutazioni sono gli stessi: mutuati dalla clinica, comunemente accordati tra professionisti, derivati da protocolli di lavoro. Gli strumenti *devono* essere utilizzati per garantire l'oggettività della valutazione – perpetrando quella illusoria convinzione, anch'essa derivata dalla clinica, che possano essere garanzia di obiettività nella *spiegazione* dell'altro e della sua patologia. La veridicità della valutazione psicodiagnostica sembra essere ricercata non tanto nella comprensione dell'altro o nel primato del significato quanto nella oggettività di dati e strumenti, entro un sistema statistico di riferimento il quale lungi dal poter essere considerato come elemento di prova, finisce per creare un vero e proprio fraintendimento. Si evidenzia una mancata consapevolezza della matrice teorica ed epistemologica di riferimento di strumenti e criteri di classificazione adottati: la possibilità di somministrare un test o di adottare un criterio “dipende” dalla esclusiva comprensione culturale o linguistica dei contenuti o ancora dalla esistenza di una taratura adeguata, nella più completa scotomizzazione di orizzonti altri e di costruzioni altre della malattia mentale che rendono inadeguati e parziali quegli stessi strumenti o criteri.

L'uso della diagnosi avviene in modo differenziato rispetto al settore clinico, sebbene le categorie nosografiche e i sistemi di classificazione adottati siano i medesimi. La diagnosi forense, tuttavia, essendo subordinata ad uno status giuridico, comporta delle notevoli conseguenze pragmatiche nella vita del soggetto

– è sufficiente pensare a quella situazioni in cui diagnosi può decretare la possibilità di mantenere il proprio bambino o di essere obbligati ad un affido.

La dicotomia cultura-patologia sembra, in questo contesto, confrontarsi con una terza dimensione di senso, quella della norma giuridica. La dimensione culturale dell'altro – valida in un *altrove* – soccombe dinanzi alla legge del *qui*; essa può soltanto discriminare la *qualità* di quell'atto – decidere se sia doloso e colposo, ad esempio. Pertanto, in ambito giuridico, verità clinica e verità processuale risultano difficilmente coincidenti.

Psicologi e psichiatri forensi mostrano una notevole consapevolezza delle conseguenze tangibili che la valutazione diagnostica può comportare. Tale consapevolezza diviene ragione di grande *tormento*, in particolare quando l'estraneità dell'altro si fa culturale: ciò che si riconosce è l'opacità della conoscenza, l'impossibilità di cogliere le sfumature e di accedere all'altro nella sua totalità. Gli strumenti a disposizione mostrano tutta la loro inadeguatezza e precarietà. Un tormento che, tuttavia, non si riesce a tramutarsi in una ragione sufficiente per sottoporre a critica radicale categorie, strumenti, concetti abitualmente utilizzati.



## CAPITOLO SETTIMO

### ETNOGRAFIA CLINICA. ALCUNE CONSIDERAZIONI CRITICHE

La fase finale della ricerca, che si è svolta in modo parallelo alla conduzione delle ultime interviste, ha previsto un fase di studio presso un centro medico convenzionato ULSS che garantisce assistenza sanitaria agli immigrati irregolari e, dunque, privi di copertura da parte del SSN. L'obiettivo è stato quello di avviare una riflessione sulle pratiche sviluppate in ambito psicologico-psichiatrico in un contesto che si occupi esclusivamente di pazienti stranieri. Una tipologia di servizio che si pone in posizione diametralmente opposta rispetto ai contesti lavorativi dei servizi pubblici – presso cui psichiatri, psicologi e psicologhe sono stati intervistati – ove pazienti stranieri e autoctoni convivono e accedono – e talvolta sono anche diagnosticati e curati – secondo le stesse modalità.

Ho dunque effettuato un periodo di osservazione partecipante (Atkinson, Hammersley, 1994), durante il quale ho preso parte ai colloqui tra psichiatra e pazienti che avevano accesso al servizio.

Una osservazione che si è tramutata presto in *partecipazione osservante* – come la definì Goffman nella sua tesi di dottorato – quando ho iniziato ad intervenire durante i colloqui conducendo parte delle interazioni. Una *presenza* duplice, la mia, che ha consentito di far emergere una serie d'interrogativi fondamentali sia in merito al lavoro clinico svolto con il paziente straniero (quale apporto una pratica clinica criticamente fondata può apportare alla decostruzione di categorie proprie del discorso medico, psicologico, sociale e politico attraverso cui la malattia mentale e le sue pratiche di cura vengono definite?) sia sul piano strettamente metodologico (quale ruoli agisce un dottorando di ricerca in uno spazio *clinico*? Come può costruire e negoziare un'appartenenza duplice, come psicologo e come ricercatore?).

In tale doppio posizionamento, anche sul piano linguistico – la conoscenza della lingua inglese e francese – ha consentito di esplorare storie e traumi che sino a quel momento erano stati soltanto supposti.

## 7.1 Breve descrizione del campo

Il CESAIM è un'Associazione di Volontariato costituita nel 1993 per iniziativa di un gruppo di medici, infermieri e volontari, con lo scopo di garantire l'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari e, dunque, privi di copertura da parte del SSN.

Nel 2000, il CESAIM è stato individuato dall'azienda ULSS 20 di Verona come centro di prima accoglienza per l'erogazione e la prescrizione di prestazioni sanitarie “essenziali”, ovvero tutte le “prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche relative a patologie non pericolose nell'immediato o nel breve termine, ma che tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita “complicanze, cronicizzazioni, aggravamenti”, a cittadini comunitari presenti in Italia non ascrivibili al SSN e non assistiti dal Paese di provenienza (ENI); stranieri temporaneamente presenti non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (STP); rifugiati.

Durante il periodo della ricerca presso il CESAIM prestavano attività o collaboravano a titolo volontario 31 medici e 16 assistenti (di cui 14 infermieri).

I medici operanti presso la struttura, valutate le necessità dell'assistito, possono provvedere alla prescrizione di ulteriori accertamenti e alla fornitura di farmaci. Le associazioni Banco Farmaceutico, Federfarma Verona e Assofarm collaborano con il CESAIM donando farmaci di recupero.

In merito alle modalità di accettazione, i pazienti vengono accolti presso un apposito ufficio da due assistenti, che predispongono una cartella clinica cartacea, aprono una cartella clinica elettronica e pongono il paziente nella lista di attesa del giorno. Se la persona non è in possesso di una tessera STP/ENI oppure possiede una tessera già scaduta, l'assistente provvede a chiederne il rilascio o il rinnovo presso i Distretti Sanitari. Il software gestionale della cartella clinica, è stato elaborato dall'Associazione di Volontariato “Informatici senza Frontiere”, con sede a Treviso. Nella sala del Palazzo della Sanità sono disponibili 4 ambulatori, oltre agli spazi per l'accettazione, allo studio del Presidente, ad una piccola sala riunioni, a locali per la

Farmacia, servizi igienici.

L'attività ambulatoriale, ad accesso diretto, prevede:

- visite mediche e pediatriche gratuite;
- prescrizione e distribuzione gratuita di farmaci;
- prescrizione per esami di laboratorio, esami strumentali, visite specialistiche.

Previa prenotazione diviene invece possibile effettuare:

- Visite specialistiche (di tipo ginecologico, ortopedico, dermatologico, psichiatrico, diabetologico, gastroenterologico)
- Ecografie per attività di diagnostica generale (cardiaca, addominale, pelvica)
- Attività odontoiatrica ed oculistica con alcuni specialisti volontari del CESAİM presso ambulatori messi a disposizione dalla Caritas Diocesana

Gli ambulatori sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle 15 alle 17. I principali obiettivi perseguiti dal centro possono essere così enunciati: favorire l'uniforme applicazione, in tutto il territorio della Provincia di Verona, delle disposizioni regionali in materia di assistenza sanitaria; garantire assistenza sanitaria gratuita ad immigrati irregolari e rifugiati; tutelare la gravidanza e la salute del minore; prevenire e curare patologie trasmissibili nell'ottica della tutela sanitaria di persone immigrate e della popolazione residente; promuovere la solidarietà sociale e pratiche di accoglienza e integrazione; favorire il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2015 sono state eseguite 5580 visite, delle quali 1124 a pazienti incontrati per la prima volta e 4456 a pazienti già seguiti dalla struttura.

## **7.2 Limiti e risorse**

Il CESAİM è gestito esclusivamente da medici su base volontaria. Tale caratteristica del servizio rende gli incontri con i pazienti, in particolare quelli di tipo psichiatrico, piuttosto ridotti nel tempo (ogni due/tre settimane circa). La conseguenza immediata di tale limitazione riguarda la continuità dei percorsi di cura e la

profondità cui possono ambire. Dunque, le finalità primarie dei colloqui con gli psichiatri riguardano l'inquadramento diagnostico, la prescrizione del farmaco, il sostegno psicologico. Lo psichiatra che ho affiancato non ha una formazione propriamente *etnopsi*, ma si caratterizza per un grande interesse e una grande apertura verso le tematiche legate a tale impianto teorico, epistemologico, clinico. Pertanto, il lavoro necessita di continue negoziazioni che tengano conto della formazione di entrambi e dei tempi ristretti. Inoltre, il periodo durante il quale mi è stato possibile accedere al campo è stato piuttosto breve (marzo-luglio 2016) consentendomi di sviluppare esclusivamente alcune brevi considerazioni per la ricerca stessa sino a questo punto svolta – utili da confrontare con quanto emerso dalle interviste con psicologi e psichiatri.

La scarsità di risorse rende pressoché impossibile l'intervento dei mediatori culturali che, di volta in volta, possono essere sostituiti dai connazionali in attesa in corridoio – che si interessano, partecipano della vita dell'altro proponendosi in prima persona – o dai vari medici – in relazione alla conoscenza della varie lingue. In qualche modo, come sostengono le infermiere in accoglienza si riesce sempre a comprendersi, anche se non si condivide la medesima lingua. Una comprensione che passa in primo luogo per la praticità delle interazioni – come quelle relative al processo di accoglimento in entrata o alla prescrizione medica in uscita ma che si fa più complessa quando il comunicare riguarda prestazioni mediche specifiche, o in misura anche maggiore, prestazioni psichiatriche.

### **7.3 Immagini e vignette cliniche**

La partecipazione ai colloqui clinici con i pazienti e la frequentazione del centro hanno consentito lo sviluppo di una serie di riflessioni, cliniche in primo luogo – in virtù di questa doppia appartenenza – sul lavoro possibile con i pazienti stranieri, che sono divenute pretesto per approfondire alcune questioni della letteratura sino a questo punto della trattazione rimaste inesplorate. Presenterò di seguito immagini

e vignette cliniche con l'obiettivo di lasciare aperti alcuni interrogativi sulle modalità di questo incontro.

*Immagine 1: “erano tutti neri”*

La prima volta che sono entrata in ambulatorio mi sono ritrovata in un corridoio con moltissime sedie, tutte occupate da uomini, donne, bambini dalla “pelle nera”. Tutti in attesa, tutti con un numero tra le mani. Questa immagine più volte mi è tornata dinanzi agli occhi quando i dirigenti del servizio hanno ribadito la volontà di mantenere un certo anonimato, una certa discrezione sul proprio operato. In passato, molti hanno provato ad ostracizzare quel centro, a contrastarne i valori e le uguaglianze, mobilitando una resistenza silente ma densa. Una città, dunque, che non sempre accoglie e che trova in quel contesto il pretesto per esercitare la rabbia, la paura del diverso, nella negazione del diritto, convinti che questo altro stia sottraendo qualcosa al proprio. Si diviene così costretti a relegare le funzioni della cura a una *minoranza* – medica in questo caso – che si fa carico di un problema complesso come la cura di coloro che non sono tutelati.

La xenofobia è “*la malattia di gente spaventata, afflitta da complessi di inferiorità e dal timore di vedersi riflessa nello specchio della cultura altrui?*” (Kapuściński, 2015, p. 14)

*Immagine 2. Sofferenze incarnate, corpi che parlano*

A. giunge alla consultazione dopo un primo contatto con un altro medico – un urologo - della struttura. Vive in Italia da diversi anni e arriva dalla Nigeria.

Racconta, con un certo imbarazzo, di avere un problema sessuale (una disfunzione erettile, per l'esattezza): non riesce più ad avere rapporti con sua moglie. Esprime una profonda preoccupazione poiché è la prima volta che si trova a doversi confrontare con una simile esperienza.

Non riesce più a dormire la notte “per i troppi pensieri”, rischia di perdere il lavoro, sua moglie è in attesa del secondo figlio, non ha tempo per dedicarsi alla famiglia.

Dinanzi alle *sue* parole, il *nostro* modo della cura ha *semplicemente* tentato di problematizzare l'*ovvio*, ascoltando il suo corpo e *contestualizzandolo* le sue richieste.

A. chiedeva di essere *rassicurato* non soltanto rispetto ad una dimensione *per noi* familiare – quella che stabilisce una connessione tra lo psichico e il sociale, tra la difficoltà sessuale e la precarietà della condizione lavorativa – ma anche rispetto alla possibilità di *ri-significare un progetto*, quello *migratorio*, che sembrava essere progressivamente fallito nelle sue motivazioni. Pertanto, in tale occasione, abbiamo adoperato un *aggancio* pragmatico – aiutandolo a cercare una nuova occupazione e mettendolo in contatto con un'associazione del territorio preposta a tale compito – per lavorare sui vissuti di *incombenza* ed *oppressione* che sembravano attanagliare il suo esistere e che lo avevano condotto alla crisi.

Risso e Böker (1992), colgono nei disturbi somatici un particolare idioma della sofferenza. Il corpo diviene luogo abitato da sensazioni straniere, da esperienze di mutamento che richiedono di interrogare continuamente il mondo e le intenzioni dell'Altro. “*La sintomatologia corporea [...] rappresenta un mezzo di espressione col quale i pazienti possono immediatamente appellarsi e comunicare con l'ambiente circostante. In tal modo, possono mostrarsi legittimamente “malati” e “sofferenti”. Dato che si è ammalato il corpo, possono sperare di guarire perché i disturbi corporei possono regredire*” (Risso, Böker, 1992, p. 156).

Il corpo di A. ci ha narrato una storia, non riducibile al sintomo manifesto. Una storia che racconta di terre lontane, viaggi e aspettative – spesso disilluse – e che adesso trovano in questo corpo *ferito* l'unica possibilità di essere viste e accolte, riconosciute e curate nella loro globalità.

### *Vignetta clinica 1: cosa farne degli spiriti?*

A. dimora presso un centro di accoglienza. Vive in Italia dal 2015; ha incominciato il suo viaggio – di fuga, scopriremo in seguito - qualche anno prima partendo dal Ghana e compiendo un breve passaggio per la Libia. Giunge al colloquio accompagnato da un operatore. Il colloquio si svolge in inglese, con il sostegno e l'aiuto dell'educatore che lo accompagna e che funge evidentemente non da

mediatore in senso stretto – linguistico o culturale – ma da *mediatore relazionale*: si rivolge ad A. guardandolo negli occhi e ponendosi vicino al suo volto, in una prossemica che lascia intendere un tentativo di rassicurazione in merito alle nostre intenzioni.

L'operatore ci racconta che A. lamenta incubi ricorrenti a carattere violento, in cui si riconosce inseguito e perseguitato da *qualcuno*. I sogni avvengono principalmente durante il riposo notturno, svegliandolo di soprassalto, con un crescente stato di angoscia, tachicardia ed eloquio disorganizzato.

Lo statuto epistemologico di questi sogni non mi è chiaro sin dall'inizio. Ho la sensazione che tali *nightmares* si accompagnino a qualcosa d'altro, soprattutto quando l'operatore rivela quale sia il reale motivo per il quale si sono rivolti al servizio. La preoccupazione della cooperativa riguarda il comportamento diurno di A., il quale trascorre la maggior parte del tempo in solitudine, fisica e relazionale, e si rifiuta di uscire dal centro con i suoi compagni. Il suo atteggiamento è piuttosto sospettoso e sembra essere spesso spaventato.

Ci rivela, nel corso del secondo colloquio, che per *contrastare* questi sogni si è rivolto ad un "herbalist", che pare averlo sollevato solo per un breve periodo dall'angoscia. Proviamo ad esplorare, con molta delicatezza, il vissuto e le ragioni che lo portano a perdurare in questa condizione di isolamento. Dichiara in effetti di sperimentare un forte senso di paura, paura di essere trovato, di essere ucciso. È iniziato qui un racconto confuso e frammentato di storie di famiglia, di eredità e omicidi in cui sembrano essere coinvolti il padre ed il nonno e che indirettamente lo riguardano in quanto figlio e nipote. Per tali questioni sembra che egli sia fuggito dalla sua terra e che il timore di essere trovato da queste persone/entità (persone che diventano entità nel colloquio che segue) lo porti a trascorrere gran parte del suo tempo da solo, per il timore che qualcuno possa ritrovarlo e ammazzarlo. L'assenza di un mediatore e l'incertezza del raccontare di A. rendono l'ascolto e la comprensione molto complesse, nonostante ci sia un continuo tentativo di confronto e condivisione con lo psichiatra e l'operatore. Tuttavia, ciò che resta di questo incontro è la sensazione che ci sia qualcosa di taciuto, che ci sia una grande fatica

*del dire.*

Nei colloqui successivi ci saremmo potuti soffermare su tutti quegli aspetti utili a confermare o disconfermare una diagnosi, secondo quanto ipotizzabile a partire dalle informazioni in nostro possesso: aspetti depressivi (isolamento, umore flesso, perdita di interesse per le attività), disturbo post-traumatico da stress (I sogni traumatici rievocano ripetutamente un trauma?), psicosi schizofrenica (i sogni allucinazioni? C'è un delirio paranoideo?). In realtà, disarmati dinanzi al racconto di A. e alla sensazione di eccedenza presente nei suoi discorsi, abbiamo semplicemente deciso di accogliere contenuti e vissuti, per come si presentavano dinanzi a noi, di restare immobili a guardare come si sarebbe potuto sviluppare il discorso, abdicando per qualche istante a modelli ed interpretazioni *per noi* familiari.

Così, durante il secondo colloquio, proviamo a muoverci in una dimensione intermedia, in un framezzo in cui nulla è dato per scontato, nulla è degno di essere considerato non reale – per noi e per l'altro. Ed entro tale framezzo scopriamo che quelle persone delle quali A. teme la *presenza*, sono degli spiriti e non è possibile parlarne perché potrebbero ascoltarlo, anche nel tempo del colloquio. Pronunciare l'espressione: “qui non può ascoltarti nessuno al di fuori di noi”, deve avere rovesciato letteralmente il piano di affidabilità entro cui A. ci aveva collocati: la storia, quella del colloquio precedente, ha cambiato il suo corso ed è divenuta storia di influenze che si muovono nella dimensione dell'invisibile e regolano la vita, la sua vita.

Le nostre possibilità di intervento si riducono qui ai limiti dell'istituzione entro cui siamo collocati, delle conoscenze e dell'esperienza che possediamo in ambito etnopsichiatrico, dei modelli clinici e teorici che ci attraversano. Pertanto, sentiamo solo di poter fare un movimento di apertura verso mondi altri della cura e di avviare un contatto con la terra di origine, provando a muovere su altri piani e dentro altre epistemologie il processo di presa in carico. Il contatto con la madre, ancora in Ghana, ha permesso di stabilire un'alleanza con il curatore locale e di avviare una guarigione che fosse più vicina al mondo di A., di fronte al quale non abbiamo osato tacciare, diagnosticare, giudicare. Mentre il movimento della cura di A. proseguiva



su altri livelli, con un notevole miglioramento della situazione emotiva, la cooperativa ci richiedeva una certificazione degli incontri e soprattutto una diagnosi, che potesse essere utilizzata per ottenere un permesso di soggiorno.

Le letture possibili dinanzi a tale incontro risultano molteplici e potrebbero aprire a numerose riflessioni, che riguardano la sofferenza di A., il nostro – forse mancato – intervento, il senso dei colloqui, la richiesta della diagnosi per finalità altre. In realtà, mi soffermerò soltanto su uno degli aspetti di analisi possibili, partendo da un interrogativo che richiama alcune questioni già emerse durante le interviste con psicologi e psichiatri: *cosa farne di questi spiriti?* Possiamo scegliere di ricondurli immediatamente entro la dicotomia cultura vs patologia, comprimendoli nel primo caso entro una bizzarria o credenza obsoleta a carattere culturale, nel secondo caso entro una diagnosi di schizofrenia, in cui il mondo dell'altro è pervaso da allucinazioni visive e uditive.

Oppure possiamo interrogarci su di noi e sullo statuto di realtà del mondo come ci si presenta, sulle diagnosi che troppo frettolosamente approntiamo, sui giudizi etnocentrici relativi al mondo che l'altro mi presenta.

La storia clinica di A. diviene pretesto per riportare alcune riflessioni sviluppate da Ernesto De Martino (1948) a proposito del mondo magico.

E così egli afferma: “*si consideri, per esempio, la domanda: “ci sono gli spiriti?” la risposta tradizionale è: “gli spiriti tradizionali non ci sono, non ci sono stati mai stati. Sono frutto della superstizione, di credenze arbitrarie, di mondi storici sepolti o anche di stati psichici morbosi”* (p.197). Una risposta, secondo l'Autore che può dirsi soltanto vaga, superficiale, polemica. “*Senza dubbio, gli spiriti non ci sono, e se assumiamo come unica forma di realtà quella correlativa alla presenza decisa e garantita al mondo dato della nostra civiltà. Ma per poco che togliamo a problema non solo gli spiriti ma anche il nostro concetto di realtà, ecco che gli spiriti possono anche esserci* (p. 197). Cosa intende, dunque, De Martino quando afferma che l'esistenza degli spiriti possa anche essere accettata? Così egli continua: “*in un ordine culturale in cui l'unità del mondo e dei suoi soggetti è problematica (...), vi può essere realmente un oltre sistemato di forze, energie, demoni e spiriti.*” (*ibidem*). La principale tendenza potrebbe essere quella di tradurre nel nostro linguaggio culturale (*ibidem*) che gli

spiriti siano proiezioni o personificazione di elementi affettivi ed esperienziali. In verità, *“nel mondo storico che è loro proprio gli spiriti sono reali così come proprio vengono figurati e sperimentati dalla credenza e solo un nostro malinteso polemico li può abbassare a immaginazioni arbitrarie”* (ibidem). Pertanto la domanda: gli spiriti ci sono? può solo generare una risposta di questo genere: *“se per realtà si intende il dato deciso e garantito del nostro mondo culturale, gli spiriti non ci sono. Ma se riconosciamo una forma di realtà che nel corso del dramma esistenziale magico storicamente determinato emerge come riscatto di una presenza in rischio in un mondo rischio, dobbiamo altresì accogliere la realtà degli spiriti per entro la civiltà magica. In questo senso, gli spiriti non ci sono ma ci sono stati e possono tornare nella misura in cui abdichiamo al carattere della nostra civiltà ridiscendiamo sul piano arcaico dell'esperienza magica”* (p197).

La questione relativa al mondo magico, ci interroga sui presupposti ovvi – secondo un tema caro alla fenomenologia – che riguardano mondo e realtà: *“Dobbiamo cominciare con il sottoporre a verifica proprio il presupposto “ovvio” della irrealtà dei poteri magici, cioè determinare se e quali poteri sono reali. (...) ma per poco che l'indagine venga iniziata e condotta innanzi, si finisce prima o poi con il rendersi conto che il problema della realtà dei problemi magici non ha per oggetto soltanto la qualità di tali poteri ma anche il soggetto di giudizio (i poteri magici) ma anche la stessa teoria giudicante (il concetto di realtà).”* (De Martino, 1948, p. 22).

La nostra storia, le nostre teorie sul mondo vengono così scardinate e rimesse in discussione nell'incontro con realtà, come quella magica, che lungi dal potersi dire immediatamente risolte entro uno statuto di non esistenza, finiscono con il restituirci un'immagine parziale e provvisoria di quanto per noi può dirsi reale. Tali considerazioni comportano una ricaduta immediata sullo statuto di una disciplina come quella psicopatologica, la quale perdendo la consapevolezza dei propri limiti *“tende a fare astrazione da questa storicità e a tutto agguagliare nella indifferenza storiografica dei concetti di sintomo, sindrome, delirio, fobia, ecc. Una determinata situazione psichica non è vista nel rapporto storico culturale in cui si trova e in cui riceve senso e valore, ma viene astratta da quel rapporto e artificialmente paragonata e agguagliata a una situazione psichica che, ricevendo senso e valore in un rapporto storico sostanzialmente diverso solo apparentemente è analoga.”* (ibidem, p. 183)

*Vignetta 2: "facciamo il giro del mondo"*

L'incontro con K. avviene in modo insolito. La richiesta pervenuta al servizio è di visitare a domicilio un giovane ragazzo africano. Il domicilio in questione è, in realtà, una chiesa e gli ospitanti sono preti cattolici, spesso in giro per il mondo come missionari. La preoccupazione è divenuta crescente nei padri poiché K. da giorni rifiuta di dormire nel letto della sua stanza – in particolare da quando gli sono state cambiate le lenzuola – e trascorre gran parte della notte su una sedia con una coperta sulla testa che gli avvolge tutto il corpo. Ha perso l'appetito e appare smarrito. Lo psichiatra mi chiede se posso accompagnarlo ad incontrare il ragazzo ed io accetto. Una volta giunti, sotto la pioggia battente, presso la sagrestia della chiesa ad attenderci ci sono un prete e un missionario che immediatamente ci illustrano la situazione. K alloggia presso la loro abitazione da una settimana circa, dopo essere stato ritrovato dai carabinieri in stato di semi-incoscienza sul ciglio della strada. Giunto in Italia come atleta, era stato rapidamente abbandonato dal suo procuratore poiché considerato troppo anziano e così in condizioni di povertà totale aveva iniziato a vagare per il Nord Italia, ritrovandosi infine in prossimità di V. Dopo un breve colloquio iniziale con i due uomini, mi dirigo al piano di sopra dove si trova la stanza di K e in presenza del medico, busso alla sua porta. Mi risponde che posso entrare. Ed effettivamente K è lì, sotto quella coperta di lana pesante di color marrone. Si sfilata la trapunta e con gli occhi di chi ha dormito molto (o ha dormito troppo poco) mi sorride. Mi presento e già molti interrogativi affollano la mia mente. Iniziamo a chiacchierare in italiano. K ha una buona conoscenza della *nostra* lingua. Si scusa perché non ha pulito bene la sua stanza ed è tutta piena di polvere. Il suo sguardo si rivolge sempre altrove, non incrocia mai il mio. Mi racconta della sua famiglia, delle sue sorelle, della sua storia. Immersa nel suo mondo, ho completamente dimenticato la ragione per la quale sono lì. Non ho più in mente la psicosi, la depressione, le bizzarrie, i farmaci. Mentre io *dimentico*, lui *mi ricorda* che trascorre le sue notti su quella sedia con addosso quella coperta. Gli chiedo per quale motivo e mi dice che quelle lenzuola *sono troppo pulite* per lui. E che poi la notte

li fa troppo freddo e allora si copre anche la testa. Intanto, ho smesso di farmi domande e sono là con lui in quella stanza, dove non c'è più un filo d'aria. Continua a raccontarmi della sua vita in quella abitazione e di come trascorre le sue giornate, che si annoia perché non ha nulla da fare e gli unici libri messi a sua disposizione sono Bibbie. Vorrebbe un libro in francese perché gli manca. Gli dico che se vuole può parlarmi in francese perché un poco lo capisco. E allora i suoi occhi si illuminano, comincia a parlarmi in una lingua a lui più vicina e così anche i suoi racconti prendono un'altra forma. La speranza, i sogni, il viaggio, la migrazioni sono *solo* della lingua che gli (ci) appartiene più propriamente e solo in questa lingua possono essere narrati. Solo adesso può dirmi che è arrivato in Italia per inseguire il suo sogno, per poter far crescere il suo cuore, per vedere altre cose. Sono riuscita a comprendere solo una parte delle cose narrate, per l'impeto con il quale raccontava; tuttavia, i suoi occhi, il suo sguardo, le sue mani mi hanno lasciato intendere che, sebbene parlasse una lingua che non capivo perfettamente, eravamo divenuti meno estranei perché quella lingua era la *sua*, per parlare di sé. Quella è stata l'ultima volta che l'ho visto. È stato trasferito altrove dopo qualche giorno e non saputo più nulla di lui. Ci siamo salutati accanto a quel mappamondo, nella sua stanza, domandandoci quale sarebbe stata la nostra prossima tappa *altrove*.

Anche questo incontro, che poco sembra mostrarci della clinica, ci svela invece come la potenza della relazione ecceda gli intenti nosografici. Ma ciò sul quale mi piacerebbe soffermarmi è soprattutto e, in primo luogo, la questione della lingua.

*“La lingua rappresenta una forma specifica del sistema culturale che serve a determinare il senso di appartenenza di un individuo e le sue possibilità di scambio sociale all'interno del proprio gruppo, assegnando al soggetto una posizione differenziata rispetto a coloro che non appartengono allo stesso campo linguistico.”* (Inglese, 1996bis, p. 14)

La lingua propria evoca tutto l'universo fisico, relazionale, esperienziale e conoscitivo di colui che parla. Universo che rappresenta lo sfondo strutturale in cui l'esistenza di un gruppo o di un individuo sono contenuti. *“Da questo sfondo può infine emergere l'individuo con le sue caratteristiche soggettive. Ma questo sfondo può essere ricostruito solo attraverso l'utilizzazione della lingua originaria abitata dal paziente.”* (*ibidem*).

Possiamo compiere un ulteriore passaggio riferendoci alla parole di Nathan: *“Per ascoltare ciò che c'è dietro la parola occorre che non ci sia alcun ostacolo alla comprensione della parola”* (Nathan, 1993, p. 73). Quando la lingua non è condivisa l'incomprensione può dirsi totale e tutte quelle forme di preziosismi verbali – che si è soliti definire empatia, comprensione intuitiva etc. – non modificano l'evidenza di tale incomprensibilità. *“Ma quando si tratta di esprimere dei pensieri su di sé, sugli altri e sul mondo, la differenza di lingua diventa un ostacolo insormontabile. In clinica, l'ostacolo alla comprensione è esattamente l'impressione che ci si comprenda (...)”* (p. 72)”. E così egli ci ricorda che non è il vivere entro un Paese, lavorarci, l'aver appreso una lingua a risolvere la questione del comprendere e del farsi comprendere, dell'integrazione e della disintegrazione identitaria. Tali considerazioni potrebbero dirsi in contrasto con quanto la fenomenologia ci ha reso *evidente* circa la comprensione primordiale, ma mai esaustiva dell'altro, che si gioca anche sul piano della carne. I due discorsi, quello etnopsichiatrico e quello fenomenologico, si integrano e compenetrano nell'incontro con il paziente straniero – dove straniero è straniero sempre, non solo culturale – poiché l'umano, irriducibilmente umano, il cui avvicinamento è già da sempre possibile e presente, si compenetra con la socialità - di cui la lingua è espressione primaria – del mondo intersoggettivo in cui abitiamo.

Quando ci si ostina a ripetere che i pazienti stranieri facciano discorsi concreti, che non riescano ad affrancarsi dalla materialità del corpo e dei fatti, si dimentica che quella lingua – la nostra - non accomoda gli affetti, ma spinge verso un riduzionismo del vivere tutto costretto entro i limiti di un vocabolario. Si trascura che il paziente straniero si trova sempre in sospensione tra due mondi e che la fragilità di cui si fa portatore, spesso ragione di una sofferenza estrema, non può trovare sempre adeguata espressione nel linguistico.

Pertanto, il lavoro clinico con i pazienti migranti si muove alla ricerca dei dispositivi di vulnerabilità: *“segnalano i luoghi ove andare a cercare gli snodi cruciali nella storia di vita di una persona (...) noi cerchiamo di approfondire la natura e la modalità di esistenza che (...) che*

ci rivela"<sup>10</sup> (Stanghellini, Rossi Monti, p. 205). Un lavoro subordinato “*alla costruzione di un quadro relazionale ispirato al rispetto dei “loro esseri invisibili” (geni, spiriti, divinità, antenati), dei “loro modi di fare” (lingua originaria, alleanze familiari, intermediari tradizionali, riti), dei loro “dottori (guaritori tradizionali), dei loro oggetti di culto (amuleti, feticci). Il rispetto di queste modalità implica che il clinico occidentale attraversi una multidimensionalità teorica, problematica e contraddittoria insieme (antropologia, sociologia, psicologia, psicoanalisi), senza la quale le sue concezioni le sue concezioni sul paziente risultano fortemente riduttive e causano l'amputazione delle originarie caratteristiche culturali del paziente stesso.*” (Inglese, 1996bis, p. 13).

Nathan (1994) considera la cultura come struttura specifica di tipo esterno, dunque sociale, che detiene e contiene il funzionamento dell'apparato psichico. Essa rappresenta, dunque, il fondamento strutturale e strutturante dello psichismo. La cultura si configura come un sistema che da una parte contribuisce alla costruzione del mondo del singolo, dall'altro ne assicura la tutela dalle crisi della presenza.

L'apparato psichico può, quindi progettarsi secondo un principio di autonomia funzionale soltanto restando in un ambiente oggettuale che protegga il senso di identità psichica e culturale dell'individuo. Nella migrazione l'involucro identitario – fatto di contatti, luoghi, esperienze sensoriali primarie – si frammenta e viene perduto. L'identità soggettiva perde il suo contenimento, il suo deposito, il suo legame e il funzionamento mentale si altera (*ibidem*). Pertanto, le principali difficoltà emergenti nella relazione tra paziente straniero e clinico occidentale risiedono non tanto nelle supposte carenze strutturali di entrambi, quanto piuttosto nel dispositivo usuale di cura (psicologico o psichiatrico) che, reificando il paziente entro una nosografia estranea e naturalizzando la sua malattia, dimentica tali premesse e resta incagliato in una conoscenza dell'altro fatta di sintomi, non di significati. Il lavoro del terapeuta dovrebbe dirigersi, piuttosto, verso la costituzione di un nuovo involucro per il paziente, che possa esercitare una duplice funzione di contenimento

---

<sup>10</sup> “Chiamiamo vulnerabilità l'alterità che trovo in me stesso quando, come persona, non riesco a dialogare con essa (...) Chiamiamo trauma l'alterità che incontro nei miei rapporti con il mondo esterno, quando come persona non riesco a dialogare con essa. Un tratto vulnerabile e un trauma sono l'effetto della sproporzione tra la persona e una data disposizione e un dato evento.” (Stanghellini, 2017, p. 43)

e di aggancio per i contenuti mentali e relazionali della persona (*ibidem*).

#### **7.4 Brevi considerazioni conclusive**

L'esperienza e l'osservazione clinica svolta presso il Cesaim – seppur ridotta nel tempo –, in aggiunta alle considerazioni elaborate a partire dalle interviste con psicologi e psichiatri, hanno consentito di far affiorare una serie di riflessioni fondamentali in merito al lavoro possibile con i pazienti stranieri nei servizi di cura. In primo luogo, emerge la necessità di revisionare e de-costruire criticamente le categorie psicologico-psichiatriche e gli strumenti della valutazione abitualmente adottati con l'Altro, rivelandone debolezze epistemologiche e inganni manipolatori. Interrogarsi sulle dimensioni culturali e simboliche della sofferenza e della cura, sul senso della malattia nella popolazione immigrata – come in quella autoctona – può, tuttavia, rivelarsi non sufficiente.

Pertanto, diviene necessario proseguire con la problematizzazione urgente e perentoria delle nozioni di “cultura” e di “differenza culturale”, che si richiamano sempre più frequentemente ad appartenenze provvisorie, parziali, multiple e legate a processi locali, transnazionali, de-territoriali. Di certo, non possiamo più illuderci che il comportamento dell'Altro sia solo spiegabile *con* e *attraverso* la cultura di appartenenza o di origine della persona incontrata.

Dunque, una strategia della cura efficace diviene possibile soltanto situando e contestualizzando tali nozioni entro i rapporti di forza e le egemonie politiche che ne definiscono i confini, criticando in modo esplicito le strategie che propongono forme di controllo della migrazione a carattere discriminatorio e razzista.

Non possiamo ignorare che la diversità culturale esista, ma dobbiamo ri-significarla. La cura del paziente straniero, ovunque essa si collochi, deve interrogare il senso della sofferenza del singolo e cogliere, al tempo stesso, le contraddizioni storiche e politiche tanto del Paese che accoglie, quanto di quello che obbliga alla migrazione. L'etnopsichiatria, nei luoghi della cura, rischia di restare intrappolata in dispute e contraddizioni di ogni sorta che riguardano la legittimità o meno di costruire servizi che siano rivolti in modo esclusivo agli immigrati, il rischio di riferirsi a sistemi

terapeutici tradizionali, la dicotomia cultura/patologia - che riconduce entro l'alveo dell'una o dell'altra dimensione la sofferenze del paziente. Rischi che si sommano a precise logiche di gestione dell'istituzione sanitaria improntate alla riduzione della risorse e alla economizzazione della prestazione sanitaria, nonché ad una crescente adesione a modelli della cura prettamente biologici e farmacologici.

Contraddizioni che non potendo essere mai adeguatamente superate, richiedono perlomeno di *essere riconosciute*. Un riconoscimento che si rende possibile soltanto laddove le pratiche della cura, in particolare quelle etnopsichiatriche, sappiano criticizzarsi e storicizzarsi, guardando non solo alla cultura dell'Altro ma alle *proprie* matrici culturali, non trascurando i contesti entro cui la costruzione delle differenze e delle rappresentazioni dell'alterità sono state legittimate. Un riconoscimento che si rende possibile solo denunciando quella “*specifica degenerazione dell'essere insieme (mitsamt)*” che consiste “*nella produzione discorsiva delle ideologie, cioè di rappresentazioni della realtà orientate al perseguimento di interessi di gruppo particolari (...) interpretazioni deformate e deformanti (...) funzionali alla giustificazione delle condizioni di dominio.*” (Mininni, 2007, p. 90)

Soltanto in questo modo, la psicologia può istituirsi secondo un *orientamento generativo* (Moghaddam, 1990), interessato alla ricerca di nuove soluzioni, alla riformulazione di problemi e di strategie di intervento e in grado di *considerare* gli attori che partecipano alla relazione. Una psicologia, dunque, che sia interessata ad *ascoltare* l'Altro e i suoi bisogni, senza che questi possano in qualche modo essergli *imposti* o che siano *supposti*, una psicologia che interpelli l'alterità e la renda partecipe della sua stessa cura, in tutte le sue significazioni possibili.



## CONCLUSIONI

La ricerca presentata ha tentato di offrire una comprensione, seppur parziale, del fenomeno dell'estraneo, declinata in una particolare esperienza di incontro con l'alterità, quella tra psicologo/psichiatra e paziente straniero durante la valutazione diagnostica. Una ricerca, dunque, che ha esplorato quali difficoltà possono nascere nel confronto con la ineliminabile questione dell'estraneità, declinata nei luoghi della diagnosi e della cura. L'incontro con l'altro ci minaccia poiché il suo dirimersi può accadere soltanto sfidando la nostra identità, i nostri schemi abituali.

La diagnosi, con il suo impianto istituzionale *tangibile*, è divenuta qui *pretesto*, non soltanto per chiarire alcune prassi – quella di lavoro con il paziente straniero – ma anche per avviare una riflessione su questioni più ampie e complesse, per rendere *visibile* ciò che *ovviamente* accade nel quotidiano.

Emerge – dalle risposte al questionario, dalle parole degli intervistati, dalle prassi di cura – una forma dell'incontro con l'*alterità straniera* – forma intesa come invariante strutturale dell'esperienza dell'estraneo - in cui si radicalizzano i razzismi, le paure, le certezze, le accoglienze, possibili e impossibili, consapevoli e inconsapevoli.

Lo psicologo e lo psichiatra sono *destinati* ad incontrare l'alterità – in tutte le sue *possibilità*. Un destino *ineluttabile* che impone una continua rimodulazione della propria identità personale, professionale, umana.

L'estraneità dell'Altro mi coglie sempre *impreparato*, mi *attanaglia*, mi *de-stabilizza*. Dinanzi all'incertezza e alla parzialità *sempre totale* dell'accesso all'alter, *una* alternativa possibile – quella che più frequentemente individuata nelle narrazioni di psicologi e psichiatri – dimora nella *difesa implacabile*. Un baluardo che si esprime, in primo luogo, nel *modo* del *mai-visto* (*jamais-vu*), nel mancato riconoscimento di quella familiarità comune a tutti gli esseri umani che risiede – paradossalmente - nel *non-familiare*, nello sconosciuto che dimora dentro ciascuno – il perturbante – e che rappresenta il comune *fondamento* a cui attingere per accedere ad un'autentica esperienza dell'estraneo. Una possibilità, dunque, che manca di riconoscere l'altro nella sua dimensione più profonda, de-umanizzandolo. Mentre viene disconosciuta

la *nostra* estraneità – quella che *ci* appartiene in quanto esseri umani, il riparo dall'altro si perpetua anche nell'affermazione *strutturale* della *propria* identità – professionale in questo caso -, innalzando ad universali e naturali i nostri sistemi, le nostre leggi, le nostre categorie. Dinanzi all'estraneo, dunque, *rinforzo* il mio posizionamento *occultandolo*, in nome di una universalità prospettica sul mondo.

La struttura della *difesa*, nelle sue infinitesime possibilità espressive, non riguarda esclusivamente l'incontro diagnostico; essa si presenta e ripresenta tutte le volte che, nel quotidiano, avvertiamo la minaccia di questo estraneo: mentre *pensiamo* che invada le *nostre* strade e invece *dovrebbe* tornare a casa propria, che sia *arrivato* in Italia per rubarci il lavoro, che provenga da una *cultura inferiore e arretrata*, che non sia in grado di comprendere l'italiano e, dunque, mi sento autorizzato a parlargli dandogli *del tu*.

Un'*altra* possibilità di questo incontro, si manifesta allorché, dinanzi allo straniero, mi arrischio in un continuo procedimento di decolonizzazione del pensiero – come direbbero De Castro e Descola -, che destituisca le nostre categorie, i nostri schemi da ogni pretesa di centralità e assolutezza e ammetta che la nostra alternativa sul mondo sia soltanto una tra le possibili.

A conclusione di tale lavoro, partendo dalle considerazioni qui menzionate e da alcuni spunti teorici della letteratura fenomenologica, ci muoveremo verso una riflessione sul metodo per pensare ed incontrare l'altro, *anche* culturalmente altro.

In Husserl<sup>11</sup>, l'altro si dà come inaccessibile: non svela la sua struttura di senso ma la *manifesta*, lasciandola apparire come mancante. Tale inaccessibilità è originaria; in essa si genera tanto il desiderio di accostarsi all'altro, quanto l'avversione per l'inattuabilità di un appressarsi diretto.

Ogni gruppo sociale costituisce un proprio mondo culturale, nella molteplicità dei mondi possibili. Il corpo rappresenta il fondamento a partire dal quale posso accostarmi all'alterità; allo stesso modo, la cultura propria rappresenta il fondamento a partire da cui posso considerare le altre culture: “*Qui il primordiale è costituito da me e*

---

<sup>11</sup> Tali considerazioni non sono svolte da Husserl nel testo delle *Meditazioni cartesiane* ma si trovano in manoscritti pubblicati soltanto molti anni dopo la sua morte [*Husserliana XIII-XV: Zur Phänomenologie der Intersubjektivität 1905-1920, 1921- 1928, 1929-1935, 1973*]

dalla mia cultura di contro a ogni cultura straniera. Quest'ultima è accessibile a me e alla mia cultura solo per una specie di esperienza dell'estraneo, una specie di empatia (*Einfühlung*) nell'umanità culturale altrui e nella sua cultura; ed anche questa empatia ha bisogno di una ricerca intenzionale." (Husserl, 1932, pag. 94). Per comprendere il significato, le logiche e la struttura di altre culture diviene necessario *regredire* alle *operazioni costitutive* che ne istituiscono i fondamenti, iniziando proprio da *se stessi* e dalla *propria* cultura (Ales Bello, psicologia fenomenologica, pag. 23). È soltanto nell'originaria regressione a se stessi che la *comune struttura umana* può essere colta. Husserl (vol II, 9, 10) riconosce che le comunità umane, sebbene presentino ciascuna la propria visione del mondo e le proprie caratteristiche culturali, siano riconducibili ad alcune strutture fondamentali che rappresentano il fondamento della comunicazione e del dialogo. La somiglianza tra esseri umani si realizza così, in particolare, nell'*atto del sentire* l'altro, entro cui risiede la possibilità di entrare in relazione per accedere, solo su un piano *strutturale*, a quanto l'altro sta vivendo. Nella percezione e nel vissuto dell'altro posso riconoscere una somiglianza ma non potrò mai accostare effettivamente *come* l'altro stia percependo o vivendo. L'insopprimibile singolarità dell'uomo non potrà, dunque, essere infranta.

Mohanty (1994) si interroga su come possa costituirsi, entro una prospettiva fenomenologica, il senso "altra cultura", partendo proprio dalla riflessione husserliana sull'*alter ego*. Comincia la sua analisi domandandosi se sia possibile sovrapporre, da un lato, la questione relativa al *come* si costituisca il senso *alter ego*, dall'altro quella relativa al *come* si costituisca il senso *altra cultura*. Ad un'analisi attenta, egli afferma, tali questioni sembrano rivelare importanti contraddittorietà.

