



**Università  
degli Studi  
di Palermo**

**AREA RICERCA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO  
SETTORE DOTTORATI E CONTRATTI PER LA RICERCA  
U. O. DOTTORATI DI RICERCA**

Dottorato in Health Promotion and Cognitive Sciences  
Dipartimento di Scienze psicologiche, Pedagogiche, dell'Esercizio Fisico e della Formazione  
Settore Scientifico Disciplinare PAED-02/A

**IL DISTURBO DA ANSIA SOCIALE  
NELLA SOCIETÀ DELL'INCERTEZZA.  
Un'analisi del fenomeno in una prospettiva psicopedagogica.**

IL DOTTORE  
**Maria Costanza Trento**

IL COORDINATORE  
**Prof.ssa Giuseppa Cappuccio**

IL TUTOR  
**Prof.ssa Giuseppa Compagno**

CO-TUTOR  
**Prof.ssa Loredana Bellantonio**

**CICLO XXXVIII  
ANNO CONSEGUIMENTO TITOLO 2024-2025**

# Indice

|                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUZIONE.....                                                                        | 6         |
| CAPITOLO I.....                                                                          | 9         |
| L'ANTROPOLOGIA MEDICA E L'ETNOPSICOLOGIA.....                                            | 9         |
| 1.1 Le origini dell'Antropologia medica .....                                            | 9         |
| <i>1.1.1 Radici storiche e primi sviluppi disciplinari .....</i>                         | <i>11</i> |
| <i>1.1.2 La medicina popolare e la nascita del sapere etnomedico.....</i>                | <i>13</i> |
| <i>1.1.3 La svolta critica e la politicizzazione della salute .....</i>                  | <i>17</i> |
| <i>1.1.4 De Martino, Pizza e l'eredità dell'Antropologia medica italiana.....</i>        | <i>19</i> |
| <i>1.1.5 La svolta interpretativa e la critica alla biomedicina .....</i>                | <i>23</i> |
| 1.2 Approcci teorici nell'Antropologia medica .....                                      | 26        |
| <i>1.2.1 Approccio epistemologico e metodo etnografico .....</i>                         | <i>26</i> |
| <i>1.2.2 Dall'Antropologia medica alla biomedicina come costruzione culturale.....</i>   | <i>30</i> |
| <i>1.2.3 Dal corpo individuale all'ecocorpo.....</i>                                     | <i>33</i> |
| <i>1.2.4 Oltre One Health: sistemi medici e interdipendenze ecologiche .....</i>         | <i>35</i> |
| 1.3 Nuove prospettive e pratiche contemporanee .....                                     | 38        |
| <i>1.3.1 Pluralismo terapeutico e dinamiche di potere nella medicina contemporanea</i>   | <i>38</i> |
| <i>1.3.2 Narrazione, embodiment e pratiche di cura.....</i>                              | <i>41</i> |
| <i>1.3.3 Etnografia e politiche della cura: etica, marginalità e saperi situati.....</i> | <i>44</i> |
| <i>1.3.4 Verso un'etnografia politica della sofferenza .....</i>                         | <i>47</i> |
| 1.4 L'importanza dell'Etnopsicologia nella pratica clinica.....                          | 49        |
| <i>1.4.1 Malattia, simbolismo e cura nell'Antropologia culturale classica .....</i>      | <i>49</i> |
| <i>1.4.2 Epistemologie indigene e pluralismo dei saperi .....</i>                        | <i>50</i> |
| CAPITOLO II .....                                                                        | 55        |
| SOFFERENZA, EMOZIONI E CULTURA:.....                                                     | 55        |
| UN APPROCCIO ANTROPOLOGICO ALLA PSICOPATOLOGIA .....                                     | 55        |

|                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2.1 <i>Culture-bound syndromes</i> : storia e prospettive critiche.....                     | 55  |
| 2.1.1 <i>Inquadramento storico e teorico delle culture-bound syndromes</i> .....            | 55  |
| 2.1.2 <i>Una lettura intersezionale delle sindromi culturali</i> .....                      | 58  |
| 2.2 La psichiatria transculturale tra cura e critica.....                                   | 61  |
| 2.2.1 <i>Dimensioni cliniche e applicazioni transculturali</i> .....                        | 61  |
| 2.2.2 <i>Epistemologia critica e implicazioni politiche</i> .....                           | 63  |
| 2.3 La psichiatria come dispositivo: genealogie critiche e soggettività.....                | 65  |
| 2.3.1 <i>Genealogie foucaultiane della follia e della medicalizzazione</i> .....            | 65  |
| 2.3.1 <i>Critiche post-foucaultiane e sviluppi teorici contemporanei</i> .....              | 67  |
| 2.4 Il DSM come costruito storico e dispositivo di potere .....                             | 69  |
| 2.4.1 <i>Genealogia, biopolitica e paradigma neo-kraepeliniano</i> .....                    | 69  |
| 2.4.2 <i>I paradossi della classificazione contemporanea</i> .....                          | 72  |
| 2.4.3 <i>Oltre il DSM: modelli sulla classificazione del disagio psichico</i> .....         | 74  |
| 2.5 Cultura, medicalizzazione e pluralismo nella salute mentale .....                       | 78  |
| 2.5.1 <i>Influenze culturali e medicalizzazione della sofferenza</i> .....                  | 78  |
| 2.5.2 <i>Medicalizzazione della sofferenza: genere, etnia e Local Biologies</i> .....       | 80  |
| 2.5.3 <i>Critiche all'universalismo e prospettive pluraliste nella salute mentale</i> ..... | 83  |
| 2.6 E-mental health ed e-health .....                                                       | 86  |
| 2.6.1 <i>Dal colloquio clinico alla diagnosi digitalizzata</i> .....                        | 86  |
| 2.6.2 <i>Corpi digitali: tra DATAFICATION e AGENCY</i> .....                                | 88  |
| 2.6.3 <i>Algoritmi, piattaforme e IA nella cultura digitale del disagio psichico</i> .....  | 91  |
| 2.6.4 <i>Prospettive etiche e politiche della cura algoritmica</i> .....                    | 94  |
| CAPITOLO III.....                                                                           | 97  |
| PROSPETTIVE INTEGRATIVE SUL DISTURBO D'ANSIA SOCIALE .....                                  | 97  |
| 3.1 Il disturbo d'ansia sociale nella società dell'incertezza .....                         | 97  |
| 3.1.1 <i>Linguaggi della visibilità e costruzione del disturbo</i> .....                    | 97  |
| 3.1.2 <i>Genealogia clinica e declinazioni culturali del disturbo</i> .....                 | 99  |
| 3.1.3 <i>Prospettive cliniche e psicologiche contemporanee sul disturbo d'ansia sociale</i> | 105 |
| 3.1.4 <i>SAD: innovazioni tecnologiche e nuove forme di intervento</i> .....                | 108 |

|                                                                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1.5 <i>Prospettive terapeutiche emergenti</i> .....                                                                           | 112 |
| 3.2 Fattori familiari e sviluppo dell'ansia sociale.....                                                                        | 115 |
| 3.2.1 <i>Stili genitoriali e salute mentale: una prospettiva transdiagnostica</i> .....                                         | 115 |
| 3.2.2 <i>Attaccamento e stili genitoriali nello sviluppo dell'ansia sociale</i> .....                                           | 116 |
| 3.2.3 <i>Influenza paterna, dinamiche di controllo e ruolo dei pari nell'adolescenza</i> .....                                  | 119 |
| 3.2 Aspetti neurobiologici e psicologici .....                                                                                  | 122 |
| 3.3.1 <i>Meccanismi neurobiologici e processi psicologici</i> .....                                                             | 122 |
| 3.3 Ansia sociale e cultura .....                                                                                               | 126 |
| 3.4.1 <i>Influenza culturale sul SAD: manifestazioni e percezioni in contesti diversi</i> .....                                 | 126 |
| 3.4.2 <i>Diagnosi transculturale e adattamento degli strumenti clinici</i> .....                                                | 130 |
| 3.4.3 <i>Cultura e traiettorie della malattia</i> .....                                                                         | 132 |
| 3.4 Stigma e rappresentazioni sociali .....                                                                                     | 134 |
| 3.5.1 <i>Dinamiche culturali dello stigma nella salute mentale</i> .....                                                        | 134 |
| 3.5.2 <i>Media e vergogna nella costruzione dello stigma</i> .....                                                              | 136 |
| 3.5.3 <i>Configurazioni culturali del Disturbo d'Ansia Sociale</i> .....                                                        | 139 |
| CAPITOLO IV .....                                                                                                               | 142 |
| LA RICERCA EMPIRICA: LA PERCEZIONE DELL'ANSIA SOCIALE TRA DIMENSIONE FAMILIARE<br>E CULTURALE .....                             | 142 |
| 4.1 Approccio epistemologico della ricerca .....                                                                                | 142 |
| 4.1.1 <i>Assunti epistemologici</i> .....                                                                                       | 142 |
| 4.1.2 <i>Paradigma metodologico e fondamento epistemico</i> .....                                                               | 144 |
| 4.1.3 <i>La ricerca educativa tra logica della complessità e integrazione dei saperi</i> .....                                  | 146 |
| 4.1.4 <i>La logica induttiva e la costruzione del significato: il contributo della Grounded<br/>theory costruttivista</i> ..... | 149 |
| 4.1.5 <i>Il concetto di validità e rigore nella ricerca qualitativa e mista</i> .....                                           | 154 |
| 4.1.6 <i>Posizionalità, riflessività e responsabilità del ricercatore</i> .....                                                 | 155 |
| 4.2 Metodologia della ricerca .....                                                                                             | 158 |
| 4.2.1 <i>Disegno metodologico generale</i> .....                                                                                | 158 |
| 4.2.2 <i>La prospettiva etnografica nella conduzione delle interviste</i> .....                                                 | 164 |
| 4.2.3 <i>La costruzione dello strumento</i> .....                                                                               | 167 |

|                                                                                                                               |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <i>4.2.4 Il processo di costruzione e validazione dello strumento.....</i>                                                    | <i>169</i> |
| Tabella 1. Item generali della scala Likert.....                                                                              | 170        |
| Tabella 2. Item selezionati relativi alla dimensione familiare .....                                                          | 170        |
| Tabella 3. Item selezionati relativi a società, stigma e pressione sociale .....                                              | 171        |
| Tabella 4. Sintesi qualitativa dei risultati del pre-test.....                                                                | 173        |
| 4.3 Analisi dei dati e interpretazione .....                                                                                  | 175        |
| <i>4.3.1 Il campione e le procedure di raccolta dei dati.....</i>                                                             | <i>175</i> |
| <i>4.3.2 L'analisi quantitativa e i risultati descrittivi.....</i>                                                            | <i>178</i> |
| <i>4.3.3 L'analisi qualitativa e l'interpretazione integrata dei risultati.....</i>                                           | <i>184</i> |
| <i>4.3.4 L'intersezione tra risultati quantitativi e qualitativi: verso un modello culturale<br/>dell'ansia sociale .....</i> | <i>188</i> |
| <i>4.3.5 L'integrazione interpretativa: i dati quantitativi nel contesto qualitativo .....</i>                                | <i>194</i> |
| <i>4.3.6 Comprendere il fenomeno: l'ansia sociale come linguaggio culturale della modernità<br/>.....</i>                     | <i>195</i> |
| <i>4.3.7 Il sapere generato: contributi teorici e metodologici della ricerca .....</i>                                        | <i>197</i> |
| 4.4 Validità, limiti e prospettive di sviluppo della ricerca.....                                                             | 199        |
| 4.5 Riflessioni epistemologiche e ruolo della ricercatrice.....                                                               | 202        |
| CAPITOLO V .....                                                                                                              | 205        |
| RIPENSARE ALLA CURA NELLA PROSPETTIVA ETNOPSICOLOGICA .....                                                                   | 205        |
| 5.1 Etica, alterità e cura nella clinica transculturale .....                                                                 | 205        |
| <i>5.1.1 La dimensione culturale come categoria clinica.....</i>                                                              | <i>206</i> |
| <i>5.1.2 Decentramento clinico e postura riflessiva.....</i>                                                                  | <i>207</i> |
| 5.2 Modelli di cura e pratiche di traduzione nella clinica transculturale.....                                                | 209        |
| <i>5.2.1 Efficacia e pluralità dei modelli di cura.....</i>                                                                   | <i>211</i> |
| <i>5.2.2 Trattamenti culturalmente specifici e modelli integrativi .....</i>                                                  | <i>213</i> |
| <i>5.2.3 Verso una clinica decoloniale e comunitaria.....</i>                                                                 | <i>215</i> |
| 5.3 Etica della clinica transculturale .....                                                                                  | 217        |
| <i>5.3.1 Le sfide etiche della clinica transculturale.....</i>                                                                | <i>217</i> |
| <i>5.3.2 La tensione tra universalismo e relativismo morale.....</i>                                                          | <i>218</i> |

|                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.3.3 <i>Oltre la dicotomia: verso un'etica situata della cura</i> .....                  | 220 |
| 5.4 Etica della cura .....                                                                | 221 |
| 5.4.1 <i>Approcci etici alla cura</i> .....                                               | 221 |
| 5.4.2 <i>Ricoeur e la cura come riconoscimento reciproco e narrazione condivisa</i> ...   | 224 |
| 5.4.3 <i>La cura come pratica relazionale, politica e responsabile</i> .....              | 227 |
| 5.5 Prospettive antropologiche nella cura.....                                            | 228 |
| 5.5.1 <i>Analisi dei percorsi di cura</i> .....                                           | 230 |
| 5.5.2 <i>Mediazione istituzionale e trasformazioni organizzative</i> .....                | 232 |
| 5.5.3 <i>Boundary work e dinamiche interprofessionali</i> .....                           | 234 |
| 5.5.4 <i>Tempi, spazi e oggetti nella pratica della cura</i> .....                        | 236 |
| 5.5.5 <i>Documentazione, burocrazia e produzione istituzionale della sofferenza</i> ..... | 239 |
| 5.5.6 <i>La fiducia come oggetto istituzionale</i> .....                                  | 241 |
| 5.5.7 <i>Rendere le istituzioni luoghi abitabili</i> .....                                | 243 |
| CONCLUSIONI.....                                                                          | 245 |
| APPENDICE 1.....                                                                          | 249 |
| <i>Intervista a F.</i> .....                                                              | 250 |
| <i>Intervista a G.</i> .....                                                              | 253 |
| <i>Intervista a N.</i> .....                                                              | 258 |
| <i>Intervista a C.</i> .....                                                              | 263 |
| <i>Intervista a L.</i> .....                                                              | 267 |
| <i>Intervista a M.</i> .....                                                              | 272 |
| <i>Intervista a A.</i> .....                                                              | 276 |
| <i>Intervista a S.</i> .....                                                              | 280 |
| BIBLIOGRAFIA .....                                                                        | 286 |

## INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni la salute mentale ha assunto una visibilità crescente, diventando uno spazio attraverso cui la società osserva sé stessa: un crocevia di discorsi pubblici, politiche sanitarie e pratiche quotidiane di interpretazione dell'esperienza emotiva. Tra le varie forme di disagio, l'ansia sociale sembra condensare alcune delle tensioni più profonde della contemporaneità: il desiderio di essere riconosciuti e, al tempo stesso, la paura dell'esposizione; la pressione alla performance; l'incertezza su quale sia il proprio posto nelle reti di relazione che sostengono, o mettono alla prova, la vita quotidiana. Come categoria clinica, il *Social Anxiety Disorder* (SAD) è ormai stabilmente consolidato all'interno dei manuali diagnostici; come fenomeno culturale, esso rinvia invece a trasformazioni più ampie della soggettività, dei modi di presenza e dei regimi morali che orientano il valore attribuito alle emozioni. Il punto di partenza di questa ricerca è il riconoscimento che l'ansia sociale non possa essere compresa entro i confini di una sola cornice epistemologica. È un'esperienza che nasce nelle relazioni prima che negli individui; si articola nelle aspettative familiari, nelle dinamiche educative e lavorative, negli scenari digitali in cui i corpi e le emozioni vengono continuamente resi visibili, misurabili, valutabili. Studiare l'ansia sociale significa quindi attraversare livelli diversi dell'esperienza umana: il corporeo, il simbolico, il clinico e il sociale. Significa interrogare non soltanto come le persone soffrono, ma come imparano a interpretare quella sofferenza alla luce dei linguaggi e degli immaginari disponibili.

L'Antropologia medica e psicologica offre un terreno privilegiato per affrontare questa complessità. Fin dalle sue origini, la disciplina ha mostrato che la sofferenza non è mai un fatto meramente individuale: si intreccia a storie collettive, a norme morali, a rapporti di potere. La malattia è un evento biologico, ma anche un racconto, una trama condivisa che identifica cosa conta come "ammalarsi", chi merita cura, quali comportamenti vengono interpretati come fragilità o come fallimenti personali. Riprendere questa eredità nel presente significa interrogare nuovi scenari: l'espansione dei linguaggi psicologici nel senso comune, la digitalizzazione delle diagnosi, la crescente autoconsapevolezza emotiva mediata da piattaforme e algoritmi, l'aumento dei disturbi internalizzanti tra gli adolescenti e i giovani adulti.

In questo contesto, il SAD si presenta come un crocevia di processi sociali più ampi. Rivela come la vulnerabilità non sia distribuita in modo uniforme; come le forme di cura possano essere, insieme, emancipative e normalizzanti; come il riconoscimento della sofferenza richieda di attraversare filtri istituzionali che definiscono chi è “meritevole” di attenzione e chi, invece, è percepito come eccessivamente sensibile o responsabile della propria condizione. Interrogare l’ansia sociale significa, in questo senso, interrogare le forme di vita che la rendono possibile. Per esplorare tale complessità è stato adottato un approccio metodologico misto, fondato su un dialogo costante tra analisi quantitative e materiali qualitativi. I dati statistici hanno permesso di delineare correlazioni, *pattern* e fattori predittivi, offrendo una mappa dei contesti in cui l’ansia sociale tende a emergere o a radicarsi. Le interviste e le narrazioni biografiche hanno mostrato ciò che le metriche non possono cogliere: la dimensione affettiva dei legami familiari, le forme di vergogna apprese, i mondi morali interiorizzati, gli spazi digitali in cui la propria immagine viene esposta, interpretata e talvolta temuta. L’integrazione di questi livelli non serve a confermare ipotesi predefinite, ma a costruire un campo interpretativo capace di accogliere la complessità del fenomeno, rendendo visibili le dinamiche che sfuggono a uno sguardo unilaterale. Una parte fondamentale del lavoro riguarda la riflessività. Studiare la sofferenza implica una responsabilità che non è solo metodologica ma anche etica: ascoltare senza giudicare, interpretare senza semplificare, restituire senza tradire. Ogni incontro con i partecipanti ha sollevato domande sul posizionamento dei ricercatori, sui confini tra prossimità e distacco, sulla necessità di evitare che esperienze fragili vengano ridotte a categorie analitiche rigide. Questa tensione non rappresenta un ostacolo, ma il cuore stesso dell’epistemologia antropologica: la consapevolezza che ogni conoscenza nasce all’interno di una relazione.

La tesi è articolata in più parti, che rispecchiano il percorso di ricerca. Una prima sezione ricostruisce il quadro teorico, soffermandosi sugli sviluppi dell’Antropologia medica e psicologica e sui processi culturali che modellano la sofferenza emotiva. Una seconda sezione presenta l’impianto metodologico e i risultati quantitativi, mettendo in luce i fattori socioculturali e relazionali più strettamente connessi al SAD. Seguono i risultati qualitativi, che restituiscono la densità narrativa dell’esperienza: timori, silenzi, posture affettive, strategie di coping e forme di esposizione digitale. Infine, la discussione

intreccia questi piani interpretativi per delineare una lettura complessiva dell'ansia sociale come fenomeno bio-psico-sociale situato. Nel suo insieme, la tesi sostiene una prospettiva che considera il SAD non come un'entità biologica fissa, ma come un modo culturalmente situato di esprimere la fatica del vivere, il bisogno di protezione e il desiderio, profondamente umano, di essere riconosciuti senza essere feriti. Interrogare l'ansia sociale significa interrogare noi stessi e il mondo che contribuiamo a costruire. La vulnerabilità non è un difetto individuale: è una condizione condivisa, che diventa leggibile attraverso i modi in cui si chiede aiuto, ci si espone, ci si difende, o si resta in silenzio. Questa ricerca mira a rendere visibile quella complessità, contribuendo a immaginare forme di cura più attente, più umane, più capaci di ascoltare ciò che spesso rimane sotto la superficie.

# CAPITOLO I

## L'ANTROPOLOGIA MEDICA E L'ETNOPSICOLOGIA

### 1.1 Le origini dell'Antropologia medica

L'Antropologia medica è oggi uno dei campi più articolati dell'Antropologia contemporanea, un luogo in cui interrogare il nesso tra corpo, sofferenza e organizzazione sociale. Lungi dall'essere una semplice applicazione dell'Antropologia al mondo sanitario, essa si configura come un progetto teorico capace di mettere in discussione i presupposti della biomedicina e di esplorare la molteplicità dei modi in cui le società definiscono, interpretano e trattano la malattia.

A partire dalla seconda metà del Novecento, la disciplina ha progressivamente consolidato la propria identità, mostrando come i processi biologici e sanitari siano modellati da fattori culturali, storici, economici e politici. Collocandosi all'interno dell'Antropologia culturale, essa analizza i sistemi terapeutici, le rappresentazioni della malattia e le pratiche di cura nei diversi contesti sociali, ponendosi non come cornice ancillare ma come prospettiva critica autonoma. Il suo contributo principale consiste nel mettere in discussione l'idea di una medicina universale e neutrale, interrogando le basi epistemologiche della biomedicina occidentale. Sebbene le classificazioni non siano condivise da tutti gli studiosi, la letteratura riconosce tre principali orientamenti teorici: l'approccio ecologico-epidemiologico, quello simbolico-interpretativo e quello critico. Il primo si concentra sulle interazioni tra ambiente e cultura, mettendo in relazione condizioni materiali, modelli sociali e distribuzione delle malattie. Tale prospettiva privilegia l'analisi empirica e la raccolta sistematica di dati relativi, ad esempio, alla distribuzione del cibo, alla frequenza dei contatti sociali o all'organizzazione dei sistemi sanitari pubblici e privati. L'attenzione si estende anche a fattori più recenti, come la struttura sociale e la gestione collettiva delle risorse (Miller, 2019), e include gli studi sul trauma storico, che indagano la trasmissione intergenerazionale della sofferenza come eredità non solo biologica, ma anche emotiva e simbolica.

Negli sviluppi contemporanei dell'Antropologia medica e psicologica, il concetto di trauma storico è divenuto centrale per comprendere il legame tra sofferenza collettiva e contesto socio-storico. Brave Heart (2021) mostra come l'ereditarietà del dolore connesso a dislocazione forzata, violenza sistemica e dominazione coloniale superi la dimensione clinica per radicarsi nella memoria collettiva. La sofferenza, osservata attraverso le sue componenti morali, affettive e culturali, si rivela così un fenomeno plasmato dal tempo e dalle relazioni sociali. Ne deriva una visione bio-sociale dell'eredità del dolore, intelligibile solo tramite una prospettiva narrativa e culturale. Il dialogo tra Antropologia medica, Psicologia e medicina ha reso possibili analisi sempre più complesse dei processi di *embodiment*, delle strategie di resilienza comunitaria e della moralità incarnata. Queste linee di ricerca hanno contribuito a riconoscere come le risposte emotive e le condotte di fronte alla malattia siano regolate da cornici culturali specifiche, spesso invisibili agli schemi diagnostici standardizzati (Zigon, 2007).

L'Antropologia medica critica, invece, concentra la propria attenzione sulle dimensioni strutturali della salute, interrogando le disuguaglianze sociali e il potere che permea le istituzioni sanitarie. Tra i suoi principali rappresentanti figurano Paul Farmer, Nancy Scheper-Hughes e Merrill Singer. Un tema cardine è quello della medicalizzazione: l'estensione del linguaggio medico a fenomeni di origine sociale, come povertà o insicurezza alimentare. Scheper-Hughes ha mostrato come i medici, interpretando sintomi legati alla deprivazione materiale come patologie individuali, riproducessero inconsapevolmente un *bias* che confonde sofferenza sociale e disturbo clinico (Miller, 1992). Nel suo insieme, l'Antropologia medica non si limita dunque a comparare concezioni culturali della malattia, ma svela i meccanismi di regolazione sociale inscritti nei saperi terapeutici. In questa prospettiva, il medico e l'operatore sanitario appaiono non solo come agenti di cura, ma anche come mediatori di potere biopolitico (Foucault, 1973). Uno dei traguardi più rilevanti consiste nella denaturalizzazione della malattia: essa non è più considerata un'entità universale e oggettiva, ma un'esperienza culturalmente mediata. Tale riposizionamento apre una concezione pluralistica della medicina, intesa al tempo stesso come disfunzione biologica e come "storia narrata" (Kleinman, 1988), nella quale si intrecciano saperi locali, pratiche tradizionali e innovazioni scientifiche.

Grazie al dialogo con sociologia, bioetica, studi di genere ed epidemiologia, l'Antropologia medica indaga oggi processi complessi come la medicalizzazione eccessiva, la globalizzazione sanitaria, le disuguaglianze di accesso alle cure e l'impatto delle tecnologie sul modo in cui i soggetti percepiscono sé stessi e il proprio corpo. Come afferma Byron Good (1994), ridare centralità alla voce del paziente, alla sua storia, alle sue emozioni e al significato che attribuisce al dolore, consente di restituire alla medicina una dimensione umana e dialogica, in controtendenza rispetto alla crescente spersonalizzazione della pratica clinica.

Alla luce di questo percorso, risulta necessario tornare alle radici storiche della disciplina, per comprendere come si siano formati i suoi principali orientamenti e quali eredità teoriche, politiche e istituzionali ne abbiano modellato lo sviluppo.

### *1.1.1 Radici storiche e primi sviluppi disciplinari*

Le origini dell'Antropologia medica risalgono al XIX secolo, anche se il suo riconoscimento come ambito disciplinare autonomo si consolida solo nel secondo dopoguerra. Le radici storiche di questo campo si intrecciano con l'Antropologia coloniale e con l'interesse, spesso strumentale, che esploratori, missionari e medici europei mostrarono nei confronti delle pratiche sanitarie delle popolazioni considerate "altre". In questa fase pionieristica, l'osservazione dei sistemi di cura non occidentali risultava fortemente condizionata da una prospettiva etnocentrica, che tendeva a interpretare tali pratiche nei termini del *primitivo*, del magico o dell'irrazionale (Young, 1982). Parallelamente, alcuni studiosi posero le basi per un orientamento diverso. Rudolf Virchow (1848), riconosciuto come il padre della medicina sociale, mise in relazione lo stato di salute con le condizioni materiali di vita, sostenendo che la malattia non potesse essere separata dal contesto politico ed economico. A suo giudizio, ad esempio, la tubercolosi non rappresentava soltanto un fenomeno biologico, ma l'esito di povertà, lavoro minorile e scarse condizioni igieniche. Questa prospettiva sociopolitica aprì la strada a una lettura critica del rapporto tra salute e società, anticipando temi che diventeranno centrali nella riflessione antropologica del secolo successivo (Singer et al., 2020).

Una figura di transizione tra medicina e Antropologia fu W. H. R. Rivers, medico e antropologo che partecipò a missioni di ricerca in Oceania e sviluppò un metodo comparativo sensibile alle dimensioni psicologiche e simboliche dei rituali terapeutici. Egli mostrò come le pratiche di guarigione non avessero solo una funzione curativa individuale, ma contribuivano alla coesione e alla riproduzione del tessuto sociale. La sua opera segnò un punto di incontro tra medicina e Antropologia, ponendo le premesse per lo studio sistematico dei sistemi terapeutici tradizionali (Singer et al., 2020). Anche storici della medicina come Henry E. Sigerist (1943) e Henry Ackerknecht (1942) contribuirono ad ampliare una prospettiva socioculturale sulla malattia. Quest'ultimo, in particolare, mise in discussione una visione della medicina come progresso lineare e neutrale, evidenziando l'intreccio tra conoscenza medica, strutture politiche ed economie coloniali. Tale impostazione mostrò come la medicina fosse, fin dalle sue origini moderne, intrecciata a rapporti di potere e a strategie di governance (Porter, 1997). Sul piano istituzionale, la fondazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1948 rappresentò un momento cruciale. I programmi di sanità pubblica promossi dall'ente evidenziarono la necessità di comprendere le specificità culturali dei contesti locali. L'epidemiologia stessa si aprì al dialogo con l'Antropologia, nella consapevolezza che le credenze religiose, le pratiche sociali e le condizioni materiali incidono in modo determinante sulla diffusione delle malattie (Singer et al., 2020). Solo a partire dalla seconda metà del XX secolo, si affermò una prospettiva più critica e culturalmente sensibile. La nascita ufficiale dell'Antropologia medica come disciplina autonoma viene generalmente collocata negli anni Cinquanta del Novecento, con le opere di George Foster e Benjamin Paul. Foster (1953) propose una distinzione tra sistemi medici "naturalistici" e "personalistici": i primi spiegano la malattia attraverso cause naturali, impersonali e meccaniche, come squilibri umorali o agenti patogeni, mentre i secondi la interpretano come conseguenza di forze morali, spirituali o sociali, ad esempio malocchio, stregoneria o trasgressione di tabù. Pur nella sua semplificazione, questa classificazione rappresentò un primo tentativo di comprendere i sistemi terapeutici in base alla loro logica interna, anziché secondo una gerarchia evolutiva implicita. L'Antropologia medica si sviluppò inizialmente nel quadro dell'Antropologia culturale nordamericana, fortemente influenzata dallo struttural-funzionalismo e dall'approccio

olistico dell'Antropologia boasiana. In questa fase, numerosi studi etnografici furono condotti in contesti considerati esotici, con l'obiettivo di documentare pratiche di guarigione indigene e sistemi cosmologici di riferimento. Tuttavia, fu negli anni Settanta che il campo conobbe una svolta teorica decisiva, quando l'influenza delle correnti interpretative e critiche introdusse una lettura più riflessiva e politica dei fenomeni di salute e malattia (Erickson & Murphy, 2013). Un contributo importante provenne anche dal dialogo con discipline affini, come la Psicologia culturale e la nascente etnopsichiatria. Le connessioni tra Antropologia medica ed Etnopsicologia si rivelarono particolarmente fruttuose nel mettere in luce il ruolo dei simboli, dei miti e delle rappresentazioni collettive nei processi terapeutici. Questo terreno di convergenza, che verrà approfondito nei capitoli successivi, evidenziò già negli anni Sessanta la necessità di uno sguardo interdisciplinare per comprendere la complessità dell'esperienza umana della sofferenza. Sul piano internazionale l'Antropologia medica si è formata nel confronto tra biomedicina e scienze sociali; in Italia, invece, le sue radici affondano in un terreno originale, dove tradizioni popolari e saperi medici avevano iniziato a dialogare molto prima della sua istituzionalizzazione accademica. È in questa cornice che si colloca la nascita e la diffusione del sapere etnomedico.

### *1.1.2 La medicina popolare e la nascita del sapere etnomedico*

La storia dell'Antropologia medica in Italia affonda le sue radici in un intreccio di pratiche, narrazioni e riflessioni che precedono di decenni la formalizzazione disciplinare. Ben prima che la medicina diventasse oggetto di analisi antropologica sistematica, il Paese possedeva un articolato lessico culturale del corpo, della malattia e della cura. Tra le figure che più hanno contribuito alla formazione di questo linguaggio spicca Giuseppe Pitрэ (1841-1916), medico e studioso palermitano, la cui opera rappresenta una svolta epistemologica nella concezione del sapere popolare. Nella sua monumentale *Biblioteca delle tradizioni popolari siciliane* (1871-1913) e, in particolare, nella *Medicina popolare siciliana* (1896), Pitрэ inaugura una prospettiva che unisce osservazione empirica, analisi linguistica e attenzione alla dimensione simbolica del vivere quotidiano. La sua indagine non mira a collezionare curiosità o residui

superstiziosi, ma a restituire dignità teorica a una forma di conoscenza situata, frutto di pratiche di sopravvivenza e di interpretazioni collettive della sofferenza.

Medico di formazione positivista, Pitрэ assume l'empiria come punto di partenza, ma ne scardina l'ideologia riduzionista. Egli riconosce che la malattia non è mai un fatto puramente biologico: nasce da un sistema di relazioni, di credenze e di significati. Nella *Medicina popolare siciliana* (1896), l'autore rileva come la dimensione patologica venga intesa in continuità con quella fisiologica, poiché il “male” è sempre richiamato dal “bene” e può essere compreso solo in relazione ad esso. Tale posizione esprime un antesignano pensiero olistico, basato su un equilibrio dinamico delle forze vitali. Organizzando il materiale raccolto secondo le categorie classiche della medicina, anatomia, fisiologia, patologia, terapeutica, Pitрэ mostra che il sapere popolare possiede una propria razionalità interna, capace di articolare diagnosi, pronostici e terapie coerenti con l'universo simbolico in cui prende forma. Questa scelta metodologica, come osserva Riccò (2019), conferisce alla sua ricerca un valore fondativo: egli costruisce un modello di conoscenza che riconosce nel sapere del popolo un potenziale interpretativo, non soltanto un oggetto di studio. Il tratto più innovativo dell'opera pitрэiana è la concezione del corpo come linguaggio sociale. Le ricette, le formule magiche, gli scongiuri e i riti terapeutici non sono, per Pitрэ, espressioni di irrazionalità, ma codici attraverso cui una comunità traduce in gesti condivisi la propria visione del mondo. L'efficacia di una cura non risiede nella sostanza farmacologica, bensì nella fiducia reciproca e nel riconoscimento collettivo che la sostengono. In questa prospettiva la guarigione appare come un processo relazionale e performativo, in cui la parola, il contatto e la ritualità ricompongono l'ordine sociale turbato dal male. Tale intuizione, che prefigura la riflessione contemporanea sul *placebo effect* e sulla relazione terapeutica come costruzione culturale (Scarpa, 1988), colloca Pitрэ fra i precursori di una medicina attenta alla dimensione simbolica e comunicativa del corpo.

La Sicilia descritta da Pitрэ è un autentico laboratorio di pluralismo terapeutico delle origini. In un contesto segnato da profonde disuguaglianze economiche e da una forte compenetrazione tra religione e medicina, egli osserva la coesistenza di differenti figure di cura: il medico, il prete, il guaritore, la levatrice, la “donna di fuori”. Queste presenze, spesso in tensione tra loro, definiscono un campo di competenze fluido ma conflittuale,

dove l'autorità sulla salute è continuamente negoziata. Pitre individua in questa molteplicità non un segno di arretratezza, ma una risorsa adattiva. Il suo sguardo restituisce dignità alle pratiche di guarigione domestiche e femminili, riconoscendole come luoghi di autonomia e di resistenza all'egemonia medica e religiosa. In ciò la sua opera anticipa, sul piano empirico, la lettura politica che Tullio Seppilli avrebbe proposto un secolo più tardi nel definire la salute come "campo di forze sociali" (Seppilli, 1995; Pizza, 2014). L'interesse di Pitre per la parola del popolo introduce, inoltre, una dimensione linguistica dell'esperienza medica. Egli trascrive formule, proverbi e dialetti, restituendo alla lingua popolare il potere di concettualizzare il dolore. Come nota Zipes (2004), la *Biblioteca delle tradizioni popolari siciliane* funziona come "archivio della vita quotidiana" e, insieme, come laboratorio di semiotica culturale: le parole della malattia sono atti performativi che creano legami sociali. Il linguaggio, in questa prospettiva, non descrive la malattia ma la costituisce, conferendole visibilità e senso. Tale consapevolezza colloca Pitre alle origini di una linea interpretativa che, attraverso De Martino, giungerà fino all'Antropologia della salute contemporanea (Beneduce, 2021).

L'opera del demopsicologo deve essere letta anche come risposta alle tensioni culturali del suo tempo. In un'Italia da poco unificata, impegnata a costruire un'identità nazionale fondata sulla scienza e sul progresso, la raccolta delle tradizioni popolari siciliane afferma la legittimità di una conoscenza periferica, spesso femminile e orale, come parte integrante del patrimonio scientifico nazionale. Questa scelta implica una forma di dissenso rispetto alla cultura egemonica del positivismo: Pitre non nega la validità della medicina moderna, ma ne relativizza l'universalismo, mostrando come ogni sistema terapeutico sia radicato in una specifica cosmologia. In tal senso, la sua prospettiva può essere letta come un atto di decolonizzazione interna della conoscenza, in cui il Sud diventa spazio epistemico e non semplice oggetto di osservazione (Dei, 2018). L'eredità di Pitre attraversa il Novecento italiano in forme diverse. De Martino ne sviluppa l'idea della malattia come evento simbolico che minaccia l'integrità della persona. In *Sud e magia* (1948) e *La terra del rimorso* (1959/2008), la "crisi della presenza" rielabora i materiali pitreani in un dispositivo storico-antropologico che utilizza il folklore per comprendere le condizioni di fragilità esistenziale. Il tarantismo salentino, come la *malattia morale* descritta dal medico palermitano, è una forma

culturale del dolore che chiede reintegrazione. Entrambi gli autori, pur con linguaggi diversi, intendono la cura come pratica di restituzione di senso. Il legame fra i due segna l'avvio di una linea teorica meridionale, che farà del rapporto tra corpo, rito e società il proprio nucleo costitutivo (De Martino, 1959/2008; Pizza, 2020).

Il valore attuale di Pitрэ non risiede soltanto nell'imponente raccolta di dati etnografici, ma nella costruzione di un paradigma conoscitivo alternativo. La sua opera dimostra che la medicina popolare è un dispositivo di interpretazione della realtà, un sistema di categorie che consente di nominare, contenere e condividere la sofferenza. In questo senso, essa anticipa il concetto di *idioms of distress* elaborato da Kirmayer (2001), secondo cui ogni cultura possiede linguaggi specifici per esprimere il dolore e tradurlo in sintomi. La medicina del popolo, per Pitрэ, non è una contro-scienza ma una grammatica del mondo, una forma di ragione pratica che integra dimensione biologica, morale e cosmologica. L'attenzione al nesso tra esperienza e significato, tra fisiologia e metafisica, consente di riconoscere nella *Medicina popolare siciliana* (1896) un testo fondativo per la successiva Antropologia medica italiana. Essa apre la strada alla riflessione sulla salute come costruzione culturale, sulla cura come spazio relazionale e sulla malattia come evento sociale. In un passaggio che ne sintetizza l'intento, Pitрэ (1896/2004) afferma che la medicina del popolo è "scienza vissuta", espressione che racchiude l'intero progetto: comprendere la vita quotidiana come laboratorio di teoria. L'eredità di Giuseppe Pitрэ non si esaurisce nel suo valore documentario; essa apre un percorso che, tra la metà del Novecento e l'inizio del nuovo millennio, condurrà alla nascita dell'Antropologia medica come disciplina autonoma. Se l'opera pitréiana aveva restituito al sapere popolare una dignità epistemologica, le generazioni successive avrebbero cercato di coniugare quel patrimonio con le categorie analitiche della medicina scientifica e dell'Antropologia culturale, dando vita a una riflessione che colloca la salute all'incrocio fra biologia, cultura e potere. L'Antropologia medica italiana si configura così come un campo di ricerca situato, nel quale la riflessione teorica è inseparabile dall'impegno etnografico e dall'attenzione alle disuguaglianze reali. In questo quadro, le trasformazioni sociali degli ultimi decenni, dalla migrazione alla precarietà, dalle nuove vulnerabilità psicologiche all'indebolimento dei legami comunitari, hanno offerto ulteriori occasioni per rimettere

in gioco la sensibilità pitréiana verso la dimensione simbolica della sofferenza. La “crisi della presenza”, riletta attraverso tali mutamenti, continua a descrivere una forma di perdita di mondo che chiede, ancora oggi, processi di reintegrazione simbolica.

Il filo che unisce Pitрэ a questa costellazione teorica è la centralità del significato nella sofferenza. Dalla medicina popolare alla critica della modernità, l'Italia elabora una tradizione che rifiuta tanto il riduzionismo biologico quanto il relativismo culturale, ponendo al centro la tensione tra sapere, corpo e potere. È in questa prospettiva che il tema dell'ansia sociale, oggetto della presente ricerca, può essere compreso non come disturbo individuale, ma come manifestazione di un disagio collettivo inscritto nelle trasformazioni culturali della modernità. Se la *Medicina popolare siciliana* (1896) mostrava come la comunità curi attraverso la parola e il rito, l'Antropologia medica contemporanea rivela come, in un contesto di frammentazione sociale, la perdita di quei dispositivi simbolici generi nuove forme di malessere. In entrambi i casi, la guarigione rimane una pratica culturale di ricomposizione del senso.

### *1.1.3 La svolta critica e la politicizzazione della salute*

Una delle prime elaborazioni organiche di questo nuovo orizzonte si trova nei lavori di Antonio Scarpa (1926-2002), che inaugura un approccio sistematico allo studio dell'etnomedicina italiana. Medico e antropologo formatosi tra Genova e la Sardegna, Scarpa fonda nel 1967 l'Istituto Italiano di Etnomedicina, primo centro europeo interamente dedicato allo studio comparativo delle pratiche terapeutiche tradizionali. La sua prospettiva, distante tanto dal folclorismo quanto dalla rigidità biomedica, affronta la malattia come evento psicosociale e la cura come processo relazionale e simbolico. In *Pratiche di etnomedicina* (1988), Scarpa descrive la dimensione terapeutica come luogo in cui suggestione, fiducia ed efficacia simbolica operano non come residui arcaici, ma come componenti essenziali dell'esperienza. L'interesse per i fenomeni di placebo e per l'interazione fra aspettative, emozioni e contesto culturale lo induce a leggere lo stress non come semplice risposta fisiologica, ma come “sindrome di adattamento” ai modelli sociali di comportamento, reinterpretando in chiave culturale la fisiologia di Selye (1956). Questa impostazione anticipa le riflessioni contemporanee sulla medicalizzazione dell'ansia e apre la strada a un'Antropologia della cura attenta ai nessi tra corpo, ambiente e forme di vita.

Accanto a questo contributo pionieristico, la svolta decisiva nella formazione dell'Antropologia medica italiana è rappresentata dall'opera di Tullio Seppilli (1928-2017), che sviluppa una prospettiva critica capace di riorientare l'intero campo. Formatosi negli anni Cinquanta in un contesto segnato dall'Antropologia culturale statunitense e dall'Etnologia europea, Seppilli introduce una lettura profondamente politica della salute. Nei saggi raccolti in *Antropologia medica e salute pubblica* (1995), la salute è definita non come condizione naturale, ma come fatto sociale, modellato da rapporti di produzione, ideologie e disuguaglianze strutturali. La medicina, in questa visione, diventa luogo privilegiato per osservare i processi di egemonia, poiché produce norme, modelli di comportamento e criteri di cittadinanza. L'Antropologia medica non deve limitarsi a documentare credenze o rituali, ma analizzare criticamente i modi in cui i saperi sanitari partecipano alla costruzione del consenso e all'organizzazione della vita collettiva. La creazione a Perugia del Centro di documentazione per l'Antropologia medica e l'avvio della rivista *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica* offrono a questa prospettiva un laboratorio teorico e operativo. Gli studi pubblicati negli anni Novanta mostrano come vulnerabilità, disagio psichico, devianza giovanile e tossicodipendenza non possano essere compresi senza considerare le condizioni materiali dell'esistenza e i dispositivi istituzionali che definiscono chi è incluso o escluso dalla cittadinanza sanitaria. In questo quadro, Seppilli elabora la nozione di "uso sociale del sapere sul corpo", mettendo in luce come la medicina produca effetti non solo clinici, ma relazionali e politici, attribuendo ruoli, posizioni e significati ai soggetti coinvolti.

La prospettiva seppilliana si distingue per la capacità di coniugare analisi empirica e teoria sociale. Le ricerche sul campo condotte con équipe multidisciplinari mostrano che la cura è efficace solo se radicata nei contesti locali, nei linguaggi e nelle reti di relazione che sostengono la vita quotidiana. Di conseguenza, l'educazione alla salute non può essere concepita come semplice trasmissione di norme, ma come pratica culturale che richiede negoziazione, partecipazione e riflessività. L'antropologo non è osservatore esterno, ma interlocutore attivo nei processi di definizione e gestione del benessere collettivo. Sul piano teorico, il contributo di Seppilli risiede nella capacità di problematizzare la neutralità della scienza medica e di mostrare come ogni definizione di normalità o

devianza sia inscritta in rapporti di potere. La cultura, in questa prospettiva, non è repertorio di credenze da classificare, ma terreno di produzione di significati e disuguaglianze. La “cultura della malattia” diventa così la traduzione simbolica di tensioni sociali più ampie: il sintomo individuale riflette, in scala ridotta, l’ordine politico e morale che struttura la vita comune. Questa impostazione dialoga con la tradizione meridionalista di Ernesto De Martino, di cui Seppilli riprende l’attenzione per la crisi della presenza, riformulandola però in chiave politica e strutturale.

La portata del suo pensiero si riconosce nella capacità di unire dimensione epistemologica, politica ed etica. L’Antropologia medica, grazie alla sua riformulazione, diventa disciplina critica, capace di interrogare i modi in cui le società definiscono salute, malattia e responsabilità collettiva. Il percorso inaugurato da Seppilli segna così il passaggio dalla descrizione delle culture mediche alla comprensione della salute come spazio di conflitto, negoziazione e produzione di senso. Questa svolta costituirà il punto di riferimento imprescindibile per gli sviluppi successivi dell’Antropologia medica italiana.

#### *1.1.4 De Martino, Pizza e l’eredità dell’Antropologia medica italiana*

La traiettoria aperta da Tullio Seppilli trova nella riflessione di Giovanni Pizza una prosecuzione e, al tempo stesso, un’espansione teorica. Allievo e collaboratore del maestro perugino, Pizza porta l’Antropologia medica italiana nel nuovo millennio, collocandola nel dibattito globale sulla soggettività, sulle trasformazioni del lavoro di cura e sui linguaggi della sofferenza. La sua produzione, che attraversa più di vent’anni di ricerca e insegnamento, consolida una tradizione ormai autonoma, capace di dialogare con le scienze sociali internazionali pur mantenendo un saldo radicamento nei contesti italiani. Negli articoli pubblicati su *AM* e su *Curare*, così come nei saggi raccolti in *Corpi, poteri, malattie* (Pizza, 2014) e in *Antropologia medica oggi* (Pizza, 2020a), emerge un impianto concettuale fondato su tre nuclei interconnessi: la costruzione sociale della vulnerabilità, la relazione fra salute e cittadinanza e la critica delle forme di soggettivazione imposte dalla medicina contemporanea. Pizza riprende da Seppilli l’idea della salute come “fatto politico”, ma ne sposta il baricentro dalla dimensione collettiva a quella esperienziale.

