

## *gruppi nella clinica*

### Gruppi e dispositivi di traduzione clinica

FILIPPO CASADEI, SALVATORE INGLESE, SERGIO ZORZETTO GIUSEPPE CARDAMONE

#### *Riassunto*

Sono qui presentate alcune conclusioni di una ricerca-azione svolta presso l'Azienda USL 4 di Prato tra il 2004 e il 2005. Tale ricerca pluridisciplinare aveva come obiettivi l'analisi quantitativa degli accessi ai servizi psichiatrici da parte dei migranti, lo studio qualitativo delle interazioni tra servizio sociale e utenza straniera, infine la sperimentazione di un dispositivo di mediazione linguistica nelle consultazioni con i pazienti migranti. L'articolo si concentra su quest'ultima direttrice di ricerca e riporta una serie di osservazioni effettuate durante le sedute di gruppo con i pazienti migranti, bambini e adulti. Attraverso l'analisi di alcuni bozzetti viene messo in luce il funzionamento della traduzione, e gli effetti di campo che si producono nella clinica a partire da una costituzione multiprofessionale e multilinguistica del setting. Si è potuto constatare quanto segue: 1. la traduzione clinica fa emergere contenuti nuovi, non espressi o addirittura impensati prima dello scambio linguistico; 2. l'impiego della lingua matrice consente al paziente di attivarsi, riappropriandosi del suo sistema di pensiero; 3. il campo clinico, tramite l'attivazione del dispositivo, diventa più complesso; 4. all'interno del dispositivo l'interprete è messo particolarmente sotto stress, e le sue condizioni vanno attentamente monitorate nel corso del lavoro.

*Parole chiave:* gruppo, clinica, traduzione, mediazione

#### ***Group and device clinic translation***

#### *Abstract*

We present some conclusions of a research project that was developed in the "Azienda Sanitaria" of Prato between the 2004 and the 2005. This multi-disciplinary research aimed at a) the quantitative analysis of immigrant people who accessed the mental health services, b) the qualitative analysis of the interactions between the social service and the immigrant users, and c) the experimentation of a research and clinical setting implemented by the linguistic mediation to cope with the problems of immigrant patients (children and adults). This article focuses on the last point, and reports a series of observations that were made during the clinical group-sessions. Through the analysis of some clinical sketches we try to understand how translation works, and which field-effects a multi-professional and multi-linguistic setting has on the clinical work. The following remarks were made: 1. the clinical translation elicits new contents, that

## gruppi nella clinica

would remain unexpressed or even unthought without the interlinguistic exchange; 2. the use of the 'matrix-language' allows the patient to be active, and to retake possession of his/her own thought system; 3. thanks to the multi-linguistic setting the clinical field becomes more complex, new phenomena appear; 4. the interpreter in particular is put under stress by this type of setting, and his/her conditions should be attentively monitored during the clinical process.

*Key-words:* group, clinic, translation, mediation.

### 1. Premessa

In questo articolo cercheremo di presentare alcuni problemi di metodologia della traduzione che, come gruppo clinico ispirato ai principi dell'etnopsichiatria, abbiamo reperito lungo il nostro percorso di lavoro. L'esperienza di cui parleremo si è svolta presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL di Prato, nell'ambito di una ricerca-intervento strutturata intorno all'attivazione di un dispositivo di mediazione linguistico-culturale<sup>1</sup>.

Quando si parla di mediazione linguistica e culturale in Italia si pensa generalmente al singolo professionista, di origine straniera, che si interpone tra un utente straniero e un soggetto istituzionale offrendo come servizio specifico la sua capacità di far dialogare due mondi, in virtù di un bilinguismo acquisito con fatica attraverso la propria esperienza migratoria. La collaborazione prolungata con i mediatori nei servizi di salute mentale ci ha invece permesso di esplorare in maniera sistematica altre possibilità operative, centrate non sull'individualità risolutrice dell'interprete, ma sulla pratica collettiva del tradurre, svolta da un gruppo che accoglie lo scambio tra lingue entro un orizzonte metodologico condiviso. La clinica, approssimandosi sempre più ai movimenti interni della traduzione, riesce a sposare gli sforzi del terapeuta con quelli del mediatore. Metodologia clinica e metodologia della traduzione diventano così la doppia elica dell'approccio di cura, l'unità di base da cui si sviluppano gli oggetti e i processi dell'incontro terapeutico.

