

LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE STRANIERO

Anna Rebecca Lovisatti



Segni, Sintomi, Dialogo: la comunicazione con il paziente straniero

OMCeO Venezia, Mestre, 9 febbraio 2019

*Il malato è uno straniero
in un mondo di sani*

Giorgio Bert

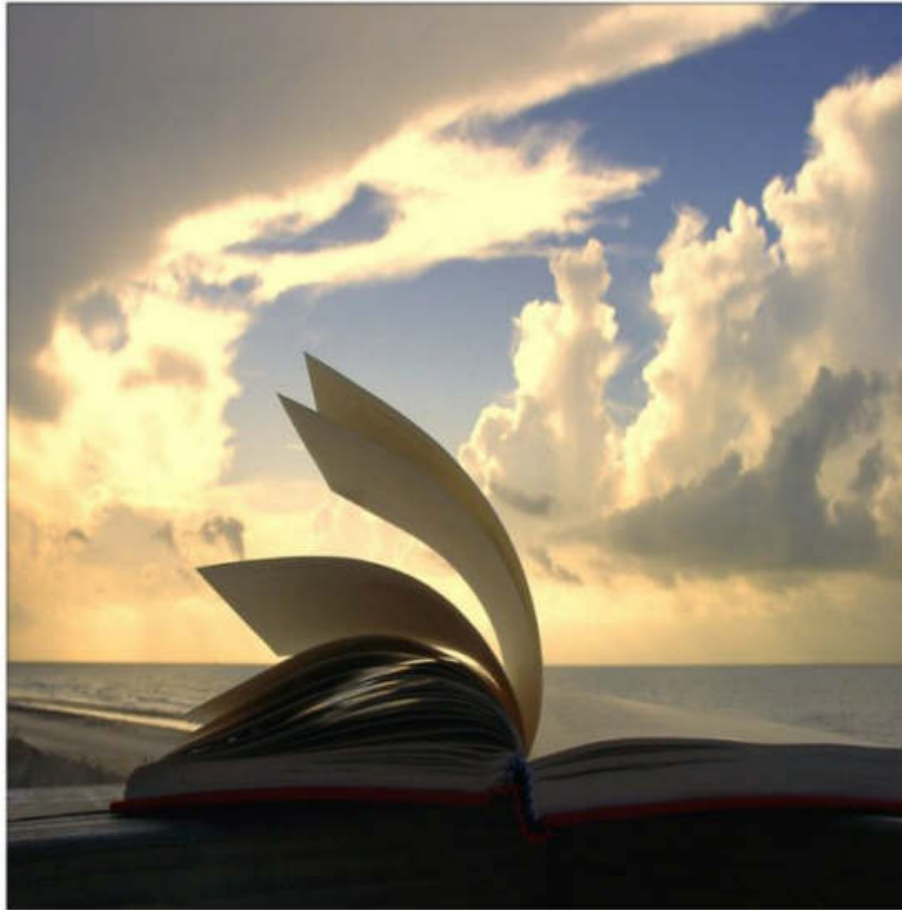
Che cosa rende difficile la relazione di cura con i migranti?

Qual è la specificità dell'incontro con le persone migranti?

Cosa cambia nella presa in carico medica?



Alcune premesse...



1. L'uomo è un prodotto storico e sociale

“L'uomo è un prodotto storico e sociale. È un essere sociale e concreto.

La sua appartenenza a una determinata cultura, classe sociale, gruppo etnico o religioso, non è casuale o aleatoria, ma integra il suo essere e la sua personalità.

La sua condotta concreta va considerata in tali condizioni concrete e in un momento dato”

(Josè Bleger, 1963)

2. Medicina come costruzione culturale

Antropologia medica

Ogni forma di conoscenza, inclusa quella scientifica e quella medica, è un prodotto storico-culturale. Prende forma da specifici assunti sulla natura dell'essere umano, della malattia, della realtà.

(Kleinman, Good)

Etnopsichiatria

Tutte le culture hanno costruito propri modelli specifici d'interpretazione e trattamento dei disturbi. La psichiatria occidentale non ne ha il monopolio.