Se la medicina è un dispositivo di governo, il corpo diventa il luogo in cui tale potere viene interiorizzato, tradotto in abitudini, affetti e rappresentazioni. La malattia non è solo categoria diagnostica, ma forma di esperienza situata nel rapporto con le istituzioni e con la memoria culturale. In questa prospettiva, il concetto foucaultiano di biopower viene declinato in chiave etnografica. Pizza mostra come i dispositivi sanitari operino non solo attraverso la coercizione, ma anche attraverso il desiderio: il soggetto si fa garante della propria salute, incorporando le norme della prevenzione e dell'efficienza. Nelle società neoliberali, la cura diventa dovere morale e indicatore di cittadinanza, mentre la malattia rappresenta un fallimento individuale. L'Antropologia medica, secondo Pizza (2020b), deve dunque smascherare la logica che trasforma la salute in capitale e il corpo in risorsa produttiva. Questa lettura dialoga con la critica di Beneduce (2021) alla "naturalizzazione del dolore", ossia alla tendenza a isolare la sofferenza dalle sue radici storiche e politiche. A questo punto della genealogia teorica, il riferimento a Ernesto De Martino appare inevitabile. Le sue analisi della "crisi della presenza", formulate in *Il mondo magico* (1948), *Sud e magia* (1959) e *La fine del mondo* (1977), costituiscono la matrice concettuale che consente all'Antropologia medica di pensare la sofferenza come perdita di orientamento nel mondo. Per De Martino la presenza non è semplice coscienza individuale, ma possibilità di agire e di attribuire senso all'esperienza. Quando questa capacità vacilla, il soggetto rischia di scivolare nel "non-esserci", e il rito interviene come dispositivo di reintegrazione simbolica (De Martino, 1959/2008). Seppilli (1995) tradurrà questa intuizione in linguaggio politico, interpretando la crisi non come vicenda esclusivamente interiore ma come effetto di esclusione sociale. La cura, in tale ottica, diviene processo di reinclusione: restituisce al corpo e alla parola un posto nella collettività. Pizza riprende la lezione demartiniana spostandola nel presente. Nella modernità la crisi della presenza non si manifesta più attraverso la perdita del sacro, ma attraverso l'iper-razionalizzazione e l'eccesso di controllo. Le patologie dell'ansia, della depressione o dell'esaurimento riflettono un'incapacità di sostenere la pressione alla visibilità e alla produttività che definisce il soggetto contemporaneo (Pizza, 2014). La cura assume così il valore di rito secolarizzato, strumento di reintegrazione in un contesto in cui le mediazioni simboliche si sono rarefatte.

Le riletture più recenti confermano la vitalità di questa categoria. Beneduce (2021) la impiega per comprendere lo sradicamento dei migranti, in cui la perdita di continuità biografica diventa sintomo di una crisi di presenza collettiva. Riccò (2019) individua la stessa logica nelle pratiche terapeutiche urbane e nella religiosità popolare, dove la guarigione consiste nel ristabilire un ordine di senso condiviso. Butler (2020) vi riconosce infine un modello trans-storico che consente di leggere la vulnerabilità come condizione antropologica di base.

L'impianto teorico che ne risulta restituisce coerenza alla tradizione italiana: la salute è processo dinamico di costruzione della presenza, mentre la malattia rappresenta una frattura che, se attraversata, può generare nuove forme di senso. Attraverso De Martino, l'Antropologia medica acquista una grammatica capace di unire il piano simbolico e quello politico, ponendo le basi per una lettura culturale delle sofferenze psichiche contemporanee. Le ricerche empiriche condotte da Pizza e dai suoi collaboratori su salute mentale, disoccupazione e precarietà lavorativa evidenziano la continuità tra vulnerabilità e crisi sociale. Nel saggio *Città, salute mentale e migranti* (Pizza et al., 2020), la salute urbana è interpretata come campo di negoziazione tra culture, in cui i migranti sperimentano quotidianamente la tensione fra inclusione ed esclusione. Il disagio psichico diventa forma di resistenza simbolica e segnale di una cittadinanza incompiuta. Tali ricerche confermano la prospettiva seppilliana per cui la malattia è indicatore della tenuta democratica di una società. La riflessione di Pizza dialoga con le posizioni di Riccò (2019) sul pluralismo terapeutico e con gli studi di Beneduce (2021) sui percorsi migratori. Tutti riconoscono che la salute si produce in un campo ibrido di pratiche e linguaggi, dove la biomedicina convive con terapie alternative, ritualità religiose e pratiche di autoguarigione. Il pluralismo terapeutico, lungi dall'essere segno di frammentazione, testimonia la ricerca di nuove grammatiche del corpo. In questa prospettiva, la figura del terapeuta perde la propria aura esclusiva e si moltiplica in forme diffuse di competenza: l'infermiere, il mediatore culturale, il familiare, il paziente stesso partecipano al processo di cura. Nei contributi più recenti di *AM* e *Curare*, questa impostazione viene estesa alle trasformazioni prodotte dalle tecnologie digitali e dalla medicina algoritmica. La "digitalizzazione della cura", osserva Pizza (2020a), rinnova il paradosso già indicato da

Seppilli: la promessa di universalità si accompagna a nuove forme di esclusione. L'Antropologia medica è chiamata a interpretare questi processi, restituendo voce ai soggetti che vivono la medicina non come garanzia ma come campo di tensione.

L'influenza di Pizza si estende oggi a numerosi studiosi che, a partire da quella tradizione, esplorano i confini tra Antropologia, Psicologia e scienze politiche. Gli articoli di *Curare* e *AM* dedicati all'etnopsichiatria, alla salute mentale dei migranti e al disagio giovanile riprendono la sua nozione di "corpo politico". Essi mostrano come la salute mentale non sia più soltanto problema clinico, ma terreno di costruzione identitaria. L'Antropologia medica italiana, in questo modo, si allinea ai dibattiti internazionali sulla *global health* senza perdere la propria specificità: un'attenzione costante per la storia, per la lingua e per le forme locali della sofferenza. La prospettiva di Pizza non mira a sostituire la medicina con l'Antropologia, ma a rendere la medicina consapevole della propria funzione culturale. L'antropologo non è antagonista del medico, ma interlocutore critico, capace di mostrare come la cura dipenda tanto dalle istituzioni quanto dalle relazioni affettive. Questa posizione, che rifiuta la dicotomia tra scienza e cultura, prosegue l'eredità di Scarpa e Seppilli, ma la inserisce in una riflessione più ampia sulla produzione contemporanea del sé. L'opera di Giovanni Pizza rappresenta, quindi, la piena maturità dell'Antropologia medica italiana. Il suo pensiero coniuga la genealogia meridionale di Pitre e De Martino, la svolta politica di Seppilli e la sensibilità contemporanea per la vulnerabilità e la soggettività. La medicina, in questa tradizione, non è mai solo pratica tecnica, ma linguaggio della vita sociale. La cura è atto di mediazione fra il biologico e il simbolico, fra l'individuo e la collettività. Attraverso Pizza, l'Antropologia medica italiana si afferma come disciplina capace di leggere le patologie del presente, dall'ansia sociale alla solitudine digitale, come sintomi culturali e storici, restituendo alla salute la complessità che le appartiene. Il percorso che da Seppilli conduce a Pizza restituisce una visione della sofferenza come esperienza storica e culturale, inscritta nei linguaggi e nei rapporti sociali che la rendono pensabile. La malattia non appare come deviazione fisiologica, ma come luogo di traduzione fra biologia e cultura, fra l'ordine politico e l'intimità del corpo. L'Antropologia medica italiana, nella sua evoluzione, ha mostrato che la cura coincide con un atto di mediazione e che la vulnerabilità, lungi dall'essere solo limite, è anche

forma di conoscenza: un modo in cui l'individuo e la collettività si riconoscono nella propria precarietà.

Da questa consapevolezza prende forma l'interesse per le sindromi culturali, non intese come curiosità marginali ma come configurazioni simboliche attraverso cui le società articolano la crisi. In esse il dolore, la perdita o l'eccesso vengono tradotti in figure riconoscibili, rese comunicabili e quindi, in parte, governabili. Studiare tali fenomeni significa proseguire la linea che unisce Pitre, De Martino, Seppilli e Pizza: seguire le metamorfosi della presenza quando si confronta con la disgregazione, osservare come ogni cultura inventi le proprie grammatiche del disordine per ritrovare, almeno provvisoriamente, un senso dell'abitare umano nel mondo. La genealogia italiana, da Pitre a Seppilli e Pizza, ha progressivamente politicizzato la riflessione sulla salute, trasformandola in una lente attraverso cui leggere la vita sociale. Questa eredità costituisce il punto di avvio della svolta interpretativa che, dagli anni Ottanta, rinnoverà il profilo dell'Antropologia medica a livello internazionale.

#### *1.1.5 La svolta interpretativa e la critica alla biomedicina*

In questo nuovo scenario si colloca il contributo decisivo di Arthur Kleinman. Con *Patients and Healers in the Context of Culture* (1980), egli restituisce alla malattia la sua natura relazionale ed esperienziale, mostrando come ogni sofferenza sia inscritta in un universo di significati. Poco dopo, Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock proporranno il modello dei *three bodies*, una chiave di lettura che intreccia corpo vissuto, corpo sociale e corpo politico (Scheper-Hughes & Lock, 1987). Questo approccio, debitore della teoria foucaultiana del biopotere, evidenzia come la medicina operi non solo sul piano biologico, ma anche come dispositivo normativo che produce ordine, disciplina e identità (Singer et al., 2020). In quegli stessi anni, l'Antropologia medica amplia il proprio orizzonte di ricerca, spostando l'attenzione dai contesti extra-occidentali alle società industrializzate. La biomedicina viene così reinterpretata non più come sapere universale e neutrale, ma come costruzione culturale dotata di propri linguaggi, rituali, gerarchie e rappresentazioni. Emily Martin, nel suo studio *The Woman in the Body* (1987), decostruisce le metafore meccanicistiche della medicina riproduttiva occidentale, mostrando come le immagini biologiche siano impregnate di ideologie di genere.

Nel corso di questa evoluzione, l'Antropologia medica passa da una fase prevalentemente descrittiva a un approccio critico e teoricamente sofisticato. Si emancipa dall'Antropologia generale, affermandosi come campo interdisciplinare capace di dialogare con la medicina, la Psicologia, la sociologia e gli studi culturali. In un mondo sempre più globalizzato e medicalizzato, essa diventa una lente indispensabile per interpretare i molteplici significati di salute, malattia e cura (Singer et al., 2020). Parallelamente, anche le istituzioni sanitarie internazionali rivedono il proprio lessico: a partire dagli anni Ottanta l'OMS sostituisce progressivamente i termini centrati sulla malattia con un linguaggio focalizzato su *disability*, *functioning* e *health*. Un passaggio emblematico è rappresentato dalla ICIDH (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, 1980), che introduce la distinzione tra menomazione, disabilità e handicap, aprendo la strada al moderno ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), in cui la salute è definita in relazione alle capacità e alla partecipazione sociale. Tra i contributi più influenti di questa stagione si colloca la distinzione concettuale tra *disease*, *illness* e *sickness*, elaborata da Kleinman (1980) e ripresa in gran parte della letteratura antropologica, medica e sociologica. Questa tripartizione non è soltanto terminologica, ma esprime una precisa visione epistemologica che consente di superare la riduzione biologica della malattia, includendo nella sua analisi la dimensione soggettiva e sociale della sofferenza. Il termine *disease* si riferisce alla condizione patologica oggettivamente diagnosticabile secondo i criteri della medicina biomedica. Implica un'alterazione funzionale o strutturale del corpo, rilevabile attraverso strumenti e parametri scientifici. In questa prospettiva, dominante nella medicina occidentale, il corpo è concepito come entità isolata, separata dall'esperienza personale dell'individuo (Cassell, 1991). Con *illness* si indica invece l'esperienza soggettiva del disagio: il modo in cui la persona percepisce, interpreta e racconta la propria condizione di salute compromessa. La malattia diventa così una vicenda biografica, un racconto che restituisce senso alla sofferenza e ne rende possibile la condivisione (Kleinman, 1988). Il concetto di *sickness* riguarda infine la dimensione pubblica e culturale della malattia, cioè lo status sociale del malato riconosciuto dalla collettività. Esso include le norme, i ruoli e le aspettative che definiscono la legittimità del dolore e i diritti alla cura. In questa prospettiva, la malattia è un fatto sociale (Durkheim, 1895), governato da codici simbolici che determinano chi meriti assistenza e in quali forme (Turner, 1995).

Questa articolazione concettuale ha avuto un impatto duraturo non solo nell'Antropologia, ma anche nella medicina narrativa, nella Psicologia clinica e nella sociologia della salute, aprendo la strada a un approccio multilivello all'intervento terapeutico. Byron Good (1994) ha successivamente approfondito questa linea di pensiero analizzando la malattia come evento semantico, un'esperienza che acquista senso solo attraverso la narrazione. Tale impostazione confluisce nel più ampio dibattito delle *medical humanities*, orientato a restituire alla medicina la sua dimensione umanistica e riflessiva. In questa direzione si colloca anche Rita Charon (2006), la quale sottolinea l'importanza dell'ascolto della voce del paziente come parte integrante della diagnosi. La narrazione, in questa prospettiva, non è mera descrizione dei sintomi, ma forma di cura: struttura l'esperienza, dà significato al dolore e riattiva la possibilità di speranza. Il riconoscimento della pluralità dei significati attribuiti alla malattia ha reso possibile una critica più radicale della biomedicina come sistema normativo. Kleinman (1988) osserva come la riduzione della sofferenza a un insieme di segni misurabili rischi di produrre disumanizzazione, poiché esclude dalla pratica clinica aspetti fondamentali dell'esistenza come la dignità, la relazione e il senso. Da qui deriva la necessità, sottolineata anche da Veena Das (2007), di pensare la cura non solo come intervento tecnico, ma come pratica etica e sociale. Negli sviluppi più recenti, l'Antropologia medica ha decostruito la biomedicina come sistema culturale complesso, formato da saperi, istituzioni e rappresentazioni storicamente situate. Lungi dall'essere un sapere universale e neutrale, essa appare come prodotto di un paradigma scientifico nato nell'Europa moderna, fondato su una visione meccanicistica del corpo e su una logica positivista che privilegia la quantificazione e la standardizzazione (Lock & Nguyen, 2010). Come nota Margaret Lock (1993), questa impostazione frammenta il corpo in organi e funzioni, favorendo un'interpretazione anatomico-fisiologica della malattia a scapito della sua dimensione esperienziale. Sebbene tale approccio abbia garantito straordinari progressi nella diagnostica, nella farmacologia e nella chirurgia, esso solleva interrogativi di natura etica e antropologica. Good (1994) evidenzia come il linguaggio tecnico della medicina tenda a oscurare il vissuto del paziente, generando un "silenzio narrativo" che impoverisce la relazione terapeutica. Il sapere medico, proprio in quanto istituzionalizzato, esercita un potere normativo: definisce chi è considerato malato, quali condizioni sono accettabili e quali comportamenti devono essere corretti o medicalizzati.

Questa riflessione porta a interrogarsi sull'asimmetria relazionale tra medico e paziente e sull'eccessiva tecnicizzazione dell'atto terapeutico. La standardizzazione dei

protocolli clinici, seppur necessaria, rischia di cancellare la singolarità culturale e biografica dell'individuo. In prospettiva foucaultiana, la biomedicina può così essere interpretata come un dispositivo di visibilità e controllo, un sistema simbolico portatore di valori e rappresentazioni egemoniche (Singer et al., 2020). Come ha mostrato Emily Martin (1987), le metafore scientifiche non sono semplici descrizioni neutre, ma veicolano modelli culturali e ideologici. Nelle narrazioni della medicina riproduttiva, ad esempio, lo spermatozoo è descritto come attivo e l'ovulo come passivo, riproducendo stereotipi di genere all'interno del linguaggio medico. Allo stesso modo, i concetti di "corpo sano" o "corpo normale" riflettono costruzioni sociali e valori storicamente determinati. Le implicazioni etiche di questa critica sono profonde. In primo luogo, invitano a ripensare la medicina come relazione dialogica, in cui il paziente sia riconosciuto nella sua dignità e complessità narrativa. In secondo luogo, sottolineano la necessità di un approccio olistico e culturalmente sensibile, capace di integrare saperi diversi e di valorizzare le risorse simboliche e relazionali presenti nei contesti di cura. Infine, sollevano questioni cruciali circa la responsabilità sociale della medicina, la crescente medicalizzazione della vita quotidiana e il confine sempre più labile tra cura, controllo e governance della popolazione (Rose, 2007). Alla luce di tali riflessioni, l'Antropologia medica si configura oggi non solo come disciplina analitica, ma anche come pratica critica e riflessiva, che pone al centro dell'indagine il soggetto sofferente nella sua irriducibilità alle categorie esclusivamente cliniche. Essa promuove una concezione della medicina come pratica etica, culturalmente situata e umanamente sensibile, capace di restituire complessità e significato all'esperienza della cura.

## **1.2 Approcci teorici nell'Antropologia medica**

### *1.2.1 Approccio epistemologico e metodo etnografico*

L'analisi della sofferenza, della salute e della malattia in contesti interculturali richiede un esame attento dei presupposti epistemologici e metodologici che orientano la ricerca antropologica. È necessario interrogarsi sul rapporto tra il sapere scientifico occidentale, che storicamente si è presentato come universale, oggettivo e neutrale, e le modalità locali di costruzione del senso e della conoscenza. Come osserva Clifford Geertz (1973), ogni interpretazione culturale è situata, parziale e mediata dal linguaggio: non esiste osservazione priva di prospettiva, né sguardo immune da premesse teoriche.

Questa consapevolezza ha condotto l'Antropologia a un ripensamento radicale dei propri strumenti, abbandonando l'ideale di una scienza distante in favore di una metodologia

dialogica e riflessiva. Il ricercatore non è più un osservatore neutrale, ma un attore coinvolto, le cui categorie interpretative influenzano e sono a loro volta influenzate dall'incontro con l'altro. L'indagine antropologica diviene così un esercizio di traduzione tra mondi simbolici, in cui il significato emerge dall'interazione e non dalla mera registrazione di dati (Rabinow, 1977). Talal Asad (1986) e Johannes Fabian (1983) hanno mostrato come la pretesa di descrivere la cultura dell'altro attraverso categorie analitiche esterne riproduca asimmetrie di potere e distanze temporali tra osservatore e osservato. Le loro riflessioni hanno posto al centro la "posizionalità" del ricercatore, il contesto storico e politico della ricerca, e le condizioni affettive in cui il sapere viene prodotto. In ambito medico e psicologico, tali questioni assumono rilievo particolare. Studiare la sofferenza nelle sue espressioni locali significa andare oltre la registrazione dei sintomi per cogliere le grammatiche culturali del dolore, le cosmologie terapeutiche e le relazioni simboliche che intrecciano corpo, mente e comunità. Antropologia medica ed Etnopsicologia condividono l'esigenza di costruire dispositivi di ascolto capaci di accogliere la differenza senza ridurla a devianza o errore. L'adozione di un approccio sensibile alla pluralità epistemica comporta anche una responsabilità etica: non colonizzare l'esperienza dell'altro con strumenti concettuali estranei, ma riconoscere la legittimità di molteplici modi di essere, sentire e curare. Come afferma Michael Jackson (2013), l'Antropologia, quando è autenticamente orientata all'incontro, si avvicina alla cura, intesa come atto di "prendersi a cuore" ciò che si incontra.

Nel campo della salute e della cura, l'etnografia si configura come strumento irrinunciabile per cogliere la complessità dei fenomeni culturali e psichici. Fondata sull'osservazione partecipante e sull'intervista qualitativa, essa consente di superare la mera descrizione fenomenica per accedere ai significati soggettivi e collettivi che animano le pratiche sanitarie (Tedlock, 1991). L'osservazione partecipante permette al ricercatore di condividere spazi, tempi e rituali della vita quotidiana, favorendo una comprensione empatica delle logiche di azione. A differenza delle scienze naturali, che privilegiano la distanza e la classificazione, l'etnografia si basa su coinvolgimento, reciprocità e vulnerabilità condivisa. Il sapere che ne deriva è situato, capace di restituire le ambiguità e le tensioni che attraversano il campo (Emerson et al., 2011). In ambito medico, ciò significa osservare non solo le pratiche terapeutiche, ma anche i micro-processi relazionali della cura: sguardi, gesti, silenzi, prossimità e distacco. Le interviste narrative e semi-strutturate rappresentano uno strumento centrale dell'indagine etnografica: permettono di esplorare biografie sanitarie, rappresentazioni della malattia

e traiettorie terapeutiche, restituendo la voce ai soggetti e alle loro strategie di significazione. Non si configurano come dispositivi neutrali di raccolta dati, ma come pratiche dialogiche fondate sulla fiducia, sull'ascolto empatico e sulla co-costruzione del significato, come mostrato da Mishler e Riessman nelle loro analisi metodologiche (Mishler, 1986; Riessman, 1993). Come sottolinea Good (1994), la malattia è un “evento semantico” e può essere compresa solo attraverso i racconti e le metafore con cui viene narrata. Tra le metodologie più feconde si colloca quella delle *illness narratives*, le storie di malattia costruite dai pazienti attorno al proprio corpo e alla sofferenza. Queste narrazioni non sono resoconti descrittivi, ma atti performativi attraverso i quali il soggetto attribuisce senso all'esperienza e tenta di ristabilire un ordine simbolico. Arthur Frank (1995) distingue tre principali forme di racconto: la narrazione restitutiva, quella caotica e quella di ricerca, ciascuna esprimente diversi modi di affrontare la vulnerabilità e il trauma. Le narrazioni di malattia rendono visibili i significati morali, politici e spirituali attribuiti al dolore. In molte culture, infatti, la malattia non è riducibile a disordine biologico, ma rappresenta una frattura nelle relazioni sociali o un segno di squilibrio cosmologico. Il racconto consente di accedere a queste dimensioni spesso invisibili nei protocolli clinici, mettendo in discussione l'universalità delle categorie diagnostiche e promuovendo una medicina più attenta alla pluralità dei vissuti.

La conoscenza etnografica nasce sempre da relazioni. Essa non si configura come trasferimento di informazioni, ma come processo dialogico in cui il ricercatore assume una postura di vulnerabilità epistemica, accettando di essere trasformato dall'incontro. La relazione etnografica si avvicina così a una forma simbolica di cura: richiede ascolto, sospensione del giudizio e disponibilità a mettere in discussione le proprie categorie (Jackson, 1996). L'approccio etnopsicologico, e in particolare quello etnopsichiatrico, nasce dall'esigenza di superare i limiti dei modelli diagnostici standardizzati, spesso incapaci di cogliere la complessità delle esperienze psichiche nei contesti culturalmente eterogenei. Frutto di una critica alla psichiatria occidentale, esso propone una metodologia clinica che tenga conto delle cosmologie culturali del paziente e delle reti simboliche in cui il disagio prende forma. Tra i pionieri del campo, Georges Devereux ha teorizzato la complementarità tra Antropologia e psicoanalisi, sostenendo che ogni atto terapeutico debba integrare la dimensione culturale del sintomo. Il terapeuta, osserva Devereux (1972), deve saper leggere il significato affettivo e simbolico del disturbo, evitando di ridurlo a una categoria nosografica. Tale impostazione ha influenzato profondamente la pratica clinica, promuovendo un modello dialogico e interpretativo

della cura. Sulla scia di questa prospettiva, Tobie Nathan ha sviluppato il modello operativo dell'etnopsichiatria clinica, applicato al *Centre Georges Devereux* di Parigi. Questo dispositivo metodologico consente una lettura plurale del sintomo, favorendo la negoziazione dei significati tra paziente e terapeuti e permettendo l'emersione di narrazioni alternative alla diagnosi dominante (Nathan, 2001). Elemento cardine di tale approccio è la figura del mediatore culturale, interprete linguistico e traduttore simbolico, che costruisce ponti tra mondi di senso differenti e decostruisce i pregiudizi impliciti nella relazione terapeutica (Moro, 2002). Egli svolge una funzione liminale, facilitando un ascolto reciproco autentico tra paziente e terapeuta. L'Etnopsicologia clinica attribuisce inoltre grande importanza alla dimensione rituale della cura. In molte culture, la guarigione è un processo simbolico e comunitario che restituisce ordine e significato al vissuto. Kirmayer (2004) sottolinea come i rituali terapeutici affondino nei valori fondamentali della comunità e operino attraverso simboli e pratiche che rafforzano appartenenza e coesione. Il dispositivo terapeutico deve dunque integrare elementi narrativi, simbolici e performativi dotati di risonanza culturale, favorendo trasformazioni reali per il paziente. Come nota Moodley (2008), l'obiettivo è ristabilire armonia ed equilibrio attraverso la congiunzione di corpo, mente e spirito, riconoscendo il valore trasformativo del simbolico. Sul piano epistemologico, i metodi etnopsichiatrici rifiutano l'illusione della neutralità clinica: ogni atto terapeutico è impregnato di cultura e di potere. La cura è sempre una pratica relazionale, affettiva e politica (Lewis-Fernández & Kleinman, 1995; Kirmayer, 2007). Ciò comporta un esercizio costante di riflessione critica e di apertura alla pluralità delle verità soggettive. Questi metodi contribuiscono allo sviluppo di pratiche cliniche culturalmente competenti, capaci di coniugare rigore terapeutico e ascolto profondo. Uno dei rischi epistemologici più insidiosi è l'etnocentrismo metodologico: la tendenza a valutare altre culture attraverso categorie interpretative proprie. Tale rischio si manifesta non solo nell'analisi, ma anche nella costruzione degli strumenti di ricerca e nella traduzione delle risposte. Come ricorda Asad (1986), ogni traduzione culturale è un atto politico, poiché seleziona e marginalizza voci in base alle posizioni di potere. Un ulteriore nodo riguarda la distinzione tra prospettiva *emic* (interna, nativa) ed *etic* (esterna, analitica), introdotta da Pike (1967). Nessuna posizione è neutrale perché l'antropologo opera in una zona di frontiera, chiamato a tradurre senza tradire e a comprendere senza assimilare. Questa condizione liminale, pur instabile, costituisce una risorsa metodologica che favorisce cautela interpretativa e sospensione del giudizio. Sul piano etico, il lavoro sul campo,

soprattutto in ambito sanitario, espone il ricercatore a dinamiche di vulnerabilità e disuguaglianza che richiedono un'etica situata, capace di rispondere ai bisogni concreti delle persone e di tutelarne la dignità (Scheper-Hughes, 1995). Veena Das (2007) mette in guardia contro l'“estrattivismo simbolico”, ossia la tendenza a trasformare la sofferenza altrui in oggetto di analisi senza restituirne la complessità. La responsabilità dell'antropologo non si esaurisce dunque nella comprensione, ma si estende alla restituzione e all'impegno trasformativo.

Da qui l'esigenza di una metodologia profondamente dialogica e riflessiva, capace di fondare la conoscenza su negoziazione, ascolto e co-costruzione del senso. Il dialogo non è uno scambio neutrale, ma un atto etico che riconosce l'altro come interlocutore legittimo, portatore di un proprio universo simbolico (Buber, 1937). La riflessività diventa componente strutturale della ricerca: implica vigilanza sui propri presupposti, sulle emozioni suscitate dal campo e sulle relazioni di potere che attraversano ogni processo conoscitivo. Come sottolinea Lila Abu-Lughod (1991), ogni rappresentazione è anche un intervento, e riconoscerlo significa trasformare la vulnerabilità epistemica in strumento critico. In questo orizzonte prende forma un'Antropologia intesa come prassi dialogico- trasformativa, dove analisi simbolica e cura relazionale si intrecciano. È quanto suggerisce Cheryl Mattingly (2010) con il concetto di “cura epistemica”: uno spazio di riconoscimento e trasformazione condivisa, in cui i soggetti coinvolti trovano nuove risorse per comprendere e ridefinire la propria condizione. Adottare una metodologia riflessiva e dialogica significa infine accettare che ogni conoscenza è un processo di trasformazione reciproca. Il campo non è un oggetto da indagare, ma un contesto relazionale; il sapere, un atto situato che implica ascolto e responsabilità. In questa prospettiva, l'Antropologia non si limita a descrivere l'altro: si prende cura del mondo che contribuisce a conoscere.

### *1.2.2 Dall'Antropologia medica alla biomedicina come costruzione culturale*

Nel corso del Novecento, l'Antropologia medica si è configurata come un campo teoricamente articolato e metodologicamente flessibile, orientato a una lettura critica della malattia, intesa non più soltanto come evento biologico, ma come costruzione culturale, simbolica e politica. Come osservano Singer e Baer (2007), è possibile distinguere quattro principali indirizzi teorici che hanno contribuito a definire l'identità della disciplina: l'approccio evoluzionistico-ecologico, quello interpretativo-culturale,

la prospettiva politico-economica e critica, e l'approccio clinico-applicato. L'approccio evoluzionistico interpreta le pratiche sanitarie come risposte adattive ai contesti ecologici. In questa visione, la salute rappresenta una condizione di equilibrio tra organismo e ambiente, mentre la malattia è la rottura di tale equilibrio (Singer & Baer, 2007). Pur criticato per un certo determinismo ambientale, questo orientamento ha avuto il merito di introdurre la dimensione ecologica nell'analisi dei sistemi di cura. L'approccio interpretativo segna una svolta teorica a partire dalla seconda metà del secolo, ponendo al centro la produzione di significato da parte dei soggetti. La malattia viene intesa come evento simbolico inscritto in un sistema semantico condiviso e culturalmente situato (Kleinman, 1988; Good, 1994). In questo quadro, le *illness narratives* si rivelano strumenti fondamentali per comprendere come le persone attribuiscono senso alla propria esperienza di sofferenza (Frank, 1995). La prospettiva politico-economica e critica, ispirata al pensiero di Paul Farmer (2003) e alla tradizione della medicina sociale, concentra l'attenzione sulle disuguaglianze strutturali che condizionano la distribuzione della salute e della malattia. Essa indaga l'incidenza delle condizioni materiali di vita, delle politiche economiche globali e delle relazioni di potere sulle traiettorie patologiche (Singer & Baer, 2007).

L'approccio clinico-applicato mira invece a integrare l'Antropologia medica nei contesti sanitari operativi, sviluppando strumenti utili a migliorare l'efficacia e l'equità della cura. In questa prospettiva, l'antropologo può assumere il ruolo di mediatore culturale, consulente o facilitatore nei sistemi di medicina transculturale (Kleinman & Benson, 2006). Questi quattro orientamenti non vanno intesi come ambiti distinti, ma come prospettive complementari che si intrecciano nella pratica contemporanea. Il pluralismo teorico che ne deriva costituisce una risorsa preziosa per l'analisi della salute come fenomeno complesso, situato all'intersezione tra biologia, cultura, potere e relazioni sociali (Singer & Baer, 2007). Pur nella sua autorevolezza scientifica e istituzionale, la biomedicina rappresenta essa stessa un sistema culturale storicamente determinato, fondato su presupposti epistemologici specifici e su una visione del mondo propria della modernità occidentale. Si basa su un paradigma positivista che concepisce la malattia come entità oggettiva, osservabile e misurabile attraverso procedure standardizzate. Tuttavia, come hanno evidenziato diversi studiosi, questo modello non è neutrale né universale: riflette un preciso orizzonte culturale che separa il corpo dalla soggettività dell'individuo.

L'affermazione del paradigma cartesiano tra XVII e XVIII secolo ha sancito la

dicotomia mente–corpo, attribuendo alla medicina il compito di intervenire sul corpo inteso come macchina fisiologica. Michel Foucault, in *La nascita della clinica* (1973), mostra come la medicina moderna si fondi su un regime di visibilità del corpo malato, in cui il “corpo osservato” sostituisce il “corpo vissuto” e il sapere clinico assume una funzione di disciplinamento sociale. Con il concetto di *biopotere* (Foucault, 1976), egli evidenzia inoltre come il sapere medico partecipi a dispositivi di controllo che, oltre alla cura degli individui, mirano alla regolazione delle popolazioni. Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes (1987; 1996) hanno approfondito questa prospettiva attraverso la distinzione tra *corpo individuale*, *corpo sociale* e *corpo politico*. In tale visione, il corpo non è soltanto oggetto della medicina, ma spazio in cui si inscrivono norme culturali, pratiche di potere e relazioni simboliche. La biomedicina tende così a naturalizzare i processi patologici, trascurando le dimensioni culturali della sofferenza e imponendo categorie diagnostiche che non sempre colgono la complessità del vissuto dei pazienti. A rafforzare questa lettura simbolica della medicina interviene Byron Good (1994), che definisce la pratica clinica un *sistema simbolico* fondato su linguaggi specialistici, ritualità diagnostiche e metafore operative che strutturano la percezione e la gestione della malattia. Anche in ambito occidentale, le interazioni tra medico e paziente e i dispositivi clinici costituiscono reti di significato che modellano il vissuto corporeo e l’esperienza del dolore. Il sapere biomedico, pertanto, non si esaurisce nella sua dimensione tecnica, ma agisce come forza discorsiva che produce realtà, identità e ruoli sociali. Le disuguaglianze sistemiche possono essere inconsapevolmente perpetuate dalla biomedicina quando manca una riflessione critica sui suoi presupposti. Salute e malattia, in questa prospettiva, non dipendono soltanto da variabili biologiche, ma da fattori economici, politici e ambientali. L’accesso alla cura, la qualità dell’assistenza e le forme di rappresentazione della sofferenza variano secondo posizione sociale, genere, origine etnica e altre linee di disuguaglianza. L’Antropologia medica, nel suo orientamento critico, interroga l’apparente neutralità del sapere clinico e ne rivela le implicazioni politiche. In tale direzione, Singer e Baer (2007) propongono una *critical medical anthropology* che metta in luce gli intrecci tra biomedicina, potere e ideologia. La medicina moderna, osservano, tende a decontestualizzare la sofferenza, riducendola a fenomeno astratto e ignorando le relazioni sociali che la producono. L’Antropologia assume così il compito di valorizzare la pluralità dei saperi, svelare la storicità dei modelli medici e promuovere pratiche di cura sensibili alla diversità culturale e all’esperienza soggettiva. Da queste riflessioni emergono implicazioni etiche e politiche decisive per

una riformulazione del sapere medico. Una medicina culturalmente consapevole, capace di integrare la conoscenza biomedica con l'ascolto dei vissuti individuali e dei contesti sociali, offre una risposta concreta alla crisi di senso che attraversa le istituzioni sanitarie contemporanee. Questo modello dialogico, attento alla dimensione simbolica e relazionale della cura, non si limita a criticare la medicina dominante, ma propone strumenti teorici e operativi per ripensare il ruolo del paziente, la responsabilità clinica e le forme stesse della cura. Riconoscere la biomedicina come costruzione culturale significa, in definitiva, aprire uno spazio di riflessione critica sui fondamenti epistemologici del sapere medico, restituendo centralità al soggetto sofferente e promuovendo un approccio alla salute più giusto, sensibile e trasformativo, in linea con le prospettive della *critical medical anthropology* (Farmer, 2003; Singer, 1995; Scheper-Hughes, 1990).

### *1.2.3 Dal corpo individuale all'ecocorpo*

Negli ultimi decenni, il paradigma biomedico, storicamente fondato su una concezione meccanicistica del corpo come entità autonoma e neutra, è stato progressivamente messo in discussione da una nuova consapevolezza: il corpo come entità ecologica. In un'epoca segnata da crisi ambientali globali, cambiamenti climatici e aumento delle patologie legate all'inquinamento, il corpo umano non può più essere pensato come chiuso o separato dal mondo che lo circonda. In questo contesto si afferma il concetto di *ecocorpo*, che invita a considerare il soggetto non come organismo isolato, ma come nodo poroso di interazioni tra ambiente, società e storia. L'Antropologia medica, da sempre attenta alle relazioni tra cultura, salute e contesto, ha raccolto questa sfida in modo fruttuoso. Già negli anni Novanta, con l'elaborazione dell'*ecologia della salute* (McElroy & Townsend, 2004), si era avviata una riflessione sull'impatto di processi come deforestazione, urbanizzazione e contaminazione sulla distribuzione dei patogeni e sulla vulnerabilità corporea. Tuttavia, con la diffusione del concetto di Antropocene e il riconoscimento dell'impronta umana come forza geologica, questa consapevolezza ha assunto una portata sistemica: l'ambiente diventa un nuovo determinante sociale della salute (Whitmee et al., 2015) e molte patologie contemporanee appaiono come effetti collaterali di un sistema produttivo che erode ecosistemi e vite umane. In risposta, l'Antropologia medica ha delineato un paradigma *eco-bio-sociale* che integra dimensioni biologiche, simboliche, politiche ed ecologiche. Questo approccio amplia la triade *disease, illness, sickness* introducendo la categoria di

*eco-sickness*, ovvero le forme di sofferenza generate dal degrado ambientale, dall'esaurimento delle risorse e dalla rottura dei legami ecotopici. Studi recenti su *eco-anxiety* ed *eco-grief* mostrano come i mutamenti climatici producano sintomi psicologici e sociali radicati in esperienze collettive di perdita, dislocazione e lutto ecologico (Shujaat et al., 2024). Questa prospettiva si arricchisce attraverso l'analisi dei nuovi idiomi del disagio ambientale, *eco-anxiety*, *solastalgia*, *climate grief*, che non rappresentano semplici etichette psicologiche, ma segnali culturali di un dolore condiviso. Glenn Albrecht (2005) definisce la *solastalgia* come nostalgia per un luogo che si trasforma sotto gli occhi di chi vi abita, consumato da incendi, erosione o desertificazione: un trauma ecotopico, lento e diffuso. L'*eco-anxiety* colpisce in particolare giovani attivisti, popolazioni indigene e comunità costiere minacciate dall'innalzamento dei mari, configurandosi come emozione anticipatoria alimentata da impotenza e colpa ecologica. Il *climate grief*, o lutto climatico, esprime un dolore memoriale e rituale per la perdita di specie, foreste e territori. In questi idiomi si concentra una domanda cruciale: come può la medicina curare un dolore che oltrepassa i confini del corpo e attraversa interi ecosistemi? Parallelamente, sul piano biologico, si afferma una nuova sensibilità che dal concetto di immunità individuale si sposta verso un'idea di immunità ecologica. Fattori ambientali, dall'inquinamento alla povertà microbica degli spazi urbani, influenzano profondamente le risposte immunitarie e psichiche (Prescott, 2017). Il concetto di *dysbiotic drift* (Logan, 2015) descrive la deriva verso stati di disbiosi indotti da diete industriali, uso eccessivo di antibiotici e distacco dalla natura. In questa cornice, l'essere umano appare come un ibrido *simpoietico* (Haraway, 2016), un assemblaggio in cui microbi, corpi e ambienti co-producono salute e malattia. Questa visione impone di ripensare le pratiche di cura. La prevenzione non può più essere solo individuale, ma deve includere politiche climatiche, giustizia ambientale e accesso equo agli spazi verdi. La diagnosi dovrebbe considerare esposizioni a contaminanti invisibili e forme di *weathering* psicosomatico. Anche la terapia si amplia, accogliendo interventi *nature-based* come camminate terapeutiche, bagni di foresta, orticoltura urbana e prescrizioni verdi, sostenuti da ricerche neuroscientifiche e studi sul benessere ecologico integrato. La salute si ridefinisce così come condizione relazionale, situata e multispecie. Il corpo umano diventa *ecocorpo*, attraversato da flussi biologici, sociali e ambientali, la cui vulnerabilità riflette le ferite degli ecosistemi (cfr. Geronimus, 1992; Twohig-Bennett & Jones, 2018; Lock, 2015). In questa prospettiva, l'Antropologia medica critica aggiorna la nozione di violenza strutturale (Farmer, 2004)

introducendo quella di *eco-violenza strutturale*, una forma di sofferenza indotta dalla disuguaglianza ecologica, dalla dislocazione ambientale e dalla negazione del diritto a un ambiente salubre. I corpi colpiti dalla crisi climatica non sono tutti uguali. Come mostra Merrill Singer (2009), sono i corpi subalterni, migranti climatici, popolazioni indigene, lavoratori esposti a sostanze tossiche e bambini che vivono in territori contaminati a sopportare il peso maggiore. L'ingiustizia ambientale si intreccia con disuguaglianze razziali, economiche e geopolitiche. Per questo l'Antropologia della salute, in dialogo con il paradigma della *planetary health* (Whitmee et al., 2015), promuove strategie fondate sulla giustizia ecologica e sanitaria, quali:

- *Health in all policies*, ovvero l'integrazione di criteri di equità sanitaria in tutte le decisioni ambientali e urbanistiche;
- *Community-based adaptation*, che costruisce programmi di resilienza con e per le comunità locali, valorizzando i saperi ecologici indigeni;

• *Slow research*, percorsi etnografici lenti e continuativi, capaci di accompagnare nel tempo le trasformazioni territoriali e i vissuti ambientali.

Le implicazioni di questa riflessione per il presente lavoro si articolano su più livelli. Da un lato, il concetto di *ecocorpo* offre una chiave per leggere come la *social anxiety* possa intrecciarsi con paure ecologiche più ampie, come la precarietà climatica, il senso di inadeguatezza rispetto agli ideali di vita sostenibile e l'interiorizzazione del giudizio morale sull'impronta ecologica personale. In questo orizzonte, la riflessione sull'*ecocorpo* prepara il terreno al paradigma *One Health*, che estende ulteriormente l'analisi, integrando salute umana, animale ed ecologica e trasformando l'interconnessione multispecie in strategia concreta di prevenzione e cura.

#### 1.2.4 Oltre One Health: sistemi medici e interdipendenze ecologiche

Il paradigma di *One Health* nasce dal riconoscimento che la salute umana, animale e ambientale non costituisce una somma di dimensioni autonome, ma un sistema interdipendente in cui i confini biologici e sociali si dissolvono. Elaborato inizialmente nelle scienze veterinarie e nell'epidemiologia zoonotica, esso ha acquisito rilievo globale in seguito alle grandi crisi sanitarie del XXI secolo, dall'influenza aviaria all'Ebola, fino alla pandemia da COVID-19, che hanno reso evidente l'impossibilità di separare la patologia dal suo contesto ecologico. In questa prospettiva, la salute non è più dominio esclusivo della medicina umana, ma un campo di interazione che coinvolge

discipline diverse, dalla microbiologia all'economia, dalla veterinaria all'Antropologia (Healy-Profitos et al., 2016). Pur nella sua potenza concettuale, *One Health* resta spesso imprigionato in una logica tecnico-gestionale che privilegia l'analisi biologica e riduce la salute a una questione di sorveglianza e controllo. L'Antropologia medica, al contrario, ne amplia la portata epistemologica, insistendo sul fatto che la salute è anche costruzione simbolica, relazione morale e spazio politico. Come sottolineano Leach e Scoones (2017), integrare la dimensione culturale nel quadro di *One Health* significa riconoscere che le modalità di intendere la malattia, di nominare i patogeni e di definire la cura variano a seconda delle cosmologie e dei sistemi di valore locali. In molte società, la relazione tra umani e non umani è parte di un ordine morale più ampio, in cui gli animali sono esseri dotati di intenzionalità, agenti spirituali o membri di una comunità interspecifica. Le medicine indigene, quella cinese o ayurvedica, così come i saperi agro-ecologici e pastorali, fondano la salute su un equilibrio tra microcosmo e macrocosmo, tra corpo, ambiente e società. Accogliere tali prospettive richiede un autentico pluralismo epistemico, capace di legittimare forme di conoscenza non occidentali e di considerarle partner, non oggetti, del dialogo scientifico (Woldehanna & Zimicki, 2015).

Numerosi studi etnografici hanno mostrato come la salute sia inseparabile dalle ecologie locali. In Amazonia, ad esempio, le cosmologie indigene concepiscono la malattia come esito di una frattura nei rapporti con gli spiriti e con il territorio (Tassan, 2017). Tra i pastori Maasai dell'Africa orientale, la sorveglianza sanitaria degli animali si fonda su un sapere empirico che intreccia osservazione etologica, ritualità e memoria collettiva, costituendo un sistema di monitoraggio biologico-culturale alternativo alle tassonomie biomediche (Scoones et al., 2017). Questi esempi rivelano che la cura non si riduce mai a intervento tecnico, ma è pratica di manutenzione del legame tra esseri e ambienti.

Nonostante ciò, il paradigma di *One Health* porta con sé ambiguità profonde. Come osservano Leach, Scoones e Stirling (2010), il rischio è che la retorica dell'interconnessione venga assorbita da nuove forme di "biocolonialismo", in cui agende sanitarie globali si impongono sulle comunità locali sotto il segno della neutralità scientifica. L'universalismo implicito di molti programmi *One Health* può così tradursi in un dispositivo di potere epistemico, che esclude saperi vernacolari e li ricodifica in chiave tecnico-amministrativa. Ripensare *One Health* in chiave dialogica significa, allora, restituirle la sua dimensione etica e partecipativa, trasformandola in una piattaforma di co-produzione della conoscenza, capace di includere la voce delle

popolazioni che vivono e curano in ambienti multispecie. Da questa prospettiva prende forma una riflessione più ampia sulla natura culturale dei sistemi medici. Come la salute, anche la medicina è un prodotto storico e simbolico, una tecnologia sociale che traduce visioni del mondo in pratiche di cura (Kleinman, 1980; Hahn, 1995). Lungi dall'essere una semplice risposta biologica al disordine organico, ogni sistema medico è iscritto in un ordine morale, politico e cosmologico. Arthur Kleinman (1980) ha fornito una cornice analitica duratura distinguendo tre sottosistemi terapeutici: quello professionale, legato alla medicina istituzionalizzata; quello *folk*, dove operano guaritori e specialisti non accademici; e quello popolare, costituito da reti familiari, spirituali e comunitarie attraverso cui la malattia viene riconosciuta e narrata. Questa tripartizione, non riducibile a un intento esclusivamente classificatorio, svela la pluralità dei percorsi di cura che gli individui attivano nel negoziare la propria sofferenza.

Parallelamente, Charles Leslie (1976) e Norman Press (1971) hanno mostrato come sistemi terapeutici quali l'*ayurveda*, la medicina cinese o tibetana si fondino su cosmologie sofisticate, epistemologie coerenti e protocolli terapeutici rigorosi. Qui il corpo non è macchina, ma nodo relazionale immerso in un universo simbolico che connette individuo, società, natura e trascendenza. Ogni diagnosi, gesto terapeutico o sostanza curativa risponde a logiche causali e morali intrinseche, impossibili da ridurre a folklore. Byron Good (1994) ha ampliato tale prospettiva interpretando la medicina come sistema narrativo, dove diagnosi e trattamento sono atti linguistici e simbolici che producono realtà: la medicina, dunque, non si limita a leggere la sofferenza, ma la costruisce e la istituzionalizza.

Anche George Foster (1976) ha proposto una distinzione divenuta classica tra modelli esplicativi naturalistici, centrati su cause fisiche o biologiche, e modelli personalistici, che attribuiscono la malattia ad agenti intenzionali o spirituali. Pur semplificata, questa tipologia mette in luce come le rappresentazioni causali della sofferenza derivino da precise concezioni del mondo e della persona. In questa direzione, Robert Fabrega (1975) ha descritto la medicina come fenomeno culturale universale, ma storicamente situato: ogni società elabora strumenti concettuali e pratici per comprendere la vulnerabilità e per rispondere alla sofferenza, inseparabili dalle sue strutture religiose, economiche e politiche. Anche la biomedicina, in tal senso, non è esente da condizionamenti: essa incarna valori della modernità occidentale, come l'individualismo, la razionalità tecnico-scientifica e il dualismo cartesiano mente-corpo.

L'idea di pluralismo medico permette di analizzare la coesistenza di molteplici

sistemi terapeutici, spesso interagenti e conflittuali, all'interno di una stessa società. In molti contesti contemporanei, urbani e rurali, del Sud e del Nord globale, i pazienti compongono itinerari di cura ibridi, intrecciando biomedicina, pratiche spirituali, rimedi tradizionali e auto-cure domestiche. Tali percorsi, come osserva Janzen (1978), non sono meri movimenti tra opzioni terapeutiche, ma processi di negoziazione di significato: l'efficacia della cura dipende non solo dal principio attivo, ma dalla coerenza semantica, dalla credibilità sociale e dal riconoscimento simbolico che il sistema di cura riceve.