Applicando il metodo husserliano alla costituzione della cultura, dovrei operare una rimozione, dalla mia esperienza solipsistica della cultura, di tutte le componenti che derivano dal commercio con *altre* culture. Ma come posso essere certo che alcune componenti della mia cultura non siano derivate da altre fonti? In altre parole, una corrispondente riduzione alla sfera del proprio non può essere effettuata a tale livello. Soltanto il mito della *purezza* può portarci a credere che sia possibile una riduzione alla sfera del proprio (culturale). A livello dell'*ego* e del suo *alter* esiste

un'alterità reale, una discontinuità che è difficile negare. In altre parole, è difficile negare che due differenti persone abbiano due differenti ego e, a questo livello, la purezza omogenea del mio ego è un fatto non discutibile - o perlomeno questo è quello possiamo ipotizzare su un piano della consapevolezza. In merito alla cultura, la pretesa di sovranità all'interno del proprio dominio diviene profondamente discutibile. Si può rintracciare un'alterità di superficie - ad esempio la cultura tedesca e quella indiana sono differenti. Ma cosa mi garantisce che ricercando nelle origini storiche di ciascuna cultura non siano presenti in qualche punto mescolanze e influenze? E dunque, egli afferma: Come possiamo dire che C1 e C2 siano culture differenti? Quando C è una cultura straniera? Potremmo dire che C1 e C2 siano mutualmente straniere? Ma cosa ci assicura, in ogni caso, che nelle loro storie generative C1 e C2 non abbiano, ad un certo punto, percorso un sentiero comune che ne ha preceduto la separazione? Il fatto che C1 e C2 abbiano sistemi linguistici differenti non può considerarsi risposta sufficiente. E, dunque, che caratteristiche dovrebbero avere linguaggi differenti - fino al punto di essere non traducibili - per poter essere considerati come mutualmente stranieri? Potremmo dire che non esiste alcuna cultura straniera ma che esistono solo differenti gradi di estraneità? La stessa idea di progressione di estraneità risulta ambigua dipendendo dallo specifico aspetto culturale che, di volta in volta, si prende in considerazione. In primo luogo, afferma Mohanty, possiamo sostenere che ogni cultura *autoctona* possa contenere elementi di una cultura *straniera*. In secondo luogo, la cultura autoctona non è una struttura monolitica ma contiene strati che sono *estranei* gli uni agli altri. Pertanto, il problema della costituzione trascendentale, così come è stato formulato da Husserl rispetto all'alter ego, non può essere semplicemente riferito all'altra cultura. Se non abbiamo la possibilità di effettuare una riduzione alla sfera del proprio, ovvero ad una sfera di purezza della propria cultura, come facciamo a comprendere una cultura straniera. Qui Mohanty propone un ritorno alla domanda iniziale: come possiamo riconoscere una cultura come cultura straniera? Che tipo di esperienza ne facciamo?

Tutte le differenze possono essere mostrate e ricondotte entro una grande cornice di senso. Prima di tutto, i differenti mondi culturali appartengono alla medesima natura e sono parte della stessa dimensione spazio-temporale.

*Noi e loro* percepiamo la stessa natura, sebbene *loro* non attribuiscono ad essa e ai suoi elementi gli stessi significati che *noi* le attribuiamo. In secondo luogo, noi siamo incarnati nel *nostro* corpo esattamente come *loro*, tutti similmente strutturati. In terzo luogo, le nostre vite mentali presentano ad un certo livello una medesima struttura, sebbene sia possibile che le varie culture imprimano delle differenze su altri livelli. Infine, i nostri bisogni biologici e gli istinti di base possono, sotto qualche punto di vista, essere gli stessi. Stabilita tale cornice di riferimento, la conclusione più immediata è che *nessuna* cultura può dirsi totalmente differente rispetto alla nostra. Di conseguenza, come scrive Husserl, “*qualunque cosa che sia così straniera, così inintelligibile, ha un fondo di familiarità*” (Hua XV, 432). L’estraneità *più estranea* è ancora familiare nell’esistenza di comuni aspetti spaziali, temporali, umani, etc (Ibid, 430). Le “in-familiarità nel familiare”, possono essere comprese come “possibilità dell’esperienza” (ibidem, 430). Dunque, il contrasto tra cultura autoctona e straniera non può sussistere poiché il non familiare è una caratteristica di tutti i “mondi” (ibidem, pag. 431). Non è necessario *andare altrove* per incontrare l’altro: il non familiare, il non intellegibile, lo strano, lo sconosciuto *sono già da sempre incontrati* entro il proprio mondo. L’altro rappresenta, dunque, un limite per il comprensibile e il conosciuto. In che modo diviene possibile oltrepassare questa estraneità? La *comunicazione reciproca* rappresenta il presupposto di tale superamento. Quando uno scienziato sociale o un viaggiatore empatico, afferma Mohanty, provano a incontrare i nativi di una popolazione, la comprensione può superare l’estraneità soltanto quando basata su una comunicazione reciproca. Spesso accade, infatti, che il tentativo di comprendere l’altro sia unilaterale. Lo scienziato osserva e interpreta il nativo. Al massimo, c’è un informatore che traduce la lingua del nativo per lo scienziato. Soltanto quando questa modalità unilaterale di “dare senso” al nativo viene superata dalla mutualità del “dare senso” l’uno all’altro, l’estraneità può essere superata. L’altro può essere conosciuto solo nella *comunicazione mutua e reciproca*, e

non nella conoscenza unilaterale. L'idea di un mondo comune per tutti si costituisce attraverso tale comunicazione e può essere adottata come norma per criticare l'idea di un unico mondo della vita.

La riflessione di Mohanty ci consente di riconoscere intrecci e suggestioni che legano l'approccio fenomenologico alle fondamenta della disciplina antropologica ed etnopsichiatrica: un ritorno all'umano, ad un *criterio* dell'umano, che consente di incontrare l'altro entro una dimensione di senso, quella culturale, mai reificabile, sempre detentrica di una estraneità intrinseca alla sua costituzione.

Cosa vuol dire, dunque, incontrare un Altro?

*"Incontrarsi significa letteralmente "trovar-si-faccia-a-faccia-con-l'altro", essere me-di-fronte-all'altro, al-cospetto-dell'altro. (...) L'altro si può, dunque, amare, odiare, ingannare, convincere, persuadere, convertire e via di questo passo. (...) tutto questo non potrebbe mai accadere se non ci fosse l'altro. (...) se l'incontro con l'altro possiede un minimo di intenzionalità - ed è difficile che sia altrimenti, se abbiamo ben compreso la lezione di Brentano - normalmente si perde o si guadagna qualcosa, comunque si muta, si cambia. Dopo l'incontro si diviene altrimenti da come si era prima di imbattersi con l'altro."* (Mellina, 2010, p.518)

E cosa accade, dunque, quando questo altro mi sembra più estraneo tra gli estranei perché culturalmente altro?

Se pensiamo all'esperienza migratoria come "*centro di decisione e di scelta [...] come possibilità del dispiegarsi di tutte le distinte potenze operative che fanno l'uomo uomo*" (De Martino, 1953-54, p. 58), la fenomenologia dell'incontro migratorio ci consente di distinguere una serie di elementi costitutivi di questo incontro con l'altro (Callieri, 1981):

- ontologico, ovvero trascendente, in cui è dato cogliere la tensione dell'incontro con l'altro finalizzato al raggiungimento laico di un bene cogente, assoluto (la necessità di sopravvivere);
- mondano, ovvero trascendentale, inteso come relazione con l'altro, con gli altri, come relazione assunta sotto forma di secolarizzazione dell'attesa dell'incontro, orientato all'ottenimento di beni mondani: il (un) lavoro.

- personale ovvero relazionale, è quello che si propone di tentare un'incerta transazione inter-soggettiva con l'alterità (proprio mentre accade l'incontro) sul piano della co-esistenza e del -reciproco riconoscimento dei valori corrispettivi;
- vitale (biologico, antropologico, sociale), è quello centrato radicalmente sulla soddisfazione dei bisogni elementari primari.

Di volta in volta, possiamo illuminare nell'incontro migratorio con lo straniero l'uno o l'altro aspetto, protesi nell' accoglimento del suo *esistere*. (Callieri, 1981, p. 167)

Un incontro che può rivelarsi, tuttavia, anche scontro tra categorie: quelle della speranza e dell'attesa, per coloro che immigrano, emigrano, ritornano e quelle della diffidenza, dell'ostilità, del sospetto di coloro che l'immigrazione dovrebbero accoglierla e invece pensano di subirla (Mellina, 2010, p. 519).

Si genera così una crisi del *co-esistere* in cui si mostrano *"il dissolversi e il destrutturarsi della comunicazione con l'altro e il suo tendere a ricostituirsi nel mondo dell'alienazione e non più in quello dell'alterità"* (Callieri, 1977, pag. 125).

Non a caso, dunque, come afferma Mellina che *"il fallimento di ogni possibile integrazione e dunque di ogni miscelazione coesistenti va risiede proprio nella frattura tra l'egioico nativo che dovrebbe accogliere e l'alterità straniera che chiede di essere accolta. (...) Nella fenomenologia della migrazione, almeno sul piano ontologico, esiste la possibilità di un incontro mancato, una preclusione, una fuga dall'altro. Qui l'anello virtuoso che è venuto a mancare è l'atto di coraggio dell'incontro con l'inatteso, con l'imprevisto, con lo straniero, con lo sconosciuto nella sua accezione più enigmatica e minacciante. Ciò che sgomenta è appunto quell'inquietante (...), quell'Unheimlich che però in questo caso non è più ritorno all'antica patria conosciuta e rimossa, bensì lo slancio (come lo definirebbe Minkowski) verso la nuova frontiera della conoscenza e dell'incontro con un'alterità mai conosciuta prima"* (Mellina, 2010, p. 519)

Incontrare questo altro, nell'incontro terapeutico e non, richiede coraggio. Il coraggio di riconoscere quella estraneità e duplicità che da sempre dimora in me, dimora nella mia cultura. *"Ecco perché ciò che l'altro ha dentro non mi è mai né totalmente estraneo, né totalmente sconosciuto: i motivi, gli istinti, gli stili cognitivi e tutte le altre entità studiate dalla psicologia non sono dati deducibili dal comportamento, ma modi della presenza che mi viene incontro e che riconosco nella comunicazione, anche se qualcosa rimane per sempre al di fuori della*

*mia portata. La presenza dell'altro è la possibilità (...) di riconsiderare la mia prospettiva come altra.* "(Armezzani, 1998, p. 174)

L'individuo, quale *dividuo*, intrinsecamente diviso e frammentato, presenta *già* nel suo costituirsi la presenza di *una estraneità*. Ed è soltanto riconoscendo questa duplicità originaria dell'umano che l'incontro con l'altro – che sia esso del *qui* o dell'*altrove*, del *noi* o del *loro* – può avvenire nella sua dimensione più autentica. D'altro canto, l'altro siamo proprio noi: *Je est un autre*.



## Riferimenti bibliografici

- ALES BELLO, A. (2009). "Note su alcuni termini fenomenologici fondamentali. Epoché e riduzione all'assenza, la riduzione trascendentale: io, coscienza, vissuti, empatia, entropatia", in *Verso una psicologia fenomenologia ed esistenziale*, (a cura di) Antonio de Luca, Edizioni ETS, Pisa pp. 13-29.
- ALES BELLO, A. (2010). *Fenomenologia dell'incontro tra soggetti culturali*, in *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*, (a cura di) P.Bria, E.Caroppo, P. Brogna, M. Colimberti, Seu Editore, Roma, pp. 113-118.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980) DSM-III, Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali. Terza Edizione, Masson, Milano, 1983.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) DSM-IV, Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali. Quarta Edizione, Masson, Milano, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014) DSM-V, Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali. Quinta Edizione, Masson, Milano, 2014.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2003), *Parere sulla diagnosi*.
- ANDREWS, G. (1991) "The Changing Nature of Psychiatry", "Australian and New Zealand Journal of Psychiatry", 4, 1991, pp. 453-459.
- ARMEZZANI, M (1994). L'indagine della personalità. Modelli e paradigmi della ricerca, Carocci Editore, Roma.
- ARMEZZANI, M. (2004). *In prima persona. La prospettiva costruttivista nella ricerca psicologica* (a cura di), Il Saggiatore, Milano.
- ARMEZZANI, M. (2008), *Metodo clinico e intercultura*, in Mantovani G. (a cura di), *Intercultura e mediazione*, Carocci, Roma 2008, pp. 107-125.
- AUGE', M., HERZLICH, C. (a cura di) (1983). *Le sens du mal. Antropologie, histoire, sociologie de la malarie, Eds des atchives contemporaines, Paris*. (Trad. it. *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano, 1986).
- BANNISTER, D., FRANSELLA, F. (1971), *Inquiring Man. The Psychology of Personal Constructs*, Penguin Books, Harmondsworth (trad. it. *L'uomo ricercatore*, Martinelli, Firenze, 1986).
- BARBETTA, P. (2003) *Le radici culturali della diagnosi*, Meltemi, Roma.
- BAUSOLA, A. (1971). *Il problema della libertà. Introduzione a Sartre*, Milano, Celuc.

BEN JELLOUN, TAHAR (1977). *La plus haute des solitudes. Misère affective et sexuelle d'emigrés nord-africains*, Seuil, Paris.

BENEDUCE, R. (1993), *Geografie della memoria. Considerazioni clinico-antropologiche su migrazione e salute mentale*, in Di Micco V., Martelli P. (a cura di), *Passaggi di confine. Et-nopsichiatria e migrazioni*, Liguori, Napoli, pp.125-143.

BENEDUCE, R. (1994), *In mezzo al guado. Sistemi di riferimento e disagio psichico negli immigrati*, in AA.VV., *La salute straniera*, Napoli, Ed. Scient. Italiane, pp. 91-120.

BENEDUCE, R (2000). "Politiche dell'etnopsichiatria, politiche della cultura", Seminario di Bucine, Arezzo (28.7.2000), Campus "Memorie e identità in una società plurale. Metodi e strategie per una ricerca dialogica", [www.ethnopsychiatrie.net](http://www.ethnopsychiatrie.net)

BENEDUCE, R. (2006). Tradurre Corpi, (Prefazione a), S. Taliani, F. Vacchiano, *Altri Corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Edizioni Unicopli Milano, pp. 13-43.

BENEDUCE R. (2007). *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità tra Storia, dominio, cultura*, Carocci Editore, Roma.

BENEDUCE, R. (2011). *La tormentata onirica. Fanon e le radici di un etnopsichiatria*, introduzione Fanon F., *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, (a cura di Roberto Beneduce), Ombre Corte, Verona

BENEDUCE R. (2013). "Illusioni e violenza della diagnosi in psichiatria", 357/2013, pp. 209-238, *Aut Aut*, versione digitale, Il Saggiatore, Milano.

BENNANI, J. (1980). *Le corps suspect*, Galilée, Paris.

BOMASSAR, R. (2009). "La consulenza psicologica in ambito giuridico", in *La consulenza clinica psicologica*, (a cura di) Viziello F.V, Disnan G., Elsevier, Masson, Milano.

BORGNA, E. (1995). *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*, Milano, Edizioni Feltrinelli.

BOURGOIS, P. (2008). *Sofferenza e vulnerabilità socialmente strutturate. Tossicodipendenti senz'atetto negli Stati Uniti*, "Antropologia Annuario", 9-10, 2008, pp. 113-136.

BROWN, P. (1990). "The Name Game: Toward a Sociology of Diagnosis", "The Journal of Mind and Behaviour", 3-4, 1990, pp. 385-406.

BUBER, M (1923). *Ich un Du*, in *Werke I, Schriften zur Philosophie*, Kosel e Lambert Schneider, Monaco 1962. (trad it. 1993, *Il principio dialogico e altri saggi*, a cura di A.Poma, Edizioni San Paolo, Torino, 1993)

BUBER, M (1923bis). "Distanza originaria e relazione", in *Il principio dialogico e altri saggi*, a cura di A.Poma, Edizioni San Paolo, Torino, 1993)

CACCIARI, M. (2011). *Drammatica della prossimità*, in E. Bianchi-M. Cacciari, *Ama il tuo prossimo*, Il Mulino, Bologna 2011.

CALLIERI, B. (1977). *La perplessità. Note di psicopatologia fenomenologica*, in Percorsi di uno psichiatra, EUR, Roma.

CALLIERI, B. (1981). *Fenomenologia dell'attesa*, ristampato in Callieri B., Percorsi di uno psichiatra, EUR Roma 1993.

CALLIERI, B. (2003). *La prospettiva fenomenologica come possibile presupposto all'incontro psicoterapico*, in «Informazione Psicoterapia Counselling Fenomenologia», Roma, Ed. GDF, 1, gennaio-febbraio, 2003 pp. 6-11.

CALVI, E. (2013), *Parere sugli Atti Tipici della professione di Psicologo per l'Ordine degli Psicologi della Lombardia*.

CALVI, L. (1998). *Il piano eidetico dell'incontro*, in «Comprendre», 1998, 8: 37-46.

CARGNELLO, D. (1966). *Alterità e alienità*, Feltrinelli, Milano 1966.

CAROPPO, E., VILIZIO, S. (2010). "La cura e la tutela della salute delle popolazioni migranti in terra straniera", in *Trattato Italiano di Psichiatra Culturale e delle Migrazioni*, Bria P., Caroppo E., Brogna P., Colimberti M., SEU pp. 497-507.

CHARMAZ, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.

COLE, M. (2006). L'illusione dei test di intelligenza svincolati dalla cultura, *Narrare i gruppi, Prospettive cliniche e sociali*, Anno I, Vol. 3, Novembre 2006 (The Illusion of Culture-free intelligence Testing, M. Cole, in [http://communication.ucsd.edu/people/f\\_cole.html](http://communication.ucsd.edu/people/f_cole.html)).

COLLIGNON, R. (1997), *Aliénation mentale et altérité du sujet colonial: de quelques difficultés de l'émergence d'une relation thérapeutique basée sur le dialogue en Afrique*, in R. Beneduce, (a cura di), *Saperi linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*, L'Harmattan, Torino, pp. 71-88.

COLUCCI M. (2013). "Fabrizio con una zeta. Per una critica della ragione diagnostica", *Aut Aut*, Gennaio-Marzo 2013, 357, pp. 11-28, versione digitale, Il Saggiatore, Milano.

CONSIGLIO NAZIONALE ORDINE DEGLI PSICOLOGI (2009). Parere sulla Diagnosi Psicologia e Psicopatologica, [www.psy.it](http://www.psy.it)

COPPO, P. (1996). *Etnopsichiatria. Un manuale per capire, un saggio per riflettere*. Il Saggiatore, Milano 1996

COPPO, P. (2003). *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.

COPPO, P. (2012). *Gli invisibili in psicoanalisi e in etnopsichiatria*, in «Rivista di psicologia analitica», nuova serie, 2012, 33, 85, pp. 43-57.

CORBIN, J., & STRAUSS, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

COSTA, V. (2011). *Alterità*. Bologna: Il Mulino Editore.

CRESWELL J.W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*, Thousand Oaks, CA: Sage.

CRUDO, A. (2004). *Ripensare la malattia: Dall'etnomedicina all'antropologia medica e alla psichiatria culturale della Harvard Medical School*, Lecce, Argo.

CURI, U (2010). *Lo straniero*, Raffaello Cortina, Milano 2010.

DANA, R. H. (Ed.). (2000). *Handbook of cross-cultural and multicultural personality assessment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

DAZZI, N., LINGIARDI, V., GAZZILLO, F. (2014) *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*, Milano, Raffaello Cortina.

DE CERTEAU, M. *L'écriture de l'histoire*, Gallimard, Paris 1975, pp. 354-355 (trad. di A. Jeronimidis, *La scrittura della storia*, nuova edizione, a cura di S. Facioni, Jaca Book, Milano 2006).

DE LEO, G., SALVINI, A. (1978). *Normalità e devianza*, Mazzotta, Milano.

DE MARTINO, E. (1948) *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Giulio Einaudi Editore.

DE MARTINO, E. (1952-3). *Panorami e spedizioni: le trasmissioni radiofoniche del 1953-4*, a cura di L. M., Lombardi Satriani, L. Bindi, Bollati Boringhieri, Torino, 2002.

DE MARTINO, E. (1977). *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, a cura di C. Gallini Einaudi, Torino 1977.

DE MONTICELLI, R. (2003). *L'ordine del cuore. Etica e teoria del sentire*, Garzanti, Milano.

DENZIN N. K. (1978). *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw-Hill.

DERRIDA, J. (1964). *Violence et métaphysique. Essai pur la pensée d'Emmanuel Lévinas* (1964); trad.it. *Violenza e Metafisica in La scrittura e la differenza*, Torino, Einaudi, 1990).

DERRIDA, J. (1993). *Spectres de Marx*, éditions Galilée (trad. it. di G. Chiurazzi, Spettri di Marx, Raffaello Cortina, Milano, 1994)

DERRIDA, J. (2004). *Sulla Parola. Istantanee filosofiche*, tr. It. Notte tempo Roma 2004.

DERRIDA, J. (2004bis). "Dialogo con H, Cixous" in *Le Magazine Littéraire*, 430 (aprile).

DESCOLA, P. (2014). *Oltre natura e cultura* (ed. Italiana a cura di Nadia Breda), Firenze, SEID Editori (ed. or. *Par-delà nature et culture*, Paris, Gallimard, 2005).

DEVERUX, G. (1952), «L'etnopsichiatria come quadro di riferimento nella ricerca e nella pratica cliniche», in Devereux (1973), pp 316-31.

DEVEREUX, G. (1973). *Essai d'ethnopsychiatrie generale*, Paris, Gallimard (trad. it. *Saggi di Etnopsichitria Generale*, Roma, Armando).

DJOUDER, A. (2006). *Disintegrati. Storia corale di una generazione di immigrati*, Il Saggiatore, Milano.

ELDESTSTEIN, C. (2004). *Psicodiagnosi, salute mentale e immigrazione - L'intervento del Counselor*, in "La Parola e la Cura", I, pp. 45-8.

ENGEL, G.L. (1977). *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, *Science*, vol. 196, 1977, pp. 129-136.

FANON, F. (1952). *Peau noire, masques blancs*, Paris, Suil (trad. it. *Pelle nera, maschere bianche*, Marco Tropea Editore, 1996).

FANON, F.(1952bis). "La sindrome nordafricana", in *Scritti politic*, Vol. 1 *Per la rivoluzione africana*, Derive, Approdi, Roma 2006, p. 23-33 (pubblicato in *Esprit*, febbraio 1952).

FANON, F. (1961). *Les damnés de la terre*, Paris, Maspero (trad. it *I dannati della terra*, Torino, Einaudi, 1979).

FANON, F. (2011). *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, (a cura di Roberto Beneduce), Ombre Corte, Verona.

FANON, F., GERONIMI, C. (1956). "Le TAT chez le femmes musulmanes. Sociologie de la perception et de l'imagination", *Congrès de médecin aliénistes et neurologues de France et des pays de langue française*, Session LIV, Bordeaux, 30 agosto-4 settembre 1956, pp. 364-368.

- FERRETTI, G. (1997). *Soggettività e intersoggettività: le Meditazioni Cartesiane di Husserl*. Torino: Rosenberg & Sellier.
- FLICK, U. (2011). *Introducing research methodology: a beginner's guide to doing a research project*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- FORNARI, U. (2011). *Il metodo scientifico in psichiatria e psicologia forensi (parte I)* in “Brainfactor – Cervello e Neuroscienze”, 2011.
- FORNARI, U. (2012). *Le neuroscienze forensi: una nuova forma di neopositivismo?*, Cassazione penale, n.7/8.
- FORNARI, U. (2015) *Trattato di Psichiatria Forense*, VI edizione, Torino, Utet.
- FOUCAULT, M. (1975). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino.
- FOUCAULT, M. (1994). *La personalità pericolosa: nascita ed evoluzione di una nozione*, Scienze dell'Interazione, vol. 1, 2-3, 167-181.
- FRANCES, A., PINCUS, H.A., WIDIGER, T.A., DAVIS, W.W., FIRST, M.B. (1990). *DSM-IV: Work in Progress*, “American Journal of Psychiatry”, 11, 1990, pp. 1439-1448, Milano.
- FREUD, S. (1919). *Das Unheimlich*, in «Imago», vol. 5 (5-6), 1919, 297-324 (trad. it. S. Daniele in S. Freud, *Saggi sull'arte, la letteratura e il linguaggio*, Bollati Boringhieri, Torino 1969, vol. 1, pp. 269-307:270).
- GABLE, R. K., & WOLF, M. B. (1993). *Instrument development in the affective domain: Measuring attitudes and values in corporate and school settings* (2nd ed.). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- GERGEN, H.J (1999), *Toward a postmodern psychology*, in Kvale S. (a cura di), *Psychology and Postmodernism*, 3° ed, Sage, London.
- GIORGI A. (2009). *The descriptive phenomenological method in Psychology: a modified husserlian approach*, Duquesne University Press.
- GLASER, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity*. MillValley, CA: Sociology Press.
- GLASER, B. G., & STRAUSS, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- GOLEMAN, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- GREENE, R. L. (2000). *The MMPI-2: An interpretive manual* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

GUILE', J.M. (1989). *La schizophrénie existe-t-elle sous toutes les latitudes?* "L'Information Psychiatrique", 2, 1989, pp. 123-128.

GUMBINER, J. (1998). MMPI-A profiles of Hispanic adolescents. *Psychological Reports*, 82, 659–672.

HAMBLETON, R. K., MERENZA, P. F., & SPIELBERGER, C. D. (Eds.). (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

HAMMERSLEY, M., ATKINSON P. (1996). *Ethnography Principles in Practice*, Routledge, London.

HEIDEGGER, M. (1927). *Sen und Zeit*, J.C.B. Mohr, Tübingen (trad. it. *Essere e Tempo*, Mondadori, Milano, 2011).

HEIDEGGER, M. (1929). *Die Grundbegriffe der Metaphysik. Welt – Endlichkeit – Einsamkeit*, Hrsg. von Friedrich-Wilhelm von Hermann (1929- 30); trad. it. *Concetti fondamentali della metafisica. Mondo – finitezza – solitudine*, Genova, Il Melangolo, 1992)

HEIDEGGER (1942). *Holderlins Hymne "Der Hister"* in «Gesamtausgabe» (1942), vol. LIII, Klostermann, Frankfurt 1975.

HUSSERL, E. (1905-1920). *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität. Texte aus dem Nachlaß: Erster Teil*, in *Husserliana*, den Haag, Nijhoff, 1973, vol. XIII.

HUSSERL, E. (1910). *Grundprobleme der Phänomenologie*, Wintersemester Nijhoff, Den Haag 1973 (trad.it. *I problemi fondamentali della fenomenologia*, Macerata, Quodlibet, 2008).

HUSSERL, E. (1910). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie*, Martinus Nijhoff, Den Haag 1950 (trad. it. a cura di Enrico Filippini, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Introduzione generala alla fenomenologia pura*, Torino: Einaudi, 1976).

HUSSERL, E. (1929). *Formale und transzendente Logik. Versucht einer Kritik der logischen Vernunft*. Halle: Max Niemeyer Verlag. (trad. it. *Logica formale e trascendentale*, Milano-Udine: Mimesis, 2009).

HUSSERL, E. (1931). *Meditation Cartesiennes: Introduction à la phenomenologie*, trans. G. Peiffer, E. Levinas, Paris: Armand Collin (*Cartesiana Meditationem und Pariser Vortrage*, Husserliana, Bd I, Den Haag; trad. it. *Meditazione Cartesiana*, Milano: Bompiani, 1960).

HUSSERL, E.(1936), *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*, *Husserliana*, Bd. VI, Martinus Nijhoff, Den Haag,

(trad. it. *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Il Saggiatore, Milano, 1961).

INGLESE, S. (1996). Presentazione a *Medici e Stregoni*, T. Nathan, I. Stenger, Bollati Boringhieri, Milano 1996, (*op. orig. Médecin et sorciers. Manifeste pour une psychopathologie scientifique. Le médecin et le charlatan*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, trad. it. Di S. Inglese e A. Salsano, Medici e stregoni, 1996).

INGLESE, S. (1996bis). Introduzione a Nathan, T. (1996) *Principi di Etnopsiconalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.

JACKSON, R. (Ed.). (2008). *Learning forensic assessment*. New York, NY: Routledge.

JASPERS, J. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin (trad. it. *Psicopatologia Generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964).

KAPUSCIŃSKI, R. (2015). *L'altro*, Feltrinelli, Milano.

KAUFERT, J.M. (1990). "Sociological and Anthropological Perspective on the Impact of Interpreter con Clinician/client communication", *Santé, Culture, Health*, 1990, VII, 2-3, 209-235.

KLEINMAN, A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*, 179, 1–3.

KLEINMAN, A. (2012). Culture, Bereavement, and Psychiatry, "Lancet", 379, pp. 608-609.

KOLLER, P.M. (2006). *Reinventare la salute al tempo della paura. Però: scambi, incontri, dis-incontri*, Napoli, Liguori.

KVALE S. (1996). *Interviews: an introduction to Qualitative Research Interviewing*, Sage Publications, Thousand Oaks, California.

LAPLANTINE F. (1986), *Anthropologie de la maladie*, Payot, Paris, (trad. it. *Antropologia della malattia*, Sansoni, Firenze, 1988).

LECOMPTE, M. D., & PREISSELE, J. (1993). *Ethnography and qualitative design in educational research* (2nd ed.). San Diego: Academic Press.

LEVINAS, E. (1961). *Totalité et infini*, La Haye, Martinus Nijhoff (trad. it. *Totalità e infinito*, Milano, Jaca Book, 1986).

LEVINAS, E. (1982) *De Dieu qui vient à l'idée*, J. Vrin, Paris, (Trad. it. *Di Dio che viene all'idea*, Milano, Jaca Book, 1983).



- LEWIS-FERNANDEZ, R. (2009). Editorial: The cultural formulation. *Transcultural Psychiatry*, 46, 379–383.
- LOSI, N. (2000). *Vite Altrove*, Feltrinelli, Milano.
- LUCAS, R. H., BARRETT J. (1995), Culture and psychopathology: Primitivist Themes in Cross-Cultural Debate, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19, 3, pp. 287- 326.
- MANTOVANI, G. (2004). *Intercultura. E' possibile evitare le guerre culturali?*, Il Mulino, Bologna.
- MANTOVANI G., SPAGNOLLI A. (2003). *Metodi qualitativi in psicologia*, Il Mulino, Bologna.
- MARHABA, S. (1976). *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea*, Giunti-Barbera, Firenze.
- MARY, A. (2000). "Conversion et conversation: les paradoxes de l'entreprise missionnaire", *Cahiers d'Etudes Africaine*, XL, 160, pp. 768-788.
- MASON, J. (1996), *Qualitative Researching*, Sage, London.
- MAXWELL, J. A. (1992). Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review*, 62(3), 279-300.
- MELLINA, S. (2001). *Gente di passaggio*, in *Vite Altrove* (a cura di N. Losi), Feltrinelli, Milano.
- MELLINA, S. (2010). "Il tempo della prossimità corporea in psichiatria dell'incontro in psichiatria. Riflessioni antropo-fenomenologiche dedicate a Lorenzo Calvi", in *Comprendre*, 2010-2: 217-231.
- MELLINA, S. (2010bis). "Accoglienza e ospitalità nell'esperienza migratoria. Aspetti Fenomenologici", in *Trattato Italiano di Psichiatria Culturale e delle Migrazioni*, Bria P., Caroppo E., Brogna P., Colimberti M., SEU, pp. 509-521.
- MELTON, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., & Slobogin, C. (Eds.). (2007). *Psychological Evaluations for the Courts* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- MERLEAU-PONTY M., 1942, *La structure du comportement*, PUF, Paris, tr. it di G.D. Neri, *La struttura del comportamento*, Bompiani, Milano 1963.
- MERLEAU-PONTY, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris (trad. it. *Fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore, Milano, 1972).
- MERLEAU-PONTY, M. (1964), *Le visible et l'invisible*, Editions Gallimard, Paris (trad. It., *Il visibile e l'invisibile*, Bompiani, Milano, 1969).

- MIGONE, P. (2013). "La filosofia della diagnosi psichiatrica", *Aut Aut*, 357/2013, pp. 90-112, versione digitale, Il Saggiatore, Milano.
- MILES, M. B., & HUBERMAN, A. M. (1994). *Qualitative data analysis* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- MININNI, G. (2007). "La trama polifonica della coscienza", *La coscienza. Come la biologia inventa la cultura (a cura di Mauro Maldonato)*, Guida Editore, Napoli, 63-106.
- MOGHADDAM, F. M. (1990), *Modulative and Generative Orientations in Psychology: Implications for Psychology in the Three Worlds*. Journal
- MOHANTY J. N. (1994). "The Other Culture" in Daniel M., Embree L., *Phenomenology of the Cultural Disciplines*, pag. 135-146, Kluwer Academic Publisher, Netherlands.
- MORRONE, A. (1995) (a cura di), *Salute e società multiculturale* (a cura di), Raffaello Cortina Editore, Milano.
- MOUSTAKAS C. (1994). *Phenomenological Research Method*, Sage Publications.
- NANCY, J.L. (2000). *L'Intrus*, Paris, Galilée, 2000 (trad. it. a cura di V. Piazza, *L'intruso*, Napoli, Cronopio, 2000).
- NATHAN, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Bordas, Paris 1986 (trad. it. *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, Ponte delle Grazie, Firenze, 1990).
- NATHAN, T. (1993). *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était ... Principes d'ethnopsychanalyse*, Editions La Pensée Sauvage, Paris (Trad.it a cura di Salvatore Inglese, "Principi di etnopsicoanalisi", Bollati Boringhieri Editore, Torino).
- NATHAN, T. (1994). "Costretto ad essere umano", *Psicoter. Sci. Um.*, N.4, 73-97.
- NATHAN, T. (2001). *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Les Empecheurs de Penser en Round-Seuil, Paris 2001 (trad. it. *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino 2003).
- ONG, A. (2005). *Da rifugiati a cittadini. Pratiche di governo nella nuova America (2003)*, trad. it. D. Borca, Raffaello Cortina, Milano.
- ORDINE PSICOLOGI DEL PIEMONTE (2016). *Lo psicologo clinico e l'atto diagnostico: contesto clinico e forense*, [www.ordinepsicologi.piemonte.it](http://www.ordinepsicologi.piemonte.it).
- PDM. *Manuale diagnostico psicodinamico* (2006), Raffaello Cortina, Milano 2008; vedi il sito Internet [www.PDM1.org](http://www.PDM1.org)

- PIZZA, G. (2004). *Antropologia medica*, Roma, Carocci.
- PRUS, R. (1996). *Symbolic interaction and ethnographic research: Intersubjectivity and the study of human lived experience*. Albany, NY: SUNY Press.
- QUINTANA, S. M., TROYANO, N., & TAYLOR, G. (2001). Cultural validity and inherent challenges in quantitative methods for multicultural research. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed., pp. 604-630). Thousand Oaks, CA: Sage.
- RICOUER, P. (1986). "Edmund Husserl: Cinquième Méditation cartésienne," in *À l'école de la phénoménologie* (éd. 1986).
- ROBIN, R., GREENE, R., ALBAUGH, B., CALDWELL, A., & GOLDMAN, D. (2003). Use of the MMPI-2 in American Indians: Comparability of the MMPI-2 between two tribes and with the MMPI-2 normative group. *Psychological Assessment*, 15, 351–359.
- RISSO M., BÖKER W. (1992). *Sortilegio e delirio. Psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale*, a cura di V. Lanternari, V. De Micco, G. Cardamone, Liguori, Napoli (ed. or. 1964).
- ROGERS, R., FLORES, J., USTAD, K., & SEWELL, K. W. (1995). Initial validation of the Personality Assessment Inventory–Spanish version with clients from Mexican American communities. *Journal of Personality Assessment*, 64, 340–348.
- SALDAÑA, J. (2003). *Longitudinal qualitative research: Analyzing change through time*. Walnut Creek, CA: Altamira Press.
- SALVINI, A., RAVASIO, A., DA ROS T. (2008). *Psicologia clinica e giuridica*, Giunti, Firenze.
- SANTOLONI, M. (1977). *Esclusi di Stato*. Savelli, Roma.
- SARACENO B., GALLIO G. (2013). "Diagnosi, common language, sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale", *Aut Aut*, Gennaio-Marzo 2013, 357pp. 30-46, versione digitale, Il Saggiatore, Milano.
- SARTRE, J.P. (1943). *L'Être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, p. Édition: Paris: Gallimard (trad.it. L'essere e il nulla, Milano, Il Saggiatore, 2013).
- SAYAD, A. (1996). "La doppia pena del migrante. Riflessioni sul pensiero di Stato", in *Aut Aut*, 275, 1996, pp. 8-16: 10.
- SAYAD, A. (2002). *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Seuil, Paris 1999 (trad. it, La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato, Cortina, Milano, 2002).
- SCHELER, M. (1923). *Wesen und Formen der Sympathie*, Bern, Fracke Verlag, 1971 (trad. it. Essenza e forme della simpatia, Roma, Città Nuova, 1980)

SCHEPER-HUGHES, N. (1990), "Three proposition for a critically applied medical anthropology", *Social Sciences and Medicine*, 30, pp. 189-197.

SCHEPER-HUGHES, N. (1992). *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*, University of California Press, Berkeley.

SCHIRIPPA, P. (2005). *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*, Lecce, Argo.

SINI, C. (1965). *La fenomenologia*, Milano, Garzanti.

SIRI, G. (1985). *Considerazione epistemologiche sul concetto di diagnosi in psicologia*, in Del Corno, Pelanda (a cura di).

SPITZER, J.B., WILLIAMS. W., SKODOL, A.E. (1980). DSM-III: The Major Achievements and an Overview, *American Journal of Psychiatry*, 2, 1980, p. 151.

STANGHELLINI G., ROSSI MONTI, M. (2009). *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

STANGHELLINI, G. (2017). *Noi siamo un dialogo. Antropologia, psicopatologia, cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

STEIN, E. (1917). *Zum Problem der Einfühlung*, Buchdruckerei des Waisenhauses Halle 1917 (tr. it. Il problema dell'empatia, a cura di E. Costantini, ed. Studium, Roma 1985)

STEIN, E. (1991). *Einführung in die Philosophie*, in: «Edith Steins Werke», vol. XIII, a cura di L. Gelber e M. Linssen, 1991, Velag Herder, Freiburg i. Br. (Trad. italiana di A. M. Pezzella, *Introduzione alla filosofia*, Roma, Città Nuova, 1998).

STENGER, I. (2003). Introduzione a *Non siamo soli al mondo*, T. Nathan, Bollati Boringhieri Editore, Milano 2003, (trad. it. G. Lomazzi).

STEVENS, S.S. (1946). "On the theory of Scales of Measurement", in *Science*, 103, pp. 670-80.

STEVENS. S.S. (1951). "Mathematics measurements and psychophysics", in Id. (ed.), *Handbook of Experimental Psychology*, Wiley, New York.

STRAUSS, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.

STRAUSS, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

SUE, D. W., IVEY, A. E., & PEDERSEN, P. B. (1996). *A theory of multicultural counseling and therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

SUMMERFIELD, D. (2001). "The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category", *BMJ* 2001; 322 :95.

SZASZ, T. (1984). *Legge, libertà e psichiatria*, Giuffrè, Milano.

TALIANI, S., VACCHIANO F. (2006). *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Edizioni Unicopli, Milano.

THEUNISSEN, M. (1965). *Der Andere. Studien zur Sozialontologie der Gegenwart*, Walter de Gruyter, Berlin 1965.

TIMBROOK, R. E., & GRAHAM, J. R. (1994). Ethnic differences on the MMPI-2? *Psychological Assessment*, 6, 212–217.

VANZAGO, L (2008). *Coscienza e alterità: la soggettività fenomenologica nelle Meditazioni cartesiane e nei manoscritti di ricerca di Husserl*, Milano: Mimesis.

VIVEIROS DE CASTRO, E. (2017). *Metafisiche cannibali. Elementi di antropologia post-strutturale* (trad. it. a cura di di Mario Galzigna e Laura Liberale), Ombre Corte Editore, Verona.

WALDENFELS, B. (2008). *Grundmotive einer Phaenomenologie des Fremden*, Surkamp Verlag, Frankfurt am Main 2006, (tr. it. F. Menga, *Fenomenologia dell'estraneo*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008)

WALDENFELS, B. (2011). *Estraneo, straniero, straordinario. Saggi di fenomenologia responsiva*, a cura di U. Perone, Rosenberg e Sellier, Torino 2011.

WATTERS, E. (2010). *Pazzi come noi. Depressione, anoressia, stress: malattie occidentali da esportazione*, Mondadori Editore.

WEISS, R.A, ROSENFELD, B. (2012). Navigating Cross-Cultural Issues in Forensic Assessment: Recommendations for Practice, *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 43, No. 3, 234–240.

WOLCOTT, H. F. (1994). *Transforming qualitative data: Description, analysis, and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente. Classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza* (1996), Masson, Milano 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, ICD -10. *Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche* (1992), Masson, Milano 1992.

ZAMBRANO, M. (1967). *La tomba di Antigone*, tr. e introduzione di C. Ferrucci, con un saggio di R. Prezzo, Milano, La Tartaruga, 1995.

ZIMMERMAN, M.R. (1980), *Foundations of medical anthropology: anatomy, physiology, biochemistry, pathology in cultural context*, Saunder, Philadelphia.



## ALLEGATO 1

### TRACCIA QUESTIONARIO

1. **Da quanti anni lavora nel campo della psicologia giuridica?**

2. **In quale approccio teorico si riconosce?**

Psicodinamico/Psicoanalitico

Sistemico-Relazionale

Cognitivo-Comportamentale

Costruttivista

Strategico

Gestaltico

Analista Transazionale

Integrato

Bioenergetico/Organismico/Biosistemico

3. **Quali tecniche e strumenti adopera abitualmente per la valutazione psicologica in ambito giuridico?**

COLLOQUIO

TEST E QUESTIONARI DI PERSONALITA' (Es. Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI, Big Five Questionnaire - BFQ, Millon Clinical Multiaxial Inventory - MCMI, etc.)

TEST DI LIVELLO (Es. WAIS, WISC, Matrici Progressive Raven, etc.)

TEST PER LA VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA (Es. Hamilton – HAM-D, Beck Depression Inventory - BDI, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - SCID-I, State-Trait Anxiety Inventory - STAI, Mississippi Scale for Post-Traumatic Stress Disorder, etc)

TEST NEUROPSICOLOGICI

TECNICHE PROIETTIVE (Es. Rorschach, Thematic Apperception Test - TAT, etc.)

REATTIVI GRAFICI (Disegno della figura umana di Machover, Disegno dell'albero di Koch, etc.)

TECNICHE PER LO STUDIO DEI COSTRUTTI PERSONALI (Griglia di Repertorio, Autocaratterizzazione, Piramidi di Landfield)

FORENSIC ASSESSMENT INSTRUMENTS (FAIs)

4. **Si avvale di sistemi di classificazione diagnostica (DSM, ICD, etc.)?**

Sì

No

5. **Quali sistemi di classificazione diagnostica adopera usualmente?**

Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM)

Classificazione Internazionale dei Disturbi (ICD)

Manuale Diagnostico Psico-Dinamico (PDM)



**6. Durante la sua esperienza lavorativa in ambito giuridico, Le è mai capitato di effettuare una valutazione psico-diagnostica con una persona migrante?**

Sì  
No

**SE LA RISPOSTA E' NO:**

**7. Pensa che in tale occasione adotterebbe gli stessi strumenti di valutazione psicologica precedentemente elencati?**

Sì  
No

**8. Quali difficoltà ritiene che possano presentarsi in tale incontro?**

**SE LA RISPOSTA E' SI':**

**9. In tale/i occasione/i, ha adoperato tecniche e strumenti per la valutazione psico-diagnostica (colloquio, test, etc)?**

Sì  
No

**10. Quali tecniche e strumenti ha adoperato?**

COLLOQUIO

TEST E QUESTIONARI DI PERSONALITA' (Es. Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI, Big Five Questionnaire - BFQ, Millon Clinical Multiaxial Inventory - MCMI, etc.)

TEST DI LIVELLO (Es. WAIS, WISC, Matrici Progressive Raven, etc.)

TEST PER LA VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA (Es. Hamilton – HAM-D, Beck Depression Inventory - BDI, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - SCID-I, State-Trait Anxiety Inventory - STAI, Mississippi Scale for Post-Traumatic Stress Disorder, etc)

TEST NEUROPSICOLOGICI

TECNICHE PROIETTIVE (Es. Rorschach, Thematic Apperception Test - TAT, etc.)

REATTIVI GRAFICI (Disegno della figura umana di Machover, Disegno dell'albero di Koch, etc.)

