LA COMPLESSITÀ DEL LAVORO CLINICO CON LA MEDIAZIONE CULTURALE DA UN PUNTO DI VISTA PSICOANALITICO RELAZIONALE E DELL'ATTACCAMENTO

Giacomo Denanni

Introduzione

Il presente contributo nasce con l'intento di discutere la complessità della presa in carico psicoterapeutica di pazienti con background migratorio, a partire dall'esperienza clinica maturata dal 2015 presso il Centro Frantz Fanon di Torino[1]. Tra i molteplici livelli che compongono tale complessità, l'attenzione si focalizza su una specificità del lavoro etnopsicoterapeutico[2]: l'impiego del dispositivo della *mediazione linguistico-culturale* (o *mediazione etnoclinica*), che introduce nel campo terapeutico un assetto relazionale pluripersonale e ne ridefinisce le condizioni intersoggettive rispetto al più consueto setting diadico. Adottando una prospettiva di psicoanalisi relazionale e teoria dell'attaccamento (Albasi, 2006, 2025), l'obiettivo è offrire al clinico una cornice osservativa e concettuale per orientarsi fra i vincoli e le potenzialità di questo setting; l'esposizione prenderà avvio da una breve vignetta clinica.

Ferat[3] è un paziente curdo di 23 anni, richiedente asilo politico, che arriva da un distretto meridionale della Turchia, vicino al confine con la Siria. Partito nell'ottobre 2021, Ferat riferisce di non ricordare con precisione i paesi attraversati per arrivare in Italia, dove circa un anno dopo ha presentato domanda di asilo per motivi di persecuzione politica. La segnalazione del caso arriva dagli operatori del progetto di accoglienza in cui è inserito poiché, dopo l'audizione in Commissione Territoriale in cui ha raccontato la propria storia e i motivi per cui ha chiesto asilo politico, Ferat ha iniziato a mostrare segni di sempre maggiore sofferenza: incubi a contenuto traumatico (militari che lo picchiano), isolamento sociale e un'esperienza descritta dagli operatori come "sentirsi parlare in terza persona", interpretata come intrusività del dialogo interno più che come allucinazioni uditive. Nonostante ciò, il paziente mantiene un funzionamento lavorativo (facchino).

Al primo incontro siamo in tre nella stanza (setting triadico): sono presenti chi scrive (in funzione di terapeuta), il collega mediatore curdo e il paziente. Abbiamo disposto le sedie in cerchio, in modo da suggerire l'idea di una circolarità della parola e del dialogo tra noi. Ferat mi

[1] Il Centro Frantz Fanon è uno dei primi centri di etnopsichiatria nati in Italia grazie all'opera di Roberto Beneduce e Simona Taliani. Il modello teorico-pratico che ho qui sperimentato e che informa la presa in carico clinica del Centro è quello di un'etnopsichiatria critica, dinamica e radicale, ovvero un modello differente da quello qui utilizzato per rileggere l'esperienza clinica di chi scrive.

[2] Utilizzerò qui in maniera intercambiabile i termini "etnopsicoterapia", "etnopsichiatria" o "etnoclinica".

[3] Tutti i nomi utilizzati nelle vignette cliniche sono di fantasia per tutelare l'anonimato dei pazienti.

DOI: doi.org/10.36131/psichpsicotera260102
Sottomesso Novembre 2025, Accettato Dicembre 2025

 © Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

appare come un giovane uomo, alto, con un corpo tonico, vestito in modo un po' tamarro (tuta, scarpe Nike, gilet lucido), capelli molto scuri e una barba un po' lunga, in stile musulmano. Il volto è teso e sofferente, un po' truce. Il collega mediatore è un professionista di origine curda, con esperienza nel lavoro clinico e con cui la collaborazione è consolidata.

Inizio presentandomi in italiano e passo poi la palla al collega mediatore, che si presenta in turco e traduce quanto ho appena detto. Emerge così subito che Ferat comprende abbastanza bene l'italiano, perché dice di aver capito quanto avevo appena detto, ma nonostante ciò fatica un po' ad esprimersi in italiano. Cogliamo così l'occasione per raccontare il perché siamo in due, ovvero che la presenza di entrambi permette a tutti noi presenti di parlare nella lingua con cui siamo più in confidenza e allo stesso tempo di poter ascoltare meglio e con più facilità quello che Ferat ha da raccontarci. Aggiungiamo però che lui è libero di esprimersi nella lingua che preferisce e che lo mette più a suo agio, che sia il turco, l'italiano o altro, e che questo può anche cambiare nel tempo.

Ferat inizia così a raccontare del proprio malessere in turco, trasmettendoci una certa tensione emotiva. Dice di sentire due voci che gli parlano: una è una voce femminile, che colloca sulla sua spalla sinistra e che lo porta a fare cose brutte, come ad esempio spegnersi la sigaretta sul braccio o non alzarsi dal letto quando ha un appuntamento; l'altra è una voce maschile, che colloca a destra, che invece lo porta verso il bene. Ci racconta che ha iniziato a sentire queste voci quando aveva 13 anni.

Dopo aver ascoltato le parole del collega che traducono questo discorso del paziente, sono colpito dalla facilità con cui Ferat ci ha raccontato tutto questo, senza apparentemente alcun timore di sembrare pazzo o di non venir compreso, cosa che mi fa riflettere su quanto questo discorso possa essere "naturale" per lui. Trattandosi però di un discorso nuovo per me, che non avevo mai sentito in questi termini, cerco di mantenere sospeso il giudizio e di mantenere un'apertura mentale esplorativa verso ciò che Ferat ci sta raccontando, senza affrettarmi a significarlo in senso psicopatologico. Noto che anche il collega mediatore non si sia particolarmente scomposto o preoccupato nel sentire questo racconto.