Questa visione antropologica della medicina ha implicazioni etiche e operative rilevanti. Se ogni sistema terapeutico è una costruzione culturale, l'incontro clinico si configura come un crocevia epistemico, dove si confrontano saperi, linguaggi e poteri. Operare in modo culturalmente sensibile richiede, oltre alla competenza tecnica, la capacità di ascoltare e decifrare l'alterità simbolica, sospendendo l'illusione di neutralità che spesso accompagna la pratica biomedica. Il medico, in questa prospettiva, diviene un mediatore interculturale, chiamato a tradurre e non solo a trattare, a entrare in relazione con mondi che possiedono propri codici di cura e di senso. Riconoscere i sistemi medici come sistemi culturali e situare *One Health* in questo orizzonte critico significa, infine, interrogare la stessa idea di salute globale. Ogni pratica medica è un atto politico e simbolico, e solo un sapere che accetti la pluralità dei mondi della cura può aspirare a una medicina più giusta, equa e capace di restituire centralità al vivente nelle sue interdipendenze ecologiche, sociali e morali.

### **1.3 Nuove prospettive e pratiche contemporanee**

#### *1.3.1 Pluralismo terapeutico e dinamiche di potere nella medicina contemporanea*

La comprensione dei sistemi medici come costruzioni culturali porta a riconoscere il pluralismo terapeutico non come fenomeno residuale o sintomo di arretratezza, ma come condizione strutturale delle società contemporanee. La molteplicità dei saperi, delle pratiche e delle cosmologie della cura non rappresenta una frammentazione, bensì il riflesso di una tensione costitutiva: quella tra differenti modi di definire la vita, la sofferenza e la guarigione. In tal senso, il pluralismo terapeutico costituisce non solo un campo empirico di osservazione, ma anche un dispositivo critico per interrogare le gerarchie epistemiche che governano la produzione del sapere medico. Definito come la coesistenza e l'interazione di più sistemi di cura all'interno di uno stesso spazio sociale (Janzen, 1978; Leslie, 1980), il pluralismo terapeutico comprende la medicina biomedica, le pratiche popolari, i saperi tradizionali e l'insieme delle

medicine alternative e complementari. Ben lontani dall'essere ambiti distinti e impermeabili, questi livelli si intrecciano, questi sistemi entrano in relazione, si influenzano, si contendono autorità e significato. La loro interazione produce ibridazioni, resistenze e adattamenti che rivelano quanto la cura sia, in ultima analisi, un terreno politico e simbolico di negoziazione. La biomedicina, sostenuta dal prestigio della scienza e dall'istituzionalizzazione del sapere clinico, mantiene una posizione egemonica nella definizione dei parametri di verità terapeutica. Il suo dominio non si limita alla pratica medica in senso stretto, ma si estende alla regolazione delle condotte e alla produzione di soggettività, secondo quella che Michel Foucault (1976) ha descritto come logica del *biopotere*: un potere che non reprime, ma modella, normalizza e gestisce la vita. La medicalizzazione della quotidianità, dalla sessualità all'alimentazione, dal comportamento infantile alla salute mentale, rappresenta l'espressione concreta di questa razionalità biopolitica, capace di tradurre il disagio sociale in disfunzione biologica e la differenza in patologia (Conrad, 2007).

Eppure, il pluralismo terapeutico non si esaurisce in un rapporto di subordinazione tra medicina egemone e pratiche marginali. Esso è piuttosto un campo fluido, in cui le persone, come attori competenti e riflessivi, attraversano e ricombinano i diversi sistemi terapeutici, articolando percorsi che rispondono a bisogni materiali, simbolici e affettivi (Janes & Corbett, 2009). I pazienti si muovono fra consultori, santuari, farmacie e spazi digitali di auto-aiuto, costruendo repertori terapeutici plurali che traducono l'esperienza della malattia in chiave personale e culturale. Questa "mobilità epistemica" non è solo un gesto di adattamento, ma anche una forma di resistenza alle narrazioni dominanti del corpo e della sofferenza. Attraverso l'uso alternato o combinato di differenti risorse di cura, i soggetti riappropriano la propria esperienza, ridefinendo ciò che è curabile, accettabile o degno di attenzione.

Nel microcosmo dell'incontro clinico, le asimmetrie di potere si manifestano con particolare evidenza. L'interazione tra medico e paziente è, come suggerisce Kleinman (1988), un terreno di traduzione interculturale in cui si confrontano linguaggi morali e simbolici differenti. La relazione terapeutica non è mai un semplice scambio di informazioni tecniche: è un dialogo carico di implicazioni sociali, affettive e politiche. Il sapere medico, per quanto fondato sull'evidenza scientifica, si trova costantemente a negoziare il proprio statuto con le narrazioni del paziente, con i suoi codici linguistici e con le sue cosmologie del corpo. In questa prospettiva, la medicina culturalmente competente non si limita a "tollerare" la diversità, ma la riconosce come componente

strutturale del processo di cura. Essa accetta di non essere l'unico linguaggio possibile della salute, ma uno tra i molti modi di articolare la vulnerabilità e la guarigione. Nel contesto della globalizzazione, il pluralismo terapeutico si estende oltre i confini nazionali e si trasforma in un campo translocale di scambi, appropriazioni e traduzioni. Le medicine tradizionali, i saperi popolari e le pratiche alternative vengono oggi mobilitati in politiche pubbliche, strategie di sviluppo sostenibile e programmi di *global health*. Allo stesso tempo, essi vengono esposti a dinamiche di patrimonializzazione, mercificazione e standardizzazione che ne ridefiniscono il senso. Le pratiche di cura indigene diventano oggetto di certificazione scientifica; i rimedi erboristici vengono brevettati; i rituali terapeutici, inseriti nei circuiti del turismo spirituale o della diplomazia culturale. Questo processo ambivalente genera nuove forme di visibilità, ma anche di vulnerabilità epistemica: il sapere locale, una volta isolato e marginalizzato, viene ora integrato nel discorso globale alle condizioni imposte da quest'ultimo (Bode & Kristensen, 2016). In tale cornice, la relazione tra localismi terapeutici e politiche sanitarie globali si rivela carica di tensioni. Da un lato, la legittimazione delle pratiche tradizionali appare come riconoscimento della diversità culturale; dall'altro, rischia di tradursi in una nuova forma di *biocolonialismo*, in cui le conoscenze indigene vengono estratte, semplificate e reimmesse nel circuito scientifico-economico occidentale. Leach, Scoones e Stirling (2010) hanno sottolineato come l'universalismo implicito di molte politiche di *One Health* e *global health* mascheri gerarchie epistemiche profonde, riproducendo disuguaglianze tra Nord e Sud del mondo, tra sapere tecnico e conoscenza vernacolare. La salute, in questo senso, diventa un terreno di governance globale, dove la produzione di sapere si intreccia alla regolazione dei corpi, dei territori e delle risorse vitali. Tuttavia, il pluralismo terapeutico, lontano dal poter essere considerato un semplice effetto collaterale della globalizzazione, si configura anche come una forma di contro-discorso. Le pratiche di cura non occidentali o alternative, pur operate in condizioni di subalternità, mettono in discussione l'idea che la guarigione sia un processo univoco, tecnicamente definibile e universalmente misurabile. Esse aprono spazi per epistemologie altre, fondate sulla relazione, sulla reciprocità e sull'idea di equilibrio tra umano e non umano. In questo senso, il pluralismo terapeutico può essere letto come una forma di "ecologia dei saperi" (Santos, 2014), dove coesistono e dialogano differenti ontologie del corpo e della salute.

Sul piano etnografico, questo si traduce in un mosaico di pratiche e discorsi. In molte regioni del Sud globale, le persone combinano farmaci biomedici con rituali di

purificazione, consultano sia guaritori sia cliniche, e reinterpretano le prescrizioni scientifiche alla luce dei propri sistemi morali e cosmologici. Tale sincretismo non è un segno di confusione, ma di competenza culturale: un modo per integrare diversi ordini di senso in un contesto di risorse limitate e di poteri asimmetrici. Come osserva Janzen (1978), l'efficacia di una terapia non deriva solo dalla sua azione farmacologica, ma dal riconoscimento sociale e simbolico che la sostiene. La cura è, dunque, un processo dialogico e performativo, in cui la credibilità e la fiducia contano quanto il principio attivo. In questa prospettiva, il pluralismo terapeutico diventa un osservatorio privilegiato per analizzare le forme contemporanee del potere biomedico e le modalità con cui esse vengono negoziate, tradotte o contestate. Lungi dal limitarsi alla sfera sanitaria, esso riflette la struttura stessa delle società globali: il modo in cui le differenze vengono gestite, incorporate o rese invisibili. Studiare i percorsi terapeutici significa, allora, esplorare la politica della vita quotidiana, la microfisica delle scelte, le logiche morali che governano l'accesso alla cura e la definizione del benessere (Kleinman, 1980; Good, 1994; Lock & Scheper-Hughes, 1996). Il pluralismo terapeutico e le dinamiche di potere che lo attraversano si impongono, oggi, come una lente imprescindibile per leggere la complessità del mondo medico contemporaneo. Parlare di salute significa entrare in un campo di forze dove biologia, cultura e politica si intrecciano nella definizione stessa di ciò che conta come cura. Ogni pratica terapeutica, anche la più standardizzata, è situata in un orizzonte di valori, storie e relazioni che la rendono parziale e contingente. Riconoscere questa pluralità non implica dissolvere la medicina in relativismo, ma restituirle profondità umana: accettare che curare significhi anche ascoltare, tradurre, contrattare i significati della sofferenza. La cura diventa allora un atto di mediazione tra mondi, un terreno di incontro e di tensione dove si giocano le forme contemporanee del potere e della convivenza.

### *1.3.2 Narrazione, embodiment e pratiche di cura*

L'esperienza della malattia è al tempo stesso radicalmente soggettiva e irriducibilmente sociale. Non si esaurisce in un insieme di sintomi biologici, ma prende forma nelle storie che i soggetti costruiscono per dare senso alla propria sofferenza, nei gesti che mettono in atto per cercare aiuto, nei modi in cui il corpo diventa scena visibile di vulnerabilità, resistenza e trasformazione. Le *illness narratives* costituiscono, in questo quadro, una via privilegiata per comprendere la trama simbolica e relazionale della malattia. Attraverso il racconto di sé, il paziente non si limita a descrivere un

decorso clinico, ma rielabora la propria biografia, negozia il riconoscimento altrui, tenta di reinscrivere la frattura prodotta dalla malattia all'interno di una continuità possibile (Frank, 1995; Kleinman, 1988).

La narrazione diventa così spazio di *agency*, in cui il soggetto sottrae la propria esperienza alla sola grammatica tecnica della biomedicina e la rilancia in forme che intrecciano emozioni, memorie, aspettative, credenze. La tipologia proposta da Arthur Frank (1995) delle narrazioni restitutive, caotiche e di ricerca non va intesa come semplice classificazione formale. Essa illumina diversi modi di abitare la vulnerabilità: dal desiderio di ripristinare l'ordine precedente, all'impossibilità di organizzare il dolore, fino all'elaborazione di nuove forme di senso. Le narrazioni di malattia operano così come pratiche terapeutiche, morali e politiche, poiché definiscono ciò che è pensabile e dicibile sulla sofferenza, ciò che appare legittimo chiedere, ciò che può essere sperato. Parallelamente, la soggettività del paziente emerge come processo relazionale in continuo divenire. L'identità del malato non è un dato preesistente che la malattia verrebbe semplicemente a intaccare. Si configura piuttosto nel dialogo con familiari, operatori, istituzioni, comunità di cura, altri malati, e si modella in funzione delle categorie disponibili per nominare il dolore e per collocarlo in un orizzonte di senso condiviso (Mattingly, 1998; Good, 1994). In questa prospettiva, il paziente non è oggetto passivo dei dispositivi terapeutici, ma co-produttore del campo della cura, interlocutore che interpreta, aderisce, resiste, rinegozia. Le pratiche di cura, a loro volta, non possono essere ridotte a mere procedure tecniche. Ogni gesto clinico, ogni prescrizione, ogni contatto corporeo, ogni silenzio contribuisce a tessere uno spazio relazionale in cui si gioca la possibilità stessa di guarigione o di accettazione della malattia. Si tratta di pratiche performative, impregnate di significati morali, affettivi e politici. La qualità dell'ascolto, la postura del corpo, la scelta delle parole, il modo in cui lo sguardo medico si posa o si sottrae, partecipano alla costruzione di un clima simbolico in cui il soggetto può sentirsi riconosciuto oppure ulteriormente espropriato della propria esperienza (Csordas, 1994; Kleinman & Benson, 2006). L'intreccio tra narrazione, soggettività e cura si chiarisce pienamente se lo si colloca nel quadro dell'*embodiment*. Nel dibattito contemporaneo dell'Antropologia medica, il corpo non è più pensato come supporto neutro su cui si iscrive la malattia, ma come luogo primario di percezione, di relazione e di produzione di senso. La fenomenologia di Merleau-Ponty (1945) ha mostrato come il corpo non sia un oggetto tra gli altri, bensì la condizione stessa del nostro essere al mondo. Il corpo è soglia tra interiorità e exteriorità, tra esperienza intima e ordine sociale.

A partire da questa eredità, Thomas Csordas (1990) propone l'*embodiment* come paradigma dell'Antropologia: l'esistenza umana è costitutivamente incarnata, e le significazioni culturali non si appoggiano su un corpo già dato, ma si formano e si trasformano in esso. Questa prospettiva permette di superare la dicotomia mente/corpo che ha segnato a lungo l'immaginario biomedico. Il corpo appare allo stesso tempo realtà biologica, costruzione sociale, oggetto simbolico e vissuto soggettivo. Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock (1987) hanno reso questa complessità attraverso la già anticipata tripartizione del corpo vissuto, del corpo modellato e giudicato dai codici sociali e del corpo governato e disciplinato da istituzioni e poteri. La sofferenza emerge così come fenomeno plurale, situato all'incrocio di queste dimensioni, mai riducibile a un semplice malfunzionamento organico. Assumere l'*embodiment* come chiave di lettura implica anche ripensare la cura. Prendersi cura significa entrare in relazione con un altro corpo vivo, sensibile, narrante. La cura diventa esperienza condivisa, presenza che si espone, gesto che riconosce, narrazione che si costruisce insieme. Come mostra Cheryl Mattingly (1998), le pratiche terapeutiche assumono spesso la forma di veri e propri racconti in azione, trame incarnate che si dispiegano nel tempo dell'interazione, in cui il paziente è chiamato non a subire, ma a partecipare alla propria trasformazione. Il corpo, in questa ottica, è anche superficie simbolica sulla quale si inscrivono tensioni morali, sociali e cosmologiche. In molti contesti, la malattia è interpretata come rottura di un ordine relazionale, come squilibrio tra forze vitali, come esito visibile di conflitti invisibili (Good, 1994). Il corpo diventa allo stesso tempo testimonianza e teatro del dolore, ma anche luogo in cui è possibile tentare una ricomposizione: attraverso rituali, pratiche sensoriali, manipolazioni, parole che riorganizzano la percezione di sé e del mondo. Da questa prospettiva critica, autori come David Le Breton (1990; 1995) hanno messo in luce la vulnerabilità del corpo nella società contemporanea, costantemente esposto a processi di oggettivazione, controllo, medicalizzazione. Il corpo viene trattato come macchina da correggere e sorvegliare, separato dalla storia personale che lo attraversa. L'Antropologia del corpo e del sensibile si propone allora come controdiscorso, volto a restituire spessore affettivo e simbolico all'esperienza incarnata e a smascherare le retoriche che pretendono di ridurre la cura a questione tecnica.

Il paradigma dell'*embodiment* offre strumenti fecondi anche per comprendere le pratiche terapeutiche non occidentali o marginalizzate, in cui il corpo è spesso concepito come nodo di relazioni tra umani, non umani, antenati, divinità, elementi naturali (Csordas, 1990, 1994). In tali contesti, la guarigione passa attraverso manipolazioni

corporee, danze, canti, ingestione o applicazione di sostanze, contatti rituali che riorganizzano sensibilità, percezioni, appartenenze. L’“Antropologia del sensibile” proposta da Laplantine (2015) raccoglie questa eredità, ponendo al centro l’ascolto delle tonalità sensoriali, emotive e immaginative che attraversano le pratiche di cura. In un orizzonte segnato dalla crescente tecnicizzazione della medicina, questa prospettiva non invita a rifiutare il sapere biomedico, ma a situarlo dentro un quadro più ampio in cui narrazione, corpo ed esperienza restano indissociabili. Mettere al centro il corpo vissuto e la parola del paziente significa riconoscere che ogni atto terapeutico coinvolge soggetti che sentono, interpretano, ricordano, temono e sperano. È in questo intreccio di racconti e di gesti incarnati che la cura può tornare a configurarsi come pratica pienamente umana.

### *1.3.3 Etnografia e politiche della cura: etica, marginalità e saperi situati*

Nel quadro dell’Antropologia medica contemporanea, l’etnografia della cura non è più soltanto una metodologia di ricerca, ma un modo di pensare e di agire che intreccia conoscenza, etica e politica. Studiare la cura significa entrare in mondi di relazioni, affetti, linguaggi e gesti in cui la vita quotidiana si intreccia con la vulnerabilità. L’osservazione non si limita a registrare pratiche o a raccogliere testimonianze, ma si lascia trasformare da ciò che incontra: la cura diventa, per l’etnografo, esperienza condivisa, atto di presenza e forma di responsabilità. Annemarie Mol (2008) ha mostrato con particolare lucidità come la medicina contemporanea sia attraversata da due logiche differenti: la logica della scelta e la logica della cura. La prima, erede del pensiero liberale, presuppone un soggetto razionale e autonomo, chiamato a compiere decisioni informate; la seconda, invece, si fonda sull’interdipendenza, sull’adattamento reciproco, sull’improvvisazione di fronte alla fragilità. Nella pratica concreta, curare non significa applicare protocolli, ma modulare gesti, rispondere a bisogni che cambiano, sostenere relazioni incerte. L’etnografia permette di restituire spessore a questi micromovimenti della cura, a quei momenti in cui la teoria fallisce e solo la sensibilità situata può orientare l’azione. In questa prospettiva, Cheryl Mattingly (2014) ha introdotto l’idea di “laboratori morali”: spazi del quotidiano in cui la riflessione etica non si articola in astratte regole normative, ma prende corpo nelle scelte e nei gesti di chi si prende cura, spesso in condizioni di precarietà o dolore. In questi contesti, famiglie segnate da disabilità, quartieri marginali, ospedali pubblici, l’etica non è un insieme di principi, ma una pratica incarnata. Il laboratorio morale è il luogo in cui il bene e il giusto si

costruiscono nell'azione, attraverso tentativi, compromessi, fallimenti e speranze. L'etnografia consente di cogliere questa dimensione minuta, restituendo dignità alla vita ordinaria e ai suoi dilemmi morali silenziosi. Mol e Mattingly, pur da angolature diverse, convergono nel riconoscere che la cura non può essere separata dall'esperienza vissuta né dal corpo che la rende possibile. Come aveva già osservato Kleinman (1988), la malattia è sempre anche un fatto morale e relazionale. Attraverso il paradigma dell'*embodiment* proposto da Thomas Csordas (1990), la cura si comprende come pratica incarnata, che si radica nella sensibilità corporea e nell'intreccio tra significati, affetti e azioni. L'etnografia, in questa prospettiva, non osserva da fuori: ascolta con il corpo, coglie l'ambiguità del gesto, la vibrazione della voce, la trama sensoriale della relazione terapeutica.

Le narrazioni raccolte da Mattingly (2014) mostrano come la cura non si manifesti soltanto nei momenti straordinari, ma si iscriva nella quotidianità come pratica morale diffusa. I soggetti curanti, genitori, infermieri, volontari, guaritori, riflettono e agiscono continuamente entro spazi di incertezza, dove l'efficacia non è mai garantita e le soluzioni non sono definitive. L'etnografia, qui, non si limita a raccontare: diventa strumento di conoscenza partecipata, capace di illuminare l'etica della contingenza, quella che si esprime negli aggiustamenti imperfetti della vita comune. Da questo sguardo discende una ridefinizione del ruolo stesso del ricercatore. L'antropologo non è testimone neutrale, ma partecipa del campo di forze che indaga. Mol (2002) invita a considerare la ricerca come atto di cura, perché implica co-presenza, ascolto, vulnerabilità condivisa. Veena Das (2007) radicalizza questa prospettiva: la sofferenza, afferma, non si osserva da lontano, ma attraversa chi la incontra. L'etnografia della cura diventa così un'etnografia della responsabilità, che interroga la possibilità stessa di rispondere, con parole, gesti, scrittura, alla vita ferita dell'altro. Nell'evoluzione recente dell'Antropologia medica, l'etnografia della cura ha ampliato il proprio orizzonte d'indagine, aprendosi ai temi dell'etica, della marginalità e delle forme di esclusione prodotte dalle istituzioni sanitarie e sociali. La cura non è più intesa come un gesto neutro o universale, ma come pratica situata che si svolge all'interno di specifiche configurazioni di potere. Ogni atto terapeutico implica infatti una scelta morale, una definizione di chi è riconosciuto come degno di attenzione e di chi ne resta ai margini. L'autrice descrive la cura come risposta minuta e quotidiana alla violenza strutturale. Attraverso le sue ricerche nelle periferie urbane indiane, Das mostra come la cura non coincida con istituzioni organizzate o protocolli ufficiali, ma prenda forma in gesti

silenziosi e frammentari, negli sforzi quotidiani di ricomporre relazioni spezzate dal trauma. La “discesa nell’ordinario”, espressione con cui l’autrice indica il cuore della pratica etnografica, consiste nel restare accanto alla sofferenza senza ridurla a categoria, nell’accogliere la densità delle esperienze umane senza cercare di risolverle. La cura, così intesa, è una modalità di resistenza morale: fragile, ma capace di contrastare l’abbandono e la disgregazione sociale.

Una prospettiva affine è quella proposta da João Biehl (2005), che attraverso il concetto di *zones of social abandonment* mette in luce come le politiche sanitarie e assistenziali possano generare luoghi di esclusione piuttosto che di cura. Nel suo studio sull’ospizio-manicomio Vita, in Brasile, Biehl restituisce la storia di Catia, una donna confinata ai margini del sistema sanitario e priva di diritti, ma capace di riemergere come soggetto attraverso la scrittura e la memoria. La sua vicenda svela la violenza sottile dei meccanismi che definiscono chi è curabile e chi non lo è. In queste zone d’ombra la cura si trasforma in gesto di testimonianza: un atto di attenzione che restituisce voce e presenza a vite altrimenti cancellate.

L’etnografia della cura, in queste esperienze, assume quindi una valenza politica. Interrogare le pratiche terapeutiche significa indagare le gerarchie di valore che regolano l’accesso alla vita stessa. Recenti ricerche di Mattingly (2014) si inseriscono in questo quadro, mostrando come nelle famiglie segnate da disabilità o marginalità si sviluppino forme di *agency* etica inaspettate. Nei suoi *moral laboratories*, la quotidianità diventa spazio di sperimentazione, in cui le persone ridefiniscono continuamente ciò che ritengono giusto, possibile o sopportabile. La cura appare come performance morale, come gesto creativo che cerca di tenere insieme vulnerabilità e speranza.

Su un piano più ampio, Nancy Scheper-Hughes (1992; Scheper-Hughes & Lock, 1987) ha ricordato che ogni atto terapeutico è anche un atto politico, poiché riflette e riproduce le gerarchie di genere, classe e razza che attraversano le società. Le istituzioni mediche non operano nel vuoto, ma all’interno di strutture di potere che selezionano quali corpi meritano attenzione e quali possono essere trascurati. L’etnografia, di fronte a tali dinamiche, non può limitarsi a osservare: deve rendere visibili le disuguaglianze e assumere una posizione interpretativa consapevole.

Didier Fassin (2009, 2018) approfondisce questo nesso tra morale e politica attraverso l’analisi delle pratiche umanitarie. Nella sua lettura, la “ragione umanitaria” non è solo espressione di compassione, ma anche dispositivo di governo: stabilisce confini morali

e decide chi ha diritto alla cura. L'intervento medico, apparentemente neutrale, diventa così parte di una più ampia economia delle emozioni e del potere. L'etnografia della cura, allora, non si limita a descrivere, ma deve interrogare criticamente queste logiche, mostrando come la solidarietà e l'esclusione coesistano nello stesso gesto terapeutico.

Da questa trama di contributi emerge una visione della cura come pratica incarnata e sapere situato, lontana dalle rappresentazioni universalistiche e astratte. Curare significa entrare in relazione con la vulnerabilità altrui, condividere l'incertezza, accettare il limite. Come osserva Michael Jackson (1996), prendersi cura implica riconoscere la contingenza e la precarietà dell'esistenza umana, restando accanto all'altro senza pretendere di colmare la distanza. In questa prospettiva, l'Antropologia medica si configura come esercizio di presenza e di ascolto, capace di restituire alla cura la sua dimensione etica e relazionale. Essa diventa uno spazio in cui analisi e compassione, conoscenza e responsabilità, si intrecciano nel tentativo di comprendere e accompagnare le forme umane della sofferenza, anche nelle loro manifestazioni più fragili o negate.

#### *1.3.4 Verso un'etnografia politica della sofferenza*

Alla luce delle prospettive etnografiche e politiche fin qui delineate, la cura emerge come forma relazionale radicata nei contesti sociali, che non può essere disgiunta dai contesti sociali, economici e storici in cui prende forma. L'Antropologia medica contemporanea invita a superare l'idea della cura come semplice intervento tecnico o relazione individuale, riconoscendola invece come processo intrinsecamente politico, attraversato da relazioni di potere e da disuguaglianze strutturali. La sofferenza, in questa visione, non è mai un fatto puramente personale o biologico: è un prodotto della storia, distribuita secondo linee di classe, genere, etnia e cittadinanza. Paul Farmer (2003) ha descritto la *violenza strutturale* come l'insieme delle condizioni sociali e istituzionali che generano malattia e morte, e che, proprio perché diffuse e naturalizzate, risultano spesso invisibili. Riprendendo questa riflessione, Farmer (2004) mostra come la fame, l'AIDS, la tubercolosi o la depressione non siano eventi clinici isolati, ma espressioni materiali di un ordine globale che produce vulnerabilità. Le disuguaglianze economiche, la dipendenza postcoloniale, il razzismo sistemico e l'abbandono politico plasmano i corpi e le biografie, determinando chi può essere curato e chi resta escluso. Rendere "etnograficamente visibile" questa violenza significa restituire voce alle vite spezzate dalle statistiche e riportare nel discorso scientifico la concretezza del dolore umano, nella

sua dimensione storica e sociale. Su questa linea si colloca la proposta di Quesada, Hart e Bourgois (2011), che elaborano il concetto di *vulnerabilità strutturale* per descrivere le condizioni di coloro che si trovano esposti a rischi sanitari, psichici e giuridici non per scelte individuali, ma per la loro posizione all'interno di sistemi diseguali. Migranti irregolari, rifugiati, lavoratori precari, persone senza casa o senza documenti sperimentano un'esclusione che attraversa il corpo e la mente, trasformando il disagio in colpa e l'abbandono in responsabilità personale. La vulnerabilità, in questa prospettiva, non è una condizione psicologica, ma una posizione politica.

Studiosi come Farmer e Kleinman hanno sottolineato come la clinica, inserita in un contesto sociale profondamente asimmetrico, determini chi viene creduto, ascoltato e curato, e chi invece viene marginalizzato. Quando il paziente non parla la lingua del medico, non aderisce ai modelli culturali dominanti o non manifesta la sofferenza nei termini previsti dal discorso biomedico, la cura può trasformarsi in distacco, sospetto o negazione. L'assenza di competenze culturali e riflessive può così rendere il curante, anche in buona fede, un agente involontario di esclusione. Scheper-Hughes e Bourgois (2004) invitano pertanto a concepire l'Antropologia della sofferenza non come esercizio di empatia, ma come gesto politico: denunciare ciò che disumanizza, ma anche riconoscere le forme di resistenza che sopravvivono nei margini.

Le cure informali, i circuiti di sostegno familiare, le micro-solidarietà comunitarie si configurano come spazi di sopravvivenza e di dignità in contesti di abbandono istituzionale. In queste reti minime, la cura diventa un atto di opposizione alla logica dell'indifferenza. Le etnografie di Mattingly (2014) e Das (2007) mostrano come la cura, nei contesti della marginalità, si incarni in gesti discreti e quotidiani: un tocco, un accompagnamento, un atto di ascolto. In questi "laboratori morali", la cura non segue un protocollo, ma si costruisce nel tempo come ricerca di senso e possibilità in condizioni di scarsità e incertezza. Ogni gesto terapeutico diventa allora una forma di conoscenza situata, una pratica di presenza che tiene insieme fragilità e resistenza.

In tale prospettiva, l'etnografia della cura diventa necessariamente un'etnografia della responsabilità. L'antropologo non può più mantenere una posizione di distacco analitico: è chiamato a rispondere, a rendere conto di chi include e chi lascia invisibile, di quali voci registra e quali rischia di tacere. Come afferma Das (2007), la sofferenza non può essere semplicemente osservata: essa interpella, disloca e trasforma chi la incontra. La ricerca etnografica, allora, non è solo conoscenza, ma anche coesistenza e risposta.

Da questo orizzonte emerge una visione della cura come campo relazionale e politico, che travalica la sfera clinica e investe quella della giustizia e del riconoscimento. Curare significa farsi carico dell'altro non solo come corpo malato, ma come vita vulnerabile situata in un mondo diseguale. È in questa direzione che l'Antropologia medica dialoga con l'Etnopsicologia, condividendo l'idea che la differenza non sia un ostacolo, ma una risorsa epistemica, e che la vulnerabilità rappresenti il terreno stesso su cui si fonda ogni relazione terapeutica. La cura, intesa come pratica incarnata e consapevole della propria implicazione etica, restituisce così alla medicina il suo senso più radicale: quello di un sapere che riconosce nell'alterità non un limite, ma la condizione stessa della conoscenza e della responsabilità.

## **1.4 L'importanza dell'Etnopsicologia nella pratica clinica**

### *1.4.1 Malattia, simbolismo e cura nell'Antropologia culturale classica*

L'interesse per la sofferenza, la malattia e i processi di guarigione attraversa l'Antropologia sin dalle sue origini. Prima ancora che l'Antropologia medica si affermasse come campo autonomo, la riflessione classica aveva già posto al centro il significato simbolico della malattia, il ruolo sociale dei guaritori e la funzione rituale della cura nelle società cosiddette "tradizionali". In queste prime prospettive, la malattia non è interpretata come semplice evento biologico, ma come rottura di un ordine simbolico e relazionale, disallineamento tra individuo, comunità e cosmo, segnale di un disequilibrio che coinvolge l'intero corpo sociale. Un punto di partenza decisivo è rappresentato dal lavoro di Bronisław Malinowski, che nei suoi studi sulle isole Trobriand (1922) ha mostrato come le pratiche magico-religiose non costituiscano residui di pensiero "primitivo", ma sistemi di razionalità simbolica funzionali alla gestione dell'incertezza. La magia, lungi dall'essere superstizione, diventa un dispositivo pragmatico e coesivo, capace di dare ordine al disastro, di contenere l'angoscia e di rinsaldare il legame comunitario attorno al malato. Analogamente, E. E. Evans-Pritchard (1937), nello studio sugli Azande, ha messo in luce la logica interna dei sistemi magico-religiosi, evidenziando come l'attribuzione causale alla stregoneria non escluda la dimensione empirica della malattia, ma la completi attraverso una cornice morale e relazionale. La stregoneria non spiega solo il "come", ma soprattutto il "perché" della sofferenza, offrendo un linguaggio attraverso cui reinserire l'evento patologico nell'orizzonte etico della collettività.

Su un piano più strutturale, Claude Lévi-Strauss (1963) ha radicalizzato questa intuizione nel celebre saggio *L'efficacia simbolica*, dove la guarigione è descritta come processo di reintegrazione semantica piuttosto che fisiologica. Il potere dello sciamano risiede nella sua capacità di dare forma simbolica al caos, di tradurre il dolore in un linguaggio condiviso, restituendo così al corpo e alla mente del paziente una coerenza narrativa. L'efficacia terapeutica è dunque effetto della risonanza tra il discorso del guaritore e l'universo simbolico del malato. A questa tradizione si collega anche Marcel Mauss (1935), con la sua teoria delle “tecniche del corpo”, che mostra come ogni società plasmi la corporeità attraverso apprendimenti, norme e abitudini incorporati. Il corpo, in tale prospettiva, è sempre un corpo sociale, modellato da pratiche condivise e iscritto in regimi di senso collettivi. La malattia diventa quindi un'interruzione di questa grammatica somatica, una frattura che la cura tenta di ricomporre.

Piu recentemente, Victor Turner (1995), proseguendo su questa linea, ha interpretato la malattia come stato liminale, una soglia in cui l'ordine sociale viene sospeso per essere rigenerato. Nei rituali terapeutici, il soggetto attraversa un percorso drammatico di scomposizione e rinascita, analogo alle fasi dei *social dramas* che Turner individua nei processi rituali più ampi. La cura appare così come un evento trasformativo, capace di ristabilire equilibri non solo corporei ma sociali, restituendo al malato un posto nel mondo. Pur segnate da limiti interpretativi legati al loro contesto storico, queste riflessioni inaugurano una visione della malattia come “fatto sociale totale”, dove si intrecciano biologia, simbolismo, cosmologia e potere.

L'Etnopsicologia contemporanea eredita e rielabora questa prospettiva, riconoscendo nella sofferenza non un semplice dato clinico, ma un linguaggio culturale complesso che riflette e trasforma le relazioni tra individuo e società. In continuità con questa prospettiva, ma spostando lo sguardo dal piano simbolico a quello epistemologico, la riflessione contemporanea ha iniziato a interrogare la pluralità dei modi di conoscere e di curare. Il riconoscimento delle epistemologie indigene rappresenta uno snodo decisivo in questa direzione, poiché mette in discussione la pretesa universalistica della biomedicina e apre a una concezione realmente dialogica e plurale della salute e della cura.

#### *1.4.2 Epistemologie indigene e pluralismo dei saperi*

Nel dibattito antropologico e clinico contemporaneo, il riconoscimento delle

epistemologie indigene rappresenta un nodo cruciale nella decostruzione dell'universalismo epistemico occidentale e nell'affermazione di un autentico pluralismo terapeutico. Questi sistemi di pensiero non costituiscono semplici alternative alla biomedicina, ma modalità autonome di produzione della conoscenza, fondate su presupposti ontologici e cosmologici che intrecciano mente, corpo, spirito e ambiente in un'unica trama esperienziale. Nelle culture andine, il principio di *ayni* esprime una concezione di reciprocità cosmica che regola simultaneamente le relazioni sociali, ecologiche e spirituali. In tale prospettiva, la malattia è letta come frattura dell'equilibrio relazionale, e la cura come rito di riarmonizzazione collettiva. Nelle tradizioni africane, la trasmissione del sapere terapeutico avviene spesso attraverso sogni, visioni e apprendimenti iniziatici: il guaritore tradizionale non è un semplice esperto tecnico, ma un mediatore simbolico tra visibile e invisibile, la cui competenza è radicata in un sapere incarnato e relazionale (Langwick, 2011). Allo stesso modo, nelle epistemologie māori descritte da Linda Tuhiwai Smith (1999), conoscenza, etica e spiritualità sono inseparabili: il sapere è relazione, responsabilità e appartenenza alla storia collettiva. La cura, dunque, non è un atto individuale, ma un gesto situato che coinvolge antenati, comunità, forze cosmiche e legami territoriali.

Questo riconoscimento solleva questioni teoriche ed etiche decisive. Come costruire dialoghi epistemici senza ridurre l'altro a "dato culturale"? Come evitare che l'incontro con l'alterità si traduca in appropriazione o in un nuovo universalismo sotto mentite spoglie? L'approccio dell'ontologia politica (Escobar, 2014; de la Cadena, 2015) invita a superare l'idea di cultura come semplice insieme di credenze, riconoscendo l'esistenza di mondi ontologici distinti, ciascuno con le proprie logiche della cura e del vivere. In questa prospettiva, il pluralismo epistemico non è un mosaico di visioni equivalenti, ma un campo di confronto politico tra modi diversi di abitare il mondo. L'Etnopsicologia nasce precisamente in questo spazio di negoziazione, come pratica di decentramento e di traduzione tra sistemi di significato differenti. Essa non mira a "integrare" saperi indigeni in una cornice occidentale, ma a mettere in crisi la pretesa universalità del sapere clinico, proponendo un modello di incontro basato sul riconoscimento reciproco. Ciò implica una trasformazione profonda del *setting* terapeutico, che da spazio neutro diventa dispositivo relazionale e simbolico, co-costruito tra terapeuta e paziente. Il professionista non detiene più l'autorità epistemica esclusiva, ma assume una postura decentrata, di ascolto e mediazione. La consultazione etnopsichiatrica, come mostra Nathan (2001), può allora assumere forme corali,

coinvolgendo mediatori culturali, familiari o figure spirituali, in un processo collettivo di interpretazione del sintomo. All'interno di molte culture, la guarigione non passa necessariamente attraverso la parola individuale, ma si realizza in pratiche performative e collettive: canti, danze, oggetti sacri, gesti rituali che reintegrano la persona nell'ordine cosmico e sociale. Escludere tali elementi dal contesto clinico, in nome della neutralità biomedica, equivale a negare il valore identitario di interi mondi simbolici. Da qui deriva l'urgenza di elaborare pratiche terapeutiche culturalmente pertinenti e simbolicamente efficaci (Moro, 2002). L'Etnopsicologia, in questo quadro, riformula radicalmente la nozione di diagnosi. Essa non è più intesa come atto classificatorio o oggettivante, ma come processo dialogico e interpretativo, in cui il sintomo diviene segno da decifrare insieme, alla luce delle mitologie, delle genealogie e dei sistemi simbolici propri del soggetto. Il modello diagnostico si trasforma così in un esercizio di co-costruzione di senso, volto a restituire al paziente la piena legittimità della propria narrazione. Sul piano istituzionale, questa prospettiva implica una revisione profonda del ruolo del terapeuta (Moro, 2015), che non è più esperto neutrale, ma mediatore di mondi, capace di navigare fra codici culturali, linguaggi e cosmologie differenti. Il *setting* terapeutico, a sua volta, non è più concepito come spazio asettico e universale, ma come ambiente culturalmente situato. Nelle consultazioni etnopsichiatriche, la disposizione spaziale, la presenza di più interlocutori, la possibilità di introdurre oggetti o gesti simbolici, diventano parte integrante della terapia (Nathan, 2001). Il tempo della cura, anch'esso, perde rigidità: si modula sul ritmo dell'incontro, sull'intensità relazionale e sulla possibilità di articolare nuovi racconti identitari (Devereux, 1972). La misura dell'efficacia non è la rapidità della remissione, ma la profondità del riconoscimento.

L'Etnopsicologia assume così anche un valore etico e politico. Contrastare la tendenza alla psichiatrizzazione dell'alterità significa restituire voce a soggetti la cui sofferenza è spesso fraintesa o silenziata. Come sottolineano Kirmayer (2012a) nei contesti migratori i sintomi espressi attraverso idiomi religiosi, gesti performativi o silenzi possono essere letti come patologie, quando in realtà veicolano significati relazionali e simbolici complessi. In tal senso, il compito del terapeuta è sospendere il giudizio diagnostico e aprirsi a un ascolto che accolga etiologie vernacolari e linguaggi della sofferenza non conformi al paradigma biomedico. Riconoscere la pluralità delle epistemologie del disagio implica anche una critica strutturale ai sistemi classificatori dominanti, come *DSM* e *ICD*, che riflettono valori e modelli euro-americani di mente e comportamento (Kirmayer & Minas, 2000; Summerfield, 2008). Decolonizzare la psichiatria significa

restituire diritto di parola a mondi cognitivi altri, aprendo lo spazio clinico a una vera polifonia epistemica. È un atto di giustizia epistemica (Fricker, 2007), ma anche un gesto politico, che riconosce all'altro la possibilità di esprimere la propria sofferenza nel proprio linguaggio e nel proprio universo simbolico (Mills, 2014).

In questa prospettiva, il corpo torna al centro della scena. Non appare come semplice organismo biologico, ma come deposito di memoria, trauma e appartenenza. È attraverso il corpo che la sofferenza prende forma, circola e si comunica, inscrivendosi nei gesti, nelle posture e nei sintomi. In molte tradizioni culturali, le dimensioni fisica e psichica non costituiscono ambiti separati, bensì aspetti interdipendenti della stessa esperienza (Scheper-Hughes & Lock, 1987). Da qui l'idea del corpo come "campo somatico di significato" (Csordas, 1990): non un oggetto inerte, ma un interlocutore che parla e chiede di essere interpretato. Le manifestazioni corporee – dal dolore cronico alle paralisi psicogene, dalle crisi convulsive alle somatizzazioni diffuse – diventano così narrazioni incarnate, il cui senso emerge solo se collocato nel quadro relazionale e culturale in cui prendono forma. La clinica etnopsichiatrica, proprio per questo, può includere pratiche che coinvolgono la corporeità come canale di comunicazione: manipolazioni rituali, danze, oggetti simbolici o gesti condivisi, che agiscono laddove la parola fallisce. Il corpo diventa ponte tra mondi, spazio di relazione e di trasformazione (Scheper-Hughes & Lock, 1987). Restituirgli centralità significa compiere un atto di giustizia epistemica e riconoscere la dignità delle forme di sofferenza escluse dal linguaggio clinico (Devereux, 1972). Tuttavia, l'Etnopsicologia non è priva di limiti. Come osserva Jean-Loup Amselle (1990), il rischio di un essenzialismo culturale è costante: nel tentativo di valorizzare la differenza, si può finire per reificarla, riducendo il soggetto alla sua appartenenza etnica o religiosa. Un secondo rischio è la difficoltà di conciliare i tempi e i metodi dell'etnopsichiatria con le logiche burocratiche e produttivistiche dei sistemi sanitari pubblici, che privilegiano standardizzazione e rapidità. Vi è infine la possibilità che il dispositivo etnopsichiatrico stesso, se assunto in modo dogmatico, riproduca nuove forme di autorità epistemica o di paternalismo culturale (Fassin & Rechtman, 2009). Per evitare queste derive, l'Etnopsicologia deve mantenere una postura riflessiva e autocritica, consapevole delle proprie ambivalenze. Non un modello chiuso, ma un processo aperto di traduzione, dialogo e trasformazione reciproca. In questa prospettiva, la narrazione diventa strumento e atto etico. Raccontare il proprio dolore, come mostrano Kleinman (1988) e Frank (1995), significa ricostruire la trama del sé, dare

forma al disordine e riappropriarsi di un linguaggio condiviso. La narrazione etnopsichiatrica, plurivocale per definizione, intreccia le voci del paziente, della famiglia, dei mediatori e dei terapeuti, producendo una coralità che rende possibile la cura come riconoscimento.

Cheryl Mattingly (2010) e Paul Ricoeur (1990) hanno evidenziato come l'identità si costruisca narrativamente: raccontarsi è un modo di esistere. Nei contesti di trauma o migrazione, il compito clinico non consiste nel normalizzare, ma nell'accompagnare la persona verso la possibilità di un nuovo racconto di sé. In questo senso, la narrazione non è un accessorio della cura, ma la sua condizione: uno spazio etico, relazionale e politico in cui guarire coincide con l'essere ascoltati e riconosciuti nella propria singolarità. Riconoscere la pluralità dei saperi e delle pratiche di cura significa riportare la riflessione antropologica al suo nucleo originario: la comprensione dell'umano nella sua interezza, nelle sue vulnerabilità e nei suoi orizzonti simbolici. La cura si configura così come un campo di interazione epistemica, dove linguaggi, corpi e mondi morali differenti entrano in relazione senza ridursi a un paradigma unico. L'Etnopsicologia, in questo senso, non rappresenta soltanto un ambito specialistico, ma una prospettiva critica capace di interrogare i presupposti della clinica e di restituire centralità all'esperienza vissuta (Beneduce, 2016). Essa invita a concepire la cura come pratica di traduzione, come processo di negoziazione di senso e di riconoscimento reciproco, in cui la differenza diventa principio conoscitivo e condizione etica dell'incontro terapeutico. La cura non è più soltanto risposta al dolore, ma forma di conoscenza incarnata, un modo di pensare e di agire che unisce corpo, parola e mondo in un medesimo gesto interpretativo.

In questo percorso di riflessione, si apre lo spazio per un'analisi più puntuale delle configurazioni culturalmente connotate della sofferenza. Le cosiddette "sindromi culturali" rappresentano infatti il punto di contatto tra esperienza individuale, codici simbolici e processi collettivi di significazione, rendendo visibile come ogni cultura traduca in linguaggio proprio l'esperienza del dolore e della rinascita.

## CAPITOLO II

### SOFFERENZA, EMOZIONI E CULTURA: UN APPROCCIO ANTROPOLOGICO ALLA PSICOPATOLOGIA

#### **2.1 *Culture-bound syndromes*: storia e prospettive critiche**

##### *2.1.1 Inquadramento storico e teorico delle culture-bound syndromes*

Il concetto di *culture-bound syndrome* (CBS) rappresenta uno dei crocevia più fertili e controversi nel dialogo tra Antropologia medica e psichiatria transculturale. Sin dalla sua comparsa, a partire dagli anni Sessanta, questa categoria ha messo in discussione l'idea di una psicopatologia universale, sollecitando un ripensamento radicale dei rapporti tra biologia, cultura e interpretazione clinica (Kleinman, 1988; Good, 1994). Ciò che la nozione di CBS ha reso visibile è la tensione, mai del tutto risolta, tra la tendenza classificatoria della psichiatria e la natura situata, storicamente e simbolicamente determinata, della sofferenza umana (Kirmayer & Young, 1998). L'origine del termine si colloca all'interno delle prime ricerche di Antropologia medica che, osservando la varietà dei disturbi psichici in società non occidentali, notarono come molti fenomeni di disagio non trovassero una corrispondenza diretta nelle tassonomie diagnostiche allora dominanti (Simons & Hughes, 1985). L'attenzione verso queste forme "altre" di sofferenza non nasce da curiosità esotica, ma dall'esigenza di interrogare i limiti di un sapere clinico costruito su basi eurocentriche. L'espressione *culture-bound syndrome* venne così adottata per designare quelle manifestazioni psichiche e somatiche che sembravano emergere in modo ricorrente all'interno di contesti culturali specifici, dove il disturbo trovava spiegazione, nome e trattamento propri. Esempari, in questo senso, sono l'*amok* malesiano, accessi di furia improvvisa seguiti da profonda prostrazione, l'*ataque de nervios*, caratterizzato da urla e pianti non controllabili diffuso nei Caraibi, il *susto* latino-americano, interpretato come perdita dell'anima a seguito di uno spavento, o il *koro*, diffuso nel Sud-est asiatico, incentrato sulla paura di un ritrarsi del pene nel corpo e sulla conseguente angoscia di morte (Miller, 2019). Queste sindromi, insieme alla *dhat syndrome* indiana, in cui l'emissione di liquidi corporei viene percepita come perdita vitale, mostrano come il disagio psichico assuma forme narrative e corporee radicate in cosmologie locali. Lungi dall'essere anomalie, esse rivelano la profondità simbolica con cui ogni cultura traduce l'esperienza della vulnerabilità.