(Devereux, Nathan)

3. Relazione corpo-psiche

Ogni nostro comportamento si esprime contemporaneamente in tre aree, espressione di come una persona sta al mondo.

Aree di espressione fenomenica: mente, corpo, mondo esterno. Il corpo è la più primitiva. (Pichon Rivière)

L'immagine del proprio corpo (**schema corporeo**) è mutabile: è una costruzione, non un dato di fatto. Si raggiunge nel continuo contatto con il mondo e subisce cambiamenti in base a fatti interni o esterni.

Ciò che succede nel corpo è sempre relazionale: rimanda sempre all'altro, perché il corpo vive in relazione.

4. Per curare è necessaria un'alleanza terapeutica tra medico e paziente

Perché il paziente possa agire su ciò che gli accade, deve partecipare alla definizione del problema, altrimenti rimane passivo e l'unico abilitato ad agire è il medico.

«Non basta curare una persona, bisogna risvegliare in lui lo spirito combattivo»

Tobie Nathan

PERCHÉ È DIFFICILE COMUNICARE IN MEDICINA?

- Nella comunicazione ci sono aspetti **manifesti** (comunicazione verbale e non verbale) e aspetti **latenti** (inconsci).
- Ogni comunicazione sul corpo tocca **parti sensibili del sé**, quindi contiene un potenziale traumatismo.
- Le **abitudini di vita** (in particolare il cibo) sono collegate ad aspetti primitivi di appartenenza e sicurezza.
- Ogni comunicazione avviene in una relazione, in un **vincolo** (ha due vie).