TECNICHE PER LO STUDIO DEI COSTRUTTI PERSONALI (Griglia di Repertorio, Autocaratterizzazione, Piramidi di Landfield)

FORENSIC ASSESSMENT INSTRUMENTS (FAIs)

**11. Si è avvalso/a di sistemi di classificazione diagnostica (DSM, ICD, etc.)?**

Sì  
No

**12. Quali sistemi di classificazione diagnostica ha adottato?**

Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM)

Classificazione Internazionale dei Disturbi (ICD)

Manuale Diagnostico Psico-Dinamico (PDM)

**13. Ha incontrato particolari problemi o difficoltà nella valutazione psicologica con la persona migrante?**

Sì

No

**14. Che tipo di problema o difficoltà ha incontrato?**

**15. Quali proposte avanzerebbe per ovviare a tali problemi/difficoltà?**

## ALLEGATO 2

### TRACCIA DI INTERVISTA

#### DOMANDE DI APERTURA:

**1. Può dirmi quanto del suo attuale lavoro presso il servizio si svolge con pazienti migranti?**

**2. Ritiene che nel tempo sia avvenuto un cambiamento oppure che sia rimasto più o meno stabile?**

#### DOMANDE PRINCIPALI:

**3. Potrebbe raccontarmi di una esperienza di valutazione diagnostica effettuata con un paziente/cliente migrante? Provi a scegliere una paziente che ricorda bene e che magari ha visto recentemente.**

*-Ad esempio, per cominciare potrebbe iniziare a parlarmi un po' del paziente -descrivermi qualcosa del pz (in che modo si è presentato? Quale problema ha portato? Come ha avuto accesso al servizio?)*

*-Quali erano le aspettative rispetto al paziente prima dell'incontro?*

*-Cosa è accaduto durante l'incontro? (Cosa ha fatto? Ha utilizzato strumenti psicologici? Se sì quali colloquio, test, etc)? Ha formulato una diagnosi? Se sì, secondo quali criteri?)*

*-Come si è sentita?*

*-Come pensa che il paziente si sia sentito?*

*-Perché pensa che questa esperienza si andata bene?*

*-Come si è sentita dopo l'incontro?*

#### DOMANDE DI CHIUSURA

**6. A partire dunque da quali considerazioni come potrebbe descrivere la sua esperienza con i migranti in generale/complessivamente? (in generale) → in particolare modo rispetto alla diagnosi (uso, formulazione, comunicazione e discussione con il paziente).**

**7. Ha mai discusso questa esperienza con i suoi colleghi (del servizio)? (prompts: ne ha parlato durante le supervisioni o durante le equipe? Di cosa avete discusso e come ne avete discusso? Come i colleghi si sono approcciati alla situazione discussa?)**

**8. In che modo ritiene che queste esperienze (e più in generale l'esperienza con i pazienti/clienti migranti) possa aver modificato il modo in cui percepisce e vive il suo lavoro? (e ovviamente anche il modo in cui svolge il lavoro)?**

## ALLEGATO 3

### AREE TEMATICHE - SETTORE CLINICO

#### 1. DESCRIZIONE DELL'ALTERITA'

##### P1

Storia dell'alterità

Narrazione dell'altro; racconto dell'altro

La fuga

Accoglienza in Italia

Nuova migrazione

Speranza di ricongiungimento con la famiglia

Sostegno e contatto con la comunità locale di emigranti del proprio Paese

Decontestualizzazione della sofferenza

Trauma di un regime che perseguita

Narrazione dell'altro

Trauma

Poca chiarezza nelle storie

Racconto dell'altro

Trauma terribile

Fallimento della progettualità

Precarietà dell'esistere

Storia traumatica (

(Straniero= non italiano. Non c'è differenza tra extracomunitario e comunitario)

Linguaggio DSM/occidentale

Etnocentrismo

Continuità tra pazienti italiani e stranieri

- pre-giudizio/stereotipo

Difficoltà "integrazione con altre culture"

"Stare tra di loro": fattore di mancata integrazione

- difficoltà di condivisione degli spazi

Decontestualizzazione

SRADICAMENTO

DISAGIO NELLA CONVIVENZA CON ALTRE CULTURE

"Persone integratissime" (manierismo)

Difficoltà di adattamento, integrazione, convivenza

"Loro" (BROCCA)

Contatto con la comunità di origine in terra straniera

"preludio della integrazione" se comunità è integrata

Reticenza a parlare del passato

"Altra" cultura

Giudizio etnocentrico

"Erano persi loro"

Nessun timore di STIGMA

Etnocentrismo

De-contestualizzazione

Linguaggio coloniale  
Contraddizione!!  
Disinteressamento  
Vantaggi secondari  
"Un senza fissa dimora"  
Manierismi nella descrizione dell'altro  
Reverenzialità (relazioni di potere), riconoscimento del ruolo  
"Se ci tieni a me ...allora sei ..."  
Decontestualizzazione  
Utenza che se la cava con il lavoro  
Sospetto (del pz a raccontare)  
Verbalizzazione di angosce e timori  
"È molto chiuso, non ei esprime"  
Razzismo delle piccole cose  
Manierismo nel parlare dell'altro  
(Paroline che sfuggono)  
"Storpiare i cognomi"  
(Sono inebriata dai racconti!!quante persone racconta e con quale rapidità?)  
Migranti  
Storie di migrazioni  
"Povero!": manierismi razzisti  
Deprivazione affettiva e culturale  
Deficit e limiti culturali  
"Straniero non fa la differenza"  
Alterità cinese  
Incontro alla presenza dei familiari  
Incontro difficile  
Farmaco guida la diagnosi  
Farmaco sostituisce la parola  
LORO  
Invio tramite il medico di base  
Figli come mediatori  
Nessuna lingua per comunicare  
Disturbo psicotico  
Schizofrenia  
Perdita di ogni contatto  
Drop out  
Continuità rispetto al farmaco  
Difficoltà linguistiche  
"Capirsi a spanne"  
Pensieri paranoici  
"Avere quella scatola"  
2a generazione: rende possibile la comunicazione  
Atteggiamenti di tipo conversivo  
Connazionali come mediatori  
Non si scambiava una parola  
"Ci siamo trovati benissimo" (durante l'incontro)

Somatizzazione  
Mediatore virtuale Iphone  
Figlio mediatore  
Dimensione del vedere  
Chiusura psicotica (catatonia)  
L'aiuto nella diagnosi e nella cura è venuto dal farmaco  
Non integrazione dell'alterità cinese è un mistero

## **P2**

Cognomi stranieri  
Migrante economico  
Migranti economici  
Badanti, colf  
Noi/loro  
Immigrato  
Noi/loro  
Paziente ghanese  
Superstizioni  
Noi/loro  
"Loro" hanno i propri curanti (psichiatri)  
"Ogni gruppo etnico ha le sue prerogative"  
Noi/loro  
Ricerca somiglianze e differenze con l'altro  
Vicino/lontano  
"Sbandamento": (non essere accolti in nessun luogo, in nessun tempo non permette la cura e apre la strada a comportamenti rischiosi per sé e per la comunità)  
CATEGORIA DEGLI SBANDATI:  
Migrazione (senza reti, senza integrazione) si fa "sbandamento"  
(Perdita di equilibrio e direzione)  
Disintegrazione psichica e sociale  
Straniero: non italiano  
Xenofobia  
Storia dell'altro  
Crisi economica genera nuove migrazioni  
Separazione della famiglia  
La precarietà lavorativa riduce la migrazione  
Italia: nuova base da cui ripartire  
Periodo intermedio della migrazione (in cui si lascia la famiglia in Italia e si parte per la Germania)  
Narrazione dell'altro  
Condizioni di isolamento  
Migrazione in cerca di fortuna richiede "solidità" psichica  
Alterità cinese  
Racconto dell'alterità  
Racconti esotici che affascinano nel loro essere così misteriosi

L'alterità dell'altro mi affascina  
Alterità migranti: "cinesi" riservati e chiusi  
"grande diffidenza" per la medicina occidentale  
"gravità come criterio per la richiesta di aiuto"  
Criteri per la richiesta di aiuto: Estrema gravità e  
Oppositività alla comunità  
Psicosi mette fuori dalla comunità  
"loro" hanno i propri curanti (psichiatri)  
Rete con altri colleghi  
Noi/loro  
Specialisti della propria comunità  
Cure "tradizionali" con mezzi nuovi (Skype)  
"i cinesi sono un mondo a parte"  
PRATICHE: i cinesi accedono solo in condizioni di gravità  
Il paziente che ha bisogno di una cura ambulatoriale non  
viene da noi  
Drop out pazienti cinesi

### **P3**

Immigrati stanziali vs migranti  
Immigrati stanziali  
Integrazione sul territorio  
Migranti  
Profughi e rifugiati  
Descrizione altro migrante  
Mancanza di una rete sociale  
Isolamento  
Difficile quantificare  
"Stanziali": percentuali in linea con epidemiologia  
Rifugiati, migranti (diversi dai migranti stanziali)  
Esprime la sfiducia di non essere compreso  
SFIDUCIA: "lei non può capire!"  
INCOMPRESIONE OLTRE L'ASPETTO LINGUISTICO  
RITROSIA NELL'AFFIDARSI  
Timore di ritorzioni  
Logica del sospetto  
Pregiudizio?  
"Sortilegio"  
"Medicina tradizionale" (confusione tra medicina  
tradizionale e occidentale - etnocentrismo)  
"Lei non sa, non capisce che il mio problema ha altre  
origini"  
Guaritori tradizionali  
"Operatori dei loro villaggi"  
"Sciogliere il sortilegio"  
Mondo che non conoscevo  
Paziente sente che può fidarsi di più  
Omertà  
Diffidenza

"Difficoltà ad aprirsi, diffidenza  
Tema "rilevante"  
Impennata di migranti  
Noi/loro  
Loro non uniformarsi/noi diversificarci  
VISSUTO DELL'ALTRO:  
Sofferenza  
Spaesamento  
Decontestualizzazione  
Dimensione dell'imprevedibilità (non sanno domani cosa  
succederà)  
"Quelle persone"  
Distanziamento  
Noi/loro  
Diffidenza nell'esprimersi (espressioni totale è  
controproducente e pericolosità)  
Storie e traumi di morte  
Percorso migratorio

#### **P4**

"Bisogna adattarsi"  
Dimenticanza ... ci si dimentica della colonia? Della ragione  
per la quale in quelle etnie si parlano quelle lingua ...  
Somatizzazione (centratura sul corpo)  
Trascinarsi problemi dai propri paesi  
Storia clinica qui/là  
SCARSA FIDUCIA: "ci dicono delle cose, poi non si sa ..."  
Evoluzione interferisce con la cura  
Mentalità vs struttura sanitaria dei propri Paesi  
(Rispetto alla gestione del farmaco)  
Etnocentrismo?  
Noi/loro (loro esotico, modalità di distanziamento)  
Potrebbe anche essere vero ... ma il modo in cui viene  
raccontato è così generalista, pieno di stereotipie ...  
Non sarà mica così per tutti???  
Mi impressiona ciò che è diverso dal solito  
Cosa è diverso? Il paziente è di una classe sociale elevata  
!!! stereotipia  
"Una" del Kazakistan  
Coppia mista (sposata con un italiano)  
La cosa che mi colpiva: "si trattava di una persona  
laureata, con un lavoro sofisticato"  
STEREOTIPO (l'altro che migra è povero e di un basso livello  
culturale- mi aspetto che il paziente straniero sia povero  
e di una classe sociale bassa  
Dunque sono impressionato perché mi contraddice  
Questo altro scardina i miei pre-concetti  
HABITUS ANORESSICO  
Racconto dell'altro



(Ricondurre tutto entro le proprie categorie cliniche)

Reticenza

Reticenza (della paziente)

Elementi di dissonanza nella storia della paziente

"Ragazza attraente" (come se volesse dire che lui ha sposato questa donna solo perché bella? E non ne avesse poi approfondito la conoscenza) pre-giudizio

Mancanza di conoscenza della coppia (tacitamente attribuita alla differenza culturale della coppia?)

Procedere per prove ed errori

"Dubbio"

COPPIA MISTA: porzione mancante di conoscenza (come se la differenza culturale potesse più che in altre condizioni portare ad una distanza maggiore tra le persone)

PREGIUDIZIO

(Quanto mi spaventa questo altro, di fronte al quale nego ogni vissuto, cerco soltanto di capire, non di sentire. Questo altro irrimediabilmente altro, mette in discussione le mie certezze e i miei pregiudizi, questo altro che mi incatena ad una preoccupazione che si fa presto categoria, inquadramento diagnostico, perché l'eccitamento e il perturbamento che mi provocano sono troppo forti da tollerare. Come faccio a capire un catatonico che non parla? La mancanza di parola mi angoscia.

Razzismo!! Xenofobia!!

Altro psicopatologico è un inquietante che perturba

Sghignazzare

Problema delle unioni miste: la fiducia

Pregiudizio e tendenza alla generalizzazione

COME FIDARSI DELL'ALTRO?

"La comunicazione è possibile solo tra persone della stessa cultura???"

Non sono razzista ma ...

Etnocentrismo

Pregiudizio

AREE OSCURE DELLA MANCATA CONOSCENZA

RAZZISMO, ETNOCENTRISMO (???)

Unioni miste: bisogna compenetrarsi

Sembrava uno sdoppiamento

Appaiono bene "integrati", poi la malattia disintegra e ci si scopre non più così integrati ...

(Perché l'integrazione viene associata alla scarsa conoscenza reciproca --- due persone bene integrate devono anche conoscersi bene??)

Scarsa conoscenza della coppia

Integrazione sociale

"Essere privilegiati" (se uno straniero lavora e ha una cultura)

Pregiudizio

Etnocentrismo  
 FATTORE DI INTEGRAZIONE: AVERE DELLE AMICIZIE, DELLE  
 CONOSCENZA  
 Linguaggio coloniale  
 Etnocentrismo  
 Linguaggio occidentale: cronicizzazione  
 MEDIAZIONE DELLA FAMIGLIA  
 MEDIAZIONE DELLA COMUNITA'  
 COMUNITA' funzione di supporto alla cura  
 Famiglia come supporto alla cura  
 Coinvolgimento della famiglia nel percorso di cura  
 Tendenza alla reificazione della cultura dell'altro  
 Pre-giudizio  
 Persone africane legate alla dimensione gruppale  
 Gruppo come fattore curativo  
 La famiglia può aiutare ad accettare un modello altro della  
 cura?  
 Razzismo?  
 Limite tra psichico e somatico  
 RETORICA COLONIALE  
 Basso livello culturale dello straniero, non sono in grado  
 di comprendere un sistema scientifico  
 STEREOTIPO-PREGIUDIZIO  
 "Non sono razzista ma ..."  
 Etnocentrismo  
 Non sono in gradi capire??? Linguaggio coloniale (io  
 giusto/tu sbagliato)  
 DIFFIDENZA, CHIUSURA  
 SI RIVOLGONO AI LORO GUARITORI  
 Fascinazione/ resistenza  
 Etnocentrismo o buon senso?  
 Quale significato attribuiscono allo psichismo?  
 Richiede la messa in discussione anche delle mie  
 consuetudini  
 ALTERITA' CINESE: "resistenza ad integrarsi"  
 Integrazione = usufruire delle strutture  
 Incomprensibilità dell'altro genera la sua critica  
 Stereotipo  
 Generalizzazione  
 Etnocentrismo  
 Rifiuto di imparare una lingua comune (da parte dei cinesi)  
 Non sarà per questo che non accedono ai servizi?  
 ALTERITA' CINESE:  
 Difficoltà/rifiuto nell'apprendimento della lingua  
 Tendenza alla generalizzazione  
 Idea autistica della comunità (dei cinesi)  
 Prime/secondo generazioni (cinesi)  
 Differenze di genere  
 GRUPPI OCEANICI (dimensione della comunità)

Manierismi per descrivere l'altro  
Linguaggio coloniale

**P5 (D'AVELLA)**

Xenofobia, razzismo

Lapsus: cultura superiore/inferiore

Che tipo di persone sono?!

Xenofobia

Altro generico

Approssimazione nel parlare dell'altro

"Mondo di credenze"

Altro crede nelle superstizioni e negli stregoni

Superiorità culturale

L'altro è inferiore perché crede a certe realtà

Manierismi

Riconoscimento di ruolo e ringraziamento

DESCRIZIONE DELL'ALTRO:

Sospettosità e mancanza di fiducia sono atteggiamenti culturali!! (Delle persone che provengono dall'Est)

L'altro che arriva qui si sente esaminato e giudicato

L'altro mi spaventa e io dimentico ...

Una cosa detta in una famiglia nostra

Estraneo sei estraneo

Altro sei altro

Distanziamento!!!

Pazienti tutti uguali: stranieri/non stranieri

L'altro che arriva qui si sente esaminato e giudicato

Ricerca di regolarità (stereotipo)

L'altro è sospettoso

La sospettosità non produce risposte sincere al test

(Tu colonizzato devi accettare acriticamente ciò che io ti propongo come colonizzatore anche se non lo conosci e non puoi fare domande, non puoi sospettare perché altrimenti divieni irrispettoso e sarai tacciato di sospettosità".

Sospettosità del paziente si tramuta in sospettosità del terapeuta (non sarà il contrario?)

Massima disponibilità = accettazione acritica?

Noi/loro

Paziente straniero che chiede aiuto ai servizi è già integrato

Integrazione vs non integrazione

"Questo tipo di persone". ma che tipo di persone sono???

Approssimazione nella descrizione dell'Altro e della sua provenienza

Etnocentrismo "insomma in quella zona lì"

Aspetto culturale: dipendenza dal marito.

"Mi racconta un episodio ..."

"Non potevo entrare in Chiesa perché avevo le mestruazioni"

Altro che vive in un mondo arretrato, fatto di credenze popolari  
Etnocentrismo e superiorità culturale  
Altro vive nel Medioevo  
Razzismo!!! Superiorità della razza!!!  
Vicino/lontano vs avanzamento/arretratezza  
Più è vicino a me più è simile a me e dunque "vero"  
Mi spaventi allora ti distanzio  
Integrazione come superamento di credenze obsolete  
ALTERITA' CINESE  
Disturbi gravi agiti comportamentali  
TSO pazienti cinesi  
Per segnalazione (interventi a carattere sociale)  
Alterità cinesi:  
    Sfuggono ai servizi  
    -accedono in situazioni di emergenza  
(Alterità cinese è un'alterità misteriosa ... più misteriosa  
e lontana delle altre ... dove il veicolo linguistico non c'è  
la posta in gioca diviene più alta

## **P6**

PROVENIENZA: cinesi, rumeni, ucraini, albanesi ...  
Mancanza di fiducia nel raccontare della propria sofferenza  
e nella verbalizzazione  
Non riconoscere la sofferenza  
Isolamento vs integrazione  
Isolamento  
"Estraniamento" rispetto ai circuiti della cura  
Presenza di consapevolezza  
"Alterità cinese": "volutamente chiusa"  
Tendenza alla generalizzazione  
Isolamento dello straniero  
Storia traumatica della migrazione  
Racconto dell'altro  
Ricerca di regolarità nelle esistenze  
Storia di "abbandono" "sradicamento" dell'altro ( che  
disintegra e conduce al suicidio  
Vissuto: tragedia  
Resistenza, inibizione al trattamento e alla cura  
Storia di abbandono  
Senso di non appartenenza ad alcun luogo  
Suicidio  
RICONOSCIMENTO DI STORIE TRAUMATICHE  
Integrazione rende meno necessario colmare il gap culturale  
Vantaggi secondari  
Bisogni di tipo sociale (richiesti in psichiatria)  
ASPETTATIVA DEL PAZIENTE STRANIERO: presa in carico di tipo  
globale

Disagio psichico vs situazione reattiva a condizioni oggettive  
Ricerca di vantaggi secondari  
Alterità cinese  
Comunità cinese è chiusa  
Utilizzano farmaci provenienti dalla propria comunità  
Barriera linguistica  
DUBBIO  
APPRENDIMENTO DELLA LINGUA: fondamento discriminante per integrazione  
Straniero = non italiano  
Racconto di questo altro  
Storia dell'altro è una storia traumatica (che arriva in extremis alla osservazione clinica)  
Scarsa conoscenza dei servizi/ non riconoscimento della sofferenza  
(Quale riconoscimento possibile?)  
Isolamento dell'altro  
Alterità cinese  
DIFFICOLTA':  
-formulare la diagnosi  
-comunicare la diagnosi  
Sintomi corporei  
Valutazione della genitorialità  
Barriera linguistica riduce la credibilità del racconto  
Accesso in condizioni di gravità (acuzie)  
Corpo dell'altro per accedere al senso della sua sofferenza

## **P7**

Provenienza:  
-scarsità mondo islamico  
-africa nera  
-cinesi  
-Europa est  
Riproduzione delle partiche della propria comunità nel paese che li ospita  
Narrazione dell'altro  
Storia traumatica  
L'ALTRO TOLLERA IL SISTEMA OCCIDENTALE MA NON LO RITIENE FUNZIONANTE  
FIDUCIA  
Descrizione dell'altro:  
Commistione tra dimensione spirituale e malattia  
Narrazione dell'altro e della sua storia  
"Presenze che impediscono di fare delle cose"  
Non disponibilità alla cura perché c'è un altro senso della cura e della malattia  
Storia dei bambini feticcio  
Bambini feticcio

Hanno una grande diffidenza dei bianchi (da parte dei cinesi)  
Pazienti del Sud America  
Storia della migrazione è una storia traumatica  
Capacità di sopravvivenza  
Resilienza  
Paziente nostrana (noi/loro)  
Idea di confine è un'idea occidentale  
NOI/LORO (disagio e sofferenza nascono dal conflitto - elemento comunanza)  
Diversi modi di risolvere il conflitto (elemento di discordanza)  
Inconscio vs spiriti  
(Medesima statuto ontologico ed epistemologico in culture diverse)  
"Qualche cosa che incombe"  
Componente religiosa  
Manierismi  
Questione di vita e di morte  
Mamà o guaritore locale  
"Condannata a stare qua"  
"Contrasto di forze"  
Rimando ad una dimensione spirituale  
PER LORO:  
Psichiatra: ciarlatano  
etno-psi: guaritore  
Vantaggi secondari  
Intervento psico-sociale

## **P8**

Migranti strutturali  
"Presenza strutturale"  
PROFUGHI 2 (P1)  
Profughi problematiche completamente diverse  
RICHIESTA AI SERVIZI:  
"Diagnosi precoce", "proiezione"  
Migranti storie tragiche  
Trovarsi APOLIDE  
IDENTITA' AMMINISTRATIVA DIVIENE IDENTITA' ESISTENZIALE  
"Mondo della marginalità"  
Situazione liquida, rarefatta  
Identità amministrativa come contenimento interno/esterno  
Storie di perdite e di abbandoni  
L'altro vive in stato di timore e allerta  
PAZIENTE: uso di un lessico personale  
"Volere un figlio nero"  
Alterità cinese  
Atteggiamenti aggressivi  
Difficoltà linguistiche

Elaborazione povera e concreta  
(Sono effettivamente separabili questi due aspetti?)  
Storie di dolore IRREVERSIBILI  
Alterità cinese: estreme difficoltà d comunicazione  
"Difficili da avvicinare"  
Diffidenza  
Rete sociale parallela  
"Rifiuto di comunicare"  
Scarsa conoscenza della lingua  
Problemi comportamentali, aggressività, rissosità  
Differente concetto di individualità (stereotipo)  
Sfruttamento lavorativo  
Scarsa integrazione sul territorio

### **P9**

Vivere nella marginalità  
Signore desiderano curarsi (dimensione di genere)  
Paura e povertà  
Guerra  
Lì/qui  
"CORPO CHE PARLA"  
Le persone bizzarre hanno un ruolo "altrove"  
Non accettazione della malattia  
Medicina non tradizionale  
Alterità marocchina  
Ragazzi di seconda generazione

### **P10**

Alterità cinese  
Seconde generazioni di cinesi consentono l'accesso alle  
prime generazioni di cinesi  
Descrizione di caso  
STORIE DI MIGRAZIONE mai digerite  
Pazienti africani  
Non distinzione tra medico e psichiatra  
Farmaco crea un fraintendimento  
Richiesta di farmaci e vestiti (richieste concrete)  
ALTRO: prostrato  
Avere un marito "semplice"  
Storia dell'altro  
Conterraneo che richiama la cura di casa  
Coppia mista

### **P11**

Lavoro regola presenza immigrati  
(Migranti per lavoro)  
Stigma della psichiatria  
Ricerca di una spiegazione nella famiglia  
Componente mistica

Pregiudizio  
Pregiudizio e generalizzazione  
"Di solito ..."  
Noi/loro  
Vita di solitudine, senso di insoddisfazione  
Impossibilità di comprensione totale  
Sradicamento come fondamento della sofferenza  
Mancanza di fiducia nella figura del medico  
Accettazione passiva della terapia  
Fiducia e riconoscenza nella figura del medico  
Retaggio di una cultura povera  
Quale consapevolezza di malattia  
Mancanza di consapevolezza critica  
Come posso vivere lo stigma della psichiatria se non so  
cosa sia la psichiatria?  
Mancanza di consapevolezza critica  
La cultura, l'etnia, la religione modificano la gravità  
della diagnosi (che mantiene il suo statuto ontologico)  
Etnocentrismo  
Ignoranza!!  
Noi/loro  
Etnocentrismo  
Approssimazione (confondere un'area geografica con  
un'altra)

## **P12**

"Utenza immigrata"  
"Disagio dell'immigrato in tutte le sue forme"  
Familiari come "cornice di riferimento" più ampia  
"Gruppo nutrito di esuli"  
Racconto dell'Altro  
Sortilegio (de martino)  
Racconto dell'altro  
Scarsa capacità linguistica "nonostante..."  
Dimensione del nonostante  
Lingua indicatore della integrazione  
Abbigliamento tipico, mantenimento di abitudini e non  
cittadinanza (fattori mancata integrazione sociale)  
Dubbio su deficit intellettuale  
Scarsa padronanza della lingua come scarsa padronanza  
grammaticale  
Conoscenza della lingua straniera solo in termini  
descrittivi  
Miti e leggende africane \*  
(Quale statuto di realtà?)  
Adottivi mettono in crisi la radice del sistema  
Funzioni genitoriali messe in discussione



**P13**

Lavoratori precari, migranti anche come lavoro (e dunque la possibilità di cura continuativa in ambulatorio)  
Racconto dell'altro  
Mondo di solitudine  
Impossibilità di rientrare perché traditrice  
Pregiudizio  
Collaborazione e disponibilità (che connessione hanno con la dignità di cui si parlava prima?)  
Nessuna difficoltà (la collaborazione è un criterio sufficiente per non far sorgere problemi?)  
Ottenere vantaggi secondari dalla visita psichiatrica  
Situazione sanitaria vs Vantaggi secondari: ricerca di pensione, di sussidio  
Situazioni sociali (vantaggi secondari)  
Sguardo sfuggente, paura, attrappito sulla sedia (descrizione dell'altro)  
Alto rischio di spaesamento  
Nostalgia dell'altro  
Situazione straziante  
Fatica immane  
"Come mai non c'è un maggiore ricorso ai servizi?"  
Forme di solidarietà "locali"  
Gestione della comunità africane

**P14**

Pazienti "comunitari"  
Rumeni, ungheresi  
Scarsa conoscenza della lingua italiana  
Figlio minore che funge da interprete  
Marginalità migra insieme al paziente  
Vantaggi secondari  
Convinzioni magiche sulla malattia e rifiuto della cura  
Rifiuto sistematico di imparare la lingua (da parte della donna)  
Impossibilità di sentirsi a casa  
Cultura come "retroterra"  
Rifiuto vs impossibilità  
Storie traumatiche  
Scarsa compliance sulla assunzione dei farmaci  
Vantaggi secondari: richiesta di aiuto economico  
Descrizione dell'altro ROM  
Ricorrere a cure "altre" (o proprie per lo straniero)

**P15**

Racconto dell'altro  
FAMIGLIA NIGERIANA anzi SENEGALESE (interscambiabilità nazionale)  
Descrizione dell'altro: "persone dignitose"

LA' (qui/là)  
Visione monolitica e approssimativa della cultura dell'altro  
ISSIMO: estremizzazione nella descrizione dell'altro  
Scarsa conoscenza dell'italiano (francese italianizzato) (colonia su colonia per comunicare!!)  
Altro remissivo/efebico vs vorace (vedi cosa accade dopo)  
"Va tutto benissimo a parte i Turbeillons ..."  
Fascinazione dell'esotico  
Razzismo velato delle piccole cose ("come è bella questa tua interpretazione così primitiva della patologia!!!)  
Loro/nostro: distanziamento  
"Nella loro cultura è ..." ma con una forma di auto-compiacimento  
Terza lingua che separa  
Disprezzo dell'altro  
Altro trattato come oggetto esotico di osservazione.  
Quella è una psicosi ma tu povera arretrata la tratti come se fosse un turbinio)  
Lingua madre che protegge dall'orecchio dell'altro  
Ossequio e rispetto per il medico  
Sospetto e segreto che l'altro nasconde  
Logica del sospetto  
Paziente porta un segreto  
L'altro che non si adegua alla mia visione e alla mia posizione (di superiorità)  
Issime: esasperazione nella descrizione dell'altro  
Racconto generalizzato del mondo dell'altro  
Descritto sempre in termini di inferiorità (nessuna memoria del nostro passato manicomiale!!)  
Issima: esasperazione (manierismo)  
Etnocentrismo: logica del sospetto  
L'altro mi mente  
Mancanza di consapevolezza critica  
Sei dignitoso se mi riconosci nel mio ruolo, sei aggressivo se lo disconosci  
Altro boicottante, altro che non si allea. Alleanza è riconoscimento di ruolo (di potere)  
Sessualità e passionalità non integrate  
Cultura dell'altro è monolitica e generalizzata  
PRATICHE: riunione di equipe

## **P16**

Storia clinica dell'altro  
Difficoltà nel trovare lavoro  
Inserimento sociale  
"Oltre a essere straniera c'è aspetto di realtà ...": che statuto epistemologico ha l'estraneità?  
Racconto di un altro Altro (Senegal)

Nessuna consapevolezza di malattia  
Alterità cinese (uomo)  
Scarsa conoscenza dell'italiano  
Rimpatriati e curati a casa (ALTERITA' CINESE)  
Ermetica, barriere impenetrabili  
Chi è piacevole è riconoscente  
Piacevole e (è) riconosciute  
Buona conoscenza dell'italiano (preludio della buona cura)  
Etnocentrismo  
Storie di migrazione  
Difficoltà integrazione sociale  
Caratteristiche comuni dei genitori: accettare la  
limitazione dei figli  
Etnocentrismo?  
Identità ibride e meticce  
Non avere radici  
"Lavora in regola ma spende tutto in marijuana"  
Condivisione degli spazi e delle abitudini con la comunità  
Migrazione economica finalizzata al rientro in patria  
Storie che si ripetono (donne dell'Est): ricerca di  
regolarità  
ALTERITA' CINESE  
Alterità cinese (ragazza)  
Uso di categoria occidentali:  
Grave disturbo di personalità  
Connazionali come mediatori  
Situazione di emergenza  
Scomparsa dopo la terapia farmacologica (dopo la  
risoluzione della emergenza)

### **P17**

Straniero: nato all'estero  
Comunità nigeriana: più rappresentata e con minore  
difficoltà di accesso  
Alterità cinese: non accede alla cure  
Alterità Sri Lanka: accesso in regime di ricovero e poi  
difficoltà nella presa in carico continuativa  
Alterità cinese:  
    necessità del mediatore culturale  
    scarsa conoscenza dell'italiano  
    chiusura nella comunità di appartenenza  
    nessun interesse ad imparare  
Mediatore culturale  
Alterità nigeriana  
Descrizione dell'altro:  
-conoscenza di un italiano "accettabile"  
Indifferenza di fronte alla situazione

-mancato riconoscimento del "valore" in termini di potere della situazione  
Preferire l'OPG al rimpatrio in terra d'origine  
Tendenza alla generalizzazione  
Lontano/vicino  
Noi/altri  
Rituale di purificazione  
Racconto dell'incontro con l'altro  
Descrizione delle pratiche dell'altro

### **P18**

Persona migrante, p. extracomunitaria  
Provenienza: Romania, Marocco, Paesi dell'Est  
Mancanza di motivazione  
"Può guarire là ..."  
Là/qua  
Inferno/paradiso  
Racconto della storia dell'altro  
Storie traumatiche  
Abusi  
Qui/là  
Inferno di là  
Provenienza: Romania  
Mancanza di lavoro  
Situazione di disagio sociale  
Italiani e stranieri  
Vissuto di emarginazione: aspetti difensivo o esame di realtà?  
La migrazione (solitudine, incertezza, povertà ..) peggiora la psicopatologia/sofferenza già esistente e manifesta nel Paese di origine  
Cognome che possa essere riconosciuto provoca sofferenza  
Sentirsi straniero  
Vissuto di emarginazione e di discriminazione (razzismo)  
Popoli diversi, teste diverse, forma mentis diverse  
Dove c'è la miseria c'è il trauma  
Descrizione dell'altro:  
-deprivazione  
-storie di violenza  
-dispersione attraverso gli stati  
-vissuti traumatici  
Alterità asiatica  
Crisi psicotica  
Mediatore culturale  
Catatonia vs scarsa conoscenza della lingua?

### **P19**

India, Bangladesh  
Sempre accompagnate dal marito

Alterità cinese: figlio che traduce  
Coppia mista con scarsa conoscenza reciproca  
Vita coniugale di difficoltà  
"Se non fossero stranieri"  
Mancanza di rete sociale  
"Non voglio ritornare indietro (in Marocco)"  
Racconto dell'alterità  
Difficoltà esistenziali, difficoltà di sostentamento  
Provenienza dell'alterità:  
Filippine  
Corea  
Cina  
Nord africa  
Storie di coppie miste  
Racconto dell'alterità: morte di una bambina  
"La condizione di emigrante mette le cose su un piano di maggiore difficoltà ..."  
Intervento della famiglia come supporto  
Io credo sia difficile anche per un italiano eh ..."  
Migrante è povero. La povertà rende tutto più complicato.  
Migrazione per amore  
Storie di violenza familiare (da parte di marito italiano)  
Storie di donne intrise di difficoltà relazionali  
Dimensione di genere: donna succube del marito  
Marito che funge da mediatore  
Tendenza alla generalizzazione: donne rumene sono combattive, energiche  
Rapporto di sudditanza nei confronti del marito  
Dimensioni di genere: noi siamo solo delle povere schiave  
Cultura dell'altro è regredita e maschilista  
Storie tragiche  
Non torno in Marocco perché lì non possono curarmi come mi curano qui ...  
Una persona buona e intelligente  
"Molto spesso hanno delle storie drammatiche che non vorrei sentire"  
Narrazione dell'alterità  
Coppie miste  
Racconto dell'alterità  
Con gli extracomunitari è più difficile per le condizioni socioeconomiche in cui vivono  
Se si curano migliorano  
Se collaborano con i servizi, altri non collaborano e non vogliono avere a che fare con la psichiatria

## **P20**

Straniero: non italiano  
Donna moldava "non regolare"  
Racconto dell'altro

Solitudine, abbandono  
Abbandoni e allontanamenti  
Precarietà sociale e lavorativa  
"Sogno del barcone"  
"Prima stanno bene, poi malesseri ..."  
Scarsa conoscenza dell'italiano  
"bites che gli bruciava"  
Paziente molto difeso  
Fiducia del paziente  
Paziente ringrazia  
Alterità ghanese  
Spiriti che mi governano  
Sintomo garantisce l'assistenza nel Paese di accoglienza  
Progetto migratorio  
Alterità brasiliana  
Storie di lacerazione

## **P22**

Povertà "sconcertante" in termini intellettuali, sociali, intellettuali  
Etnocentrismo  
"Nessuna costituzione di tessuto sociale"  
Pregiudizio e tendenza alla generalizzazione  
Depressione: aspetto pato-plastico regolato dalla cultura  
Alterità cinese  
Pregiudizio  
Figlia minore come mediatrice  
Descrizione alterità cinese  
-onore  
-lavoro  
-clan  
-non fare nulla  
Scomparsa dopo accesso in emergenza  
Pregiudizio: legali produttivi non qualitativi  
Non comprendere certe domande

## **P23**

Lavorare in modo irregolare  
Pregiudizio/razzismo  
Razzismo  
Trauma psicologico  
Immagini ricorrenti di morte  
Difficoltà linguistiche non consentono l'inserimento nel territorio  
Solitudine totale  
Storie tristi e disastrose  
"Caso bruttissimo"  
Richiesta di una prognosi per "vantaggi secondari"  
Fenomeni di razzismo

(Approfittare della "estraneità" linguistica dell'altro)  
"Vogliono sfruttare la situazione"  
Decontestualizzazione  
Vissuto paranoico!!!  
"Persone straniere"  
"Marocchina" con attacchi di panico  
Raccontare la verità: soprusi e violenze in famiglia  
Storie tragiche  
Pregiudizio e razzismo: "vessazioni tipiche del loro modo di essere"  
Noi/loro  
Etnocentrismo!  
Razzismo!  
Cosa vuol dire stare bene? Quale stare bene è possibile?  
Rinunciare a un figlio perché si hanno attacchi di panico?  
Quale statuto ontologico ha la malattia?  
Rifiutarsi di fare una ecografia  
Etnocentrismo medico: come dare per scontato che tutti sappiano che cosa è una ecografia??  
Invio in psichiatria perché ci si rifiuta di fare una radiografia  
"Fingersi" mediatrice culturale  
Vissuto di disperazione  
Essere ricoverati per salvarsi da violenze e soprusi familiari  
Estraneità dell'altro  
Situazioni di disagio sociale (vivere in 17 in casa)  
Scarsa conoscenza dell'uso dei servizi (assistenza sociale e psichiatria vengono sovrapposte)  
"Loro partoriscono allo stato brado"  
Pregiudizio?  
L'altro non ha la possibilità di difendersi  
Spose bambine  
"Tutti mi lasciano qualcosa"  
"Utenza uguale da tutte le parti"  
Dare più rispetto del necessario (considerarli come meno capaci)  
Hanno grandi risorse  
Noi/loro  
Storie di vita che ti cambiano  
Rispetto dell'altro cardine della relazione SOLO SE BIUNIVOCO  
Se rispetti la terapia, sei una persona per bene (relazione di potere medico/paziente)

## **P24**

"Sentire la differenza con pazienti arabi e cinesi"  
Arabo: lingua araba (sovrapposizione tra lingua e provenienza geografica)

Alterità cinese  
Noi/loro  
"Mercato parallelo"  
Richiesta di mediatore culturale  
Reticenza e sospetto nel raccontare  
Dire le cose in maniera sconnessa: diagnostico o cattiva traduzione?  
Scene pittoresche  
Alterità araba  
Dimensione di genere: maggiori difficoltà con le donne  
Integrazione: frequentare scuola di italiano  
Mancanza di condivisione del progetto migratorio con marito  
Tendenza alla generalizzazione  
Mariti desiderano l'integrazione delle mogli  
Descrizione dell'altro  
Migrazione come fuga (da situazioni dolorose e traumatiche)  
Italia nell'immaginario come panacea dei diritti delle donne  
L'altro lascia in me un "non indagato"  
Inferiorità dell'altro?  
Emigranti dell'Est in Italia come emigranti dall'Italia in svizzera  
Maggiore vicinanza culturale rispetto ad altre popolazioni  
"Dei cinesi non vi è molto da discutere ..."  
Razzismo  
Credenze sull'altro  
Quando si è un peso per la comunità, rimpatrio in Cina  
Il paziente migrante è più rispettoso dinanzi alla restituzione della diagnosi  
(Sottomissione nella relazione di potere)  
Si fidano di quello che diciamo  
(Accettazione passiva)  
Extracomunitari  
"Gli altri sono più semplici" perché accettano passivamente  
Extracomunitari sono più diligenti (linguaggio coloniale, rapporto di potere)  
Extracomunitari più diligenti, più compianti  
Più aderenti anche se condividono poco il progetto di cura  
(?)  
Importanza della rete familiare  
Marcia in più  
Pensano al progetto migratorio  
Razzismo delle piccole cose  
Storia dell'altro Eneide  
Fascinazione dell'esotico  
Razzismo delle piccole cose  
Cercare le regolarità nelle narrazioni e nelle storie di vita  
Confronto con Montreal



Studi sulle differenze epidemiologiche nei ricoveri  
Non c'è differenza tra italiani e stranieri nella  
epidemiologia della psicosi  
Esperienze di avvicinamento all'altro  
Non utilizzo delle scale  
Modello inglese/francese

## **P25**

Origine dell'altro  
Nigeria  
Asia  
Razzismo delle piccole cose: "riba dell'Est  
Nessuna relazione, scarsa compliance terapeutica  
Familiari cinesi:  
-diffidenza verso il servizio  
-vogliono interrompere le cure  
Alterità cinese:  
-non accede ai servizi, solo in situazioni di emergenza  
"Sbrigata la pratica tendono a sparire"  
Tendenza manipolativa  
Tutti uguali: si fanno dove si ha diritto (certificazioni)

## **P26**

Alterità cinese  
NOI/LORO  
Alterità cinese: crea maggiori difficoltà  
Non imparano italiano  
Problema linguistico e culturale  
Difficoltà ad instaurare un rapporto terapeutico completo  
Alterità cinese:  
- difficoltà ad andare oltre il sintomo portato  
(Sospetto che al di là del sintomo "ci sia tutto il resto"  
...)  
-farmaco come fondamento della cura e del rapporto  
-"quando ha bisogno può venire qua..."  
Racconto dell'alterità  
Paziente senegalese  
Descrizione dell'altro: allucinazione, angoscia, paura  
Madre boicotta la cura (non c'è mai stata messa in  
discussione delle proprie categorie da parte del terapeuta)  
Madre manipolativa ed espulsiva  
Mancanza di consapevolezza critica rispetto alle proprie  
categorie e a quelle dell'altro, alla RESISTENZA E ALLA  
PROTESTA DELL'ALTRO. Non pensa mai che questa possa essere  
una protesta della madre? O un non accettare l'imposizione  
di una forma di cura altra?  
Mancanza di consapevolezza critica: l'altro non esiste  
(dare per scontato che l'altro possa accettare la cura  
occidentale, quella "migliore")

Cultura come buona integrazione  
Buona integrazione come acquisizione meccanismi psicopatia  
Razzismo delle piccole cose (trattini di p.)  
Benefici secondari  
Razzismo  
Pregiudizio e razzismo  
Diverso modo di intendere la malattia mentale  
Altro descritto sempre come lontano, inferiore  
Pregiudizio

## **P27**

Migranti economici  
Dimensione di genere  
Dimensione di genere: uomini tendono a "tenere tutto a casa"  
Donne: arrivano al servizio anche per questioni di carattere diverso: depressione e ansia  
Pazienti maschi stranieri: AFRICA  
Pazienti straniere donne:  
EST  
Tendenza a ricercare una generalità  
"Ti conosco e hai già una diagnosi"  
RACCONTO DELL'ALTRO  
Alterità marocchina  
Descrizione dell'altro: passività  
Pregiudizio?  
Racconto dell'Altro  
Peregrinare e tornare  
"Sparire e tornare (in situazioni di scompensamento)"  
Insofferenza dell'altro  
L'altro esprime un suo convincimento, non c'è necessariamente patologia  
(Restituita dignità all'altro)  
Alterità considerata come degna di "intenzione"  
"Trincerarsi" dietro un "non capisco" della lingua quando  
Non si vuole comunicare all'altro  
Tematiche mistiche e politiche  
Quando non è scompensato ... RICERCA DI VANTAGGI SECONDARI  
STRUMENTALITA'  
Strumentalità come caratteristica di personalità  
(decontestualizzazione, patologizzazione)  
"Aspetto manipolatorio"  
Alone di sospetto sull'altro  
Mancanza di "livello di istruzione, capacità di introspezione"  
Racconto della cultura dell'altro  
"Era importante capire chi ha il potere di gestirlo"  
Matrimonio combinato  
Moglie con funzione di badante

Dimensione di genere: relazione uomo/donna  
Differente è "ovunque", è relativo. Consapevolezza critica  
STRANIERI ACCETTANO (la cura, la diagnosi) PERCHE' NON  
SANNO  
Accettazione passiva  
Etnocentrismo  
"Fiducia" nel medico  
Relazione di potere  
"Più facile darlo, più difficile mantenerlo"  
Tendenza alla generalizzazione  
Regole completamente differenti  
"Toccare" qualcosa di imponderabile (dimensione della  
corporeità per accedere all'altro)  
Seconde generazioni: confronto genitori -figli  
Storie tragiche: alcolismo, violenze familiari consolidate

## **P28**

Migranti per lavoro  
Provenienza: Africa, Africa sub-sahariana, Cina  
Donne di cultura nord-africana manifestazioni isteriche  
(cultura di provenienza influenza la manifestazione della  
sofferenza)  
"Africa nera"  
Sospetto dell'altro dinanzi alle domande "insolite" del  
terapeuta  
Fiducia vs mancanza di fiducia (del pz verso il terapeuta)  
Consapevolezza critica  
Etnocentrismo critico  
Gratitudine: non per aver curato (come accede in altre  
interviste) ma per accolto una idea altra di sofferenza  
Microambienti di connazionali  
(Cinesi sono i più estranei e stranieri di tutti)  
Impenetrabilità del paziente cinese  
"Non imparare la lingua è un fattore culturale" (alterità  
cinese)  
Comunità cinese chiusa in se stessa  
Non imparare la lingua per mantenere la propria identità  
(per evitare la disgregazione psichica?)  
Alterità cinese  
- "passata la situazione di scopenso non li vedi più"  
Nessuna possibilità di presa in carico continuativa  
Estraneità verso il paziente cinese, la distanza che si  
avverte nei suoi confronti che toglie uno spazio di  
pensabilità critica anche in coloro che tendenzialmente lo  
hanno sviluppato nei confronti di altre culture ... questo  
alimenta il pregiudizio ma anche alcune forme di razzismo  
... superiorità della razza ... nessuna forma di comprensione

### **P29 (ZANINOTTO)**

Nata di nascita fittizia  
(Persone dell'Africa Subsahariana) Sospettosità verso i compagni  
Controllo verso le sue cose  
Descrizione dell'altro (da parte degli operatori):  
-buon contatto relazionale  
-espressione libera  
-ripetuti e repentini sbalzi di umore  
Atteggiamento ossequioso, remissivo, anche eccessivo, sguardo basso (corpo che parla)  
"Alla fine mi ha ringraziato"  
Atteggiamento dell'altro: disponibile, ossequioso  
"Potenziali vantaggi secondari"  
Descrizione dell'altro: passività (legata all'ottenimento di vantaggi secondari)  
Passività vs integrazione sociale  
Paziente migrante: familiare sano che media e filtra le informazioni  
ALIENITA' A CUI SI AGGIUNGE UNA ALTERITA' CULTURALE  
PROVENIENZA: Vietnam, Nigeria, Bangladesh, Pakistan  
Nessuna consapevolezza di malattia  
Descrizione alterità

### **P30**

"Sofferenza dello straniero" è legata situazioni di emergenza  
Dimensione di genere: patologia è femmina  
Cittadino maschio: uso di sostanze e alcol  
Descrizione approssimativa dell'altro (Marocco, Algeria e Tunisia ... stessa etnia?)  
Razzismo?  
Femmine (Europa Est): depressioni, depressioni atipiche  
Alterità CINESE: patologia grave (no disturbi ansia o depressione)  
Descrizione altro approssimativa e generalista  
(Cinesi, America latina, est Europa ... nazioni e culture reificate ... come se fossero dei mono blocchi)  
Alterità: donne musulmane  
Patologie con/senza impatto sulla vita sociale e lavorativa (donne est vs cinesi)  
Donne Europa Est: migrazione e poi "richiamo" dei figli  
UTENTE STRANIERO E' MENO PRETENZIOSO  
IMBARAZZATO PERCHE' NON DEVE PAGARE  
(Etnocentrismo e mancanza di consapevolezza critica?)  
RACCONTO INCONTRO ALTERITA'  
Alterità rumena  
Storie traumatiche dell'altro  
Coppia mista

Storia di abusi  
Importanza di una rete familiare di riferimento  
Rientro in patria e sparizione  
"Ognuno ha la sua idea di cura"  
Si era italianizzata. Italianizzarsi è emanciparsi  
Etnocentrismo e razzismo?  
Ragazzino profugo.  
Storie traumatiche  
Interpretazione della sofferenza dell'altro: tentativo di suicidio come corpo che perde la connessione vitale con se stesso  
Parole dell'altro: triste, stanca  
Lei era carina, sorrideva (razzismo delle piccole cose)  
Alterità marocchina  
Famiglia modesta, positiva (razzismo delle piccole cose)  
Descrizione dell'altro: ritirata.  
Razzismo inconsapevole (l'altro fa parte di una cultura inferiore in cui viene perpetrata la violenza sulle donne).  
Etnocentrismo  
Alterità marocchina  
Racconto della storia dell'altro  
Seconda generazione  
Perdere la complessità: ritornare nei ranghi  
Seconda generazione: conflitto tra le due culture  
Seconda generazione: livelli più elevati di patologia, abuso di sostanze, violenza rispetto agli autoctoni.  
Razzismo o ipervalutazione degli studi?