Il riconoscimento ufficiale del termine avvenne con il *DSM-IV* (1994), che in un'appendice elencava oltre venti *CBS*, con l'intento dichiarato di aumentare la competenza transculturale dei clinici. Tuttavia, questa apertura apparente ha finito per rafforzare una gerarchia implicita: da una parte i disturbi "universali", considerati scientificamente fondati, dall'altra quelli "culturali", confinati ai margini della nosografia. Come osservano Kirmayer e Young (1998), tale distinzione non è neutra ma ideologica: definire "culturale" solo ciò che si manifesta fuori dall'Occidente significa implicitamente ritenere che l'Occidente non abbia cultura, che la sua psichiatria sia la misura neutrale di tutte le altre. In realtà, ogni classificazione psichiatrica è un prodotto storico che riflette valori, linguaggi e modelli di persona propri di una determinata civiltà. Con il *DSM-5* (2013), l'*American Psychiatric Association* tenta un riassetto concettuale più ampio, sostituendo la nozione di *culture-bound syndrome* con quella di *cultural concepts of distress*. La nuova formulazione abbandona la rigida logica tassonomica per articolare la sofferenza in tre dimensioni interconnesse: le *cultural syndromes*, cioè i pattern ricorrenti di sintomi riconosciuti all'interno di un gruppo; le *genealogie foucaultiane of distress*, ovvero le modalità espressive e linguistiche con cui il disagio si manifesta e viene comunicato (Kirmayer et al., 2014); e le *cultural explanations*, le teorie locali che attribuiscono cause e significati alla malattia. Non si tratta solo di un aggiornamento terminologico, ma di un vero e proprio mutamento epistemologico: la cultura non è più vista come cornice che "colora" un disturbo universale, bensì come dimensione costitutiva della sua forma (Kleinman & Benson, 2006). Questa prospettiva è stata ulteriormente consolidata dall'introduzione della *Cultural Formulation Interview* (CFI), versione rinnovata dell'*Outline for Cultural Formulation* già presente nel *DSM-IV*. Lo strumento invita il clinico a interrogare il paziente non solo sui sintomi, ma sulle rappresentazioni personali della sofferenza, sulle aspettative rispetto alla cura e sul contesto di vita in cui i problemi si inscrivono (Lewis-Fernández et al., 2014). Si tratta di un cambio di paradigma: la diagnosi non è più un atto di classificazione, ma un processo di mediazione tra mondi di senso differenti. In questo senso, la psichiatria contemporanea, almeno nelle sue correnti più attente al pluralismo culturale, si orienta verso un sapere dialogico, capace di riconoscere la co-costruzione del sintomo tra osservatore e osservato. Nonostante questi avanzamenti, la categoria di *CBS* continua a suscitare interrogativi teorici e politici. Antropologi e psichiatri come Kleinman (1988), Lock e Nguyen (2010), Kirmayer (2006) e Good (1994) hanno evidenziato che il problema non è la "culturalità" di alcune sindromi, bensì

l'idea che la psichiatria occidentale possa considerarsi fuori dalla cultura. Ogni diagnosi è una narrazione, una forma di potere che organizza l'esperienza attraverso il linguaggio della patologia. Perfino concetti apparentemente “naturali” come *depressione* o *schizofrenia* sono interpretazioni storiche del dolore, prodotti di un certo modo di pensare il corpo e la mente. Vedere la CBS come eccezione significa, in fondo, rimuovere la natura culturale dell'intera impalcatura diagnostica.

Da questa prospettiva, le *culture-bound syndromes* non sono anomalie marginali, ma casi limite che obbligano la medicina a confrontarsi con i propri presupposti epistemici. Esse mostrano che la sofferenza non è mai riducibile a disfunzione biologica, ma si costituisce sempre come esperienza morale e relazionale. In questo senso, la “differenza culturale” non è un orpello esterno, ma un principio strutturante dell'esperienza stessa del male di vivere. La cosiddetta Antropologia della sofferenza, inaugurata dai lavori di Scheper-Hughes e Kleinman (1988), ha chiarito che ogni dolore è anche un fatto politico: espressione di disuguaglianze, forme di dominio e processi di esclusione che la clinica tende spesso a rendere invisibili. Le ricerche più recenti hanno rafforzato questa lettura. Westerman (2010), analizzando la *ghost sickness* nelle comunità aborigene australiane, mostra come il disturbo, più che una superstizione spirituale, sia una risposta collettiva a lutti storici e traumi coloniali. In modo analogo, De Jesus e collaboratori (2021), studiando il *susto* tra madri migranti messicane, rivelano come l'esperienza del corpo “svuotato” rifletta una forma di dislocazione simbolica dovuta alla migrazione, alla precarietà economica e alla perdita di appartenenza. In entrambi i casi, la diagnosi diventa uno spazio di traduzione tra dolore sociale e linguaggio clinico, un luogo dove il vissuto collettivo si iscrive nella forma di un sintomo. In ambito teorico, alcuni autori hanno suggerito di abbandonare del tutto la nozione di sindrome *bound*, “vincolata”, a favore di concetti più fluidi, come quello di *idioms of distress*, proposto da Mark Nichter (1981) e poi sviluppato da Kirmayer (2007). Gli idiomi del disagio descrivono non entità patologiche, ma modalità culturalmente condivise di rendere comunicabile la sofferenza. Possono essere parole, gesti, pratiche rituali, o persino silenzi: forme attraverso cui il dolore assume coerenza e riconoscimento all'interno di un gruppo. In alcuni studi su migranti asiatico-americani, emerge che lingua, grado di acculturazione e background culturale influenzano profondamente come ansia, tristezza o vergogna vengano raccontate e vissute — evidenziando che l'esperienza emotiva non esiste al di fuori dei codici culturali che la rendono dicibile (Cheung, 2009; Miller, 2011).

Le implicazioni di questa prospettiva sono ampie. Definire una sindrome come “culturale” non è mai un gesto neutro: comporta decisioni etiche e politiche che incidono sul diritto alla cura e sul riconoscimento della sofferenza. Quando la cultura viene trattata come variabile accessoria, il rischio è ridurre il soggetto a portatore di “differenza”, una figura passiva, oggetto di interpretazione piuttosto che interlocutore nel processo terapeutico. Una psichiatria realmente transculturale, al contrario, implica un rovesciamento di prospettiva: non spiegare la cultura, ma lasciarsene interrogare. Come sottolinea Kirmayer (2006a), il compito non è rendere la differenza “comprensibile” secondo parametri occidentali, ma riconoscere che ogni atto clinico avviene dentro un mondo di valori e significati, che va decifrato insieme al paziente. In definitiva, le *culture-bound syndromes* non sono residui folklorici di una psichiatria “arcaica”, ma segnali di una questione più ampia: il rapporto tra sapere, potere e interpretazione del dolore. Esse ricordano che la malattia non è mai soltanto nel corpo, ma nell’orizzonte simbolico che dà forma all’esperienza. Comprenderle significa, quindi, non soltanto ampliare la mappa della psicopatologia, ma riconoscere che la scienza stessa è un linguaggio tra altri linguaggi, e che ogni classificazione è anche un modo di raccontare il mondo.

### 2.1.2 Una lettura intersezionale delle sindromi culturali

L’analisi delle sindromi culturalmente situate richiede uno sguardo che superi l’idea di una corrispondenza lineare tra disturbo e appartenenza etnica. Le *culture-bound syndromes* non possono essere comprese pienamente se isolate dal tessuto sociale che le genera: esse prendono forma all’incrocio tra sistemi simbolici, gerarchie di potere e condizioni materiali di vita (Kleinman, 1988; Scheper-Hughes & Lock, 1987). Una prospettiva intersezionale consente di cogliere questa complessità, mostrando come genere, classe, età e biografia influenzino non solo la manifestazione del disagio, ma anche la possibilità stessa di riconoscerlo come malattia. In questo senso, le CBS non sono soltanto *culture-bound*, ma anche *class-bound*, *gendered* e profondamente radicate in dinamiche generazionali, espressioni di vulnerabilità che si costruiscono nei punti di contatto tra più assi di disuguaglianza (Nichter, 2010).

Molti disturbi considerati “culturali” colpiscono infatti gruppi specifici, rivelando una distribuzione che non può essere spiegata dal solo riferimento all’etnia. Il già citato *susto*, diffuso in varie regioni dell’America Latina, è un esempio emblematico: la

sindrome, che si manifesta come disorganizzazione somato-emotiva in seguito a un trauma o a uno spavento improvviso, è documentata in prevalenza tra donne adulte, spesso madri migranti o lavoratrici precarie (De Jesus et al., 2020). In questo contesto, il disturbo non può essere letto come semplice alterazione psicofisiologica, ma come forma di linguaggio sociale che traduce l'esperienza della fatica, dell'isolamento e della perdita di sostegno relazionale. Il *susto* diventa così una diagnosi collettiva, una grammatica simbolica attraverso cui si rende visibile una condizione di oppressione quotidiana e di invisibilità sociale. Una dinamica analoga si riscontra nella *dhat syndrome*, diffusa nel Sud dell'Asia e centrata sull'idea che la perdita di fluido seminale impoverisca il corpo e la mente. Colpisce prevalentemente giovani uomini di estrazione rurale o con basso livello di istruzione, nei quali il sintomo si intreccia con la costruzione locale della virilità (Bhugra, 1996). La perdita del seme, associata alla diminuzione della *virya*, viene vissuta come fallimento morale e come segno di indebolimento della forza maschile. Questo quadro riflette non solo rappresentazioni tradizionali del corpo, ma anche la pressione derivante dai mutamenti sociali: urbanizzazione, crisi dei ruoli familiari, competizione economica e ridefinizione dei modelli di successo. La sindrome, lungi dall'essere un residuo arcaico, segnala dunque una frattura nelle identità maschili contemporanee, dove il corpo diventa il luogo in cui si iscrive la tensione tra norme patriarcali e nuovi modelli di individualità.

L'adozione di una lente intersezionale permette di leggere queste configurazioni come effetti di sistemi multipli di potere (Nichter, 2010; Lock & Farquhar, 2007). Fenomeni come l'*hikikomori*, nato in Giappone e ormai riconosciuto anche in Europa, mostrano con forza come la sofferenza si plasmi all'interno di un orizzonte storico e relazionale (Kato et al., 2012). L'isolamento sociale prolungato, che coinvolge soprattutto adolescenti e giovani uomini, non può essere ridotto a una disfunzione psicologica. Esso rappresenta piuttosto una forma di ritiro simbolico da un ordine sociale percepito come eccessivamente competitivo, che misura il valore personale sulla base della produttività e della performance. La scelta di sottrarsi al mondo diventa allora un atto paradossale di resistenza e di autoprotezione, una risposta al fallimento delle istituzioni educative e familiari nel garantire un passaggio sostenibile all'età adulta. La stessa logica si ritrova in altre sindromi collettive, come l'*ataque de nervios* o la *ghost sickness*. Entrambe emergono in comunità segnate da traumi storici, lutti collettivi e disgregazione dei legami sociali. Nel caso della *ghost sickness*, osservata tra popolazioni indigene dell'Australia e del Nord America, i sintomi, insonnia, debolezza, sogni

angoscianti, esprimono la continuità tra dolore psichico e memoria coloniale (Westerman, 2010). Il corpo si fa archivio vivente delle ferite lasciate dalla perdita territoriale e dall'annientamento culturale. In questa prospettiva, la malattia non è tanto una patologia individuale quanto un dispositivo di memoria che restituisce alla collettività il ricordo del trauma. Paul Farmer (2004) ha definito queste dinamiche attraverso il concetto di violenza strutturale: un insieme di meccanismi economici, politici e simbolici che producono sofferenza in modo sistemico, pur rimanendo spesso invisibili. Povertà, razzismo, sessismo e colonialismo agiscono come forze lente ma pervasive, inscrivendosi nei corpi e generando forme di vulnerabilità psichica che le CBS rendono visibili. In questo senso, i sintomi assumono la funzione di linguaggi sociali: attraverso di essi, le persone articolano un discorso implicito sull'ingiustizia e sul limite delle proprie condizioni di vita. Young (1995) ha mostrato che la definizione di una sindrome culturalmente riconosciuta nasce da processi di negoziazione tra soggetti, istituzioni e discorsi medici: il disturbo non preesiste alla diagnosi, ma si costruisce attraverso dinamiche discorsive, secondo la logica che Foucault ha descritto come formazione di saperi e poteri.

Anche le variabili generazionali svolgono un ruolo decisivo. Nei contesti migratori, ad esempio, l'adolescenza rappresenta una fase di particolare vulnerabilità: il giovane si trova a conciliare modelli culturali divergenti, quello della famiglia d'origine e quello del paese ospitante, dando luogo a forme di disagio difficilmente classificabili. Le etnografie condotte in Europa da Guardia e colleghi (2020) descrivono l'emergere di sindromi "ibride", in cui sintomi somatici, mutismo selettivo o comportamenti oppositivi assumono la funzione di mediazione tra mondi inconciliabili. Il corpo, ancora una volta, diventa il luogo di traduzione dei conflitti di appartenenza. Considerare le *culture-bound syndromes* attraverso una lente intersezionale significa dunque riconoscere che nessuna sofferenza è culturalmente pura (Nichter, 2010). Ogni esperienza psichica è il risultato di forze che si intrecciano: genere, classe, età, migrazione, memoria storica e ordine politico. L'Antropologia medica, nel suo sforzo di rendere intellegibile questa complessità, non deve ridurre tali fenomeni a curiosità etnografiche né patologizzare le differenze, ma leggerle come forme situate della condizione umana. Le CBS non appartengono a un "altrove" esotico: sono testimonianze concrete del modo in cui i sistemi sociali producono e organizzano la sofferenza, rivelando al tempo stesso la capacità delle persone di resistere, significare e reinventare il proprio dolore (Scheper-Hughes & Lock, 1987).

## 2.2 La psichiatria transculturale tra cura e critica

### 2.2.1 Dimensioni cliniche e applicazioni transculturali

La psichiatria transculturale, nella sua dimensione clinica, nasce dall'esigenza di integrare l'analisi culturale nel cuore stesso della pratica medica. A differenza dell'Antropologia medica, che si è mossa soprattutto sul terreno critico e interpretativo, la psichiatria transculturale ha assunto da subito un intento operativo: fornire ai professionisti strumenti per comprendere e gestire le differenze culturali nel processo diagnostico e terapeutico. L'esperienza di Eric Wittkower alla McGill University, negli anni Cinquanta, rappresenta un punto d'origine decisivo. Psicoanalista tedesco emigrato in Canada, Wittkower fondò nel 1956 il bollettino *Transcultural Research in Mental Health Problems*, inaugurando un campo autonomo di ricerca e pratica che esplorava in modo sistematico come la cultura influenzi la manifestazione della sofferenza e la risposta ai trattamenti (Kirmayer, 2012). La sua impostazione fu pionieristica: non mirava solo al confronto tra "sindromi esotiche", ma a una collaborazione stabile tra medici, psicologi e antropologi, anticipando le sfide poste dalla mobilità globale e dalla crescente eterogeneità delle società contemporanee.

Con il tempo, la disciplina ha reso evidente che le variabili culturali non rappresentano accessori del processo terapeutico, ma componenti strutturali che ne orientano ogni fase. Lingua, appartenenza religiosa o etnica, rappresentazioni del corpo e della mente: tutti questi elementi incidono sulla possibilità stessa di accedere ai servizi, sulla costruzione della fiducia e sull'aderenza alle cure. Jesus e colleghi (2023) hanno descritto i fattori socioculturali come "barriere persistenti" nella pratica psichiatrica, sottolineando come le incomprensioni diagnostiche e comunicative possano ridurre l'efficacia dei trattamenti. Non si tratta di eccezioni riferite a minoranze "altre", ma di dinamiche ormai quotidiane in contesti caratterizzati da pluralismo linguistico e religioso. La competenza transculturale, di conseguenza, non è una specializzazione settoriale: è una condizione minima per esercitare una psichiatria adeguata al mondo attuale. Tra gli strumenti più rilevanti si colloca il *Cultural Formulation Interview* (CFI), introdotto nel *DSM-5* come evoluzione dell'*Outline for Cultural Formulation* già prevista nel *DSM-IV*. Il CFI si articola in sedici domande aperte, raggruppate in quattro ambiti principali: la definizione del problema secondo la prospettiva del paziente; la percezione culturale delle cause e dei contesti; i fattori culturali che influenzano le strategie di coping e la ricerca di aiuto; e infine gli elementi culturali che incidono sulla domanda di cura (American Psychiatric Association, 2013; Lewis-Fernández et al.,

2016). Il suo scopo non è aggiungere una sezione “etnica” al colloquio clinico, ma ripensare il colloquio stesso come spazio di co- costruzione culturale. La sofferenza viene così interpretata non come entità neutra, ma come esperienza filtrata da linguaggi, valori e sistemi simbolici.

I risultati del trial internazionale di validazione del CFI, condotto in sei Paesi e su oltre trecento pazienti, hanno confermato la solidità dello strumento. Lewis-Fernández e collaboratori (2016) hanno rilevato che il CFI è percepito come praticabile, utile e accettabile sia dai pazienti sia dai clinici. Nelle prime applicazioni, i tempi di somministrazione erano più lunghi rispetto a un colloquio standard, ma con l’esperienza si sono progressivamente ridotti. Più ancora dei dati quantitativi, colpisce il feedback dei pazienti: molti riferiscono di sentirsi ascoltati in modo più profondo, di essere riconosciuti come soggetti complessi e non solo come portatori di sintomi. Tuttavia, la diffusione dello strumento rimane diseguale. In diversi contesti, la sua implementazione incontra resistenze, legate alla mancanza di formazione specifica e alla percezione, da parte di alcuni professionisti, che il CFI costituisca un onere burocratico piuttosto che una trasformazione metodologica (Aggarwal et al., 2016). L’elasticità del CFI ne ha consentito l’uso in ambiti non convenzionali, mostrando la sua capacità di adattarsi a nuove configurazioni culturali. Lewis-Fernández e colleghi (2016), ad esempio, lo hanno impiegato nello studio delle persone che si definiscono *highly sensitive* all’interno di diagnosi di disturbo bipolare. Pur non essendo una categoria riconosciuta dai manuali psichiatrici, la *high sensitivity* è risultata interpretabile come *cultural concept of distress*: un linguaggio emergente per dare forma all’esperienza soggettiva della vulnerabilità (cfr. Kirmayer, 2020; Lewis-Fernández et al., 2014). In questo caso, il CFI non è servito solo a gestire differenze etniche, ma a comprendere nuove costruzioni di sé che si producono anche nei contesti occidentali, mostrando la permeabilità tra psicopatologia e cultura. Accanto agli strumenti diagnostici, un ruolo cruciale spetta ai programmi di formazione transculturale. L’esperienza del *Transcultural Psychiatry Workshop* organizzato nel Regno Unito nel 2024 rappresenta un caso significativo: la partecipazione a sessioni interattive, con esperti, caregiver e rappresentanti delle comunità, ha incrementato la consapevolezza dei *bias* culturali e migliorato la capacità di riconoscere le disuguaglianze nei servizi di salute mentale (Qureshi et al. 2021; Bhugra & Bhui, 2018). La competenza transculturale, in questa prospettiva, non è un tratto personale, ma una pratica che si costruisce collettivamente attraverso la formazione, l’autocritica e il dialogo interdisciplinare.

La letteratura più recente ha inoltre evidenziato la persistenza di *bias* impliciti tra gli operatori sanitari, anche nei contesti formalmente multiculturali. La psichiatria transculturale, di conseguenza, non si limita a correggere errori o a rendere la clinica più inclusiva, ma richiede un ripensamento profondo della relazione terapeutica come incontro tra mondi (Watters, 2010). Jesus e colleghi (2023) osservano che ogni professionista della salute mentale, a prescindere dal contesto, è chiamato a essere *transculturale*, nel senso di riconoscere la negoziazione costante di valori, linguaggi e visioni del sé che attraversano ogni consultazione. Le dimensioni cliniche della psichiatria transculturale delineano così un campo in trasformazione, nel quale la sfida principale consiste nel conciliare standardizzazione e sensibilità. Strumenti come il CFI offrono una cornice metodologica rigorosa, ma la loro efficacia dipende dalla capacità dei clinici di adottare uno sguardo riflessivo (Kohrt et al., 2016). La competenza transculturale non è un'appendice della cura, ma la sua condizione di possibilità: solo riconoscendo la cultura come parte intrinseca della sofferenza è possibile costruire una medicina realmente dialogica, capace di accogliere la pluralità delle esperienze umane.

### 2.2.2 Epistemologia critica e implicazioni politiche

Le sindromi culturalmente situate, insieme ai *cultural concepts of distress*, non sono soltanto fenomeni clinici da identificare e trattare. Rappresentano, più profondamente, luoghi epistemologici in cui diventano visibili i limiti della psichiatria contemporanea. Esse rivelano come le categorie diagnostiche non siano universali né neutre, ma prodotti storici e culturali, la cui diffusione globale implica sempre un processo di traduzione e di potere. Le *culture-bound syndromes* si collocano così su un confine instabile: da un lato, segnalano la necessità di strumenti transculturali capaci di cogliere la pluralità dei linguaggi della sofferenza; dall'altro, mettono in luce le implicazioni politiche di un sapere che, proponendosi come universale, tende a mascherare le proprie radici culturali e a imporre specifiche concezioni di normalità (Kirmayer, 2006b; Summerfield, 2008). In questa prospettiva, la psichiatria transculturale si pone in posizione critica rispetto ai programmi di *Global Mental Health*, che hanno spesso privilegiato un modello standardizzato fondato sull'esportazione delle categorie diagnostiche occidentali verso i Paesi del Sud globale. Derek Summerfield ha osservato come tali interventi possano tradursi in forme di "colonialismo epistemico", in cui disturbi formulati nel linguaggio della psichiatria biomedica vengono presentati come chiavi di lettura universali, cancellando i modi locali di vivere e interpretare la

sofferenza (Summerfield, 2008). Nella stessa direzione, Kirmayer (2012a) ha evidenziato il rischio di una globalizzazione della psichiatria che riduce la complessità culturale a fattore accessorio, consolidando un paradigma biomedico che privilegia la spiegazione neurofisiologica e la risposta farmacologica. In questo quadro, le CBS funzionano come spazi di resistenza teorica: mostrano che i disturbi mentali non possono essere pienamente compresi né trattati senza tener conto dei contesti simbolici e sociali che li definiscono. La questione si iscrive pienamente nella dimensione biopolitica. Come ha sostenuto Nikolas Rose (2000; 2001), la psichiatria non è solo un sapere clinico, ma una tecnologia di governo che produce categorie e ordini di priorità nella gestione della vita. La diffusione globale di diagnosi come depressione, ansia o disturbo post-traumatico da stress non è mai un fatto neutro: stabilire cosa sia patologico e chi meriti trattamento comporta scelte politiche e morali che incidono sulla distribuzione delle risorse e sulla definizione del cittadino “sano”. In questa luce, l’enfasi contemporanea sull’“epidemia mondiale di disturbi mentali” può essere letta come un dispositivo di biopolitica psichiatrica che legittima politiche di controllo e intervento (Rose, 2020; Biehl & Moran-Thomas, 2009). La prospettiva transculturale, problematizzando la pretesa universalità delle diagnosi, mette a nudo questa dimensione politica della cura e mostra come la distinzione tra sofferenza individuale e questione collettiva sia sempre oggetto di negoziazione (Kirmayer & Pedersen, 2014). Un contributo decisivo a questa riflessione proviene dal pensiero di Frantz Fanon e dalla sua analisi della psichiatria coloniale. L’esperienza di Fanon come medico nei territori del Maghreb lo portò a denunciare l’uso della psichiatria come strumento di dominio, capace di naturalizzare le gerarchie razziali e di patologizzare la resistenza politica. Nei suoi scritti emerge una critica radicale alla pretesa neutralità della disciplina, accusata di aver contribuito alla disumanizzazione dei colonizzati, descritti come soggetti primitivi, impulsivi o incapaci di autonomia razionale (Fanon, 1961). La sua prospettiva conserva oggi una forza dirompente: mostra che la psichiatria può fungere tanto da dispositivo di esclusione quanto da spazio di emancipazione, a seconda del contesto storico e dei fini che persegue. In questo senso, le CBS diventano anche segni di resistenza epistemica, forme attraverso cui la sofferenza riafferma la propria irriducibilità a schemi diagnostici imposti dall’esterno (Fernando, 2010).

L’epistemologia critica della psichiatria transculturale mette così in discussione due pilastri della tradizione psichiatrica: l’universalità delle categorie e la neutralità del sapere. Le CBS mostrano che le diagnosi sono costruzioni culturali situate, e l’analisi

biopolitica rivela che esse operano come strumenti di regolazione sociale (Hacking, 1995). La lezione di Fanon, infine, ricorda che queste stesse categorie possono essere mobilitate per riprodurre gerarchie o, al contrario, per aprire spazi di riconoscimento e di libertà. La psichiatria transculturale, nella sua dimensione teorica e politica, non si limita dunque ad arricchire la pratica clinica, ma agisce come un laboratorio epistemologico in cui la disciplina interroga i propri fondamenti. Essa mostra che la sofferenza mentale non può essere separata dai contesti storici e morali che la generano, e che ogni tentativo di universalizzazione comporta il rischio di una violenza epistemica (Spivak, 1988). Le CBS non sono soltanto oggetti di osservazione clinica: sono dispositivi critici che obbligano la psichiatria a rivedere il proprio linguaggio, i propri confini e la propria idea di umanità.

## **2.3 La psichiatria come dispositivo: genealogie critiche e soggettività**

### *2.3.1 Genealogie foucaultiane della follia e della medicalizzazione*

Il pensiero di Michel Foucault ha rappresentato una svolta nella comprensione moderna della follia e delle istituzioni psichiatriche. Con *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961), egli demolisce l'idea che la storia della psichiatria sia il cammino progressivo della ragione verso l'umanizzazione della cura. Mostra invece che la follia è una costruzione storica e politica, prodotta da un ordine discorsivo che decide chi è autorizzato a parlare e chi dev'essere ridotto al silenzio. Nel XVII secolo, con la nascita del "grande internamento", i folli vengono separati dalla società insieme a poveri, oziosi e devianti morali: l'esclusione non è terapeutica ma normativa, funzionale alla stabilizzazione dell'ordine sociale. La medicalizzazione successiva non cancella questa logica, ma la riformula in un linguaggio clinico: la follia viene trasformata in malattia, il deviante in paziente, l'esclusione in diagnosi. In *La naissance de la clinique* (1961), Foucault approfondisce il modo in cui la medicina moderna istituisce una nuova forma di sapere attraverso lo *regard médical*, lo sguardo che oggettiva il corpo e ne fa un campo di osservazione. La clinica non descrive una realtà naturale, ma la produce, stabilendo chi possa essere visto, toccato, interrogato. Il sapere medico diventa un potere che organizza lo spazio sociale, definendo i confini tra salute e patologia, tra normalità e devianza. In questo passaggio si delinea la figura moderna del soggetto osservato, un individuo la cui verità è accessibile solo attraverso la mediazione dell'esperto.

Per Foucault, la psichiatria moderna nasce all'incrocio tra sapere e potere: non come disciplina neutrale ma come tecnologia politica che regola la vita e modella la

condotta. Nelle lezioni al Collège de France, il concetto di *biopolitica* chiarisce questa dinamica: la medicina, lungi dal limitarsi ad alleviare il dolore, agisce come meccanismo di gestione della popolazione, di ottimizzazione della salute, di controllo della produttività. L'intervento sul corpo individuale si lega così al governo dei corpi collettivi, e la psichiatria diventa uno strumento di regolazione delle soggettività. L'eredità di questa analisi è evidente nei sistemi classificatori contemporanei. Manuali come il DSM o l'ICD non si limitano a descrivere disturbi: costruiscono orizzonti normativi che distinguono il comportamento accettabile da quello patologico. Come ha osservato Rose (2019), la salute mentale tende oggi a essere gestita secondo logiche manageriali che traducono la sofferenza in dati misurabili, adeguandola ai criteri di efficienza propri del neoliberismo. Fernando (2017) ha parlato di "colonizzazione epistemica" per descrivere la diffusione di queste categorie nei contesti extra-occidentali, dove le cosmologie locali vengono progressivamente sostituite da un linguaggio medico globale, privo di radici culturali. In questo senso, la biopolitica non agisce soltanto attraverso istituzioni coercitive, ma anche mediante la standardizzazione dei modi di nominare e trattare la sofferenza. e genealogie foucaultiane mostrano inoltre che il sapere medico è performativo: la diagnosi non rivela una malattia preesistente, ma contribuisce a istituirla. Hacking (1995) ha descritto la diagnosi come un atto che produce realtà sociali, vincolando il soggetto a categorie che ne orientano il percorso terapeutico e normativo. Good (1994) ha interpretato la medicina come un dispositivo semantico che traduce l'esperienza della sofferenza in linguaggio istituzionale, trasformando il dolore in categoria e il soggetto in caso clinico. In questa prospettiva, la patologia non è un'entità naturale ma un evento discorsivo che definisce ciò che può essere detto, curato e riconosciuto. Il manicomio rappresenta per Foucault il luogo paradigmatico di questo processo. Lungi dall'essere un semplice spazio di cura, esso si configura come laboratorio del potere disciplinare, dove la devianza viene sorvegliata, registrata e corretta. Le pratiche di isolamento, osservazione e controllo trasformano il folle in oggetto di sapere e di intervento. Come hanno sottolineato Petersen e Bunton (1997), le istituzioni psichiatriche ottocentesche costituiscono il modello da cui si sviluppano le moderne tecniche di governo della mente: dal manicomio ai centri di salute mentale, dalle diagnosi precoci alle campagne di prevenzione. Oggi il potere non passa più dall'internamento, ma dall'autocontrollo, dalla sorveglianza diffusa e dall'obbligo di essere sani. Cresswell e Spandler (2012) hanno mostrato che molte politiche internazionali di salute mentale riproducono, sotto la retorica della cura, le

stesse logiche di normalizzazione e disciplinamento. L'attenzione costante alla performance, alla produttività e al benessere misurabile crea nuove forme di vulnerabilità e nuove categorie di devianza. La biopolitica contemporanea non si limita a gestire i corpi, ma regola le emozioni, le abitudini e i desideri, inscrivendo la salute in una moralità della conformità. La genealogia foucaultiana rivela così il carattere ambivalente della psichiatria: sapere e potere si intrecciano nella definizione di ciò che conta come follia, cura o guarigione. Capire la medicina moderna significa dunque interrogare i suoi effetti di verità: come costruisce i soggetti che pretende di curare, quali vite riconosce e quali lascia ai margini. In questa chiave, la psichiatria non è solo un campo clinico ma un terreno politico, dove la lotta per la definizione della normalità coincide con quella per il riconoscimento dell'umano.

### *2.3.1 Critiche post-foucaultiane e sviluppi teorici contemporanei*

L'impronta lasciata da Michel Foucault sul pensiero medico e psichiatrico contemporaneo è profonda. Le sue genealogie hanno mostrato come la psichiatria sia intrecciata a logiche di potere e produzione di soggettività. Tuttavia, proprio la forza di questo paradigma ha generato una serie di rielaborazioni critiche che, pur muovendosi nel suo solco, ne hanno messo in luce i limiti. Queste prospettive successive hanno cercato di restituire alla pratica clinica una dimensione più situata, capace di riconoscere l'*agency* dei soggetti e la complessità delle relazioni che costituiscono la cura.

Una prima linea di revisione riguarda la concezione del potere. Se Foucault lo descriveva come rete produttiva che attraversa i corpi, molti autori hanno evidenziato come la sua analisi resti talvolta troppo concentrata sulle strutture. Kleinman (1988) e Das (2007) hanno proposto di spostare l'attenzione verso le interazioni quotidiane, dove il potere si traduce anche in ascolto, riconoscimento e solidarietà. Le etnografie della cura rivelano spazi in cui pazienti e operatori negoziano il significato della sofferenza, talvolta reinventando la relazione terapeutica come luogo di riparazione morale. In questo senso, il potere non agisce solo come disciplina, ma anche come possibilità di connessione e risignificazione.

Un secondo asse di critica riguarda la soggettività. Alcune letture foucaultiane sembrano ridurre l'individuo a prodotto dei dispositivi di potere, trascurandone la capacità di reagire e creare. Mattingly (2014) ha proposto il concetto di *moral laboratories* per descrivere i contesti quotidiani in cui le persone sperimentano forme etiche di vita, anche all'interno di vincoli sociali e clinici. L'esperienza della malattia

diventa così un terreno di azione e immaginazione, dove il soggetto elabora risposte creative alle norme che lo attraversano. In questa prospettiva, la cura non è soltanto normalizzazione, ma spazio di costruzione di sé. Il biopotere contemporaneo si manifesta oggi in forme più sottili. Le politiche sanitarie e gli strumenti digitali di monitoraggio promuovono un modello di responsabilità individuale che spinge i soggetti a farsi manager del proprio benessere. L'automonitoraggio, la prevenzione e la farmacologizzazione dell'emotività generano un tipo di soggettività che interiorizza la logica dell'efficienza. La medicalizzazione non passa più attraverso il controllo coercitivo, ma attraverso la partecipazione volontaria alla cura e l'adesione ai suoi linguaggi. Parallelamente, studi recenti hanno mostrato come la psichiatria globale sia oggi plasmata da economie, tecnologie e politiche di mercato. Rose (2019) osserva che classificazioni, algoritmi di triage e sistemi assicurativi determinano chi può accedere alla cura e secondo quali priorità. Il potere medico si distribuisce così in reti ibride che collegano cliniche, industrie, piattaforme digitali e governance transnazionali. La psichiatria diventa parte di un ecosistema economico che definisce in modo sempre più sottile la frontiera tra salute e anomalia. Accanto a queste riflessioni, diversi autori hanno reintrodotta la dimensione affettiva e relazionale della cura. Mattingly (2010) parla di *cura epistemica* come pratica di conoscenza fondata sulla reciprocità e sul riconoscimento dell'altro. Byron Good (1994) sottolinea che la relazione terapeutica è anche uno spazio narrativo, in cui si costruiscono significati condivisi più che semplici soluzioni cliniche. Queste prospettive spostano l'attenzione dalla disciplina alla co-creazione di senso, mostrando che la cura è un atto conoscitivo e politico insieme. Le critiche femministe e decoloniali hanno ulteriormente esteso questo ripensamento. Butler (1990) ha mostrato come la soggettivazione sia sempre attraversata dal genere, mentre Fausto-Sterling (2000) ha rivelato la costruzione culturale della biologia stessa. Khanna (2003) ha posto l'accento sulla colonialità della psichiatria, mettendo in luce come il sapere occidentale continui a esercitare un potere normativo sui corpi razzializzati. Questi contributi evidenziano che i dispositivi biopolitici non agiscono in modo uniforme, ma si intrecciano con gerarchie di genere, razza e classe. Nel complesso, il dibattito post-foucaultiano propone una visione più dinamica della soggettività e del sapere medico. La psichiatria appare non solo come strumento di controllo, ma anche come campo di negoziazione, dove si possono attivare forme di resistenza e creatività. Autori come Das, Mattingly e Good insistono sull'importanza di una clinica riflessiva, che riconosca le implicazioni morali della diagnosi e valorizzi le conoscenze locali di

pazienti, famiglie e comunità.

In questa prospettiva, la critica al paradigma classificatorio del DSM non è un rifiuto della clinica, ma una richiesta di rinnovamento etico. Carpenter-Song (2015) sottolinea che una psichiatria culturalmente sensibile deve partire dall'ascolto, non dalla catalogazione. La diagnosi non può sostituire la relazione: è solo nel dialogo che la cura diventa comprensione reciproca. Come ricorda Scheper-Hughes (1995), l'Antropologia medica condivide questa responsabilità. Studiare la sofferenza significa anche assumere una posizione etica, rendere visibili le ingiustizie e contribuire alla costruzione di pratiche solidali. In questo senso, la ricerca stessa può diventare una forma di cura, un gesto politico e un atto di restituzione.

## **2.4 Il DSM come costruito storico e dispositivo di potere**

### *2.4.1 Genealogia, biopolitica e paradigma neo-kraepeliniano*

La prima edizione del DSM prese forma in un momento in cui la psichiatria statunitense stava cercando di ridefinire sé stessa. Dopo la Seconda guerra mondiale, l'urgenza di descrivere e trattare in modo uniforme i disturbi osservati nei veterani spinse istituzioni

cliniche e apparati amministrativi a convergere verso un linguaggio diagnostico condiviso. Non si trattò soltanto di un tentativo di classificazione: il manuale nacque come strumento capace di organizzare la sofferenza psichica entro categorie riconoscibili, rendendola governabile in un sistema sanitario e burocratico in rapida espansione. Negli Stati Uniti, la psichiatria del dopoguerra fu profondamente segnata dall'esperienza militare. I disturbi neuropsichiatrici dei soldati, esplosi durante il conflitto, avevano reso urgente la creazione di criteri diagnostici unificati e protocolli terapeutici coerenti. Il Dipartimento della Difesa e le agenzie veterane finanziarono programmi di ricerca che miravano a sistematizzare il linguaggio clinico, rendendolo compatibile con le esigenze amministrative e assicurative (Grob, 1991; Sheehan et al, 2014). In questo quadro, il DSM-I nacque tanto come strumento terapeutico quanto come tecnologia di governo: un sistema per ordinare la sofferenza e garantirne la gestione istituzionale.

Dal punto di vista teorico, il manuale restava ancorato alla cornice psicodinamica allora dominante. Le sue categorie, “nevrosi”, “psicosi”, “disturbi della personalità”, “disturbi psicosomatici”, rispecchiavano l'egemonia psicoanalitica nelle cliniche e nelle università (Mayes & Horwitz, 2005; Montero-Espinoza, 2025). Tuttavia, dietro questa

facciata teorica, il DSM-I svolgeva una funzione essenzialmente amministrativa: standardizzare le diagnosi, uniformare la comunicazione tra ospedali, compagnie assicurative e istituzioni pubbliche, e legittimare la psichiatria come disciplina scientifica utile allo Stato.

In questo contesto storico-istituzionale, il manuale fu più uno strumento di razionalizzazione burocratica che un passo avanti nella comprensione del disagio psichico. Sin dalle prime edizioni, il DSM mostrava come la classificazione psichiatrica non fosse mai un atto neutro. La portata sociale di tale operazione emerge con forza nei casi in cui le categorie diagnostiche sono applicate in modo differenziale. Numerosi studi hanno mostrato che minoranze etniche, donne e classi sociali svantaggiate erano più frequentemente sottoposte a diagnosi psichiatriche, spesso con criteri meno rigorosi rispetto ai gruppi dominanti (Carpenter-Song, 2015). La medicalizzazione della marginalità operava così come forma di disinnescamento politico: il disagio sociale veniva depoliticizzato, tradotto in deficit individuale e affidato alla gestione clinica. Il DSM funzionava, di fatto, come un dispositivo di regolazione della devianza, coerente con la razionalità disciplinare delle società industriali. Alla fine degli anni Sessanta, questa architettura epistemica entrò in crisi. La psichiatria statunitense attraversò un periodo di forte contestazione interna ed esterna: la proliferazione di scuole teoriche incompatibili, l'influenza decrescente della psicoanalisi, la critica radicale dei movimenti antipsichiatrici e la crescente sfiducia dell'opinione pubblica misero in discussione la legittimità della disciplina (Laing, 1960; Szasz, 1961; Foucault, 1961). Le denunce contro l'internamento coatto e le diagnosi arbitrarie rivelarono la fragilità scientifica della psichiatria, accusata di funzionare come apparato di controllo sociale più che come sapere terapeutico. Un episodio emblematico fu l'esperimento di David Rosenhan (1973). Pseudo-pazienti sani si presentarono in vari ospedali psichiatrici fingendo sintomi minimi; una volta ammessi, anche dopo aver dichiarato di stare bene, nessuno riuscì a ottenere la dimissione immediata. L'esperimento mostrò quanto la distinzione tra normalità e patologia fosse precaria e quanto il contesto istituzionale condizionasse il giudizio clinico. La credibilità stessa della psichiatria apparve compromessa. Di fronte a questa crisi, l'*American Psychiatric Association* affidò a Robert Spitzer la direzione di una task force incaricata di riformare radicalmente il manuale diagnostico. Spitzer, psichiatra formatosi alla Columbia University, propose di sostituire l'approccio psicodinamico con criteri operazionali basati su sintomi osservabili. Con la pubblicazione del DSM-III nel 1980, la psichiatria americana entrò nell'era della

“rivoluzione neo-kraepeliniana”, ispirata alla visione di Emil Kraepelin, secondo cui i disturbi mentali sono entità discrete, descrivibili in base a pattern sintomatici costanti (Mayes & Horwitz, 2005). L’adozione dei criteri operazionali fu presentata come un passo verso l’oggettività scientifica, ma il nuovo impianto rispondeva anche a esigenze istituzionali, politiche ed economiche. La riforma segnò infatti un mutamento strutturale nel modo di intendere la classificazione psichiatrica: i criteri descrittivi replicabili consentirono la comparabilità dei casi, la standardizzazione dei protocolli clinici e la costruzione di un linguaggio diagnostico spendibile oltre i confini nazionali. Si consolidò così un’infrastruttura epistemica che, pur dichiarandosi ateorica, riorganizzava in chiave operativa elementi della tradizione kraepeliniana e definiva un nuovo regime di pratiche: nominare, misurare e categorizzare il disagio attraverso un repertorio di sintomi osservabili (Beutler & Malik, 2002). Le revisioni successive accentuarono ulteriormente questa tendenza, ampliando il numero delle categorie e rafforzando il ruolo del manuale come riferimento globale (Regier et al., 2013). In questo scenario, ciò che in precedenza era considerato parte della variabilità umana, come la distrazione, la timidezza o l’irritabilità, divenne sempre più frequentemente oggetto di classificazione diagnostica, dinamica che verrà discussa nel paragrafo seguente.

La creazione di disturbi come l’ADHD o il disturbo oppositivo provocatorio rese evidente come il manuale potesse trasformare tratti della personalità o conflitti sociali in malattie da curare (Horwitz & Wakefield, 2007). Allo stesso modo, l’introduzione del disturbo post-traumatico da stress (PTSD), formulato per rispondere alle esigenze dei veterani del Vietnam, mostrò come le categorie psichiatriche potessero nascere da contesti storici e politici specifici, per poi acquisire lo statuto di entità universali (Young, 1995). Sul piano clinico, la centralità della codifica diagnostica trasformò profondamente la relazione terapeutica. L’ascolto narrativo cedette spazio alla compilazione di checklist; la diagnosi, più che un mezzo di comprensione, divenne una procedura amministrativa (Kirmayer & Crafa, 2014). La psichiatria si avvicinava sempre più al linguaggio delle scienze esatte, perdendo parte della sua dimensione dialogica e interpretativa. Filosofi come Ian Hacking (1995) hanno descritto questi processi come “*looping effects*”: una volta istituzionalizzate, le categorie diagnostiche modellano i comportamenti e le autopercezioni dei soggetti, creando realtà che poi sembrano confermare la validità delle diagnosi stesse. Le voci critiche non tardarono a emergere. Allen Frances, principale autore del *DSM-IV*, denunciò quella che definì “inflazione diagnostica”: la tendenza a

medicalizzare la normalità, trasformando l'angoscia, la tristezza o la disattenzione in patologie da trattare (Frances, 2013). Dietro l'aura di precisione scientifica, il manuale finiva per rafforzare logiche economiche e di controllo più che percorsi di cura personalizzati (Rose, 2007). In questa luce, il paradigma neo-kraepeliniano non rappresentò una semplice svolta metodologica, ma un vero e proprio cambiamento di regime epistemico. La psichiatria divenne un campo regolato da metriche, protocolli e codici numerici, mentre il paziente si trasformava in portatore di diagnosi piuttosto che di esperienza (Horwitz & Wakefield, 2007). Il *DSM* si configurava così come una tecnologia biopolitica globale: un linguaggio istituzionale che produceva soggettività conformi ai modelli di efficienza e responsabilità individuale propri del neoliberalismo. Lungi dall'essere un repertorio neutrale di disturbi, il *DSM* agisce come operatore discorsivo capace di definire che cosa conta come malattia, chi ha diritto alla cura e quali sofferenze possono essere riconosciute come legittime (Cooper, 2014). Le sue revisioni successive, dal *DSM-IV* al *DSM-5*, non hanno attenuato queste tensioni, ma le hanno rese più evidenti, espandendo ulteriormente i confini della patologia e ridefinendo il modo stesso in cui le società contemporanee immaginano la normalità.

#### 2.4.2 I paradossi della classificazione contemporanea

Con il *DSM-IV* (1994) e, più tardi, con il *DSM-5* (2013), la psichiatria statunitense ha consolidato il modello categoriale inaugurato dal *DSM-III*, rafforzando l'idea che la precisione diagnostica derivi dalla standardizzazione. Tuttavia, queste revisioni non hanno risolto le contraddizioni epistemiche del manuale; al contrario, ne hanno amplificato i paradossi, rendendo sempre più evidente la distanza tra il linguaggio tecnico della classificazione e la complessità delle esperienze umane. Il *DSM-IV*, diretto da Allen Frances, cercò di sistematizzare il corpus diagnostico riducendo sovrapposizioni e incoerenze. Una delle sue novità fu l'inserimento, in appendice, di un glossario dedicato alle *culture-bound syndromes*: sindromi considerate peculiari di specifici contesti culturali non occidentali. Questa aggiunta sembrò aprire alla diversità epistemologica, ma la collocazione marginale del glossario mostrava i limiti dell'operazione. Le CBS restavano fuori dal nucleo diagnostico centrale, trattate come curiosità esotiche piuttosto che come manifestazioni legittime di altre logiche di sofferenza (APA, 1994; Kirmayer & Minas, 2000). La gerarchia implicita rimaneva invariata: la psichiatria occidentale come metro universale, le altre epistemologie come deviazioni locali da un modello normativo dominante.