La seduta prosegue e, una volta conclusa, chiedo al collega mediatore che cosa pensi di questo discorso del paziente delle due voci, in modo da capire meglio come anche lui abbia vissuto il racconto. Mi dice così che secondo lui si tratta di un modo di pensare diffuso in una certa parte del mondo religioso-culturale turco, in cui la donna viene dipinta come la tentatrice o colei che porta verso il peccato. Mi cita come esempio e per aiutarmi a capire anche la storia biblica di Adamo ed Eva, comune alle religioni abramitiche. Si tratta cioè di un discorso religioso-culturale che porta avanti anche un certo ordine sociale e di subordinazione della figura femminile, mi dice.

Condividiamo così una prima ipotesi di lavoro, secondo cui questo riferirsi del paziente a due voci che gli parlano potrebbe non essere il sintomo di allucinazioni uditive, quanto più di un modo specifico della sua soggettività di dare senso alla propria esperienza di sofferenza e tensione. Una modalità in cui c'è qualcuno/qualcosa con sembianze femminili che ti porta verso il male e che perciò va contrastato ed ignorato, sebbene ciò non sia semplice e provochi parecchia tensione e sofferenza. Si tratta quindi di una modalità che si è venuta a creare a partire dalle esperienze specifiche di vita di Ferat, incluso il contesto socio-culturale, economico, storico-politico in cui è cresciuto.

Questa ipotesi si rafforzerà poi ulteriormente nel corso delle sedute seguenti, a partire dal vissuto di sentirci in relazione con Ferat e con il suo discorso, e a partire da altri elementi di realtà della vita del paziente, come il fatto che stia continuando a lavorare in modo proficuo e che riesca

a tenere delle relazioni sociali (sebbene molto poche siano significative).

A partire da questa vignetta clinica, vengono discusse di seguito due dimensioni fondamentali della complessità relazionale introdotta dalla mediazione etnoclinica.

1. La mediazione come lavoro a tre: una dinamica intersoggettiva complessa

La mediazione etnoclinica implica una configurazione triadica (o pluripersonale) del setting, ovvero di essere almeno in tre nella stanza. Ciò significa che il setting di lavoro si amplia e complessifica, richiedendo di prestare attenzione e riflettere non solo sulle tre dimensioni della soggettività del paziente, del terapeuta e della coppia terapeutica, ma anche su quella del mediatore, del mediatore con il paziente, del mediatore con il clinico e infine della triade terapeutica.

Tale complessità è accentuata anche dal fatto che alcune sfumature del discorso sono più difficili da cogliere da parte del terapeuta, a causa della peculiare dinamica comunicativa e interattiva che si viene a creare. L'azione di traduzione-mediazione, infatti, introduce uno iato temporale, più o meno ampio, tra l'ascolto del paziente e l'ascolto della traduzione del mediatore da parte del clinico. Si verifica così un'interruzione più o meno lunga tra il momento in cui sentire e osservare il livello implicito-affettivo in gioco e quello in cui cogliere il contenuto verbale esplicito della comunicazione, rendendo questi due momenti più nettamente distinti tra loro. Questo iato temporale quindi rende più arduo integrare il livello implicito-affettivo del discorso con quello esplicito del contenuto, ovvero rende più arduo mantenere attivo un funzionamento mentale che oscilli tra questi livelli (Fosshage, 2004) creando collegamenti e nuovi significati (Barsness, 2017).

In tale contesto, il confronto con il collega mediatore e con i suoi vissuti e riflessioni risulta fondamentale e parte integrante del lavoro clinico, al fine di valutare ed espandere le ipotesi iniziali del clinico sul livello affettivo e del funzionamento implicito in gioco. In primo luogo questo permette di accedere a una quota di esperienza diretta della comunicazione con il paziente, con maggiori informazioni e più ricche. In secondo luogo, permette di formulare ipotesi più sensibili alle dimensioni espressive, relazionali ed estetiche prossime all'orizzonte del paziente. Tali ipotesi restano comunque da esplorare con il paziente, in un'ottica di processo co-costruito tra paziente, mediatore e terapeuta.

Si tratta di un passaggio molto importante: sebbene il mediatore culturale possa essere considerato l'esperto del contesto linguistico, culturale e socio-politico di provenienza del paziente[4] e quindi ci possa aiutare ad esplorarne la complessità e le ambivalenze (Beneduce, 2003), allo stesso tempo non può conoscere il posizionamento particolare del paziente rispetto ad esso. È fondamentale quindi tenere a mente e distinguere tra la conoscenza del contesto e il posizionamento soggettivo del paziente rispetto a quel contesto, per non rischiare di cadere in un *essenzialismo culturale* (Beneduce, 2014, 2020), ovvero nella tendenza a considerare le culture come entità fisse, omogenee e immutabili e a ritenere che ogni individuo, come il nostro

[4] La mediazione etnoclinica può essere analizzata e pensata come un agire terapeutico complesso, che comprende contemporaneamente numerosi piani e registri (religioso, economico, politico, morale, ecc.), oltre a quelli più "ordinari" e comunemente intesi della traduzione linguistica e della spiegazione dei riferimenti alla cultura d'origine del paziente (Beneduce, 2003). Per approfondimento, si rimanda al testo di Roberto Beneduce (2004), *Frontiere dell'identità e della memoria: etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*.

paziente, senta di appartenere alla cultura maggioritaria del proprio contesto d'origine e ne condivida necessariamente i valori, le teorie e le modalità di esperienza del mondo.