## **2. PATOLOGIA VS CULTURA**

### **P1**

Cultura come elemento sconosciuto che ricompatta (cultura come qualcosa di esotico e lontano)  
Reificazione della cultura  
Vantaggi secondari  
Inventato vs culturale  
Vantaggio secondario: sussidio economico  
VS: precede il rapporto

### **P2**

CULTURA, INTEGRAZIONE, DIMENSIONE SOCIALE  
Elemento sociale in psichiatria  
Cura richiede l'elemento sociale  
Integrazione e cura  
Integrazione rende "la cura uguale per tutti": CSM, visite ambulatoriali, centro diurno

Cura richiede "consapevolezza"  
Tessuto sociale fa la differenza

### **P3 (CAPANO)**

Il disagio e mancata integrazione precedono la problematica psichiatrica  
Cultura raccontata vs cultura vista  
Mondo interno psichico e aspetto sociale richiedono intervento contemporaneo

### **P4 (D'ANTONIO)**

Patologia vs cultura (psichismo/cultura)  
Quadro generale disturbo psichico vs aspetti culturali determinati  
Reificazione del sintomo  
Malattia psichica risente della diversità culturale  
Malattia risente della componente culturale nella sua espressione  
(Ricondurre tutto al modello occidentale)  
Tendenza alla generalizzazione (degli aspetti culturali) e alla reificazione  
Etnocentrismo  
In molti paesi non c'è cultura e struttura per la cura della malattie croniche  
Etnocentrismo  
Cultura vs struttura  
È possibile una cura psicologica laddove non c'è riconoscimento della cura psicologica stessa?  
Atteggiamento coloniale di immissione nel mondo dell'altro di qualcosa d'altro?  
Crisi isteriche come "tratto culturalmente determinato" (?!)  
Tendenza alla patologizzazione  
LA PSICOPATOLOGIA E' DEI POVERI, DEI BRUTTI, DEGLI INFELICI  
Aspetti culturali della patologia  
Cultura vs patologia  
Etnocentrismo  
Linguaggio coloniale  
"Far razionalizzare la patologia"  
"Dalla razionalizzazione dipende la cura"  
Patologia è per sempre!!!  
Cultura vs patologia

### **P5**

Culturale vs patologico  
Cultura o patologia?  
Scarsa conoscenza della lingua o fattore personologico?  
Culturale vs patologico  
Ciò che è patologico per noi non lo è per altri ambienti

Patologia vs cultura (aspetto di personalità)  
Sospettosità culturale riportata anche nella valutazione diagnostica

(Si estende dalle persone ai test)

Mancanza di consapevolezza critica, etnocentrismo e decontestualizzazione

Sospettosità come tratto caratteriale, decontestualizzato  
Consapevolezza di malattia: "già è difficile con persone della nostra cultura figuriamoci con una persona di una cultura diversa" (ma di quale consapevolezza stiamo parlando? Rischiamo di cadere nell'etnocentrismo più totale ...)

Culturale vs patologico

Patologia vs cultura

"Disturbo culturale" \*

\*come il disturbo marocchino di personalità in cui si condensa la dicotomia tra cultura e patologia (ciò che non è patologico diventa culturale o viceversa e quando la dicotomia non risolve non tollera l'ambiguità si reifica e conia nuovi termini e disturbi - come appunto il disturbo mar. Di p.)

Culturale vs patologico

Interferenza del "fatto" culturale

## **P6**

Manifestazione sintomatica varia da cultura a cultura (quale sintomo?)

Culturale vs patologico

"Barriera culturale" da parte della famiglia rispetto alla cura (cosa vuol dire barriera culturale? Può essere intesa come distanza tra mondi oppure come chiusura mentale, non conoscenza, mancanza di fiducia?)

Patologia vs cultura

Pregiudizio? Etnocentrismo?

Espressione sintomatologica varia in relazione alla cultura  
Aspetti culturali e transculturali della espressione sintomatologica

## **P7**

Nella crisi psicotica c'è una componente etnica

"Idee tipiche della cultura"

PSICOLOGO COME SPECIALISTA CHE RISOLVE

Quale idea dello psichismo?

Esiste l'idea di uno psichismo?

## **P8**

Etnie diverse: patologie uguali

Sociale vs psicologico (cultura vs patologia)

Post-traumatico vs conflitto interiore

(Non è anche questa una valutazione psicologica?)  
Traumi a cui non siamo abituati  
Traumi che il linguaggio non traduce, traumi che si esprimono nel silenzio  
Situazioni di marginalità influenza l'aspetto diagnostico  
SPECULARITA':  
Situazione diagnostica  
Vs  
Situazione esistenziale  
Patologico vs sociale/amministrativo  
Trasversalità della diagnosi  
Si muove entro un continuum:  
Patologico (interno) vs culturale (sociale, esterno)  
Disturbo (patologia) vs cultura  
Paziente: equilibrio in una logica  
Logica culturale vs logica psicopatologica

### **P9**

"ALCUNI CRITERI DEL DSM HO DOVUTO PROPRIO DIMENTICARMELI"

### **F10**

Sintomo decodificabile dalla cultura di appartenenza  
Vs  
Sintomo a cavallo tra due mondi (il proprio e l'altro)  
Patologia vs cultura

### **P11**

Cultura vs patologia (malattia)  
Patologia vs Cultura  
"Fattore culturale può sfiorare nella malattia ..."  
Fattore culturale nel DSM  
Delirio come fattore culturale vs patologia  
Cultura vs patologia  
Fattore culturale interferisce con diagnosi classica  
Situazione "oggettiva" interferisce con la cura  
Cultura sinonimo di sociale  
Fattore intellettuale come fondamento per la comprensione della verità, al di là della cultura  
Fattore culturale e f. intellettuale  
Fattore culturale aggrava (o meno) la diagnosi  
La questione culturale/religiosa nella diagnosi  
Delirio è ancora delirio al di fuori del suo contesto?

### **P12**

Psicopatologia e passaggio migratorio  
Psicopatologia e cultura  
Suggestione della cultura  
Suggestione della cultura  
Psicopatologie strutturali (universali)



Schizofrenia è trasversale alle culture  
Delirio di contaminazione. Delirio ha contenuti  
"culturalmente condizionati"  
Sofferenza psichica si mescola con la mancata integrazione  
sociale  
Culturale=intellettivo  
Povertà culturale e affettiva  
Delirio  
Vs  
"Delirio dei gyn" (entità nosografica etnopsichiatrica)  
Confusione tra quadri epistemologici differenti  
Masticare il cate: abuso o differente uso di sostanza?  
Interpretazione del comportamento dell'altro  
Patologia vs cultura

### **P13**

PRATICHE: difficoltà nella diagnosi  
Patologia organica vs aspetti culturali  
"Bizzarria della sintomatologia" (interpretabile in senso  
culturale)

### **P14**

Evoluzione differente della patologie a carattere psicotico  
(ma allora si trattava davvero di psicosi o le era stato  
data una denominazione impropria?)  
Psicopatologia grave si somma alla marginalità sociale  
(nel paese di accoglienza e nel paese di origine)  
Decontestualizzazione del comportamento  
Decontestualizzazione dell'atto di rubare  
Patologico vs culturale  
Componente sociale influisce sulla evoluzione della  
schizofrenia  
"Competitività sociale"  
Società arretrate: razzismo (altro arretrato)

### **P15**

Disorientamento: chiusura psicotica o questione culturale  
(mancata acquisizione del linguaggio)?  
Simbiosi: statuto ontologico vs cultura di riferimento  
Traduzione degli aspetti psicopatologici (in che direzione?  
Dal culturale al patologico?). Mancanza di consapevolezza  
critica ed etnocentrismo

### **P16**

Atteggiamento sospettoso: contesto o patologia?  
Patologia vs cultura  
Bisogno emergente: integrazione sociale e relazionale

### **P17**

Patologia o cultura?

Esperienza autenticamente psicotica (che significato dare a quella psicosi?) decontestualizzazione critica dei vissuti di quella persona: può quella persona essere riconosciuta in modo differente all'interno di quella comunità? (La comunità dei suoi seguaci crede che effettivamente lui sia Gesù ... che statuto dare alla sua "incarnazione"? L'intersoggettività rende una cosa oggettiva?)

Aspetto culturale: riconoscimento da parte della comunità  
Partecipazione della comunità a tali incontri: questione culturale?

Patologia vs cultura

Condizioni psicologiche gravi rendono fattore etnico di importanza secondaria

Non c'è dubbio sulla diagnosi (statuto ontologico)

Culturale influenza l'espressione della malattia

"Follia a tre" o sfruttamento di un alienato?

Credenza o delirio?

Cultura o patologia?

Religiosità dell'altro al confine (interpretativo) tra culturale e patologico

Deviazione dal "modo" occidentale può fuorviare nella interpretazione del comportamento dell'altro Cultura "non conosciuta": elemento fuorviante, che può confondere lo psichiatra

Sofferenza psicotica vs credenza personali: quale confine possibile?

(Nella situazione precedente era abbastanza certo che fosse psicosi)

Mettere in dubbio: alterità culturale o alterità aliena psicopatologica?

Questione etica

Comportamento inusuale per NOI vs comportamento della FOLLIA

### **P19**

Caratteristica etnica all'interno dei disturbi

### **P21**

Situazione esistenziale vs clinica

Diagnosi come terra di mezzo

Nessuna conciliazione tra diagnosi e aspetti culturali

DSM

ICD

### **P22**

Aspetto patoplastico varia a seconda della cultura

Patologia vs cultura

"La civiltà ci rende diversi, la follia uguali"  
Senso di inattingibilità della psicosi (al di là della cultura)  
Incomprensibilità del nucleo psicotico al di là della cultura  
Nocciolo duro della psicosi resta non attingibile  
Psicosi è democratica!

**P23**

Barriera culturale: cultura dell'altro è una barriera culturale se non problematizzata  
Disagio sociale vs patologia?  
Disagio psichico per esprimere la vergogna della propria condizione sociale  
Contestualizzare il comportamento e il vissuto dell'altro.  
Contestualizzare il vissuto dell'altro

**P25**

"Indifferenze emotiva nella espressione culturale cambia la percezione della diagnosi"  
Patologia vs cultura  
Notoriamente per chi? Per cosa?  
PREGIUDIZIO  
CULTURA E' PREGIUDIZIO? E' APPROSSIMAZIONE  
Cultura vs patologia

**P26**

Fattore ambientale o psicosi endogena?

**P27**

Cultura o patologia?  
Cultura che entra nel delirio  
"Disturbo di personalità con ricerca di vantaggi secondari"  
Se la famiglia NON approva allora può dirsi patologia  
(Cultura vs patologia)  
Passività e apatia: cultura o patologia? Funzionalità o personalità?  
Familiari avvallano l'interpretazione "culturale":  
"È normale che sia così"  
(Nessuno si domanda per quale motivo?? Quale significazione dare alla malattia mentale?? Quale statuto ontologico?)  
Doppia diagnosi: è matto e fa uso di sostanze  
Scompensarsi perché non si è assunto il farmaco o perché ho cambiato contesto?

**P28**

Cultura vs patologia  
Delirio consono alla cultura

Quale statuto ontologico per il delirio? Culturale o patologico? Paziente non risponde al farmaco ma alle cure a distanza di un guaritore

Patologia vs cultura (qui però viene fatto un passaggio ulteriore ...)

"Ma poi sei davvero psicotico (anche se ti do quel farmaco e funziona?"

La cultura influenza l'espressione della sofferenza

## **P29**

Interpretazione dell'atteggiamento e del vissuto dell'altro:

Cultura vs trauma vs patologia?

Il comportamento "non normale" non è funzionale al buon funzionamento di un servizio (in questo caso in un centro di accoglienza) se la risposta non può essere la patologia, allora la soluzione sarà l'espulsione

Patologia vs sovrastruttura (che obbliga a...)

Cultura (normalità) vs patologia

(Ricerca una ragione nella cultura non può essere inteso come un altro modo per riprodurre la categoria normalità patologia? in forma però più esotica ...)

Al pezzo culturale si aggiunge il contorno: problematiche sociali, di integrazione, economiche

Il "contorno" complica il lavoro clinico

## **P30**

Patologia vs cultura: "poteva anche essere una italiana per la tipologia di disturbo"

Crisi legata alla cultura

PATOLOGIA O CONTESTO?

Espressione di un disagio legato al contesto

## **3. PRATICHE**

### **P1**

- visite pazienti stranieri: 2/3 volte alla settimana
- trattamento con pazienti stranieri: farmaco, colloqui (a cadenza mensile)
- acuzie e criticità trattate con maggiore frequenza
- "Incontri ravvicinati": acuzie
- condivisione di "situazioni di criticità"
- ricovero in situazioni psicotiche acute
- ambulatorio CSM come mantenimento dopo ricovero
- cooperative che offrono un alloggio
- assistenza domiciliare
- "avere un buon risultato"
- Associazione come tramite di accesso al servizio
- colloquio

- Nuove migrazioni interrompono i rapporti con i servizi  
Invio dalla NPI  
Parlare italiano non sempre sinonimo di comprensione  
Uso dei test  
" Sintomo " decontestualizzato (piuttosto che pensare ad una madre preoccupata, facciamo test, ricerca della patologia)  
Reificazione della malattia  
"DI SOLITO SI FA". Test utilizzati  
Continuità del percorso terapeutico  
Test somministrati dalla psicologa tirocinante  
Mancanza di consapevolezza critica  
Uso dei test  
Criterio somministrazione: conoscenza della lingua  
Mancanza consapevolezza critica  
Uso indiscriminato  
Relazione con Comune  
Comunità residenziale  
Farmaco  
Discussione di equipe  
Collaborazione con altri servizi  
Servizio consulenza vittime di tratta  
Situazioni di crisi provvisoria  
Test di intelligenza  
Continuità della terapia  
Discontinuità: "non buon fine"  
Drop out  
Test risolutore dei dubbi (su funzionamento mentale)  
Modalità di lavoro:  
- visite pazienti stranieri: 2/3 volte alla settimana (BROCCA)  
- trattamento con pazienti stranieri: farmaco, colloqui (a cadenza mensile) (BROCCA)  
- acuzie e criticità trattate con maggiore frequenza (BROCCA)  
" Incontri ravvicinati ": acuzie  
- condivisione di "situazioni di criticità"  
- ricovero in situazioni psicotiche acute (BROCCA)  
- ambulatorio CSM come mantenimento dopo ricovero (BROCCA)  
- cooperative che offrono un alloggio (BROCCA)  
- assistenza domiciliare (BROCCA)  
- "avere un buon risultato" (BROCCA)  
- Associazione come tramite di accesso al servizio (BROCCA)  
- colloquio (BROCCA)  
- Nuove migrazioni interrompono i rapporti con i servizi (BROCCA)  
Invio dalla NPI (BROCCA)  
Parlare italiano non sempre sinonimo di comprensione  
Uso dei test

"Sintomo" decontestualizzato (piuttosto che pensare ad una madre preoccupata, facciamo test, ricerca della patologia)  
 Reificazione della malattia  
 "DI SOLITO SI FA" test utilizzati  
 Continuità del percorso terapeutico  
 Test somministrati dalla psicologa tirocinante  
 Mancanza di consapevolezza critica  
 Uso dei test  
 Criterio somministrazione: conoscenza della lingua  
 Mancanza consapevolezza critica  
 Uso indiscriminato  
 Relazione con Comune  
 Comunità residenziale  
 Farmaco  
 Discussione di equipe  
 Collaborazione con altri servizi  
 Servizio consulenza vittime di tratta  
 Situazioni di crisi provvisoria  
 Test di intelligenza  
 Continuità della terapia  
 Discontinuità: "non buon fine"  
 Drop out  
 Test risolutore dei dubbi (su funzionamento mentale)  
Mediatore culturale  
 - mediatore culturale (BROCCA)  
 - "la mediatrice culturale dice che..." (BROCCA)  
 - colloquio con operatore e mediatore culturale (BROCCA)  
 - Mediatrice culturale come mediatrice di mondo (BROCCA)  
 Figlio come mediatore (BROCCA)  
 Mediatore culturale  
 "Non sempre a disposizione"  
Difficoltà  
 - "grosse difficoltà"  
 - Problema: traduzione pratica  
 - DIFFICOLTA' LINGUISTICHE: Mancanza di un linguaggio comune impedisce un colloquio approfondito  
 "Non riuscivamo a comunicare con loro"  
 Difficoltà comunicative (BROCCA)  
 (Pregiudizio): timore di non collaborazione  
 Mettere in difficoltà l'equipe per difficoltà di aggancio  
 Difficoltà linguistiche  
Come altro usa i servizi  
 Affidamento totale al servizio  
 Lunga permanenza presso i servizi  
 Visite di controllo (BROCCA)  
 Aiuto per dare "lo status di svantaggio sociale" (che poi permette loro di accedere ad altri servizi)  
 Consulenza per confermare DIAGNOSI E ASSEGNARE SVANTAGGIO SOCIALE

## Farmaco

"Uso del farmaco senza remore"

### **P2**

#### Modalità di lavoro

PRATICHE: SEGUIRE PAZIENTI IN AMBULATORIO

Visite ambulatoriali

Ricovero, visite, domiciliari, centri diurni

Modalità di accesso. Invio in SPDC

Modalità di accesso: impegnativa medico di base

"Come la popolazione residente"

Modalità di accesso:

Pronto soccorso o medico di base

Ospedale psichiatrico giudiziario per reato

Dimissione OPG

Prestazione ambulatoriale

PRATICHE: PRIMO INCONTRO: reparto - ricovero

PRATICHE: fase acuta: congela ogni possibilità di intervento (unica possibilità: sedare il paziente)

Sedazione in fase acuta

PRATICHE: "in generale, a questa donna o ad altri" facciamo una ricostruzione della storia clinica

PRATICHE: discussioni equipe

Discussione quotidiana dei casi

"Affidamento" a un parente, un familiare, etc.

A un certo punto siamo costretti a dimmetterli ... li teniamo qualche giorno in più

Rete con Ufficio Immigrazione

Ricerca del tessuto familiare

Rimpatriare quando si delinque. Nessuno viene rimpatriato per risorse o per leggi

Pratiche: prolungare la degenza

Percorso psicologico

PRATICHE: USO DEL FARMACO

"Nessuno vuole prendere questi farmaci" (residenti e non)

Straniero non modifica il modo di lavorare: "servizi sono rimasti gli stessi"

Parlare vs agire

#### Difficoltà

- traduzione dei contenuti psicotici

"Dimissione" richiede tessuto sociale e familiare

Nuove migrazioni impediscono la continuità della cura

Mancanza di risorse

"Mancanza di una rete sociale e familiare"

Immobilismo della sanità

DIFFICOLTA': PATOLOGIA PSICHIATRICA non può stare nei centri di accoglienza

Come l'altro usa i servizi

Rifiuto delle cure

Si è resa "uccel di bosco", non si è curata

#### Mediatore culturale

Mediatori culturali o parenti come mediatori

Mediatore culturale che "media" la cultura dell'altro

Ci informa del significato e del senso di alcuni comportamenti e vissuti dell'altro

Mediatore culturale conosce i "segreti" delle culture e consente l'accesso all'altro

Mediatore come "strumento essenziale"

Mediatore culturale con la famiglia

Familiare come mediatore

MEDIATORE consente di fare la raccolta della sintomatologia che poi consentirà di fare la diagnosi

Familiari come mediatori

### **P3**

Carico territoriale per psichiatra

Turni ospedalieri

"Accoglienza" per chiunque si presenti

IS: intervento "meno peculiare"

Ragioni:

-rete sociale

-contatti comuni e associazioni

-sistemazione lavorativa

Prescrizione farmacologico vs intervento bio-psico-sociale

LINGUA: FONDAMENTO DELLE CURA

"Decodifica" della richiesta di aiuto

Ambulatorio e ospedale tramite intermediazione

Risoluzione sta all'origine

"Se lo facessimo parlare con un prete?" etnocentrismo

Figura di questo genere (curatori migranti in Italia)

"Non per risolvere dal nostro punto di vista" (guaritore nel paese che ospita)

La medicina locale *non risolve* dal nostro punto di vista ma *accoglie* contenuti altrimenti non comprensibili

Medicina tradizionale = occidentale (misunderstanding)

Dubbio rispetto all'uso di pratiche altre non si scioglie

PRATICHE: creare contatti con curatori locali presenti nel paese ospitante

Medicina tradizionale (occidentale) migliora non risolve

Cosa vuol dire "risoluzione"? in quale cultura possiamo definirla tale?

COLLOQUIO

PRATICHE: confrontarsi con psicologo che ha "esperienza" in altri mondi, che ha visto altri mondi

Formazione specifica in psichiatria transculturale

Non esistono risposte pre-confezionate, confronto per dare "le risposte" più idonee

PRATICHE:



Chiedere all'altro di narrarsi usando la scrittura  
"Apprendere qualcosina in più"  
PRATICHE: espressione grafica come modalità per entrare in contatto con l'altro (però bisogna essere attrezzati per codificare)  
DISEGNI modalità immediata di contatto con l'altro, "scevra" da sovrastrutture MA "bisogna saperla utilizzare"  
Come accedere all'altro con gli strumenti di cui io dispongo?  
PRATICA: individuare scala di priorità su contenuti espressi  
Difficoltà  
Difficoltà: curare senza supporto sociale  
Come l'altro usa i servizi  
Accesso ai servizi non integrato  
Mediatore culturale  
Decodifica da parte di terzi (intermediazioni linguistica)  
perdita di specificità "che solo la persona può esprimere"  
Operatori (centro accoglienza) come operatori  
Mediatori italiani vs mediatori locali  
Mediatori locali conoscono anche la cultura  
Traduzioni di traduzioni in cui alla fine qualcosa si perde  
Italiani che fungono da interpreti  
Mediatori culturali

#### **P4**

Acuzie e ricoveri  
Questo reparto è per acuti  
Aumento della popolazione migrante che accede ai servizi  
DIFFICOLTA': problemi linguistici  
Lingua come medium  
DIFFICOLTA'. LINGUA NEI PAZIENTI CINESI  
PRATICHE: mediatore culturale e linguistico  
"Sennò sarebbe impossibile"  
Ascolto parenti in pronto soccorso  
"Dare le terapie senza conoscere l'impatto"  
Lingua come medium imprescindibile (lavoro che usa la parola, come lavora se manca la parola?)  
La patologia grave convince al ricovero (a chiedere aiuto al servizio occidentale):  
Linguaggio della diagnosi: DSM  
ACCESSO SERVIZIO: situazione di "emergenza"  
Emergere nel senso di emergere  
DIFFICOLTA': introdurre l'idea di una cura continuativa oltre l'acuzie (vedi domanda precedente)  
Etnocentrismo  
Gestione del farmaco durante il rientro in patria  
Oltre l'acuzie ...

Poter contare su una famiglia strutturata, su riferimenti sociali rende possibile la gestione del farmaco  
PRATICHE: gestione del farmaco  
FARMACO PSICHIATRICO MENO MANEGGEVOLE DI ALTRI  
USO DEI FARMACI  
Fare rete con il territorio  
Pratiche: difficoltà nella gestione del post acuzie con pazienti stranieri  
PRATICHE: gestione delle acuzie è un problema  
Problemi linguistici  
Pratiche: passaggio di default dal SPDC al CSM dopo dimissione  
CSM: valutazione esaurimento episodio acuto  
Conoscere è osservare  
1 incontro: condizioni catatoniche  
PRATICHE: difficoltà linguistiche  
Acuzie: SEDAZIONE ED ESAMI PER CAPIRE COSA STIA ACCADENDO  
FAMILIARE (MARITO) COME MEDIATORE  
PROBLEMI LINGUISTICI  
Ricerca la causa mi tranquillizza (organica tra l'altro!!!)  
Ricerca della causa al di là della imprevedibilità  
Pratiche: farmaco, procedere per prove ed errori  
Formulazione della diagnosi secondo la risposta alle terapie farmacologiche  
PRATICHE: strumenti per la diagnosi  
PRATICHE: supporto di una psicologa 3vv a settimana  
PRATICHE:  
    Integrazione delle conoscenze  
    -strumenti testistici  
PRATICHE: uso di test con pazienti immigrati  
DIFFICOLTA' SOMMINISTRAZIONE TEST PAZIENTI IMMIGRATI  
Per avere dati utili è necessaria la conoscenza della lingua (solo quella???)  
Scarsa consapevolezza rispetto alla costruzione e all'uso dei test  
Test utilizzati:  
MMPI  
Test di personalità  
Test di livello  
Deficiti cognitivo o deficit comunicativo  
Qui mi sono trattenuta dal fare ulteriori domande di approfondimento:  
    Come potete testare il QI con test che richiedono una conoscenza linguistica?  
    Come potete usare test con persone che sono cresciute in un contesto culturale completamente diverso?  
    Emerge qui la mia difficoltà nel trattenermi dall'approfondire la questione perché avrebbe comportato

"espormi", mettere a nudo la mia posizione, il mio collocamento rispetto alla questione  
Pratiche: colloquio  
PRATICHE: mediatori culturali  
TRADUZIONE E SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE  
LINGUAGGIO ETNOCENTRICO E OCCIDENTALE  
INTERNAZIONALE VUOL DIRE OCCIDENTALE?  
PRATICHE: elaborare una diagnosi formale di uscita (in dimissione)  
PRATICHE  
DIFFICOLTA' DIAGNOSI (più frequentemente con pazienti africani)  
DIFFICOLTA': INTRALCIO DELLA CULTURA  
Il paziente non si ritrova in un modello. Rischio: immettere rotta di collisione  
PRATICHE: uso del farmaco  
RISCHIO COMUNE: "star bene" è una indicazione sufficiente per interruzione della cura farmacologica  
Con i migranti è più difficile ...  
PRATICHE: DIFFICOLTA' CON IL FARMACO CON PAZIENTE STRANIERO  
Cosa accade quando non si significa "la malattia"? e dunque anche il farmaco non viene significato? E se il paziente non conosce il mio farmaco/la mia malattia? Come può continuare la cura fuori se dentro io non l'ho significata? Se non è una pratica condivisa? Che significato hanno per lui quelle allucinazioni? È il mio stesso senso  
Curarsi dentro/curarsi fuori (dal reparto)  
PRATICA  
Etnocentrismo critico o difficoltà di mettersi in discussione?  
Etnocentrismo: nostri modelli mentali "scientifici"  
TRADURRE PER L'ALTRO (SPIEGARE LA PATOLOGIA)  
Spiegazione "pesata" a seconda della situazione (spiegazione = patologia, livello culturale)  
TRADUZIONE DI UNA VISIONE OCCIDENTALE ...  
Mediatore culturale funge da filtro media un modello alternativo  
Traduzione in termini concreti che possa essere compresa  
Pazienti migrante: uguale a tutti gli altri  
PRATICHE: MODALITÀ DELLA DIMISSIONE  
PRATICHE: COLLOQUI CON LA PSICOLOGA  
ROUTINE: uguali a tutti i costi  
Contraddizione !!!  
Pazienti cinesi:  
Difficoltà aggiuntiva: diffidenza verso il medico occidentale  
Pregiudizio e osservazione clinica  
Figlio come mediatore  
Pregiudizio!!

Mediatore figlio: "CREA UNA BARRIERA INVALIDICABILE" ( e se fosse volontaria??)

PRATICHE:

Discussione in equipe quotidiana

Pratiche di cura (oltre la diagnosi e il farmaco)

PRATICHE:

Difficoltà: gestione delle regole, alimentazione, accesso alle visite

## P5

REQUISITI per intervento su pz stranieri: buona capacità linguistica

"Fare intervento"

Modalità di invio e di accesso

Interventi di supporto con stranieri ("persone immigrate")

Motivo dell'accesso: disagi ambientali

Intervento farmacologico (preso in carico della psichiatra)

Barriera linguistica rende difficoltosa colloquio psicologico

Uso dei test psicodiagnostici

MANCANZA DI CONSAPEVOLEZZA CRITICA

Non consapevolezza della matrice culturale del test

Etnocentrismo!!

MMPI

Mancanza di consapevolezza critica

Etnocentrismo

Scotomizzazione origine culturale dei test

WAIS

DIVERSITA' AMBITO CULTURALE

PROIETTIVI IN SOSTITUZIONE DEI TRADIZIONALI

("ostinazione")

Livello culturale = grado di acculturazione

Etnocentrismo

Linguaggio coloniale

PRATICHE:

Un lavoro serio richiede:

-documentarsi sulla cultura per capire meglio gli aspetti psicologici

(Mancanza di consapevolezza critica)

Mancanza di risorse rende il lavoro frettoloso e superficiale

(Se non c'è tempo faccio seguire chi ha più tempo)

Psicologa tirocinante studia la cultura dell'altro \* se non c'è tempo faccio seguire a chi ha più tempo

La tirocinante ha studiato (al posto mio che non ho tempo)

Conoscere per capire meglio certi aspetti ed entrare in relazione

Sedute di supporto

LA MISURA E' IL SUCCESSO

Dedicare del tempo alla formazione "in questo ambito"  
 Scarsità di risorse nei servizi pubblici  
 Pratiche:  
 Somministrazione MMPI  
 Fatto insieme al paziente  
 Tirocinante spiega frase per frase  
 "quando non capiva cercava di spiegargliela in maniera diversa"  
 "Unico modo per riuscire a fare una valutazione"  
 Mancanza di consapevolezza critica su uso dei test e relativa matrice culturale  
 Pratiche: psichiatra richiede il test per capire meglio ...  
 Test aiuta nella formulazione della diagnosi  
 Test sopperisce ciò che il colloquio non riesce a cogliere (quando manca la lingua!!) ma possibile????????  
 Ho preferito rinunciare all'uso del test piuttosto che fare cose senza senso  
 DIFFICOLTA' USO DEI TEST:  
 -difficoltà linguistica  
 -interpretazione dei risultati  
 -ma soprattutto NON DISPONIBILITA' DEI PAZIENTI (MA CHE RAZZA DI DOMANDE SONO?)  
 Barriera linguistica e culturale  
 Lingua difficoltà tecnica  
 PRATICHE: risoluzione dei problemi  
     Dedicare più tempo  
     -entrare in sintonia  
 Entrare in relazione  
 Paziente straniero: richiede "più" tempo  
 TEMPO DELLA RELAZIONE: scardina le modalità usuali di accesso (test, colloquio, etc) mettendoci di fronte ai nostri limiti di comprensione dell'altro \*\*\*  
 "Cose non funzionano" nei servizi  
 PRATICHE: coinvolgimento di altri servizi  
 Lavoro in equipe come punto di forza  
 Lavoro psico-sociale: componente sociale del lavoro con il paziente è imprescindibile  
 Regola di base: applicherei con chiunque. Uguale per tutti!!!  
 Diagnosi soft: diagnosi generica  
 "Ho sentito che ..."  
 Psichiatri seguono le situazioni più gravi  
 Mediatore culturale  
 Discussioni in equipe  
 Lavoro psicologico "come chiunque altro" se ci sono le condizioni, ovvero: linguistiche, culturali (grado di acculturazione e di cultura), motivazione  
 (La motivazione può essere problematizzata dal terapeuta?)  
 "Come è poi per chiunque, no?"

PRATICHE: LAVORARE SULL'AGGIANCIO (nella patologie gravi)  
DIFFICOLTA' 1: psicosi "accettare di curarsi" quando non c'è consapevolezza di malattia  
Intervento psicoterapeutico vs sostegno psicologico e presa in carico globale  
"Formazione come soluzione"  
Lapsus "perdita di tempo" (dedicare tutto questo tempo all'altro e allo studio della sua cultura)  
"Non può essere la prassi"  
Investimenti, risorse sulla formazione  
"Formazione obbligatoria"  
(Corsi di aggiornamento)  
(La conoscenza di tutte le culture non può essere la prassi ma sviluppare una consapevolezza critica sì!!! Focus sulla conoscenza, sugli strumenti non sullo sviluppo di una capacità critica, conosco ma non scardino)  
Maggiore apertura al paziente straniero ?????!!!!!!  
Dilemma: formare o creare servizi dedicati?  
Conoscenza dell'altro come "argomento specifico"  
"Persone nella equipe preposte all'accoglienza"  
Individuare strumenti trasversali alle culture  
Lavoro psicologico: lavorare sulla autonomia (di chi? Per chi? Per cosa?) etnocentrismo e decontestualizzazione. Quale autonomia possibile?  
Decontestualizzazione (io so cosa è meglio per te ...)  
Psichiatri seguono le situazioni più gravi  
Mediatore culturale  
Come cambia il lavoro?  
Ridimensionare gli obiettivi e passare all'uso di STRATEGIE: tecnica cognitivo-comportamentale  
Strategia vs messa in discussione, entrata in un altro luogo  
Strategia come difesa, come chiusura  
La messa in discussione richiede che quella dimensione di verità per il paziente sia esplorata nella sua verità non scotomizzata perché considerata come una credenza obsoleta, non vera (come entrare nelle fauci del drago con il delirio)  
Terapia farmacologica  
"Più di tanto non si poteva andare a fondo"  
Uso di tecniche e strategie  
Etnocentrismo  
Mancata consapevolezza di un posizionamento

## **P6**

Acuzie: ricovero  
"Presa in carico ambulatoriale"  
Modalità di accesso:  
    Accesso tramite pronto soccorso  
    SPDC

Altri reparti  
 Difficoltà a seguire cinesi in maniera continuativa  
 Alterità cinese  
 Discontinuità nella cura  
 Continuità nella cura con paziente rumeno  
 Scomparsa dopo la gestione delle acuzie  
 Mediatore culturale  
 Difficoltà nella mediazione  
 Mancata accuratezza nella traduzione genera  
 interpretazione psicologica sbagliata  
 DUBBIO DIAGNOSTICO: linguaggio interferisce con la  
 comprensione  
 LINGUA COME DISCRIMINANTE: difficoltà linguistica limita  
 il prosieguo (continuità) della cura  
 "Trovare altri modi per fare la diagnosi"  
 Cercare una corrispondenza tra mondi  
 Creare "nuove categorie"  
 Componente culturale  
 Barriera linguistica  
 DIFFICOLTA': "CAPIRE" LE RAGIONI DELLA DEFENESTRAZIONE  
 Integrazione del paziente presso il servizio  
 Obiettivi della cura: progetto di vita  
 Pratiche: progetto terapeutico riabilitativo  
 Presa in carico globale  
 Progetto di cura: risocializzazione  
 Dubbio sulla diagnosi  
 FARE LEVA SU "ELEMENTI DI SUPPONENZA" NON VERBALI  
 Urgenza e difficoltà di contenimento obbligano all'accesso  
 Ricerca di regolarità nelle esistenze  
 PRATICHE: lavoro in equipe multi-disciplinare  
 Supervisione esterna  
 Ricerca di generalità nelle storie (modo di funzionare  
 dell'umano)  
 La psichiatria lavora sulla urgenza  
 PRATICHE:  
 NECESSITA' DI APPROFONDIMENTO: conoscenza delle culture  
 Non possiamo applicare le categorie diagnostiche in maniera  
 acritica  
 "Assimilazione" della cultura rende più facile la presa in  
 carico e la cura  
 Prestare attenzione a ...  
 Congrua richiesta di aiuto  
 Offerta più istituzionalizzata di un formazione  
 transculturale

## **P7**

Diminuzione degli accessi nel tempo: "hanno trovato dei  
 loro riferimenti"  
 Modalità di accesso:

Medico di base immigrati regolari  
 PRATICHE  
 "Far sapere che noi sappiamo alcune cose..."  
 È il FONDAMENTO DELLA FIDUCIA  
 Cercare una soluzione "vicina" alla realtà della persona  
 Affrontare il tema del disagio di essere qui  
 Difficoltà linguistiche  
 Terapeuta deve avere una frequentazione di lingue straniere  
 Dispositivo di cura  
 "Parlare tutte le lingue" (in senso metaforico)  
 Usare categoria "altre"  
 Come riportare tali riflessioni in un altro contesto?  
 "Applico le stesse categorie"  
 Con tutti (tutti uguali)  
 Pratiche: allargare la gamma dei pensieri  
 Pratiche: difficoltà con pazienti orientali "è un disastro"  
 Elementi di giudizio  
 Etnocentrismo  
 Drop out (ritornano solo per la cura farmacologica)  
 Ricerca di generalizzazione  
 "Diagnosi serve solo per dare l'invalidità" (allora il pz non ha poi così torto nel ricercare il vantaggio secondario)  
 TEST PSICODIAGNOSTICI  
 "Lavoro di taratura su altre variabili"  
 Rorschach in Angola  
 PRATICHE:  
 Studiare queste culture  
 Tentare di mettersi in relazione  
 Esperienza in Angola  
 Microprogetti controllabili  
 PROGETTI CHE SI POGGIANO SU REALTA' LOCALI  
 OBIETTIVI: associare al trattamento farmacologico l'intervento psico-sociale  
 Trovare le chiavi di lettura  
 Difficoltà: psichiatra che considera la malattia mentale come polmonite  
 Pratiche: analisi della domanda  
 Esempio di analisi della domanda (intervento fatto lì e allora in Africa)  
 Colonizzato/colonizzatore  
 Non era stato fatto un vero lavoro di esplorazione (punto 1)  
 Idea narcisistica ed etnocentrica di intervento  
 Pratica coloniale  
 "FARE ANALISI DELLA DOMANDA"  
 "NON AVEVANO BISOGNO DI FARE QUESTO TIPO DI LAVORO" (quello pensato per loro dall'uomo occidentale)  
 Etnocentrismo e colonia



La protesi è una conquista  
Europeo arriva e risolve i problemi  
(colonizzato/colonizzatore)  
Conoscenza del dato epidemiologico 1.  
Contestualizzazione 2.  
Significazione del LEGAME  
DISPOSITIVO UTILIZZATO  
Modalità dell'incontro  
Anamnesi  
Procedere per prove ed errori  
Ingresso nel mondo dell'altro \*  
"Io ti credo" e allora iniziamo a raccontarmi ...  
CREDERE: APRE ALLA FIDUCIA E AL RACCONTO  
"Avvallare la loro tesi"  
Ribaltamento di prospettiva  
Traslazione di sensi attraverso le culture  
"Categorie che saltano, ruoli che saltano"  
Porre il problema in equipe  
Appena stanno bene ... drop out!  
Improvvisazioni al di là del ruolo  
Istituzioni eccessivamente burocratizzate  
Necessità di interventi tempestivi su più fronti  
Aumentano la compliance

## **P8**

Accoglienza  
Cultura dell'integrazione  
"Costruzione di un patto per l'assistenza della salute  
mentale"  
Accesso da un centro accoglienza profughi  
Due modalità di presa in carico:  
-ordinaria  
-emergenza sociale e umanitaria  
Pratiche: fornire supporto a un centro di accoglienza  
Accogliere problematiche a livello di:  
-ricovero  
-ambulatorio (CSM)  
Creare una equipe mista  
Difficoltà: gli psicologi psicologizzano  
Svalutazione psicologi  
Pratiche: modalità di lavoro  
Centri di accoglienza  
"Garantire il minimo" (nei centri di accoglienza)  
Necessità di avere un "facilitatore" (per i pazienti  
stranieri) rispetto all'area socio-sanitaria  
Per gestire un problema di salute mentale ci vogliono  
flessibilità maggiori ...  
Pregiudizio su psicologi  
"Messa in discussione" delle categorie occidentali

"Per curarsi bisogna crederci"  
 Cura è credenza, affidamento, fiducia incondizionata  
 Elementi di complessità nella cura del paziente straniero:  
     Marginalità  
     Uso di sostanze  
     Dimensione di genere  
 Costruzione della genitorialità  
 PRATICHE: responsabile di struttura non fa le prime visite  
 DIAGNOSI GIA' FATTA  
 Responsabile discute situazioni complesse  
 DIFFICOLTA' DIAGNOSTICA con chi porta narrazioni di  
 esperienze traumatiche  
 Prendersi un tempo per la diagnosi  
 Farmaco: controllo del comportamento  
 Sensibilità rispetto alla questione migratoria  
 Interpretare eccessivamente significa non occuparsi  
 dell'altro  
 Interpretare il silenzio:  
 Resistenza  
 Scelta di distanza dalle cose  
 Etnocentrismo  
 TSO  
 Accesso nei momenti di scempenso  
 Rapporto di potere  
 Farmaco vs situazione  
 PRATICHE:  
 Posizionamento di ruolo  
 RESPONSABILE SI OCCUPA DEI CASI DIFFICILI  
 SPDC: casi complessi e difficili  
 Situazione liquida, senza definizione  
 Psichiatrizzazione:  
 Cronicizzare la patologia nel futuro  
 Identità, spazio, possibilità: fondamento della cura  
 Coinvolgimento emotivo: coinvolgimento pratico  
 PRATICHE:  
 Equipe: aspetti di tipo sociale, problemi tipicamente  
 sociali: lavoro, casa, etc  
 Problemi relazionali  
 Lavorare anche su aspetti pratici  
 Coordinamento di interventi  
 Ogni incontro modifica il modo di lavorare  
 PRATICHE:  
 Contestualizzare la storia del paziente  
 Ricerca di regolarità nella descrizione del paziente  
 straniero:  
     1. rete sociale "fragile"  
     2. cultura diversa  
     3. linguaggio diverso  
 Lavorare ponendosi interrogativi

Indicatori relazione madre-bambino  
La fatica di lavorare con pazienti stranieri

**P9**

Progetto di lavoro altrove:  
Difficile, interessante, gratificante  
LAVORARE ALTROVE  
Medico di sanità pubblica  
Operare partendo dal basso: capire quali sono i bisogni e adattarli alle linee guida  
Cambio di approccio  
VEDERE LA MALATTIA MENTALE (etnocentrismo, atteggiamento coloniale)  
Istituzione ambulatorio di neurologia e psichiatria  
Atteggiamento coloniale ed etnocentrico ???  
Difficoltà linguistica (nel terapeuta nell'altrove - è lei che non conosce la lingua)  
Presenza di un traduttore  
Fare diagnosi differenziale  
Somministrare il farmaco  
Pazienti inviati da altri medici  
Inventare e introdurre lo psichismo  
Cura (della psiche) passa attraverso il corpo  
PRATICHE "ALTROVE" (\* stesse pratiche trapiantate nell'altrove)  
Colloquio e farmaco  
Schematici nella spiegazioni (atteggiamento coloniale???)  
Relazione di potere  
Diagnostica medica vs psicologica (incomprensione)  
DIAGNOSI MEDICA VS PSICHIATRICA  
ROVESCIMENTO DI PROSPETTIVA  
USO DEL FARMACO  
Etnocentrismo  
Spiegare la malattia (e utilizzare il criterio diagnostico)  
PRATICHE presso i servizi  
PRATICHE:  
Mediatore culturale  
(Servizio volontario)  
DIFFICOLTA' LINGUISTICHE  
Interazione madre bambino  
Discorsi di IGIENE DI VITA  
Etnocentrismo e pregiudizio  
PRATICHE:  
Creare un'alleanza  
Affrontare questioni di genere  
Decontestualizzazione  
Linguaggio coloniale

## **P10**

Ricovero in SPDC

"Accesso in situazioni di squilibrio comportamentale"

PRATICHE:

MEDIATORI CULTURALI

1.se arrivano da centro di accoglienza, mediatore viene dal centro

2.richiesta di operatore da cooperativa convenzionata

3.mediazione telefonica (più utilizzata)

PRATICHE: IL PROBLEMA E' L'INVIO

CENTRO DI ACCOGLIENZA rileva "difficoltà di funzionamento"

"Essere lenti ..."