**Intorno alla malattia procedono
DUE DISCORSI PARALLELI**

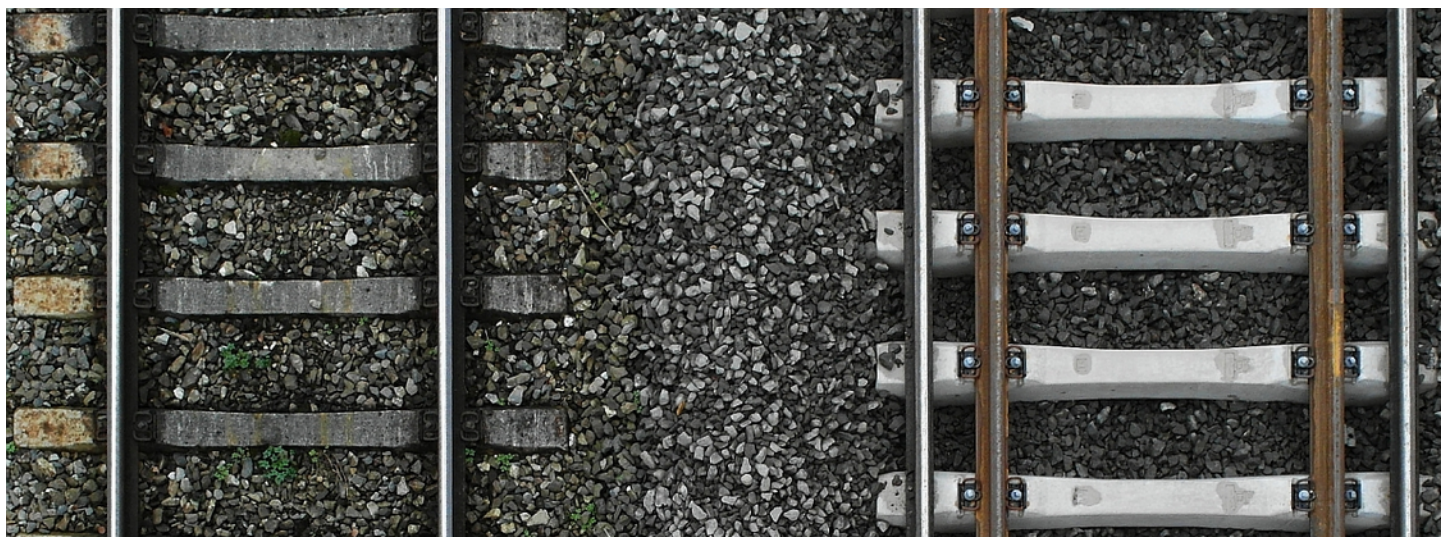
Universale

Per la medicina occidentale la
malattia è una e universale

Particolare

Narrazione di tipo
esistenziale

MEDICO



PAZIENTE

Ricerca delle cause

Obiettivo diagnostico e
terapeutico

Ricerca di senso

«Perché a me? Perché ora?»

LA NARRAZIONE DEL PAZIENTE

Si costruisce nel
quadro di sistemi di
pensiero complessi
propri a un gruppo.

Dà senso a ciò che accade.

Aiuta a resistere, ad agire e, a volte, a guarire.

La forza di questa storia può essere però completamente
estranea alla logica medica occidentale.

Tuttavia, non è necessariamente slegata dal pensiero medico.



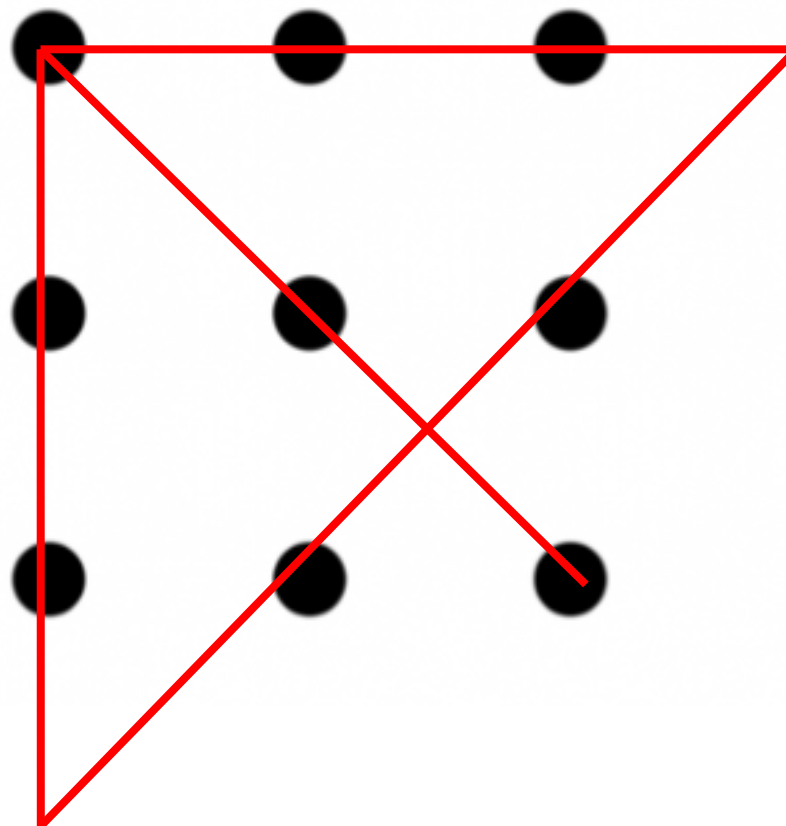
SPECIFICITÀ DELLA RELAZIONE CON UN PAZIENTE STRANIERO

- Differenze linguistiche.
- Traumi, somatizzazioni.
- Richiede una ricodifica dei riferimenti abituali con cui leggiamo la realtà (anche clinica).
- Possibili differenze culturali nei significati dati ai comportamenti e ai sintomi.
- Timore di inadeguatezza del professionista.

CHE FARE ?