Ad esempio, una paziente di origini cinesi, nata e cresciuta all'interno di un modello educativo familiare, che potremmo definire euristicamente "cinese", in cui uno dei valori cardine era quello del rispetto dei propri genitori e antenati, secondo il principio confuciano della "pietà filiale" (Baker, 1979), nel corso della terapia mostra sofferenza proprio nel mettere in discussione tale principio, rispetto a cui sentiva di dover trovare una nuova negoziazione e legame, che fosse meno vincolante rispetto al passato. In questo caso, quindi, sarebbe stato pericoloso orientare il proprio pensiero secondo una prospettiva culturalista, ovvero pensare che l'origine cinese della paziente determinasse il suo riferirsi ad un principio centrale della cultura della società cinese più in generale, come quello della pietà filiale.

Allo stesso modo, un giovane di origine nigeriana riferisce di sentire delle persone "parlare male" di lui mentre si trova in strada. Sarebbe facile associare l'aggettivo "nigeriano" ad un discorso di attacco stregonesco, riferendosi cioè ad uno dei modelli più diffusi in Nigeria per dare senso ad un certo tipo di sofferenza vissuta[5], ma così facendo si rischierebbe di non cogliere che per questo ragazzo, come lui stesso dirà, questo discorso non è pertinente, perché non lo condivide (a differenza invece della madre, che io seguo direttamente)[6].

La mediazione etnoclinica deve quindi configurarsi non solo come un atto tecnico di *traduzione linguistica*, pur costituendone il livello più basilare, ma anche come una *mediazione culturale* (Beneduce, 2004). Deve cioè configurarsi come un dispositivo che rallenti il ritmo del discorso, che non riconduca quindi direttamente l'esperienza (Altra) del paziente alle categorie emiche del clinico, ma che espanda la sua esplorazione e comprensione ai molteplici idiomi della sofferenza e della salute[7], ai contesti d'origine dei pazienti e alle diverse teorie[8] psicologiche e di persona che possono aver dato forma alla storia di vita e alla "costruzione" del paziente (del suo corpo e della sua mente). È proprio questa configurazione che rende fondamentale la presenza del mediatore per sviluppare un setting che riconosca, elabori ed integri le differenze culturali nel lavoro clinico, rendendolo terapeutico.

Allo stesso tempo, per costruire un dispositivo di questo tipo, è fondamentale che il clinico mantenga un *atteggiamento* open-mind (Barsness, 2017; Albasi, 2024) *e critico* verso i propri modelli psicologici-psichiatrici (Beneduce, 2014), nella consapevolezza che non sono sufficienti

[5] Si rimanda al testo di Simona Taliani (2019), *Il tempo della disobbedienza*, per approfondire la complessità del sistema di pensiero e controllo sociale che è la stregoneria in Nigeria.

[6] Sebbene il racconto possa sembrare qui piuttosto semplice e lineare, sappiamo che in realtà è molto più complesso e non lineare, perché sono proprio i momenti di malattia e crisi che mettono radicalmente in dubbio le teorie su cui ci siamo solitamente appoggiati per dare senso alla nostra esperienza, portandoci anche a stravolgere e rivedere ciò che fino a quel momento ci sembrava chiaro e sicuro. Chissà che a questo ragazzo non siano venuti dei dubbi, che ancora non ha espresso, magari neanche a se stesso, sulla veridicità o plausibilità del discorso materno in cui lui al momento non si riconosce.

[7] L'idea che la malattia, la salute e la cura si esprimano come "sistemi culturali", ovvero che i "sistemi medici" elaborino la malattia, la salute e la cura nei termini di uno o più "idiomi culturali" è stata inizialmente elaborato da Arthur Kleinman e dalla cosiddetta "scuola di Harvard" (cfr. Quaranta, 2006).

Un esempio di questo è l'espressione della depressione nel continente africano, che non avviene nei modi in cui siamo abituati, ma nella forma di «disturbi somatoformi o di angoscianti idee persecutorie, coerentemente con le particolari concezioni dell'individuo, gli idiomi della sofferenza e le rappresentazioni del male diffusi in quelle società» (Beneduce, 2008, p. 51).

[8] "Teorie" sulla malattia e sulla loro cura che hanno pari dignità delle nostre, e che perciò non sono "credenze".

per comprendere tutte le esperienze Altre che questi pazienti possono portarci. Il rischio di fraintendimento e fallimento del processo terapeutico, nonché di patologizzazione dell'esperienza del paziente, è altrimenti molto alto. L'esempio iniziale di Ferat e del suo dire di "sentire due voci che gli parlano" ci appare a questo proposito emblematico.

In questa prospettiva, il mediatore non è solamente uno strumento da utilizzare a guisa di un applicativo di traduzione, per ovviare ad un problema di "barriera linguistica", ma deve assumere un ruolo e una dignità di *co-terapeuta*, che contribuisce tanto quanto il clinico nel favorire un buon esito del processo clinico, sia in termini di contenuti espliciti che di processi impliciti. Infatti, un mediatore etnoclinico esperto sa comprendere e tradurre non solo i contenuti verbali del discorso del paziente, ma sa anche aiutare la triade terapeutica a regolare i diversi stati affettivi o il ritmo degli scambi, ad esempio aumentando o accorciando i tempi dei turni di parola, al fine di favorire un contesto sicuro e una sintonizzazione affettiva tra i soggetti in gioco.

> *«In questo senso […] il mediatore etnoclinico non fornisce delle risposte (né al paziente né al collega), ma permette al paziente di formulare* meglio *le sue domande e al collega di ascoltare con più efficacia i nodi attorno a cui si coagula la sofferenza dell'Altro, la sua richiesta di aiuto. Si apre allora uno spazio di ascolto e discorso, dove le domande possono finalmente essere formulate»* (Taliani, Vacchiano, 2006, p. 159).