Chi arriva in SPDC

Pratiche: cavalcare la situazione senza risolverla

Richiesta della cura

Impossibilità di separare livello corporeo dal non corporeo

Accudimento: cura vs radicalizza

"Chiede la puntura, non il colloquio"

PUNTURA (FARMACO) COME UN FETICCIO PER APRIRE UNA PORTA,  
PER CREARE UN AGGANCIO

FATICA A SEPARARE AREA MEDICA E AREA PSICOLOGICA

Ricovero come cura e accoglimento

Comprendere qualche cosa d'altro come tradurre nel servizio?

"Bisogna stare a cavallo"

"Inventarsi una terza strada"

"Stare a ponte"

Mentire sapendo di mentire

Diagnosi passpartout in entrata

Nessun utilizzo dei test

Nessuna conoscenza di test per altre culture

Psicologhe colleghe utilizzano i test

"Nessuno strumento standard è utilissimo"

"Bisognerebbe pesarlo sulla persona"

PRATICHE

PRIMO COLLOQUIO

PRATICHE:

Analisi della domanda e delle priorità

(Prima della cornice epistemologica di riferimento)

Primo incontro:

Richiesta di assistenza

Cura passa attraverso il corpo (anche quando riguarda lo psichico)

Cura passa per la propria terra natale incarnata in qualcuno che la richiami

"Alla puntura vengono sempre"

Come lavorare per integrare le parti?

PRATICHE:

DISCUSSIONE IN EQUIPE

Riunione organizzativa  
Riunione di equipe come momento di: sfogo, confronto, sdrammatizzazione  
Medici e psicologi  
Equipe allargata  
Supervisioni  
Impasse nell'aggancio con paziente  
Richiesta di formazione  
Traduzione di mondi  
Sincretismo di linguaggi  
Ambiguità dello stare nel lavoro con pazienti stranieri  
Etnocentrismo  
Logica coloniale  
Superstizione  
Primo incontro:  
Richiesta di assistenza  
Cura passa attraverso il corpo (anche quando riguarda lo psichico)  
Cura passa per la propria terra natale incarnata in qualcuno che la richiami  
"Alla puntura vengono sempre"  
Come lavorare per integrare le parti?  
PRATICHE:  
DISCUSSIONE IN EQUIPE  
Riunione organizzativa  
Riunione di equipe come momento di: sfogo, confronto, sdrammatizzazione  
Medici e psicologi  
Equipe allargata  
Supervisioni  
Impasse nell'aggancio con paziente  
Richiesta di formazione  
Traduzione di mondi  
Sincretismo di linguaggi  
Ambiguità dello stare nel lavoro con pazienti stranieri  
Etnocentrismo  
Logica coloniale  
Superstizione  
Corpo (farmaco) vs psiche (colloquio)

### **P11**

Modalità di accesso come quelle dei "pazienti autoctoni"  
PRATICHE: modalità di accesso come quelle dei "pazienti autoctoni"  
PRATICHE: modalità di accesso  
Pronto soccorso (situazioni di emergenza)  
Medico di base  
"Inviati come i pazienti del luogo"  
Interpretazione e mediazione del medico di base

"Noi sappiamo che ..." conoscenza della cultura dell'altro  
 Somministrazione del farmaco come mediatore tra p e c  
 PRIMO INCONTRO:  
 Sintomi nella cartella precedono l'incontro (aspettative)  
 Parlare con la famiglia  
 Diagnosi trans-servizi  
 PRATICHE: invio dal medico di base  
 Diagnosi trans-servizio  
 Farmaco guida la diagnosi o la smentisce  
 Medico "sospetta" e invia  
 PRATICHE: difficoltà linguistiche  
 Familiare (marito) come mediatore  
 Migliorare il migliorabile  
 PRATICHE: cercare di capire (come per gli altri)  
 PRATICHE: difficoltà  
 Fattore culturale oggettivo come "radice del male"  
 Non cambio per non risultare presuntuoso  
 Diagnosi trans-servizi e tra colleghi  
 "Dubbio e discussione"  
 Farmaco guida la diagnosi  
 PRATICHE: mediatore culturale in SPDC, CSM non mediatore  
 Colloquio da solo vs colloquio con familiare  
 Farmaco inquadra il problema  
 Più difficoltà con italiani  
 Relazione psichiatrica, relazione di potere  
 "Comprendere e ascoltare qualcuno che sa più di te"  
 relazione di potere  
 Relazione medico-paziente straniero relazione di potere  
 Farmaco: "non mi serve che mi spieghi, tu sei il medico"  
 Ciò che ordina il medico  
 Etnocentrismo  
 DSM o ICD uguale per "italiani o stranieri"  
 Ringraziare il medico  
 Fiducia totale non consente di accedere al dialogo  
 Fiducia totale come mancanza di adeguata capacità  
 relazionale (non essere all'altezza)  
 Ricordarsi del fattore culturale in ogni criterio  
 diagnostico (DSM)  
 Fidarsi ciecamente come dichiarazione di inferiorità  
 Rapporto di potere  
 Pregiudizio  
 Razzismo  
 Relazione medico-paziente: relazione di potere fondata  
 sull'ossequio  
 Fiducia totale e incondizionata verso il medico  
 Non siamo meglio, siamo al servizio  
 Etnocentrismo

## **P12**

Come rispondere ai bisogni

Adeguarsi al mutamento di scenario

Ognuno è un osservatorio. Necessità di creare una rete

Uso di database per recuperare informazioni su pazienti stranieri

Modalità di accesso al servizio: prescrizione medico di base

Medicina generale:

medico ipotizza

consulenza specialistica diretta o richiesta dal medico

familiari

Segnalazione da parte di operatori dei centri di accoglienza

Richiesta di approfondimento da parte dei centri di accoglienza

PSTD

OBIETTIVO PER TUTTI: diagnosi generale provvisoria per aprire una cartella, motivi burocratici

Uso del colloquio: fenomenologia di come il paziente si descrive, appare, o viene descritto

Mediatore linguistico o interprete per rifugiati o richiedenti asilo

Dispositivo gruppale

No mediatore culturale per pz non afferenti da strutture

Familiare come mediatore genera un bias: interpretazione del sintomo

Non attendibilità del mediatore familiare

Familiare (mediatore) interpreta il sintomo e depista dai parametri di riferimento

Mediatori culturali: distacco emotivo, coinvolgimento culturale

Diagnosi provvisoria

Affinare la diagnosi nel tempo

DIFFICOLTA': valutazione cognitiva e neuropsicologica con batteria di test

Mediatore culturale media anche sulla valutazione intellettiva (supplisce la mancanza di un test applicabile)

PRATICHE: mediatore culturale, in extremis quando non ci sono familiari a fornire mediazione

Mediatore rileva deficit intellettivo (o meno)

Diagnosi provvisoria (sintomi prevalenti, clinica del momento) per intervento farmacologico

Diagnosi raffinata (basata su struttura di personalità): disturbi dell'umore, depressione atipica Confronto con la letteratura (quale letteratura?) sulle patologie psichiatriche in mondi altri

, depressione psicotica, disturbo delirante

Ancoraggio al sistema nosografico occidentale (che rimane il termine di paragone, etnocentrismo

ICD

Flessibilità di movimento tra sistemi (sempre occidentali)

Etichetta tra virgolette vs come ti muovi nell'incontro

"Etnocentrismo" (la mia conoscenza è quella "corretta")

critico utilizzo consapevolmente il mio posizionamento

PRATICHE: mini equipe

Mini equipe che si incontrano settimanalmente

Discussione casi in equipe allargata

Equipe medici e psicologi

### **P13**

Presenza migranti maggiore in SPDC che in CSM (ricovero più dell'ambulatorio)

Accesso tramite pronto soccorso

Lavoro con migranti è estemporaneo

"Famiglie" in cura

Accesso: comunità di prima accoglienza

Atteggiamento corporeo consente di superare la barriera linguistica

Accesso dal Pronto Soccorso

"Si scompensano"

Cure di passaggio

Ricovero

Farmaci

Accoglienza a misura religiosa del paziente

Mediatore culturale

Osservazione in mancanza della parola

Dimensione del vedere

Modalità di incontro dell'altro, avvicinarsi piano

Nessuna difficoltà: "era chiaramente una depressione", senza dubbio

PRATICHE: somministrazione test di Rorschach test di intelligenza in accoglienza

NON TANTO PER I MIGRANTI

Introduzione al Rorschach "uguale per tutti"

restituzione "con delicatezza"

Sensazioni e linguaggio del corpo sopperiscono la mancanza di parola

"quando non si conosce la lingua bisogna andare a NASO" (richiamo al corpo, alla sensorialità, ti conosco attraverso i sensi - anche se si tratta di una metafora)

storia del terapeuta modifica il suo approccio allo straniero

Uso del Rorschach con pazienti stranieri

PRATICHE: lavoro in equipe

DIFFICOLTA': problema di gestione dei limiti, "servizio come appendice della casa"



Collaborazione tra servizi  
Esperienza personale guida il lavoro in Italia

#### **P14**

Accesso da centro immigrati o associazioni  
Accesso tramite TSO  
Accesso tramite medico di base  
Valutazione delle funzioni genitoriali  
"giudizio brutale" delle capacità genitoriali  
nessuna possibilità di intervento  
Marito che funge da interprete  
PRIMO INCONTRO:  
difficoltà linguistica  
figlio minore come mediatore culturale  
difficoltà: rapporto con le istituzioni (servizi sociali)  
Prendere in carico tutto il nucleo  
"turpiloquio con i servizi sociali"  
DIFFICOLTA': comprendere il livello di arretratezza  
culturale "nel paese di origine"  
Etnocentrismo critico: tenere conto del paese di  
appartenenza  
Sentirsi impreparati  
mediazione tra servizi  
Mediazione tra servizi italiani ed esteri  
Differenti sistemi di intervento con pazienti psichiatrici  
PRATICHE: uso della diagnosi molto vago e generico.  
Diagnosi generica  
Spiegare che cosa è la patologia vs spiegare il perché  
Etnocentrismo  
PRATICHE: restituzione della diagnosi  
PRATICHE: unica equipe  
Discriminazione dei servizi nei confronti dei pazienti ROM  
Razzismo e pregiudizio  
Percorso pregiudiziale potenziale pregiudizio per la cura  
Pregiudizio ti fa perdere "un sacco di aspetti importanti"  
Nel lavoro i pregiudizi si smussano (se ti guardo da vicino  
...)  
Lavoro con immigrati non modifica il modo di lavorare  
Seguire il migrante è seguire situazioni di marginalità  
(basso livello economico e culturale: presa in carico anche  
sociale  
"Stretta tecnica" della psichiatria  
Aspetti sociali in secondo piano  
Reciproco riconoscimento come fondamento della cura  
"occidentale"  
Se non mi riconosci, non c'è fiducia  
"Due pilloline"  
Studi epidemiologici sulla schizofrenia

Uso del farmaco  
Barriera linguistica come ostacolo

### **P15**

Lavorare con le famiglie  
Approccio con lo straniero: figli stranieri in famiglie italiane  
Modalità di accesso: medico di famiglia, diretto e regolare, situazioni di urgenza (medico di guardia)  
Segnalazioni per situazioni problematiche a carattere sociale  
Problema linguistico  
Sotto il penale si nasconde il delirio? Capacità di intendere e di volere  
Cura in primis passa il farmaco (quando non c'è il medium della parola)  
Richiesta di aiuto dinanzi al delirio (da parte del pz straniero)  
Cure quotidiane per la rieducazione ambientale  
PRATICHE: spiegare all'altro la patologia (l'interpretazione)  
Etnocentrismo INCONSAPEVOLE  
Approccio superficiale alla cultura dell'altro  
Auto-centramento ed etno-centramento del terapeuta  
Quali sono piuttosto i bisogni di questa famiglia?  
Applicazione indiscriminata del proprio modello  
"Capire come possiamo integrarci culturalmente ..."  
Imponendoti il mio modello  
Drop out annunciato: altro reagisce in modo remissivo dinanzi allo psicologo bianco e poi abbandona la cura  
Mancanza di auto-consapevolezza critica  
L'altro non si adatta  
Uso delle categorie occidentali  
Così "si fa di solito con i conflitti"  
Difficoltà linguistiche  
Applicazione indiscriminata delle categorie occidentali  
La psicosi è ...  
Applicazione di tecniche e categorie occidentali, uguali per tutti  
PRATICHE: raccolta dell'anamnesi  
Applicazione categorie occidentali di genitorialità e coppia  
Linguaggio coloniale (mama) e razzista  
Applicazione indiscriminata di categorie occidentali (triangolazione, invidia)  
Decontestualizzazione e mancanza di consapevolezza critica: tu non mi riconosci come terapeuta, in un ruolo di potere e superiorità, allora mia reazione nei tuoi confronti diviene negativa.

Dare del tu: vicinanza inadeguata (ma non aveva detto che non conoscevano bene la lingua??)  
La riconoscenza come discriminazione della gestione positiva della relazione con l'altro  
Terapia farmacologica consente una risoluzione quando manca la parola  
Farmaco consente la remissione del sintomo  
"Lo straniero fa drop out" mancanza di consapevolezza critica delle proprie pratiche e di riconoscimento della propria responsabilità  
Difficoltà nell'incontro ricondotte alla diagnosi (tautologico!!)  
Fatica nel capire e comprendere  
Rapporti di potere (gerarchia dei poteri)  
Il potere può incidere sulla intenzionalità dell'altro di curarsi?  
Aspetti educazionali etnocentrati  
Diagnosi: togliere il pensiero  
Ricerca di un'alleanza terapeutica senza consapevolezza critica  
Raccolta di elementi pre-diagnostici  
Etnocentrismo: mondo interno/mondo esterno, categorie occidentali considerate come universali  
Lavorare su aspetti di diagnosi differenziale  
Farmaco interrompe la cura psicologica (quale psiche possibile?)  
Uso di categorie occidentali in modo indiscriminato e relative interpretazioni  
Controtransfert  
Scarsa compliance nell'uso del farmaco  
Etnocentrismo: applicazione indiscriminata delle categorie occidentali  
Problematiche poste rispetto a pazienti immigrati: creare alleanza di lavoro  
Tendenza alla generalizzazione: indiani, cinesi, africani  
...  
Non utilizzo del mediatore culturale (presunzione)  
Seconda équipe: riunione dirigenti  
Nessuna supervisione esterna  
Questioni relative a pazienti stranieri:  
-aggancio  
-farmaco (monitoraggio)  
-aspetti relazionali  
Mediatore non necessario: presunzione? O focus su aspetti di altro genere?

#### **P16**

Popolazione cinese aderisce poco al servizio  
Lieve aumento percepito negli accessi

Omertà, reticenza a parlare della propria storia (sospetto?)  
PRATICHE: passaggio in comunità terapeutica (in situazioni gravità)  
Proporre una psicoterapia per cercare di capire qualcosa di sé  
Rifiutare una psicoterapia (drop out): cultura vs patologia? O forse incapacità di contestualizzare il proprio ruolo e le proprie pratiche?  
TSO  
Situazione di urgenza  
Nessuna difficoltà (perché? Vedi dopo)  
"Non ho visto nessuna differenza"  
Etnocentrismo  
Genitori "collaboranti": "si rendevano conto che il figlio era malato"  
Migrazioni tra i servizi  
Drop out  
"Ho" un ragazzo polacco; possesso dell'altro, oggettivazione  
Un po' di, un po' di ...  
Minore protezione sociale e familiare (integrazione) rendono più difficile trovare lavoro  
Gravetto: diminutivo  
Manierismo e razzismo  
Storie tragiche dell'alterità  
Scarso inserimento sociale e lavorativo  
Alterità australiana  
Alterità bielorusa  
Chiusura, coartazione  
Elemento di realtà: Aggredito da parte di connazionali  
Scarsa socializzazione e integrazione sociale  
Filo comune: scarsa integrazione sociale (e relazione con i connazionali)  
Alterità marocchina  
Scarsa conoscenza dell'italiano  
Famiglia benestante  
Difficoltà nel Paese di origine  
Scarsa vita sociale  
Scarsità di luoghi di aggregazione sociale  
Reticenza nel raccontare la propria storia  
Sospettosità o mancanza di fiducia  
Storie traumatiche di separazioni  
Dato di realtà: non trovare lavoro  
Sospendersi la terapia  
Buon aiuto sociale  
Somministrazione di farmaci  
Risorsa del volontariato per creare integrazione  
Questioni politiche

Ostilità del territorio: attenzione diversa all'altro  
Ogni regione ha la sua cultura di accoglienza dell'alterità  
Intervento farmacologico  
Ricovero  
Comunità terapeutica  
Invio tramite medico di base  
Bramosia di conoscere la storia per individuare la causa  
Formazione  
Restare sui dati di realtà  
Terapia farmacologica non funziona: quale consapevolezza critica? Cosa può essere messo in discussione e cosa?  
LAVORARE SU ASPETTI DI VITA QUOTIDIANA  
DIFFICOLTA' nello svolgimento delle funzioni genitoriali  
DIFFICOLTA' nell'individuare una modalità di cura adeguata (comunità)  
Drop out  
Percezione molto bassa di accessi ai servizi: altre modalità? Altra cura?  
Difficoltà: differenti formazioni tra psichiatri  
Stesse domande, domande diverse: non solo formazione ma cosa altro suscita  
Nessuna differenza  
Difficoltà di comunicazione, entrare nel mondo dell'altro, empatia  
Prove di reinserimento sociale

#### **P17**

Modalità di accesso  
    accesso in SPDC  
    ambulatorio CSM  
    pronto soccorso  
SPDC: ricovero  
PS: consulenze urgenti  
Valutazione della capacità di intendere e di volere  
Valutazione da parte del perito del tribunale  
Trasferimento in OPG  
OPG richiede alla psichiatria la presa in carico del paziente (istituire una progettualità per il futuro)  
Permanenza nell'opg  
Capacità di intendere e di volere  
Richiesta del giudice di progettualità terapeutica oltre la diagnosi  
Pericolosità sociale  
Elaborare una progettualità dopo OPG  
Mediatore culturale (non linguistico)  
Funzioni del mediatore:  
-esplorare nella sua storia e nella cultura per individuare chiavi di lettura della sofferenza

Difficoltà: incontrarsi in un ospedale psichiatrico giudiziario  
Difficoltà: pensare ad un progetto per l'altro nella "fugacità" di un colloquio  
Focalizzarsi sulla relazione  
È la prima "non difficoltà"  
Necessità di consapevolezza critica  
Reparto si presta al confronto di equipe  
Confronto aumenta dinanzi alla incomprensibilità e alla distanza  
Atmosfera facilitante  
Rischio di sbagliare la diagnosi

### **P18**

Psicoterapie  
Consultazioni di sostegno  
Modalità di accesso al servizio  
Transizione attraverso lo psichiatra  
Modalità di accesso:  
-medici di base  
-psichiatri  
-altri Enti  
Medico di base  
Accesso direttamente alla psicologa senza intermediazione dello psichiatra  
Valutazione della genitorialità  
PRATICHE:  
    colloquio iniziale attraverso cui farsi un'idea ipotizzare una diagnosi  
    -restituzione  
-uso di test psicodiagnostici  
Solo se richiesti dallo psichiatra  
-MMPI  
  \_Rorschach  
Incroci di prospettive teoriche  
Maggiore informazione del paziente, nessun progetto  
Bypassata la componente psichica del paziente  
DIFFICOLTA': somministrazione test intellettivi con pazienti stranieri  
Taratura  
"Non sono riuscita a somministrargli il test"  
Comprensione linguistica o culturale? (Test intellettuale)  
WAIS e Matrici di Raven  
DIFFICOLTA': la spiegazione del test!!  
PRATICHE: servizio di mediazione  
Valutazione delle capacità intellettive con matrici di Raven  
Test del disegno come unica alternativa al R. e al MMPI

Disegno come strumento per la comprensione del disegno dell'altro (quando anche la parola non esprime)  
Linguistica  
Disegno come sostituto della parola  
Dimenticare la nostalgia dell'altro  
Facciamo finta di non considerare il male che hanno dentro rispetto alle cose che hanno lasciato  
Guardare al disturbo e alla integrazione dimenticando il vissuto migratorio dell'altro  
"Parlano meno dei loro vissuti". Compito del terapeuta valorizzarli  
Messa in discussione: scegliere qualcosa che non è andato bene  
Richiesta di sostegno psicologico  
Sostegno sulle questioni sociali  
Lavoro sull'ansia  
Trattamento farmacologico migliora ma non modifica il fondo  
Inquadramento in un disturbo  
DIFFICOLTA': significare il corpo come depositario della sofferenza  
DIFFICOLTA: gestione delle questioni pratiche  
Supervisione tra colleghi psicologici  
Ruoli degli psicologi nei servizi  
Riunione psicologi  
Supervisioni  
DIFFICOLTA': mancanza di attenzione all'altro come persona  
Maggiori accessi in SPDC  
Accesso in situazioni di emergenza  
CSM: essere seguiti in CSM per un intervento psicologico  
maggiore integrazione sociale, maggiore conoscenza della lingua  
Importanza di entrare nella cultura

## **P19**

### **ACCESSO**

Medico di base

Prassi abituale: la persona è già qui da tempo

Invio dal medico di base che si traduce in accoglimento e valutazione diagnostica, terapia, programma terapeutico

Problemi linguistici

Creare una rete tra i servizi

Tribunale per i Minori utilizza gli strumenti a sua disposizione per valutare la genitorialità

Rispondere alla domanda del giudice: "Come è la madre"

Valutazione della genitorialità

Servizi che accolgono per le urgenze: caritas, mater day

Diagnosi di ingresso in psichiatria: tentato suicidio

Obbligo a dare delle risposte al giudice

Comunicazione obbligatorie del giudice

Disposizione provvisoria basata sull'urgenza: "affido provvisorio immediato"  
Affidamento di minore  
TSO  
Responsabilità dello psichiatra: era questa donna una persona adeguata?  
Tentativo di far comprendere cosa sia l'affido e come sia stata presa la decisione  
Somministrazione test di intelligenza  
Collaborazione con MOM  
Affido provvisorio tradotto in definitivo  
Valutazione della capacità genitoriale  
Parametro di valutazione:  
-non è possibile tenersi un figlio senza poterlo mantenere economicamente  
Capacità genitoriali e patologia dominante  
Rispondere al giudice  
La capacità di intendere e di volere anche in uno schizofrenico cronico residuale gli appartiene fino a quando un giudice non gliela toglie  
"Noi siamo anche impreparati sulle soluzioni da adottare perché la legge è sempre molto restrittiva"  
Non possiamo fare previsioni prognostiche sul futuro

## **P20**

Invio dal CESAIM in situazioni di emergenza (anche se non potrebbero perché non sono regolari ...)  
Accesso tramite PS  
Sofferenza:  
-situazioni di acuzie comportamentali  
-psicosi  
-sostanze stupefacenti  
CESAIM: situazioni ambulatoriali  
CESAIM  
Pazienti irregolari. Non posso essere seguiti in altri servizi  
PRATICHE: compilare cartella clinica (psichiatri e psicologi)  
Primo colloquio  
Anamnesi clinica  
Diagnosi con ICD 9  
Diario clinico  
Migrante irregolare non può essere registrato negli ospedali pubblici  
Mediatori culturale quando difficoltà linguistica e culturale  
Conoscenza della lingua o qualcuno che la conosca  
Sportello per la mediazione culturale 2vv a settimana  
Disponibilità su chiamata



"Racconto a braccio": dimensione del CORPO per incontrare l'altro e per raccontare  
Cura "molto lunga"  
Inserimento in comunità per donne abbandonate con figli  
Valutazione non idonea della genitorialità  
Reticenza dei servizi  
Seguire in terapia (psico e farmaco) per depressione  
Volontario per interesse umano ed esistenziale  
Storia umana  
In mancanza di un guaritore locale, richiesta del farmaco che risolva.  
Uso del farmaco  
Ricerca una risposta medica  
Consapevolezza della limitatezza della conoscenza dell'altro  
PRATICHE: accompagnarlo, andare insieme (anche dal suo guaritore)  
Favorire il ritorno in Africa, favorire le cure locali  
Intenzionalità dell'altro rispettata favorisce il processo di cura  
Riconoscere ALL'ALTRO la capacità di agire sulla propria sofferenza (e non a se stessi in quanto detentori di un potere)  
Incontrarsi: medicina occidentale e tradizionale (lui le nomina bene a differenza di altri che invertono)  
Metodo scientifico di catalogare e fare ricerca  
Vs  
Limitazione nell'aspetto relazione e di comprensione psicodinamica  
Diagnosi come gabbia  
"Fare diagnosi al primo incontro"  
Diagnosi longitudinale, diagnosi che cambia nel tempo  
Valutare il contatto con la realtà  
Codice "tranquillizza" noi, codice scarsa utilità per la cura  
Qualcosa che va "oltre" la diagnosi  
Adozione internazionale  
PRATICHE: portare in supervisione per essere aiutati in situazioni complesse  
Dare accoglienza, dare "famiglia" all'altro  
PRATICHE: fornire un contesto educativo e normativo  
Inserimento in comunità  
Progetto di rete  
Lavorare con i migranti "mette in crisi" sempre  
Dinanzi alla domanda su vissuti e messa in discussione SI  
TENDE A RICOMPATTARE  
Esperienza personale con mondi altri  
Interesse personale  
Formazione personale

Siamo sempre in crisi di fronte all'altro  
PRATICHE: stare dentro la relazione, a lungo.  
Rapporto qualità/quantità con il paziente  
Atteggiamento paternalistico occidentale  
Tendenza al giudizio

## **P22**

Modalità di accesso.  
-ricoveri  
-urgenza  
-richieste personali  
Tendenza alla generalizzazione alla decontestualizzazione  
Etnocentrismo  
"Stare dentro la relazione" vissuta  
Forme povere rispondono meno alle terapie  
Pratiche: preso in carico dei pazienti "occidentalizzati"  
e integrati  
PRATICHE: adolescenti  
Diagnosi flessibile  
Diagnosi scritta vs verbale (comunita)  
PRATICHE: obiettivo creare compliance (relazione) per far  
proseguire la cura  
PRATICHE: difficoltà LINGUA  
Mancanza di un alone semantico di riferimento  
Tollerare l'ambiguità se finalizzata al proseguire della  
cura  
Autorevolezza di chi cura  
Relazione di potere medico-paziente  
"Essere ripristinati"  
DSM vs tradizione psichiatrica europea  
Diagnosi vs problema  
Problema crea disordine  
Diagnosi DSM vs mettere insieme i pezzi  
De-drammatizzare i farmaci  
Pazienti straniero: maggiore compliance  
Linguaggio coloniale  
Etnocentrismo  
Diagnosi come questione pratica  
Maggiore livello di inclusione (assimilazione di elementi  
di contesto) consente richiesta di psicoterapia

## **P23**

Psicosi affettiva  
Disturbo post-traumatico da stress  
"Da questo disturbo non guarirà mai ..."  
Farmaci per tutta la vita  
Ineluttabilità del disturbo  
Psichiatra/ortopedico  
Sovrapposizione patologia psichica/corporea

Reazione depressiva  
Statuto ontologico della malattia  
Psicosi o tutela di sé?

## **P24**

MIGRANTI REGOLARIZZATI

PRATICHE: modalità di accesso

-interventi programmati

-interventi libero accesso (PS)

La mancanza di psicologi e psichiatri modifica il tipo di lavoro svolto con i pazienti

Psicologo deputato a: valutazione psicodiagnostica e colloqui di sostegno

Difficoltà linguistiche

Psicoterapia settimanale di tipo psicoanalitico

Primo incontro:

Accesso tramite medico di base

Sintomatologia ansiosa

Piangente

Arrivano in condizioni di emergenza, scompaiono quando stanno bene

Italiano non accetta la diagnosi del medico

Spiegazione alla diligenza dell'altro: rapporto medico-paziente differente nel paese di origine

Etnocentrismo

Generalizzazione

Non conoscenza crea dissimetrie! richiamo l'Italia di molti anni ... il diritto a sapere crea democrazia dei saperi ... con tutte le conseguenze del caso! Positive o negative"

Italiano scimmiotta le americanate

(Questo aspetto ha una duplice facciata)

## **P25**

modalità di accesso

Medico di base

Tramite reparto psichiatrico

Alterità cinese: difficoltà a trattenerli dopo il ricovero

Discriminanti per il mantenimento del contatto con il servizio:

Patologia grave

Percorsi giudiziari

Contatti con la famiglia

Difficoltà all'interno della stessa mediazione culturale

Difficoltà con alterità cinese

Accesso tramite servizio di altro città

Lettera di accompagnamento

Raccolta anamnestica tramite i parenti

"Cura" diversa rispetto alla patologia psichiatrica spiega l'assenza presso i servizi, a cui corrispondere una presenza su chiamata

Diagnosi attraverso la vista (dimensione del vedere) e documentazione precedente

Assegnazione casi a seconda della residenza

Senza documenti, senza cartella sanitaria

Attivazione del servizio per questioni burocratiche che garantissero continuità della cura

Familiari che accompagnano e fungono da mediatori

PRATICHE: difficoltà primo incontro

Urgenza di decidere

Diagnosi per dare la terapia farmacologica

Contestualizzazione della "diffidenza": psicosi o perché in un territorio straniero?

Cartella clinica precedente guida la diagnosi e la terapia farmacologica

Familiare come mediatore di sintomi

Anamnesi

Cercare di interpretare i sintomi, di ricondurle entro categorie familiari

Familiare interessato alla prosecuzione della terapia (farmaco)

"Non riuscire a valutare" per difficoltà di lingua e interpretazione

Procedimento giudiziario

Obbligo e imposizione della cura

Terapia farmacologica: panacea delle situazioni complesse

PRATICHE: valutazione diagnostica mediante colloquio

Non utilizzo dei test

Accedere per finalità secondarie (Pregiudizio o decontestualizzazione?)

PRATICHE: difficoltà nella formulazione della diagnosi

Difficoltà di interpretazione dell'aspetto somatico

Tentativo di inserire in categorie occidentali

Difficoltà: ricondurre la sofferenza dell'altro entro categorie occidentali

Farmaco mette tutti d'accordo, la diagnosi crea discordanza

Diagnosi obbligatoria

Mediatore culturale (lingua o interpretazione della cultura?)

PRATICHE: riunioni di equipe una volta a settimana tra colleghi

Pratiche: primario "concorda la situazione"

"I pazienti sono uguali dappertutto"

Informarsi sulle culture per capire e agganciare il paziente

Upgrade dalla terapia farmacologica alla relazione passa attraverso l'interesse per la cultura dell'altro

Legame è terapeutico, conoscere è terapeutico  
Terapia farmacologica crea insoddisfazione  
Muro linguistico, culturale, burocratico lasciano "il lavoro a metà"

## **P26**

Accesso tramite medico di base  
Sbilanciarsi o meno sulla diagnosi  
Medico di base "bravo" azzarda la diagnosi  
Uso di categorie occidentali senza consapevolezza critica  
Etnocentrismo  
Prima valutazione, prescrizione del farmaco, progetto integrato con coinvolgimento di altri operatori  
Uso del test quando "ci sono dei dubbi"  
Psicologo somministra test  
MMPI: dubbi su aspetto personologico  
Test intelligenza: test su livello intellettuale  
Mancanza di tempo e risorse  
Valutazione neuro-cognitiva a tutti ma non c'è tempo  
MMPI  
Rorschach  
Difficoltà: somministrare test psico-diagnostici a stranieri  
In cosa consiste la difficoltà? NELLA LINGUA  
Mancanza di consapevolezza critica rispetto alla origine culturale di test e categorie diagnostiche  
"Difficoltà oggettive"  
Uso di test con pazienti stranieri  
Mancanza di conoscenza dei test  
Test "psicometrico" può essere somministrato  
Mediatore culturale  
"Se ci fosse uno psicologo cinese, dei test cinese ..."  
etnocentrismo!!! (Dare per scontato che lo psichismo sia uguale ovunque)  
Accesso tramite medico di base  
Anticipazione diagnostica del medico di base  
Ricovero  
Procedere per prove ed errori con il farmaco  
Programma riabilitativo presso comunità  
Farmaco toglie ogni dubbio sulla diagnosi (funziona non funziona)  
Ipotesi e pregiudizi  
La terapia ricompatta e conferma la diagnosi  
"Nessuna differenza con un paziente italiano" negli obiettivi terapeutici  
Difficoltà: la famiglia  
"Uso te"  
Uso dei servizi per risolvere questione etiche e morali!!!  
PRATICHE: per effettuare la diagnosi:

-colloquio  
- esami strumentali ed ematochimici  
Osservazione clinica  
PRATICHE: nessuna difficoltà nella diagnosi  
Preoccupazione per la non efficacia del farmaco  
Nessuna messa in discussione del proprio operato al di fuori delle proprie conoscenze occidentali  
PRATICHE: nessuna differenza nella diagnosi tra pazienti stranieri e italiani etnocentrismo e mancanza di consapevolezza critica  
Diagnosi funzionale al progetto terapeutico  
BUONI PROPOSITI CHE RILEVANO L'ATTEGGIAMENTO ETNOCENTRICO  
"Uguale per tutti"  
Reticenza verso pz stranieri  
Razzismo  
Ragioni della reticenza al dare di più  
Difficoltà:  
"Non avere i risultati sperati" tendenza alla generalizzazione  
Problemi legali  
Razzismo e pregiudizio  
Mancata integrazione sociale preclude le possibilità di una cura degna  
PRATICHE: conoscere la cultura dell'altro  
Fascinazione dell'esotico  
Statuto ontologico del disturbo mentale  
Mancanza di consapevolezza critica rispetto alla esistenza del disturbo mentale

## **P27**

INCONTRI CON PAZIENTI MIGRANTI:

-scuola di specialità  
-nessuna visita nel privato: problemi economici  
-medicina di base (stranieri come "non italiano")  
-guardia medica  
Zone di passaggio  
PROBLEMI FISICI: guardia medica  
"DISTURBI MENTALI":  
"Non accedono per propria intenzione"  
-inviati dal medico di base  
-gravi situazioni socio ambientali segnalate  
-scompensi psicotici e maniacali  
Categorie occidentali: sintomi psicotici, alterazioni timiche, note di grandiosità maniacale  
Scarsa contestualizzazione  
Interruzione del farmaco  
Contrattazioni lunghissime

ASPETTATIVE: essere preparati alla difficoltà dell'incontro

Incontro con operatore

"Vuole la soluzione"

Scontro

PRATICHE:

"Mi baso sulla angoscia che uno sente"

L'ANGOSCIA E' IL CRITERIO

(Per la cura): togliere l'angoscia e riprendere il funzionamento quotidiano

La psicosi non crea dubbi (nella formulazione della diagnosi)

Uso del farmaco

Psicoterapia difficile per barriere linguistiche e culturali: "ti vengo a raccontare cosa?"

Oppure "da incomincio a seguire la tua tecnica cognitivo comportamentale?"

Contestualizzazione critica

Farmaco risolve ogni ambiguità

Rientrare in reparto "scompensati"

FARE BRECCIA (dimensione della corporeità) su aspetti emozionalmente condivisi e trasversali alle sofferenze

1. Angoscia trasversale ai disturbi

2. sonno

PRATICHE: lavorare sull'angoscia

Lavorare sull'angoscia

Lavorare sul vissuto dell'altro e sulla sua esperienza

"Essere in continua contrattazione" (preservare la dignità del paziente dentro la propria visione della malattia)

Relazione medico-paziente è una relazione di tolleranza e sopportazione

Consapevolezza critica e umana dei ruoli medico-paziente

DIFFICOLTA' (verso chiunque): non poter avviare un progetto riabilitativo

"Per lui come per chiunque altro fa come lui"

Capire vs comprendere la cultura dell'altro

Mediazione culturale (mediante cooperativa appaltata)

Mediatore culturale:

Traduttore di lingue, traduttore di mondi (culturali)

Mediatore "pone le domande nel modo giusto"

Dimensione di genere nella scelta del mediatore

Creare una rete familiare a seconda della cultura del paziente

DIFFICOLTA' CON PAZIENTE STRANIERI:

Linguistica

Di comprensione dei meccanismi del nucleo familiare

Non c'è differenza con famiglie nostrane: ognuna ha le sue logiche che devono essere comprese  
Consapevolezza del Pregiudizio  
Cultura si declina nel singolo in modo differenziato  
PRATICHE: con uno straniero "è più facile" perché non esiste lo STIGMA della malattia psichica (vedi sotto)  
Razzismo e pregiudizio  
Malattia psichica ridotta e ricondotta riduzionisticamente entro l'alveo della corporeità  
Psichiatra: medico come tutti gli altri  
Psichiatria "affronta" anche i problemi sociali  
Confusione epistemologica.  
Se per lo psichismo ha un altro senso, che senso può avere un servizio di psichiatria?  
Se mente e corpo non possono essere separati (a maggior ragione in alcune culture) come possono separare mente e socialità se queste rappresentano un continuum? Forse qui possono trovare il senso di un servizio.  
PRATICHE: restituzione della diagnosi  
Pz straniero vs italiano: maggiore difficoltà a comunicare la diagnosi ad un italiano  
Inventare le parole per comunicare la diagnosi  
Significato culturale della patologia psichica: depressione vs esaurimento  
FARMACO DUNQUE SONO: "si chiama depressione se ti do i farmaci che sono antidepressivi"  
Certezza diagnostica (livello ontologico di esistenza della malattia mentale così come concettualizzata dalla psichiatria occidentale)  
Dubbio  
DIFFICOLTA': interruzione nella assunzione del farmaco (Come si può continuare ad assumerlo se non riesco a significarlo?)  
Non lo si assume più al di fuori del contesto che lo ha parzialmente significato (parzialmente perché è stato somministrato in una relazione asimmetrica di potere dove non c'è piena e reale comprensione dell'accaduto ma solo fiducia ... la stessa fiducia che posso avere per il mio quatorire)  
Difficoltà nella continuità terapeutica quando rientrano nel paese di origine (farmaco)  
Abusi familiari e valutazione della genitorialità  
PRATICHE: standard "uguale per tutti": modellarmi sulle esigenze personali  
DIFFICOLTA': barriera linguistica  
"Fare fatica a capirsi"  
Stessa lingua mette su un piano di equivalenza  
"Spiegarsi a segni": maggiore efficacia  
Comprensione della "superficie"



(Dentro/fuori)  
Progetti con assistenti sociali per integrare le donne  
(lingua, uscire di casa, etc)  
Etnocentrismo?  
Interrogativi sulla dignità del proprio lavoro  
Scarse risorse nei servizi  
"Giocare al ribasso"

## **P28**

Posizione apicale svolge poca attività di ambulatorio  
Richiesta di un ambulatorio di etnopsichiatra negata  
Ambulatorio normale, trattati in modo normale  
Normale\_ uguale  
Tutti uguali  
Accessi aumentati in modo esponenziale  
"Arrivano sani e meno sani"  
Modalità dell'invio:  
-medico di medicina generale  
Integrazione lavorativa favorisce accesso ai servizi  
regolarizzato  
"Racconto di un grande successo terapeutico"  
Accesso in PS  
Diagnosi di scompenso psicotico intenso acuto  
Dinanzi al fallimento della cura occidentale ricorrere alle  
cure tradizionali  
Ricorrere al guaritore nel paese di origine  
Affiancare terapia occidentale e locale per significare la  
cura  
Etnocentrismo critico  
Coincidenza o farmaco?  
Etnocentrismo critico  
Lavorare a distanza con guaritore  
Scetticismo vs sperimentarsi in dimensioni ontologiche ed  
epistemologiche della malattia differenti dalla propria  
Familiari come mediatori  
Difficoltà linguistiche con pazienti cinesi  
Familiari come mediatori di lingua e cultura (alterità  
cinese)  
Difficoltà culturale con pazienti cinesi  
Cinesi arrivano SOLO in situazioni di acuzia e di grave  
scompenso ... POI SPARISCONO  
Ritorno al servizio in situazioni di acuzie  
MANCANZA DI STRUMENTI E RISORSE (tempo, cultura, formazione  
ect) PER AFFRONTARE L'ALTRO E IL SUO "DISAGIO PSICOLOGICO  
COMPETENZE:  
-linguistiche (superabili)  
-tutte le altre (etnopsichiatriche e della cultura)  
Inserimento in comunità vs inserimento lavorativo

mancanza di risorse e di interesse da parte dell'istituzione

PREPARAZIONE DELLO PSY SUL PIANO UMANO

"Il farmaco cosa mi fa capire di te?"

Obbligo di produrre la diagnosi e di codificare per l'istituzione

Associare alla diagnosi un diario clinico, tentativo di conciliare aspetto istituzionale con quello clinico

Mediatori culturali (da cooperativa esterna)

Aggancio tramite persone "formate" di cooperativa esterna

Accogliere il disagio per il reale significato che ha (per l'altro)

PRATICHE: strumenti di lavoro.

"Visita psichiatrica"

Nessun utilizzo dei test (sentirsi una "vecchia psichiatra presuntuosa perché fonda la sua visita sulla PERCEZIONE e

n: incontrare l'altro con i suoi familiari che fungano mediatori di cultura e di lingua on sui TEST)

DIFFICOLTA' ESPLICITATE IN EQUIPE:

-barriera linguistica

-mancanza di continuità: "ci prendono e ci mollano, trattai a mò di pronto soccorso"

"Mancanza di interesse" verso la cura dell'altro:

"Ti vedo con disponibilità (come un nostrano) ma solo se ti adatti al mio sistema di cura"

Tutti uguali, altrimenti ... lamentele!!

Possibili spiegazioni:

-tempi dell'istituzione

-disinteresse

-scarsa conoscenza

Esperienze e interessi personali muovono la sensibilità verso questi temi

Pazienti stranieri "visti" con la famiglia

"Lavorare per venirti incontro ..."