Con il *DSM-5*, pubblicato sotto la direzione di David Kupfer, la trasformazione fu più marcata. Il sistema multi-assiale venne abolito, sostituito da un modello unidimensionale; furono introdotte nuove diagnosi, tra cui il *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* e il *Premenstrual Dysphoric Disorder*, e accresciuto l'uso di dimensioni sintomatiche trasversali. Sebbene queste modifiche fossero presentate come un passo verso maggiore precisione e coerenza neuroscientifica, di fatto accentuarono la tendenza alla medicalizzazione di stati emotivi e condizioni quotidiane. Esperienze come oscillazioni dell'umore, disagio premestruale o declino cognitivo lieve furono così incluse nel perimetro della patologia (APA, 2013; Frances, 2013). Un caso emblematico di questa deriva è la rimozione della *bereavement exclusion*, ovvero del criterio che escludeva il lutto dalla diagnosi di depressione maggiore. Da quel momento, la tristezza conseguente a una perdita può essere diagnosticata come disturbo depressivo già dopo pochi giorni. Molti studiosi hanno segnalato il rischio di confondere il dolore con la malattia, trasformando un'esperienza simbolica e relazionale in un disordine neurochimico (Wakefield, 2013). Analisi successive hanno mostrato che questa modifica genera diagnosi in eccesso e incoraggia l'uso di farmaci in situazioni che potrebbero richiedere sostegno sociale e ritualità condivise (Wakefield & First, 2012; Thielemann & Cacciatore, 2013). La controversia sul lutto rivela come il DSM non si limiti a descrivere stati mentali, ma ridefinisca i confini stessi del patologico. Le revisioni del DSM-5 hanno avuto effetti concreti su alcune stime epidemiologiche. Diversi studi (cfr. Maenner et al., 2014) indicano che, applicando i nuovi criteri, una parte significativa delle diagnosi precedenti (soprattutto Asperger e PDD-NOS) non soddisfa più i requisiti per l'ASD. Ciò mostra come la soglia diagnostica e le categorie scelte possano influire drasticamente sulla distribuzione della diagnosi. In altri ambiti, come i disturbi da uso di sostanze, l'ampliamento delle soglie diagnostiche ha prodotto l'effetto opposto, includendo un numero maggiore di soggetti (Hasin & Grant, 2016). Questi mutamenti mostrano che modificare i criteri significa intervenire su chi può essere considerato malato, con implicazioni dirette per accesso alle cure, risorse e diritti. Parallelamente, l'ascesa del *brain disease paradigm* ha consolidato la convinzione che i disturbi mentali siano patologie del cervello fondate su alterazioni neurobiologiche e genetiche. Tuttavia, nonostante gli ingenti investimenti, nessun biomarcatore affidabile è stato identificato per la maggior parte delle diagnosi psichiatriche. Lo stesso *National Institute of Mental Health* ha riconosciuto i limiti del modello categoriale, promuovendo il progetto *Research Domain Criteria* (RDoC) per sostituire la logica del DSM con un approccio

basato su domini funzionali (Insel & Cuthbert, 2015). Ciò nonostante, il manuale continua a fondarsi su costrutti consensuali, la cui oggettività resta fragile e culturalmente situata. Sul piano globale, la diffusione del DSM ha avuto un impatto profondo sulla costruzione sociale della sofferenza. Ethan Watters (2010) ha mostrato come diagnosi nate negli Stati Uniti, dalla depressione al PTSD, siano state esportate in tutto il mondo, imponendo modelli sintomatici estranei ai contesti locali. David Summerfield (2008) ha parlato di *imperialismo psichiatrico*, ossia dell'imposizione di categorie occidentali che cancellano le cosmologie terapeutiche indigene e riducono la sofferenza a oggetto tecnico. La globalizzazione del DSM, in questo senso, ha riformattato le narrazioni del dolore e ridefinito la soggettività stessa. Il paradosso che emerge è chiaro: il DSM si presenta come strumento scientifico e neutro, ma i suoi effetti sono performativi e normativi. Nel contesto neoliberale, la diagnosi diventa una tecnologia di regolazione: stabilisce chi ha diritto alla cura, chi deve essere produttivo, chi è idoneo o deviante. La psichiatria si allinea così a una governance della vita basata su efficienza, adattamento e auto-ottimizzazione (Bracken et al., 2012). In definitiva, *DSM-IV* e *DSM-5* non sono semplici aggiornamenti, ma tappe di un percorso che ha esteso il dominio del patologico, ridefinendo le frontiere tra sofferenza e disturbo, tra esperienza e disfunzione (Frances, 2013). Ogni revisione rappresenta un atto politico oltre che epistemico: un modo di riscrivere i limiti della normalità (Cooper, 2014). Il dibattito contemporaneo sulle alternative al DSM nasce proprio da questa tensione irrisolta, tra il desiderio di scientificità e la necessità di riconoscere la pluralità delle forme di vita e dei linguaggi della sofferenza.

#### 2.4.3 Oltre il DSM: modelli sulla classificazione del disagio psichico

Negli ultimi decenni, la centralità del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* come riferimento diagnostico globale è stata progressivamente messa in discussione. A sollevare critiche non sono stati soltanto clinici e psichiatri, ma anche antropologi, filosofi della medicina, neuroscienziati e attivisti per i diritti dei pazienti. Il dissenso converge su un punto: la classificazione psichiatrica proposta dal DSM, lungi dall'essere un sistema neutrale, si fonda su presupposti epistemologici e culturali che ne limitano la capacità di rappresentare la complessità del disagio psichico. Le sue categorie, definite attraverso criteri comportamentali e statistici, tendono a ridurre l'esperienza soggettiva a una griglia sintomatologica, oscurando la dimensione biografica, morale e culturale della sofferenza (Kirmayer, 2006b). In risposta a tali

limiti, negli ultimi anni sono stati sviluppati modelli diagnostici alternativi che cercano di superare la rigidità categoriale del DSM. Tra questi, il più influente è l'*International Classification of Diseases* (ICD), elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, giunto alla sua undicesima edizione. Pur condividendo alcune funzioni amministrative con il DSM, l'ICD nasce con finalità diverse: garantire l'integrazione tra sistemi sanitari nazionali, favorire la comparabilità dei dati epidemiologici e promuovere un linguaggio diagnostico più sensibile alle variabili culturali. L'ICD-11 si distingue per l'attenzione agli aspetti contestuali e funzionali del disagio, evitando l'ipermedicalizzazione di condizioni di vita o comportamenti socialmente indotti. L'obiettivo dichiarato è costruire un linguaggio clinico capace di dialogare con la pluralità delle culture sanitarie globali, riconoscendo che i sintomi non si manifestano in un vuoto culturale, ma all'interno di specifiche cosmologie terapeutiche. Tuttavia, anche questo modello non è esente da ambiguità: la tensione tra universalismo e pluralismo culturale resta irrisolta, e la sua applicazione in contesti non occidentali rischia comunque di tradurre pratiche locali in un linguaggio normativo globale (Summerfield, 2008). Un tentativo più radicale di superamento della logica categoriale è rappresentato dal programma *Research Domain Criteria* (RDoC), promosso dal National Institute of Mental Health statunitense. Il RDoC nasce dalla delusione per l'assenza di biomarcatori affidabili a sostegno delle categorie DSM e si propone di riformulare la diagnosi in termini dimensionali, integrando livelli biologici, cognitivi e comportamentali. In questa prospettiva, i disturbi mentali non sono entità discrete ma configurazioni variabili di processi neurocognitivi e relazionali. Il modello si articola in domini funzionali, come la regolazione affettiva, la cognizione sociale o la motivazione, esplorati attraverso diversi livelli di analisi, dai circuiti neuronali ai comportamenti osservabili. L'intento è quello di fondare la psichiatria su basi neuroscientifiche più solide, superando la comorbidità e l'arbitrarietà delle categorie diagnostiche. Tuttavia, l'approccio rischia di produrre un nuovo riduzionismo: la sofferenza psichica viene interpretata come disfunzione cerebrale, marginalizzando le dimensioni simboliche e relazionali che costituiscono il nucleo dell'esperienza soggettiva (Graham, 2013). Antropologhe come Emily Martin (2007) e Janis Hunter Jenkins (2010) hanno osservato che il RDoC finisce per disincarnare la sofferenza, privandola del suo contesto di significato e delle narrazioni personali che la rendono intellegibile. Anche clinici e filosofi della scienza hanno sottolineato il paradosso di un progetto che, pur dichiarandosi empiricamente fondato, continua a operare in assenza di prove biologiche stabili. In tal senso, il RDoC

non rappresenta una vera alternativa, ma una traslazione del problema: il sogno di un fondamento naturale e oggettivo per la diagnosi rimane ancora irrealizzato. Accanto a questi orientamenti neurobiologici, si è sviluppata una corrente teorica che cerca di reintegrare la dimensione vissuta e relazionale della sofferenza mentale. Modelli come il *Psychopathological Core Domains* (PsyCoD) tentano di connettere i domini transdiagnostici della ricerca neuroscientifica con una lettura fenomenologica e narrativa del disagio (Parnas & Zahavi, 2002). In questa prospettiva, il disturbo psichico è interpretato come esperienza incarnata e storicamente situata, in cui biologia, biografia e contesto culturale si intrecciano in modo inseparabile. Parallelamente, la critica sociologica e biopolitica ha messo in evidenza come la proliferazione delle categorie diagnostiche rifletta processi di medicalizzazione della vita quotidiana. L'espansione del DSM ha contribuito a definire sempre nuove forme di devianza e vulnerabilità, trasformando emozioni e condotte comuni in sintomi (Conrad, 2007). Peter Conrad e Nikolas Rose hanno mostrato come la diagnosi agisca come dispositivo di governo, costruendo identità patologiche e modellando comportamenti conformi ai principi di produttività, autocontrollo e responsabilità individuale (Rose, 2007). La cura, in questa prospettiva, diventa una tecnologia di adattamento sociale più che uno spazio di libertà: l'individuo è spinto a monitorare sé stesso, a correggere deviazioni e a interpretare ogni disagio come un deficit da normalizzare.

Di fronte a questo scenario, numerosi autori invocano una riformulazione etica ed epistemologica della diagnosi. L'obiettivo non è abbandonare la classificazione, ma riconoscerne la natura costruita e dialogica, aprendo la pratica clinica a forme di negoziazione interpretativa (Fulford, 2004). L'Antropologia medica e la medicina narrativa propongono un modello fondato su ascolto, riflessività e responsabilità condivisa: una "clinica della relazione", in cui diagnosi e cura emergono dall'incontro tra prospettive differenti, non dall'applicazione di una griglia predefinita.

Nel campo più strettamente teorico, il dibattito si concentra sul significato stesso di *disturbo mentale*. La definizione fornita dal DSM-5, una "sindrome caratterizzata da disfunzioni clinicamente significative nei processi psicologici, biologici o comportamentali", tenta di conciliare naturalismo e costruttivismo, ma rimane intrinsecamente ambigua. Studiosi come Jerome Wakefield e Allan Horwitz hanno mostrato che ogni definizione di malattia mentale implica un giudizio di valore: ciò che è ritenuto "disturbo" dipende da criteri culturali e morali, non da parametri universali (Horwitz & Wakefield, 2012). Wakefield ha proposto la teoria della *disfunzione*

*dannosa*, secondo cui un disturbo può essere riconosciuto solo quando a una disfunzione biologica si accompagna un danno socialmente rilevante. Tuttavia, questa distinzione è instabile, perché ciò che una cultura considera “danno” o “funzione” varia nel tempo e nei contesti. Fulford e Bolton, da prospettive diverse, hanno sostenuto che la diagnosi non può essere ridotta a un atto descrittivo: essa è performativa, perché produce effetti reali sul modo in cui i soggetti vengono percepiti, trattati e si percepiscono (Bolton, 2008). Etichettare una persona come depressa, bipolare o ansiosa significa inscrivere in una narrazione sociale e istituzionale che condiziona la sua identità, l’accesso alle cure e la sua cittadinanza simbolica. Dal punto di vista antropologico, autori come Veena Das, Scheper-Hughes e Lock hanno ampliato questa riflessione mostrando che la sofferenza mentale non si esaurisce nella dimensione individuale. Essa attraversa simultaneamente il corpo vissuto (*body-self*), il corpo sociale e il corpo politico. La diagnosi, se disancorata da queste dimensioni, rischia di occultare le radici sociali e strutturali del dolore, riducendo la sofferenza a difetto biologico o a fallimento

personale. Kleinman (1988) ha parlato in questo senso di “sofferenza morale”: un dolore generato da ingiustizie, violenze o esclusioni, che la clinica non può curare se non riconosce il contesto che lo produce. In questa prospettiva, terapeuti e pazienti co-costruiscono significati e praticano forme di resistenza simbolica (Mattingly, 2010). Riflettere su cosa sia un disturbo mentale non significa soltanto discutere criteri diagnostici, ma interrogare il rapporto tra sapere e potere, tra vulnerabilità e riconoscimento, tra scienza e vita. La possibilità di un paradigma alternativo non consiste dunque nel sostituire il DSM con un altro manuale, ma nel ripensare la diagnosi come gesto etico, interpretativo e situato. Solo una psichiatria capace di riconoscere la pluralità dei mondi della sofferenza può evitare di trasformare la cura in un linguaggio di esclusione. Le trasformazioni dei sistemi diagnostici e le critiche ad essi rivolte mostrano che la definizione di disturbo mentale resta un terreno instabile, attraversato da interessi scientifici, economici e politici. Le classificazioni, lungi dall’essere strumenti neutrali, agiscono come pratiche sociali che modellano identità e possibilità di cura (Cooper, 2014). Ripensare la diagnosi significa allora interrogare non solo le categorie con cui nominiamo la sofferenza, ma anche i rapporti di potere e i valori che ne orientano l’interpretazione. È in questa prospettiva che diventa possibile osservare come le culture, attraverso i propri linguaggi, istituzioni e sistemi di significato, plasmino in modo decisivo il modo in cui la malattia mentale viene riconosciuta, trattata e vissuta.

## 2.5 Cultura, medicalizzazione e pluralismo nella salute mentale

### 2.5.1 Influenze culturali e medicalizzazione della sofferenza

Le ricerche antropologiche e transculturali hanno messo in evidenza come la diagnosi psichiatrica non possa essere intesa come un atto tecnico di semplice registrazione sintomatica, ma come una pratica sociale e discorsiva che traduce la sofferenza in linguaggi istituzionali secondo codici culturalmente determinati (Kirmayer & Gómez- Carrillo, 2019). In questa prospettiva, la diagnosi non rivela un'entità naturale preesistente: essa costruisce significati, stabilisce confini tra normalità e devianza, produce identità e orienta risposte terapeutiche. La cultura interviene su almeno tre livelli: la modalità di espressione del disagio, i sistemi locali di interpretazione e le aspettative istituzionali che modellano la relazione terapeutica. Gli *idioms of distress*, ovvero le forme simboliche, narrative e corporee attraverso cui il dolore diventa comunicabile, variano radicalmente tra contesti. Un sintomo fisiologico come la dispnea può essere letto come ansia in ambito biomedico, come squilibrio energetico nella medicina tradizionale cinese o come segnale di possessione in rituali africani (Good & Good, 1981; Kleinman, 1988). Esempi ormai classici mostrano quanto la semantica del dolore sfugga alle classificazioni universali: l'*ataque de nervios* dei Caraibi, caratterizzato da pianto, tremore e aggressività, è spesso ricondotto a disturbi d'ansia o depressione maggiore; il *kufungisisa* dello Zimbabwe ("pensare troppo") rimanda a uno stato di sovraccarico morale e sociale più che a un disturbo dell'umore (Patel, 2003); in Giappone, il *taijin kyofusho* si fonda sulla paura di offendere gli altri e costruisce la fobia come evento relazionale, non come ansia individuale. Tali differenze evidenziano come il linguaggio diagnostico occidentale operi una semplificazione che ignora il radicamento culturale della sofferenza.

Nell'incontro clinico, pertanto, il terapeuta interpreta narrazioni, gesti e silenzi attraverso il filtro della propria cultura professionale, delle proprie abitudini percettive e del contesto istituzionale in cui opera (Luhmann, 2000). L'idea, inaugurata dal paradigma neo-kraepeliniano, che la diagnosi possa essere universale e "ateorica", si rivela dunque una finzione ideologica che maschera le radici storiche e culturali delle categorie diagnostiche. Queste dinamiche emergono con particolare evidenza nei contesti migratori e post- coloniali. Numerosi studi hanno documentato come i pazienti migranti risultino sovradiagnosticati per disturbi psicotici o dissociativi a causa di differenze linguistiche, espressive o simboliche (Fernando, 2010; Watters, 2010).

L'applicazione generalizzata di categorie come il PTSD a esperienze di guerra e persecuzione ha trasformato traumi collettivi in disfunzioni individuali, riducendo la dimensione politica della sofferenza (Summerfield, 2001). Fenomeni come l'*hikikomori* in Giappone, inizialmente interpretato come sindrome culturale legata alla pressione sociale, vengono progressivamente assorbiti nel lessico psichiatrico globale, confermando la tendenza all'espansione medicalizzante (Kato et al., 2012). Anche i modelli di cura sono plasmati da concezioni culturali implicite. Come osserva Kleinman (1980), ogni sistema medico è anche un sistema morale che stabilisce chi sia degno di cura, cosa significhi guarire e quali pratiche possano dirsi legittime. Nel paradigma biomedico occidentale la guarigione è concepita come riparazione tecnica del corpo individuale; in molte culture africane, asiatiche e latinoamericane, invece, coincide con il ristabilimento di un equilibrio relazionale, cosmologico o spirituale. In Zimbabwe, ad esempio, il *kufungisisa* è trattato da guaritori tradizionali attraverso pratiche rituali collettive che reintegrano il soggetto nella comunità, mentre in Asia sudorientale rituali post-partum garantiscono protezione spirituale e reinserimento sociale alle madri. Psicoterapie centrate sull'introspezione individuale rischiano di fallire quando ignorano tali cornici morali e simboliche (Patel, 2003).

Il *mismatch* terapeutico, ossia la divergenza tra il significato attribuito dal paziente al proprio malessere e quello implicito nel trattamento, rappresenta una delle principali sfide della psichiatria transculturale. Tale scarto non è solo comunicativo, ma ontologico: riguarda la natura stessa della sofferenza e della cura. Per ridurlo, sono nati approcci che cercano di integrare visioni diverse del disagio. L'etnopsichiatria francese, teorizzata da Tobie Nathan (2001), propone consultazioni collettive in cui differenti sistemi di riferimento simbolico vengono messi in dialogo, evitando che quello biomedico assuma automaticamente una posizione gerarchica. In Canada, i programmi coordinati da Kirmayer e colleghi coinvolgono mediatori culturali e leader comunitari nella costruzione di percorsi terapeutici integrati, mentre l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attraverso il programma *mhGAP*, invita a valorizzare le risorse locali invece di sostituirle con modelli standardizzati (WHO, 2010). Un passo istituzionale importante in questa direzione è rappresentato dalla *Cultural Formulation Interview* (CFI), introdotta nel DSM-5 come strumento per esplorare le dimensioni culturali della sofferenza. La CFI include domande sull'identità, sulle spiegazioni locali del disturbo, sui supporti sociali e sui contesti di cura, promuovendo un approccio dialogico e culturalmente sensibile. Tuttavia, come sottolineano Kleinman e Benson (2006), la

cosiddetta “competenza culturale” non può essere ridotta a un repertorio di conoscenze etnografiche o a un manuale di buone pratiche. Essa richiede piuttosto una postura di *cultural humility* (Tervalon & Murray-García, 1998), fondata sull’ascolto, sulla consapevolezza dei propri limiti e sulla disponibilità a rinegoziare i significati in gioco. La riflessione sulle influenze culturali nella diagnosi e nel trattamento conduce inevitabilmente al nodo della medicalizzazione: il modo in cui la psichiatria tende a trasformare esperienze collettive e relazionali in disturbi individuali. È da questa prospettiva che si apre il discorso successivo, dedicato ai processi di naturalizzazione, genere ed etnia nella costruzione del disagio mentale.

#### 2.5.2 Medicalizzazione della sofferenza: genere, etnia e Local Biologies

La medicalizzazione della sofferenza costituisce uno dei nodi più significativi del dibattito contemporaneo sulla salute mentale. Definendo e classificando esperienze di dolore sociale, esistenziale o relazionale entro categorie nosografiche standardizzate, la psichiatria tende a ridurre fenomeni storici e collettivi a disturbi individuali, producendo una sorta di “privatizzazione del dolore” (Conrad, 2007). In questa traduzione semantica la sofferenza viene spogliata delle sue dimensioni politiche e morali e reinserita in una cornice tecnico-clinica, funzionale alla gestione piuttosto che alla comprensione del disagio. Un contributo fondativo in questa direzione è offerto da Nancy Scheper-Hughes (1992) nel suo *Death without Weeping*, dedicato alla vita delle donne del Nordest brasiliano. L’autrice mostra come la diagnosi psichiatrica, in contesti di povertà estrema e alta mortalità infantile, non sia neutrale: etichettare il dolore come depressione o isteria significa spostare l’attenzione dalle cause strutturali, miseria, disuguaglianza, violenza, alla dimensione individuale, psicologizzando l’ingiustizia sociale. La diagnosi, in questi casi, diventa un dispositivo di depoliticizzazione, capace di trasformare la vulnerabilità collettiva in deficit personale. Questa prospettiva è stata ripresa dalla critica femminista alla psichiatria, che ha analizzato come la sofferenza femminile sia stata sistematicamente interpretata come segno di fragilità emotiva e disfunzione individuale. Ansia, depressione e disturbi dell’umore, spesso legati a condizioni di oppressione, sovraccarico di cura o marginalità, vengono tradotti in linguaggio clinico come patologie da trattare farmacologicamente. Brown (2021) osserva che etichettare tali esperienze come “malattie” implica la loro neutralizzazione simbolica: la sofferenza perde la sua carica critica e viene trasformata in un fatto individuale da correggere. La storia della psichiatria, dall’isteria ottocentesca alla depressione moderna, è segnata da questa

medicalizzazione del femminile, in cui il corpo della donna diventa terreno di iscrizione delle tensioni sociali e morali (Ussher, 2010a). Il processo assume tratti particolarmente evidenti nei contesti interculturali. La letteratura antropologica ha discusso a lungo la distanza tra la diagnosi di *depressione postpartum* nel DSM-5 e la categoria idiomatica del *susto*, diffusa in molte regioni dell’America Latina. Nella prospettiva biomedica, la depressione *post-partum* è un episodio depressivo maggiore a esordio nel periparto (APA, 2013), definito da criteri sintomatologici, umore depresso, perdita di interesse, insonnia, senso di colpa, considerati universali. Tuttavia, in molti contesti latinoamericani, il vissuto post-partum non è descritto nei termini di una “malattia mentale”, ma come rottura dell’equilibrio psico-corporeo o perdita dell’anima a seguito di uno shock emotivo (Rubel et al., 1984; Gone & Kirmayer, 2010). In questi casi, il disagio viene interpretato attraverso un linguaggio simbolico e cosmologico: sintomi come stanchezza, apatia o insonnia possono essere letti come espressione di un turbamento energetico o spirituale, non come segni di disfunzione cerebrale. Koss-Chioino (1992) descrive come, in molte comunità latinoamericane, la guarigione post-partum sia affidata a rituali di *limpieza* condotti da *curanderas*, finalizzati a richiamare l’anima e ristabilire l’equilibrio spirituale compromesso dal parto. La guarigione, in questo orizzonte, coincide con la reintegrazione del sé nel mondo relazionale e cosmologico, non con la normalizzazione neurochimica. Questo scarto semantico fra paradigmi, il biomedico e il locale, rivela una tensione epistemica più ampia: la tendenza della psichiatria occidentale a imporre categorie universali su esperienze situate. In assenza di negoziazione, l’applicazione del modello diagnostico globale produce quella che Byron Good (1994) ha definito “colonizzazione semantica”: l’assimilazione forzata di linguaggi culturali eterogenei entro un vocabolario patologico unico. La stessa logica è visibile nei casi dell’*ataque de nervios* nei Caraibi o del *taijin kyofusho* in Giappone, dove le cornici relazionali e morali della sofferenza vengono progressivamente assorbite da diagnosi occidentali di ansia o fobia sociale (Guarnaccia et al., 2010; Kirmayer & Ryder, 2016). A mettere in discussione l’idea di un corpo biologico universale è stato il concetto di *local biologies* elaborato da Margaret Lock (1993). Lock mostra come corpo e mente non siano entità stabili, ma configurazioni dinamiche modellate da ambienti sociali, storici ed ecologici. Le esperienze di malattia, e le risposte terapeutiche che ne derivano, sono quindi sempre localizzate. Ciò che in un contesto è interpretato come disturbo psichico può altrove essere letto come rottura di legami cosmologici o squilibrio comunitario. Studi recenti lo confermano: Kirmayer e Ryder nel 2016 documentano

come, tra le popolazioni aborigene australiane, stati che l'Occidente definirebbe "ansia" o "depressione" vengano vissuti come perdita di connessione con il territorio ancestrale o interruzione di cicli rituali. L'applicazione di categorie psichiatriche standardizzate in questi contesti non solo fallisce nel riconoscere tali dimensioni, ma produce sovradiagnosi e interventi inefficaci. Analoghe distorsioni emergono nelle società occidentali, dove i *bias* impliciti del sistema diagnostico generano disuguaglianze etniche e di classe. Barnett et al. Nel 2019 mostrano che ai pazienti appartenenti a minoranze vengono attribuite con maggiore frequenza diagnosi di disturbi psicotici o di personalità, anche a parità di sintomi rispetto ai bianchi. Carpenter-Song et al. (2015) descrivono questo fenomeno come una "medicalizzazione della marginalità": le narrazioni soggettive vengono cancellate, sostituite da categorie cliniche che riproducono rapporti di potere e disuguaglianze sociali. Il sintomo, in questa prospettiva, è un linguaggio incarnato che racchiude genealogie culturali e memorie collettive. Kleinman (1988) ricorda che ciò che conta non è la denominazione nosografica, ma la trama narrativa e relazionale in cui il disturbo prende forma. Interpretare questa trama esclusivamente attraverso il lessico della biomedicina significa ridurre la complessità dell'esperienza a una disfunzione individuale, elidendo le sue radici storiche e sociali. Il genere costituisce un ulteriore asse di medicalizzazione. Oltre alla storica associazione tra femminilità e instabilità emotiva, oggi persiste una tendenza a diagnosticare disturbi dell'umore e dell'ansia in misura sproporzionata tra le donne. Non si tratta di reali differenze epidemiologiche, ma di effetti di stereotipi che legano il femminile alla vulnerabilità e all'eccesso emotivo (Ussher, 2010b; Brown, 2021). In questo modo, esperienze di violenza, precarietà o sovraccarico di cura vengono patologizzate e trattate farmacologicamente, oscurando le loro radici sistemiche.

Nei contesti indigeni e postcoloniali, questa logica si amplifica. Espressioni come il *susto* o la *indigenous trauma syndrome* (González, 2001; Gone & Kirmayer, 2010) vengono spesso riformulate come disturbi depressivi o dissociativi individuali, cancellando il legame con le storie di colonizzazione, espropriazione e razzismo strutturale che ne costituiscono la matrice. La diagnosi agisce così come dispositivo di colonizzazione epistemica, sostituendo alle cosmologie locali un linguaggio tecnico che depolitizza la sofferenza. Le dinamiche di medicalizzazione acquistano una particolare rilevanza quando vengono lette attraverso le lenti delle disuguaglianze sociali. La letteratura ha mostrato come l'adozione di categorie diagnostiche globalizzate non si distribuisca in modo neutro: donne, migranti e minoranze risultano più frequentemente

classificati e trattati, non per una maggiore “fragilità”, ma perché più esposti a forme di controllo istituzionale e a condizioni di vita segnate da precarietà, violenza e marginalità (Ehrenreich & English, 1978; Fernando, 2010). In questo quadro, la diagnosi funziona spesso come spazio di traduzione di esperienze sociali complesse, rischiando però di oscurarne le radici storiche e sistemiche. La medicalizzazione non è dunque solo un processo clinico, ma anche un meccanismo che organizza la vulnerabilità lungo assi di genere, etnia e classe, ridefinendo ciò che conta come sofferenza meritevole di intervento.

### 2.5.3 Critiche all'universalismo e prospettive pluraliste nella salute mentale

L'idea che i disturbi mentali siano entità cliniche universali, dotate di validità transculturale e indipendenti dal contesto storico o simbolico, è al centro di un ampio dibattito nell'Antropologia medica e nella psichiatria transculturale (Kleinman, 1977; Good, 1994). I principali sistemi classificatori, come il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e l'*International Classification of Diseases* (ICD), si fondano su una concezione naturalistica della sofferenza psichica, intesa come disfunzione neurobiologica oggettiva e misurabile. Questo impianto, plasmato in larga misura dalla tradizione psichiatrica statunitense, ha sostenuto per decenni una pretesa di universalità scientifica che, dietro la maschera della neutralità, ha spesso occultato le proprie radici culturali (Kirmayer, 2006a). Arthur Kleinman (1988) ha definito tale pretesa una forma di “imperialismo epistemico”, in cui il linguaggio della biomedicina si impone sulle narrazioni native del disagio, riducendole a varianti locali di un modello occidentale. Allo stesso modo, Laurence Kirmayer sottolinea che le diagnosi non sono mai strumenti puramente descrittivi: esse partecipano alla costruzione della soggettività e alla gestione istituzionale della devianza (Kirmayer & Minas, 2000; Kirmayer, 2012). L'espansione globale di programmi come il *Global Mental Health Movement* ha mostrato quanto questa logica possa generare disallineamenti epistemici e pratici, imponendo modelli clinici estranei alle economie morali e simboliche dei contesti locali.

Watters (2010), in *Crazy Like Us*, ha documentato con finezza etnografica come la diffusione mondiale delle diagnosi occidentali ridefinisca i modi di esperire e raccontare la sofferenza, fino a trasformare le culture della cura. Parallelamente, Derek Summerfield (2001, 2008) ha criticato l'effetto depoliticizzante di tali processi, evidenziando come, nei contesti postcoloniali o di guerra, l'etichettamento psichiatrico tenda a nascondere le radici storiche e sociali del dolore. Anche la stabilità interna delle

categorie diagnostiche è stata ampiamente messa in discussione. Allen Frances (2013) ha mostrato che le definizioni di “disturbo mentale” nei vari DSM riflettono mutamenti normativi e pressioni politiche più che progressi empirici. La moltiplicazione delle diagnosi e la patologizzazione di condizioni ordinarie della vita segnalano una crisi epistemica profonda, camuffata da avanzamento scientifico. In risposta a queste critiche, il concetto di *culture-bound syndromes*, riformulato nel DSM-5 come *cultural concepts of distress* (APA, 2013), ha cercato di riconoscere la varietà delle espressioni culturali della sofferenza. Tuttavia, questa apertura resta parziale: come osservano Kirmayer e Gómez-Carrillo (2019), il dispositivo continua a collocare le culture “altre” nello spazio dell’esotico, mantenendo implicita l’universalità del modello occidentale. A partire da queste critiche, si sono sviluppati approcci che propongono un ripensamento radicale delle basi epistemiche della salute mentale, ispirati a saperi indigeni, modelli comunitari e prospettive decoloniali. Gli studi sulla decolonizzazione della salute mentale mostrano come molte società indigene elaborino concezioni della mente e della sofferenza radicate in cosmologie collettive e in relazioni con il territorio, rifiutando l’imposizione di modelli biomedici percepiti come forme di violenza epistemica (Gone, 2021). Su questa linea, *Re-Visioning Psychiatry* (Kirmayer, Lemelson & Cummings, 2015) afferma che i saperi indigeni non rappresentano varianti locali di un paradigma universale, ma sistemi autonomi, fondati su ontologie relazionali e su forme proprie di razionalità terapeutica. Nello stesso solco, il numero speciale *Cultural Poetics of Illness and Healing* (Kirmayer, 2023) esplora la cura come pratica narrativa e performativa: la diagnosi non è più una categoria fissa, ma un processo negoziale che si forma all’intersezione tra biografia, memoria collettiva e cornici istituzionali. Parallelamente, i tentativi di riforma del paradigma diagnostico, dal progetto Research Domain Criteria (RDoC) del NIMH al modello dimensionale HiTOP (Kotov et al., 2017), testimoniano il crescente interesse per strumenti capaci di integrare dati quantitativi e qualitativi, riconoscendo la centralità delle narrazioni soggettive. Anche l’ICD-11, pur restando ancorata a una logica classificatoria di matrice occidentale, introduce riferimenti alla diversità culturale e al peso sociale del trauma. La questione cruciale non riguarda però la superiorità di un modello rispetto a un altro, ma il conflitto tra universalismo scientifico e pluralismo epistemico. Mettere in discussione l’universalità dei disturbi mentali significa non solo criticare la scarsa sensibilità culturale dei sistemi diagnostici, ma interrogare le strutture di potere che definiscono cosa possa contare come “malattia” e chi abbia il diritto di nominarla.

Questa svolta ha aperto lo spazio per un orientamento pluralista, fondato sulla giustizia epistemica. Il pluralismo riconosce che i concetti di mente, malattia e guarigione sono storicamente situati e che la psichiatria occidentale rappresenta solo una delle molte possibili costruzioni del sapere (Jain & Jadhav, 2009; Kohrt & Mendenhall, 2016). In diversi contesti si sono sviluppati modelli ibridi che combinano conoscenze accademiche, pratiche tradizionali e spiritualità locali: la *saúde mental comunitária* in Brasile (Fernando, 2017), le collaborazioni tra guaritori e psichiatri in India (Sax, 2014), o la mediazione interculturale in Africa occidentale (Baer et al., 2003). Tali esperienze si rifanno al concetto di *saperi situati* (Haraway, 1988), opponendosi al riduzionismo classificatorio e promuovendo spazi clinici di co-produzione del sapere. Su questa linea, Good (1994) parla dell'incontro terapeutico come di un processo di traduzione tra mondi simbolici diversi, in cui saperi locali e modelli biomedici si ibridano, resistendo alla standardizzazione globale e restituendo complessità all'esperienza della cura. Un contributo decisivo proviene anche dai *Mad Studies*, che rivendicano il valore conoscitivo dell'esperienza vissuta della follia. Questi movimenti criticano il concetto di "recupero" come ritorno alla norma e promuovono visioni relazionali, partecipative e non gerarchiche della cura (Beresford, 2013; Costa et al., 2012; LeFrançois et al., 2013). In questa prospettiva, il concetto di giustizia epistemica (Fricker, 2007; Russo & Sweeney, 2016) diventa cardine: non si tratta di concedere parola ai pazienti, ma di riconoscere le loro esperienze come saperi legittimi e costitutivi della conoscenza psichiatrica. Accanto ai movimenti *Mad* e *Survivor*, esperienze come i *Recovery College* o i progetti di *Mad Mapping* creano spazi di ricerca-azione in cui saperi clinici, accademici e vissuti si incontrano in condizioni di parità (Perry et al., 2021; Russo, 2018). Queste iniziative dialogano con le correnti decoloniali che denunciano l'emergere di un nuovo imperialismo epistemico sotto la veste di intervento umanitario (Mills, 2014; White et al., 2017). Come ricordano Kirmayer e Pedersen (2014), la salute mentale va intesa come campo situato e plurale, sensibile ai paesaggi morali e culturali che modellano l'esperienza della sofferenza. Il dibattito antropologico e transculturale mostra che la psichiatria globale, lungi dall'essere universale, è il prodotto di specifiche tradizioni epistemiche e politiche che si presentano come neutre. Le prospettive pluraliste e decoloniali invitano a riconoscere le pratiche locali non come residui arcaici, ma come paradigmi alternativi di cura e di conoscenza. Negli ultimi anni, queste tensioni sono state rilanciate da una nuova trasformazione: la digitalizzazione della salute mentale. L'*e-mental health*, con il suo uso di piattaforme, algoritmi e *chatbot*, riprende e amplifica

le logiche universalizzanti dei vecchi sistemi diagnostici (Hollis et al., 2018; Torous & Roberts, 2017), estendendole in spazi virtuali globali. Tuttavia, questa stessa dimensione digitale può anche diventare un terreno di sperimentazione pluralista, dove si confrontano diversi modi di definire e raccontare la sofferenza. Il digitale non è soltanto uno strumento tecnico, ma un laboratorio in cui si ridefiniscono i confini di ciò che conta come disturbo e di ciò che può essere riconosciuto come cura. In fondo, il pluralismo non è un punto d'arrivo, ma un passaggio obbligato: segna il momento in cui la psichiatria, messa di fronte alla varietà dei mondi, deve riconoscere la propria parzialità. La questione non è più soltanto chi decide cosa sia un disturbo, ma attraverso quali strumenti, linguaggi e infrastrutture questa decisione prende forma. È da qui che si apre la nuova scena digitale della cura, un territorio dove le vecchie tensioni tra sapere, potere e soggettività si riformulano nel linguaggio dei dati (Ruckenstein & Schüll, 2017).

## **2.6 E-mental health ed e-health**

### *2.6.1 Dal colloquio clinico alla diagnosi digitalizzata*

Negli ultimi vent'anni le tecnologie digitali hanno ridefinito in profondità l'ecologia della salute mentale, trasformando sia le pratiche cliniche sia le modalità con cui la sofferenza viene percepita, narrata e condivisa. L'Antropologia della salute mentale, tradizionalmente impegnata nello studio delle differenze culturali dei disturbi psichici, si confronta oggi con una loro riformulazione mediale: dal colloquio clinico al *chatbot* terapeutico, dalla diagnosi dialogica alla predizione algoritmica. L'*e-mental health* non rappresenta solo un nuovo ambito applicativo, ma un cambiamento più ampio che coinvolge linguaggi, forme di cura e infrastrutture del sapere (Aboujaoude, 2011).

La medicalizzazione della vita quotidiana, già analizzata nei contesti offline, si estende ora alle piattaforme digitali, dando origine a nuove forme di visibilità, appartenenza e riconoscimento del disagio. Social media come *Reddit*, *TikTok*, *Instagram* o *YouTube* non si limitano a diffondere informazioni, ma funzionano come spazi di negoziazione simbolica, dove la sofferenza diventa racconto condiviso e linguaggio estetico (Papacharissi, 2015; Chancellor & De Choudhury, 2020). Hashtag come *#anxietycheck*, *#overthinker* o *#sadgirlroutine* costruiscono micro-comunità affettive, trasformando il malessere in codice culturale e creando un repertorio collettivo di espressioni emotive. Accanto a queste forme discorsive emergono pratiche di *self-tracking* e applicazioni per il monitoraggio dell'umore, della qualità del sonno o dello stress, che promuovono un

rapporto costante e quantificato con sé stessi. Come mostra Lupton (2016), i dati prodotti dalle app di monitoraggio non sono semplici indicatori, ma diventano parte del modo in cui gli individui pensano e narrano la propria identità emotiva. La tecnologia non descrive soltanto l'esperienza, ma la modella: costruisce un sé riflessivo che si osserva attraverso grafici e algoritmi, in una nuova forma di intimità mediata dal dato. All'interno di questa economia digitale della cura si collocano anche strumenti predittivi basati sulla raccolta passiva di tracce comportamentali, come la frequenza di digitazione, i percorsi di spostamento o i tempi di connessione, utilizzati per inferire stati psicologici o variazioni dell'umore. Queste tecnologie, come osservano Torous e Roberts (2017) aprono scenari diagnostici inediti, ma pongono questioni etiche ed epistemologiche rilevanti: quali parametri definiscono ciò che è clinicamente significativo? Quali norme, implicite o esplicite, guidano le interpretazioni algoritmiche della sofferenza?

Un ulteriore passaggio nella digitalizzazione della cura è rappresentato dai *chatbot* terapeutici e dalle piattaforme automatizzate di supporto psicologico, come Woebot o Wysa, che riproducono protocolli cognitivo-comportamentali e offrono interazioni simulate in tempo reale. Diversi studi ne hanno rilevato l'efficacia nel contenimento dei sintomi depressivi e ansiosi (Fitzpatrick et al., 2017), ma resta aperta la questione centrale della relazione terapeutica: un algoritmo può generare empatia o riconoscimento? Molti utenti percepiscono il *chatbot* come interlocutore neutrale e rassicurante, ma privo della reciprocità affettiva che caratterizza l'incontro clinico (Fitzpatrick et al., 2017). La cultura digitale contribuisce a generare nuovi *idioms of distress*, ibridando linguaggi clinici, meme e slang. Espressioni come *high-functioning anxiety*, *trauma dump*, *doomscrolling burnout* o *TikTok ADHD* non trovano corrispondenza precisa nella nosografia ufficiale, ma funzionano come strumenti di riconoscimento reciproco e di legittimazione emotiva (Aboujaoude & Gega, 2019). Queste grammatiche informali della sofferenza democratizzano il discorso psichico, permettendo a molti di nominare la propria esperienza fuori dai contesti medici. Al tempo stesso, espongono le emozioni a logiche di visibilità e monetizzazione: le piattaforme privilegiano contenuti più intensi o drammatici, producendo un'economia dell'attenzione che seleziona e amplifica certi modi di soffrire a scapito di altri. Da qui l'esigenza di un dialogo più stretto tra Antropologia medica e *media studies*. La digitalizzazione non modifica soltanto la comunicazione del disagio, ma riscrive i regimi di verità che lo definiscono, determinando quali esperienze appaiano clinicamente legittime e quali restino marginali. Gli spazi digitali diventano così arene partecipative

dove gli utenti non si limitano a condividere, ma co-producono nuovi modelli di interpretazione della sofferenza, in parte autonomi rispetto alle istituzioni terapeutiche tradizionali (Couldry & Hepp, 2017; Lupton, 2014). Questo fenomeno rende visibile un cambiamento profondo: la diagnosi e la cura si spostano da un contesto professionale e dialogico a un ambiente algoritmico e partecipativo. I “nuovi pazienti digitali” si muovono tra *app*, *forum* e piattaforme, affidando ai dati il compito di tradurre la propria interiorità. L’esperienza del malessere viene così ridefinita da metriche e classificazioni automatiche, che selezionano ciò che può essere ascoltato, curato, o monetizzato.

L’Antropologia digitale della salute mentale indaga questi spazi liminali tra biologia, cultura e infrastruttura tecnologica. Analizzare come gli utenti incorporano, resistono o reinterpretano gli strumenti digitali significa riconoscere che *l’e-mental health* non è solo un insieme di applicazioni, ma una nuova forma di biopolitica della cura: una rete di poteri diffusi che governa la sofferenza attraverso il dato, la visibilità e la partecipazione. Come mostrano Pink et al. (2016) e Miller et al. (2021), la digitalizzazione produce nuove ontologie della mente e del corpo, dove la cura diventa un processo di adattamento continuo alle logiche della connessione. In questa prospettiva, la tecnologia non sostituisce la relazione terapeutica, ma la riformula. Il rischio, tuttavia, è che l’ascolto umano venga progressivamente rimpiazzato da una gestione automatizzata del disagio, in cui la sofferenza è trattata come segnale da ottimizzare piuttosto che come esperienza da comprendere. L’e-mental health si configura così come un campo ambivalente: promessa di accessibilità e innovazione, ma anche nuovo terreno di tensione tra cura, controllo e produzione di soggettività.

L’e-mental health mostra come la tecnologia non si limiti a mediare la cura, ma a ridefinirne le premesse: chi può parlare, cosa viene contato come sintomo, quale forma assume l’ascolto. Su questo sfondo si apre la questione più ampia dell’e-health, dove la digitalizzazione della salute diventa anche forma di governo, partecipazione e produzione di valore (Ruckenstein & Schüll, 2017).

### 2.6.2 Corpi digitali: tra DATAFICATION e AGENCY

La diffusione delle tecnologie digitali in ambito sanitario non ha introdotto soltanto nuovi strumenti, ma un diverso modo di pensare il corpo, la mente e la cura. L’e-health non è un semplice aggiornamento tecnologico dei servizi esistenti: è un dispositivo che riorganizza le forme di cittadinanza sanitaria, ridefinisce chi è

responsabile della salute, chi produce conoscenza e come la sofferenza viene riconosciuta, misurata e governata (Lupton, 2016). Un primo asse riguarda la trasformazione del paziente in soggetto chiamato a monitorare sé stesso. *App*, piattaforme cliniche, cartelle elettroniche, *wearable devices* istituiscono una quotidianità scandita da numeri: passi, battito, ore di sonno, pattern alimentari, fluttuazioni dell'umore. In questo quadro, la "buona" soggettività coincide con la capacità di raccogliere e interpretare i propri dati, aderendo a un ethos dell'auto-controllo che combina responsabilizzazione sanitaria e imperativo prestazionale (Ajana, 2017). L'idea di prevenzione si sposta dalle istituzioni al singolo: l'individuo che non monitora, non aggiorna, non ottimizza il proprio profilo di rischio appare meno responsabile, meno meritevole, meno allineato alle aspettative implicite del sistema. Questa logica si intreccia con pratiche di partecipazione che non sono solo retorica. Comunità online di pazienti, forum specializzati e piattaforme come *PatientsLikeMe* mostrano come gli utenti non si limitino a ricevere informazioni, ma contribuiscano a produrle. Dati condivisi volontariamente, protocolli sperimentati collettivamente, confronti tra effetti collaterali e strategie di coping alimentano forme di *expertise* dal basso che talvolta anticipano o correggono il sapere istituzionale (Sharon, 2017; Prainsack, 2018). Nel linguaggio delle *policy* questa figura viene celebrata come "*epatient*": informato, autonomo, attivo. Ma la valorizzazione della sua competenza convive con il fatto che gran parte di ciò che produce viene assorbito in infrastrutture proprietarie, dataset aziendali, progetti di ricerca che raramente restituiscono controllo o potere decisionale a chi ha generato quei dati. Il tratto che unifica queste dinamiche è la *datafication*: la traduzione sistematica di gesti, emozioni, sintomi e relazioni in flussi numerici (Ruckenstein & Schüll, 2017). Nel campo della salute mentale, questa trasformazione assume un rilievo specifico. Emozioni e stati interni, tradizionalmente affidati alla parola e alla relazione terapeutica, vengono progressivamente catturati da strumenti di *self-tracking* dell'umore, sensori fisiologici, analisi dei pattern d'uso dello smartphone. Il cosiddetto digital phenotyping mira a dedurre il rischio di depressione, l'ideazione suicidaria o possibili ricadute psicotiche analizzando indicatori come la frequenza di digitazione, la variabilità nei movimenti e gli orari di utilizzo dei dispositivi (Insel & Cuthbert, 2015; Onnela, 2021).

Da un lato, queste tecniche promettono interventi precoci e personalizzati. Dall'altro, spostano l'autorità diagnostica verso algoritmi opachi che incorporano normatività implicite. Quali comportamenti vengono codificati come segnali di allarme? Su quali popolazioni sono stati addestrati i modelli? Chi decide cosa è "deviazione" e

cosa semplice variazione biografica? Studi critici hanno mostrato come molti sistemi

predittivi riflettano bias culturali, razziali e di genere, rischiando di sovrapatologizzare stili di vita o modalità espressive minoritarie (Mittelstadt, 2019). La frontiera tra cura anticipatoria e sorveglianza preventiva si fa sottile. In questo scenario si inserisce il movimento del *Quantified Self*, che porta all'estremo la fiducia nel "conoscersi attraverso i numeri". Nato come pratica volontaria di auto-esplorazione, il *self-tracking* dell'umore, dell'ansia o della concentrazione è rapidamente confluito in applicazioni commerciali che promettono benessere, produttività, stabilità emotiva (Lupton, 2016; Nafus & Sherman, 2014). Qui il soggetto non è più soltanto paziente potenziale, ma imprenditore di sé: chiamato a gestire la propria "performance psichica" in linea con parametri di efficienza e disponibilità continua. Il confine fra monitoraggio clinico e auto-ottimizzazione neoliberale si intreccia senza essere dichiarato. La *datafication* della salute mentale produce così un nuovo regime di verità: il racconto del soggetto e l'osservazione clinica tradizionale tendono a essere affiancati, talvolta corretti, da serie numeriche e *output* algoritmici che acquisiscono prestigio di oggettività. Ne deriva una gerarchia sottile: ciò che è misurabile appare più reale di ciò che è narrato (Sharon, 2017; Schüll, 2018). La sofferenza che non lascia tracce nei dati rischia di essere meno credibile; quella che eccede le categorie algoritmiche resta senza nome. Si ridisegna così, in forma digitale, una vecchia questione: chi è autorizzato a dire che qualcuno "sta male", con quali strumenti, secondo quali norme? Allo stesso tempo, questi dispositivi non funzionano mai in modo monolitico. Le ricerche etnografiche mostrano che molte persone utilizzano app di monitoraggio in modi imprevedibili: per dare forma a un diario personale, per argomentare meglio la propria esperienza davanti a un medico scettico, per trovare altre persone con vissuti simili, o, al contrario, per giocare ironicamente con le metriche, disinnescandone la gravità (Lupton, 2016; Sharon, 2017). Anche nella versione più pervasiva, la biopolitica digitale incontra pratiche di riappropriazione e resistenza: non tutti leggono i numeri come comandi. Il nodo critico riguarda la governance di questi flussi. I dati che definiscono i "corpi digitali" circolano tra piattaforme, aziende tecnologiche, assicurazioni, sistemi sanitari, spesso al di fuori del controllo degli utenti (Ajana, 2017; Sharon, 2017). La promessa di personalizzazione terapeutica convive con la possibilità che gli stessi indicatori vengano utilizzati per modulare premi assicurativi, valutare rischi occupazionali, profilare consumi. Il soggetto digitalmente monitorato rischia di diventare al tempo stesso destinatario di cura e

oggetto di estrazione di valore economico. L'asimmetria tra chi genera i dati e chi li detiene si traduce in una nuova forma di vulnerabilità. L'Antropologia, in questo quadro, offre uno sguardo che tiene insieme infrastrutture tecniche, economie dell'attenzione e mondi vissuti. Le piattaforme non sono strumenti neutrali: incorporano idee su cosa sia un individuo responsabile, quale equilibrio emotivo sia desiderabile, quali traiettorie di vita siano compatibili con l'ordine sociale (Ajana, 2017). I corpi digitali non sostituiscono i corpi materiali, ma li avvolgono di strati di misurazione che possono proteggere, esporre, disciplinare o emancipare, a seconda delle condizioni concrete in cui vengono usati (Lupton, 2016). Più che opporre un rifiuto astratto alle tecnologie, questa prospettiva invita a leggerle come campi contesi. In gioco non c'è solo l'efficienza della cura, ma la possibilità che i soggetti restino interlocutori, e non semplici superfici di calcolo (Sharon, 2017).