Considerare il mediatore come co-terapeuta potrebbe sembrare eccessivo, perché significa condividere parte della nostra responsabilità clinica con un'altra persona, che purtroppo non sempre ha una formazione clinica adeguata. Allo stesso tempo, significa condividere parte della dimensione di potere e autorità che caratterizza il ruolo terapeutico. Cionondimeno, come vedremo meglio più avanti, è fondamentale riuscire a lasciare andare queste remore (senza venir meno ovviamente alla nostra responsabilità clinica), al fine di costruire un'*alleanza di lavoro tra clinico e mediatore*, cioè quella dimensione centrale per la riuscita di un percorso terapeutico. E per favorire questa dimensione è fondamentale il processo di riconoscimento[9] del mediatore, della centralità del suo ruolo e della sua dignità professionale.

2. Riconoscimento e alleanza di lavoro: i fondamenti di una mediazione culturale efficace

L'alleanza di lavoro all'interno del setting etnoclinico assume una configurazione multilivello: clinico-paziente, mediatore-paziente, clinico-mediatore e gruppo terapeutico. In tale configurazione, l'alleanza tra terapeuta e mediatore costituisce il fondamento del processo terapeutico, ovvero la base su cui poter poi costruire un'alleanza terapeutica anche con il paziente (Miklavcic & LeBlanc, 2014).

Secondo il modello di Safran e Muran (2019), l'*alleanza terapeutica* è un processo intersoggettivo, co-costruito da terapeuta e paziente attraverso una negoziazione continua, che si fonda su tre elementi chiave: l'accordo sugli obiettivi della terapia, la collaborazione nei compiti terapeutici e il legame affettivo tra i due.

Portando questi elementi nel contesto a tre finora descritto, si può ipotizzare che un accordo

[9] Facciamo qui riferimento al concetto di riconoscimento in un'ottica di psicologia clinica, ovvero come «[…] principio fondamentale delle relazioni e dello sviluppo, […] come una funzione mentale; la capacità della mente di riconoscere l'altro come soggetto in relazione con se stessi come soggetti, vale a dire nella reciprocità» (Albasi, 2025).

sugli obiettivi della terapia, una collaborazione rispetto ai compiti e ai ruoli terapeutici ed un legame affettivo debbano costruirsi in primis tra mediatore e clinico. In tale prospettiva, il clinico è chiamato a porre *un'attenzione specifica alla relazione con il mediatore*, prima ancora che a quella con il paziente. A tal fine, questo rapporto deve fondarsi sul *riconoscimento* della differenza e della soggettività (Albasi, 2006, 2009) del mediatore, nonché del suo valore e dignità – esperienza che non è affatto scontata per lavoratori e professionisti appartenenti a minoranze visibili, quando ad esempio sono chiamati a lavorare presso Istituzioni Pubbliche quali una caserma dei Carabinieri, il Tribunale, un'ASL, ecc. In altre parole, occorre riconoscere che il mediatore possa dare un contributo specifico e significativo alla presa in carico, nonostante non è detto che abbia una preparazione clinica codificata, e riconoscere che il suo pensiero e contributo abbiano valore proprio in quanto tali. Ciò significa non tanto fare qualcosa di specifico, ma mantenere attivo un atteggiamento riflessivo e di apertura mentale verso la sua soggettività e allo stesso tempo un atteggiamento critico e riflessivo verso i propri saperi professionali e presupposti culturali. Nel tempo, ciò consentirà di costruire una relazione significativa e di fiducia che, in ambito lavorativo, permetterà lo sviluppo di una dimensione di alleanza di lavoro tra colleghi e metterà le basi per la creazione di un'alleanza terapeutica anche con il paziente.

Per poter attivare questo processo è necessario lavorare insieme per un periodo di tempo adeguato e seguire alcuni accorgimenti concreti e pratici[10].

In primo luogo, è fondamentale seguire lo stesso caso in maniera continuativa con lo stesso mediatore. Si tratta di qualcosa di apparentemente banale, ma nient'affatto scontato, perché in alcuni servizi le logiche al ribasso delle gare d'appalto hanno portato a servizi di mediazione che non permettono tale continuità.

Allo stesso tempo, se non c'è già una relazione consolidata con il mediatore, è necessario prendersi del tempo prima dell'incontro con il paziente per iniziare a conoscersi e porre le basi relazionali per l'avvio di quel processo di riconoscimento reciproco di cui si è discusso.

In terzo luogo, è fondamentale *la spiegazione del ruolo del mediatore al paziente* e la sua condivisione con il collega stesso. Infatti, se è usuale spiegare al paziente il setting clinico in cui si trova, allo stesso modo non è scontato che il collega mediatore abbia in mente il medesimo modello d'intervento. È quindi importante parlarne e condividere i diversi punti di vista, così da co-costruire un'idea comune.

Un modo più vicino all'esperienza per presentare il ruolo del mediatore, come esemplificato nella vignetta clinica iniziale, è quello di dire che aiuta a parlarsi e ad ascoltarsi meglio e con più facilità. Inoltre, un altro elemento caratteristico e importante da spiegare è quello della flessibilità del suo ruolo, ovvero che la presenza del collega non deve forzare il paziente a parlare in una determinata lingua, ma che egli rimane libero di esprimersi nel modo che preferisce. Questo è importante per non farsi orientare anche qui da un principio di essenzialismo linguistico-culturale, ma lasciare lo spazio al paziente di fare le proprie scelte, riconoscendogli quindi un'importante dimensione di competenza e agency.