Dentro/fuori

Forzare in senso occidentale

"Trattare da donna occidentale"

Consapevolezza critica

Cercare di non essere "predatori di informazioni"

## **P29**

"Come tutti gli altri pazienti"

DIFFICOLTA': problema di lingua, di comunicazione

Servizio di mediazione culturale fisico interrotto

Servizio di mediazione culturale telefonico

Scarsità di risorse

Accompagnato da operatori centro di accoglienza

DIFFICOLTA':

-capire l'origine del malessere

-sostenere il colloquio  
Accesso in PS  
Difficoltà di comunicazione legate alla lingua  
"Con me non ha spiccicato una parola" (dinanzi al medico -  
relazione medico paziente - sconosciuto)  
Primo colloquio difficoltoso  
Relazione medico paziente  
Accesso mediante PS (poiché senza residenza e dunque senza  
medico di base)  
Informazioni ricavate dal contesto  
LETTURA DELLA CARTELLA CLINICA:  
-colloquio si svolge con mediazione operatori  
-difficoltà atteggiamento del paziente: restare in silenzio  
"Non indagabili" sintomi psicotici  
Obiettività psichiatrica "difficile"  
Disorientamento  
Richiesta di DIAGNOSI da parte degli operatori del centro  
di accoglienza  
"Io non mi sentivo di fare una diagnosi"  
Conclusioni "empiriche e approssimative"  
NEL DUBBIO, FARMACO!  
Procedere per prove ed errori sulla diagnosi mediante il  
farmaco  
SECONDO INCONTRO: presenza di un amico che funge da  
mediatore  
Discordanza tra interpretazione degli operatori e quella  
del connazionale amico.  
Tendenza alla normalizzazione (amico)/ patologizzazione  
(operatori)  
Amico come traduttore e facilitatore della relazione  
Nessuna comunicazione linguistica  
La presenza di un terso nella comunicazione rende difficile  
la comprensione (c'è un passaggio intermedio)  
Discordanza di interpretazioni  
Tendenza alla normalizzazione/patologizzazione  
Patologizzare per risolvere questioni pratiche  
Mancato ritorno al servizio  
Scrivere una relazione "in sospeso" (dunque non  
patologizzando)  
Non ho formulato nessuna diagnosi  
Motivi burocratici obbligano all'uso dei codici  
"Contorno di fondo  
Familiare che media e che avanza delle richieste  
DIFFICOLTA' PAZIENTE STRANIERO:  
Mediazione culturale e linguistica (elemento terzo) rende  
più complessa l'interpretazione dei contenuti  
DIFFICOLTA': impossibilità di avere rapporto diretto e  
immediato con la persona  
RAGIONI DELLE DIFFICOLTA':

-oggettive  
-nostri limiti, difese, preconetti, visioni  
DIFFICOLTA': far accettare l'idea che sia una malattia  
(consapevolezza di malattia in due direzioni: egosintonia  
o non avere statuto ontologico nella cultura di  
provenienza? O è la stessa cosa?)  
Prendere distanza critica dalla malattia (ritorna la  
questione della consapevolezza)  
Lavorare sull'angoscia attraverso il FARMACO  
DIFFICOLTA': far assumere il farmaco quando la malattia non  
si vede (malattia fisica/psichica)  
PRATICHE: intervento psico-sociale (quando manca la  
residenza)  
"Spiegare quale patologia si ha, quali sono i suoi bisogni"  
(Limite tra etnocentrismo e presa in carico globale  
...difficile collocarsi tra questi aspetti perché chiaramente  
lo psichiatra è convinto di fare del bene riconoscendole i  
bisogni ...)  
PRATICHE (E DIFFICOLTA'): riconoscere da questioni pratiche  
(lavoro, residenza, etc) da questioni più profonde  
Psichiatra come luogo dove la richiesta di aiuto prevede  
entrambi questi aspetti (quanto possono essere distinti?)  
PRATICHE: ho l'impressione che "tiriamo a campare" (nel  
lavoro)  
"Lotta di Sisifo" (ti rimpiazza tutto addosso e devi  
ricominciare da capo)  
Consapevolezza dei propri limiti si scontra con la mancanza  
di risorse  
Mancanza di una meta riflessione  
Disinteresse  
"Non ho il tempo di parlarci" (se devo trovargli una  
collocazione, organizzare riunioni)  
Adattarsi o soccombere dinanzi al cambiamento  
DIFFICOLTA': mancanza di una sensibilità di base  
DIFFICOLTA': muoversi a tentoni (perché si è impreparati)  
Conoscenza teorica non è sufficiente  
Psichiatra generico vs specializzato  
Equipe interdisciplinari  
Necessità di una specializzazione in un settore specifico  
(ad esempio psichiatria delle migrazioni)  
"Correre, realizzare, concretizzare e via"  
In psichiatria la diagnosi sostituisce il test (a proposito  
di strumenti e automatismi)  
(LOGICA DEL NON AVERE TEMPO)  
"Tirare fuori i cosiddetti" nonostante la scarsità di  
risorse  
Le immigrazioni ci aiuteranno a cambiare prospettiva (o  
forse ci restituiranno un'altra dimensione del tempo)  
La presenza dei migranti farà evolvere la psicopatologia

### **P30**

Aumento negli accessi

PROVENIENZA: Europa Est, Moldavia, Ucraina, Maghreb, Paesi Sud Africa, America Latina, Cinesi

Cinesi: situazioni di urgenza

richiesta di aiuto non chiara

Minore continuità e drop out

Maggiore idea di precarietà (della presa in carico)

Maggiore aspettativa di drop out modifica l'atteggiamento e l'approccio

Pratiche: colloquio, terapia

Familiare come mediatore

Non sempre accesso diretto alla paziente

Interazione (colloquio) avviene alla presenza del marito

Relazione medico-paziente

Differente relazione di potere tra italiani e stranieri

Paziente italiano rivendicativo

Paziente italiano cerca risposte certe in un regime contrattuale

Pratiche: accesso paziente straniero in situazioni di emergenza o su segnalazione del medico di base

Difficoltà: raccolta anamnestica, formulazione della diagnosi, linguistiche e culturali

Difficoltà: stabilire un aggancio

Rifiuto totale di richiesta di aiuto

Presa in carico complessa. Terapia farmacologica

Interrogarsi sul senso che l'intervento può avere per quella persona

Darsi da fare per ingaggiare

Ricovero d'urgenza

Difficoltà di comprensione: difficile comprendere cosa c'era dentro la sua testa

Traduzione mediata

Connazionale che funge da mediatore

DIFFICOLTA': Non riuscire a capire cosa "passa per la testa" (ritorno al corpo)

Tentativo di comprendere il gesto dell'altro riconducendolo alle proprie categorie.

Mettere da parte la curiosità e i dubbi per metterlo in protezione (convincerlo al ricovero)

Somministrazione del farmaco

Mancanza di consapevolezza critica (non interrogarsi sulle ragioni di un possibile miglioramento)

PRATICHE: diagnosi fatta "a naso" (dimensione del corpo) diagnosticare basandosi sulle proprie impressioni corporee (visive e nasali)

Marito come mediatore

Farmaco

Accesso al PS  
Accesso in PS: famiglia spaventata chiede il ricovero  
DIFFICOLTA': presa in carico (per questioni pratiche e oggettive)  
Vedersi solo per il farmaco  
DIAGNOSI UGUALI PER TUTTI: "era proprio una psicosi, come quella di un coetaneo autoctono"  
Etnocentrismo  
Mancanza di consapevolezza critica  
Riunioni di equipe multidisciplinari  
Supervisioni psicoanalitiche  
DIFFICOLTA': INCOMPRESIONE LINGUISTICA  
NECESSITA' DI FORMAZIONE  
Domanda sulla genitorialità  
Valutazione delle competenze genitoriali  
DIFFICOLTA': CONTESTUALIZZARE IL DISAGIO  
Mantenere ferma la propria posizione per preservare la relazione terapeutica  
Relazione terapeutica vs relazione diagnostica  
(non tradire la relazione terapeutica anche quando vi è una richiesta esplicita da parte dell'autorità giudiziaria)

#### **4. INCONTRO CON L'ALTERITA'**

##### **P4**

- amplia lo spazio della possibilità
- "altre modalità" da mentale
- acquisire conoscenze
- gestione della patologia

Mediazione del personale per gestione di questioni pratiche  
Identità culturale propria/ posizione scientifica  
Etnocentrismo/ colonialismo

##### **P8**

Ti prendo in considerazione solo se riconosci il mio ruolo di superiorità  
Comprensione dell'altro comprensiva vs riduzionistica  
Tra i diversi ognuno è diverso  
Impatto violento (cosa è davvero un impatto violento? )\*  
Cosa è davvero un impatto violento?  
Questa forma di accoglienza che vuole applicare a tutti i costi la mia forma di cura?  
Etnocentrismo  
Necessità di sostenerlo, di stargli vicino  
Metafora del naufragio  
Persone al di là delle metodologie e delle illusioni

Illusione del terapeuta  
Tempo di rispetto

**P9**

Stima dell'altro dipende dalla consapevolezza di avere bisogno (riconoscimento di ruolo)

**P15**

DIMENSIONE DELLA SENSORIALITA', mi avvicino all'altro attraverso i sensi (metafora)

DESCRIZIONE VISIVA DELL'ALTRO (la fisicità può dirci qualcosa di questo altro? Lombrosiana?)

"a naso": altro richiede di essere conosciuto attraverso i sensi

Stigma vs rispetto

Etnocentrismo ed autocompiacimento

Fenomenologia relazionale:

    Curiosità (esotica non consapevole: come posso darti una mano restando dentro il mio sistema?)

    Difficoltà comunicazione

Turbino del racconto, turbino della relazione

La vocalità come espressione del mondo interno è per tutti?

## **5. SOFFERENZA DELL'ALTRO**

**P1**

Stati ansioso- depressivi

Patologie della sfera nevrotica

Ansia e depressione

Psicosi, ricovero, compensazione: uso del linguaggio della psichiatria occidentale (BROCCA)

"Ricomporsi, ricompattarsi dopo la crisi"

Crisi depressiva (o sofferenza legata al trauma??)

Disturbo post traumatico da stress

Evoluzione della patologia

Decontestualizzazione della sofferenza: Migrante è

"povero": questo basta per giustificare il fatto che possa essere sereno nel vivere in certe condizioni?

Sfera psicotica

Psicosi che rientrano

Linguaggio occidentale

Disturbo dell'umore

Disturbi comportamentali

Autismo

Interpretazione della sofferenza dell'altro

Diagnosi di schizofrenia

Tentativo di suicidio

Ritardo mentale  
Disturbo da stress

**P2**

(Nominare la sofferenza)  
"Patologie maggiori"  
Psicosi

**P3**

Integrazione sociale come spartiacque (tra sofferenza/non sofferenza del soggetto)  
SOFFERENZE. Descrizione:  
-segni aspecifici: disagio, isolamento, difficoltà comunicazione  
Sintomatologia corporea/organica  
Aspetti depressivi  
Descrizione della sofferenza:  
-astenia  
-scarsa alimentazione  
-no socializzazione  
Trauma migratorio e sofferenza  
Disturbo post-traumatico da stress

**P4**

Psicosi gravi  
SCHIZOFRENIA  
-D.DELIRANTE  
D.BIPOLARE  
-SOMATIZZAZIONE  
Linguaggio psichiatria occidentale (parole che descrivono la sofferenza):  
Crisi psicotica acuta  
Stato d'angoscia  
Somatizzazioni  
Aspetti isteriformi  
LINGUAGGIO DIAGNOSI: reazione simil catatonica  
Arresto psicomotorio  
Crisi simil psicotica  
Diagnosi; catatonia  
Bouffe delirante acuta  
Patologie psichiatriche gravi:  
Indici costanti a livello mondiale

**P5**

(Sembra che non ci sia differenza tra persone straniere e non straniere)  
Disturbi d'ansia  
Disturbi psicotici  
Disturbi di personalità



Ambito nevrotico

Depressione

Stati ansiosi

Disturbo psicotico

Disturbi dell'adattamento vanno sempre bene!!!!

\* può esistere una diagnosi soft o una diagnosi hard? Una diagnosi generica e una specifica che effetti possono produrre?

\*\* l'adattamento a condizioni disagiate è sempre un disturbo?

DISTURBI ADATTAMENTO: sintomi emozionali o comportamentali clinicamente significativi che si sviluppano in risposta a uno o più fattori stressanti psicosociali identificabili entro 3 mesi dall'evento stressante

Area nevrotica e disagio sociale: stabilire una buona relazione, sintonia

"Classiche situazioni di somatizzazione"

Linguaggio diagnostico occidentale: isteria, dipendenza

## **P6**

Disturbi psichiatrici maggiori

Alla richiesta di descrivere la sofferenza dell'altro rispondo con la sua diagnosi:

-disturbi psichiatrici maggiori

-psicosi

-schizofrenia

Pazienti stranieri (che accedono al servizio) hanno disturbi MAGGIORI

Sofferenza incarnata (centrata sul corpo, nel corpo)

Per loro "ammettere uno stato emotivo" è difficile

ETNOCENTRISMO

Ideazione di tipo delirante

Riconoscimento della sofferenza passa per gesti estremi

Sintomo somatico (del paziente africano) interpretato come tratto isteriforme: riconduco tutto alla mia cultura non mi chiedo che cosa possa significare per lui ...

Etnocentrismo?

Disturbi borderline

Autolesionismo

Uso di sostanze

Instabilità affettiva

Grave carenza affettiva

## **P7**

Crisi psicotica

-linguaggio della diagnosi occidentale

Malattia cronica non esiste, se esiste è un feticcio 3.

Paziente borderline

"La malattia di in messo là"

Psicosi

"Sintomatologia di tipo tecnico"

### **P8**

SINTOMI: post-traumatico

Indice di fragilità

Sintomi psicotici deliranti

Disturbo mentale

Difficoltà: NEGAZIONE DEL PROBLEMA

Non consapevolezza di malattia (quale consapevolezza?)

Posso essere consapevole di una cosa di cui non sono consapevole?? Impongo la mia pretesa di consapevolezza sulla non consapevolezza (etnocentrismo)

"Consapevolezza" è una prova di forza (espressività concreta è dovuta alla "povertà linguistica" (linguaggio non appreso) o a quella "intellettiva"?)

Crisi psicotica richiede più lavoro e imprime la memoria

Sofferenza psicotica trasversale

Psicosi: il senso di stallo che ti ritorna è sempre quello (Ma cosa è la psicosi - la di là della denominazione che le diamo - se non l'angoscia più profonda, quella degli abissi che ha un carattere incredibilmente umano --- la scissione e la dissociazione delle fondamenta, la perdita dei confini del corpo e del mondo, la ristrutturazione del mondo dei significati --- tutto profondamente e incredibilmente umano)

### **P9**

DISCONTROLLO DEGLI IMPULSI

VEDERE la malattia psichica

Psicosi, bipolarismo, disturbi somatoformi

Sintomi fisici per parlare della depressione

DISTURBI SOMATORFORMI

CENTRATURA SUL CORPO

### **P10**

Espressione della sofferenza di adeguata al contesto

Sintomi mutuati dall'ambiente (modalità di presentazione occidentale) \* che nasconde

Sintomi somatici (di difficile collocazione tra mente e corpo)

Etichettati come psicotici

ETICHETTAMENTO COME PSICOTICI

SINTOMI A PONTE

Depressione: parola pass partout

Per fare passare l'idea che ci sia uno psicologico

Delirio o realtà?

Metafora come spartiacque tra delirio e non delirio

"Come se"

"Corpo che parla"

Serpenti nella pancia parlano dei vissuti corporei

Denominazione del sintomo nel qui e nel là

Ricerca di identità nel sintomo

### **P11**

Forma psicotica

Dolori fisici e somatizzazioni

"Corpo che parla"

Non puoi adottare le differenze (nella diagnosi e nel modo di comunicarla)

"Dire la verità": quale verità? Etnocentrismo

Senso di colpa (per la malattia) ridotto dalla spiegazioni chimica

Riduzionismo della malattia al fattore chimico, identica nella razza umana

Etnocentrismo

Chimica discolpa (non è colpa di nessuno se esiste la malattia)

La spiegazione (organica) elimina la colpa

Spiegare per superare l'ignoranza che c'è là fuori

Dentro/fuori

Etnocentrismo

Sofferenza è una malattia

### **P12**

Disturbi del comportamento, disturbi del comportamento, d. del sonno, quadri somatoformi

Diagnosi prevalente: Disturbi d'ansia e dell'umore, aspetti ideativi, somatizzazioni

PSTD

Disturbi dell'adattamento

Disturbi dell'adattamento

Disturbo depressivo reattivo

Disturbo dell'adattamento

Ansia depressione

Delirio erotomanico

Linguaggio psichiatrico occidentale: ansia pervasiva, agitazione psicomotoria, ideazione paranoidea, idee di contaminazione, delirio di contaminazione e veneficio

"Sviluppare atti difensivi" (interpretazione occidentale della malattia)

Atmosfera delirante

Sfumature umorali

Somatizzazioni "a raffica"

Sindromi caratterizzate culturalmente (DSM)

Ricondurre tutto alla classif. Occidentale

Vulnerabilità alle sostanze psicoattive

"Adottivi"

Disturbo borderline di personalità \*\*

### **P13**

Disturbo schizofrenico disorganizzato, insufficienza mentale lieve

Tossicodipendenza

Disturbi depressivi

Disturbi psicotici

Produzione delirante

Allucinazioni visive e olfattive

Depressione secondaria ad una delusione di amore

Tentato suicidio

"emersa una patologia affettiva"

Tentativo di suicidio

### **P14**

Disturbi della sfera affettiva

Fasi di eccitamento (con caratteristiche molto diverse)

Patologie delle donne (dimensione di genere)

Crisi depressiva, psicosi, perdita esame di realtà

Decontestualizzazione del sintomo

Depressione post partum grave, stato di abbattimento, mutacismo

Depressione: concetto internazionale

Contenuto delirante

Statuto ontologico della patologia psichiatrica: una depressione è una depressione

Disturbo borderline sembra una epidemia

(Come utilizziamo questo termine, possiamo ricercare delle invarianze strutturali?)

Tagliarsi le braccia

Mitici aspetti clinici che non esistono

Classificazioni senza riscontro oggettivo

Esperienza soggettiva vs comportamento

Etnocentrismo o riduzionismo all'universale del corpo?

Manifestazioni isteriche da noi scomparse ... (altro arretrato)

### **P15**

Tipo di sofferenza:

Depressione di II tipo, aspetti psicotici, disturbi di personalità con scompensamento

"Scompensamento" e intervento di urgenza

Quadro di simbiosi

Applicazione di categorie occidentali della genitorialità

Simbiosi, mamma schizofrenogena

Uso di categorie occidentali

Categorizzazione psicoanalitica

Delirare su aspetti maschili

Etnocentrismo - applicazione delle categorie occidentali  
"La mamma tutto il mondo è Paese: c'era un ipermaterno"

### **P16**

Tematiche deliranti

PRATICHE:

-terapia farmacologica

-evitare il ricovero

-incontro con il marito

Tentato suicidio

Familiari riferiscono comportamenti bizzarri

Momenti di angoscia e agitazione

Allucinazione

Uso di categorie occidentali:

Psicosi

Delirio

Disturbo di personalità

Abuso di sostanze

Linguaggio occidentale: disturbo di personalità

Difficoltà di adattamento

Insufficienza mentale lieve

Aspetto delirante

Angoscia

Ideazione delirante

Comportamenti stravaganti

Tentativo di suicidio

Malessere generale

Insufficienza mentale

Coartazione

Le voci sono di persone care (invariante strutturale della schizo?)

Schizo: angoscia, chiusura, ritiro come invariante strutturale o ricerca del sintomo? Descrizione fenomenologica sembra la stessa

Ricerca della causa di episodi allucinatori

Stordirsi con la sostanza (mia interpretazione!!) vita regolare ma complicata

### **P17**

Paziente psicotico delirante

Ideazione delirante o modo di vivere intensamente religioso?

Psicosi che ha influenzato la sua condotta capacità di intendere e di volere

"Signor giudice questo signore è matto"

Condizione autenticamente psicotica

Malattia determina il suo comportamento

Condizione psicotica o tragico destino?

Quale implicazione degli aspetti psichici?

**P18**

Sofferenze:

Disturbo di natura psicotica

Disturbo di personalità

Malessere relazionale, nei contatti sociali, affettivi e lavorativi

Cambio di direzione: paziente viene visto con i sintomi

Diagnosi: disturbo di personalità

Dolore "in vista"

Sofferenza si esprime sul corpo e attraverso il corpo

"Sulla mano venivano messe tutte le cose"

Il sintomo si muove

Mano per manipolare

Limite tra psichico e somatico impedisce la verbalizzazione

**P19**

Patologie maggiori

Schizofrenie

Disturbo bipolare

Come quelle presenti nella statistica normale

Spettro ansioso generalizzato

Disturbo ansioso depressivo

Disturbi adattamento

Umore depresso misti

Psicosi

Queste persone si sentono depresse o subdeprese REATTIVE a condizioni esistenziali

Disturbo dell'adattamento

Tragedie personali che sono la reale causa del disagio psicologico (contestualizzazione del sintomo)

La psicosi viene fuori indipendentemente (psicosi è universale, è dell'umano)

Insufficienza mentale lieve

Mamma schizofrenica

**P21**

Disturbi psicosomatici

Rappresentazione del corpo e patologia

"Piangente e disperata"

Presentazioni psicosomatiche

Rappresentazioni somatiche dermatologiche

Il corpo rappresenta la sofferenza

Manifestazioni somatiche come espressione della sofferenza

Sindrome allucinatoria acuta

Tentativo di suicidio

Rappresentazione della sofferenza nel corpo

Ricovero per situazione acuta

Tentato suicidio

"Al rientro ... quel disturbo è sparito assolutamente"  
Sindrome da disadattamento  
Problemi di comportamento, di agitazione  
Disturbo borderline

## **P22**

-disadattamento sociale  
-sintomatologie acute  
-sintomatologia semplice: depressione, disforia, ansia, agiti ...  
-ideazione suicidaria  
Suicidio come forma di protesta, come reazione di adattamento  
Sintomi psicosi "tutti uguali"  
"Senso di schizofrenicità"  
Dimensione interiore di sospensione  
Disadattamento è diverso per tutti  
Aspetto plastico: forme ricche e forme povere

## **P23**

Psicosi affettiva  
Disturbo post-traumatico da stress  
"Da questo disturbo non guarirà mai ..."  
Farmaci per tutta la vita  
Ineluttabilità del disturbo  
Psichiatra/ortopedico  
Sovrapposizione patologia psichica/corporea  
Reazione depressiva  
Statuto ontologico della malattia  
Psicosi o tutela di sé?

## **P24**

Disturbi psicotici  
Disturbi are nevrotica  
Maggioranza di disturbi psicotici (settati su queste problematica)  
Crisi d'ansia con flessione timica  
Tema dell'ansia  
Angoscia di morte  
Angoscia di morte  
Desiderio di morire

## **P25**

Disturbi dell'adattamento  
Patologia somatica  
Psicosi (Africa)  
Disturbi psicotici: segnalazioni più cruento, TSO (forze dell'ordine o reparto)  
Servizio ospedaliero di mediazione culturale

Racconto dell'Altro migrante  
Arrivare tramite barcone  
Non parlare italiano  
Terroro di vivere senza permesso di soggiorno,  
clandestinità  
Disturbo psicotico  
Senza documenti, senza cura (solo farmacologica!)  
Necessità di salute sanitaria per chiedere il permesso di  
soggiorno  
Scarsa conoscenza della lingua non permette di entrare nei  
dettagli, minimizza le risposte  
Descrizione dell'altro: chiusura e diffidenza  
Compromesso organizzativo: imparare lingua italiana per una  
maggiore osservazione clinica  
Alterità cinese  
Tendenza alla generalizzazione (vedi inizio intervista in  
un cui parla di questa persona).  
Diffidenza  
Non riconoscenza della malattia  
(Non la riconosce)  
Mancanza di consapevolezza critica (come posso riconoscere  
qualcosa che per me non esiste?)  
Corpo parla  
Differente pervasività dei disturbi (può essere solo  
questo?)

#### **P28**

"Disambientamento" come causa di alterazioni psicologiche  
Elevata afferenza in zone industriali  
Sintomatologia psicotica  
Manifestazioni isteriche "che qua non si vedono più"  
Depressioni post partum  
Deliri di riferimento che non rispondono al farmaco (sono  
davvero deliri di riferimento quindi?).  
Patologia acuta non recede al farmaco

#### **P29**

"Stato di malessere" presente da tempo  
Corpo che parla  
Corpo che parla (tradotto in categorie occidentali)  
Descrizione della sofferenza dell'altro:  
Sbalzi repentini di umore, senza un motivo apparente  
Il corpo che parla: non riesce a mangiare e dormire  
Pochi concetti espressi: cuore che batte, fatica a mangiare  
e dormire, sofferenza si esprime attraverso il corpo  
Diagnosi: situazioni di disagio emotivo e sintomi da ansia  
"LA PATOLOGIE CHE NON SI VEDONO NON CI SONO"  
Dimensione del vedere è una dimensione dell'esistere



(Questo implica anche una scarsa compliance ... e implica qualcosa a livello della relazione medico paziente)  
Quale statuto per la patologia psichica? Al pari di quelle del corpo che però non si vedono?)

Stato maniacale  
Disorganizzazione comportamentale  
Confusione disorientamento  
Situazione psicotica

### **P30**

Alcolismo  
Ritardo mentale  
Tentativi di suicidio  
Tentativo di suicidio  
Suicidio: vissuto di fallimento  
Corpo come "luogo" di espressione della sofferenza  
Psicosi depressiva reattiva  
Sintomi somatici, mal di testa e stanchezza  
Depressione post partum  
Psicosi  
Delirio religioso  
Confusione e disorganizzazione  
Disturbo reattivo ansioso

## **6. DIMENSIONE DEL VISSUTO**

### **P1**

Difficoltà di dimenticare  
"Vissuto di coinvolgimento  
Coinvolgimento  
Sentimento di solidarietà e vicinanza

### **P2**

Curiosità come modo dell'avvicinamento (fascinazione)  
Tristezza  
Amarezza

### **P3**

RESTARE IMPRESSO:  
Impressionabilità  
Difficoltà: provare empatia  
"Bisogna avere una grande apertura"  
Vissuto: "sentirsi impreparati" (di fronte all'altro).  
Nella impreparazione:  
-ascoltare,  
-confrontarsi,  
-valorizzare l'esperienza personale (del pz)

Sentire la differenza

VISSUTO:

Sentirsi ingaggiati

- IMPREPARAZIONE

- MESSA IN DISCUSSIONE DEI QUADRI DI RIFERIMENTO

#### **P4**

Sospetto

ESSERE COLPITI DALL'ALTRO (rompe i miei pregiudizi)

Restare colpiti dalla freddezza dell'altro

NEGAZIONE DI VISSUTO

(Vissuto è la preoccupazione di capire il quadro funzionale)

Essere colpiti

VISSUTO: sconcerto (dinanzi alla cultura dell'altro)

VISSUTI: imbarazzante e distanziante? (Per chi?)

VISSUTO: SORPRESA (DELLA SCOPERTA)

#### **P5**

Sentirsi capiti perché si è dedicato del tempo

Domanda sul vissuto è una domanda che spiazza!!!

Vissuto: senso di impotenza

Vissuto: dispiacere

"Si potrebbe fare qualcosa di più"

Disincantamento

METTERSI NEI PANNI DELL'ALTRO:

"Vengono portati qui contro voglia"

Silenzio: paziente straniero blocca il pensiero

VISSUTO: reazione di rabbia

Etnocentrismo

Reazione dell'altro: "poi mi sono resa conto che si era offesa e mi guardava stranita ..."

Fare marcia indietro: presa di consapevolezza

Vissuto: disorientamento

Vissuto: perplessità (altro mi spaventa ... non possono credere che creda in certe cose!!!)

#### **P6**

"Sentire" che mi sta a cuore

VISSUTO TERAPEUTA:

-SENSO DI LIMITATEZZA

-INCAPACITA DARE UNA RISPOSTA

Paziente straniero è una routine. Vissuto: non c'è più stupore

Disillusione

Disincantamento

Provocatorietà

Sfida

**P7**

Delusione

TIMORE DI ESSERE CONSIDERATO UN CIARLATANO

Restare allibiti (psichiatra di fronte all'intervento dell'etnopsicologo)

Xenofobia

**P8**

Interessamento: cosa succede? Accade qualcosa di "diverso"

Fascinazione del diverso

La domanda sul vissuto genera un "senso di non chiarezza"

VISSUTO: SOLIDARIETA' VERSO LA VITTIMA

La fatica di lavorare con pazienti stranieri

**P9**

Fascinazione verso l'altrove e l'altro

Ricordo "con piacere" che lì bisogna essere schematici

Imbarazzo per il medico bianco

"È stato scioccante"

Vissuto di vergogna

"Incontro bello"

Odio e invidia verso il medico

Disintegrazione

Ridimensionare il vissuto dell'altro a tematiche adolescenziali

Vissuto di insuccesso rispetto alla presa in carico

**P10**

La pesantezza

Fascinazione dell'esotico

**P11**

Impressionato

Sentirsi colpito

Dispiacere

Sensazione di non aiutare fino in fondo (senso di impotenza)

VISSUTO: senso di impotenza

Vissuto di solitudine (dell'altro)

VISSUTO ALTRO (EMPATIA):

Mancanza di fiducia (nei riguardi del medico)

**P12**

Fascinazione

"Mi è rimasto impresso"

Fascinazione della psicosi, fascinazione della cultura:

"interessante lavorare ..."

**P13**

Restare "colpita"  
Dignità dell'altro, dignità che colpisce  
Sentimento di gratitudine per le attenzioni ricevute  
Compostezza commovente  
Sentimento di colpa  
Aspettativa di essere bistrattata (paziente)  
Non mi ha fatto grande impressione perché "ne ho incontrati altri"  
EMPATIA: nei panni dell'altro

**P14**

Curiosità per il nuovo, sentirsi stimolati  
"Frustrazione delle cose non vanno"  
Sentimento di piacere quando si vede l'altro stare meglio (dimensione del vedere)  
Migranti non angosciati, perché migranti ... ma "particolari"  
Interessamento nei confronti dell'altro  
Reciprocità dell'interessamento

**P15**

Interessante  
Fascinazione del diverso  
Racconto esotico del mondo straniero, molto generalistico  
Sciamanesimo, santoni  
LA': distanziamento  
Bizzarrie, ritiri particolari  
Fascinazione dell'esotico  
La fatica  
Curiosità e fascinazione si arrestano dinanzi alla estraneità totale (estraneità che però corrisponde alla non accettazione di un sistema!!!)  
Ma qualcuno si ricorda di essere bianco?????  
Incapacità di riconoscere il fallimento: altro diviene persecutorio se non si assoggetta al mio modo di intendere la cura e la malattia. L'altro l'aveva già mollata al primo incontro ma l'auto-centratura e il narcisismo non le hanno consentito di vederlo  
Vissuto di lentezza e di fatica  
Sentirsi shakerati

**P16**

Restare colpiti  
Rispettare l'altro e la sua storia  
Agitazione, angoscia  
Reticenza nel raccontare la propria storia. Troppo dolore.  
DOLORE  
Desiderio di ricominciare  
Emozioni negative

Incontro con l'altro

EMPATIA: sentire l'angoscia dell'altro, le sue emozioni negative

Preoccupazione dell'incontro: angoscia dell'altro

Fascinazione dell'esotico

**P17**

Stupore dinanzi alla indifferenza e alla passività

VISSUTO PSICHIATRA: sorpresa (disattese le aspettative: immaginario collettivo OPG e pazienti OPG)

Impressionabilità

Racconti dell'altro: fascinazione della cultura dell'altro

**P18**

Vissuto del terapeuta: immedesimazione nell'altro: io la vivo come una difficoltà dell'altro

Dolore nel parlare delle proprie storie traumatiche

Immedesimazione: come si sopravvive a certe storie?

Empatia: timore che l'altro non possa sopportare

Ricevere addosso il peso

Vissuto del paziente: sentirsi diversi (dagli italiani), sentirsi stranieri

**P20**

Restare "male" per il fallimento

Venire "di cuore" da raccontare: l'altro passa attraverso il corpo

Interpretazione: psicodinamica interna proiettata all'esterno

Senso di colpa

PRIMO INCONTRO:

"Molto forte", "impatto emotivo"

Agitazione

VISSUTO: impotenza

VISSUTO: sentirsi lontani (dall'altro e dalla sua cultura)

Vissuto: sentirsi in gabbia

Empatia: assoluta disperazione dell'altro

Caso "interessante"

Sensibilità forte

Dimensione della fiducia

Sentirsi considerati matti

**P22**

Contenti di essere seguiti"

**P23**

Empatia. Dispiacere per l'altro. Eludere il proprio vissuto "Portare" un vissuto pesante

Situazioni di violenza fisica  
Senso di impotenza  
Empatia: immedesimazione  
VISSUTO della psichiatra: rabbia e aggressività  
(immedesimazione dell'altro)  
Difficoltà e rabbia di dover prendere una decisione  
difficile che riguarda la vita dell'altro  
Assumersi il rischio  
Fermarsi a comprendere la paura dell'altro  
Vissuto del terapeuta:  
"Vivere l'inferno"  
Etnocentrismo? Xenofobia? O reale interessamento  
Questo altro suscita reazioni molto contraddittorie ...)

#### **P24**

Mi è rimasto impresso perché mi ha permesso di conoscere  
la cultura dell'altro

#### **P25**

Insoddisfazione  
Sentirsi invasi dalle domande dell'altro (terapeuta)  
Empatia e immedesimazione: informarsi sulla storia del  
paziente fa sentire di essere interessati, lo rende meno  
diffidente  
Vissuto: colpire ed essere colpiti dall'altro  
"Restava molto colpita che conoscevo queste cose"  
Mancanza di comunicazione genere insoddisfazione

#### **P26**

Sentirsi bloccati  
C'è un limite tra me e lui  
Mettersi nei panni dell'altro: tentare di rasserenarlo  
sulla non oppressività dell'ambiente

#### **P27**

"È stato complicato"  
"Scontrarsi contro un muro" (dimensione della corporeità)  
incomprensione, mancanza di un appiglio per la cura  
Sentirsi distanti  
FRUSTRAZIONE E FASTIDIO di fronte all'impossibilità di  
aiutare l'altro (o di fronte al limite)  
Frustrazione  
Non posso fare diversamente"  
Mettersi nei panni dell'altro  
Frustrazione (del paziente)  
Frustrazione propria (perché non si sa se l'altro apprezza  
lo sforzo fatto: torna la questione della riconoscenza??  
Frustrazione: mancata integrazione delle donne

Vissuto: non fare a sufficienza (per chi? Per cosa? E da quale prospettiva? Rischio di egocentrismo)

### **P28**

Vissuto terapeuta: incredulità e soddisfazione

"Io racconto l'episodio, poi ognuno interpreta come vuole"  
EMPATIA (mettersi nei panni dell'altro): "sentono che non li capiamo":

-Lingue culturali diverse

-Come fidarsi di un'altra medicina?

Dolore della migrazione e dell'abbandono

Dimensione del vedere e del percepire

(L'altro devo sentirlo con i sensi per poterlo percepire)

Senso di insoddisfazione rispetto alla psichiatria/psicologia attuale

"Cerco di non sentirmi incuriosita"

Curiosità è una trappola

"Non c'è differenza" nel vissuto di fronte di fronte alla sofferenza dell'altro

Cosa vuol dire empatizzare?

### **P29**

Mettersi nei panni dell'altro: intimorito

(Nonostante le rassicurazioni), imbarazzato.

Significare il vissuto dell'altro:

IMBARAZZO E TIMIDEZZA DI FRONTE ALLA FIGURA DEL MEDICO:  
rendono comunicazione difficile.

VISSUTO DELLO PSICHIATRA: sentirsi "tirato per la giacchetta" (coinvolgimento della dimensione corporea)

"SENTIRSI CATAPULTATO Lì" nella estraneità più totale e DOVER FARE UNA RISPOSTA

VISSUTO: fastidio

Percezione di una forzatura (da parte degli operatori)

"Non ci ho capito niente"

"C'era una distanza"

"Curiosità dell'umano" all'origine della scelta di fare lo psichiatra

VISSUTO: disorientamento, frustrazione

VISSUTO: sentirsi impreparati dinanzi al cambiamento

Sentirsi impreparati

Costruire una nuova competenza

VISSUTO: ci siamo desensibilizzati, travolti dall'automatismo

VISSUTO: senso di insoddisfazione

Frustrazione

### **P30**

Un caso che "mi aveva preso"

CURIOSITA' (essere incuriositi dalla storia dell'altro)

Stupore dinanzi al miglioramento

## **7. DIAGNOSI E STRUMENTI DI CLASSIFICAZIONE**

### **P1**

Decontestualizzazione del "sintomo"

Paziente descrive la sintomatologia (quale consapevolezza critica?)

"Diagnosi evidente" (non aver difficoltà) dimensione del vedere ... statuto ontologico della malattia? Posso VEDERLA al di là della cultura?

"Stigmati della malattia"

Ricerca dei criteri della malattia

"Trauma" prima/dopo evento traumatico (ricerca della causa evento traumatico precede la malattia)

"Reificazione della malattia"

Decontestualizzazione

Rivendicazioni scambiate per patologia

Mancato riconoscimento della genitorialità

Decontestualizzazione

Cercare la causa nel disturbo (questione caratteriale)

Rapporto causa-effetto

Obiettivo delle consulenze: attribuire lo status di svantaggio sociale per mantenerli nelle cooperative e aiutarli a trovare un lavoro

Valutazione della genitorialità

Interpretazione della genitorialità

Categorie occidentali

Distacco affettivo tra situazione drammatica e il suo vivere deficit mentale (decontestualizzazione)

Cosa vuole dire culturale? Come viene utilizzato questo termine e con quale consapevolezza?

Culturale vs traumatico

Forte origine traumatica

Trauma vs cultura

### **P2**

Pazienti ricoverati sono pazienti con PATOLOGIE MENTALI

(La difficoltà nella diagnosi non riguarda i criteri)

FORMULAZIONE DELLA DIAGNOSI

Difficoltà nelle acuzie senza la presenza del mediatore

Linguaggio/ lingua sconosciuta. Non consente la diagnosi

### **P3**

"Una bronchite qui o lì è una bronchite, il mondo psichico risente del retroterra culturale"



DIAGNOSI difficoltà 1: sfera psichica non obiettivabile (sintomi/segni)

Terapeuta si avvicina al mondo del paziente ... avvicinamento tanto più complesso quanto più manca il medium verbale

Prestare attenzione al non verbale

DIAGNOSI difficoltà 2: taratura della diagnosi rispetto al mondo di riferimento, al mondo più vicino

Allontanamento dalla normalità/cultura

(Patologia vs cultura)

MENO INQUADRABILITA', rischio: semplificare

Diagnosi con stranieri è una limitazione semplificare senza permettere la comunicazione (c'è qualcosa che non è più condivisibile)

## **8. DIMENSIONE DEL VEDERE**

### **P1**

La dimensione del vedere attribuisce statuto ontologico alla malattia

"Confrontarsi faccia a faccia" (dimensione del vedere) con il mondo altro (un mondo altro recepito come arretrato, violento, dittatoriale) (BROCCA)

Dimensione del vedere scatola del farmaco indicatore di patologia

"Vedere la psicosi"

### **P2**

Quando non c'è il medium linguistico dobbiamo "curare da quello che si vede"

Dimensione del vedere

### **P3**

RESTARE IMPRESSO:

Impressionabilità

Migrante "venuto all'osservazione"

(Dimensione del vedere)

Dimensione del vedere

### **P4**

Modalità acuta di espressione della malattia

Vs

Modalità di apparire e di mostrarsi

(Dimensione del vedere)

SEMBRA QUASI CHE LA SOFFERENZA PSICHICA ACUTA POSSA APPARTENERE ED ESSERE VISSUTA SOLO DAI DISAGIATI)

Unioni interculturali presentano dei problemi anche se in apparenza (dimensione del vedere: ciò che non si vede non esiste???)

Pregiudizio

Apparenza di normalità

Dimensione del vedere (se non si vede non esiste) ma esiste allora scardina ogni mia certezza, mi colpisce ...

Coppia bella, belle persone (razzismo velato)

Dimensione del vedere

#### **P6**

VISTA interviene quando la parola non è sufficiente

#### **P10**

Ti vedo portato in braccio, vedo la tua sofferenza

#### **P11**

"Mimica da classica depressa" (lombrosiano!!) dimensione del vedere

Dimensione del vedere, vedere per diagnosticare, vedere per capire

#### **P12**

Apparire: dimensione del vedere

Espressività del volto

(Dimensione del vedere)

#### **P13**

Essere composti: dimensione del vedere informa

#### **P14**

"Visti come strambi"

(Dimensione della vista, dimensione della stranezza)

#### **P21**

"Vedere" che era strana: dimensione del vedere

Descrizione del comportamento

#### **P28**

L'altro "si illumina" dinanzi all'accoglienza e alla comprensione dell'altro (altro che dà dignità al suo mondo)

Dimensione del vedere: signora nera, velo nero, vestito nero.

#### **P29**

Cosa implicare perdere il contatto visivo

Dimensione del vedere

"La prima volta non siamo riusciti a strappargli veramente niente" (dimensione corporea)

Dimensione del vedere

Si è espresso "visivamente": tachicardia vs ansia (interpretazione del sintomo fisico).

## **AREE TEMATICHE - SETTORE GIURIDICO**

### **1. PRATICHE E PRASSI DEL MONDO GIURIDICO**

#### **PG1**

##### **AMBITO CIVILE**

RUOLO: consulente tecnico di ufficio per la valutazione competenze genitoriali

Coinvolgimento di doppio Tribunale. Commistione/scontro di leggi e giurisprudenze

Tribunali che non colloquiano tra loro

Sentenze contrastanti tra Tribunali non dialoganti

Sentenze diverse, stesso senso di legittimazione

Pratiche: immedesimarmi nella cultura

DIFFICOLTA': CTP informa il suo assistito delle risposte da fornire al test

Scartare la valutazione testistica per "pratiche" scorrette della controparte (altra cornice epistemologica rispetto alla clinica!! Si pone un problema ulteriore!!)

PRATICHE: basarsi su quando emerso dal colloquio.

PRATICHE: valutazione delle competenze genitoriali (possono davvero le due questioni essere considerate di natura diversa?)

DIFFICOLTA': scorporare valutazione dai pregiudizi

Tenere conto del desiderio espresso dalla bambina

PRATICHE: valutare le circostanze oggettive di tipo logistico, organizzativo, relazionale, lavorativo.

"Competenza che non mi apparteneva"

Difficoltà: valutare una cultura diversa

PRATICHE: incontro di consulenza congiunto

PRATICHE: osservazione del comportamento spaziale e non verbale dei soggetti

Situazione difficile da gestire

Attività consulenziali complesse

E lunghe

PRATICHE:

Una dozzina di incontri

Storia individuale di lui, di lei, della coppia

Colloqui congiunti

Valutazioni test

Sessioni interazione con specchio unidirezionale

Colloqui con parenti per ricostruzione ambiente materno/paterno

Interrogarsi sull'aver compiuto la "scelta giusta"  
 DIFFICOLTA':  
 Seguire i colloqui per limite linguistico ("lui parlava lentamente")  
 Raccogliere anamnesi partendo dalla "cultura di riferimento" (contestualizzare la raccolta della storia?)  
 STRUMENTI DIAGNOSTICI E DI CLASSIFICAZIONE  
 PRATICHE: colloquio  
 Pratiche: astenersi dal "fare diagnosi" quando non si riesce a discriminare tra patologia e cultura  
 USO DEI TEST  
 DIFFICOLTA': uso della strumentazione diagnostica  
 Proiettivo vs test oggettivo  
 Mancanza della taratura di riferimento per test oggettivi (Mancanza di consapevolezza critica sulla origine culturale dei test)  
 Rorschach come unico test che può tenere conto delle variabili culturali  
 Test di R. per la valutazione delle strutture di personalità  
 Mancanza di un campione di standardizzazione impedisce la somministrazione del test  
 PRATICHE: scelta del proiettivo in mancanza di un test "validato" e tarato

**PENALE**

RUOLO: ausiliario del perito nominato  
 Medico legale effettua le valutazioni fisiche  
 PRATICHE: giudice nomina un antropologo per valutare "le influenze culturali"  
 Medico legale: ispezione del corpo della minore  
 PRATICHE: fotografare i "segni"  
 ANTROPOLOGO chiarisce  
 Segni di passaggio "normali per la cultura" vs segni di maltrattamento  
 PRATICHE: antropologo aiuta a discriminare "Normale per la cultura di appartenenza"  
 Medico legale e antropologo aiutano a discriminare quali "condotte" siano normali per la cultura quali no ... (paradossale che queste due figure incarnino i due estremi della controversia cultura vs patologia)  
 PRATICHE: antropologo tiene una lezione. Conoscere la cultura dell'altro  
 RISCHIO: pensarla in modo reificato, pensarla come risoluzione di ogni dubbio e come certezza  
 ANTROPOLOGO "RISOLUTORE"  
 RUOLO: Ausiliario del perito che effettua valutazioni testistiche sulla minore  
 PRATICHE: valutazione competenze generiche a rendere testimonianza, WISC IV aspetti cognitivi

Psicologo effettua valutazione sulla bambina, aiuta l'avvocato a scegliere aree tematiche da affrontare con padre durante colloquio

OBIETTIVO DEL COLLOQUIO: Discriminare aspetto punitivo da "aspetto che andava oltre ..."

PRATICHE: valutazione con la bambina: audizione protetta tramite incidente probatorio

Valutazione effettuata in modo indiretto, tramite tutte le figure adulte che circondando la bambina

PRATICHE: valutazione psichiatrica sul padre

PRATICHE: nominare un esperto (di etnopsichiatria) che possa DISCRIMINARE tra patologia (infermità mentale) e cultura (vedi Foucault: discriminare tra ciò che si è e ciò che è stato fatto (capacità di intendere e di volere)

Linguaggio giuridico vs psicologico

"Avvocato puntava all'abuso di metodi di correzione"

USO DEI TEST E VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

Ottima conoscenza della lingua italiana e permanenza in Italia da 11 anni rendono possibile la somministrazione di un test a taratura italiana

PRATICHE: somministrazione WISC IV, Big Five, SAT, Rorschach

Valutazione diagnostica per sondare: aspetto cognitivo, di personalità, mondo interiore, attaccamento.

Valutazioni sulla personalità della minore. Sospetto: precedenti denunce di violenza sessuale alle spalle

Valutazione del legame di attaccamento (come è possibile valutarlo secondo criteri occidentali? Non è l'attaccamento una costruzione del nostro sistema psicologico/psichiatrico?)

DIFFICOLTA'

PROBLEMA: avvocato difensore cerca di declassare da maltrattamento fisico ad abuso di metodi di correzione (condivisi e accettati dalla cultura di appartenenza)

Linguaggio e logiche giuridiche si scontrano con la dimensione dell'umano

## **PG2**

RUOLO: lavorare come mediatore o traduttore per la somministrazione del test (per altri colleghi)

DIFFICOLTA': lingua inglese molto diffusa ma se non conosciuta in modo adeguato (formazione scolastica in inglese) rischia di diventare un ostacolo (no accesso a terminologia)

Scarsa conoscenza della lingua (italiana/inglese) pregiudica la comprensione del R.