Secondo la strutturazione prevista dal progetto di ricerca, un gruppo di mediazione formato da uno psicologo, da un semiologo e da un interprete (quello di turno) si attivava su richiesta del servizio pubblico per affiancare l'operatore nella presa in carico dell'utente straniero, offrendo così la possibilità di condurre una serie di incontri nella lingua *matrice* della persona<sup>2</sup>. L'obiettivo della ricerca era quello di descrivere gli effetti di campo prodotti da tale costituzione *multiprofessionale* e *multilinguistica* del setting clini-

---

<sup>1</sup> Col nome di battaglia El Harrag il nostro gruppo di ricerca-azione si è fatto autore collettivo del libro *Di clinica in lingua: migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura* (Milano, Colibrì, 2007). Esso racconta nelle sue diverse dimensioni problematiche, e nei suoi tre filoni operativi, un progetto che accomuna molteplici attori e metodologie di ricerca nell'obiettivo di comprendere una realtà territoriale complessa (sociale, clinica, istituzionale) secondo una prospettiva di tipo etnopsichiatrico. In particolare il capitolo terzo affronta le questioni di 'traduzione clinica' qui discusse in forma più asciutta.

<sup>2</sup> Al contrario di quanto accade in un gruppo monolingue, dove la lingua parlata da ciascun individuo coincide con la lingua della madre, in un gruppo multilinguistico la *lingua prima*, in termini culturali, potrebbe non coincidere con la lingua materna: la lingua prima corrisponde al risultato storico di una differenziazione culturale per cui essa è anche la *lingua dominante* rispetto al luogo d'origine, o dominante rispetto ad un quadro politico e/o giuridico. Il *topos* e il *nomos* definiscono infine un'origine culturale del locutore. Date queste evidenze, si propone di sostituire il concetto di lingua madre, visti i problemi e le confusioni che genera, con quello di lingua *matrice* (Casadei, Festi, Inglese, 2005:277).

co, nonché di aumentare le conoscenze e le competenze relativamente alla funzione di mediazione in salute mentale.

Sebbene si possa in genere constatare una bassa conoscenza dell'italiano da parte dell'utenza del DSM – con le difficoltà che ne discendono sul piano terapeutico ed assistenziale – la conduzione dei colloqui clinici *in lingua* non mirava semplicemente a rendere possibile l'interazione. Questo aspetto è stato più volte sottolineato anche agli operatori, specificando loro che il livello di competenza nell'utilizzo dell'italiano non rappresentava di per sé un criterio di esclusione dei pazienti dal protocollo di ricerca. Come si cercherà di mostrare più avanti, l'utilizzo della lingua del paziente serve a rendere appositamente – *artificialmente* – più denso e complesso lo scenario clinico, mai a semplificare lo scambio terapeuta-paziente.

I casi trattati disegnano un ventaglio variegato di situazioni cliniche all'interno delle quali il dispositivo di mediazione è stato chiamato ad intervenire. In funzione dell'inviante, si possono distinguere:

- a) i casi giunti al servizio grazie all'attivazione del gruppo familiare;
- b) i casi inviati da altri operatori sanitari: medico di Medicina generale, altro reparto ospedaliero, medico esercitante la libera professione;
- c) i casi segnalati dalle istituzioni scolastiche;
- d) i casi inviati da organizzazioni del privato sociale.

In funzione della fase della presa in carico, e dunque degli obiettivi perseguiti dagli operatori del servizio pubblico, si distinguono:

- a) gli interventi in caso di prime visite a fini diagnostici e di impostazione del programma terapeutico-assistenziale. In tali circostanze, il dispositivo è stato attivato per agevolare la ricostruzione anamnestica del caso ed il processo diagnostico;
- b) gli interventi che si inseriscono nel corso di una presa in carico già avviata: gli obiettivi della mediazione si sono indirizzati verso il supporto alla funzione psicoterapeutica del clinico e/o alla valutazione dell'andamento del trattamento farmacologico;
- c) gli interventi all'interno di una presa in carico integrata fra diversi servizi aziendali e per i quali si richiedeva una valutazione specifica dello sviluppo psicomotorio e soprattutto delle attitudini/competenze genitoriali verso i figli.

Dal momento che il mandato del gruppo di mediazione era quello di supportare l'interazione clinica rendendola culturalmente sensibile, l'operatore responsabile del caso ha sempre mantenuto la direzione degli incontri, impostandone gli obiettivi e le modalità (colloquio, somministrazione di test, ecc.) e definendone i tempi. Compatibilmente con le disponibilità degli operatori, si è cercato sempre di organizzare un momento di discussione sia prima dell'incontro, al fine di condividere la conoscenza

## *gruppi nella clinica*

sulla situazione problematica e gli obiettivi da raggiungere; sia dopo, per valutare quanto emerso dal colloquio in termini di contenuti e di processi. Ovviamente il funzionamento del dispositivo di mediazione veniva messo ogni volta in cima alla lista delle questioni da discutere. In base alla nostra esperienza possiamo dire che tali fasi *interlocutorie* prima e dopo la consultazione non rappresentano un contorno della clinica, ma sono parte fondamentale del lavoro clinico in quanto:

- a) permettono ai membri del gruppo di *negoziare* e *progettare* nelle sue diverse dimensioni operatorie e metodologiche l'azione clinica;
- b) promuovono e accelerano il *trasferimento di competenze* da una parte all'altra del sistema: gli interpreti acquisiscono progressivamente la conoscenza delle regole del lavoro clinico mentre i professionisti apprendono le regole del processo di traduzione;
- c) permettono all'organismo del dispositivo di *auto-istruirsi attraverso la moltiplicazione dei propri circuiti di retroazione* (dinamica costruttivista estesa): *maggiore* sarà il numero di connessioni e informazioni scambiate all'interno del gruppo, *migliore* sarà la sua sensibilità esplorativa che si accoppierà a una sua più avanzata competenza clinica rispetto alla varietà e all'incremento dei fenomeni problematici (sintomi, segni, sindromi, disturbi psicopatologici influenzati dai contesti culturali di provenienza e di adozione in ogni momento della loro presentazione: patogenesi, patoplastica, terapeutica ed esito).

## *2. I dispositivi di traduzione clinica*

Dopo questa breve presentazione della ricerca, passiamo ora ad analizzare alcuni aspetti tecnici della traduzione clinica attraverso una serie di esempi che si ispirano alle *mediazioni in vivo* concretamente effettuate dal gruppo.

Si potrebbe dire che si ottiene un materiale affettivamente significativo solo quando si accetta di far entrare nella scena clinica porzioni altrettanto significative del mondo di vita da cui provengono le persone. Non si tiene forse conto a sufficienza di quanto l'accesso al mondo interno dell'altro sia reso possibile da un terreno condiviso di esperienze e conoscenze. Se ci trovassimo davanti a una giovane donna cinese e alla sua figlia decenne, entrambe attonite di fronte al tentativo della Scuola e della Neuropsichiatria infantile di capire come mai la ragazzina presenti enormi difficoltà sul piano dell'apprendimento scolastico e linguistico; di più, se ci trovassimo a dover sottoporre alla figlia una serie di test intellettivi e quella rimanesse per tutto il tempo chiusa in un mutacismo puntiglioso, seduta sulla sedia come un'allieva diligente ma con la testa girata verso il muro, in che modo potremmo aprire un dialogo col sistema-paziente, instaurare un'alleanza, ricostruire una storia? Certo, cominciando a rivolgerci alla madre, seguendo però quale spunto? ...ad esempio l'*età* della madre al momento della nascita della bambina. Da una semplice notazione temporale come questa il gruppo di mediazione potrebbe ricostruire il mondo di provenienza della donna, e poi la storia della gravidanza, della nascita e dei primi mesi di vita della figlia. L'interprete veicolerebbe al resto del gruppo una serie di conoscenze presupposte dalla domanda sull'*età*, riguar-

danti il mondo d'origine. Se la donna fosse rimasta incinta *prima* del compimento del suo ventunesimo anno, contravvenendo così alle disposizioni legislative del proprio paese, per tenere la figlia sarebbe stata costretta ad immergersi in un percorso di clandestinità. Dopo la nascita della bambina, madre e figlia sarebbero poi dovute rimanere nascoste ancora per lunghi periodi, senza mai poter uscire e con la paura di essere scoperte in ogni momento dalle autorità. Probabilmente la madre sarebbe stata continuamente angosciata dall'eventualità che la figlia, con i suoi pianti, potesse attirare l'attenzione di qualcuno. Una simile narrazione rimetterebbe in discussione l'immagine iniziale della paziente, basata su un quadro di ritardo mentale di matrice puramente cognitiva.

“La particolarità delle mediazioni, ovvero delle traduzioni in tempo reale durante le consultazioni, è quella di essere caratterizzate da una manipolazione sistematica e secondo opportunità o necessità delle lingue rappresentate, spesso più di una, secondo flussi di polivocalità multilinguistica” (Casadei, Festi, Inglese, 2005:279). Quando il terapeuta incontra il paziente straniero lo spazio clinico dovrebbe diventare un luogo di vivo confronto e di moltiplicazione delle lingue. Troppe volte però questa potenzialità non può essere sfruttata a causa dell'egemonia che la lingua del sistema terapeutico, anche senza averne l'aspirazione, esercita sulle altre varietà linguistiche. Supponiamo che il clinico si offra di parlare una lingua veicolare di una certa area, ad esempio il francese, utilizzato in gran parte dell'Africa Occidentale, perché in questo modo pensa di riuscire a comunicare più facilmente con il paziente senegalese che ha di fronte. Con molta probabilità l'offerta sarà respinta: il paziente infatti opterà per l'italiano anche se conosce questa lingua peggio del francese, essendo convinto che così potrà accedere senza altre condizioni alle cure di cui necessita. L'intervento dell'interprete è necessario dal momento che la sua presenza fisica in seno al sistema terapeutico autorizza il paziente a parlare la propria lingua, senza per questo fargli temere un'esclusione dalle cure in quanto soggetto poco condiscendente all'integrazione e all'acculturazione *per via* medica. In presenza del mediatore che traduce, il paziente accetta l'invito ad esprimersi nella propria lingua matrice. La ragione sta nel fatto che il setting accoglie un ospite speciale, qualcuno che parla la stessa varietà linguistica del paziente e si manifesta come il suo doppio: seconda voce narrante in grado di raccontare le esperienze della migrazione, alter ego che ha saputo conquistarsi uno status riconosciuto all'interno del gruppo curante.