Infine, è molto importante, *prima e dopo ogni seduta*, il *lavoro di condivisione* delle riflessioni e dell'esperienza soggettiva di ciascuno, ovvero il parlare apertamente di quanto sta accadendo o è accaduto con il paziente e tra clinico e mediatore. Per fare questo è fondamentale creare un *clima di sicurezza e autenticità*, che favorisca un ambiente di fiducia e accettazione, in cui sentirsi liberi di esprimersi ed esplorare le proprie difficoltà, senza bisogno di nasconderle o difendersi.

[10] I seguenti accorgimenti sono una sintesi e sistematizzazione dell'esperienza clinica maturata negli anni dallo scrivente, insieme al riferimento alla seguente letteratura: Tribe & Lane (2009), Leanza et al. (2014), Miklavcic & LeBlanc (2014), Chang et al. (2021).

In sintesi, si può sottolineare come la mediazione culturale non possa essere ridotta a semplice estensione o supplemento della coppia terapeutica clinico-paziente, ma debba portare a riconfigurare l'intero setting clinico, in modo da integrare e favorire il *ruolo attivo* di co-terapeuta del mediatore in tutta la presa in carico, e in questo modo l'attivazione di processi veramente trasformativi per il paziente. *Ciò significa riconoscere al mediatore la stessa dignità e valore professionale del terapeuta*, ovvero costruire uno spazio relazionale sicuro e di riconoscimento della sua soggettività, così come di tutte quelle in gioco nella stanza.

3. Radical Openness: l'atteggiamento attivo del clinico verso l'altro e sé

Come già accennato, la presenza del mediatore è fondamentale ma non sufficiente per far sì che l'esperienza sperimentata in seduta dal paziente sia trasformativa. Perché questo accada, è necessario che anche il terapeuta sia in grado di ascoltare e riconoscere la specificità e l'unicità dell'esperienza del paziente (Albasi, 2006, 2025), anche quando questa ci appaia troppo strana e diversa dalla nostra. La mediazione può sostenere questo processo, ma dev'essere integrata da un atteggiamento attivo del clinico di *apertura radicale* (*radical openness*; Hart, 2017, 2020) verso l'altro e verso sé.

Si esplora quest'ulteriore livello di complessità (della presa in carico clinica con la mediazione culturale) a partire da una breve vignetta clinica.

I soggetti presenti nella stanza sono in tutto cinque. Chi scrive, un'altra collega psicoterapeuta e un collega mediatore arabofono, originario del Maghreb, incontrano una coppia di genitori del Nord Africa, lui di 49 anni e lei di 41. La coppia viene segnalata dal servizio di Neuropsichiatria Infantile per un accompagnamento psicologico nel corso di un procedimento giudiziario, in cui era stata allontanata una delle figlie presenti, per sospetti di maltrattamento – sospetti che però, dopo le indagini, non hanno portato a formalizzare un'accusa.

Ad ogni modo, è il marito a parlare per primo e a farlo in italiano, cosa che dopo numerosi anni in Italia gli viene piuttosto naturale e senza particolare fatica. Preferisce infatti potersi esprimere direttamente, senza la mediazione del collega. Riferisce così delle difficoltà sempre maggiori che, a partire dai lockdown per il Covid-19, lui e la moglie hanno vissuto nella cura e nell'educazione della secondo genita, una ragazza di 17 anni, nata in Italia, con un quadro di sofferenza importante, diagnosticato in modi diversi dal servizio di NPI. Il signore descrive una figlia imprevedibile, che cambia umore da un momento all'altro e ha reazioni spesso spropositate ai limiti che le vengono dati. Riferisce inoltre dei tentativi di suicidio che ha commesso e del dolore e scompiglio che ciò ha provocato in famiglia. Riferisce poi di tutti i percorsi di cura che la figlia ha seguito, a partire dalla presa in carico in NPI, che dura ormai da quattro anni, passando poi per alcuni ricoveri ospedalieri e inserimenti in comunità riabilitativa. Inoltre, durante un periodo lungo di vacanza nel paese di origine della famiglia, la figlia è stata seguita e curata per degli episodi di malessere non ben specificati anche da uno psichiatra del posto.

In sintesi, il padre della ragazza sembra dirci implicitamente il suo far riferimento ad un modello psichiatrico e biomedico per spiegare e provare a comprendere, con grande fatica e dolore, il malessere della figlia.

All'opposto, la sig.ra S. si mostra inizialmente molto timida, non sentendosi a proprio agio nell'esprimersi apertamente e a prendere posizione. Sembra si senta in soggezione anche a parlare in arabo classico, cioè nella lingua ufficiale che ha studiato a scuola per qualche anno. Come equipe terapeutica, in particolare nella persona del collega mediatore, lavoriamo con calma e tatto per cercare di coinvolgere la signora, cercando di trasmetterle un senso di accoglienza e

riconoscimento della sua soggettività, così da far emergere pian piano il suo punto di vista.

È stato così che in una seduta, dopo diversi mesi, la signora ha potuto esprimere il proprio pensiero sul malessere della figlia, portando un modello esplicativo completamente diverso da quello del marito. Parlando in arabo al collega mediatore, riferisce come secondo lei il malessere della figlia sia originato dal fatto che quest'ultima passasse diverso tempo chiusa in bagno e lì sia stata "toccata" da un *jinn*[11]. La figlia stessa le aveva raccontato di una figura nera che aveva visto una volta nello specchio del bagno. Seguendo questa prospettiva, la famiglia ha provato a curare e liberare la figlia da questa entità tramite la lettura di versetti del Corano, ma i tentativi non sono stati sufficienti a farla stare meglio in modo duraturo.