### 2.6.3 Algoritmi, piattaforme e IA nella cultura digitale del disagio psichico

L'avvento delle piattaforme digitali ha trasformato in profondità le modalità con cui la sofferenza psichica viene espressa, riconosciuta e trattata. Se un tempo la medicalizzazione del disagio passava attraverso istituzioni, manuali diagnostici e pratiche cliniche, oggi si articola in infrastrutture algoritmiche che filtrano, classificano e rendono visibile il dolore secondo logiche di calcolo e di mercato (Bucher, 2018; Zuboff, 2019). La psichiatria digitale non si limita a descrivere, ma partecipa alla costruzione stessa del sintomo, ridefinendo i confini tra ciò che conta come salute, patologia o normalità. Le piattaforme social, da *TikTok* a *Reddit*, da *Instagram* a *YouTube*, operano come veri e propri mediatori culturali del disagio. Attraverso processi di *mediazione algoritmica* (Gillespie, 2014), esse selezionano e ordinano i contenuti sulla base di metriche di visibilità che non sono mai neutre. Gli *hashtag* legati alla salute mentale, *#mentalhealth*, *#ADHDTok*, *#sadgirl*, *#depressioncore*, agiscono come strumenti semiotici che producono nuovi idiomi digitali del dolore (Abidin, 2020). Per essere riconosciuta, la sofferenza deve assumere forme brevi, visivamente impattanti, compatibili con i tempi e gli stili dell'attenzione algoritmica. La vulnerabilità diventa contenuto, la confessione un formato, la crisi un'estetica. Un esempio emblematico è il fenomeno di *TikTok ADHD*: milioni di video hanno contribuito a costruire un'immagine specifica del disturbo da deficit di attenzione, mescolando informazione clinica, autoironia e storytelling personale. Queste narrazioni forniscono legittimazione e senso di appartenenza, ma al prezzo di una semplificazione estrema, che incoraggia pratiche di

autodiagnosi e un'estetizzazione del sintomo (Yeung et al., 2022). Allo stesso modo, le estetiche *depression core* trasformano l'esperienza depressiva in linguaggio visivo e consumo mediale (Lupton, 2018; Miller et al., 2021). Le piattaforme diventano così luoghi di produzione culturale del disagio, in cui la visibilità si intreccia con la norma.

Ogni interazione digitale, un *like*, un tempo di visualizzazione, una pausa di scrittura, è tradotta in segnale computazionale e interpretata come indizio di uno stato affettivo. Si costruiscono così forme implicite di *fenotipizzazione digitale* (Torous et al., 2021), dove categorie di normalità e devianza non derivano più solo dai manuali diagnostici, ma da metriche di correlazione. L'algoritmo diventa co-autore del sintomo, partecipando alla sua definizione narrativa e statistica (Lupton, 2016). Ne risulta una nuova governamentalità digitale (Lupton, 2021): i soggetti sono spinti ad autorappresentare la propria sofferenza in modo conforme alle regole di visibilità imposte dalle piattaforme. La sofferenza ottiene così una visibilità senza precedenti, ma questa esposizione è ambivalente: più si mostra, più viene normalizzata, resa compatibile con gli imperativi dell'engagement e della monetizzazione. Dietro l'apparente spontaneità dei discorsi sulla salute mentale si muove una complessa economia politica dei dati. Le piattaforme traggono profitto dall'aggregazione e dall'analisi delle interazioni legate alla sofferenza: *like*, parole chiave, ricerche e commenti diventano materiale per la profilazione e per il marketing sanitario (Andrejevic, 2014; Sharon, 2017). Il disagio psichico, lungi dall'essere solo espressione intima, viene incorporato in circuiti di valore economico, dove la vulnerabilità diventa risorsa estrattiva. La promessa di *empowerment* coincide con una nuova forma di sorveglianza, in cui l'utente fornisce inconsapevolmente i dati che alimentano la predizione del suo stesso comportamento.

A questo livello economico si somma quello normativo. Gli algoritmi incorporano bias culturali, razziali e di genere che tendono a rafforzare gerarchie preesistenti (Benjamin, 2019). Le metriche di engagement privilegiano modelli di espressione conformi alla sensibilità bianca e occidentale, rendendo del tutto invisibili gli idiomi del disagio propri di altre tradizioni. Comportamenti legati a specifici contesti sociali, dall'uso intenso dei social media al *doomscrolling*, possono essere reinterpretati come segnali patologici, generando nuove forme di stigmatizzazione (Lupton, 2021). La medicalizzazione si sposta così dal corpo clinico a quello digitale: ciò che devia dalle norme della piattaforma diventa anomalia da correggere. Tuttavia, le piattaforme non sono solo luoghi di disciplinamento. Accanto alle dinamiche di sorveglianza emergono contro-pubblici digitali che rivendicano la pluralità dei modi di vivere la sofferenza. Hashtag come

#MadPride, #NeurodiverseVoices o #EndTheStigma aprono spazi di agency collettiva, dove la sofferenza diventa forma di identità politica e di conoscenza situata (Sampson & McLeod, 2020; Walker, 2021). Parallelamente, l'intelligenza artificiale ha iniziato a ridefinire la frontiera stessa della relazione terapeutica. I chatbot conversazionali, come *Woebot*, *Wysa* o *Replika*, rappresentano una nuova generazione di strumenti di supporto psicologico, progettati per offrire ascolto e orientamento emotivo attraverso linguaggi naturali. Nati da una logica di accessibilità e di riduzione dei costi, sono oggi sperimentati in contesti clinici e comunitari (WHO, 2022). I primi modelli, basati su regole fisse o database di risposte, riproducevano protocolli standardizzati; i sistemi più recenti, fondati su reti neurali e modelli linguistici di grandi dimensioni (LLM), generano dialoghi più flessibili e apparentemente empatici (Kapoor et al., 2023).

Le sperimentazioni cliniche hanno mostrato risultati promettenti: *chatbot* ispirati alla terapia cognitivo-comportamentale possono alleviare sintomi ansiosi e depressivi, favorire l'aderenza terapeutica e abbattere barriere di stigma (Fitzpatrick et al., 2017; Inkster et al., 2018). Sono stati impiegati nello screening precoce, nel supporto agli studenti, nella salute perinatale o nei disturbi d'ansia cronici (Suharwardy et al., 2023). La loro diffusione nelle aree a risorse limitate risponde all'esigenza di garantire accesso a forme di aiuto di base laddove mancano professionisti. L'anonimato e la disponibilità continua sono percepiti da molti utenti come garanzie di sicurezza e di ascolto (Fitzpatrick et al., 2017; Inkster et al., 2018). Tuttavia, l'efficacia tecnica non elimina le tensioni etiche e culturali. Alcuni studi documentano fenomeni di attaccamento eccessivo, in cui il chatbot diventa interlocutore privilegiato e progressivamente sostitutivo delle relazioni umane (Hoermann et al., 2017). L'empatia simulata può alimentare dipendenze affettive, producendo forme di isolamento e riducendo la capacità di interazione sociale offline (Ciechanowski et al., 2019). Inoltre, la lingua e la cultura dei dataset di addestramento, prevalentemente anglofoni e occidentali, limitano la comprensione di idiomi locali del disagio, escludendo intere popolazioni dalle griglie di riconoscimento (Zhou et al., 2023). Il rischio è duplice: patologizzare espressioni culturalmente accettate o ignorare segnali clinici che emergono in altri registri simbolici.

Un ulteriore punto critico riguarda la sorveglianza. I chatbot dotati di sistemi di *digital phenotyping* raccolgono dati granulari su linguaggio, tono emotivo e ritmi d'interazione, generando un archivio intimo della soggettività. Lo spazio percepito come relazione terapeutica può coincidere con un'infrastruttura di tracciamento. L'ascolto diventa così

anche estrazione, e la promessa di cura personalizzata si confonde con la profilazione comportamentale. La figura del paziente digitale è, al tempo stesso, soggetto di cura e oggetto di analisi. Non mancano tuttavia esperimenti orientati a un uso più equo e partecipato dell'intelligenza artificiale. Progetti di *co-design* coinvolgono pazienti, clinici e comunità nella costruzione dei contenuti dei chatbot, per aumentarne la sensibilità culturale e ridurre *bias* sistemici (Nguyen et al., 2022). Alcune iniziative esplorano modelli di *data trust* comunitari, che promuovono la gestione collettiva e non proprietaria dei dati personali (Sharon & Lucivero, 2019). Questi tentativi segnalano un cambio di prospettiva: non più tecnologie da subire, ma strumenti da negoziare.

#### 2.6.4 Prospettive etiche e politiche della cura algoritmica

L'espansione dell'intelligenza artificiale e dei processi di *datafication* nella salute mentale non rappresenta un semplice aggiornamento tecnologico delle pratiche esistenti, ma l'emergere di un nuovo regime di cura, in cui emozioni, comportamenti e stati interiori vengono tradotti in dati, resi comparabili, calcolabili e governabili (Lupton, 2016; Sharon, 2017). La cosiddetta cura algoritmica ridisegna i confini tra sofferenza e normalità, intervenendo sui modi in cui il disagio psichico è riconosciuto, interpretato e amministrato. Un primo nodo riguarda la medicalizzazione algoritmica. I sistemi predittivi basati su *big data* spostano progressivamente la soglia diagnostica dal colloquio clinico alla correlazione statistica: variazioni di attività online, tracciamenti biometrici, pattern di comunicazione possono essere interpretati come indicatori di rischio psichico (Torous & Roberts, 2017). Questa prospettiva apre scenari di intervento precoce, ma espone al rischio di patologizzare condotte generazionali, stili di vita situati o pratiche culturali specifiche, inscrevendo l'esistenza quotidiana in griglie normative prodotte da modelli computazionali opachi (Mittelstadt, 2019; Benjamin, 2019).

A ciò si intreccia la questione della sorveglianza sanitaria. La raccolta continua di dati emotivi e comportamentali da parte di piattaforme e applicazioni, spesso gestite da soggetti privati, trasforma la vulnerabilità psichica in risorsa economica. I dati diventano biocapitale (Rabinow & Rose, 2006), impiegabile per profilazione commerciale, modulazione dei premi assicurativi, selezione lavorativa o governo algoritmico di popolazioni considerate "a rischio" (Andrejevic, 2014; Zuboff, 2019). La promessa di personalizzazione terapeutica convive con forme pervasive di controllo, in cui il confine tra cura e sorveglianza si fa incerto. Il tema della giustizia epistemica è

altrettanto centrale. I modelli algoritmici incorporano concezioni specifiche di mente, razionalità, autocontrollo, perlopiù radicate in epistemologie occidentali e cognitive. Idiomi locali del disagio, forme rituali, linguaggi religiosi o collettivi risultano difficilmente traducibili in metriche computazionali e rischiano per questo di essere esclusi, distorti o riletti come anomalie. La cura algoritmica tende così a universalizzare una particolare ontologia della sofferenza, riducendo la pluralità culturale a standard globali di normalità e rischio (Kirmayer, 2023). Sul piano politico emerge la questione della sovranità dei dati. La maggior parte delle infrastrutture digitali per la salute mentale è controllata da attori privati, secondo logiche proprietarie e di estrazione del valore. Da qui le proposte di modelli alternativi, *data trust comunitari*, *governance* partecipata, piattaforme pubbliche, che mirano a redistribuire potere decisionale e controllo informativo, rendendo i pazienti e le comunità co-protagonisti nella gestione dei dati sensibili (Sharon & Lucivero, 2019). Questi esperimenti indicano che l'architettura della cura digitale non è predeterminata, ma negoziabile. L'Antropologia critica dell'*e-health* consente di leggere queste trasformazioni come processi che non incidono solo sulle procedure cliniche, ma anche sulla definizione di chi può parlare di sofferenza, quali voci vengono riconosciute come credibili e quali restano ai margini. La posta in gioco non si esaurisce nella tutela della privacy: riguarda il riconoscimento della pluralità epistemica, la distribuzione del potere interpretativo e la possibilità, per soggetti e collettività, di non essere ridotti a oggetti di calcolo. Alcune testimonianze recenti sul ricorso a *chatbot* per gestire l'ansia mostrano con chiarezza quanto la cura algoritmica entri nelle trame ordinarie della vita emotiva: da un lato offre accesso, continuità, uno spazio percepito come meno giudicante; dall'altro introduce nuove forme di dipendenza, di delega decisionale e di ridefinizione di ciò che viene vissuto come "normale" o "preoccupante" (Torous & Roberts, 2017). L'esperienza digitale del disagio non è solo mediata, ma progressivamente modellata da interfacce, metriche e protocolli (Ajana, 2017). In questo quadro, l'ansia assume un ruolo particolarmente rivelatore. È uno dei primi stati emotivi intercettati da *app*, *chatbot* e sistemi di monitoraggio, ed è al contempo un *idiom of distress* che trova negli ambienti digitali nuove grammatiche di narrazione, condivisione e auto-interpretazione. *Hashtag* tematici, *meme*, pratiche di *self-tracking* e micronarrazioni contribuiscono a rendere l'ansia visibile, quantificabile e discutibile in pubblico, ma la espongono anche a rischi di banalizzazione, estetizzazione e iper-medicalizzazione. Proprio le traiettorie dell'ansia, tra esperienza soggettiva, linguaggi culturali e dispositivi di governo, offrono un osservatorio

privilegiato per comprendere le ambivalenze della cura algoritmica (Sharon, 2023). È da questo intreccio, in cui la sofferenza viene allo stesso tempo riconosciuta, normata e sfruttata, che muove il capitolo successivo, dedicato a esplorare come l'ansia, e in particolare il disturbo d'ansia sociale, venga costruita, vissuta e regolata nelle società contemporanee.

## CAPITOLO III

### PROSPETTIVE INTEGRATIVE SUL DISTURBO D'ANSIA SOCIALE

#### **3.1 Il disturbo d'ansia sociale nella società dell'incertezza**

##### *3.1.1 Linguaggi della visibilità e costruzione del disturbo*

Ogni diagnosi è, prima di tutto, una forma di linguaggio, e ogni linguaggio contribuisce a costruire la realtà che descrive. Nella storia della Psicologia e della psichiatria occidentale, termini come “timidezza”, “vergogna” o “imbarazzo” hanno progressivamente abbandonato la sfera morale per entrare nel vocabolario della patologia (Hacking, 1999; Rose, 2007). In questa transizione semantica si rivela la capacità della cultura di trasformare il sentire in sintomo, e il comportamento socialmente atipico in segno clinico. È proprio all'interno di tale movimento che si colloca il disturbo d'ansia sociale: non come mera entità diagnostica, ma come espressione di una sensibilità storicamente prodotta, nella quale la paura dello sguardo altrui riflette l'ordine simbolico della visibilità contemporanea. Non si tratta di un progresso del sapere, ma di una metamorfosi del linguaggio attraverso cui la cultura rilegge sé stessa: ciò che una volta era timidezza diventa disturbo, ciò che era discrezione si tramuta in disfunzione, a misura di un ordine sociale che confonde conformità e salute. In questo senso, il linguaggio diagnostico non è soltanto un riflesso del sapere medico, ma un dispositivo di verità che produce le condizioni stesse di ciò che può essere considerato normale, sano o socialmente accettabile (Foucault, 1976). È in questa cornice che, nel mondo contemporaneo dominato da logiche di visibilità e di prestazione, la diagnosi non si limita a descrivere la sofferenza, ma ne orienta la forma. Il linguaggio diagnostico, lungi dall'essere uno strumento neutrale di descrizione, agisce come matrice simbolica che orienta la comprensione della sofferenza e ne delimita le forme legittime di espressione (Kirmayer, 2019). Fornisce un vocabolario attraverso cui il soggetto può tradurre la propria vulnerabilità in una narrazione riconoscibile, ma al contempo impone un modello di comportamento conforme alle aspettative culturali dominanti. In questo quadro, l'ansia sociale diventa il nome di un'esperienza collettiva di inadeguatezza: la difficoltà di sostenere l'esposizione, la paura del giudizio, la fatica di apparire all'altezza. Ciò che in altri contesti poteva essere inteso come riservatezza,

pudore o discrezione viene progressivamente trascritto nel registro clinico, trasformando emozioni socialmente situate in segni di disfunzione (Bauman, 2000; Han, 2022). La medicalizzazione del sentire non neutralizza il disagio: lo ricolloca all'interno di un ordine che lo riconosce solo per correggerlo. In questa prospettiva, la diagnosi di ansia sociale non può essere separata dal contesto economico e politico che la produce. Le società neoliberali, fondate sulla competizione e sull'autoresponsabilità, promuovono un ideale di soggettività performativa che misura il valore personale in base alla capacità di rendersi visibili e produttivi (Han, 2015; Illouz, 2020). L'individuo è chiamato a presentarsi come competente, comunicativo, costantemente motivato: un imprenditore di sé stesso che deve convertire ogni relazione in risorsa e ogni esperienza in capitale simbolico. In questo scenario, la timidezza o la riservatezza non sono più tratti di carattere, ma deviazioni rispetto a una norma di efficienza relazionale. Chi non aderisce a tale modello vive la propria esitazione come fallimento morale, e la propria discrezione come colpa. Il disturbo d'ansia sociale assume così il significato di una reazione al comando culturale della visibilità. Non è soltanto paura del giudizio, ma sintomo di un ordine che pretende presenza continua e trasparenza emotiva. La pressione a mostrarsi, a raccontarsi e a performare sé stessi genera un senso di esposizione permanente: un conflitto interiore fra l'obbligo di apparire e il bisogno di protezione. L'ansia, in questo quadro, non è un difetto individuale ma la forma affettiva attraverso cui il soggetto esperisce la tensione tra libertà apparente e controllo interiorizzato.

La riflessione di autori come Byung-Chul Han e Zygmunt Bauman ha mostrato come la società contemporanea, fondata sulla fluidità dei legami e sull'imperativo della trasparenza, generi nuove forme di pressione psicologica e relazionale (Bauman, 2005; Han, 2010). L'obbligo di visibilità sostituisce la presenza con la prestazione: il soggetto è chiamato a esibire la propria vitalità, a dimostrare costantemente di essere connesso, partecipe, desiderabile. L'altro non è più interlocutore ma spettatore, giudice implicito di una performance senza pausa. In questo quadro, l'ansia sociale non rappresenta un'eccezione clinica, ma un adattamento paradossale: una difesa contro l'invadenza dello sguardo, la forma affettiva attraverso cui il soggetto tenta di sottrarsi alla logica della prestazione.

Questa condizione si intensifica nel contesto digitale, dove la soggettività viene interamente mediatizzata e tradotta in metriche di visibilità. Le piattaforme sociali promuovono una continua esposizione di sé, misurata in like, visualizzazioni e approvazioni simboliche. La visibilità diventa così una valuta morale e affettiva (Rosa, 2021), segno di appartenenza e al tempo stesso fonte di vulnerabilità. In un'economia dell'attenzione che premia la presenza e punisce il silenzio, la discrezione si confonde con l'assenza e la ritrosia assume i tratti della patologia. La diagnosi di ansia sociale diviene allora una lente critica per leggere la fragilità dei modelli di autenticità contemporanei: l'imperativo di "essere sé stessi" coincide con l'impossibilità di sottrarsi alla scena pubblica. In questo quadro, l'ansia sociale si configura come una forma di sofferenza morale, segno della tensione costitutiva tra il desiderio di riconoscimento e la paura dell'esposizione. Il soggetto vive l'ambivalenza di volere essere visto senza essere giudicato, di cercare appartenenza senza rinunciare alla propria intimità. Come osserva Ahmed (2014), la vergogna è una passione relazionale che testimonia il bisogno di essere accolti: non un difetto del sé, ma la traccia di un legame interrotto. Da qui l'importanza di leggere il disturbo non come debolezza individuale, bensì come sintomo di un disagio collettivo prodotto da un ordine sociale che esige visibilità costante ma non offre reciprocità. L'ansia sociale, in questa prospettiva, non è soltanto paura dell'altro: è il riflesso di un mondo che ha trasformato lo sguardo in misura del valore.

Il disagio legato alla visibilità non riguarda dunque solo lo sguardo esterno, ma la sua interiorizzazione. L'individuo contemporaneo fa proprio il giudizio dell'altro e lo rivolge contro di sé, misurando la propria esistenza secondo parametri di riconoscibilità e performance. La diagnosi di ansia sociale diventa allora il linguaggio attraverso cui si articola una più ampia sospensione identitaria: la difficoltà di sentirsi sufficienti in un mondo che muta rapidamente e che richiede di attestare costantemente la propria presenza. Tra il bisogno di essere riconosciuti e la paura di esporsi si apre una frattura che attraversa la struttura affettiva della modernità (Giddens, 1991; Illouz, 2007). È in questa soglia che l'ansia sociale cessa di apparire come disturbo individuale e si manifesta come espressione paradigmatica dell'incertezza che definisce la soggettività contemporanea.

### *3.1.2 Genealogia clinica e declinazioni culturali del disturbo*

L'incertezza che attraversa la contemporaneità non è soltanto un tratto economico o

politico, ma una condizione esistenziale che struttura la percezione di sé e del mondo. Come osserva Bauman (2017), la modernità liquida dissolve i riferimenti stabili che un tempo garantivano coerenza e sicurezza, generando un senso diffuso di precarietà. L'individuo si muove entro un orizzonte di legami intermittenti e identità mobili, dove la continuità è un privilegio e la stabilità un ricordo. In tale contesto, l'ansia non appare come deviazione patologica, ma come forma emotiva ordinaria: un modo di abitare il tempo in assenza di ancoraggi, la risposta affettiva a una società che moltiplica le possibilità ma indebolisce le garanzie. L'ansia diventa così la manifestazione più riconoscibile di un ordine sociale che richiede adattamento costante. Essa anticipa il pericolo prima ancora che si manifesti, traducendo l'impossibilità di prevedere l'esito delle proprie azioni in una vigilanza permanente (American Psychiatric Association, 2013). Ciò che in origine ha valore protettivo si trasforma in disfunzione quando l'individuo interiorizza la richiesta di efficienza e controllo come misura del proprio valore. La cultura dell'autosufficienza, cifra delle società neoliberali, converte la vulnerabilità in colpa e la paura in prova di inadeguatezza (Han, 2014).

Il disturbo d'ansia sociale (*Social Anxiety Disorder*, SAD) si inserisce in questo scenario come forma paradigmatica del disagio contemporaneo. Esso esprime la paura persistente di essere osservati, valutati o umiliati in contesti di interazione, un timore che, quando eccede le proporzioni del reale, compromette la capacità di partecipazione e di costruzione di legami significativi (APA, 2013). Tuttavia, ridurre il SAD a una semplice reazione individuale significherebbe trascurarne la matrice culturale: il disturbo riflette l'interiorizzazione di un ordine sociale che eleva la visibilità a norma e la prestazione a misura del valore personale. Da un punto di vista genealogico, le radici di questa forma di ansia sono più antiche di quanto la classificazione psichiatrica lasci intendere. Già agli inizi del Novecento, Pierre Janet aveva descritto forme di evitamento legate al timore del giudizio, soprattutto in contesti pubblici o prestazionali (Heimberg et al, 1995). Tali osservazioni, seppure ancora embrionali, prefigurano la definizione moderna del disturbo come alterazione della relazione tra sé e sguardo altrui. Per gran parte del secolo, tuttavia, l'attenzione clinica rimase concentrata sulle fobie specifiche, e solo con gli studi di Marks e Gelder (1966) emerse una distinzione più chiara tra la paura situazionale e la fobia sociale generalizzata, aprendo la via a un riconoscimento autonomo del disturbo. Il riconoscimento ufficiale del *Social Anxiety Disorder* come categoria autonoma avvenne con il *DSM-III* (APA, 1980). In precedenza, la fobia sociale era considerata una sottocategoria delle nevrosi, priva di statuto nosografico

indipendente. Il passaggio dal *DSM-II* al *DSM-III* segna un momento cruciale nella storia della psichiatria contemporanea: l'affermazione del modello descrittivo e categoriale, che traduce la complessità del vissuto soggettivo in una sequenza di criteri operativi. Da quel momento, la diagnosi di SAD si lega a una logica classificatoria che privilegia la misurabilità rispetto al significato, trasformando l'esperienza della paura da tensione sociale a disfunzione interna all'individuo.

Questa prospettiva, apparentemente neutra, produce implicazioni epistemologiche profonde. Come osserva Kirmayer (2001), i sistemi diagnostici occidentali tendono a decontestualizzare la sofferenza, convertendo esperienze situate in "disturbi universali". La categoria di SAD, con il suo linguaggio di precisione clinica, finisce così per occultare la relazione tra cultura, corpo e potere. Parlare di "paura sproporzionata rispetto al contesto socioculturale" (APA, 2022) presuppone la possibilità di una misura oggettiva dell'appropriatezza emotiva, ma tale misura è inevitabilmente costruita all'interno di un orizzonte culturale determinato. Negli anni Ottanta e Novanta, l'attenzione crescente alla comorbidità con altri disturbi, come la depressione maggiore, il disturbo ossessivo-compulsivo e il disturbo evitante di personalità, contribuì a ridefinire l'immagine del SAD come patologia complessa, multifattoriale e spesso cronica (Liebowitz, 1992). Tuttavia, mentre la nosografia si affinava, la dimensione esperienziale e relazionale dell'ansia veniva progressivamente marginalizzata. La sofferenza era ricondotta al linguaggio della disfunzione neurobiologica: iperattività dell'amigdala, alterazioni delle reti limbiche, bias cognitivi legati alla sovrastima del giudizio negativo (APA, 2022). Questa progressiva neurobiologizzazione della paura sociale, criticata da autrici come Emily Martin (1994), ha spostato il centro dell'analisi dal contesto alla molecola, dal vissuto alla sinapsi. Il linguaggio clinico ha finito così per tradurre l'esperienza soggettiva in disfunzione neuronale, producendo una doppia riduzione: la prima, di ordine clinico, separa la diagnosi dalla biografia; la seconda, di ordine culturale, isola il soggetto dalla propria comunità interpretativa. Nonostante la spinta classificatoria, tuttavia, l'ansia sociale resta una patologia storica, un'esperienza situata che riflette le forme di vita da cui nasce.

Il *DSM-5-TR* (APA, 2022) riconosce finalmente che la valutazione del disturbo deve tener conto del contesto socioculturale, ammettendo che la paura può assumere significati diversi a seconda delle norme e dei codici sociali di riferimento. È un riconoscimento parziale ma significativo: restituisce alla cultura un ruolo che la

psichiatria aveva progressivamente marginalizzato. Nelle società collettiviste, ad esempio, l'evitamento sociale può non indicare disfunzione, ma conformità a un ideale di rispetto e riservatezza; al contrario, nelle culture individualiste, il silenzio e la timidezza vengono facilmente letti come segnali di inadeguatezza.

L'attenzione alla variabilità culturale riapre lo spazio per una lettura antropologica del disturbo. Studi comparativi mostrano come l'ansia sociale assuma configurazioni differenti a seconda della struttura valoriale delle società: nelle culture individualiste prevale la paura di essere giudicati, mentre in quelle collettiviste emerge il timore di arrecare disagio agli altri. In Giappone, il *taijin kyofusho* rappresenta un esempio emblematico di questa seconda forma: un disturbo relazionale in cui il soggetto teme di offendere la sensibilità altrui attraverso il proprio comportamento o persino la propria presenza fisica. Il riconoscimento di queste differenze non mette in discussione l'esistenza del *Social Anxiety Disorder* come fenomeno psicologico, ma ne illumina la dimensione relazionale. Il sintomo non risiede unicamente nel soggetto, bensì nel modo in cui il soggetto è situato nel mondo, nei codici di riconoscimento e nelle aspettative che definiscono la sua posizione (Goffman, 1963). Da qui la necessità di un approccio multidisciplinare, capace di intrecciare i livelli biologico, psicologico e culturale. L'ansia sociale, più che una disfunzione, si rivela così come una forma di adattamento a un ambiente che punisce l'imperfezione e sacralizza la performance. Nel passaggio alla contemporaneità, il disturbo d'ansia sociale diventa lo specchio clinico di una società che ha elevato la visibilità in valore (Han, 2010). La richiesta di mostrarsi, comunicare e competere genera una vulnerabilità strutturale che si manifesta come paura del giudizio. L'iperconnessione e la cultura della trasparenza amplificano questa condizione: il soggetto si percepisce costantemente esposto, valutato, registrato. In tale cornice, la distinzione tra spazio pubblico e privato si dissolve, e con essa la possibilità di una distanza protettiva tra sé e sguardo altrui. Come osserva Han (2014), la società della prestazione non richiede più sorveglianza esterna: il controllo si interiorizza. L'individuo diventa al tempo stesso sorvegliato e sorvegliante di sé, prigioniero dell'obbligo di essere visibile, produttivo e positivo. L'ansia sociale si iscrive precisamente in questa tensione fra desiderio di riconoscimento e timore dell'esposizione. Bauman (2006) descrive la condizione dell'individuo postmoderno come un equilibrio instabile fra libertà e insicurezza: la promessa di autonomia si accompagna alla costante possibilità dell'esclusione. Essere visibili equivale a esistere, ma anche a esporsi al fallimento sotto lo sguardo degli altri. Il *Social Anxiety Disorder*

appare così come una patologia della trasparenza: una forma acuta di consapevolezza della propria vulnerabilità in un mondo che celebra la visibilità come condizione di legittimità sociale. Questa interpretazione consente di leggere il disturbo non come difetto individuale, ma come sintomo sistemico. La cultura della performance, alimentata dalle logiche neoliberali, trasforma l'identità in un progetto senza fine di ottimizzazione. La riuscita personale viene misurata attraverso parametri quantitativi, produttività, efficienza, capacità comunicativa, che progressivamente colonizzano anche le sfere intime e affettive. L'ansia che ne deriva non è un semplice effetto collaterale: è un dispositivo di governo, una forma di disciplina interiorizzata che mantiene il soggetto costantemente orientato all'autocontrollo e alla conformità (Han, 2016; Ehrenberg, 1998). Allen (2015) osserva come il neoliberismo produca soggetti ansiosi proprio perché fonda la propria legittimità sulla promessa di libertà individuale. L'ansia, in questo quadro, diventa la condizione psicologica che sostiene il sistema stesso: l'individuo, convinto di essere libero, assume su di sé la responsabilità del proprio successo o fallimento e converte ogni insicurezza collettiva in colpa personale. L'iperresponsabilizzazione del sé, unita alla precarietà strutturale dei contesti lavorativi e relazionali, genera un senso di esposizione permanente. Non è la mancanza di controllo a produrre ansia, ma il suo eccesso interiorizzato, la necessità di essere sempre all'altezza di un ideale che non concede tregua. La letteratura più recente mostra come i media digitali amplifichino ulteriormente questa dinamica (boyd, 2014;). I social network estendono il campo dello sguardo e moltiplicano gli spazi del giudizio, trasformando la costruzione di sé in un processo continuo di visibilità e valutazione. L'ansia sociale si manifesta qui come iperconsapevolezza della propria immagine: la paura di essere fraintesi, ignorati o esposti al biasimo collettivo. Il fenomeno della *digital self-diagnosis* (Naslund et al., 2020), la tendenza a riconoscersi nei sintomi e a farne un elemento identitario, testimonia fino a che punto la cultura digitale abbia interiorizzato il linguaggio della psicopatologia. Il disturbo, in questa prospettiva, non è più soltanto una categoria clinica, ma un lessico condiviso per dare forma al disagio della visibilità. La medicalizzazione del disagio, che Illich (1976) già denunciava come forma di controllo sociale, assume oggi tratti più sottili. L'intervento terapeutico o farmacologico, pur necessario in senso clinico, tende spesso a depoliticizzare il sintomo, riducendolo a disfunzione individuale. Eppure, l'ansia sociale riflette dinamiche collettive: la frammentazione dei legami, la pressione performativa, la competizione istituzionalizzata. Quando il trattamento si disancora dal contesto, rischia di riprodurre

la stessa logica che lo ha generato: la ricerca di una normalità misurata da parametri esterni e culturalmente imposti. Da una prospettiva antropologica, il *Social Anxiety Disorder* può essere letto come un sintomo culturale della transizione dalla società della disciplina alla società della prestazione. Nella prima, il controllo era esercitato attraverso regole esterne; nella seconda, si realizza attraverso l'autoregolazione emotiva e l'interiorizzazione del comando. Il soggetto ansioso diventa così il modello ideale del cittadino neoliberale: costantemente vigile, impegnato nel miglioramento di sé, incapace di sottrarsi all'obbligo di visibilità. Come nota Han (2014), la libertà promessa dal capitalismo cognitivo è una forma di coercizione volontaria: il soggetto è libero soltanto nella misura in cui si conforma. L'ansia sociale non rappresenta dunque un fallimento della socialità, ma la sua radicalizzazione patologica. Essa rivela quanto il legame sociale contemporaneo si fondi sulla prestazione e sulla reputazione più che sull'incontro. Il soggetto ansioso teme lo sguardo dell'altro perché in esso si gioca la possibilità stessa del riconoscimento. L'angoscia di non essere all'altezza costituisce, in ultima analisi, la forma affettiva di una società che misura l'essere sull'apparire. Questo fenomeno si manifesta con particolare intensità nelle generazioni più giovani, per le quali l'esposizione digitale è condizione di esistenza sociale. L'adolescente e il giovane adulto crescono in un ambiente in cui l'identità è costantemente pubblica e performativa, e l'errore viene archiviato e riproposto in rete come memoria indelebile. L'esperienza della vergogna, definita da Ahmed (2014) come emozione sociale per eccellenza, diviene il dispositivo che ancora l'individuo al giudizio collettivo e, insieme, lo paralizza (Boyd, 2014; Goffman, 1963; Tangney & Dearing, 2002). La paura del giudizio, tuttavia, non è distribuita in modo uniforme. Studi recenti evidenziano differenze legate al genere, alla classe e alla razzializzazione dell'esperienza (Butler, 1990; Fraser, 2013). Le donne, socializzate più spesso alla conformità e alla cura dell'immagine, mostrano livelli più elevati di ansia sociale (APA, 2022). I soggetti razzializzati, costantemente esposti a stereotipi e a pratiche di sorveglianza simbolica, vivono la visibilità come minaccia più che come riconoscimento. L'ansia sociale, in questi casi, non è soltanto paura dell'altro, ma consapevolezza della propria posizione in un ordine diseguale. L'inclusione della prospettiva intersezionale consente di superare la visione universalizzante del disturbo, restituendolo alla sua dimensione situata. L'ansia non è solo una risposta individuale allo sguardo altrui, ma una reazione politica alla precarietà dei luoghi di appartenenza. In questo senso, il disturbo d'ansia sociale si configura come una lente privilegiata per osservare la fragilità del soggetto contemporaneo e il suo tentativo di resistere

all'imperativo di essere costantemente visibile, competente e desiderabile (Crenshaw, 1991; Butler, 2004). L'ansia sociale emerge, quindi, come una grammatica del sentire contemporaneo: un linguaggio attraverso cui la soggettività esprime la tensione tra autonomia proclamata e dipendenza dallo sguardo altrui. La sua diffusione non segnala soltanto l'aumento di una patologia, ma la trasformazione delle condizioni affettive della modernità (Beck, 1992; Rosa, 2019). In un mondo che premia la trasparenza e punisce la vulnerabilità, l'ansia diventa la forma emotiva attraverso cui il soggetto esperisce la contraddizione fra libertà e controllo, d e s i d e r i o di riconoscimento e paura dell'esclusione. È in questo spazio intermedio, tra la ricerca di legittimità e la minaccia della visibilità, che il *Social Anxiety Disorder* assume valore paradigmatico: non solo come oggetto clinico, ma come sintomo culturale di una società che ha fatto della prestazione il proprio principio regolativo.

### 3.1.3 Prospettive cliniche e psicologiche contemporanee sul disturbo d'ansia sociale

Negli ultimi decenni, la riflessione sul *Social Anxiety Disorder* (SAD) ha superato la rappresentazione del disturbo come semplice fobia sociale, riconoscendone la natura complessa e stratificata. La prospettiva contemporanea non isola più il sintomo dal contesto, ma lo interpreta come esito di un intreccio dinamico tra predisposizioni individuali, esperienze relazionali e pressioni socioculturali (Heimberg et al., 2014). In questa direzione, la clinica si è progressivamente spostata da un modello descrittivo a uno processuale, attento non solo a ciò che l'individuo teme, ma a come impara a temerlo e a narrarlo. Il *DSM-5-TR* (APA, 2022) definisce il disturbo come un'ansia marcata e persistente legata alla possibilità di essere osservati o giudicati. Tuttavia, questa formulazione, pur necessaria ai fini diagnostici, mostra il limite di un paradigma che tende a quantificare l'esperienza più che a comprenderla. Il linguaggio della clinica, nel suo tentativo di oggettivare la sofferenza, rischia di ridurre la complessità della paura a un elenco di criteri, perdendo la sua densità relazionale e affettiva.

I modelli cognitivi e comportamentali, da Clark e Wells (1995) hanno offerto una chiave di lettura importante: la paura del giudizio nasce da schemi mentali che spingono l'individuo a sovrastimare la probabilità di un fallimento sociale e a monitorarsi costantemente. Lo sguardo diventa così un doppio vincolo: si teme quello altrui, ma ancor più il proprio. L'auto-osservazione genera un circolo vizioso di ansia anticipatoria e di evitamento, in cui ogni tentativo di protezione conferma l'idea di fragilità. Sotto questa dinamica cognitiva, tuttavia, si muove una dimensione emotiva più profonda. Molte

persone affette da SAD presentano tratti di inibizione comportamentale e sensibilità interpersonale fin dall'infanzia che rendono l'esposizione sociale un'esperienza affettivamente rischiosa. Il corpo diventa il luogo in cui tale vulnerabilità prende forma: tremori, rossore, voce esitante non sono solo sintomi, ma messaggi corporei che raccontano la difficoltà di sostenere lo sguardo dell'altro. Come osserva Moscovitch (2009), l'ansia sociale non è solo paura del giudizio, ma paura di essere visti mentre si prova paura. La ricerca neurobiologica ha tentato di chiarire i meccanismi di questa ipersensibilità, individuando un'iperattività dell'amigdala e una minore regolazione corticale di fronte a stimoli sociali minacciosi (Brühl et al., 2014). Ma la lettura esclusivamente neurofunzionale rischia di appiattire la complessità del vissuto. Come sottolineano Panksepp & Biven (2012), le emozioni non sono riducibili alla chimica cerebrale: nascono nel continuo scambio tra corpo, contesto e significato. In questa prospettiva, il disturbo d'ansia sociale non è tanto un difetto del cervello quanto una difficoltà del corpo a trovare un ritmo condiviso con il mondo. In questa prospettiva, il disturbo d'ansia sociale può essere letto come una difficoltà nella regolazione affettiva più che come un semplice eccesso di paura (Gross, 2015). L'individuo non teme soltanto il giudizio altrui, ma la propria reazione di fronte a quel giudizio: il corpo che trema, l'arrossire, la voce che si incrina. Tali segnali diventano testimonianza visibile di vulnerabilità, e proprio per questo vengono temuti. Il sintomo, allora, non è una maschera ma una confessione: il tentativo del corpo di comunicare ciò che la parola non riesce a dire. L'attenzione verso il corpo come mediatore della relazione ansiosa ha spinto la ricerca a interrogarsi su come la paura venga appresa e interiorizzata nel tempo. Gli studi longitudinali (Chronis-Tuscano et al., 2009; Degnan et al., 2010) mostrano che i bambini con temperamento inibito, cresciuti in contesti genitoriali iperprotettivi o ipercritici, presentano una maggiore probabilità di sviluppare ansia sociale in adolescenza. Non si tratta di una causalità diretta, ma di un processo interattivo: il modo in cui l'adulto risponde alla vulnerabilità del bambino ne definisce la traiettoria emotiva. Il comportamento genitoriale, in questo senso, funziona come un linguaggio affettivo. La protezione eccessiva comunica implicitamente che il mondo è pericoloso; la critica continua, che l'errore è intollerabile. Entrambe le strategie educative, pur opposte, alimentano la stessa rappresentazione di fragilità. Come osservano Van Zalk et al. (2011) i genitori ansiosi o controllanti trasmettono, spesso senza rendersene conto, l'idea che l'esposizione sociale sia un rischio da evitare. Il modello transazionale di sviluppo (Rapee, 2015) descrive questa dinamica come un intreccio fra biologia e relazione: il

temperamento fornisce la predisposizione, ma è l'ambiente affettivo a stabilire se tale predisposizione diventerà vulnerabilità o risorsa. Le emozioni non si trasmettono solo geneticamente, ma anche attraverso il tono della voce, le microespressioni, le esitazioni, i silenzi. L'ansia genitoriale diventa così un racconto incarnato, un'eredità relazionale che si rinnova a ogni gesto di cura. Quando la paura viene osservata nel volto del genitore, il bambino la apprende per imitazione. È questo meccanismo di modellamento emotivo (Aktar et al., 2013) che fa della famiglia il primo teatro dell'ansia: un luogo in cui il mondo viene tradotto in termini di sicurezza o minaccia. In famiglie dove l'emozione è svalutata o taciuta, il bambino impara a diffidare della propria sensibilità, a controllare il sentire più che ad abitarlo. La vergogna, in questo contesto, diventa un'emozione fondativa: segnale di disallineamento con le aspettative dell'altro, ma anche strumento di coesione e di dipendenza affettiva. Le ricerche sulla socializzazione emotiva (Kiel & Buss, 2010; McLeod et al., 2007) confermano che i contesti in cui prevalgono controllo rigido o indifferenza producono nei figli una doppia fragilità: da un lato la paura dell'errore, dall'altro il senso di invisibilità. Entrambe costituiscono il terreno emotivo su cui può germogliare il disturbo d'ansia sociale. La genitorialità, così, non è solo una variabile di rischio, ma una lente per comprendere come la cultura educa alla vulnerabilità. Un contributo decisivo a questa linea interpretativa è offerto dal modello dell'*emotion coaching* (Gottman et al., 1996), secondo cui la capacità dei genitori di accogliere, nominare e regolare le emozioni dei figli costituisce una forma di protezione psicologica duratura. Al contrario, la tendenza a negare o minimizzare l'emozione, l'*emotion dismissing*, amplifica la vulnerabilità e frammenta l'immagine di sé. In termini identitari, ciò che si apprende non è solo come gestire la paura, ma se si ha diritto di provarla. Un bambino autorizzato a nominare la propria ansia costruisce un senso di sé capace di trasformare la paura in linguaggio, non in sintomo. La genitorialità può dunque essere intesa come un dispositivo di trasmissione intergenerazionale del sentire. I genitori che hanno interiorizzato modelli ansiosi, spesso nati da ambienti instabili o competitivi, tendono a riprodurli inconsapevolmente, tramandando una visione del mondo come spazio fragile, da evitare più che da abitare.

L'ansia diventa così una forma ereditaria di narrazione, un codice affettivo che attraversa le generazioni più che un tratto genetico. Anche senza una base biologica significativa, il disturbo può ripresentarsi nella linea familiare come eco di una stessa Pedagogia emotiva (Fonagy & Target, 2003). La ricerca recente sottolinea la bidirezionalità di questo processo: non solo i genitori influenzano i figli, ma anche i figli

ansiosi incrementano lo stress genitoriale, alimentando un circuito di iperprotezione e controllo (Bögels & Phares, 2008).). L'ansia si configura così come fenomeno sistemico, non riducibile all'individuo. Questa consapevolezza ha portato la clinica contemporanea a orientarsi verso modelli di intervento familiari e relazionali, in cui la cura non mira solo a ridurre i sintomi, ma a ricostruire le dinamiche affettive che li sostengono.

Da una prospettiva più ampia, tali evidenze suggeriscono che l'ansia sociale sia un disturbo di soglia: nasce dove la relazione si fa incerta, dove la fiducia nell'altro vacilla. La sua comprensione richiede dunque un pensiero che connetta i livelli biologico, psicologico e culturale, riconoscendo nel corpo e nella voce dell'ansioso non un errore da correggere, ma un linguaggio da decifrare. In questa luce, il *Social Anxiety Disorder* appare come una forma di adattamento emotivo a un ambiente che punisce l'imperfezione e pretende trasparenza (cfr. Clark & Wells, 1995; Gilbert, 2001). Curarlo non significa normalizzare, ma restituire al soggetto la possibilità di abitare la propria vulnerabilità senza temerla: ritrovare, nel tremore, una forma di presenza.

#### 3.1.4 SAD: innovazioni tecnologiche e nuove forme di intervento

Negli ultimi anni, le tecnologie immersive hanno trasformato in modo significativo l'approccio terapeutico ai disturbi d'ansia. Nel caso del disturbo d'ansia sociale, la *Virtual Reality Exposure Therapy* (VRET) ha assunto un ruolo centrale come metodo di intervento capace di coniugare esposizione graduale e controllo clinico (Carl et al., 2020). Essa consente di riprodurre situazioni sociali temute, conversazioni, presentazioni pubbliche, interazioni con estranei, in ambienti digitali tridimensionali che sollecitano le stesse reazioni fisiologiche e cognitive delle esperienze reali, ma in un contesto regolato, ripetibile e privo di conseguenze sociali dirette. In questo senso, la VRET non sostituisce l'esperienza, ma la trasforma in uno spazio simbolico di sperimentazione della paura, dove il soggetto può esercitare un nuovo tipo di presenza.

