



## RUBRICA

### IL CASO CLINICO

#### Introduzione

Micol Ascoli<sup>1</sup>

ISSN: 2283-8961

La sezione “il caso clinico” viene inserita nell’ambito della nostra rivista allo scopo di illustrare i complessi risvolti pratici, clinici, del lavoro quotidiano del transculturalista.

I casi clinici presentati in questa sezione, anonimi e opportunamente modificati in alcuni dettagli per proteggere la privacy dei pazienti, provengono da un bacino d’utenza multi-etnico e multiculturale di Londra Est, probabilmente una delle zone geografiche più diversificate d’Europa, ove la popolazione locale “White British” rappresenta soltanto circa il 30% del totale.

Il restante 70% degli abitanti proviene prevalentemente dal Sud Est Asiatico (Bangladesh, Pakistan, India, Sri Lanka), dalle ex colonie Inglesi dell’Africa sub-sahariana (Nigeria e paesi limitrofi, Ghana, Uganda, Zimbabwe, ecc.) e dalle isole dei Caraibi (Jamaica, St Lucia, ecc.). Questi tre gruppi rappresentano le ondate migratorie tradizionali verso il Regno Unito dell’ultimo secolo, e raggruppano immigrati di prima, seconda, terza e quarta generazione, con diversi livelli di acculturazione, assimilazione, integrazione sociale, reddito e profili lavorativi.

---

<sup>1</sup> The New Ham Centre For Mental Health, East London NHS Foundation Trust  
micol.ascoli@eastlondon.nhs.uk

Negli ultimi cinque-dieci anni si è registrato un notevole aumento dei residenti provenienti da alcuni paesi dell'Europa dell'Est (prevalentemente Lituania, Polonia, Russia, Ungheria, Bulgaria, Romania) e da diversi paesi del medio Oriente (Iraq, Afghanistan, Turchia, Iran).

Notevole è anche la presenza di rifugiati, o richiedenti asilo politico, traumatizzati da eventi bellici internazionali, o persecuzione perpetrata da regimi dittatoriali, o risultante da guerre civili, conflitti interetnici o instabilità politica in diverse regioni del mondo.

La provenienza geografica appena descritta illustra già da sé le problematiche cliniche più frequentemente affrontate dal transculturalista nel suo lavoro quotidiano all'interno dei servizi pubblici dell'area sopra descritta: quadri clinici "insoliti", difficilmente inquadrabili nei sistemi diagnostici occidentali (ICD 10 e DSM), disturbi dissociativi, trance e possessione spiritica, disturbo post traumatico da stress, disturbi psicotici brevi, bouffees deliranti, sequele psichiche di grandi speranze migratorie miseramente fallite, modelli esplicativi "tradizionali" di malattia mentale difficilmente riducibili a proposte assistenziali e terapeutiche occidentali, conflitti intergenerazionali interculturali, legati a diversi livelli e modelli di acculturazione tra le generazioni e, più in generale, tenendo conto del contesto politico e sociale caratteristico del paese, dinamiche legate ai tradizionali rapporti di forza tra colonizzatore e colonizzato, tra immigrante e ospite, sequele psicologiche collettive del colonialismo, dello schiavismo, del razzismo e della discriminazione su base razziale, etnica, culturale e religiosa quotidianamente subiti dalle minoranze etniche, conflitti inter-religiosi ed interetnici, ecc, che si riflettono nelle comuni tematiche del delirio.

Tutto ciò si inserisce all'interno di un contesto locale di estrema deprivazione socio-economica, con alti livelli di criminalità, povertà, analfabetismo ed endemiche dipendenze da sostanze di vario genere.

Il lavoro con gli interpreti e i mediatori culturali è parte integrante dell'attività clinica quotidiana, così come il lavoro con le famiglie allargate, i leader spirituali locali, le associazioni di volontariato che spontaneamente sorgono a scopo di sostegno sociale e, più recentemente, si comincia a porre anche la problematica etica e clinica della collaborazione con guaritori tradizionali e providers di medicine "alternative", nel

contesto del vivace dibattito sulla competenza culturale che coinvolge sempre più anche la psicoterapia, a livello teorico e clinico.