Mentre parliamo di questo, il marito si mostra abbastanza scettico rispetto a questo tipo di interpretazione, che non critica apertamente, ma rispetto a cui dirà che si tratta maggiormente di idee della moglie piuttosto che sue.

Ascoltando queste parole, cerco di mantenere un atteggiamento riflessivo e di ascolto dei punti di vista di entrambi i pazienti e dei loro "modelli esplicativi" (Kleinman cit. in Quaranta, 2006). Nonostante questo, mi rendo conto di sentire comunque incertezza e un lieve disorientamento rispetto a questo orizzonte di significati della paziente, in cui esistono ontologicamente degli spiriti invisibili (*jinn*) che prendono un essere umano e possono fargli del male, perché, nonostante ne abbia approfondito parzialmente la conoscenza attraverso vari seminari, la mia specificità di intervento è altra e gli strumenti che ho a disposizione per aiutare questi genitori sono di altro tipo e non agiscono direttamente su queste entità. Cerco quindi di regolare queste sensazioni pensando all'importanza di mantenere un atteggiamento di apertura e riconoscimento della soggettività dell'altro, rimandando la questione del come rispondere ad un momento successivo, immaginando anche un confronto con gli altri colleghi, terapeuta e mediatore, presenti in stanza.

Contenuti di questo tipo possono attivare nel clinico reazioni di disagio, anche intenso, e difese automatiche (ad esempio un pensiero svalutante, che ritiene sia da pazzi ignoranti credere nella presenza di forze invisibili che possano nuocerci). In tali momenti, la questione clinica riguarda la possibilità di mantenere una posizione di ascolto e apertura verso la paziente, senza rifugiarci in una "chiusura paranoide" (nel senso che dà Sandra Buechler[12] a questo concetto). La conoscenza culturale del mediatore può sostenere il lavoro, ma richiede di essere integrata dalla capacità del clinico di restare in dialogo. Si pone pertanto il problema di quali risorse cliniche consentano di incontrare l'altro senza ridurlo a categorie pre-costituite e senza delegare interamente la comprensione al sapere "culturale" (la cosiddetta "competenza culturale").

Se da una parte il sapere culturale può essere una parziale risposta, perché acquisire una maggiore conoscenza e familiarità (almeno teorica) di alcuni idiomi della sofferenza può aiutarci a regolare il livello di attivazione, dall'altra però non è una risposta sufficiente, poiché rischia di ancorare la nostra sicurezza a contenuti teorici e tecnici che non ci permettono di incontrare la soggettività del paziente (perché ad esempio quei contenuti potrebbero non essere pertinenti per

[11] Molto diffusi nella cultura popolare araba e nelle aree influenzate dall'islam, i *jinn* rappresentano delle entità invisibili, maschili o femminili, «sono ritenuti responsabili di malattie, disturbi e problemi quando vengono infastiditi, ma non hanno necessariamente un carattere negativo. Spesso stringono relazioni con i loro partner umani analoghe a quelle fra amanti, imponendo regole e vincoli ecc.» (Beneduce, 2008, pp. 78-79). Si veda anche l'articolo di Vinea (2023).

[12] Nel suo testo del 2012, *Valori clinici*, Sandra Buechler contrappone la chiusura paranoide, data dalla paura verso ciò che è sconosciuto e non familiare, all'apertura curiosa all'ignoto.

lui/lei, come già esemplificato all'inizio). Questa competenza può condurre più probabilmente a costruire una *pre-comprensione* dell'altro (Gadamer, cit. in Hart, 2020), con il rischio di incasellarlo in una categoria culturale.

Nel dire questo, sto riprendendo la critica che fa Anton Hart[13] al movimento della competenza multiculturale per come si è venuto a sviluppare negli Stati Uniti – ovvero costruendo manuali e guide su che cosa e come sia più corretto esprimersi e comportarsi, secondo quindi una logica piuttosto prescrittiva e difensiva da eventuali errori. Egli infatti critica:

> *«[…] l'aspirazione di "diventare competenti" nel relazionarsi con esseri umani che sono diversi da noi stessi, [ovvero critica un] approccio che porta a studiare l'Altro in modo acquisitivo, non partecipativo e, molto probabilmente, oggettificante»* (Hart, 2017, p. 12).

E sostiene quindi che:

> *«[…] il superamento dei confini culturali o razziali non sia qualcosa in cui si possa diventare competenti [become competent at] […] ma] che sia qualcosa a cui si debba* ***diventare aperti*** *[become open to]»* (Hart, 2022, p. 244).

Hart porta quindi una visione critica che, attingendo soprattutto dall'ermeneutica di Gadamer, afferma l'importanza di tollerare il non sapere, di sospendere il proprio giudizio ed essere messi in discussione e trasformati dall'esperienza dell'altro, per poterlo incontrare e comprendere davvero. Lasciando andare ciò che si pensa di sapere sull'altro, lasciando cioè andare una *posizione di superiorità epistemica* e di potere, interrogandosi sul proprio stare nella relazione, si riduce il rischio di assimilare l'altro alle nostre categorie e di riprodurre quindi un rapporto gerarchico e univoco. Questo vale sia nel rapporto con il paziente che con il collega mediatore.

Ad esempio, nell'esplorare il possibile significato della categoria di *jinn* a fine seduta con il collega mediatore è fondamentale interrogarsi se l'esplorazione sia orientata a comprendere la specificità di questa teoria/visione del mondo o se, consapevolmente o meno, si stia cercando di riportarla ad esempio all'interno di un quadro psichiatrico, riproducendo cioè una posizione colonizzante dell'altro e che non riconosce dignità e valore ad una visione diversa del mondo[14].