RACCONTO DELL'ESPERIENZA PSICODIAGNOSTICA DELL'ALTRO

Esame psicodiagnostico e colloqui clinici con uomo indiano per separazione

Legge italiana/legge indiana  
 Paziente CHIEDE una diagnosi di depressione a fini legali  
 DIFFICOLTA': non difficoltà di scambio linguistico, ma nella somministrazione dei test (medie e statistiche culturali)  
 PRATICHE: utilizzare test grafici (disegno della figura umana, MMPI, Rorschach, Bender)  
 MMPI: facile trovare versioni in inglese  
 Test di R: opportunità di ottenere risposte "reali"  
 Contenuto viene interpretato in modo diverso a seconda della cultura di origine  
 Fare una ricerca sulla cultura e sulla vita quotidiana consente di portare i risultati a un maggiore livello di VERIDICITA'  
 DIFFICOLTA': ostacolo insormontabile, non avere test che siano indipendenti dalla cultura, non avere statistiche adeguate  
 PRATICHE: ricercare informazioni sulla cultura di provenienza o sulla vita quotidiana per risolvere dubbi sui test o nella relazione con l'altro  
 Valenza di storie, folklore, canti popolari, storie che si raccontano da bambini  
 Racconto della valutazione diagnostica  
 RUOLO: tecnico di un CTU  
 PRATICHE: tradurre la risposta dell'altro con un contrappeso culturale  
 DIFFICOLTA': contestabilità da parte del consulente delle interpretazioni riportate: non esistono "statistiche" (riscontri oggettivi?)  
 PRATICHE: in giuridica le risposte vengono manipolate da ogni parte  
 In Italia alcuni test hanno più valore di altri (sarà anche questa una questione culturale?!)  
 "informarsi DOPO, non PRIMA ..."  
 PRATICHE: comportarsi in modo "asettico", rassicurare ma non troppo per non inficiare i risultati del test  
 Essere super partes (altre logiche, altre implicazioni in ambito giuridico)  
 PRATICHE:  
 Somministrare disegno della figura umana, Bender, MMPI, Rorschach  
 PRATICHE: somministrare i test cercando di essere il più asettico possibile  
 Differenti interpretazioni del test  
 (Questo a mio parere pone ancora più in discussione l'uso dei test per la valutazione dell'altro!! Reazioni diverse - dal sospetto alla freddezza - stessa inutilità). Questi sembrano i due estremi di un continuum rispetto alla interpretazione possibile di un test

Utilizzo differente del R.

"R. è una cosa carina e di moda", qui lo psicologo non si sarà sentito svalutato nel suo ruolo e nelle sue competenze???

Difficoltà culturale nel far riconoscere uno strumento scientifico diverso.

Quale scienza?!

Questo mancato riconoscimento non mi sembra lo stesso che si sperimenta di fronte a chi non ha mai visto il test e proviene dall'Africa solo che la dinamica colonizzato/colonizzatore è invertita. Scientifico per chi e per cosa?

Accettare e far con serietà, anche la reazione può essere la stessa ...

On the other side: Rorschach è spazzatura

Italia è un paese retrogrado

Dinamica di potere invertita

PRATICHE: raccolta anamnestica minuscolo/approfondita

Colloquio dopo la somministrazione del test per:

- Scaricare l'ansia della persona
- -soddisfare le sue curiosità
- Non interrompere il lavoro di somministrazione

DIFFICOLTA': piano simbolico delle risposte

PRATICHE: riportare i contenuti di quelle risposte alla cultura del soggetto, alla zona di appartenenza, alla fascia di età.

PRATICHE: devo conoscere e interrogarmi sulla cultura di appartenenza del soggetto a cui faccio i test (per interpretare il test stesso)

Anche i test che si propongono come culture free in realtà non lo sono

PRATICHE

Raccolta anamnestica: lavoro, provenienza, età, studi, incontro di coppia

Tribunale americano/italiano

Apprezzare di fare i test nella lingua di origine

Necessità di un mediatore culturale (che abbia anche una formazione psicologica)

MMPI: nessuna difficoltà perché test americano (solo tradotto) e con relativa taratura

Rorschach: grandissimo lavoro di traduzione delle risposte per usare le nostre statistiche di riferimento

(Mancanza di consapevolezza critica o braccato entro un sistema che richiede di utilizzare degli strumento con una certa oggettività per misurare dimensioni non oggettivabili??)

Uso di ricerche e riviste specifiche per le standardizzazioni di altri Paesi

"Se vogliamo utilizzare strumenti con persone di tutto il mondo... dobbiamo essere coscienti della nostra ignoranza ma avere una infarinatura di come si usa altrove uno strumento"

"Offrire un servizio accurato"

RUOLO: testista della CTU per una separazione e per un affido

Contestualizzare aiuta a non sentirsi attaccati dall'altro  
Riserve da un punto di vista metodologico (quando manca l'aggancio linguistico)

Elemento culturale (come esperienza scolastica è un fattore di discriminazione)

MEDIATORE CULTURALE

DIFFICOLTA' NELL'USARE LO STRUMENTO

PRATICHE: test e parole dello psy tradotte e dal mediatore bilingue. Test ritenuto non fattibile

Scarsa conoscenza della lingua (inglese) e basso livello di scolarizzazione, inficiano la somministrazione dei test:

- MMPI

-prove grafiche. Consegna semplice

-Rorschach: difficoltà di mantenere un assetto metodologico corretto

Non comprendere il ritmo, il tono, il senso di una risposta inficiano la possibilità di comprendere alcuni elementi essenziali del test (ad esempio lo choc)

LINGUA COME ELEMENTO PRIMORDIALE DI CONTATTO E ACCESSO ALL'ALTRO (visione occidentale?)

Tempi ristretti, grandi responsabilità

Richiesta di un nuovo mediatore

DIFFICOLTA' DA RISOLVERE:

-TROVARE STRUMENTI

-TROVARE RETE DI PROFESSIONISTI (OGNUNO PUO' FARE UN PEZZETTO)

Uso esclusivo di MMPI e MILLON elude la relazione

Fare un passo indietro quando ci troviamo di fronte a persone e culture altre che non siamo in grado di capire  
Lavoro dello psicologo è un lavoro di decentramento

PG3 (DE NICOLA)

7-10% della mole di lavoro si svolge con pazienti stranieri  
INCONTRARE LA SIGNORA PER LA PERIZIA E SOSTENERLA PER IL VISSUTO DI DISPERAZIONE

"Quando ci sono bambini piccoli non si fanno i test"

PRATICHE: COLLOQUIO CLINICO CON GLI ADULTI (GENITORI)

Ognuno racconta la sua versione ed il CTU cerca di capire  
Trasmissione degli aspetti civici e culturali

RUOLO: CTU

PRATICHE: COLLOQUIO CON GLI ADULTI



SOSPETTO che ci sia CONFLITTO DI FEDELTA' (NON ANCORA ALIENAZIONE PARENTALE)

CONFLITTO DI FEDELTA': "quando si vota ad uno dei due genitori"

PRATICHE: FAR INCONTRARE MADRE E FIGLIA

Somministrazione dei test alla figlia da parte di una psicologa (figlia con cui collabora)

PRATICHE: USO DEL COLLOQUIO CLINICO IN VIA ESCLUSIVA PER FARE LA DIAGNOSI

Perito contesta la mancata presenza di un test e allora bisogna "mettere una pezza" e farli!! (È come se venisse richiesta la oggettività del test)

Fare la diagnosi senza uso dei test (come tecnico ausiliario)

I magistrati non recepiscono la contestazione di una diagnosi senza test

Esperienza clinica consente di fare diagnosi senza test

Non è possibile fare i test con lo straniero: sono codificati in base alla cultura e alla estrazione

Caso in cui il TEST - ADATTATO ALLA CULTURA - E' STATO DIRIMENTE

Ricovero in psichiatria, tentativo di suicidio (ingoiare le pile)

PRATICHE: INCONTRO IN CARCERE

RUOLO: DIFESA

Capacità di intendere e di volere (nessuna attenuante quando non c'è)

Pagamento come elemento discriminante per riconoscimento del proprio lavoro

Come giustificare la propria intuizione clinica al giudice (SE PERALTRO NON PUOI FARE DIAGNOSI SECONDO CATEGORIE USUALI)? USO IL TEST!

SOMMINISTRAZIONE DEL R., DEL TAT (uso dei proiettivi)

TEST "dimostra" la patologia del soggetto

PRATICHE: tre colloqui (nel frattempo un incontro con i test)

"Dopo i test sono riuscita a trovare il La" (proiettivi)

Uso di strumentazione diagnostica per scongiurare patologie organiche (elettroencefalogramma)

Vizio totale di mente e pericolosità sociale

Trasferimento in OPG

Test e la perizia consentono di "far non abbattere" la propria intuizione clinica (e giuridica)

PERIZIA: precisa, puntale, logica, nesso sequenziale.

"Mai lasciare un vuoto" tra diagnosi ed evento

Descrizione crimino-genetica, descrizione crimino-dinamica

Connessione tra evento e processo psichico del soggetto (vedi Foucault)

PRATICHE: incontro con mediatore culturale

MEDIATORE CHE TRADUCEVA

Le ho chiesto la storia della sua vita

"Nessun utilizzo dei test" di fronte a quei casi (così gravi)

DIFFICOLTA': nessuna difficoltà perché il quadro clinico era molto chiaro

Vizio parziale di mente

Con il vizio parziale la pensa viene ridotta di 2/3

Con furto e riduzione della pena non vieni mezzo in carcere  
Le carceri sono piene, i giudici condannano ma poi non recludono.

Sotto i tre anni ci sono un sacco di scappatoie

La nostra legislazione è folle

PRATICHE: fare una descrizione della personalità partendo dai colloqui, senza test.

"Se l'altro non capisce non è che tu sorvoli, tu fermi e ripeti"

PRATICHE: USARE SE STESSI COME CASSA DI RISONANZA (del vissuto dell'altro)

Pratiche: comprendere i vissuti dell'altro e le sue esperienze per comprendere la struttura della persona (al di là della diagnosi, al di là del farmaco)

#### **PG4**

DIFFICOLTA': gestione del colloquio e somministrazione del test

TIPOLOGIA DI CONSULENZE O PERIZIE:

-autori di reato (penale)

-separazione e vittima di violenze (civile e penale)

-separazione di coppie miste

Differente retroterra culturale influisce sulla valutazione diagnostica

PRATICHE: Valutazione delle capacità genitoriali

Non ci sono state grosse difficoltà dal punto di vista diagnostico

AMBITO CIVILE

PRATICHE: scegliere test dove l'aspetto linguistico fosse ridimensionato. Scelta di test proiettivi

Valutare la verbalizzazione in modo diverso rispetto a un italiano

PRATICHE: evitare la somministrazione del MMPI con pz stranieri

AMBITO PENALE: maggiore difficoltà. Necessità di valutare in modo approfondito aspetti di psicopatologia

"L'aspetto linguistico" incide dei colloqui

PRATICHE

Valutazione richiesta dal magistrato sulla famiglia

Valutare: come vivevano, se c'era la possibilità di qualche supporto

"Valutazione diagnostica approfondita per valutare le conseguenze" (conseguenze pragmatiche della v.d.)

PRATICHE: il colloquio

Durante il colloquio tenere conto di:

-livello culturale (inteso come livello di scolarizzazione): basso

-livello linguistico: semplice, terra terra. (Tipo di lavoro svolto - badante - influisce sul livello di apprendimento della lingua)

-livello di socializzazione: influisce sull'apprendimento della nuova lingua, abitudine a frequentare comunità di rumeni in Paese ospite

Se "italiano scivoloso"

PRATICHE:

Uso di test proiettivi (Ror.), scartati MMPI, Millon.

PRATICHE: Ror. Valutato secondo il "dettame classico"

PRATICHE: restituzione sulla sua personalità in generale, come lei funzionava, quali aree critiche

"Le è stato spiegato in maniera abbastanza semplice"

R. fornisce un quadro globale della personalità del soggetto

La diagnosi in senso psicopatologico modifica e interviene sull'esito del procedimento giudiziario: dalla pena alla terapia

"Le è stato spiegato in maniera abbastanza semplice"

R. fornisce un quadro globale della personalità del soggetto

PRATICHE: VALUTAZIONE SULLA CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE

Valutazione testistica per valutare:

-disturbo di personalità

-criticità relazionali

-esame di realtà

Presa in carico da servizio SERT

DIAGNOSI: tenere conto dell'aspetto culturale nella diagnosi (ma in che senso? Non nel senso che la diagnosi viene ristrutturata per darle un senso per quel paziente in quella cultura - nel senso di messa in discussione delle proprie categorie - ma nel senso di attenuarla perché la situazione sociale e familiare è disastrosa e questa gestione familiare abbastanza approssimata e generalista viene attribuita alla cultura di riferimento. Comunque l'elemento culturale subentra per attenuare la diagnosi)

Raccolta anamnestica:

Migrazione avviene da adulti con figli. Più difficile integrarsi

"Avere delle cure sul territorio"

"Vizio totale di mente"

"Pericolosità sociale attenuata"

Gravità della situazione familiare attenua la valutazione finale

Non viene richiesto l'internamento non solo perché la signora può "funzionare benino" se seguita MA ANCHE E SOPRATTUTTO PER NON DISTRUGGERE LA SITUAZIONE FAMILIARE GIA' PRECARIA

La decisione finale è del giudice

PRATICHE: cercare una cornice giudiziaria

PRIMO INCONTRO: un po' forte e problematico (perché a domicilio)

Ambiente familiare può darci una impressione di un certo tipo dell'altro

Valutare il contorno non incide sulla capacità di intendere e di volere ma aiuta a farsi un'idea

Secondo caso di valutazione: civile e penale

RUOLO: CTP (consulenza tecnica richiesta dal PM)

"Se si conosce la cultura giapponese ..."

Interessante valutare aspetti culturali

Interessante valutare aspetti culturali, fascinazione dell'esotico

Scontro tra culture

Cercare aiuto presso una associazione di donne maltrattate

Presa in carico da associazione per donne maltrattate e condizione di isolamento

Valutazione della capacità genitoriali di entrambi i genitori

Valutazione test ampia: Ror, MMPI, SCID, TAT

Parla bene l'italiano MA a volte dice termini a sproposito e dice sì senza essere sicuri che abbia capito

Se non capisci, chiedi!!

Questioni ruolo CTU/CTP

Utilizzo scorretto dei questionari da parte dei servizi sociali somministrazione non idonea

Somministrazione scorretta di questionari auto-costituiti da parte dei servizi sociali per la valutazione delle competenze genitoriali !!!!

Difficoltà linguistiche nella somministrazione (orale di un test)

CTP non ha voce in capitolo

PRATICHE: SOMMINISTRAZIONE NON IDONEA DI QUESTIONARI DA PARTE DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Modo di accoglimento consente di "vivere meglio" anche la somministrazione di test più pesanti

PRATICHE: spiegare il motivo della valutazione

"Se non ha capito chiedi!!"

(Ma questo sarà sufficiente per giustificare l'uso dei test con una persona straniera? Chiedere li renderà più validi o si sta comunque prescindendo dalla matrice culturale degli stessi?)

La valutazione è tutta "sulle spalle" del consulente  
PRATICHE: documentarsi, approfondire, cercare di capire quale sia stato il contesto di infanzia  
PRATICHE: consulente deve rendere CREDIBILI i risultati dei test e le sue valutazioni  
Consulenza civile e penale hanno stessa BASE METODOLOGICA poi il consulente sceglie a cosa dare peso  
Giudice non avanza richieste specifiche in merito all'aspetto culturale  
Consulente e la sua sensibilità decido di dar credito o meno alla componente culturale  
Giudice dovrebbe tutelare aspetto culturale, oltre a quello clinico  
Come far emergere la patologia e la sua entità in un autore di reato se non parla la lingua del paese ospitante?  
PRATICHE: MEDIATORE CULTURALE  
Solo quando c'è un effettivo problema di lingua il giudice richiede il MC  
PRATICHE: USO DEI TEST  
Somministrazione MMPI: impossibile in un soggetto che vive in Italia da poco tempo  
È solo una questione linguistica?  
È solo una questione di mancanza di taratura?  
E' solo una questione di traduzione del test)  
Valutazione capacità genitoriali famiglia egiziana  
Rorschach in altre culture (nella cultura africana) che significato ha? Come può essere interpretato?  
(La mia domanda è può essere utilizzato??? Vedi Fanon)

## **PG5**

### **SERVIZIO TUTELA MINORI**

Ruolo dello psicologo: coordinato con altre professionalità

#### **CONTRIBUTO DELLO PSICOLOGO:**

"Introdurre una lettura sui comportamenti, sulle dinamiche ... sul piano psico e non solo sociale ... orientare progetti ... dare significato"

#### **SERVIZIO DI SECONDO LIVELLO:**

-segnalazioni con elementi a rischio

-valutazioni sulle competenze dei genitori

Invio da servizi territoriali che conoscono già il caso

Inviati fatti dalla autorità giudiziaria

Interpellati dal Tribunale ordinario civile

Incarichi a seguito di una CTU disposta Tribunale Civile

Utente non si rivolge direttamente a questo servizio: passaggio intermedio da un altro ente

Sostegno clinico e psicologico: previsto sulla carta ma erogato con difficoltà

Scarsità di risorse

Difficoltà nel garantire continuità ai percorsi di sostegno

Impossibilità di svolgere psicoterapie

"Non può essere garantito a tutti"

Pratiche: individuare le situazioni di maggiore difficoltà

Scarse risorse (umane e di tempo) e pressione lavorativa

PRATICHE: valutazione delle competenze genitoriali (maggiormente richiesta da Tribunale Civile e dei Minori).

PRATICHE: valutaz. Compet. Genit.

1.LINEE GUIDA DEL CISMAI (valutazione psicologica e sociale). Valutazione psicologica riguarda personalità singoli genitori e relazione con b.no

(Singola equipe composta da: psicologo, assist. Sociale, educatore)

2. osservazione domiciliare educatore

2. osservazioni operatori comunità

AREE DELLA VALUTAZ.

Adulto, personalità e funzioni genitoriali

Relazione genitore bambino

Bambino

PRATICHE: uso di colloquio e di test psicodiagnostici con adulto e bambino

PRATICHE: strumento più utilizzati + genogramma + intervista attaccamento

(Adulto)

Formazione psicologa: SISTEMICO-RELAZIONALE

PRATICHE: uso di MMPI, Rorschach e TAT (adulto)

PRATICHE: uso dei test PER/CON i bambini

-CBCL (al genitore o autosomministrato per adolescenti)

-anamnesi storia b.no (al genitore)

Al b.no:

-Test carta e matita

-CAT

-TAT

Test specifici e valutazioni specifiche (di tipo sistemico) in base alla situazione (es. trauma)

Test delle relazioni familiari Gandolfo Martinelli

Lettura psicodinamica e sistemica

Strumento bello ma che richiede tempo

Scarsità di risorse temporali per fare il lavoro che si vorrebbe fare

PRATICHE: con gli stranieri "valutazione un po' diversa" NON NEGLI OBIETTIVI QUANTO NEL "VALORIZZARE L'ASPETTO CULTURALE"

Cercare di capire: storia familiare, attaccamenti, aspetti emotivi, affettivi, educativi

Consapevolezza critica rispetto alle proprie categorie!

PRATICHE: uso di colloquio e genogramma

PRATICHE: uso di mediatore culturale "per non farci sfuggire aspetti interculturali", a volte per la comunicazione linguistica

PRATICHE: non utilizzo di test diagnostici, non c'è taratura per popolazioni non italiane  
Idoneità genitoriale non cambia solo da cultura a cultura, ma anche da famiglia a famiglia!

Anche se sono della nostra cultura non è detto che abbiano assimilato modelli educativi a tutela del bambino

CRITERIO: tutela del bambino

PRATICHE:

Esplorare idee di genitore, madre, padre ... indipendentemente dalla cultura

Capacità di contestualizzazione

Alloggi comunali

DUE TIPI DI PROBLEMI:

-famiglia mista (due differenti paesi dell'Africa, due differenti lingue)

TRIBUNALE RICHIEDE UNA VALUTAZIONE precisa di competenze, risorse e prognosi

Disposizione di collocamento dei figli in ambiente idoneo perché i genitori non riescono a provvedere ai bisogni primari (alloggio, cibo, medicine etc)

Collocazione diversa a seconda dell'età: più grandi nelle comunità educative, più piccoli famiglie affidatarie

PRATICHE: valutazione dei genitori effettuata ricostruendo:

-storie individuali

-storie di coppia

-storia migratoria

-eventi critici nella relazione genitori figli

Osservare come la madre si regola rispetto ai bisogni dei figli e alle loro richieste, le sue caratteristiche di personalità (categorie occidentali)

Cercare di comprendere il vissuto di essere figlia

PRATICHE: ricostruire storie per dare un senso

Comprendere il "patto di famiglia"

Collaborare con colleghi di altri servizi per "avere una osservazione della quotidianità e per "vedere" le risorse (in un contesto più responsivo)

PRATICHE: mettere insieme elementi del prima e del dopo la separazione e il collocamento dei figli

Contestualizzare "la trascuratezza" percepita dei figli, il disagio della migrazione

PRATICHE: condurre gradualmente il genitore alla comprensione degli accadimenti giudiziari

PRATICHE:

Attivazione immediata di percorsi di incontro regolari

"La parte che è possibile fare è ESSERCI, trasmettere l'idea di famiglia ..."

Dare fiducia a chi si è preso in carico i figli

"Il giudice dice che sarà così..."

TUTELA MINORI: "non ci sono situazioni corte ..entrano qui e ne escono pochi, solo alla maggiore età ..."

Progetti ponte

Pratiche: lavorare prima dei 18, prima dello sgancio con il servizio e il riaggancio con la famiglia di origine

DIFFICOLTA': LAVORARE CON FAMIGLIE STRANIERE CHE COMPIONO RICONGIUNGIMENTI TARDIVI

Collocamento della ragazza in comunità

PRATICHE: mediatore culturale tramite cooperativa convenzionata con l'azienda sanitaria

Modificate le condizioni di utilizzo (rese meno agevoli, uso ridotto)

## **PG6**

Formazione sistemico-relazionale

Interesse per la conflittualità in ambito familiare.

RUOLO: Psicologa giuridica, in ambito forense

Consulente di parte (su nomina di avvocati), CTU (ambito civile, penale)

RUOLO DEL CTU:

-è un pubblico ufficiale,

-deve giurare e adempiere fedelmente al proprio incarico affidato dal Giudice,

-deve rispondere ad un preciso quesito,

-svolge una indagine pubblica

(RIGIDITA' E FORMALITA' DEL RUOLO)

Documentazione prodotta in fase di CTU è oggetto di visione pubblica e oggetto di dibattito in sede penale e civile

ESPERIENZA CON STRANIERI IN AMBITO CIVILE: casi di affidamento etero-familiare e valutazione della genitorialità in coppie miste

PRATICHE: "procedura di osservazione della famiglia", indagine da parte dei servizi,

CTU.

PRATICHE: nomina di CTU e CTP

MANDATO: un "preciso quesito" di indagare capacità genitoriali con strumenti e competenze in mio possesso

METODOLOGIA UTILIZZATA:

-colloquio panoramico (con madre e padre) per capire il quadro attuale

-colloqui di approfondimento storiografico

- eventuale uso ("solo se necessario") della strumentazione testistica

"Problematica della differenze culturale"

Conoscenza della lingua vs riferimenti culturali diversi

Test hanno incidenza culturale

PRATICHE: somministrare il Rorschach ai genitori, al bambino: modello della osservazione delle relazioni, disegno della famiglia ed osservazione del gioco.



Comportamenti segnalati a scuola:  
Assenze non giustificate, "sensazione" che il bambino non fosse seguito, "sensazione di trascuratezza", b.no difficile sul piano comportamentale  
Campanello di allarme  
Pratiche:  
-somministrazione test  
-visita domiciliare ai genitori  
Non potersi "spingere oltre" perché si tratta di una indagine di tipo civile e non penale  
Difficoltà nel gestire un colloquio con lei  
Non è una questione linguistica, ma di cultura! (Ma io direi di pregiudizio culturale)  
PRATICHE: USO DI RORSCHACH E TAT  
EVITARE USO DI MMPI perché item difficili, tempi dilatati se avesse letto gli item uno per uno e dunque non scientificità  
RORSCHACH E TAT: scelti perché meno strutturati sul piano del linguaggio (Lacan ciao, sei morto!!!!) e richiamano scenario immaginifico ??????????  
MANCANZA ASSOLUTA DI CONSAPEVOLEZZA CRITICA NELL'USO DEI TEST E NELLA LORO ORIGINE CULTURALE  
(Aiuto ... questa è scandalosa!!!)  
PRATICHE: introdurre alla somministrazione del test: "in maniera molto simile a qualsiasi altra persona"  
(Tutti uguali)  
Presentare le cose essenziali del test, non tecnicismi  
CHA VALIDITA' PUO' AVERE QUESTO TEST DI RORSCHACH ???  
"Era sbrigativa, andava sui banali ..."  
Sospettosità della psicologa  
Tentativo di manipolazione dell'altro nel test  
Pratiche: colloqui, test, visita domiciliare, osservazione delle interazioni  
Mancanza di consapevolezza critica sull'uso degli strumenti e sulla loro collocazione culturale  
Archetipi non sono anch'essi culturali?!  
Essere un essere umano giustifica la somministrazione di un proiettivo??  
Strumenti ottimi in mani esperte sono sufficienti per decidere della vita di una persona???  
DIFFICOLTA': il soggetto sottoposto a perizia non parla la lingua (quale italiana?) etnocentrismo  
RUOLO: CTP in separazione Tribunale Ordinario  
Coppia mista: madre italiana, padre marocchino.  
RUOLO: CONSULENTE DELLA MADRE  
SOMMINISTRAZIONE DEI TEST: Rorschach e TAT  
Perizia sulla genitorialità  
Fatti della vita quotidiana sopperiscono alla mancanza di una comunicazione linguistica (WTF)

Criteri comuni a livello internazionale (si dimentica dire occidentale)

"Criterio dell'accesso"

Qualità dell'attaccamento è trasversale al modello culturale

... ETNOCENTRISMO

Caso "più tecnico"

COMPITO E PRATICA: analisi della attendibilità e testimonianza di un minore

PROCEDURA:

-audizione del minore (magistrato e psicologi)

-incidente probatorio

Difficoltà: soggetto minore, con lessico contaminato dall'idioma familiare, oggetto di vittimizzazione

RUOLO: assistere il padre nella fase di audizione e durante incidente probatorio

Idioma familiare

PRATICHE: USO DEL MEDIATORE

Spazio si trasforma in tempo!

Tempi stretti del penale divengono tempi più dilatati nel civile

Elemento culturale vs elemento emotivo situazionale, cosa inficia la capacità di rendere testimonianza

DAL TEST SONO EMERSI ...

Dal Test sono emerse: aggressività esplosiva, difficoltà nel gestire le emozioni, affettività labile e immatura

Rapporto problematico con madre e padre

Dopo il Rorschach si è lasciata andare ...

Esigenza di dare una immagine positiva di sé

Buona comprensione linguistica

Difficoltà sul piano relazionale: oppositiva, dissimulatrice, non collaboratrice

"Per era una donna ..." (non sarà invece proprio questo il problema)

Dimensione di genere rispetto alla gestione dell'aggressività

Descrizione dell'altro: non collaborava, si negava, non riconosce il ruolo (non va agli appuntamenti)

Equilibrio del ruolo

"Portava contenuti minacciosi importanti"

### **P7-8-9**

Procedura 1: "sentire" un minore che abbia assistito o subito violenza su ordine del procuratore

Procedura 2: fare un'audizione protetta per violenza subita

Accompagnamento all'iter giudiziario

Accompagnamento: vedere come poter fare.

PRATICHE: minore in famiglia, audizione in un contesto difficile

PRATICHE: minore fuori dalla famiglia, audizione facilitata

PRATICHE: difficoltà nello stabilire una alleanza con il bambino che ha assistito a violenze viene sottoposto ad allontanamento e isolamento

"Richiesta assoluta di adesione e alleanza" al bambino

PRATICHE: sentire i "bambini" immediatamente

Descrizione dell'altro:

Comunità tollerano il "maltrattamento"

Mancanza di solidarietà da parte della comunità in situazioni di denuncia

Comunità salvaguarda la comunità

(Quando si parla dell'altro si tende a generalizzare, la visione di comunità proposta riguarda una situazione presentata e viene poi estesa a tutta la comunità)

Associazioni che si occupano di migranti sono tolleranti verso

DIFFICOLTA' NELLA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI (durante audizione):

-bambini con alterazioni sul piano cognitivo (memoria)

-tendenza alla enfattizzazione per ragioni strumentali

PRATICHE: audizione effettuata con strumenti validati scientificamente a livello della comunità scientifica

PRATICHE: registrare, videoregistrare, stilare una relazione

Come significare/tradurre un servizio?

PRATICHE

"Fare di necessità virtù" in situazione di difficoltà (in merito al lavoro con il mediatore)

"Obbligarli a parlare in italiano toglie moltissimo della espressività della lingua spontanea"

PRATICHE: INVIARE IN COMUNITA' MAMMA CON FIGLI PER PROTEGGERLI DA PADRE VIOLENTO

PRATICHE: appurare e fare approfondimenti

Servizi che lavorano insieme

Ironizzare sulla mancanza di risorse e sulla richiesta di interventi brevi e focali da parte delle istituzioni

PRATICHE: l'imputato non deve mai incontrare la vittima

Ricostruire dopo la denuncia

Riabilitazione vs isolamento

PRATICHE. Pensare a tutte le alternative possibili (per un ricongiungimento con parenti e per eludere la solitudine)

PRATICHE: pensare a tutte le alternative possibili

PRATICHE: porre problema in comunità

"Chiediamo delle cose che sono quasi impossibili"

PRATICHE: appartamenti protetti per donne maltrattate

Emergenza/quotidianità della situazione di protezione

"Non è una ricetta"

USO DEI TEST:

Terminologia difficile dei test nonostante la traduzione e la taratura

Termini desueti: "goffo"

PRATICHE: problematiche nell'uso dei test

Test di R. non è così estraneo: entrato nell'immaginario collettivo

DIFFICOLTA': USO DEI TEST: contenuti e richieste non contestualizzati

PRATICHE: costruirsi strumenti in autonomia per migliorare il lavoro

CONTESTUALIZZARE I CONTENUTI DI UN TEST (sulla base della propria esperienza)

Esiste nella loro cultura un "pic-nic"? esiste nella mia cultura

USO DELLA DIAGNOSI:

SIGNIFICARE LA VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

"Che senso ha nella loro cultura essere sottoposti a strumenti di questo tipo"?

SIGNIFICARE UN SERVIZIO per un altro

DIFFICOLTA': scelta di un mediatore che sappia parlare il dialetto della zona

DIFFICOLTA': MEDIATORE può:

- alterare il setting
- essere rifiutato
- essere alleato con loro (e favorire un atteggiamento di sospetto da parte del terapeuta

Mediatore

Sospetto: gli avrà detto tutto? (Il tempo della traduzione è troppo breve)

Questione di TEMPO (TEMPO DI TRADUZIONE COINCIDE CON IL TEMPO DELLE COSE DETTE)

Dimensione del VEDERE: incredulità e sorpresa dinanzi ad alcuni contenuti riportati dal terapeuta o del paziente

"Dovrebbe essere pagato per fare queste qua"

Fa una sintesi, non ti dice le singole cose

Nella mediazione si perde la ricchezza della lingua materna

Traduttore vs interprete

Aspetto emotivo del mediatore

Coinvolgimento emotivo del mediatore durante l'ascolto e la traduzione

Mediatore non riesce a tradurre perché ha forte reazione emotiva

Gestione della emotività del minore e del mediatore al tempo stesso

"Ci abbiamo messo anni a sopportare di sentire (storie atroci) ..."

Paziente rifiuta un mediatore della propria comunità per "proteggersi"

Emotività del mediatore

Difficoltà: paziente si ravvede dalla denuncia

ASPETTO PREOCCUPANTE:

Riabilitazione del padre nel ruolo paterno in situazioni di violenza assistita

DIFFICOLTA' (DURANTE LA VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA):

Difficoltà linguistiche

DIFFICOLTA': avere un mediatore culturale

Difficoltà linguistiche/formulazione

DIFFICOLTA' CON LA LINGUA:

-interferenza

-riduttività

-filtro personale/filtro comunità di appartenenza

## **P10**

Somministrazione test neuropsi

Nessuna difficoltà linguistica

"Difficoltà tecniche" vs "difficoltà culturali"

Difficoltà nella comunicazione linguistica

"Mi ero imbattuto in uno svarione del giudice"

Questioni linguistiche

RUOLO: consulente tecnico di parte

"Mi scusi ma il test in che lingua lo ha fatto?"

Giudice pone la questione della attendibilità della valutazione fatta dalla psicologa per una questione linguistica

Test "in lingua": quale lingua?

Interrogatorio in italiano/prove di linguaggio in italiano

Fare i test "come fosse italiana"

(Con quale attendibilità?)

Non attendibile (a rendere testimonianza) "come una bambina italiana" (razzismo inconsapevole)

Ragioni di età vs aspetto culturale

RUOLO: spiegare il processo

"Non era oggetto di valutazione psicologiche"

PRATICHE: nelle perizia non si sa come vanno a finire le cose

Giudice disattende il proprio perito

Noi abbiamo una cultura e questa cultura la traduciamo in leggi, quelle devono valere in quel territorio"

Psicologo giuridico interagisce con le norme già date.

PRATICA: Sovrapporre e confondere piano giuridico e piano politico senza separarli

Specifiche tecniche utilizzate dal giudice per una "limatura" culturale (giustificatoria) (non sostanziale dunque sulla decisione finale)

Provvedere ai propri interessi vs capacità di intendere e di volere

La legge usa definizioni generiche

Diverse situazioni giuridiche, fanno domande diverse

Mancanza di consapevolezza critica rispetto agli strumenti o altro sistema di significazione?

"Purché si risponda alla domanda ... tutto diviene possibile  
"(anche applicare in un contesto italiano strumenti  
italiano a uno straniero ... perché li traduciamo!)  
La legittimità (morale e culturale) non interessa se la  
valutazione è giuridica  
Patti di diritto internazionale  
Cultura diversa, rapporti di forza  
Psicologia "ingenua"  
Ruolo: docenza di psicologia giuridica presso università  
Psicologia nei contesti giuridici vs psicologia forense  
Psicologi impreparati sul piano giuridico  
PRATICHE: un buon punto di partenza sarebbe farlo con  
consapevolezza  
Applicazione del test è un terreno scivoloso: stimola il  
conflitto tra periti (si tratta evidentemente di una  
questione non risolta)  
Dibattito in psicologia tra diagnosi sì o no, bella o brutta  
Valutazione della capacità di intendere e di volere

## **2. FATTI GIURIDICI**

### **PG1**

#### **CIVILE**

"Sequestro" della minore  
Racconti di ingiustizia e maltrattamento sociale: come  
significarli e contestualizzarli?

#### **PENALE**

Accusa di maltrattamenti fisici verso una figlia  
Segnalazione da parte delle insegnanti per stato di  
profonda sporcizia  
Esiti cicatriziali di frustate e segni "tipici della  
cultura di appartenenza" (reificazione della cultura -  
blocco monolitico in gradi di spiegare)  
"Non ho mai sentito così tanta puzza neppure in un cadavere"  
Madre vittima di violenze e molestie  
Collocamento della minore in comunità, padre  
"maltrattante", madre "non protettiva"  
Esiti cicatriziali impressionanti  
"Schiena e natiche come carte geografiche ..."  
Minore di origini nigeriane accusa di molestie l'educatore  
della comunità  
Villaggi SOS  
Descrizione del "fatto"  
Scarsa credibilità del resoconto testimoniale  
Segnalazione verso un padre maltrattante  
Denunce di molestie sessuali vaghe, fumose e poco credibili

**PG2**

Separazione tra una italiana e un americano (coppia mista)  
Denuncia per violenza e desiderio di andare via di casa

**PG3**

Contattato da una mamma russa "che tentava di rapire la sua bambina"

Contendersi una figlia portandola da un paese ad un altro  
Rivolgersi d'urgenza al Tribunale Minorile che richiede una perizia

Frequenti situazioni in cui genitore sparisce con un figlio

Seconda situazione: storia di una coppia mista

Violenza e maltrattamento

Separazione

Contesa dei figli

Induzione del conflitto di fedeltà (che poi genera)

Alienazione parentale

**PG4**

Maltrattamenti in famiglia

Maltrattamento della donna nei confronti del marito.

Segnalazione da parte di marito e figli

Segnalazioni da parte di vicini e carabinieri

Mancato allontanamento dalla famiglia

Donna vittima nel penale e seguita per separazione nel civile

Violenza di tipo psicologico e fisico

Violenza sessuale che fa partire il procedimento penale

**PG5**

Tribunale chiede di fare una valutazione dei bambini e dei genitori

Rivelare di subire attenzioni sessuali dal compagno della mamma

"Vicenda giudiziaria penosa"

Ragazzina in comunità e storia circoscritta a momenti insieme

**PG6**

Intervento del Tribunale dei Minori

Insegnanti osservano a scuola e sollecitano i servizi.

Richiesta di affidamento al padre (e poi si domanda perché la mamma fosse così oppositiva)

QUESITO DEL GIUDICE: APERTO

Rischio di sottrazione del minore

Omicidio della madre ad opera del padre

**P10**

Vittima del reato e autore di reato  
Comunità africana  
Procedimento penale: abuso  
Bambina come testimone  
Infermità mentale

**3. DESCRIZIONE DELL'ALTRO****PG1**

Pregiudizio:  
Benestanti cercano fortuna?  
Livello culturale lato/basso (completamento degli studi)  
Etnocentrismo: Italia Paese migliore?  
Conoscenza della lingua e accento confondo le origini:  
"Parla perfettamente italiano, non la vedo come straniera"  
Straniero = non parla italiano  
Dimensione di genere: lei/lui  
Mantenere la propria identità (frequentare connazionali,  
parlare la lingua del paese di origine) vs amalgamarsi al  
contesto  
Racconto del mondo dell'altro: mondo arretrato  
Pregiudizio di arretratezza  
Etnocentrismo  
(Come se non fosse possibile una relazione tra persone con  
10 anni di differenza anche in Italia!!)  
Albania di 15 anni fa (come Italia di 50 anni fa),  
dichiarazione di superiorità culturale?  
Chiedere il permesso al padre per "iniziare una  
frequentazione con la figlia"  
Scontro tra civiltà sulle questioni di genere  
"Moglie e figlia di sua proprietà": nella mia cultura è  
normale  
"Nella LORO cultura" era opportuno che la madre non  
lavorasse (perché nella nostra lavorano tutte?)  
L'altro è arretrato  
Mantenere l'identità culturale:  
Frequentare un circolo di soli albanesi  
integrazione/disintegrazione  
Proprio/diverso (REIFICAZIONE DELLA CULTURA)  
Cosa vuol dire cultura diversa? Per quale motivo non viene  
considerata una differenza interna alla popolazione  
italiana?  
Qui la cultura sembra essere descritta in modo monolitico  
e reificato.



(Ti riporto a casa nostra ma non cogli !!)  
Storia della migrazione dell'altro: "partire per cercare fortuna"  
Narrazione della storia dell'altro  
Figlia contesa  
Migrazione modifica "la concezione dei ruoli di genere"  
Emancipazione da una "terra povera": acquistare una casa, avere un lavoro e una famiglia  
Genitori nigeriani  
Difficoltà ad esprimersi nonostante la conoscenza della lingua italiana  
(Vissuto di frustrazione?)  
Usare una cornice di lettura italiana se l'altro vive da molti anni in Italia, parla perfettamente la lingua del paese ospite, ha dimenticato la lingua originaria e la sua cultura ...  
L'altro ti confonde! quante contraddizioni in queste ultime frasi!  
La ragazza si sente adattata ma in realtà è percepita come disadattata dagli altri, quanto di ciò che è affermato non rappresenta una copertura di fronte alla incapacità professionale di incontrare l'altro, comprenderlo perché ha scardinato tutti miei sistemi abituali??  
L'altro non comprende il turbamento  
Per lui è "assolutamente normale"  
Ius corregendi in Italia di 50 anni fa  
La comunità riconosce un suo membro come maltrattante  
Rituali come forma di protezione dal malocchio  
Contestualizzazione e tentativo di riportare che qualcosa dell'altro che non comprendo ad un corrispettivo del mio mondo (incisioni sul corpo paragonabili ai tatuaggi)  
Bambina traumatizzata  
Necessità di un percorso psicoterapeutico  
Buon legame di attaccamento con la nonna in Africa  
SELVAGGIA perché non portava le scarpe  
"I genitori la percepivano come selvaggia" e la punivano corporalmente per questo  
Valutata a scuola come "ritardata" perché avveniva da un contesto culturale in cui non era avvenuta scolarizzazione  
"Corposo fascicolo di specialisti che la valutano come ritardata tramite i test"  
Non in grado di rendere testimonianza perché disadattata e ritardata  
Razzismo ed etnocentrismo  
Disadattamento nel contesto italiano  
Adattamento e disadattamento (rispetto a chi e cosa?)  
Disadattamento etichetta e distorce  
Contraddizione: disadattata al contesto italiano PERO' adatta per la somministrazione di test con taratura

italiana !!! criterio: 11 anni in Italia e conoscenza dell'italiano  
Inflexione veneta indice di adattamento?  
Trauma migratorio: come si esprime e come contestualizzarlo?  
Storia di ricongiungimento familiare  
"Ritrovarsi di fronte a due estranei"  
Ricordi nitidi della terra di origine  
Disorientamento di fronte ai due genitori "estranei"  
Mantenere un figlio a distanza di cui saranno i principali estranei  
Difficoltà di ADATTAMENTO nel contesto italiano  
Trauma della migrazione: dimenticare la propria lingua di origine  
Trauma migratorio e lo sradicamento destrutturano (la personalità) indipendentemente dalla cultura di appartenenza

## **PG2**

PROVENIENZA DEI PZ. Siria, India, USA, Inghilterra, Grecia  
Pregiudizio (riconosciuto e poi smentito nella sua esperienza): migrante ha una bassa scolarizzazione  
ASPETTATIVE: "un uomo indiano di quelli che siamo abituati a vedere ..."  
(Razzismo e pregiudizio riconosciuto e svelato, di cui sembra consapevole)  
ASPETTATIVE DISILLUSE: uomo con elevato livello di scolarizzazione e potere  
PREGIUDIZIO (espresso e riconosciuto dallo psy): credere che una persona degli USA sia culturalmente simile a me o che gli statunitensi siano tutti uguali (cultura non è reificata e monolitica)  
Ragazzo americano "portava" una cultura totalmente diversa dalla mia  
PERICOLO E PREGIUDIZIO (riconosciuto dal soggetto): pensare che il contesto occidentale sia tutto uguale  
Descrizione dell'altro: persona interessante, creativa  
Descrizione del dolore e delle paure dell'altro

## **PG3**

Trasferimento in un paesino di montagna del Nord Italia  
Ricongiungimento familiare  
Difficoltà di integrazione  
Corpo come luogo di espressione della sofferenza psichica (mal di schiena)  
Adolescente che vive il trauma della separazione  
Altro bosniaco  
STORIE DI VIOLENZA: prendere l'altro a badilate  
Bizzarria: suicidarsi ingoiano le pile

Prendere le pile per suicidarsi: modo disarmonico di pensare nella personalità.

Mal di testa come espressione dell'angoscia (psicotica) repressa

Signora cinese ERA UN VIZIO PARZIALE DI MENTE, ERA UNA BORDERLINE. Fase di scompenso quando commetteva i furti  
Razzismo

#### **PG4**

Valutazioni su persone "con un certo grado di integrazione" (tot numero di anni in Italia e capacità linguistica di base)

Conoscenza della lingua vs retroterra culturale

(La conoscenza della lingua aiuta il retroterra diverso lascia attive alcune difficoltà ...)

Isolamento dello straniero (mancanza del supporto familiare in loco)

Vs

Capacità sul piano concreto dello straniero

Cultura: livello di scolarizzazione

Straniero: basso livello di scolarizzazione ma buona capacità di gestirsi nel mondo altro

Tendenza alla generalizzazione. Si pensa ad un caso e poi si estende a tutte le situazioni

Descrizione dell'incontro con l'altro

"Linguaggio ridotto, semplice"

Lui era un signore di tutto rispetto, non reagiva

Escalation pericolosa

"Non erano i classici maltrattamenti che spesso emergono nelle cronache" (pregiudizio e aspettative non confermate richiedono di "guardare con maggiore discernimento")

"Quanto effettivamente capiscono?"

"Si sforzano a rispondere"

"Cosa carina del colloquio" (manierismo)

Aspetti di manipolazione (non della cultura straniera in particolare ma della cultura in generale, che cosa vorrà dire??? Che è un aspetto che riguarda tutti)

Logica del sospetto: ti sgamo facilmente, tu che vuoi cambiare le carte in tavola per tutelarti

Cultura romena: ruoli di genere abbastanza fissi

(Cultura dell'altro è retrograda)

CULTURA COME "CULTURA DELLA FAMIGLIA", DENTRO QUELLA FAMIGLIA" (però è una chiarificazione che aggiungo io)

"Loro" non si erano integrati

Fatica dal p.to di vista economico

Vale la pena restare in questo Paese con tutta questa "fatica immane"? a quale costo?