Un bacino d'utenza talmente diversificato si riflette anche nella composizione etnica e culturale degli operatori dei servizi, la maggior parte dei quali, immigrati dagli stessi paesi di provenienza dei pazienti, risiedono nella stessa area o in zone limitrofe. Ciò comporta l'emergere di dinamiche istituzionali peculiari, che riflettono da un lato un'arricchente diversità di idee, punti di vista, livelli di esperienza, dall'altra conflitti interculturali, scomode eredità post-coloniali, percezioni soggettive di razzismo, discriminazione razziale o religiosa all'interno dell'istituzione come fattori causali di mancate opportunità lavorative o progressioni di carriera. Ne è un esempio il popolarissimo concetto del “tetto di cristallo invisibile” generalmente utilizzato dal personale per spiegare la scarsa presenza di minoranze etniche all'interno dei quadri dirigenziali più alti, a fronte di una fortissima presenza di minoranze etniche tra infermieri, assistenti sociali, terapisti occupazionali, e in generale, personale “di prima linea”.

Dinamiche peculiari si innestano anche sullo stato di minorità numerica del gruppo “White British”, storicamente e “culturalmente” dominante (in quanto originario del paese ospite) e attualmente rappresentante non più del 30% della popolazione residente. Non bisogna pensare che la psichiatria culturale si occupi solo di minoranze etniche e culture “altre”. Il culturalista si occupa di diversità, anche quella portata da pazienti occidentali. Ogni paziente porta con sé un mondo da visitare: lo psichiatra culturale deve saper viaggiare in tutti questi mondi, non solo nei mondi “altri”.

In un contesto istituzionale “democratico” come quello Britannico, il termine “cultura” si riferisce anche al bagaglio personale derivante dalla formazione professionale. Il confronto/conflitto o divario culturale si estende pertanto anche al rapporto quotidiano tra la cultura medica e quella non-medica, a livello clinico nella discussione del piano terapeutico o nella decisione di dimettere i pazienti dai servizi ospedalieri e territoriali, e a livello istituzionale nella complessa negoziazione interprofessionale che necessariamente precede qualunque decisione sulla destinazione finale delle limitate risorse finanziarie: quali servizi o categorie professionali occorra potenziare, quali servizi si ritengono necessari, quali équipes si debbano chiudere e ridistribuire all'interno dell'organizzazione, ecc, in un contesto estremamente dinamico, ove il cambiamento e l'innovazione sono all'ordine del giorno.

Spero di non aver descritto un quadro eccessivamente pessimistico o scoraggiante del contesto nel quale da dieci anni lavoro come psichiatra culturale e psicoterapeuta ad orientamento psicoanalitico.

Nonostante le molteplici e quotidiane sfide pratiche, teoriche, strategiche e istituzionali derivanti dall'endemica diversità etnica, culturale e religiosa dei miei pazienti e colleghi, l'esperienza clinica e professionale derivante da tale complessità è largamente positiva ed estremamente arricchente.

Fare psichiatria culturale comporta inevitabilmente un processo di crescita e sviluppo personale e professionale. Il culturalista deve saper tollerare a lungo l'incertezza dei significati, sospendere il giudizio clinico anche per tempi lunghi, prima di giungere a una conclusione, evitando di ridurre il proprio lavoro ad un semplicistico piano terapeutico basato su una rassicurante etichetta diagnostica. Il culturalista deve saper riconoscere i limiti dei familiari sistemi classificatori e dell'evidence based medicine, sviluppare una serena consapevolezza critica della relatività culturale del proprio bagaglio professionale, adottare una prospettiva relativistica ma non troppo, al fine di introdurre nella clinica pratiche nuove, discutibili e poco ortodosse, per sperimentare, nei limiti imposti dall'etica, nuove soluzioni ai problemi presentati dai pazienti, e per sviluppare strategie di sopravvivenza all'interno di istituzioni e sistemi di cura estremamente complessi. Da tali strategie trarranno beneficio tutti i pazienti, indipendentemente dalla cultura d'appartenenza. Flessibilità, adattabilità, creatività e disponibilità ad imparare dai propri frequenti errori e disastri terapeutici sono il fondamento dell'attività clinica quotidiana.

Presenterò, in questa sezione della rivista, alcuni dei miei più interessanti rari successi e frequenti disastri clinici, istituzionali e professionali, nella speranza di condividere con voi colleghi quello che ho imparato finora.

Ora passiamo ai casi clinici.