Stiamo parlando quindi di un atteggiamento di *radicale apertura* all'altro e alle sue teorie sul mondo (*Radical Openness*; Hart, 2017, 2020), ovvero di un atteggiamento che non è passivo o semplicemente tollerante, ma è un impegno attivo a *mettere in discussione sé stessi nel momento dell'ascolto* e ad *accettare l'insicurezza epistemica come condizione fondamentale di un incontro etico e trasformativo con l'altro*.

Per tornare all'esempio clinico, è fondamentale quindi non "solo" essere meno difesi e più aperti rispetto al mondo ignoto dei *jinn*, ma *essere anche curiosi in modo critico e riflessivo* verso di esso e quindi verso la specificità di chi lo sta raccontando e, allo stesso tempo, verso ciò che questo genera nel clinico e nella relazione (tra clinico, mediatore e paziente).

[13] Anton H. Hart, Ph.D., FABP, è responsabile della Sezione Diversità del Dipartimento di Formazione Psicoanalitica dell'American Psychoanalytic Association. È formatore, supervisore e docente presso il William Alanson White Institute, and in private practice in New York.

[14] Questo ovviamente in prima battuta, perché l'ipotesi di una situazione di malessere che "va oltre", diventando quindi psicopatologica, rimane comunque possibile nella nostra mente.

In continuità con quanto emerso, si può sostenere che, per riuscire ad incontrare e occuparci dell'altro, anche all'interno di un setting etnoclinico, piuttosto che investire risorse nell'accrescere le competenze culturali in termini prescrittivi e di contenuto, sia più importante adottare un *principio metodologico di radicale apertura*, cioè un mantenersi *curiosi e ricettivi in modo critico-riflessivo verso il nuovo e ciò che è inatteso*, sia in relazione a sé stessi che in relazione all'altro, che sia paziente o mediatore.

Questo deve configurarsi non tanto come un punto di arrivo, quanto come un punto di partenza, per diventare sempre più curiosi e attenti alle varie sfumature e intersezioni di ciò che ci differenzia e caratterizza l'uno dall'altro.

In questo modo sarà possibile costruire una presa in carico trasformativa e che riconosca autenticamente le complessità e le unicità in gioco nell'incontro clinico con la mediazione culturale e con pazienti Altri.

Riassunto

Parole chiave: mediazione linguistico-culturale; psicoanalisi relazionale; alleanza di lavoro; essenzialismo culturale; radical openness.

Il lavoro esplora la complessità della presa in carico psicoterapeutica con pazienti con background migratorio quando il lavoro clinico integra la mediazione linguistico-culturale, sostenendo la tesi che essa non sia un mero ausilio tecnico, ma un dispositivo etnoclinico che riconfigura il setting relazionale da diadico a triadico (o pluripersonale) e ne modifica le condizioni intersoggettive. In una prospettiva di psicoanalisi relazionale e dell'attaccamento, l'articolo sviluppa un'argomentazione clinico-teorica a partire da vignette di lavoro etnoclinico, utilizzate come materiale osservativo per descrivere come la presenza di un terzo renda la relazione paziente-terapeuta "mediata" e più complessa.

A partire da questa trasformazione, viene discusso il mutamento della dinamica intersoggettiva: la nuova configurazione pluripersonale amplia il campo relazionale (paziente, clinico, mediatore e relative configurazioni) e richiede un'attenzione specifica al complessificarsi dei processi di regolazione affettiva e di co-costruzione del significato. In questa cornice, la mediazione è concettualizzata come funzione di co-terapia: non una semplice traduzione, ma il favorire l'emergere delle domande del paziente e il sostenere un ascolto clinico efficace, che diventino la possibilità di un incontro e cambiamento terapeutico.

Da qui deriva la centralità dell'alleanza clinico–mediatore, intesa come fondamento operativo dell'intero processo clinico: il lavoro richiede il riconoscimento della differenza e della soggettività del mediatore, del suo valore e della sua dignità professionale, e alcuni accorgimenti di setting. Infine, l'articolo propone la *radical openness* come principio metodologico: più che "diventare competenti" in senso prescrittivo, si tratta di impegnarsi in modo attivo ad aprirsi all'altro, tollerando il non sapere e l'insicurezza epistemica dell'incontro con l'alterità, sospendendo pre-comprensioni e posizioni di superiorità epistemica, per restare in dialogo con paziente e mediatore e consentire processi trasformativi nel campo clinico.

THE COMPLEXITY OF CLINICAL WORK WITH CULTURAL MEDIATION FROM A RELATIONAL PSYCHOANALYTIC AND ATTACHMENT PERSPECTIVE

Abstract

Key words: linguistic-cultural mediation; relational psychoanalysis; working alliance; cultural essentialism; radical openness.

The paper explores the complexity of psychotherapeutic treatment with patients with a migratory background

when clinical work integrates linguistic-cultural mediation, advancing the thesis that such mediation is not a mere technical aid but an ethnoclinical device that reconfigures the relational setting from dyadic to triadic (or multiperson) and thereby alters its intersubjective conditions. From a relational psychoanalytic and attachment-based perspective, the article develops a clinical-theoretical argument grounded in ethnoclinical vignettes, used as observational material to show how the presence of a third party renders the patient–therapist relationship "mediated" and more complex.

Building on this transformation, the paper discusses the shift in intersubjective dynamics: the new multiperson configuration expands the relational field (patient, clinician, mediator, and their respective configurations) and requires specific attention to the increasing complexity of affect regulation processes and the co-construction of meaning. Within this framework, mediation is conceptualized as a co-therapeutic function: not a simple act of translation, but rather fostering the emergence of the patient's questions and sustaining an effective clinical listening stance, so that these may become the possibility of a therapeutic encounter and change.