Immaginiamo una situazione in cui una donna maghrebina sia seguita da tempo dai servizi di salute mentale per un grave disturbo depressivo; immaginiamo inoltre che dopo un lungo percorso in psichiatria come “depressa” la paziente sperimenti per la prima volta, da quando è in Italia, un setting clinico potenziato dalla presenza dell'interprete: avrebbe a che fare con un sistema di presa in carico finalmente *sensibile* alla sua *soggettività culturale* oltre che alla sua *dimensionalità psicopatologica*. Se anche la paziente parlasse con padronanza l'italiano, pensiamo che non esiterebbe un istante a passare alla sua lingua matrice, l'arabo. Il cambiamento di codice linguistico, suscitato in modo apparentemente spontaneo dalla disponibilità di un interprete – attore “terzo” e intermediario, identificato e utilizzato sia dalla paziente che dal dispositivo interattivo – sarebbe in grado di favorire un delicato passaggio terapeutico perché autorizzerebbe “ciò che nella *lingua ospite* non è necessariamente permesso, soprattutto a livello di espressione degli affetti e della (de)nominazione di eventi che risultano falsamente traducibili...” (Casadei e Inglese, 2005:294). Siamo convinti che tale slittamento lin-

## gruppi nella clinica

guistico, indotto senza bisogno di uno specifico ordine prescrittivo o indicazione procedurale, produrrebbe anche degli effetti di attivazione personale capaci di rovesciare la posizione passiva e dipendente della paziente, che la dimensione clinica convenzionale rischia sempre di indurre, in un atteggiamento più dinamico. La paziente, facendo gradualmente leva sulla sua nuova competenza linguistica, potrebbe anche arrivare a *contestare* la diagnosi di “depressione maggiore” ricevuta negli altri servizi, per sostituirla con un’immagine allegorica di tipo tradizionale come “*non vedo il filo bianco*”. La mutazione da una condizione linguisticamente subalterna (*adattarsi alla lingua dell’altro*) a una posizione espressivamente autonoma (*è l’altro ad adattarsi alla mia lingua*) potrebbe consentire alla persona di formulare una nuova descrizione di sé in quanto paziente che aderisce ad un programma di cura.

Quando il traduttore seleziona la lingua in cui avverrà lo scambio, non è detto che la sua scelta cadrà sulla lingua matrice, soprattutto se questa è considerata nel contesto geoculturale di riferimento come un *dialetto*. Più facilmente accade che la lingua selezionata sia invece quella *standard*, o lingua *tetto*, che gode di maggiore prestigio rispetto ai dialetti subordinati e funziona per essi da norma. Per la sociolinguistica (Hudson, 1980:46) una lingua standard è una lingua intenzionalmente fabbricata dalla società per mezzo di un processo, la *standardizzazione* appunto, così segmentabile:

- 1) *selezione* di una varietà già esistente, legata a un gruppo umano particolare, oppure di *item* provenienti da varietà differenti che vanno a costituire un nuovo amalgama;
- 2) *codificazione* della varietà scelta o composta in forma di dizionari e grammatiche;
- 3) *elaborazione della funzione*: il codice è impiegato sistematicamente per tutte le funzioni legate al governo politico e culturale della società;
- 4) *accettazione*: la varietà viene adottata e riconosciuta dall’intera popolazione come lingua ufficiale, che rende possibile a gruppi parlanti idiomi diversi di entrare a far parte di una comunità linguistica più ampia.

Dal momento in cui un codice viene processato in questo modo e messo al di sopra di un arcipelago di varietà preesistenti, queste ultime diventano dialetti, in subordine alla nuova lingua emergente. Un esempio interessante di standardizzazione può essere quello della lingua cinese imperiale: “L’unificazione della Cina ebbe inizio verso il III secolo a.C. con la dinastia Qin ... e fu completata dalla dinastia Han, che regnò per i quattro secoli successivi. Ambedue le dinastie regnavano al nord con capitale Xian, e furono responsabili della diffusione della loro lingua, originaria della Cina del nord, a quasi tutto l’impero cinese. Nei duemila anni che seguirono si ebbe una differenziazione in numerose altre lingue ...” (Cavalli-Sforza, 1996:220). Prendiamo ora un esempio di traduzione clinica, che riguardi appunto il tema delle varietà parlate in Cina e il rapporto di dipendenza tra lingua standard e dialetti. Poniamo il caso che durante una consultazione con una famiglia cinese il traduttore scelga di non rivelare da quale parte del paese egli provenga. I codici cinesi di presentazione in situazioni del tipo “visita in ambulatorio” consentono una modalità molto spiccia di saluto e riconoscimento reciproco, che esclude l’indicazione della provenienza regionale. Si verificherebbe