La metanalisi di Tan e colleghi (2025), che include quarantadue *randomized controlled trials*, conferma l'efficacia della realtà virtuale nel trattamento del disturbo d'ansia sociale, evidenziando riduzioni sintomatiche significative e un'elevata accettabilità da parte dei pazienti. I risultati mostrano che l'efficacia della VRET è paragonabile a quella della *cognitive-behavioral therapy* (CBT) tradizionale, con l'ulteriore vantaggio di offrire ambienti di esposizione personalizzabili e scalabili. L'uso di scenari digitali consente di modulare il grado di complessità interattiva, di controllare

la durata e l'intensità dello stimolo ansiogeno e di introdurre feedback immediati sulla risposta emotiva. Tuttavia, la stessa metanalisi sottolinea la marcata eterogeneità metodologica fra gli studi: variazioni nei software utilizzati, nella presenza o meno del terapeuta, nella durata dei protocolli e nella qualità dell'immersività rendono difficile la standardizzazione dei risultati (Carl et al., 2020). Sul piano neuropsicologico, gli studi di Carl e colleghi (2020) indicano che gli effetti benefici della VRET dipendono in larga misura dal senso di "presenza" percepito, vale a dire dal grado in cui l'ambiente virtuale viene vissuto come reale. Quando la simulazione riesce a evocare una partecipazione emotiva autentica, la risposta fisiologica dell'individuo, attivazione dell'amigdala, incremento della conduttanza cutanea, variazione del battito cardiaco, risulta sufficientemente intensa da permettere la rielaborazione terapeutica della paura. È in questo equilibrio fra finzione e autenticità che si colloca la forza della realtà virtuale: essa genera un'esperienza che è al tempo stesso protetta e reale, simbolica e corporea.

Le implicazioni non sono solo tecniche. L'ingresso della tecnologia nella scena terapeutica modifica la stessa grammatica dell'esposizione (cfr. Maples-Keller et al., 2017). Non è più soltanto l'altro umano a costituire la fonte dello sguardo temuto: lo sguardo diventa anche quello del dispositivo, che registra, misura, archivia. La macchina osserva mentre il soggetto si osserva a sua volta, producendo una forma di riflessività mediata in cui il paziente sperimenta non soltanto l'essere guardato, ma anche l'essere tradotto in dati. Questo duplice movimento, esposizione e quantificazione, riapre interrogativi etici ed epistemologici sul rapporto fra controllo e cura (Tan et al, 2025).

Laddove la terapia tradizionale implicava un dialogo corporeo e simbolico con il terapeuta, la VRET introduce un terzo elemento: il sistema tecnico, che funge da testimone e regolatore dell'esperienza. Tale presenza altera la dinamica relazionale, spostando l'accento dal riconoscimento empatico alla misurazione oggettiva della risposta. È il prezzo e insieme la promessa di una nuova forma di cura, in cui la vulnerabilità sociale viene rielaborata attraverso un linguaggio di algoritmi e simulazioni. La sfida per la clinica contemporanea consiste nel mantenere, dentro la precisione del dato, la dimensione affettiva e relazionale che rende l'ansia sociale non solo un disturbo, ma una modalità profondamente umana di abitare lo sguardo dell'altro.

Negli ultimi anni, accanto alle applicazioni immersive, si è sviluppata una costellazione di interventi digitali che ha modificato in profondità l'organizzazione stessa della cura. I programmi di *internet-based cognitive behavioral therapy* (iCBT) rappresentano oggi la forma più consolidata di trattamento digitale per il disturbo d'ansia

sociale. Originariamente pensati come supporto alle sedute tradizionali, si sono progressivamente trasformati in percorsi autonomi, capaci di integrare moduli psicoeducativi, esercizi di esposizione, diari emotivi e monitoraggio in tempo reale delle risposte fisiologiche (Andersson, 2014). L'obiettivo è duplice: ampliare l'accesso alla terapia e ridurre i costi, ma anche riscrivere il rapporto tra il soggetto e la propria ansia attraverso un linguaggio di auto-osservazione continua.

Gli studi recenti indicano che gli interventi digitali basati sulla CBT possono raggiungere livelli di efficacia paragonabili ai trattamenti in presenza, soprattutto quando inseriti in protocolli strutturati di esposizione e modulati da un minimo coinvolgimento terapeutico (Carl et al., 2020). Il grado di guida, anche quando limitato a brevi feedback o messaggi asincroni, rimane infatti una variabile cruciale per sostenere l'aderenza e favorire la remissione (Lindner et al., 2019). L'autonomia totale, pur aumentando l'accessibilità, tende invece a indebolire l'efficacia a lungo termine, confermando che il processo terapeutico mantiene una dimensione relazionale non sostituibile. Parallelamente, l'utilizzo di tecnologie immersive come la realtà virtuale contribuisce non solo alla riduzione dei sintomi, ma anche alla ristrutturazione cognitiva dei processi di vergogna e auto-valutazione negativa attraverso l'attivazione emotiva controllata (Maples-Keller et al., 2017). Le piattaforme digitali, inoltre, introducono nuove forme di riflessività mediatizzata, in cui il soggetto sperimenta l'essere osservato e al tempo stesso tradotto in dati, aprendo interrogativi etici sul rapporto fra controllo e cura (Lupton, 2016). Parallelamente, la ricerca di Boettcher et al. (2013) ha messo in luce come gli interventi digitali agiscano non soltanto sulla riduzione dei sintomi ma anche sui meccanismi di vergogna e auto-valutazione negativa, facilitando una ristrutturazione cognitiva del rapporto con l'errore e la visibilità. La CBT online diventa così non solo uno strumento di regolazione, ma un contesto in cui il soggetto impara a convivere con la propria esposizione mediatizzata, riproducendo in piccolo la condizione sociale da cui il disturbo origina. In tal senso, la terapia digitale non è neutrale: riflette e amplifica il paradigma culturale della connessione permanente, dove l'identità si misura nella costanza della propria tracciabilità (Carlbring & Andersson, 2021; Fleming et al., 2018).

I modelli digitali più recenti si stanno progressivamente allontanando dalla struttura lineare della CBT tradizionale, introducendo forme di intervento modulari e altamente personalizzate che integrano i dati comportamentali raccolti in tempo reale. Queste piattaforme, spesso accessibili tramite smartphone, riorganizzano la temporalità della cura frammentandola in micro-sessioni quotidiane e distribuendo il trattamento nel

ritmo stesso della vita ordinaria. La distinzione tra tempo clinico e tempo quotidiano tende così a dissolversi: l'ansia viene osservata, misurata e gestita in continuo, secondo una logica di adattamento dinamico e situato. È una nuova forma di esposizione, distribuita e invisibile, che traduce la vulnerabilità in una sequenza di indicatori numerici (Fleming et al., 2018). Se i risultati preliminari mostrano miglioramenti stabili e una buona accettabilità da parte dei pazienti, restano aperte questioni sostanziali. La prima riguarda la ridefinizione del ruolo terapeutico: la figura del clinico si trasforma in supervisore o in garante etico del processo, mentre la tecnologia assume funzioni di guida, valutazione e rinforzo. La seconda concerne la natura stessa dell'autonomia terapeutica. Laddove la CBT tradizionale mirava a restituire al soggetto la capacità di regolare i propri pensieri, la versione digitale rischia di sostituire l'autoregolazione con la regolazione automatizzata, riducendo la libertà del paziente alla capacità di conformarsi al flusso di notifiche e monitoraggi (cfr. Andersson, 2014; Torous & Roberts, 2017). In questo senso, gli interventi digitali non rappresentano soltanto un'evoluzione tecnica, ma un passaggio culturale. La cura si sposta dalla parola al dato, dalla relazione alla interfaccia, e con essa si modifica il modo di intendere la sofferenza. Il disturbo d'ansia sociale, nato in un mondo che già medicalizzava la timidezza, trova oggi una nuova traduzione algoritmica, in cui la visibilità non è più solo tema del sintomo ma condizione stessa del trattamento.

Le tecnologie applicate al trattamento dell'ansia sociale non possono essere comprese soltanto in termini di efficacia clinica, poiché partecipano a una trasformazione più ampia che riguarda la natura stessa della cura. Esse spostano l'attenzione dall'incontro con l'altro alla gestione di sé attraverso forme di sorveglianza volontaria e costante. Nella società della prestazione, per usare le parole di Han (2014), il soggetto si costruisce attraverso la propria trasparenza e la terapia digitale ne diviene la manifestazione più coerente: un dispositivo che promette libertà ma produce auto-monitoraggio. L'individuo ansioso, che teme lo sguardo altrui, impara così a esporsi a un nuovo tipo di sguardo, impersonale e continuo, che registra la sua vulnerabilità trasformandola in dati e punteggi. Questa visibilità terapeutica ha un valore ambivalente. Da un lato amplia l'accesso alla cura, riduce lo stigma e consente percorsi più flessibili e personalizzati; dall'altro rischia di dissolvere la dimensione dialogica della psicoterapia, sostituendo il riconoscimento reciproco con l'adattamento automatico. L'ansia sociale, intesa come tensione tra il desiderio di apparire e la paura di fallire, viene così riassorbita in un regime di normalizzazione continua: il soggetto non si libera dal giudizio, ma lo

interiorizza nella forma del dato. Come segnalano gli studi di Carl e colleghi (2020), gli interventi digitali possono produrre una desensibilizzazione efficace sul piano sintomatologico, ma ciò non garantisce di per sé una trasformazione profonda del vissuto, che richiede un lavoro interpretativo e relazionale non automatizzabile. Il nodo critico non è la presenza della macchina, ma il modo in cui essa ridisegna la relazione terapeutica. La cura non può essere ridotta a un processo di ottimizzazione dei parametri emotivi, poiché l'ansia sociale non è un errore da correggere ma una forma di linguaggio affettivo che esprime un bisogno di riconoscimento. Gli interventi digitali, se privi di una riflessione etica, rischiano di replicare le stesse logiche performative che contribuiscono a generare il disturbo. La promessa di controllo diventa così un nuovo imperativo di efficienza emotiva, e la guarigione tende a coincidere con la conformità. In questo scenario, la Psicologia clinica è chiamata a un compito duplice: integrare le tecnologie come strumenti al servizio dell'incontro terapeutico e preservare la dimensione simbolica della cura, quella che consente al sintomo di essere ascoltato e non soltanto eliminato. La tecnologia può ampliare gli spazi dell'intervento, ma non può sostituire la reciprocità su cui la cura si fonda (Gilbert, 2020). Il futuro del trattamento del disturbo d'ansia sociale dipenderà dalla capacità di mantenere, dentro la precisione del dato, la profondità dell'esperienza umana, quel punto in cui la paura di essere visti si trasforma lentamente nella possibilità di essere riconosciuti.

### *3.1.5 Prospettive terapeutiche emergenti*

Negli ultimi anni, l'approccio clinico al disturbo d'ansia sociale ha conosciuto una trasformazione sostanziale. Dopo decenni di attenzione rivolta quasi esclusivamente alla riduzione dei sintomi, si è affermata una visione più complessa, che considera l'ansia non soltanto come un'emozione da controllare ma come un segnale da comprendere. Il punto di partenza non è più la soppressione della paura, bensì la costruzione di una relazione più tollerante con essa. Le terapie emergenti condividono l'idea che la vulnerabilità non sia una condizione patologica, ma una modalità di contatto con il reale, e che la guarigione passi attraverso la possibilità di abitarla senza esserne sopraffatti. Tra gli approcci che incarnano questo mutamento figurano le cosiddette terapie di *terza onda*, che integrano i contributi della tradizione cognitivo-comportamentale con prospettive fenomenologiche, contemplative e relazionali. La *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) e la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) si fondano sulla flessibilità psicologica, ossia sulla capacità di riconoscere i propri stati interni senza identificarvisi

(Hayes et al., 2016; Segal et al., 2018). In queste cornici, l'obiettivo non è convincere il paziente che le sue paure siano irrazionali, ma insegnargli a non confondere il pensiero con la realtà. La pratica della consapevolezza permette di osservare l'ansia come esperienza transitoria, piuttosto che come minaccia permanente, attenuando l'effetto di fusione cognitiva che caratterizza il disturbo. Un altro ambito in espansione è rappresentato dalla *Compassion-Focused Therapy* (CFT), sviluppata da Paul Gilbert e successivamente estesa all'ansia sociale da Boersma e Håkanson (2014). Essa si concentra sul sistema emotivo della cura, spesso inibito nei soggetti ansiosi e sostituito da circuiti di minaccia e autocritica. L'obiettivo terapeutico è allenare la compassione come competenza regolativa, capace di controbilanciare il peso della vergogna e del giudizio. Le evidenze più recenti mostrano che la coltivazione sistematica di stati compassionevoli riduce l'autocritica e migliora la tolleranza alle emozioni spiacevoli, favorendo un senso di sicurezza interna che precede ogni cambiamento cognitivo (Gilbert, 2014). Queste metodologie non operano sul piano dell'eliminazione del sintomo, ma su quello della sua integrazione. L'ansia viene riconosciuta come una forma di sensibilità relazionale, e la terapia si configura come un processo di riconnessione con il corpo e con lo sguardo dell'altro. In questo senso, la cura diventa un atto simbolico di restituzione: lo spazio terapeutico offre al soggetto la possibilità di sperimentare uno sguardo che non giudica ma accoglie, invertendo il movimento stesso del disturbo (cfr. Safran & Segal, 1990; Stern, 2004; Wampold & Lambert, 2019). L'incontro clinico diventa così un'esperienza di riconoscimento primario, in cui la paura dell'esposizione si trasforma gradualmente in capacità di essere visti.

Parallelamente, si sta affermando un modello integrato di intervento che combina le acquisizioni della tradizione cognitivo-comportamentale con gli approcci di tipo esperienziale e compassionevole. La *Cognitive Behavioral Therapy* rimane la forma di trattamento più validata per il Social Anxiety Disorder (Heimberg et al., 2014), ma la sua declinazione contemporanea è sempre più lontana dal modello prescrittivo delle origini. Le esposizioni vengono calibrate in funzione della disponibilità emotiva del paziente, e le tecniche cognitive si intrecciano con pratiche di respirazione, auto-osservazione e consapevolezza corporea (La TCC dei disturbi d'ansia, 2023). Ciò che conta non è più la correzione del pensiero, ma la costruzione di un'esperienza di sicurezza, di agency e di coerenza tra mente e corpo. Anche le linee guida internazionali più recenti (British Psychological Society, 2024) sottolineano l'efficacia dei protocolli integrati, che associano terapia cognitivo-comportamentale, pratiche mindfulness e, nei

casi più severi, supporto farmacologico a breve termine. Questo tipo di combinazione, quando ben calibrato, consente di ridurre l'attivazione fisiologica e di potenziare la capacità del soggetto di impegnarsi nei processi psicologici di cambiamento. L'approccio farmacologico non viene più concepito come correzione chimica di un deficit, ma come strumento temporaneo per restituire al paziente la libertà di partecipare alla propria cura. L'efficacia di questi modelli non si misura soltanto attraverso la riduzione della sintomatologia, ma anche attraverso parametri di benessere soggettivo, di autoefficacia e di qualità delle relazioni. La terapia, in questa prospettiva, assume un significato etico oltre che clinico: diventa un luogo in cui il soggetto può sperimentare un diverso modo di essere nel mondo, non fondato sulla prestazione ma sulla presenza (Hofmann et al., 2012). Ciò implica una ridefinizione del concetto stesso di guarigione, non come ritorno a una normalità predefinita, ma come possibilità di abitare l'incertezza con maggiore consapevolezza. Infine, la diffusione delle pratiche digitali, dal supporto online alla realtà virtuale per l'esposizione graduale, sta aprendo nuovi spazi terapeutici, ma solleva al contempo interrogativi sulla natura della relazione e sull'autenticità dell'esperienza. Gli studi più recenti (Garcia-Palacios et al., 2007) mostrano che la *virtual reality exposure therapy* può produrre risultati paragonabili all'esposizione in vivo, a condizione che sia inserita in un percorso relazionale reale. Ciò conferma che, anche nella tecnologia, l'efficacia terapeutica dipende dalla qualità del legame e dalla capacità di costruire sicurezza attraverso la presenza, nonostante la mediazione dello schermo. Le prospettive terapeutiche contemporanee sul disturbo d'ansia sociale delineano, quindi, un ritorno al corpo, alla relazione e al linguaggio emotivo. Il compito della clinica non è più correggere il soggetto ansioso, ma accompagnarlo nella scoperta che la vulnerabilità non è difetto, bensì segno di umanità condivisa. Curare l'ansia sociale significa restituire dignità alla fragilità, riconoscendo in essa non un errore da eliminare, ma una forma possibile di relazione con sé e con il mondo. La cura dell'ansia sociale, a ben vedere, non finisce nello spazio della terapia. È lì che si apprende di nuovo a respirare sotto lo sguardo dell'altro, ma le radici di quella paura sono più antiche. Ogni gesto di esitazione, ogni timore del giudizio, porta ancora l'eco di un linguaggio appreso molto prima: quello dei primi legami, delle voci che hanno insegnato cosa fosse sicurezza e cosa esporsi. Curare il sintomo significa allora anche risalire il suo albero genealogico. Dietro la vergogna, spesso, c'è un'educazione alla cautela; dietro la paura, un eccesso di protezione o di silenzio. L'ansia sociale non è soltanto un disturbo dell'adulto, ma una memoria relazionale che continua a cercare risposte. È da qui che si

apre il passo successivo: comprendere come gli stili genitoriali modellino la vulnerabilità, trasmettendo, insieme all'affetto, anche il modo in cui si teme il mondo (Muris & Meesters, 2020).

### **3.2 Fattori familiari e sviluppo dell'ansia sociale**

#### **3.2.1 Stili genitoriali e salute mentale: una prospettiva transdiagnostica**

La relazione tra pratiche genitoriali e salute mentale rappresenta un asse cruciale nella Psicologia dello sviluppo. Le modalità con cui i genitori modulano la vicinanza affettiva,

il controllo e la libertà del figlio delineano un campo relazionale che può alimentare la resilienza oppure predisporre a vulnerabilità emotive. Fin dagli studi pionieristici di Maccoby e Martin (1983), la ricerca ha mostrato che la genitorialità non si riduce a singoli comportamenti, ma costituisce un sistema coerente di atteggiamenti e significati affettivi. Il modello classico, fondato sulle dimensioni di calore e controllo, identifica quattro configurazioni principali, autorevole, autoritaria, permissiva e trascurante, che riflettono diversi modi di concepire il rapporto tra autorità e cura. Nel tempo questa tassonomia è stata reinterpretata alla luce di prospettive più dinamiche, che ne hanno messo in evidenza la funzione di matrice affettiva e cognitiva. Le evidenze longitudinali indicano che gli stili genitoriali producono effetti durevoli sulla regolazione emotiva, sull'autostima e sulle strategie di coping, influenzando la vulnerabilità psicologica lungo tutto l'arco di vita (Harjis, 2025). In questa prospettiva la funzione genitoriale può essere letta come fattore di rischio o di protezione *transdiagnostico*, poiché le stesse variabili che sostengono l'adattamento infantile predicono la probabilità di sviluppare disturbi internalizzanti o esternalizzanti in età adulta. Lo stile autorevole, caratterizzato da calore e coerenza normativa, tende a promuovere fiducia, autonomia e capacità di regolare gli stati affettivi. Gli ambienti autoritari, fondati sulla disciplina e sull'obbedienza, generano invece esiti più fragili: interiorizzazione del giudizio, perfezionismo difensivo, timore del conflitto e ridotta tolleranza dell'errore (Liu, 2025). Anche i contesti permissivi e trascuranti producono vulnerabilità specifiche. Nel primo caso la mancanza di limiti e di frustrazioni realistiche compromette la costruzione dell'autoregolazione; nel secondo, la carenza di sintonizzazione emotiva inibisce il senso di valore personale e la fiducia interpersonale (Harjis, 2025). Non è dunque la quantità di affetto o di controllo a determinare l'esito, ma il modo in cui questi elementi si integrano in una trama relazionale prevedibile e responsiva.

Negli ultimi anni l'attenzione si è spostata dai comportamenti osservabili ai processi psicologici che li mediano. Gli studi sullo *schema therapy model* (Louis, 2022) mostrano come le esperienze educative precoci plasmino rappresentazioni interne del sé e dell'altro, generando schemi maladattivi di abbandono, dipendenza o inadeguatezza che possono riaffiorare in forme differenti di sofferenza psichica. La qualità del parenting agisce quindi non solo sul piano comportamentale, ma nella costruzione stessa dell'identità emotiva. La prospettiva transculturale ha ulteriormente complessificato il quadro, evidenziando come gli effetti degli stili genitoriali dipendano dai codici valoriali del contesto. In società collettiviste, ad esempio, modalità autoritarie possono essere interpretate come espressione di cura e appartenenza, mentre in culture individualiste la stessa impostazione viene percepita come coercitiva e limitante (Zhou, 2022). Ciò impone di evitare valutazioni universalistiche e di considerare la genitorialità come un linguaggio relazionale situato, in cui la stessa condotta assume significati differenti a seconda del sistema simbolico che la ospita. Infine, le ricerche più recenti sottolineano la natura bidirezionale del rapporto genitore- figlio. Le caratteristiche temperamentali del bambino influenzano le pratiche educative, che a loro volta modellano la risposta emotiva del minore, generando un circuito dinamico di mutua regolazione (Harjis, 2025). La genitorialità, dunque, non può essere ridotta a variabile ambientale: è un campo di interazione in cui emozioni, aspettative e cultura si intrecciano, producendo configurazioni relazionali che attraversano i confini diagnostici. L'approccio transdiagnostico consente di leggere questa complessità come una matrice condivisa di molte forme di sofferenza psichica, restituendo continuità tra le esperienze precoci e la salute mentale adulta.

### *3.2.2 Attaccamento e stili genitoriali nello sviluppo dell'ansia sociale*

Le prime relazioni di accudimento costituiscono la matrice in cui il soggetto impara a riconoscere e a regolare la propria vita emotiva. È in questo spazio originario, fatto di sguardi e risposte affettive, che il bambino costruisce la percezione di sé come essere degno di attenzione e capace di influire sul mondo. La teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1988) ha mostrato come la qualità di questo legame plasmi modelli interni di funzionamento che orientano la fiducia, la capacità di chiedere aiuto e la tolleranza alla separazione. Quando le figure di riferimento rispondono in modo coerente e prevedibile, il bambino sviluppa un senso di base sicura che gli consente di esplorare l'ambiente e affrontare l'incertezza. Al contrario, un clima affettivo incoerente o

eccessivamente

controllante produce una vigilanza costante, in cui la paura del distacco o del giudizio si traduce in un modello relazionale fragile. Le ricerche successive hanno evidenziato una correlazione significativa tra attaccamento insicuro e disturbi d'ansia, in particolare con l'ansia sociale. Gli individui con stile ansioso-ambivalente, caratterizzati da un bisogno costante di approvazione e da una percezione di sé come inadeguati, mostrano una maggiore predisposizione a temere il giudizio altrui e a evitare situazioni di esposizione (Mikulincer & Shaver, 2016). In questi casi la paura non è tanto dell'altro, quanto della perdita di accettazione da parte dell'altro. Il *social anxiety disorder* può essere letto come l'esito di una storia relazionale in cui la conferma affettiva è stata condizionata alla conformità o alla performance. Il soggetto impara così a considerare la relazione come luogo potenzialmente minaccioso, in cui ogni errore mette a rischio il legame. Accanto alla dimensione dell'attaccamento, le caratteristiche temperamentali del bambino interagiscono con gli stili genitoriali, contribuendo alla formazione di un profilo di vulnerabilità. I bambini con temperamento inibito, descritti da Kagan e collaboratori (1988), tendono a reagire con cautela o ritiro di fronte a stimoli nuovi. Se tale sensibilità incontra un ambiente genitoriale iperprotettivo o ansioso, la naturale tendenza alla prudenza si trasforma in evitamento appreso. Il genitore, nel tentativo di proteggere il figlio, conferma implicitamente la pericolosità del mondo sociale, rinforzando la paura invece di contenerla (Bögels & Perotti, 2011). Nel tempo questo circuito si cristallizza: il figlio ansioso evoca controllo e rassicurazione, il genitore ansioso risponde intensificando la protezione, e l'interazione stessa diventa veicolo di ansia intergenerazionale. Lo stile autorevole, capace di coniugare sostegno e autonomia, rappresenta in questo senso un fattore protettivo. Il genitore che comunica fiducia e al tempo stesso stabilisce limiti coerenti permette al figlio di interiorizzare l'idea che l'errore non minaccia il legame ma ne fa parte. Le ricerche sull'attaccamento e sullo sviluppo socio-emotivo mostrano che un contesto familiare caratterizzato da calore, sensibilità e dialogo favorisce nei figli una maggiore sicurezza interpersonale e una più alta tolleranza alla valutazione sociale (Bowlby, 1988). Diversamente, ambienti autoritari o emotivamente distanti generano un'immagine del sé condizionata al riconoscimento esterno: l'amore percepito come premio alla prestazione, l'approvazione come condizione di valore. È in questa economia affettiva che la paura del giudizio si radica come tratto stabile della personalità.

L'iperprotezione costituisce una forma più sottile ma altrettanto pervasiva di

controllo. Sebbene spesso animata da intenzioni di cura, essa impedisce al bambino di sperimentare la propria efficacia, trasformando la dipendenza affettiva in strategia di sopravvivenza. Le ricerche sul parenting ansioso mostrano che i figli cresciuti in contesti iperprotettivi sviluppano livelli più elevati di ansia sociale, poiché la costante mediazione dell'adulto ostacola l'apprendimento di competenze sociali autonome e rafforza la percezione del mondo come luogo rischioso (Hudson & Rapee, 2004; Chronis-Tuscano et al., 2009). Il ruolo della personalità genitoriale è un ulteriore nodo critico. Genitori con elevata ansia di tratto o tendenza al nevroticismo interpretano spesso la timidezza dei figli come segnale di fragilità, rispondendo con ipercontrollo e cautela e attivando un circolo di rinforzo reciproco. Il genitore teme l'esposizione del figlio, il figlio interiorizza la paura come norma e riduce ulteriormente le occasioni di confronto: una vera e propria "danza ansiosa", in cui la paura diventa modalità condivisa di regolazione emotiva (Degnan et al., 2010). Non meno rilevante è il ruolo della figura paterna, spesso trascurata nella letteratura classica. Bögels e Perotti (2011) hanno proposto di considerare il padre come ponte verso il mondo esterno: la sua funzione di incoraggiamento e di spinta all'esplorazione rappresenta un passaggio critico per la costruzione della fiducia sociale. Quando questa funzione viene meno, per assenza o per ansia, il bambino può faticare a sviluppare il senso di padronanza necessario ad affrontare lo sguardo altrui. In famiglie dove entrambe le figure parentali condividono una visione ansiosa del mondo, il rischio di trasmissione intergenerazionale della paura cresce in modo esponenziale.

La regolazione emotiva rappresenta l'anello che collega questi diversi livelli. Hudson & Rapee, 2004 hanno evidenziato che la capacità di tollerare l'attivazione fisiologica dell'ansia media la relazione tra iperprotezione e *social anxiety disorder*: i figli di genitori controllanti tendono a percepire la propria ansia come incontrollabile, perché non hanno mai avuto la possibilità di gestirla in autonomia. In questa cornice, l'ansia sociale non nasce da un difetto individuale, ma da un fallimento relazionale nella trasmissione della fiducia. Infine, diversi studi longitudinali (Parvin et al., 2020) indicano che la qualità delle relazioni successive, con i pari, con figure educative o terapeutiche, può attenuare gli effetti di uno stile genitoriale disfunzionale. Il legame primario, pur fortemente influente, non costituisce un destino. Le esperienze di riconoscimento e appartenenza possono riaprire lo spazio di una nuova sicurezza, permettendo al soggetto di reinterpretare la paura come parte del proprio paesaggio emotivo e non come condanna. In questa prospettiva, comprendere il legame tra

attaccamento, stili genitoriali e ansia sociale significa leggere la vulnerabilità non come segno di fragilità personale, ma come traccia di una storia affettiva che può essere riscritta nella relazione.

### *3.2.3 Influenza paterna, dinamiche di controllo e ruolo dei pari nell'adolescenza*

Nel corso dello sviluppo, la figura paterna assume una funzione distinta ma complementare a quella materna, soprattutto nei processi che regolano l'ansia e favoriscono la competenza sociale. Se la madre costituisce la base sicura da cui il bambino impara che il mondo può essere un luogo accogliente, il padre rappresenta la soglia verso l'esterno: la figura che incoraggia la curiosità sostiene la frustrazione e legittima il confronto con la realtà. Attraverso l'incoraggiamento e la sfida calibrata, il padre contribuisce alla costruzione della fiducia esplorativa, ossia la capacità di tollerare l'incertezza e di affrontare situazioni nuove senza eccessivo timore. Quando tale funzione di mediazione viene meno, o si rovescia in ipercontrollo, il messaggio implicito che il bambino interiorizza è che il mondo è imprevedibile e che il rischio è pericoloso. Bögels e Perotti (2011) hanno mostrato che la sensibilità paterna alla minaccia sociale predice con maggiore forza rispetto a quella materna l'intensità dei sintomi d'ansia sociale nei figli. Quando entrambi i genitori presentano tratti ansiosi, l'effetto si amplifica: la combinazione tra paura paterna e iperprotezione materna limita l'esposizione a esperienze correttive e consolida un clima familiare orientato all'evitamento. Il modo in cui il genitore esercita il controllo risulta determinante. La letteratura distingue tra controllo comportamentale, volto a orientare e contenere l'agire, e controllo psicologico, che opera attraverso la colpa, la manipolazione emotiva o il ritiro dell'affetto. È quest'ultimo a rivelarsi più dannoso per lo sviluppo emotivo, perché interferisce con la costruzione dell'autonomia e induce una costante autovalutazione in funzione dell'approvazione esterna. Nei contesti di ansia sociale questa forma di controllo risulta particolarmente nociva: il soggetto apprende che l'amore è condizionato alla conformità e che l'errore comporta perdita di valore. Le ricerche di Liu e colleghi del 2024 confermano che la percezione di controllo psicologico rappresenta un predittore diretto dell'ansia sociale in adolescenza, anche al netto del sostegno affettivo percepito. L'effetto sembra più marcato nelle ragazze, sulle quali grava una doppia aspettativa: conformità relazionale e al tempo stesso sicurezza sociale. Tale contraddizione amplifica la sensibilità al giudizio e alimenta strategie di evitamento silenzioso. Nel passaggio adolescenziale, l'esposizione a contesti percepiti come fortemente prescrittivi tende ad

amplificare il divario tra ciò che l'individuo sente di essere e ciò che ritiene di dover apparire. Questo scarto identitario produce una configurazione intrapsichica segnata da tensione: da un lato l'adozione di comportamenti socialmente adeguati o conformi, dall'altro la persistenza di vissuti emotivi più fragili e spesso non condivisi. La *Self-Discrepancy Theory* (Higgins, 1987) descrive precisamente questa dinamica, mostrando come il conflitto tra sé reale e sé doveroso generi stati affettivi negativi, in particolare ansia e senso di vigilanza rispetto al giudizio altrui. Ricerche successive hanno confermato che tali discrepanze, quando radicate in contesti relazionali ad alto grado di aspettativa o obbligazione, accrescono la vulnerabilità emotiva: gli adolescenti sviluppano una postura adattiva esteriore che tenta di soddisfare gli standard percepiti, mentre interiormente maturano insicurezze e timori di fallimento che alimentano la sintomatologia ansiosa (Russo & Mancini, 2005). L'esito è un sé disallineato, sospeso tra la necessità di apparire competenti e la difficoltà di integrare aspetti più autentici e vulnerabili della propria esperienza. Durante l'adolescenza, tuttavia, la famiglia cessa di essere l'unico spazio di costruzione identitaria. Il gruppo dei pari diventa un nuovo laboratorio emotivo in cui il soggetto sperimenta appartenenza, riconoscimento e confronto. Le relazioni amicali non si limitano a riprodurre i modelli familiari, ma possono funzionare come esperienze riparative, capaci di ridefinire la percezione di sé. La qualità di questi legami agisce come variabile moderatrice tra stili genitoriali e ansia sociale: rapporti basati su empatia e sostegno riducono l'impatto dell'iperprotezione, mentre esperienze di esclusione o bullismo ne amplificano gli effetti (Parvin et al., 2020). Il gruppo dei pari si configura quindi come spazio transizionale, in grado di confermare o correggere le mappe relazionali apprese in famiglia. Quando il contesto amicale offre accoglienza e reciprocità, l'adolescente può sperimentare l'esposizione senza sentirla come minaccia; al contrario, in ambienti giudicanti o competitivi, il timore del rifiuto si riattiva e si generalizza. La cornice culturale esercita un'influenza ulteriore. L'interazione tra ambiente familiare e pressioni sociali più ampie contribuisce in maniera decisiva a modulare la forma e l'intensità dei sintomi del social anxiety disorder. In contesti fortemente gerarchici o moralmente rigidi, la vergogna assume spesso una funzione regolativa: serve a mantenere la coesione, ma al prezzo della spontaneità (Fung, 1999). All'interno di questi ambienti, l'iperprotezione familiare e le norme collettiviste tendono a convergere nel promuovere la dipendenza dall'approvazione e l'intolleranza dell'errore, configurando una cornice relazionale nella quale l'adolescente impara a monitorarsi costantemente. È interessante notare che molti giovani cresciuti in tali

contesti, pur altamente sensibili al giudizio, mostrano notevoli capacità di adattamento esterno: si conformano alle regole con precisione, ma vivono la minima devianza come colpa interiorizzata. In questi casi, il sintomo ansioso non riflette un deficit di competenza sociale, bensì l'esito di una tensione costante tra appartenenza e libertà, tra sicurezza derivante dalla conformità e desiderio di autoespressione. Le differenze di genere amplificano ulteriormente questa dinamica. Le ragazze, socializzate più frequentemente alla cura e alla compiacenza, si trovano esposte a un doppio vincolo: devono essere empatiche e accomodanti, ma anche assertive e performanti. Tale ambivalenza produce un terreno fertile per la ruminazione e per strategie di evitamento orientate alla conservazione del legame (Bluthenthal et al., 2022; Li et al., 2021). Come mostrato dagli studi sul controllo psicologico genitoriale, quando la conformità è premiata e l'espressione emotiva è regolata in modo rigido, il conflitto tra autenticità e accettabilità sociale si traduce in un controllo interno costante, una vera e propria sorveglianza di sé che riproduce, sul piano intrapsichico, le dinamiche apprese nelle relazioni familiari primarie (Soenens & Vansteenkiste, 2010). Nel passaggio dall'infanzia all'età adulta, anche la funzione del gruppo dei pari evolve: da semplice fonte di appartenenza diventa misura del valore personale. Quando l'adolescente non trova nella famiglia un luogo di accoglienza, tende a spostare il bisogno di conferma sul gruppo, riproducendo spesso le stesse dinamiche di dipendenza. Se il gruppo è coeso e validante, questa traslazione favorisce la crescita; se invece è esclusivo o competitivo, rafforza l'insicurezza e l'autosvalutazione. In molte storie cliniche, la memoria di umiliazioni o esclusioni in adolescenza si intreccia con quella di

genitori emotivamente distanti o eccessivamente esigenti: la vergogna sociale diventa eco della delusione domestica (Gilbert, 2007). Studi comparativi condotti su campioni universitari appartenenti a culture diverse mostrano differenze significative nei livelli di disagio interpersonale e nelle modalità con cui vengono esercitate le abilità assertive. Gudykunst e Nishida (2001), confrontando studenti di più Paesi, hanno evidenziato che tali variazioni sono strettamente legate alle dimensioni culturali descritte da Hofstede (2001): in società più individualiste e orientate alla competizione, la timidezza è stigmatizzata come debolezza; in quelle più collettiviste o cooperanti, può essere percepita come segno di rispetto e autocontrollo. Queste cornici culturali modulano anche la percezione dei modelli familiari: un genitore autoritario in un contesto collettivista può incarnare la norma, mentre in una cultura individualista la stessa modalità viene vissuta come invasiva e ansiogena.

L'adolescente che sviluppa ansia sociale si trova così al crocevia di molteplici sistemi di influenza. La famiglia trasmette modelli di regolazione emotiva; la cultura fornisce i codici di accettabilità; il gruppo dei pari funge da specchio identitario. La vulnerabilità si consolida quando questi sistemi convergono nel veicolare messaggi contraddittori: una famiglia che predica autonomia ma pratica controllo, un gruppo che esalta l'autenticità ma premia la conformità, una scuola che richiede competenza relazionale ma valuta la performance. In tale contesto, l'ansia sociale appare come una strategia di adattamento a un ambiente incoerente: un modo di mantenere il legame evitando l'umiliazione (La Greca & Harrison, 2005). La letteratura recente invita dunque a superare le letture lineari della causalità familiare e a considerare il *social anxiety disorder* come il risultato di processi circolari. Il controllo genitoriale genera evitamento, ma spesso nasce a sua volta come risposta all'ansia del figlio; l'iperprotezione è un tentativo di contenimento, non di dominio (McLeod et al., 2007). Le prospettive sistemiche suggeriscono di lavorare non sulla colpevolizzazione dei genitori, ma sulla consapevolezza emotiva reciproca e sulla capacità di tollerare la paura condivisa. L'obiettivo non è eliminare l'ansia, ma trasformarla in segnale di cura e non di pericolo.

Comprendere l'ansia sociale in adolescenza significa, allora, osservare la rete di relazioni che la genera e la mantiene: l'intreccio tra bisogno di protezione e desiderio di libertà, tra timore di deludere e ricerca di riconoscimento. La figura paterna, le dinamiche di controllo, le relazioni tra pari e i codici culturali non operano come fattori isolati ma come voci di uno stesso sistema affettivo. È all'interno di questo sistema, e non al di fuori di esso, che la paura del giudizio nasce, si consolida e, attraverso esperienze relazionali più sicure, può infine trasformarsi nella capacità di tollerare lo sguardo dell'altro senza sentirlo come condanna.

## **3.2 Aspetti neurobiologici e psicologici**

### **3.3.1 Meccanismi neurobiologici e processi psicologici**

Il disturbo d'ansia sociale si presta in modo esemplare a mostrare come vulnerabilità biologiche, storie relazionali e processi cognitivi non si sommino semplicemente tra loro, ma si traducano reciprocamente. Ridurlo a una questione di apprendimento o, al contrario, a una "malattia del cervello" significa perdere proprio ciò che lo rende paradigmatico: la sua natura di sintomo situato all'incrocio tra corpo, mente e legame sociale (Ogliari et al., 2012; Lina Alzamel, 2021). Sul versante neurobiologico, le evidenze convergono nel delineare un sistema di regolazione emotiva sbilanciato, più

che un singolo deficit. Il ruolo dei sistemi serotonergico, dopaminergico e gabaergico è stato ampiamente documentato. La risposta clinica agli *selective serotonin reuptake inhibitors* suggerisce che, nei soggetti con disturbo d'ansia sociale, la serotonina sia coinvolta nella modulazione della sensibilità agli indizi di minaccia interpersonale e nella capacità di attenuarne l'impatto (Kondo et al., 2020a). Una regolazione inefficace di questo sistema sembra favorire la persistenza di stati di allarme in presenza di segnali sociali ambigui. Parallelamente, le alterazioni dei circuiti dopaminergici, implicati nei processi di anticipazione della ricompensa, possono ridurre il valore motivazionale delle interazioni sociali, rendendo meno probabile l'ingaggio in situazioni potenzialmente gratificanti e consolidando l'evitamento (Noda et al., 2017a). Il GABA, principale neurotrasmettitore inibitorio, partecipa a questo equilibrio fragile: una sua minore efficacia concorre alla difficoltà di contenere l'attivazione ansiogena (Nuss, 2015). Ne risulta una configurazione in cui l'organismo è predisposto a reagire in eccesso a stimoli di valutazione sociale, con scarsa capacità di contro-regolazione. Le indagini di neuroimaging hanno precisato questo scenario individuando nella triade amigdala, corteccia prefrontale e insula un nodo funzionale cruciale. Nei soggetti con disturbo d'ansia sociale l'amigdala mostra una risposta amplificata a volti minacciosi o a contesti di osservazione, come se la possibilità di essere valutati fosse costantemente codificata come pericolo imminente. La corteccia prefrontale mediale e laterale, coinvolta nella regolazione cognitiva e nell'inibizione delle risposte emotive, appare meno efficace nell'esercitare un controllo modulante, mentre l'insula, legata alla consapevolezza interocettiva, è più attiva e contribuisce a rendere salienti e disturbanti le sensazioni corporee associate all'ansia (Zhao et al., 2024b). Questo assetto funzionale non spiega solo l'intensità dell'esperienza soggettiva, ma anche la sua rigidità: uno stimolo relativamente neutro viene rapidamente iscritto nella categoria del minaccioso, e la possibilità di rinegoziarne il significato risulta ridotta. A tale quadro si affiancano marcatori fisiologici che confermano una difficoltà di regolazione autonoma. La riduzione della *heart rate variability* indica una minore flessibilità del sistema parasimpatico nell'accompagnare i passaggi tra attivazione e calma, mentre le anomalie nelle risposte elettrodermiche e nei pattern elettroencefalografici in condizioni di esposizione sociale suggeriscono una predisposizione a stati di iperattivazione prolungata (Zhao et al., 2024a). Alcuni studi propongono combinazioni di indici cardiaci, respiratori ed elettrici come potenziali strumenti di supporto alla diagnosi, non tanto per oggettivare il disturbo, quanto per evidenziare la continuità tra vissuto

soggettivo e dinamiche corporee (Chalmers et al., 2014).

In questa prospettiva si colloca anche la *reinforcement sensitivity theory*, che attribuisce un ruolo centrale alla sensibilità del *behavioral inhibition system*. Un BIS particolarmente reattivo rende l'individuo incline a percepire come rischioso ciò che è nuovo, ambiguo o potenzialmente valutante, favorendo strategie di cautela, controllo e ritiro (Corr et al., 2016). Nel disturbo d'ansia sociale questa configurazione si combina spesso con un *behavioral activation system* meno responsivo, che indebolisce la spinta verso esperienze relazionali gratificanti e accentua la prevalenza dell'evitamento (Bach et al., 2018). La vulnerabilità biologica, tuttavia, non è destino: diventa clinicamente rilevante nel modo in cui viene letta, narrata e confermata dall'ambiente.

L'asse ipotalamo ipofisi surrene offre un'ulteriore chiave. In molti studi i soggetti con disturbo d'ansia sociale presentano una risposta cortisolemica accentuata e prolungata in situazioni di esposizione, segno di una risposta allo stress che fatica a estinguersi (Condren et al., 2002). L'associazione tra iperattività dell'HPA e ipersensibilità amigdaloidea contribuisce a fissare nella memoria emozionale episodi di imbarazzo o fallimento, rendendoli facilmente riattivabili. Sul piano elettrofisiologico, pattern frontali che indicano incremento dei processi di monitoraggio e controllo sono stati messi in relazione con la costante auto-osservazione tipica del disturbo: un cervello impegnato a sorvegliare sé stesso più che a partecipare alla relazione (Moser et al., 2014). È però sul piano psicologico che queste predisposizioni trovano la loro forma compiuta. Il concetto di *fear of negative evaluation* sintetizza il nucleo fenomenologico del disturbo: non è la situazione in sé a essere temuta, ma il significato che essa può assumere come prova di inadeguatezza. Le persone con ansia sociale tendono a sovrastimare la probabilità di commettere errori, a esagerarne la portata e a leggere gli indizi ambigui come conferme di rifiuto o disprezzo (Heimberg et al., 2010). Tale organizzazione cognitiva non nasce nel vuoto, ma si struttura nel tempo come esito di esperienze reiterate in cui il valore personale è sentito come condizionato allo sguardo altrui. I *bias* attentivi e interpretativi svolgono in questo senso una funzione di ponte tra biologia e vissuto. La tendenza a orientare selettivamente l'attenzione verso segnali potenzialmente minacciosi, unita alla difficoltà a disimpegnarsene, alimenta la convinzione di essere costantemente osservati e valutati (Schultz & Heimberg, 2008). Allo stesso modo, la propensione a interpretare in chiave negativa eventi incerti consolida una narrativa di sé come inadeguati o sgraditi. Non si tratta di semplici "errori" di pensiero, ma di schemi relativamente stabili che organizzano la percezione di sé nel

mondo.

La prospettiva degli schemi maladattivi precoci consente di leggere questi processi in continuità con le esperienze infantili. Studi su campioni clinici indicano che i soggetti con disturbo d'ansia sociale presentano più frequentemente schemi di inadeguatezza, dipendenza dal giudizio esterno e vergogna radicata, che funzionano come matrici interpretative per ogni interazione (Lina Alzamel, 2021). Su questo sfondo si comprende anche la centralità della *self focused attention*: durante l'incontro con l'altro il soggetto osserva sé stesso più dell'interlocutore, monitora il battito, la voce, il rossore, trasformando il corpo in scena del possibile fallimento. Le evidenze sperimentali, come i tempi di risposta alterati agli stimoli socialmente minacciosi, confermano questa iper-disponibilità a cogliere, dentro e fuori di sé, ciò che può confermare la paura (Amir et al., 2003). L'evitamento esperienziale e la sensibilità all'ansia completano il quadro. Tentare di controllare rigidamente emozioni e segnali corporei produce spesso l'effetto opposto: aumenta la salienza delle sensazioni temute e irrigidisce ulteriormente le condotte. Kashdan et al. (2006) mostrano che livelli elevati di evitamento esperienziale sono associati a una maggiore compromissione funzionale indipendentemente dalla gravità sintomatologica, a conferma del ruolo di questi processi nel mantenimento del disturbo. La sensibilità all'ansia, intesa come credenza che le manifestazioni fisiologiche siano pericolose o umilianti, trasforma una risposta emotiva ordinaria in minaccia aggiuntiva (Reiss & McNally, 1985). Il soggetto non teme solo di essere giudicato, ma di essere visto mentre perde il controllo. Le esperienze precoci di attaccamento e gli stili genitoriali, discussi nelle sezioni precedenti, offrono la cornice in cui tali schemi trovano origine. Contesti iperprotettivi, comunicazione emotiva inibita o giudicante, modelli educativi centrati sulla prestazione facilitano l'interiorizzazione di credenze in cui il valore dipende dalla perfezione relazionale e dalla cancellazione dell'errore (Carmo et al., 2021). Le predisposizioni neurobiologiche, in questo scenario, non determinano il disturbo, ma ne orientano la probabilità quando incontrano un ambiente che conferma la lettura minacciosa dello sguardo altrui. Accanto a queste traiettorie di vulnerabilità, la letteratura segnala la presenza di fattori protettivi capaci di modulare sensibilmente il decorso. Il sostegno sociale percepito, la possibilità di sperimentare relazioni non giudicanti e la presenza di figure che tollerano l'imperfezione attenuano l'impatto della *fear of negative evaluation* e incoraggiano l'esposizione graduale alle situazioni temute (Yang et al., 2025). Tali dimensioni non neutralizzano la predisposizione, ma la inscrivono in una rete che offre altre forme di significato

all'esperienza dell'ansia.