From this follows the centrality of the clinician–mediator alliance, understood as the operational foundation of the entire clinical process: the work requires recognition of the mediator's difference and subjectivity, of their value and professional dignity, and certain setting-related arrangements. Finally, the article proposes radical openness as a methodological principle: rather than "becoming competent" in a prescriptive sense, it entails an active commitment to opening oneself to the other, tolerating the not-knowing and the epistemic uncertainty that arises in the encounter with alterity, suspending pre-understandings and positions of epistemic superiority, in order to remain in dialogue with patient and mediator and to enable transformative processes within the clinical field.

Bibliografia

Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici: I modelli operativi interni dissociati*. UTET Università.

Albasi, C. (2009). *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Raffaello Cortina Editore.

Albasi, C. (2024). La straordinaria attualità di *Speranza e timore in psicoanalisi* di Stephen A. Mitchell. Il contesto della sua pubblicazione e il contesto contemporaneo. In *Speranza e timore in psicoanalisi* (pp. VII–XLIV). Giovanni Fioriti Editore.

Albasi, C. (2025). *Elementi di psicologia clinica psicoanalitica relazionale e dell'attaccamento*. Istituto Mitchell.

Baker, H. D. R. (1979). *Chinese family and kinship*. Columbia University Press.

Barsness, R. E. (2017). *Core competencies of relational psychoanalysis: A guide to practice, study, and research*. Routledge.

Barsness, R. E. (Ed.). (2018). *Competenze cliniche nella psicoanalisi relazionale: Un manuale per la pratica, lo studio, la ricerca* (C. Albasi, Ed. ed. it. ampliata). Giovanni Fioriti Editore.

Beneduce, R. (2003). La terza sponda del fiume: Un approccio antropologico alla mediazione culturale. In M. Andolfi (Ed.), *La mediazione culturale: Tra l'estraneo e il familiare* (Vol. 1, pp. 39–72). FrancoAngeli.

Beneduce, R. (2004). *Frontiere dell'identità e della memoria: Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo* (Ed. rivista e ampliata). FrancoAngeli.

Beneduce, R. (2008). *Breve dizionario di etnopsichiatria*. Carocci.

Beneduce, R. (2014). Una "differenza intrattabile": Credenze, metafore e politiche della traduzione nella cura degli immigrati. *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica, 16*(37), 147–189.

Beneduce, R. (2020). Articolazioni fra storia, cura e memoria. Guardare le cose da La terza sponda del fiume. *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, *21*(49), 91–116.

Buechler, S. (2012). *Valori clinici: Le emozioni nel trattamento psicoterapeutico*. Raffaello Cortina Editore.

Chang, D. F., Hsieh, E., Somerville, W. B., Dimond, J., Thomas, M., Nicasio, A., Boehler, M., & Lewis-Fernández, R. (2021). Rethinking interpreter functions in mental health services. *Psychiatric Services, 72*(3), 353–357.

Fosshage, J. L. (2004). The explicit and implicit dance in psychoanalytic change. *Journal of Analytical*

Psychology, 49(1), 49–65.
Hart, A. (2017). From multicultural competence to radical openness: A psychoanalytic engagement of otherness. *The American Psychoanalyst, 51*(1), 12–27.
Hart, A. (2018). Why diversities? *The American Psychoanalyst, 53*(3), 8–10.
Hart, A. (2020). Principles for teaching issues of diversity in psychoanalytic context. *Contemporary Psychoanalysis, 56*(2–3), 404–417.
Hart, A. (2022). From multicultural competence to radical openness. In B. J. Stoute & M. Slevin (Eds.), *The trauma of racism* (pp. 244–250). Routledge.
Leanza, Y., Miklavcic, A., Boivin, I., & Rosenberg, E. (2014). Working with interpreters. In L. J. Kirmayer, J. Guzder, & C. Rousseau (Eds.), *Cultural consultation* (pp. 89–114). Springer.
Miklavcic, A., & LeBlanc, M. N. (2014). Culture brokers, clinically applied ethnography, and cultural mediation. In L. J. Kirmayer, J. Guzder, & C. Rousseau (Eds.), *Cultural consultation* (pp. 115–137). Springer.
Mind of State Media. (n.d.). *The case for radical openness (No. 22)* [Audio podcast episode]. https://mindofstate.com/the-case-for-radical-openness/
Quaranta, I. (Ed.). (2006). *Antropologia medica: I testi fondamentali*. Raffaello Cortina Editore.
Safran, J. D., & Muran, J. C. (2019). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica* (Nuova ed.). Laterza.
Taliani, S., & Vacchiano, F. (2006). *Altri corpi: Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*. Unicopli.
Totten, J., & Neely, M. (n.d.). *Episode 40: Radical openness (No. 40)* [Audio podcast episode]. https://soundcloud.com/betweenuspodcast/episode-40-radical-openness
Tribe, R., & Lane, P. (2009). Working with interpreters across language and culture in mental health. *Journal of Mental Health, 18*(3), 233–241.
Vinea, A. (2023). Possessed or insane? Diagnostic puzzles in contemporary Egypt. *International Journal of Middle East Studies, 55*(2), 260–274.

Giacomo Denanni
Psicologo Psicoterapeuta, Psicoterapeuta associato all'Istituto Mitchell di Torino, Cultore della Materia nella cattedra di Psicologia Clinica Relazionale e dell'Attaccamento presso l'Università di Torino – Dipartimento di Psicologia, socio dell'Associazione Frantz Fanon, membro dell'Associazione Studi Relazionali, Torino.

Corrispondenza
mail@giacomodenanni.it