così una situazione in cui, sebbene l'interprete e la famiglia provengano dalla stessa città del sud, e parlino di conseguenza il medesimo dialetto, l'intera comunicazione si svolgerebbe in cinese mandarino, lingua imperiale del nord, molto diversa dagli idiomi del sud. Il mandarino, o cinese standard, è uno strumento di comando, scritto e utilizzato nei documenti ufficiali, mentre i dialetti sono orali e parlati nei contesti quotidiani di vita familiare e lavoro. Scegliendo di comunicare per tutta la durata della consultazione in lingua standard, e respingendo il dialetto in un "dietro le quinte" di scambi intrafamiliari sussurrati, l'interprete imprimerebbe all'interazione verbale le marche del discorso autorizzato, fatto secondo protocollo. Se i terapeuti non immaginassero a questo punto l'esistenza di tale spazio comunicativo, artificiosamente suddiviso in *frontstage* e *backstage*, o non sospettassero che il "cinese" che stanno ascoltando non è in realtà la lingua matrice della famiglia presa in carico, non avrebbero alcuna possibilità di utilizzare questo vantaggio tattico ai fini della cura.

L'introduzione della lingua matrice del paziente è in grado di *produrre* fatti clinici di rilievo, sia per la diagnosi che per la terapia. A tale riguardo presentiamo un bozzetto che ci permette di cogliere uno di questi fenomeni linguistico-clinici nelle sue linee essenziali. Se al servizio di Neuropsichiatria infantile arrivasse un bambino marocchino di circa otto anni al quale venisse diagnosticata una forma di epilessia benigna, quale peso potrebbe avere l'utilizzo dell'interprete sul processo terapeutico? Poniamo il caso che durante il colloquio con il gruppo di mediazione emerga uno strano racconto: il bambino narra di avere visto un giorno in classe la faccia dell'insegnante che si trasformava e si metteva a girare vorticosamente su se stessa. Nel racconto la mimica facciale deformata del maestro di scuola si confonde con altre visioni rimescolanti, di animali feroci che sbranano la preda come nei documentari televisivi sull'Africa. Sappiamo che queste scene di divoramento, con esseri straordinari in grado di cambiare di colpo il loro sembiante, arrivano sotto forma di immagini fulminee e precedono solitamente la crisi epilettiforme, dalla quale il bambino si risveglia con il volto deformato dalle convulsioni.

Figuriamoci ora che l'interprete, nell'ascoltare il bambino mentre narra in arabo l'episodio, assuma un'espressione interrogativa, come se non capisse. Si potrebbe intuire, guardando la sua reazione, che ci troviamo in un passaggio comunicativo alquanto perturbato. Forse sta accadendo qualcosa di singolare. Invitiamo l'interprete a tradurre le parole del bambino: "una faccia che gira...", una struttura che gira..., ma in realtà sono le frasi arabe che sembrano girare. L'interprete dichiara che non è facile comprendere il discorso del piccolo paziente, perché la grammatica araba è sottoposta a una mutazione particolare: le parole non stanno al posto giusto. All'improvviso il bambino, sempre riferendosi all'episodio pauroso accaduto a scuola, pronuncia il termine *jinn*<sup>3</sup>. Tale nome si riferisce ad un *essere* appartenente al mondo *invisibile*, ritenuto all'origine di gravi disturbi, in particolare di tipo psichiatrico e neurologico (tra cui l'epilessia). Non viene nominato quasi mai in modo esplicito; per non subire sue even-

---

<sup>3</sup> Uno dei lemmi più complessi e polivalenti dell'etnopsichiatria maghrebina (Aouattah, 1993; Nathan, 2001). Rispetto all'etimologia del nome forniamo qui due interpretazioni sovrapponibili: "*Jinn* probabilmente significa "coperto" o "oscurità" (Westermarck, 1926:390, nostra traduzione); "la parola djinn deriva dalla radice araba «JNN». Questa radice esprime l'idea di ciò che è nascosto, sottratto agli sguardi e avvolto nelle tenebre" (Chlyeh, 1998:33, nostra traduzione). Per la tradizione islamica i *jinn* (pl. di *jinn*) hanno proprietà che li rendono esseri intermedi tra gli angeli e gli uomini; sono dotati di una forza e di un'intenzionalità capaci di scaricarsi in ogni momento nella vita concreta degli esseri umani. Essi hanno una sostanza corporea, che si rivela fragile quando gli uomini la feriscono o danneggiano con gesti incauti. Il *jinn* può reagire colpendo brutalmente chi per inavvertenza abbia fatto del male a lui o alla sua famiglia.