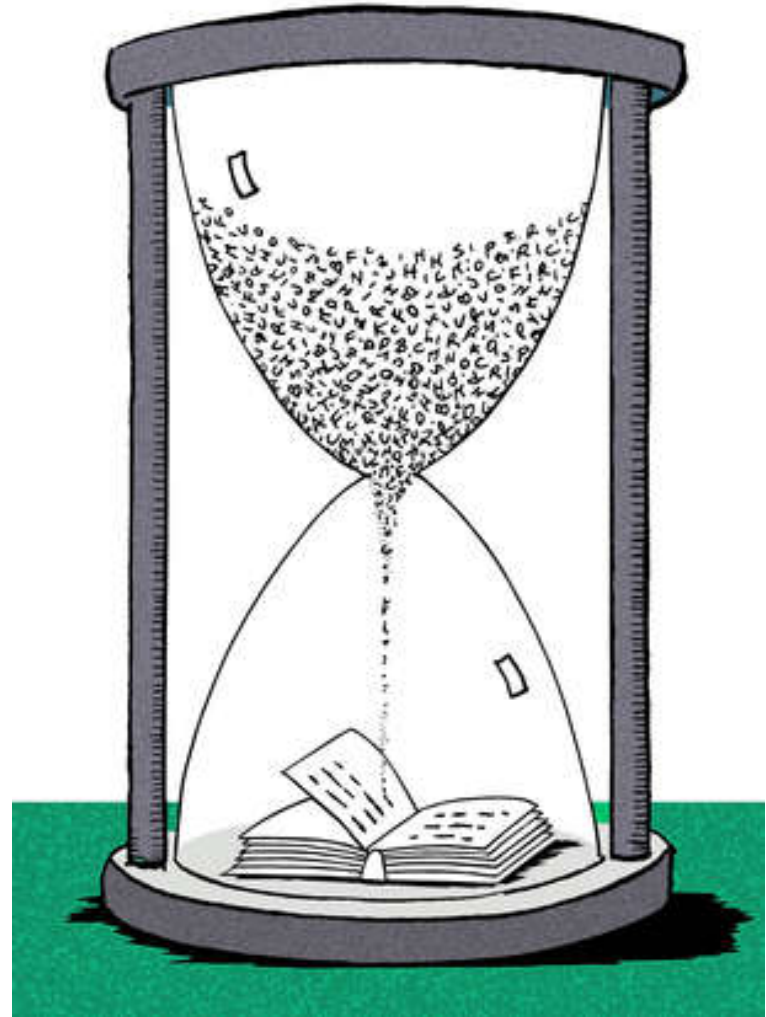
- Introduzione della lingua materna del paziente nel dispositivo di cura (mediatore linguistico-culturale).
- Acquisire una **consapevolezza di sfondo** :
 - ✓ *Autoconsapevolezza*
 - ✓ *Esplorare* la prospettiva del paziente, il significato che egli dà alla propria esperienza di malattia.
 - ✓ Sapere che *sul medico vengono depositate aspettative* sulla soddisfazione di bisogni legati non solo al funzionamento del corpo.
 - ✓ Accettare che *quelle del paziente non sono 'credenze'* ma teorie, che strutturano e danno senso all'evento malattia.



Sapere di non sapere

Non dare per scontato

È necessario TEMPO...



CONCLUSIONI

A caratterizzare la relazione terapeutica con i pazienti stranieri è la necessità di riflettere esplicitamente su **dinamiche che sono *sempre* in atto** (significati simbolici dell'esperienza).

Se accettiamo questa nuova posizione e le lente che ci offrono, i pazienti migranti diventano le nostre guide per **esplorare meglio la complessità della relazione** tra colui che cura e colui che viene curato.

BIBLIOGRAFIA

Bouznah S., Lewertowski C., 2013, **Quando gli spiriti incontrano i medici. Sette storie per guarire**, Colibrì

Nathan T., 1996, **Principi di etnopsicoanalisi**, Bollati Boringhieri

Bert G., 2007, **Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura**, Il pensiero scientifico

Quaranta I., Ricca M., 2012, **Malati fuori luogo. Medicina interculturale**, Cortina

Mazzetti M., 2003, **Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto**, Carocci

Moro M.R., Neuman D., Réal I., 2010, **Maternità in esilio. Bambini e migrazioni**, Cortina