Integrazione lavorativa vs culturale (cioè la relazione con gli autoctoni)

Difficoltà di integrazione e conseguenze della migrazione (considerate come "elementi culturali") intervengono nella valutazione finale

Condizioni di vita precaria e disagiate (torna la questione del trauma migratorio)

Mancato riconoscimento di ruolo e di formalità.

"Il marito era esattamente come qualsiasi marito a casa"

Descrizione dell'altro:

"Modo di porsi molto ossequioso"

"La formalità PER LORO è importantissima"

Durante il colloquio: atteggiamento formale e compiacente

"33 anni di cultura giapponese non la cancelli..."

Alterità giapponese

Storia di una migrazione

Coppia mista

"Cosa interessante"

Cultura: grado di scolarizzazione

Pregiudizio: "ha fatto anche l'università"

Migrazione per lavoro

Matrimonio con un uomo italiano

(Questo uomo italiano è tanto diverso da quelli stranieri descritti in altre interviste ??)

Scarsa integrazione

Perdita di autonomia dopo l'incontro con un uomo italiano

Parlare perfettamente italiano/dimenticarlo in presenza del marito

"In Giappone funziona così ..."

Matrimonio giapponese

Logica del sospetto (dei contenuti portati dall'altro)

Sostentamento economico/cura a 360 gradi

I figli sono la "molla" per reagire ad una situazione di oppressione

Rientro in patria (e dunque il sostegno con l'altro familiare e il confronto) aiutano a trovare la forza e a chiedere aiuto (migrazione come obnubilamento della coscienza, stato di coscienza in cui sopporti tutto, tolleri tutto anche l'impensabile, protezione estrema da dolore --- quando subentra l'altro ovvero il figlio qualcosa cambia)

"Compiacenza" e manipolazione (dell'altro verso i servizi)

"Infanzia totalmente diversa"

Epochè, jamais vù

Generalizzare la cultura dell'altro "I giapponesi sono ..."

Integrarsi nella cultura ospite

Pregiudizio influisce sulla percezione dell'altro (ciò che non comprendo deve essere ricondotto o nella patologia - ritardo mentale, minus - o nella cultura)

COPPIA MISTA

Papà italiano, "signora" boliviana

Pregiudizio: altro è povero, non integrato, scarsa scolarizzazione

E INVECE QUESTA "SIGNORA" ROMPE LE ASPETTATIVE

Laureata, integrata, sposata, lavoro di prestigio

Manierismo (che cela la paura dell'altro e non a caso viene fuori sempre dopo commenti infelici e razzisti e stereotipati)

Conflitti familiari e con-divisione di figli

Perdita delle radici

## **PG5**

Minori stranieri non accompagnati

25% di famiglie straniere

Prima/seconda generazione:

"Noi li chiamiamo stranieri, ma loro sono nati qui ... sono italiani"

Italianità !!

"Quando il genitore è straniero ... va sempre valorizzato il fatto che non ci sono modelli di genitorialità coincidenti con quelli italiani, occidentali"

GENITORI STRANIERI

Valutazione dell'incastro di coppia:

- condizioni e regole del paese di origine nella costituzione della coppia

Quanto è nella continuità, quanto nella discontinuità di queste regole

-controvalore economico del matrimonio

-rapporti con le famiglie di origine (economici e non)

"Non è scontato che in quella cultura possa/non possa accadere questo..."

"Ogni famiglia ha una cultura a sé"

NON TUTTI GENITORI AFRICANI SONO UGUALI!

Ogni famiglia ha la sua cultura, la sua modalità educativa, la sua idea di cura

Le difficoltà economiche rendono precarie tutti gli altri aspetti della vita e costringono ad entrare nel circuito dei servizi

Figli coinvolti in dinamiche di precarietà

Perdita temporanea del permesso di soggiorno comporta una perdita di molti diritti (da quelli sanitari a quelli più ludici)

Bambina sofferente

Legame flebile con genitori biologici

Scarsa possibilità di studiare, lavori di bassa manovalanza

Cultura africana consente di includere altri soggetti di cura nel percorso di crescita

Madre che desidera conoscere ogni aspetto della vita dei figli

Nessun pericolo di trascuratezza intenzionale, SOLO FRAGILITA' (LEGATA ALLE DIFFICOLTA' MIGRATORIE)

Incursioni educative

Cura passa dal corpo, mantenimento della identità passa dalla cura

Etnocentrismo (critico?)

Tema del richiamo della famiglia di origine ai 18 anni

Negoziare con un altro genitore (quello affidatario) la genitorialità con i propri figli/quale ruolo possibile?

Burn out nel passaggio dalla obbligatorietà della scelta di un altro (giudice) alla libertà di scelta personale

Sono spesso degli sconosciuti

Storie di abusi e maltrattamenti, storie di rapporti da ricostruire

Relazioni amorose strumentali (pregiudizio)

Triangolo edipico

Diade

Difficile integrazione del figlio ricongiunto

Comportamenti di fuga

Non poter accettare la rappresentazione di una figlia idealizzata che è invece si ribella all'abbandono, non poter accettare che l'uomo che mi stabilizza in realtà destabilizzi la mia vita relazionale

Storie frequenti di tardive affiliazioni e riconoscimenti

Scarto tra reale e ideale

Manovre di recupero della relazione da parte dei genitori per colmare un tempo vuoto

Storie di nuclei ricomposti

Maggiore autonomia dello straniero nella gestione delle informazioni, degli aspetti legali e burocratici tramite internet e comunità di connazionali

Alterità cinese Boicotaggio nel programma di cura o incomprensione linguistica?

"Erano convinti che il loro bambino Down dopo qualche anno sarebbe tornato normale ..."

STORIA DELLA MIGRAZIONE

Affrontare e tenere in considerazione il tema migratorio esperienza migratoria condiziona il "modo di stare qui

Progetto migratorio: si carica di progressive difficoltà familiari, economiche, lavorative.

Difficoltà della famiglia: costruire una base solida di sicurezza

(Contestualizzazione !!!)

PROGETTO MIGRATORIO CHE FALLISCE:

-i figli crescono nella precarietà

-precarietà che genera malessere e stress nell'adulto

-difficoltà nell'educazione

-difficoltà sempre crescenti di integrazione

-trascurati i bisogni dei figli: difficoltà scolastiche, malesseri legati alla salute  
-coppia che si sfalda  
Genitori che NON nascono maltrattanti o trascuranti ma che possono diventare tali nella "condizione di straniero"  
Storie di "separazioni precoci"  
Aspetti di sradicamento e solitudine  
Storia di una migrazione precoce, storie di migrazione condivisa (incontrare un compagno in questi viaggi)  
Separare per riprendere s stare insieme (questo aiuto mi sembra molto sulle fondamenta della relazione madre-bambino con buona consapevolezza delle criticità dei nostri sistemi di categorizzazione di una genitorialità buona/cattiva e con un buon processo di contestualizzazione)  
Precarietà della condizione migratorio non consente di riappropriarsi dei propri figli  
Appaltare la funzione genitoriale (per seguire il progetto migratorio)  
Sradicarsi per raggiungere un genitore che non conoscono  
Questi ricongiungimenti riguardano: africani, latini, donne est Europa  
Storie di ricongiungimenti  
Donne emigrate che lasciano i propri figli al partner o parenti nel paese di origine  
Aspettative nei confronti del genitore ricongiunto  
RISCHIO: BAMBINI SENZA RADICI  
Ricongiungimento non è una nuova nascita

## **PG6**

Straniero: non italiano (MADRE O PADRE NON ITALIANO)  
Coppia mista: madre cubana, padre italiano  
Crisi di separazione  
"Per quando adattata e integrata (dopo 2/3 anni) i riferimenti per la capacità genitoriale sono del paese di origine"  
Padre (italiano): normale  
Madre:  
-ambiente poco sicuro per il bambino  
Santeria (misto tra animismo e religione cattolica)  
Tra l'altro:  
"Santeria" è un termine dispregiativo inventato dai bianchi colonialisti cattolici spagnoli  
PREGIUDIZIO (ne parla in modo fumoso, come se avesse letto su Wikipedia - e deve averle letto proprio lì e neanche tanto bene!!! -, pericoli paventati ma non fondati ...)  
Educazione del madre diversa da quella della madre (razzismo?)  
Facevano dei riti

Reticenza della donna straniera a raccontare (e te credo!!!!)

Qui entra un po' in contraddizione e credo che le info sulla Santeria le abbia ricavate da internet non ottenute dalla signora

"Donna intelligente" perché comprendeva la mia funzione (perché riconosce il ruolo)

Sospetto traffico di sostanze

(Ma il CTU non è un commissario di polizia e non indagare su questo)

L'altro è retrogrado: non accetta una visione più paritetica tra uomo e donna- vuole il mantenimento (tutta questa consulenza si è svolta su un equivoco fondamentale ... un grande pregiudizio nei confronti di questa donna ...)

"Lei era molto arrabbiata con tutto e tutti"

Ricorda il linguaggio del colonizzatore!!

Questa donna è oppositiva verso di me che rappresento il sistema italiano!

Mancanza di contestualizzazione e capacità critica

Altro è sospettoso (mancanza di contestualizzazione critica)

Mancata nomina del CTP per questioni economiche e per questioni di oppositività

"Rifiuto totale della giustizia italiana"

(linguaggio colonizzato/colonizzatore)

Giustizia cubana meglio di quella ita. Non riconoscimento di ruolo

"Al colloquio non si è presentata"

Convocazione tramite raccomandata

Razzismo!!!!

Accecati dal pregiudizio (solitamente si valuta anche il supporto delle persone vicine ai genitori ...)

"Avere una visione musulmana" (cultura e religione dell'altro è reificata)

Altro compie delle pratiche "inaccettabili"

Etnocentrismo!!

Comunità ROM

### **P789**

DIFFICOLTA `paziente straniero non "riconosce" il maltrattamento

Maltrattamento tollerato e comprensibile. Maltrattamento come prassi. Questione culturale

Pregiudizio: straniero come italiano di 50 anni fa.

"Aspetti" enfatizzate per le donne straniere: solitudine, mancanza di conoscenza della lingua, isolamento.

"Ambivalenza" rispetto allo svelare le questioni familiari  
Aspetto utilitaristico (vantaggio secondario): andare in comunità per vivere all'occidentale



"Portare fuori i segreti di famiglia"  
"Stranieri": bisogno di riscatto sociale. "Cercano di farsi vedere bravi perché altrimenti ..."  
"Seconde generazioni" che denunciano le situazioni di violenza  
Incapaci di organizzare qualcosa che non appartiene alla propria "cultura"  
La comunità non mantiene il segreto e restringe le possibilità di comunicare?  
Sentirsi in dovere di giustificare la propria etnia: "no, perché qua da noi ..."  
Tra sospetto e remissività  
Storie tragiche  
Racconto dell'Altro: maltrattamento di un padre dello Sri Lanka  
Storie di estrema violenza  
Tendenza alla generalizzazione (ricerca di una generalità partendo da una situazione particolare - da un caso si estende al generale)  
Scissione buono e cattivo: essere tosti vs legame e nostalgia della famiglia  
Isolamento sociale e familiare per lo/la straniero/a che sporge denuncia  
Situazioni di violenza: aspettative del minore che denuncia rispetto alle figure genitoriali  
FAMIGLIE STRANIERE: isolamento dal nucleo familiare aumenta il desiderio e l'aspettativa di essere riconosciuti dalla figura materna (categoria occidentale?)  
Grande disagio psicologico nell'inserimento in comunità  
Scontro tra prima e seconda generazione, scontro tra culture: ragazze arrabbiate, madri tolleranti.  
Incapacità culturale. Pregiudizio  
Donne di altre culture: costrette a sopportare in silenzio, solitudine e isolamento  
Figli che svelano il segreto familiare  
Tendenza alla generalizzazione  
Racconto di donne "impaurito", irretito dalla famiglia di origine e dalla comunità a denunciare  
"Sole come cani"  
"Una bellissima"  
Razzismo!!! (Guarda che aver preso la patente in Italia ... quindi lei è di una intelligenza!)  
Percorsi di integrazione da parte dei servizi  
Era analfabeta araba: ha imparato l'italiano e ha fatto l'orale della patente  
Vissuto di terrore nei confronti del marito violento  
Storie di violenza  
La comunità contrasta la denuncia di situazioni familiari problematiche

La comunità promuove il PERDONO e la riabilitazione  
Paziente straniero ha maggiori difficoltà economiche,  
culturali, linguistiche (le problematiche comuni sembrano  
accentuarsi)  
Ragazzina tosta e bellissima  
(issimo/a: manierismi con cui mi rivolgo all'altro)  
Alle volte questi aggettivi sembrano nascondere una forma  
di razzismo  
Vissuto di terrore  
La comunità non aiuta l'integrazione perché non approva la  
denuncia  
Storie di violenza estrema  
Bambini costretti a mantenere il silenzio  
Donne "provate", fragili, non più protettive  
Bambini in situazioni di equilibrio precario  
Ricongiungimenti familiari sono terrificanti sul piano  
psicologico per i bambini  
Genitori partono in cerca di fortuna  
Scompaiono/ricompaiono  
"Ho in mente tutte le badanti"  
"Vissuto di estraneità" del bambino verso la famiglia/mamma  
Aspettative:  
-genitori che pensano di avere fatto un'opera buona  
-figlio arrabbiato morto perché stato abbandonato  
(Con quali categorie stiamo analizzando?)  
Ritrovarsi in un contesto nuovo, totalmente diverso: trauma  
della migrazione  
Vittime e autori di reato in contesti di estraneità  
"Sono apolidi". Nessuna esistenza: quali implicazioni  
emotive? Quali soprattutto in donne emigrate?  
Cosa vuol dire essere sperduti?  
Aspettativa disillusa di ritrovare la mamma per sé  
(Con quali categorie analizziamo tali relazioni? A chi sono  
funzionali?)  
Amicizie che sovraespongono a giri particolari  
(disintegrazione della migrazione)  
Nel gruppo di connazionali si condividono vissuti comuni,  
agiti comuni.  
Ricongiungimenti familiari delle "badanti" (badanti usato  
in vece di donne proveniente dall'est Europa)  
Ricerca di regolarità  
Aspettative di ricongiungimento  
ALTERITA' CINESE  
Ricongiungimenti familiari cinesi  
Tendenza alla generalizzazione  
Altro esotico - racconti mitici

## **P10**

Differenze culturali/interculturali

Culturale=livello di acculturazione  
"Gente per bene ... che ha lavorato sempre"  
"L'altro è buffo perché sembrava parlasse veneto"  
"Bambina integrata che parlava italiano"  
Integrazione=conoscenza della lingua  
Essere straniero può influenzare parte del processo? In che direzione? E cosa vuol dire in questo caso cultura?  
Integrazione  
Straniero come extracomunitario

#### **4. INCONTRARE L'ALTRO**

##### **PG2**

"L'unico modo è non avere aspettative"  
"Si presentava in maniera molto disponibile ma anche molto americana ..." pregiudizio pericoloso perché offusca la comprensione dell'altro: "pericolo di pensare che potesse essere una persona strafottente e disinteressata"  
pericolo di pregiudizio: "noi pensiamo di sapere cosa porterà con sé una persona migrante per nostra arroganza culturale"  
Pericolo di "etichettare" sin da subito  
Sentire i pregiudizi, riconoscerli e separare ciò che è vero da ciò che non lo è  
Pregiudizio: indossare quella cinta "rientra tranquillamente in quel tipo di persona" !!!  
Come interpretarlo? CULTURA O ARROGANZA/MANCANZA DI RISPETTO?  
On the other side: essere valutati in un Paese straniero considerato retrogrado  
PERICOLO PERCEPITO: EFFETTO ALONE  
Sembra che qui la situazione si sia capovolta: razzismo verso un italiano con la terza media. Le sue risposte creative avrebbero avuto un altro senso.  
On the other side: famiglia agiata e culturalmente elevata che non riconosce ruolo e strumenti di valutazione diagnostica (il senso di estraneità verso lo strumento è lo stesso??)  
I vostri strumenti sono obsoleti  
(Sentirsi denigrati da uno straniero in casa propria: status sociale e arretratezza percepita del paese che ospita) ribaltamento prospettiva colonizzato/colonizzatore  
Atteggiamento manipolatorio e seduttivo dell'altro  
Descrizione dell'altro: estremamente intelligente, estremamente ... etc etc

(Paura dell'altro si trasforma nel suo opposto: manierismo!!)

Cosa sono disposto a perdere di me e delle mie categorie concettuali? Delle mie modalità di lavoro

Sconfitta o limite culturale?

Agguato dell'onnipotenza?

Il terapeuta deve garantire al paziente (le migliori garanzie)

Riconoscersi arroganti ed etnocentrici

RISCHI E DISTANZE

DIMENTICANZA NEL LAVORO DI PSICOLOGO: l'altro è complesso tanto quanto noi

DISTANZA CULTURALE VS DISTANZA PRATICA

DISTANZA CULTURALE: si può colmare studiando e conoscenza

DISTANZA PRATICA (LINGUISTICA): non consente l'accesso all'altro, se non in una forma superficiale e irrispettosa

Possibili conseguenze: pensare di conoscere già l'altro

#### **PG4**

Ricondurre tutto alla italianità per cercare un appiglio, un termine di paragone

Atteggiamento preoccupato e solidale/paternalistico rispetto alla lingua

Compiacenza verso l'autorità

Atteggiamento remissivo

#### **PG5**

Cosa passa attraverso le pratiche di cura tradizionali?

Trovare formule di integrazione tra riferimenti culturali

Difficoltà (con tutti e non solo con gli stranieri):

Far riconoscere che oltre alla dimensione economica anche quella educativa, emotiva, relazionale influisce sul benessere del bambino

#### **PG6**

Indicatori di preoccupazione:

-abitazione al quinto piano non sicura

-pratiche

-faceva entrare estranei

(Ho il sospetto che qui si sia agito in nome del razzismo e del pregiudizio Ma forse mi sbaglio)

-pratiche della Santeria

"Aveva sì un'origine cubana, ma questo non era un problema ..." (non sono razzista, ma ...) però la sua cultura, IL SUO

MODELLO DI GENITORIALITA' NON E' ADEGUATO

Tutta la valutazione è inficiata dal pregiudizio

Padre era molto preoccupato

Alleanza totale con la figura paterna

## 5. DIMENSIONE DEL VISSUTO

**PG1**

### **CIVILE**

VISSUTO DI TURBAMENTO DINANZI AD UNA CULTURA "ARCAICA" CHE NON MI APPARTIENE (Quale appartenenza è possibile?)

Cultura dell'altro è arcaica e maschilista

Stupore e interesse: "per l'altro la sua cultura è "normale", fino a quando non incontra altre culture"

PROPRIO

Allo stato d'animo si risponde con problematiche logistiche descritte nel dettaglio e in modo minuzioso (l'altro mi fa paura, mi spaventa, cerco di non vederlo e lo sposto altrove su questioni che posso toccare)

Soltanto adesso si giunge all'esplicitazione di un vissuto ... dell'altro però!!

Desiderio di evitamento

"È stata una esperienza forte"

DELL'ALTRO

La signora era "PROVATA" dal viaggio e dalla situazione globale

### **PENALE**

Caso interessante "perché mi aveva aperto un mondo" (mondo altro, quello nigeriano)

"È stato interessante" (fascinazione dell'esotico che tuttavia tento sempre di ricondurre ai miei parametri)

"Ho ancora in mente le parole del medico ..." (Stupore e disprezzo)

VISSUTO: sentimenti ambivalenti: sensazione di impotenza di fronte alla reticenza dell'altro (la bambina)

Ma come mai non si sono interrogati sulla necessità di interpellare un differente psicologo? Donna? Esperto di bambini? Non sarà forse perché si tratta di stranieri?

Vissuto di impotenza: "non si riesce a cavare un ragno dal buco"

Vissuto di fallimento professionale

VISSUTO: CURIOSITA' (l'impotenza ha ceduto il passo alla curiosità)

Il silenzio ha assunto un significato diverso (nella esplorazione della vita dell'altro e nel rendersi conto che forse era possibile riparare all'errore professionale)

VISSUTO DELL'ALTRO: bambina traumatizzata, spaventata

Fase successiva "stimolante"

Vissuto di impotenza

Scelta di un caso da raccontare perché più "interessante"

Parte peritale "interessante"

Alla confusione si risponde con la DIAGNOSI!

## PG2

Vissuto dinanzi all'altro: affinità

"È molto contento di avere una persona con cui poter parlare la sua lingua". Psicologo si sente riconosciuto nel suo ruolo e nelle sue competenze (parliamo di lingua inglese non di un dialetto indiano!!!)

VISSUTO DELLO PSICOLOGO: empaticamente vicino a lui, sentivo il dolore di un padre

L'altro arriva alla valutazione con grande "carica emotiva"

Reazione dell'altro di fronte al ROR.

"È stato freddo nel vederlo"

Italia/USA: differente uso del R.

Italia Paese retrogrado. Utilizza il test di R. per finalità peritali, gli USA per finalità ludiche

ATTEGGIAMENTO DELL'ALTRO DURANTE LA SOMMINISTRAZIONE: serio e collaborativo (nonostante il disprezzo iniziale???)  
Sentirsi giudicato per il proprio accento inglese durante la valutazione (on the other side)

PAURA DELL'ALTRO: affrontare la valutazione in italiano (in una lingua che non padroneggia) per le conseguenze pragmatiche che tale valutazione comporta

EMPATIA: immedesimarsi nel vissuto dell'altro

L'altro si è sentito accolto, contento, sollevato

Sentirsi sotto esame in un Paese straniero, senza alleati, senza amici

Esperienza positiva perché lui non si è sentito maltrattato

Altro si è sentito accolto

Sentirsi straniero nel proprio Paese

"Il suo accento inglese mi infastidisce"

VISSUTO: restare asettici di fronte alle offese dell'altro (formazione reattiva???)

Vissuto dell'altro: ANSIA

Contestualizzare il vissuto dell'altro: ansia di un genitore che potrebbe perdere i propri figli (valutata in un paese retrogrado e secondo una modalità non adeguata)

Vissuto di fronte all'altro: perché non conosco la sua lingua? (Che assurdità!!!)

Vissuto di fronte all'altro: SENSO DI UNA DISTANZA GRANDISSIMA

VISSUTO DI IMPOTENZA, sentirsi stupidi, vissuto di lontananza

Vissuto di impotenza

Vissuto dell'altro (empatizzare):

MEDIATRICE: dispiacere

PERIZIANDA: dispiacere, senso di sconfitta

Sentirsi sconfitti di fronte al senso di sconfitta dell'altro

Sconfitta personale nel rendersi conto che non si può fare tutto

Onnipotenza del terapeuta vs umiltà di fronte all'alterità dell'alter

PRENDERSI LE SCONFITTE

ESPERIENZA DI MIGRAZIONE DELLO PSICOLOGO: "la mia famiglia è inglese"

(Madrelingua inglese)

Esperienza dello psicologo: ha sempre lavorato con persone che avevano una buona conoscenza della lingua

### **PG3**

"Essere incazzati" perché non si viene pagati (ed anche gli ausiliari non vengono pagati)

VISSUTO: SENTIRSI A PROPRIO AGIO

VISSUTO: PREOCCUPAZIONE perché "in questo caso hai a che fare con la vita delle persone"

VISSUTO: ESSERE ARRABBIATO

"Ritengo questo mestiere scientifico e non possiamo basarci sulla causalità.

### **PG4**

"Compiacenza" vs "vergogna"

Valutazione della cultura giapponese: cultura "molto particolare, in cui ci sono cose strane"

Timore e fascinazione dell'esotico

Stupore dinanzi alla scelta dell'altro (ritenuta assurda e allora per poterla giustificare dove la infiliamo? Nella cultura!!)

VISSUTO: perplessità (dinanzi al racconto dell'altro)

"In QUEL contesto è assolutamente normale che sia così"

Stupore della psicologa vs per me è assolutamente normale scegliere un uomo così

(Ciò che non può essere compreso deve essere collocato da qualche parte: nella cultura?)

Perplessità di fronte alla relazione MMPI

VISSUTO DELL'ALTRO DI FRONTE ALLA VALUTAZIONE: provare a mettersi nei panni dell'altro molto agitata, pressata

### **PG5**

VISSUTO: SOFFERENZA PER LA DECISIONE DEL GIUDICE

VISSUTO: SENTIRSI SPIZZATI DI FRONTE ALLA INSISTENZA DEI GENITORI NEL REPUTARE INDISPENSABILI LE CURE TRADIZIONALI ANCHE SE DOLOROSE E POCO TOLLERATE DA BAMBINI

MADRE

Di chi fidarsi se non ti conosco?

Dramma del non riconoscimento

MADRE

Perdere la sicurezza nel contesto migratorio (una relazione affettiva stabile che garantisca anche sostentamento economico)

FIGLIA:

Arrabbiata

**PG6**

Imbarazzo/preoccupazione

Atteggiamento di sospetto verso l'altro:

Tutto ciò che racconta è sottoposta ad una logica di sospettosità

Sentirsi minacciato dall'altro e dalle sue tradizioni (se io appartengo ad un mondo occidentale scientifico perché dovrei sentirmi minacciata dai riti di magia bianca e nera di una donna che proviene da un mondo retrogrado? Cosa l'altro muove dentro di me?)

**P789 (GIRASOLI)**

Vissuto di colpa (del paziente)

"Ti chiedi tante volte come fanno ..."

## **6. CULTURA VS GIURIDICO**

**PG1**

**CIVILE**

Condotte di prevaricazione vs condotte previste dalla "cultura"?

"Se io mi fossi comportato in maniera diversa non sarei stato un buon padre e un buon marito?"

(Quali diritti? Quale legislazione?)

Cultura vs ordinamento giuridico (giurisprudenza)

(Comprensibilità vs risposta ad un mandato)

Quale negoziazione possibile?

Valori in contrasto non conciliabili

Mamma più "adeguata"

Adeguatezza: adeguatezza delle risorse ambientali, stabilità affettiva relazionale e lavorativa, offrire una famiglia allargata (criteri per una "adeguata" genitorialità nella nostra porzione di mondo ... criteri culturali o giuridici?)

Non adeguatezza:

Procedimento penale in corso, non avere un lavoro e vivere con i genitori, gestione familiare "retrograda"

Etnocentrismo



Criteri per una valutazione positiva della genitorialità:  
presenza di persone positive nel contesto  
Tribunale italiano/Tribunale albanese

### **PENALE**

Cultura o tortura? (Qui si può fare lo stesso discorso della mutilazioni genitali femminili?)

Modalità educativa: condotte "riconosciute" come maltrattamenti fisici (soffocamento, costringere a mangiare dalla ciotola del cane)

Diritti umani

Cultura o tortura? (Qui la questione supera la dicotomia tra cultura e relativismo, colonizzato e colonizzatore ... qui viene lesa la libertà e la dignità di un essere umano, messo in pericolo un minore ... si esce da queste logiche e ci si colloca in un piano prettamente umano ... inoltre qui inserisce l'aspetto prettamente giuridico!!!)

Discriminare tra aspetto cultura e maltrattamento secondo un criterio di prevedibilità

Maltrattamento: cultura di appartenenza vs ordinamento giuridico italiano

Fustigate vs bruciature "culturali" (incisioni a scopo rituale)

Segni di passaggio "normali per la cultura" vs segni di maltrattamento

Può il retroterra culturale giustificare sul piano umano e giuridico una tortura, una pratica disumana?

Ad un certo punto subentra la legge ... il culturale si ferma laddove la legge impone il suo statuto

"Rispondere alla legge italiana"

Ordinamento giuridico (al di là della attribuzione possibile di senso) DECIDE cosa sia un maltrattamento (cultura soccombe dinanzi alla valutazione giuridica --- non dimentichiamo che anche la giurisprudenza di un Paese è una dimensione culturale)

La cultura ci indica se il maltrattamento sia DOLOSO o COLPOSO

DISCRIMINE: la comunità condanna/la comunità approva  
Comunità di connazionali in terra ospite)

Madre

Valutazione delle competenze genitoriali: processata per INCURIA (bambina sporca, mal vestita, denutrita ...)

Percosse significative per l'ordinamento italiano

Allontanamento dalla famiglia

### **PG2**

La cultura assolve da tutto?

Ricerca di un equivalente nella propria cultura per significare il comportamento dell'altro

La clinica precede la giuridica

### **PG3**

Psicopatologia vs rispetto dell'ordinamento giuridico (il sottrarsi alle norme la dice lunga sul profilo di personalità ... commistione tra ambito del diritto e psicopatologia (vedi Foucault)

"Tutto diviene legittimo quando ci si contende un minore Patologia o cultura?"

"I bosniaci manifestano la follia con l'aggressività" (pregiudizio? Dimensione culturale? Epidemiologia?)

La presenza di "segni" di un disturbo RASSERENA perché consente di portare in Tribunale una evidenza (e non "sparare fesserie")

### **P10**

Coerenza culturale vs coerenza

Processuale

Legge e cultura

"Guerre si fanno per portare la nostra cultura altrove e imporre agli altri la nostra guerra (lapsus!)"

Piano giuridico vs piano politico

Norme di diritto sono convenzionalmente date, al di là del loro essere giuste o sbagliate

La cultura si traduce in regole di diritto, in norme giuridiche (che devono essere fatte rispettare con la forza)

Una legge è una legge

Psicologi confondono piano giuridico con quello politico

Piano politico: piano della costruzione della norma (e dunque culturale)

Discorso giuridico: "se fumarsi l'insalata sia fumarsi le canne"

Discorso giuridico si confonde con quello politico

Qui diventa chiaro che per PIANO POLITICO INTENDA PIANO CULTURALE (riflettere sugli aspetti culturali)

"Se la violenza non è reato altrove, lo resta comunque qui"

Rispondere alla legislazione del paese che ospita

Norme di diritto hanno tempi e luoghi di applicazione

"Per te quel comportamento è più giustificabile, allora ..."

Questione politica: rapporto tra una norma desiderata e norma effettiva

Rapporto tra diritto e scienza

Diritto definisce il contesto, la scienza gli dà strumenti per misurarlo

"Dare la risposta che la norma vuole, a prescindere che la norma piaccia o meno" (e quindi trovare gli strumenti giusti per dare la risposta giusta)

Aspetto transculturale si inserisce tra discorso politico e discorso politico

Psicologia morale vs psicologia giuridica

La questione morale diviene irrilevante quando si applica una norma

Se si supera il confine, si applica un'altra legge

Universo mentale dello psicologo vs luoghi di violenza del diritto

"Il diritto c'è dove c'è violenza possibile"

Il diritto interviene con violenza (violenza istituzionale monopolizzata) per impedire la violenza

Distanza tra psicologia "volemese bene" e diritto "volemese male"

Connotazione culturale nelle sentenze mette in discussione il nostro diritto, frutto della nostra cultura

In quale categoria giuridica mettere la motivazione culturale?

Per legge "i motivi del delinquere" hanno valore solo per la definizione del quantum di pena

Motivazione culturale dove la metti?

Elemento soggettivo del reato (art. 43)

Questione tecnica

In quale categoria giuridica mettere la motivazione culturale?

L'atteggiamento di colpevolezza rimane al netto della cultura o no?

Rispetto alla dimensione culturale tra colpevolezza e rappresentazione del reale si colloca sempre la dimensione giuridica (contestualizzata a livello spazio-temporale) al di là della dimensione politica e morale (giusto/sbagliato)

## **7. PATOLOGIA VS CULTURA**

### **PGI**

#### **CIVILE**

Patologia vs cultura?

Rilevare aspetti abnormi di personalità vs attribuzione di comportamenti alla cultura (posso davvero questi due aspetti essere separati?)

Cultura vs patologia?

La cultura distorce l'aspetto diagnostico

Tratti di personalità funzionali/disfunzionali per una cultura?

Tratti di personalità hanno statuto ontologico?

Etnocentrismo

"Tratti di personalità oggettivi" distorti nella diagnosi dalla cultura di riferimento

Cultura o patologia?

(Tratti funzionali/disfunzionali per chi e per cosa? Funzionali per una cultura? Allora ne ammettiamo l'esistenza come universali e poi li confrontiamo con un altro parametro?)

"Ho preferito non espormi"

"Cultura" significa in modo differente le competenze genitoriali

cosa significa essere un buon genitore?

Preoccupazioni di un padre

Superiorità culturale:

L'istruzione superiore dell'altro è la scuola media/superiore

Altro ha un atteggiamento manipolatorio

Visione etnocentrica?

Scontro tra culture: stessa generazione, differenti visioni

Ma è davvero tutto riconducibile al fattore cultura? Cosa significa cultura?

(Cosa opporre all'estremo patologia nella dicotomia cultura-patologia riscontrata con i clinici?? Sembra che qui si punti alla ricerca di una risposta "corretta" ad una valutazione)

Cultura vs patologia

Sconfinamento dal culturale al patologico

Patologia vs cultura

Tratti di personalità (funzionali/disfunzionali) hanno statuto ontologico? e assumono significato in relazione alla cultura di riferimento?

Stereotipi e pregiudizi

Donna: atteggiamento vittimistico

Uomo: atteggiamento autoritario e manipolatorio

Cultura o tratto disfunzionale?

#### **PENALE**

Nonostante le torture la bambina non aveva alcuna problematica psicopatologica

Ritardo mentale o svantaggio ambientale?

#### **PG2**

Cultura o patologia? (ma nella direzione opposta)

Cultura o patologia (manipolazione)?

#### **PG4**

PATOLOGIA vs CULTURA

La mancata integrazione come fondamento della sofferenza psichica TRAUMA MIGRATORIO

Patologia mentale, alcolismo ed elementi di tipo sociale, economico, povertà culturale effettiva incidono sul modo di vivere (non sarà invece necessario ribaltare queste connessioni ?? e se fossero le condizioni di vita precarie

legate alla migrazione a generare una sofferenza in una situazione di fragilità estrema?)

Ciò che non può essere compreso viene ricondotto nella cultura

Interrogarsi sull'altro ...

Ingenuità o cultura?

Cultura spiega ciò che non è comprensibile secondo il mio sistema

"Un po' caratteriali, un po' boliviana!" (pregiudizio e generalizzazione)

Cultura vs patologia

"Per gli aspetti culturali non c'è ancora un manuale che ci dica cosa tenere in considerazione ..."

Se non teniamo conto della differenza diventa tutto relativo, se utilizziamo il nostro metro per tutto è tutto diverso

### **P789**

Cultura o patologia?

La nozione di cultura si restringe quando viene pensata nei termini della propria esperienza personale, perde il suo statuto reificato di blocco monolitico e si fa frastagliata, mobile e cangiante ... la cultura dell'altro è grande e comprende tutto, la mia cultura è piccola e comprende poco.

Come cambia dunque il concetto di cultura quando lo riferisco a me e all'altro?

Cultura come abitudini strutturate nella nostra società

"Mia moglie è indemoniata ed io la picchio per questo"

"Abbiamo anche noi i preti e gli esorcisti ..."

Come negoziare una interpretazione del comportamento e una forma di cura?

Cultura o patologia (delirio)? Dove si colloca la dimensione giuridica?

Quando sarà benedetta "tornerà a posto."

Come collocarsi rispetto a tale dimensione epistemologica della malattia?

DELIRIO O MANIPOLAZIONE? COME CONCILIARLI NELLA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA?

Pratiche: informarsi di fronte a ciò che non si conosce ...

## **8. CLINICA VS GIURIDICA**

### **PG3**

Esperienza clinica (la pre-cognizione) mi porta ad approfondire (sentito clinico)

"Percepivo qualcosa sul piano clinico ma non avevo gli strumenti

Per dimostrarlo"

Uso del test come strumento per dimostrare (l'intuizione clinica in giuridica non basta!!

Esperienza in ambito peritale. Oltre 20 anni di esperienza  
"Si capiva dal colloquio che c'era qualcosa che non andava ... (nel racconto - delirante) "

#### **PG4**

La diagnosi in senso psicopatologico modifica e interviene sull'esito del procedimento giudiziario: dalla pena alla terapia

Compiacenza o cultura?

(Chiedo questo perché in effetti mi par e che si contraddica rispetto a quanto affermato precedentemente)

Idea differente di capacità genitoriale

Differenze nel concepire la genitorialità diversa nella cultura sudamericana (non sarà un pregiudizio? Non sarà una generalizzazione??)

#### **PG5**

La competenza clinica specifica dello psicologo entra in campo quando deve essere fatta una valutazione del genitore o del bambino (somministrazione test psicodiagnostici)

#### **PG6**

Genitorialità simbiotica tra madre e figli

Criteri occidentali nonostante "a voce" si riconosca la differente concezione di genitorialità

Difficoltà (distanze) culturali riguardo al ruolo di madre e alla concezione di famiglia

**PREGIUDIZIO**

(riconosce teoricamente che possa esserci un modello altro di genitorialità -vedi inizio intervista - ma non è in grado di applicare tale consapevolezza perché comporterebbe una messa in discussione delle proprie categorie - dunque procede seguendo il pregiudizio nei confronti di questa donna collocando entro una dimensione culturale una visione della genitorialità che non si discosta in realtà da quella di molte donne italiane - la dimensione culturale viene utilizzata per giustificare il proprio operato quando si fa razzista e pregiudizievole)

Ciò che non è culturale e non può essere compreso viene inserito nel patologico senza essere contestualizzato (si è mai domandata questa psicologa per quale motivo questa donna fosse così reticente? Oppure perché tendesse ad essere così "dissimulatrice? No? Perché richiede una messa

in discussione troppo grande!! Che riguarda se stessi come CTU e se stessi come persone e professionisti)  
Elementi che vanno oltre la dimensione culturale ... dove si collocano? Nel patologico!!!  
Test fuga i dubbi tra elemento culturale e patologico  
Patologia o cultura?  
Valutare se il modello culturale di madre cubana potesse essere comunque valido !!!  
(Rispetto a chi? A cosa)  
Etnocentrismo, razzismo  
Personalità (come entità statica e monolitica indipendente dalla cultura !!) possa interferire sulla cultura  
Diagnosi differenziale  
Mettere ordine su tre livelli:  
Modello culturale  
Genitorialità personalità  
(Come se fossero separabili!!!)  
Cultura vs patologia  
Ciò che non è culturale, è patologico ...  
Cultura/patologia  
Religione come stile di vita  
Islam come "stile di vita"  
Conflittualità legata alla religione nel contesto familiare  
Violenza fisica, psicologica, sessuale sulla donna

#### **P789**

"Questioni giuridiche" vs velleità psicologiche  
Violenza subita vs violenza assistita: differente valore sul piano psy e sul piano giuridico  
Linguaggio avvocato vs linguaggio psicologico  
Distorsioni evento a fini giurisprudenziali  
"Giudizio di tipo psichico"

#### **P10 (SAMMICHELI)**

Verità clinica/verità processuale  
Psicologia giuridica: portare la scienza clinica nel contesto giuridico  
Visita giuridica vs visita clinica  
Metodo della psicologia forense:  
"Clinico deve capire cosa la legge intende in quel contesto e misurare ciò che vuole la legge  
Necessità cliniche vs necessità giuridiche  
Conseguenze PRAGMATICHE intervento clinico vs conseguenze PRAGMATICHE intervento giuridico  
Verità clinica vs verità giuridica  
Attività giuridiche svolte come se dovessero produrre effetti clinici  
Risultato clinico (diagnosi) produce effetti giuridici

La pertinenza di un test somministrato ad un paziente straniero è un PROBLEMA CLINICO, NON GIURIDICO (e dovrebbe essere risolto in quel mondo) ... siamo ancora nel dominio clinico.

Quale validità clinica (prima ancora che giuridica) per un test applicato a uno straniero?

Diritto clinico vs diritto giuridico (differenti cornici epistemologiche: se siamo in ambito clinico possiamo scegliere quali cornice epistemologica adottare rispetto alla malattia, ma in ambito giuridico no ... per cui meglio dire che hai una psicosi così magari ti salviamo!)

Nel "mio" sistema giuridico meglio adottare la mia clinica di riferimento

Psicologia e comportamento

Il giudice ti dice: che me ne frega del costrutto??

Oggettività in clinica e oggettività in giuridica

"Si rivolge..."

Trasformare oggettività clinica in oggettività giuridica (???)

Scopo della valutazione diagnostica: clinica vs giuridica

In clinica: momento valutativo in sottofondo, strumentale alla eziologia e alla cura

In forense: momento valutativo in primo piano, patologia deve corrispondere o meno ad uno status giuridico

## **9. DIMENSIONE DEL VEDERE**

### **PG1**

Atteggiamenti disfunzionali "agli occhi di un italiano" (dimensione del vedere)

Questioni di genere

Dimensione del guardare: "letto con il mio sguardo"

Certezza visiva delle lesioni non trova una corrispondente reazione psicologica utile ai fini giuridici

### **PG2**

Dimensione del vedere: ragazzo molto bello, molto affascinante, molto seduttivo, molto creativo, ho sempre la sensazione che dinanzi all'altro che spaventa si metta in atto una formazione reattiva per cui d'un tratto diviene bellissimo etc etc

### **PG4**

"Impatto forte perché abbiamo visto tutta la cornice, abbiamo visto nel suo ambiente"

Dimensione del vedere



Per persone che hanno una patologia può essere interessante vedere

Dimensione del vedere (l'altra cultura nel proprio paese) aiuta a comprendere, a collocare, a contestualizzare

## **10. CONSEGUENZE PRAGMATICHE**

### **PG1**

"Scelta sofferta"

Sentire il peso della decisione (dimensione fisica)

Decisione che cambia la vita di una bambina (conseguenze PRAGMATICHE di una diagnosi e di una consulenza) questa è una dimensione mai emersa nelle interviste con i clinici

### **PG2**

Uno strumento può decidere se andrai in prigione, se vedrai tuo figlio, etc.

CONSEGUENZE PRAGMATICHE DELLA DIAGNOSI IN AMBITO PERITALE

### **PG3**

Rivedere/non rivedere più un figlio

Conseguenza pragmatica delle tue decisioni richiede una correttezza tecnica e giuridica per evitare ERRORE IATROGENO.

CONSEGUENZA PRAGMATICA IN GIURIDICA E' TANTO QUANTO QUELLA CLINICA: la responsabilità è la stessa

Errore si ripercuote a danno dell'altra persona.

Una bambina che rischia di non vedere la mamma è un dramma.

Noi siamo tecnici e dobbiamo capire perché abbiamo a che fare con la vita delle persone.

### **P10**

Perizia modifica la situazione giuridica (effetto giuridico) del periziando, non cerca di farlo stare meglio (effetto clinico)

È effettivamente così?? Si impatta solo sullo status giuridico o anche su altri aspetti della persona?

Uno strumento mutuato dalla clinica produce effetti sulla condizione giuridica del soggetto

## **11. SOFFERENZA DELL'ALTRO (E DIAGNOSI)**

### **PG1**

DIAGNOSI:

Disturbi dell'attaccamento  
Struttura di personalità disturbata  
Disturbo border di personalità  
"Segnali chiari" di una strutturazione di falso sé  
Confusione tra piano di realtà e fantasia  
Qui nessuno tiene in considerazione il piano della migrazione??? Del trauma vissuto???

Chiave di lettura proposta:  
Denuncia di molestie sessuali per ottenere vantaggi secondari (in modo consapevole o inconsapevole)  
Pregiudizio? Razzismo??

### **PG3**

Categorie occidentali  
Sviluppa un disturbo distimico REATTIVO (DUNQUE CONSEGUENTE) al trauma migratorio: adattarsi alle nostre usanze, abbandona tutto in Russia, insoddisfazione della vita coniugale  
Depressione con allettamento  
"Rimane giorni e giorni a letto ... in cerca di una cura che non esiste"  
Somatizzazione sul corpo  
"Tua moglie ha le fisime" (nessun riscontro organico nel mal di schiena cambia statuto ontologico della malattia e diviene fisima"  
DIAGNOSI: DISTIMIA  
Tentativo di suicidio, reattività aggressività verso la madre, disturbi della condotta alimentare  
DIAGNOSI: depressione reattiva a contrasti familiari (forma lieve)  
Non c'è delirio, non c'è allucinazione. Solo mal di testa (sofferenza psichica si esprime nel corpo)  
"Si capisce che c'è qualcosa sotto" (sul piano della clinica)  
DIAGNOSI: Aspetti di tipo paranoide guidano la diagnosi disturbo borderline in fase di scempenso ù

### **PG4**

DIAGNOSI: emergono aspetti di tipo psicotico  
"Non è stato necessario andare oltre"  
Storia di alcolismo  
DIAGNOSI: disturbo di personalità con scivolamento nel bere Alcol per sedare l'angoscia, slatentizzava aspetti aggressivi e impulsività (categorie e linguaggio occidentali)  
Disturbo mentale può emergere da quel disordine di accumulo  
La povertà incide a 360 gradi

**PG5**

Bambini in condizioni di instabilità manifestano il disagio attraverso la protesta, il capriccio, il non andare bene a scuola (con ulteriore sovraccarico per i genitori)

**PG6**

DIAGNOSI: personalità dissimulatrice, oppositività

DIAGNOSI: grave instabilità della madre

**PG7**

Disturbo traumatizzante

Ragazze che si espongono a situazioni rischiose per riempire un vuoto (quale categorie stiamo adottando?)

**P10**

Diagnosi di gaytitudine