## gruppi nella clinica

tuali ritorsioni sono generalmente preferiti termini più allusivi. Queste creature hanno un'organizzazione sociale simile a quella umana, si accoppiano, generano figli, parlano una *propria lingua* e sono dotati di un'eccezionale capacità e rapidità di *metamorfosi*. Alcuni studiosi riferiscono che tra il jinn e la sua vittima può stabilirsi una *relazione "a specchio"*, tale per cui la visione del jinn fa assumere alla vittima posture innaturali e comportamenti bizzarri. I sintomi dell'aggressione appartengono soprattutto al *registro visivo*: i pazienti riferiscono molto spesso di aver avuto incontri con esseri spaventosi, capaci di deformare a piacere il proprio corpo (Zempléni, 1968). Nel caso qui discusso la relazione a specchio *jinn-bambino* sembrerebbe trasferirsi dall'universo corporeo a quello del linguaggio, dove una forza deformante agisce sulla struttura sintattica delle frasi, complicando notevolmente il lavoro di traduzione. L'entità invisibile evocata dal bambino non si limiterebbe soltanto ad abitare gli enunciati come pura unità di contenuto, ma si costituirebbe nella lingua come istanza di enunciazione parallela, con cui potrebbe essere necessario a un certo momento della presa in carico aprire una trattativa a parte.

Non si deve attendere passivamente l'esito finale del lavoro di traduzione: il mediatore va incoraggiato a non risolvere da solo i passaggi critici del flusso di parola, ma a condividere le sue difficoltà con il resto del gruppo. Come da esempio, l'interprete dovrebbe segnalare puntualmente ai clinici l'esistenza di eventuali aree problematiche nella comunicazione. E dal canto loro i clinici, di fronte a una *deformazione* peculiare della lingua – l'ordine delle parole non è corretto, la sequenza normale della frase è sovvertita – dovrebbero senza indugio occuparsi dell'apparizione di questo nuovo fenomeno suscitato dal dispositivo.

Se una distorsione grammaticale simile si fosse palesata durante un'interazione condotta in italiano, come avrebbe fatto il terapeuta a decidere se considerarla un fatto clinico di sua competenza oppure un banale difetto di conoscenza della lingua adottiva? Occorre più in generale chiedersi con quale probabilità una qualsiasi deformazione a carico della lingua adottiva possa attivare la curiosità dell'operatore. Quando il paziente si esprime in una lingua che è per lui veicolo dell'attenzione del clinico è chiaramente più spostata sul *cosa* viene detto che sul *come*. A rimarcare l'importanza dell'utilizzo di un dispositivo clinico multilinguistico concorre un secondo argomento: l'incertezza che un fenomeno osservabile in una lingua si produca anche in una seconda. Uno studio sudafricano degli anni '70 sui bilingui schizofrenici mostrava al contrario che i pazienti (uditore di voci o con allucinazioni) collocavano tali fenomeni in una soltanto delle loro due lingue e che quando le domande venivano poste nell'altra lingua, quella "sicura", le risposte non rivelavano alcuna interferenza patologica (Steiner, 1994).

La focalizzazione sulla dimensione culturale del problema/processo clinico costituisce per il gruppo terapeutico uno strumento ermeneutico e trasformativo essenziale. Tuttavia tale opzione contiene immancabilmente una carica perturbativa, se non addirittura patogena, per l'assetto cognitivo dei vari attori coinvolti nonché per le relazioni intersoggettive all'interno del setting. Sebbene durante l'incontro clinico il rischio psicopatologico si rifrangano ogni volta in maniera disuguale tra i componenti del gruppo, accade spesso che sia l'interprete ad occupare la posizione più esposta e vulnerabile.

Consideriamo il caso di una giovane donna, proveniente da un paese dell'Africa Occidentale, che viene ricoverata per uno scompenso psicotico acuto. La crisi, cominciata poco dopo il suo ritorno da un viaggio presso la famiglia d'origine, è caratterizzata da

idee persecutorie, allucinazioni, comportamenti fortemente aggressivi. Siamo informati del fatto che la paziente sta così male da quando ha ricevuto per posta un pacchetto spedito dal suo paese e contenente alcuni strani oggetti; sembra che da allora abbia cominciato a parlare unicamente la lingua africana del suo gruppo, smettendo di interagire in italiano con il mondo circostante, completamente assorbita in un dialogo con esseri invisibili. Non riuscendo a trovare un interprete per questa specifica lingua, tentiamo una mediazione in una lingua veicolare (paziente e mediatrice provengono dalla stessa area ma sono di diversa etnia). La varietà utilizzata è il *West African English*, lingua inglese africana che ha un bacino di parlanti sempre più vasto in Africa Occidentale (anche nativi che la parlano come prima lingua), e gode ormai di uno status culturale riconosciuto presso larghe fasce di società.

L'intervento della mediatrice viene però rifiutato dalla paziente che continua a rivolgersi al gruppo nel proprio idioma, caricandolo di toni minacciosi: il significato oscuro dei suoni e la contrapposizione radicale alla funzione d'interpretariato fa pensare a una specie di glossolalia, o all'imitazione idiosincrasica di un gergo stregonesco, in ogni caso a un'*anti-lingua* impugnata come un'arma contro la *lingua di mediazione*. L'interprete, di fronte a questo attacco insistente, appare turbata e si astiene dal fare ulteriori tentativi di approccio. Il dissolversi della funzione di traduzione non è qui spiegabile solo con il rifiuto<sup>4</sup> ostile della paziente nei confronti dell'interprete; bisogna anche tenere conto della *repulsione* di quest'ultima per un possibile *contagio* psichico proveniente da parti oscure del proprio mondo d'origine, da cui sente di non poter essere mai del tutto *immunizzata*. Questa osservazione solleva problemi che dovrebbero tenere continuamente vigili i dispositivi clinici che lavorano con i traduttori: a quale *rischio* si stanno esponendo gli interpreti con la loro traduzione e con la loro presenza? Quali sono le paure che li rendono più facilmente vulnerabili? Quali *protezioni* possono difenderli? Come e quando è possibile soccorrerli nel caso vengano attaccati? La relazione fra paziente e interprete occupa un'area potenzialmente critica, soggetta anche ad influenze perniciose, e non sempre segue fenomenologie conosciute né logiche interpersonali usuali nel mondo di appartenenza dei clinici.

Per concludere, cerchiamo di delineare alcune caratteristiche della traduzione clinica che la distinguono rispetto ad altri tipi di traduzione. Il procedimento impiegato normalmente nella riproduzione di testi scientifici, giuridici, amministrativi, ecc. da una lingua all'altra fa un uso sistematico di parafrasi. La resa di testi letterari è più complicata perché lo stile autoriale crea un sottouniverso linguistico con regole e caratteristiche proprie, la cui formula va studiata al microscopio se si vuole riuscire a trasmettere al nuovo testo le qualità distintive dell'originale. La traduzione clinica è ancora più complessa non tanto perché si svolge nell'istante interattivo, procedendo secondo modalità sequenziali, ma perché in questo tipo di situazione il bisogno di riprodurre la parola in tutte le sue sfumature diventa vitale per gli attori in gioco.

Una modalità di traduzione che occorre sicuramente evitare è quella di appiattire e sciogliere il tessuto *semioticamente denso* di cui è fatto il discorso del paziente e del clinico. L'operazione di semplificazione, condotta a colpi di parafrasi, presuppone l'idea che la sola dimensione linguistica importante sia quella semantica. Il clinico adotta

---

<sup>4</sup> Secondo una prospettiva polemologica della mediazione, il "rifiuto" sarebbe una delle modalità di delegittimazione del traduttore che il sistema-paziente mette in atto (Casadei, Festi e Inglese, 2005).

## gruppi nella clinica

spesso questa visione insieme all'interprete che gli permette di evitare, a monte della traduzione, ogni possibile perplessità causata dall'intrecciarsi perturbante di microeventi discorsivi fuori controllo. L'interprete a quel punto è autorizzato a concentrarsi unicamente sul senso complessivo del discorso del paziente e sulla produzione di unità discorsive semanticamente equivalenti nella lingua del clinico. Abbiamo però osservato che mentre i contenuti possono essere sempre parafrasati, la parola (atto linguistico concreto) non può essere piegata a questo trattamento. Essa infatti si costruisce come *arrangiamento contestuale*, aggregato di elementi e di forze la cui risultante va ben oltre il significato delle frasi enunciate: elementi sintattici, prosodici e stilistici che a volte forniscono indicazioni cliniche rilevanti, per esempio segnali di disordine cognitivo (delirio). L'interprete, invece di lasciar cadere la parte intraducibile dei discorsi, dovrebbe cimentarsi il più possibile in una restituzione completa dell'*idioletto* del paziente, seguendone dappresso il *lessico* (arcaico, ricercato, colloquiale...?), la *parlata* (dialettale, gergale...?), il *ritmo* (a quale genere o contesto esperienziale potrebbe appartenere questa particolare organizzazione ritmica della parola: poesia, atto divinatorio, orazione funebre...?), l'*intonazione* (con quale intenzione comunicativa, con quale stato d'animo sta parlando il locutore? Si tratta di una frase dubitativa, dichiarativa...?), e addirittura gli *inciampi della voce* (che tipo di voce sta usando il locutore? Si possono percepire alterazioni caratteristiche, legate per esempio a fattori culturali, psicologici, sociali...?)<sup>5</sup>. La parola comune ha infatti momenti di salienza poetica e di povertà patologica che andrebbero colti e messi in valore dal traduttore dotato di sensibilità clinica. La decisione del sistema clinico di trattare la traduzione come uno *spazio interno*, oppure come un *confine improprio* della comunicazione terapeutica assume un grande valore strategico nella presa in carico dei pazienti migranti. Per questo motivo metodologia clinica e metodologia della traduzione non dovrebbero essere separate, bensì sviluppate insieme all'interno di un laboratorio che non cessi mai di lavorare con la stessa attenzione su lingue e psicopatologia.

Le *perturbazioni della traduzione* non dovrebbero essere svalutate come fenomeni secondari in margine all'interazione clinica vera e propria. Infatti, quando la parola avviata alla traduzione abbandona lo *spazio di produzione* soggettivo del paziente e attraversa quello di *circolazione* e *scambio* in cui la lingua del paziente incontra e modifica sia quella *intermediaria* dell'interprete sia quella *trasformativa* del clinico, tali *perturbazioni in divenire* della lingua possono diventare leve operatorie decisive per condurre a buon fine il processo terapeutico.

Riassumendo gli aspetti della traduzione in ambito clinico discussi fin qui, possiamo dire che essa:

- 1) fa emergere conoscenze implicite sui mondi vissuti (del paziente ma anche del gruppo terapeutico) e le trasforma in elementi adoperabili per fabbricare nuove ipotesi esplicative, modificare o falsificare teorie date, ecc.

---

<sup>5</sup> Su come la voce del mediatore possa venire modificata, nel corso di una consultazione, in risposta al tipo di voce e di alterazioni vocali presentate dal paziente, si rinvia al lavoro del gruppo multidisciplinare *Stratos*. In quel saggio riportavamo osservazioni cliniche ed etnografiche su alcuni fenomeni riguardanti l'oggetto sonoro "voce" in ambito rituale e terapeutico (Casadei, Inglese, Festi, Ondongh-Essalt, Zempléni, 2005); mostravamo come anche il trattamento della sostanza fonica di una lingua, e non solo le operazioni a livello semantico o pragmatico, possa diventare interessante per un approccio clinico costruttivista e orientato allo studio delle procedure volte a modificare l'altro (Nathan, 1994).

- 2) restituisce al paziente lo status di “proprietario”, a cominciare dalla proprietà della lingua matrice
- 3) consente l’attivazione della persona, permettendole di avere un ruolo dinamico all’interno del processo diagnostico e terapeutico
- 4) fa entrare la diversità linguistica e le relazioni esistenti tra le lingue (prospettiva storica, politica, ecc.) nella partitura dell’interazione clinica
- 5) genera un nuovo campo di fenomeni, una nuova curva di visibilità nel dominio clinico
- 6) costituisce per i mediatori un potenziale rischio psicopatologico da valutare volta per volta.

La materia da trattare è complessa, instabile, e richiede ampie possibilità di sperimentazione sul lungo periodo, dispositivi “a mediazione” installati nei luoghi sociali di maggiore contatto interetnico e interlinguistico, infine gruppi d’iniziativa dediti a moltiplicare, diversificare e innovare le pratiche dell’etnopsichiatria.

#### *Bibliografia*

- Auoattah A., *Ethnopsychiatrie maghrébine. Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*, L’Harmattan, Paris, 1993.
- Cardamone G., Zorzetto S., *Salute mentale di comunità. Elementi di teoria e pratica*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Casadei F., Festi G., Inglese S., “Profili di una teoria della mediazione linguistica, culturale e clinica per la salute mentale”, in Attenasio L., Casadei F., Inglese S., Ugolini O. (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Armando editore, Roma, 2005.
- Casadei F., Inglese S., “Mediazione culturale e interpretazione linguistica nell’intervento etnopsichiatrico di comunità”, in Bracci F., Cardamone G., (a cura di), *Presenze*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- Casadei F., Inglese S., Festi G., Ondongh-Essaalt E., Zempléni A., *Pensare la voce in etnopsichiatria clinica*, in Inglese S., Affettuoso P., Romano N. (a cura di), *Etnie, arti e terapie. Strade per incontrarsi*, Il Vaso di Pandora, Numero speciale, pp. 167-179, 2005.
- Cavalli-Sforza L., *Geni, popoli e lingue*, Adelphi, Milano, 1996.
- Chlyeh A., *Les Gnaona du Maroc. Itinéraires initiatiques transe et possession*, La Pensée Sauvage, Grenoble, 1998.
- Devereux G., *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma, 2007 (ed. orig. 1973).
- Devereux G., *Dall’angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma, 1984.
- Harrag, *Di clinica in lingue. Migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura*, Colibrì, Milano, 2007.
- Hudson R. A., *Sociolinguistica*, il Mulino, Bologna, 1980.

*gruppi nella clinica*

- Nathan T., *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, Ponte alle Grazie, Firenze, 1990.
- Nathan T., *L'influence qui guérit*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1994.
- Nathan T., *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, Paris, 2001.
- Steiner G., *Dopo Babele*, Garzanti, Milano, 1994.
- Westermarck E., *Rituals and Beliefs in Morocco*, Macmillan and Co., London, 1926.
- Zempléni A., "L'interprétation et la thérapie traditionnelles du désordre mental chez les Wolof et les Lebou du Sénégal", Tesi di dottorato, Università di Parigi, 1968.