Questa trama complessa ha implicazioni cliniche dirette. Gli interventi cognitivi comportamentali, che restano tra i trattamenti più efficaci per il disturbo d'ansia sociale, operano precisamente sui nodi identificati: riducono l'evitamento, ristrutturano le credenze di inadeguatezza, allenano l'attenzione a decentrarsi dal sé, offrono nuove esperienze correttive nelle situazioni sociali (Hofmann, 2007). I trattamenti farmacologici, in particolare gli *SSRI*, agiscono sullo sfondo neurochimico che sostiene l'iperreattività, rendendo più accessibile il lavoro psicologico (Stein et al., 2010; Noda et al., 2017c). Gli approcci più recenti insistono sulla necessità di leggere questi due livelli come complementari, non concorrenti, in una prospettiva realmente integrata. Gli aspetti neurobiologici e psicologici del disturbo d'ansia sociale delineano un dispositivo circolare in cui vulnerabilità corporee, forme del pensiero e storie relazionali si alimentano reciprocamente (Kirmayer, 2007). Le alterazioni dei sistemi di stress, dei circuiti della paura e dei processi attentivi non esistono al di fuori dei contesti di significato in cui prendono forma: ciò che chiamiamo disturbo emerge dall'incontro tra un organismo predisposto a reagire con intensità al giudizio e un ambiente che fa dello sguardo il luogo privilegiato della valutazione. In questa prospettiva, comprendere il disturbo implica riconoscere che le predisposizioni interne si modulano attraverso le norme sociali, i valori e i modelli di sé propri di ciascun contesto, che determinano non solo ciò che viene temuto, ma anche ciò che viene definito patologico. È su questa base che si apre l'analisi dell'influenza culturale sul *social anxiety disorder*.

### **3.3 Ansia sociale e cultura**

#### *3.4.1 Influenza culturale sul SAD: manifestazioni e percezioni in contesti diversi*

La comprensione del disturbo d'ansia sociale non può prescindere dalle cornici culturali che orientano la definizione di normalità emotiva e di competenza relazionale. Ogni società stabilisce confini impliciti tra ciò che è timidezza accettabile e ciò che diventa ritiro patologico, tra l'esitazione che segnala rispetto e quella che tradisce inadeguatezza. In questo senso, il disturbo non si limita a esprimere una vulnerabilità individuale, ma riflette l'incontro tra la biologia dell'ansia e i codici simbolici che regolano il valore dell'esposizione sociale (Markus & Kitayama, 1991; Hofstede, 2001).

Nei contesti individualistici, tipici di molte società occidentali, l'autonomia e la visibilità pubblica costituiscono dimensioni centrali dell'identità. Il soggetto è incoraggiato a distinguersi, a mostrarsi competente e sicuro, e la fiducia in sé diventa misura della

maturità. All'interno di questa grammatica sociale, l'ansia di parlare in pubblico, il rossore o il bisogno di riservatezza assumono un significato disfunzionale: non rappresentano più una forma di prudenza, ma la prova di un deficit di autorealizzazione. In tali ambienti, la valutazione negativa è temuta perché mina l'immagine di efficienza personale, e il fallimento nel sostenere l'interazione pubblica è percepito come perdita di status. Nelle culture collettivistiche, invece, la priorità è mantenere la coesione del gruppo. L'autocontrollo e la discrezione hanno valore etico: segnalano rispetto, armonia e capacità di non imporre il proprio sé agli altri. Qui, la medesima condotta che in Occidente verrebbe definita evitante può essere letta come virtù relazionale. Il soggetto ansioso non teme tanto di apparire incompetente, quanto di recare disagio, di compromettere l'equilibrio interpersonale o di macchiare l'onore familiare. In Giappone e in Corea, ad esempio, la sofferenza centrata sul timore di offendere o di risultare sgraditi (*taijin kyofusho*) si configura come variante culturale del disturbo, coerente con una visione del sé profondamente interdipendente (Heinrichs et al., 2006; Takano & Osaka, 2018). La *fear of negative evaluation*, costruito cardine nei modelli occidentali, muta dunque di contenuto e direzione: nelle società individualistiche riguarda il giudizio su di sé come individuo; in quelle collettivistiche riguarda il danno potenziale arrecato all'altro e la rottura dell'armonia sociale. Questa inversione prospettica trasforma la fenomenologia del disturbo: da paura di non essere all'altezza a paura di nuocere, da vergogna dell'inadeguatezza a senso di colpa per l'intrusione. Le implicazioni non sono solo teoriche. Gli studi epidemiologici mostrano una prevalenza più alta del disturbo d'ansia sociale in Nord America ed Europa rispetto a molte aree asiatiche (Stein et al., 2010), ma tale differenza si riduce se i criteri diagnostici vengono adattati ai contesti locali. Parte della discrepanza deriva infatti dall'applicazione di strumenti costruiti su modelli individualistici del sé, che rischiano di patologizzare comportamenti culturalmente appropriati, come la modestia o la riservatezza. Viceversa, espressioni di disagio legate alla paura di offendere o di compromettere la coesione possono non essere rilevate dai questionari standardizzati, portando a una sottostima del fenomeno. Questa asimmetria diagnostica evidenzia che la cultura non agisce come semplice cornice esterna, ma come sistema che orienta le emozioni, il linguaggio e la memoria sociale della sofferenza (Kirmayer, 2006a). Ciò che viene nominato "ansia" in un contesto può essere vissuto come "vergogna" o "rispetto" in un altro; ciò che in Occidente segna l'inizio della terapia può altrove non richiedere intervento. La categoria clinica stessa risente quindi delle strutture culturali che la rendono pensabile.

La distinzione proposta da Markus e Kitayama (1991) tra sé indipendente e sé interdipendente aiuta a comprendere questa plasticità. Nel primo caso, l'identità si fonda sulla continuità interna e sulla capacità di affermarsi; nel secondo, sull'appartenenza e sulla sintonia con l'altro. L'ansia sociale, in entrambe le configurazioni, nasce dal rischio di frattura: nel modello indipendente, dal timore di fallire rispetto a uno standard di competenza; in quello interdipendente, dal timore di rompere l'armonia collettiva. In tal modo, il disturbo non appare come entità universale, ma come declinazione locale di una stessa vulnerabilità relazionale: la paura di essere visti in un modo che minaccia il legame. In prospettiva comparativa, queste osservazioni suggeriscono che la clinica dell'ansia sociale richiede un'attenzione costante ai codici di significato che informano il comportamento. Una diagnosi culturalmente sensibile non può limitarsi alla frequenza o all'intensità dei sintomi, ma deve interrogare la loro risonanza simbolica, ovvero ciò che le manifestazioni ansiose rappresentano all'interno del contesto culturale e relazionale di riferimento. Come sottolineato da Lewis-Fernández et al. (2014), la valutazione clinica diventa più accurata quando integra il modo in cui le persone interpretano il proprio disagio, le norme che regolano l'espressione emotiva e i significati assegnati alla vulnerabilità sociale. Ciò implica riconoscere che la distinzione tra timidezza e patologia non è mai puramente medica: è un atto culturale, inscritto nelle regole invisibili che definiscono cosa significhi, in un dato mondo, essere visti dagli altri.

L'espansione dei sistemi diagnostici occidentali, a partire dal *DSM-III* fino alle versioni più recenti, ha consolidato un modello universalista della psicopatologia, fondato sull'assunto che le manifestazioni del disagio siano comparabili e misurabili attraverso criteri standardizzati. Tuttavia, numerosi autori hanno evidenziato come questa pretesa di neutralità scientifica rifletta in realtà specifiche concezioni culturali del sé e della salute mentale (Kirmayer & Ryder, 2016). Nel caso del disturbo d'ansia sociale, la tendenza a privilegiare sintomi di esposizione pubblica, performance e paura del giudizio rispecchia il valore attribuito, nelle società individualistiche, alla visibilità e alla competenza come dimensioni costitutive dell'identità. La globalizzazione delle pratiche cliniche e la diffusione di strumenti psicometrici standardizzati hanno progressivamente esportato questi modelli anche in contesti dove la centralità dell'individuo non rappresenta il punto di riferimento primario. Il risultato è duplice: da un lato, si favorisce un linguaggio diagnostico comune che consente comparazioni transnazionali; dall'altro, si rischia di appiattire le differenze culturali e di ridurre la varietà delle forme di sofferenza a categorie predefinite (Heine & Ruby, 2010).

Ciò che viene definito “social anxiety” in un contesto urbano statunitense non coincide necessariamente con l’esperienza vissuta da un adolescente giapponese o da un giovane appartenente a una comunità rurale sudamericana. Questa tensione tra universalismo e relativismo è oggi al centro dell’Antropologia medica e della Psicologia culturale. Kirmayer (2006b) ha sottolineato come ogni diagnosi psichiatrica operi una sorta di “traduzione” tra linguaggi emotivi e linguaggi clinici: nel passaggio, alcuni significati si perdono, altri vengono reintrodotti come sintomi. In tal senso, il disturbo d’ansia sociale non è solo una categoria diagnostica, ma anche un dispositivo culturale che organizza la percezione di sé e degli altri in società dove l’esposizione pubblica e la competenza relazionale sono valori centrali. L’universalizzazione dei modelli diagnostici occidentali, consolidatasi a partire dal *DSM-III*, ha determinato una crescente standardizzazione dei criteri di classificazione psicopatologica. Tale processo, pur facilitando la comunicazione scientifica e la comparabilità transnazionale dei dati, ha comportato una progressiva esportazione di categorie fondate su specifiche concezioni culturali del sé e della normalità relazionale (Kirmayer & Ryder, 2016). Nel caso del disturbo d’ansia sociale, i criteri centrati sull’esposizione pubblica, sulla prestazione e sulla *fear of negative evaluation* riflettono l’*ethos* individualista delle società in cui sono stati elaborati, dove autonomia, assertività e visibilità rappresentano indicatori di salute psichica. La diffusione di tali modelli in contesti culturalmente differenti ha prodotto un duplice effetto. Da un lato, la costruzione di un linguaggio diagnostico globale ha permesso di riconoscere e trattare forme di sofferenza prima prive di denominazione clinica. Dall’altro, ha generato un rischio di sovrainclusione o di esclusione impropria, poiché comportamenti socialmente congruenti in una cultura possono essere interpretati come disfunzionali in un’altra (Kirmayer, 2019). L’applicazione di strumenti psicometrici concepiti in ambienti individualistici tende, ad esempio, a patologizzare la riservatezza o il conformismo tipici di società interdipendenti, mentre può non rilevare fenomeni culturalmente specifici come il *taijin kyofusho*, centrato sulla paura di offendere o di compromettere l’armonia collettiva (Watters, 2010).

Queste discrepanze richiamano la necessità di un paradigma clinico sensibile al contesto, capace di considerare la cultura non come variabile accessoria, ma come dimensione costitutiva della psicopatologia. Ogni sistema diagnostico rappresenta infatti una traduzione tra linguaggi del vissuto e linguaggi della clinica: nel passaggio, alcuni significati vengono amplificati, altri attenuati o rimossi (Kirmayer, 2006a). In questo senso, il disturbo d’ansia sociale non può essere inteso come entità universale, bensì

come esito di un processo di negoziazione tra vulnerabilità biologiche comuni e configurazioni culturali del sé. L'attuale scenario globalizzato, ulteriormente complesso per effetto dei media digitali e della costante esposizione sociale online, tende a ridurre le differenze culturali tradizionali, ma al prezzo di nuove forme di pressione conformativa. L'imperativo alla visibilità e alla performance, divenuto norma transculturale, ridefinisce le soglie della vergogna e della competenza relazionale, generando configurazioni ibride di ansia sociale che sfuggono alle distinzioni classiche tra individualismo e collettivismo (Kirmayer, 2020). In prospettiva epistemologica, la riflessione culturale sul disturbo d'ansia sociale sollecita una revisione dei presupposti universalistici della nosografia psichiatrica. Comprendere il SAD significa riconoscere che la sofferenza relazionale non si manifesta mai al di fuori dei sistemi simbolici che ne orientano la percezione e la legittimazione. Le differenze culturali non rappresentano dunque variabili di contorno, ma componenti strutturali della fenomenologia stessa del disturbo. Questa consapevolezza impone di estendere l'analisi dal piano descrittivo a quello operativo, interrogando il modo in cui la cultura incide sui criteri diagnostici e sugli strumenti di valutazione clinica. Le categorie psichiatriche e le scale di misurazione non sono entità neutre, ma riflettono i presupposti antropologici entro cui vengono costruite. È in questa direzione che si colloca la riflessione sulla diagnosi transculturale e sull'adattamento degli strumenti clinici.

#### *3.4.2 Diagnosi transculturale e adattamento degli strumenti clinici*

Le differenze culturali nella manifestazione del disturbo d'ansia sociale diventano particolarmente evidenti nel momento in cui la sofferenza deve essere tradotta in linguaggio diagnostico. I sistemi internazionali di classificazione, come il *DSM* e l'*ICD*, sono nati in contesti epistemologici che presuppongono una concezione individualistica del sé, nella quale la competenza sociale coincide con l'autonomia e la capacità di prestazione pubblica. Tale impianto ha consentito una notevole omogeneità descrittiva tra i sistemi di cura, ma al prezzo di un universalismo diagnostico che rischia di oscurare le forme di sofferenza non riconducibili a tale modello (Kirmayer & Ryder, 2016). Nei criteri attuali del SAD, il focus resta sulla *fear of negative evaluation* e sulla compromissione della performance sociale, aspetti che riflettono il valore attribuito, nelle società occidentali, alla visibilità e alla competenza come dimensioni fondanti dell'identità. In contesti collettivistici, tuttavia, le preoccupazioni centrali possono assumere forme differenti: il timore di offendere, di recare disturbo o di compromettere

l'armonia del gruppo rappresenta un nucleo ansiogeno altrettanto rilevante, ma spesso non contemplato nei manuali diagnostici (Takano & Osaka, 2018). L'universalismo dei criteri produce così un effetto distorsivo duplice: da un lato, l'iperdiagnosi di comportamenti culturalmente conformi; dall'altro, la sottodiagnosi di manifestazioni che, pur clinicamente significative, non rientrano nelle categorie previste. Le discrepanze emergono con particolare chiarezza negli studi di validazione degli strumenti psicometrici. La *Social Phobia Inventory* (SPIN), elaborata negli Stati Uniti, ha mostrato differenze sostanziali nella struttura fattoriale e nella capacità discriminante quando somministrata in contesti non occidentali. La versione iraniana, ad esempio, evidenzia una minore salienza degli item relativi all'esposizione pubblica e una maggiore enfasi su preoccupazioni interpersonali indirette (Mohammadi et al., 2010). Analogamente, la validazione spagnola della *Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI) ha rivelato una diversa organizzazione dei cluster sintomatologici rispetto all'originale statunitense, segnalando che la costellazione dei sintomi non segue pattern invarianti (Beidel et al., 2010). Questi risultati confermano che la misurazione del SAD non può essere intesa come semplice trasposizione linguistica di strumenti costruiti altrove. La traduzione, se non accompagnata da un adattamento culturale, rischia di introdurre errori semantici e concettuali: item che implicano la valutazione di assertività o di capacità oratoria possono risultare irrilevanti in culture dove la discrezione rappresenta un valore sociale, mentre sintomi culturalmente specifici, come la paura di emanare odori corporei o di violare norme implicite di cortesia, rimangono esclusi dalle versioni standardizzate (Kleinknecht et al., 1997). L'impatto di tali limiti non è soltanto clinico ma anche epidemiologico. Se gli strumenti di rilevazione si fondano su modelli individualistici, le stime di prevalenza riflettono inevitabilmente un bias di origine culturale. I dati più elevati registrati in Nord America e in Europa rispetto a molte aree asiatiche non sono interpretabili unicamente in termini di reale differenza di incidenza, ma anche come prodotto delle metriche utilizzate (Stein et al., 2010). La diagnosi diviene così un atto di interpretazione situata, più che una semplice constatazione oggettiva.

Negli ultimi anni, la ricerca ha proposto diverse strategie per mitigare queste distorsioni. Un approccio prevede l'elaborazione di versioni culturalmente adattate delle scale esistenti, con item riformulati sulla base delle specifiche preoccupazioni sociali di ciascun contesto. Altri autori sostengono la necessità di affiancare ai metodi quantitativi indagini qualitative, che consentano di cogliere la semantica locale dei sintomi e le pratiche di gestione quotidiana dell'ansia. L'obiettivo non è moltiplicare le sindromi

“culturali”, ma riconoscere che l’esperienza psicopatologica si modula lungo coordinate simboliche e normative proprie di ogni società. La questione diagnostica si iscrive, in ultima analisi, nella tensione tra universalismo e particolarismo che attraversa l’intera psichiatria contemporanea (Kirmayer, 2012). Da un lato, è necessario mantenere criteri condivisi che garantiscano comparabilità e validità intersoggettiva; dall’altro, un’applicazione acritica di tali criteri rischia di patologizzare la differenza o di invisibilizzare forme di sofferenza non conformi alle categorie dominanti. Il disturbo d’ansia sociale costituisce, da questo punto di vista, un banco di prova paradigmatico per valutare la possibilità di una clinica realmente interculturale, capace di riconoscere la pluralità dei modi in cui l’ansia e la vergogna vengono culturalmente costruite e clinicamente tradotte.

### *3.4.3 Cultura e traiettorie della malattia*

Il disturbo d’ansia sociale non varia soltanto nelle sue manifestazioni sintomatologiche, ma anche nel modo in cui viene riconosciuto, narrato e trattato all’interno di diversi contesti culturali. Le traiettorie della malattia, dalla comparsa dei primi sintomi al loro eventuale riconoscimento clinico, sono profondamente influenzate dalle cornici normative entro cui il soggetto vive. L’ansia, in quanto emozione universale, attraversa le culture; tuttavia, la soglia che separa la reazione adattiva dalla patologia dipende da ciò che una società definisce come comportamento appropriato e da quali modalità di espressione della vulnerabilità essa legittima. Nelle società individualistiche, dove l’autonomia, la performance e la visibilità pubblica sono valori centrali, la difficoltà a sostenere l’interazione sociale viene rapidamente percepita come segnale di anomalia. L’impossibilità di parlare in pubblico, di mostrarsi competenti o di reggere situazioni competitive è interpretata come un deficit di efficacia personale, incompatibile con l’ideale di indipendenza che regge l’identità moderna. In questo scenario, il disagio sociale tende a essere presto tradotto in linguaggio clinico: la sofferenza viene riconosciuta, nominata e medicalizzata. L’accesso a spiegazioni psicologiche e a trattamenti specializzati diventa quindi più probabile, producendo traiettorie di malattia caratterizzate da diagnosi precoci e da una maggiore integrazione nei circuiti terapeutici formali (Stein et al., 2010). Laddove prevalgono modelli collettivistici, invece, la stessa sintomatologia può rimanere invisibile per anni. La riservatezza, l’evitamento e il silenzio non sono necessariamente segni di fragilità, ma atteggiamenti socialmente

apprezzati, indicatori di rispetto e moderazione. In tali contesti, l'ansia non si traduce automaticamente in richiesta di cura, poiché ciò che l'Occidente legge come inibizione può essere interpretato come virtù. L'effetto, tuttavia, non è neutro: l'assenza di riconoscimento clinico comporta spesso una cronicizzazione silenziosa, con ricadute sul rendimento scolastico, sull'inserimento lavorativo e sulla qualità delle relazioni. Il disturbo resta così confinato all'esperienza privata, senza entrare nei circuiti di cura formale (Rector et al., 2006). La cultura non modella soltanto la visibilità della sofferenza, ma anche il modo in cui il soggetto la interpreta. Nei contesti individualistici, l'ansia sociale è vissuta come fallimento personale: il soggetto teme di non essere all'altezza, di non corrispondere alle aspettative di competenza e sicurezza. Nei contesti collettivistici, al contrario, la sofferenza si lega al timore di deludere il gruppo, di non mantenere l'armonia o di non rispettare il proprio ruolo. In entrambi i casi, la dimensione relazionale è centrale, ma il baricentro dell'ansia si sposta: dall'autovalutazione individuale alla responsabilità interpersonale. Questa differenza di significato incide anche sulla narrazione della malattia e sulla costruzione dell'identità di paziente. Le modalità di ricerca d'aiuto riflettono la stessa logica. Dove l'individuo è concepito come agente autonomo, la sofferenza psichica è legittimata come problema personale e l'intervento psicologico rappresenta una risposta socialmente accettata. In contesti dove il sé è invece pensato in termini relazionali, l'ansia può essere iscritta in cornici morali, spirituali o comunitarie. Studi condotti in società arabe, africane e asiatiche mostrano che il disagio sociale viene spesso interpretato come perdita di equilibrio spirituale, debolezza morale o segno di disarmonia con la comunità (Quinlan, 2011). In questi casi, il primo ricorso non è al terapeuta, ma al leader religioso, al guaritore tradizionale o al gruppo familiare, in una rete di significati che mantiene la sofferenza all'interno del sistema simbolico locale (Kirmayer, 2001). Questo pluralismo di percorsi non implica maggiore o minore efficacia dei diversi sistemi di cura, ma evidenzia che ogni modello terapeutico opera all'interno di una concezione implicita del sé. Le terapie cognitivo-comportamentali, ad esempio, nate in contesti occidentali, presuppongono un soggetto autonomo e razionale, in grado di osservare i propri pensieri e modificarli attivamente. In culture che privilegiano la dimensione relazionale, l'accento sulla responsabilità individuale può risultare estraneo o persino dissonante. Gli adattamenti culturali della CBT, come il coinvolgimento della famiglia, l'uso di metafore collettive o l'integrazione di elementi spirituali, hanno mostrato di migliorare significativamente l'aderenza e l'efficacia terapeutica (Noda et al., 2017b).

La comprensione delle traiettorie del disturbo d'ansia sociale richiede dunque di superare una visione lineare e universalistica della malattia. Non esiste un'unica sequenza che conduca dall'insorgenza dei sintomi alla cura, ma una pluralità di percorsi condizionati dalle regole del contesto. In alcuni ambienti, l'ansia è resa visibile e trattata precocemente; in altri, rimane sommersa fino a divenire parte integrante dell'identità del soggetto. La cultura agisce come matrice che seleziona quali esperienze meritano attenzione clinica e quali restano invisibili. In termini più ampi, ciò suggerisce che la psicopatologia non può essere compresa senza un riferimento alla semiotica culturale: ogni società definisce il linguaggio legittimo della sofferenza e il repertorio delle risposte possibili. Nel caso del disturbo d'ansia sociale, queste definizioni determinano non soltanto la diagnosi, ma anche la forma del sintomo stesso. Laddove l'autonomia è un imperativo, l'ansia si esprime come paura di fallire da soli; laddove prevale l'interdipendenza, emerge come paura di deludere gli altri. Riconoscere questa pluralità di traiettorie non indebolisce la validità clinica della diagnosi, ma la rende più aderente alla complessità dell'esperienza umana. Tale complessità, tuttavia, non è statica: si trasforma insieme ai mutamenti sociali e tecnologici che ridefiniscono le modalità di relazione e di esposizione pubblica. La globalizzazione, la mediatizzazione e la pervasività dello sguardo digitale hanno introdotto nuovi scenari in cui la paura del giudizio assume forme inedite, estendendosi ben oltre il contatto faccia a faccia. È su questo terreno in continua evoluzione che si apre la riflessione successiva, dedicata ai contesti contemporanei e alle nuove configurazioni dell'ansia sociale (Kleinman, 1988; Kirmayer, 2006b).

### **3.4 Stigma e rappresentazioni sociali**

#### *3.5.1 Dinamiche culturali dello stigma nella salute mentale*

Lo stigma associato alla malattia mentale rappresenta una delle barriere più persistenti e insidiose nel campo della salute pubblica. Non costituisce un aspetto marginale, ma una dimensione che incide in profondità sull'esperienza soggettiva della sofferenza e sulle possibilità di accesso alla cura. Convivere con un disturbo psichico significa confrontarsi non solo con i sintomi, ma con il peso del giudizio sociale, l'etichettamento e le conseguenze concrete che ne derivano. Già negli anni Sessanta, Goffman (1963) descriveva lo stigma come un processo di *discrediting* capace di ridurre l'individuo a un tratto percepito come deviante, cancellandone la complessità biografica. Questa riduzione non è neutra: è la società stessa che decide quali caratteristiche siano

considerate accettabili e quali, invece, diventino segni di anomalia. La devianza, dunque, non è una proprietà del soggetto, ma una costruzione culturale. Sulle tracce di questa prospettiva, la letteratura successiva ha cercato di chiarire la struttura e le fasi del fenomeno. Link e Phelan (2001) hanno mostrato che lo stigma non è un atto isolato, bensì un processo che si articola in momenti successivi: dall'etichettamento alla formazione di stereotipi, fino alla discriminazione che produce esclusione sociale. Tale modello ha reso evidente la natura multilivello dello stigma, radicato non solo nei pregiudizi individuali ma anche nelle strutture collettive e istituzionali. È proprio questa dimensione sistemica a renderlo tanto resistente: modificare le convinzioni personali non basta, poiché la stigmatizzazione si riproduce attraverso pratiche sociali, narrazioni culturali e politiche pubbliche. Un contributo decisivo in questa direzione proviene da Bernice Pescosolido, che con il concetto di *public stigma* ha evidenziato la dimensione collettiva del fenomeno (Pescosolido, 2013). La ricerca mostra che chi riceve una diagnosi psichiatrica sperimenta più spesso disoccupazione, esclusione relazionale e ostacoli nell'accesso ai servizi, indipendentemente dalla gravità clinica. Lo stigma, dunque, non resta confinato all'immaginario: produce effetti tangibili, amplifica le disuguaglianze e aggrava la vulnerabilità dei soggetti. L'introduzione del modello biomedico avrebbe dovuto ridurre il peso del giudizio morale, assimilando i disturbi mentali alle patologie organiche. Tuttavia, questa speranza si è rivelata parziale. Come osserva Conrad (2007), la medicalizzazione ha sì legittimato la sofferenza psichica, ma ha anche generato nuove forme di etichettamento. La diagnosi, pur necessaria per orientare l'intervento terapeutico, tende a fissare l'identità del paziente nella cornice della patologia, trasformandosi in una sorta di marchio sociale. Ne deriva un paradosso: il linguaggio scientifico che mira a liberare dal pregiudizio finisce, talvolta, per riprodurlo, spostando la devianza dal piano morale a quello biologico. Questa dinamica non si esaurisce sul piano esterno. Lo stigma può essere interiorizzato e diventare *auto-stigma*: il soggetto assume su di sé gli stereotipi sociali e comincia a guardarsi attraverso la lente del pregiudizio. Numerosi studi documentano che tale processo alimenta vergogna, perdita di autostima e tendenza al ritiro sociale (Corrigan & Watson, 2002; Livingston & Boyd, 2010). L'auto-stigma, oltre a intensificare la sofferenza, riduce la probabilità di richiedere aiuto: chi si percepisce come "difettoso" o "incurabile" è meno incline a intraprendere o mantenere un percorso di cura (Vogel et al., 2007). La questione dello stigma non rappresenta dunque una cornice accessoria della malattia mentale, ma una parte costitutiva della sua esperienza. Questo è particolarmente evidente nei disturbi

d'ansia, e in modo ancora più marcato nel Disturbo d'Ansia Sociale. Il *social anxiety disorder* si colloca infatti in una zona di confine tra normalità e patologia: tratti come la timidezza o l'introversione sono socialmente tollerati, ma quando eccedono certe soglie diventano oggetto di diagnosi. Tale ambiguità rende il SAD vulnerabile a una doppia stigmatizzazione: da un lato quella che accompagna ogni condizione psichiatrica, che marchia l'individuo come "malato"; dall'altro quella sociale, che lo giudica "inadeguato" rispetto alle norme di comunicazione e di performance richieste dalla vita quotidiana (Heimberg et al., 2010; Schomerus et al., 2011). In questa duplice esposizione si riflette il nucleo più problematico del rapporto tra sofferenza psichica e stigma: il disturbo non solo genera dolore interno, ma viene continuamente amplificato da un contesto che lo interpreta come devianza.

### *3.5.2 Media e vergogna nella costruzione dello stigma*

Le rappresentazioni mediatiche della malattia mentale non sono mai state neutrali. Fin dal XIX secolo, la stampa popolare ha contribuito a costruire l'immagine della "follia" come sinonimo di pericolo, devianza e imprevedibilità, fissando nell'immaginario collettivo un legame tra disturbo psichico e minaccia sociale (Wahl, 1997). Tale immagine, consolidata nel corso del Novecento dal cinema e successivamente dalla televisione, ha prodotto una lunga tradizione di narrazioni stigmatizzanti. Come evidenzia Byrne (2000), nonostante i progressi nei paradigmi terapeutici e nei diritti civili, la rappresentazione mediatica della sofferenza psichica ha mantenuto nel tempo una sorprendente continuità, insistendo su figure di pericolosità, infantilizzazione o marginalità. Anche le produzioni più recenti, dai film hollywoodiani alle serie di successo, continuano a presentare il "malato mentale" come soggetto comico o minaccioso, confermando la funzione dei media come attori culturali capaci di riprodurre modelli di esclusione (Sieff, 2003). Il potere dei media, tuttavia, non si limita alla costruzione di singole immagini: essi partecipano alla formazione di emozioni collettive e di cornici interpretative condivise. Silver e colleghi (2013) hanno mostrato che l'esposizione prolungata a contenuti traumatici, come le immagini degli attentati o dei conflitti armati, può avere effetti psicologici duraturi, comparabili o superiori a quelli derivanti dalla prossimità fisica agli eventi. Tali risultati suggeriscono che i media non si limitano a rappresentare il trauma, ma lo generano e lo diffondono, trasformando esperienze lontane in vissuti condivisi di ansia e vulnerabilità (Gerbner et al., 2002).

Applicato al campo della salute mentale, questo meccanismo implica che la reiterazione di narrazioni stereotipate non si limita a riflettere un pregiudizio preesistente: essa contribuisce a produrlo, normalizzandolo nel tempo. Le immagini che associano i disturbi psichici a pericolosità, fragilità o incompetenza sociale diventano ciò che Hammer e Rogerson (2019) definiscono *memorable media messages*: rappresentazioni che si imprime nella memoria collettiva e orientano atteggiamenti, scelte politiche e pratiche di esclusione. Queste narrazioni non agiscono in modo uniforme, ma selezionano i gruppi da marginalizzare e i tratti da patologizzare, intrecciandosi con dinamiche di potere legate a classe, razza e genere. In questo senso, i media non si limitano a riflettere la stigmatizzazione, ma la strutturano e la gerarchizzano. Con l'avvento dei social media, lo scenario si è ulteriormente complessificato. Da un lato, piattaforme come *Twitter*, *Facebook* e *TikTok* hanno creato spazi in cui le persone possono condividere esperienze personali di sofferenza psichica, promuovendo forme di riconoscimento reciproco e riducendo gli atteggiamenti (Naslund et al., 2016; Vogel et al., 2021). Questi ambienti digitali possono quindi funzionare come strumenti di normalizzazione, in grado di contrastare i frame patologizzanti dei media tradizionali. Dall'altro lato, la logica algoritmica che regola la visibilità dei contenuti facilita anche la diffusione di discorsi stigmatizzanti, attraverso anonimato, *hate speech* e dinamiche virali. I social network non sono dunque intrinsecamente emancipatori né stigmatizzanti, ma spazi di tensione nei quali la rappresentazione della malattia mentale è costantemente negoziata. La questione mediatica si intreccia inevitabilmente con quella politica. Goodale (2006) sottolinea che i discorsi pubblici contribuiscono a definire chi è riconosciuto come soggetto titolare di diritti e chi, invece, viene escluso dalla cittadinanza piena. Quando la sofferenza mentale è narrata come minaccia, si legittimano pratiche di controllo e segregazione; quando viene rappresentata come vulnerabilità, si aprono spazi per politiche di sostegno e inclusione. In entrambi i casi, i media delimitano i confini del possibile, decidendo quali forme di sofferenza meritino empatia e quali, invece, debbano essere temute o ridicolizzate. Il Disturbo d'Ansia Sociale occupa una posizione particolarmente delicata all'interno di questo panorama. Le narrazioni mediatiche che associano la timidezza estrema all'incapacità relazionale o al fallimento personale amplificano l'auto-stigma di chi già vive una forte sensibilità al giudizio altrui. In tal modo, il SAD diventa non solo una condizione clinica, ma anche un costrutto culturale continuamente ridefinito e rinforzato dalle rappresentazioni sociali. La riservatezza e l'evitamento, tratti che in altri contesti

potrebbero essere interpretati come prudenza o modestia, vengono patologizzati e trasformati in segni di devianza (Corrigan & Watson, 2002). Lo stigma, tuttavia, non agisce soltanto attraverso stereotipi espliciti: penetra nella dimensione affettiva dell'esperienza attraverso emozioni morali che regolano la vita sociale. Tra queste, la vergogna riveste un ruolo centrale. A differenza della colpa, che riguarda la trasgressione di una norma, la vergogna nasce dallo sguardo dell'altro e dal timore di perdere riconoscimento (Manion, 2002). Nel caso del SAD, questa emozione amplifica la vulnerabilità: l'ansia legata al giudizio si intreccia con la percezione di inadeguatezza morale, alimentando un circolo di evitamento e autosvalutazione. Come osserva Pelissolo (1995), la fobia sociale è stata a lungo descritta come una forma di timidezza eccessiva, ma sempre accompagnata da una connotazione morale negativa, legata a idee di debolezza o mancanza di forza. In questo passaggio dal linguaggio clinico al giudizio etico si manifesta la continuità fra rappresentazioni culturali e processi di stigmatizzazione. La vergogna non è solo un'esperienza interiore: agisce come dispositivo di regolazione collettiva. Gli studi di Corrigan e collaboratori (2004) mostrano che la percezione di possibile rifiuto o discriminazione induce le persone con disturbi mentali a evitare le situazioni pubbliche, interiorizzando lo stigma in forma di auto-stigma. Horwitz (2002) aggiunge che i modelli biomedici, pur apparendo neutri, incorporano giudizi morali impliciti: classificare un comportamento come patologico significa definirlo deviante rispetto a un ordine normativo e, di conseguenza, legittimare l'intervento medico e sociale. Lo stigma diventa così parte integrante dei sistemi diagnostici, fondendo linguaggio clinico e dimensione etica. Alla luce di queste considerazioni, il Disturbo d'Ansia Sociale appare come un caso emblematico dell'intreccio fra media, stigma e vergogna. Tratti diffusi come la riservatezza o l'introversione, quando etichettati come disturbo, si trasformano in segni di inferiorità morale e in cause di esclusione simbolica. L'incontro tra prospettive storiche, psicologiche ed etiche mostra che la vergogna rappresenta il nucleo affettivo che rende lo stigma efficace: essa opera non solo attraverso rappresentazioni esterne, ma nella coscienza stessa del soggetto (Scheff, 2003). Contrastare lo stigma, pertanto, non significa soltanto correggere stereotipi o migliorare la comunicazione pubblica, ma interrogare i meccanismi con cui le società attribuiscono valore morale alle differenze psichiche e comprendere il ruolo che i media continuano a esercitare in questo processo.

### 3.5.3 Configurazioni culturali del Disturbo d'Ansia Sociale

Il Disturbo d'Ansia Sociale offre un esempio particolarmente eloquente di quanto le categorie cliniche siano radicate nei mondi culturali che le hanno generate. I criteri cui si affidano i manuali diagnostici internazionali nascono infatti all'interno di società occidentali, dove prevalgono modelli individualistici e un forte accento sulla prestazione, sull'indipendenza e sulla capacità di affermarsi nello spazio pubblico. La letteratura di Psicologia transculturale sottolinea l'importanza di distinguere tra la dimensione *etic*, che presume l'universalità dei criteri diagnostici, e la dimensione *emic*, che valorizza l'esperienza situata e la sua interpretazione locale (Kirmayer, 2006a). L'ansia sociale non costituisce dunque un'entità uniforme: ciò che in una cultura viene percepito come sintomo di disfunzione può, in un'altra, essere considerato un segno di modestia o conformità alle norme sociali. Come osservano Heinrichs e colleghi (2006), le manifestazioni dei disturbi d'ansia si modellano sui valori dominanti della società di appartenenza, assumendo configurazioni differenti a seconda del contesto. Un esempio paradigmatico di questa variabilità è offerto dal *Taijin Kyofusho* (TKS), sindrome descritta in Giappone e riconosciuta nel DSM-5 come *cultural concept of distress* (American Psychiatric Association, 2013). Il TKS condivide con il SAD la dimensione della paura sociale, ma ne rovescia il centro di gravità: l'ansia non nasce dal timore di essere giudicati, bensì da quello di poter offendere o disturbare gli altri. Le sue varianti cliniche, come la *sekimen-kyofu* (paura di arrossire), la *jikoshu-kyofu* (timore di emanare odori sgradevoli), la *shubo-kyofu* (preoccupazione per difetti fisici) e la *megan-kyofu* (paura di guardare in modo inappropriato), riflettono tutte un'attenzione costante all'impatto interpersonale delle proprie azioni (Kondo et al., 2020b). In un contesto in cui l'identità è costruita in relazione al gruppo, la sofferenza deriva dall'idea di compromettere l'armonia collettiva, non dalla perdita di competenza individuale. Studi recenti su campioni giapponesi indicano che il TKS si colloca all'intersezione tra vulnerabilità biologiche e modelli culturali di interdipendenza (Kleinknecht et al., 1997) confermando che la diagnosi psichiatrica è sempre il risultato di un dialogo tra predisposizioni e norme sociali. Le teorie di Hofstede (2001) e di Markus e Kitayama (1991) offrono una cornice utile per interpretare tali differenze. Nelle culture individualistiche, la realizzazione personale e l'autonomia sono valori centrali; nelle culture collettivistiche, prevalgono l'interdipendenza, la cooperazione e il rispetto delle gerarchie. In termini psicologici, il *self* indipendente, tipico delle società occidentali, si definisce per differenziazione, mentre il *self* interdipendente, caratteristico di molte

società asiatiche, si costruisce attraverso i legami e il contributo al gruppo. L'ansia sociale emerge come espressione di tensione tra queste due modalità di essere nel mondo. Ricerche comparative hanno documentato come questa differenza di prospettiva incida sulla forma del disturbo. Takano e Osaka (2018), confrontando studenti giapponesi e olandesi, hanno evidenziato che in Giappone la salute mentale è associata alla capacità di adempiere ai propri ruoli sociali e di preservare l'armonia collettiva, mentre nei Paesi Bassi è collegata alla libertà individuale e all'autorealizzazione. Di conseguenza, in Giappone l'ansia riguarda il rischio di disturbare l'altro o di fallire nel garantire equilibrio relazionale; nei Paesi Bassi, il timore principale è quello di non essere sufficientemente autonomi o competenti. In contesti collettivistici, comportamenti riservati o inibiti possono essere interpretati come segni di rispetto, mentre in quelli individualistici sono letti come deficit di assertività. Questa prospettiva consente di comprendere perché i tassi di prevalenza del SAD risultino generalmente più elevati in Occidente. Parte di tale differenza riflette non tanto una reale variazione epidemiologica, quanto il modo in cui le società definiscono e valutano i comportamenti sociali. Heinrichs e colleghi (2006) hanno mostrato che in Paesi come gli Stati Uniti e i Paesi Bassi, l'introversione e la timidezza sono percepite come segnali di inadeguatezza e perdita di valore sociale, mentre in Indonesia, società a orientamento collettivistico, gli stessi tratti vengono associati a modestia e rispetto. L'ansia sociale, pur presente in entrambe le culture, non produce quindi le stesse conseguenze psicologiche né lo stesso grado di stigma. Ulteriori dati provengono dalla ricerca condotta in Malesia, dove la dimensione religiosa e morale assume un ruolo determinante nella definizione dell'esperienza ansiosa. Uno studio su adolescenti malesi (Yassin et al., 2019) ha evidenziato che la paura non si concentra tanto sul giudizio sociale, quanto sul timore di non adempiere correttamente ai propri doveri religiosi e comunitari. In questo contesto, l'ansia sociale si intreccia con sentimenti di colpa e inadeguatezza morale: la preoccupazione non riguarda solo la competenza personale, ma la conformità a un ordine etico condiviso. Tale cornice culturale può attenuare la stigmatizzazione, poiché comportamenti riservati sono spesso valorizzati come segni di modestia, ma al tempo stesso può amplificare la vergogna, trasformando il disagio in un'esperienza moralmente connotata. Questi esempi dimostrano che il Disturbo d'Ansia Sociale non può essere compreso attraverso modelli universalistici. La sua espressione dipende dai significati sociali attribuiti alla relazione tra individuo e collettività, e dalle modalità con cui ciascuna cultura organizza il rapporto tra autonomia e appartenenza. L'approccio

transculturale non relativizza la diagnosi, ma ne amplia la portata, mostrando che i sintomi psicopatologici non emergono in un vuoto ma si radicano nei sistemi simbolici, morali e religiosi che danno forma all'esperienza. Sul piano empirico, l'indagine presentata in questo studio si propone di esplorare tali variazioni attraverso due assi principali: la paura della valutazione negativa, tipica dei contesti centrati sulla performance, e la paura di offendere o disturbare gli altri, caratteristica dei contesti orientati all'armonia. Gli strumenti utilizzati includono misure di vergogna e colpa, ipotizzate come variabili mediatrici tra norme sociali percepite e sintomi ansiosi (Leary, 1983). La vergogna, intesa come paura di uno sguardo svalutante, si prevede più marcata nei contesti in cui l'appartenenza al gruppo è centrale; la colpa, legata alla trasgressione morale, potrebbe invece emergere nei contesti in cui la religiosità e le aspettative etiche svolgono un ruolo più forte. Verranno inoltre analizzati fattori come esposizione ai media, propensione alla *disclosure* e ricerca di aiuto, poiché la letteratura indica che un'elevata esposizione a contenuti ansiogeni può aumentare l'auto-stigma, mentre la condivisione controllata delle esperienze favorisce la riduzione dell'evitamento. Variabili contestuali, come religiosità soggettiva, norme familiari e composizione culturale del gruppo, saranno considerate come moderatori, mentre la verifica dell'equivalenza metrica delle scale garantirà la comparabilità interculturale. In tal modo, la discussione dei risultati potrà restituire una lettura più precisa del modo in cui i profili culturali modellano l'esperienza dell'ansia sociale, la vergogna e le strategie di coping (Moscovitch, 2009). Il percorso teorico tracciato fin qui costituisce la premessa necessaria alla lettura dei risultati empirici, nei quali la dimensione culturale dell'ansia sociale potrà essere osservata nella sua traduzione concreta, tra differenze di contesto e configurazioni soggettive.

## CAPITOLO IV

### LA RICERCA EMPIRICA: LA PERCEZIONE DELL'ANSIA SOCIALE TRA DIMENSIONE FAMILIARE E CULTURALE

#### 4.1 Approccio epistemologico della ricerca

##### 4.1.1 Assunti epistemologici

Ogni indagine educativa ha origine in un gesto di attenzione consapevole: non la semplice osservazione di un fenomeno, ma l'atto di porsi dentro la sua trama, accettando che il conoscere implichi sempre un coinvolgimento. Studiare il disturbo d'ansia sociale, soprattutto in un tempo definito dall'incertezza, significa interrogare i processi attraverso cui gli individui imparano a riconoscersi nel mondo, a misurare il proprio valore attraverso gli occhi degli altri, a tradurre in comportamento la tensione costante fra autonomia e bisogno di appartenenza. La ricerca empirica che qui si presenta nasce da questa consapevolezza e si fonda su una posizione epistemologica che rifiuta la separazione tra soggetto e oggetto del sapere, tra teoria ed esperienza, tra scienza e vita.

La conoscenza pedagogica non si limita a descrivere, ma tenta di comprendere come le forme del vivere diventino forme del pensare. Essa è una conoscenza riflessiva, radicata nel vissuto e nella relazione, che considera l'essere umano come entità situata: in una cultura, in una famiglia, in un linguaggio, in una rete di simboli (Bronfenbrenner, 1979; Bruner, 1996). L'ansia, e la sua declinazione sociale, emergono come espressione di questo orizzonte situato, risultato dell'incontro tra il mondo interno del soggetto e le strutture culturali che lo circondano. Come sottolineano Kirmayer e Kleinman (2006), nessun comportamento, neppure quello che appare disfunzionale, è privo di significato culturale: esso racconta un modo di abitare il mondo, una strategia di sopravvivenza di fronte all'instabilità del reale. Il punto di partenza è dunque antropologico prima che metodologico. La società dell'incertezza, di cui Bauman (2007) ha delineato le contraddizioni e Han (2016) ha mostrato la deriva verso la prestazione, costituisce il contesto in cui il disagio assume nuove forme. L'individuo contemporaneo cresce in un ecosistema comunicativo e affettivo che chiede efficienza e visibilità, ma al tempo stesso produce solitudine e paura del giudizio. L'educazione, nel suo senso più profondo, è il luogo in cui tali contraddizioni si incarnano e possono essere rielaborate: ciò che si apprende non è

soltanto un insieme di competenze, ma una postura emotiva verso il mondo (Nussbaum, 2010). Indagare l'ansia sociale diventa allora un modo per interrogare la qualità di questa formazione implicita, per capire come la cultura insegni a percepire sé stessi e gli altri. Da questa prospettiva prende forma una epistemologia relazionale, che riconosce nel dialogo il suo principio fondativo. La conoscenza, per essere autentica, deve passare attraverso l'incontro con le persone, con i loro racconti, con le strutture simboliche che ne determinano l'immaginario. L'oggettività, intesa come distacco neutrale, lascia il posto a una forma più alta di rigore, quella che nasce dalla consapevolezza del proprio coinvolgimento (Damasio, 2010). Il ricercatore, in questa visione, non è un osservatore esterno ma un interlocutore che condivide parte del mondo che studia. La sua soggettività non è un ostacolo ma uno strumento di comprensione, purché costantemente riflessa e resa trasparente (Levitt et al., 2018). Questa postura dialogica si innesta nel paradigma costruttivista delle scienze dell'educazione, che considera la realtà come un insieme di relazioni in movimento (Bateson, 1972). Ogni fenomeno umano è il prodotto di molteplici livelli di interazione, biologica, psichica, affettiva, sociale, simbolica, e solo un pensiero capace di connetterli può avvicinarsi al loro significato. È questo il senso più profondo della complessità, come ricorda Morin (1990): non la somma dei saperi, ma la loro convergenza attorno a una domanda di senso. In tal modo, la ricerca pedagogica non rinuncia alla precisione analitica del dato, ma la integra in una cornice interpretativa che restituisce profondità al vissuto (McCrudden, Marchand & Schutz, 2019). L'adozione di un simile orientamento epistemologico implica anche una presa di posizione etica. Chi si occupa di ansia, soprattutto quando l'oggetto riguarda adolescenti e giovani adulti, entra in contatto con dimensioni di fragilità che chiedono rispetto e custodia. La ricerca non è mai un atto neutro: nel momento in cui interroga la sofferenza, la trasforma, la espone, la reinterpreta. È per questo che ogni percorso di conoscenza deve fondarsi su una *etica dell'ascolto*, in cui la raccolta dei dati diventa anche un'occasione di restituzione di senso ai partecipanti (Tronto, 2013). Non si tratta di indagare dall'alto, ma di camminare accanto, riconoscendo in ogni risposta, in ogni esitazione, un frammento di verità biografica. In questo modo, il sapere educativo assume un valore performativo: conoscere significa già modificare, anche soltanto attraverso il modo in cui si guarda. Tale consapevolezza avvicina la Pedagogia alla fenomenologia e alle scienze cognitive, nella misura in cui entrambe condividono l'idea che la mente e la realtà si co-costruiscano nel contatto (Varela, Thompson & Rosch, 1991). L'ansia sociale, allora, non è soltanto un disturbo, ma un linguaggio del corpo e

della mente, una risposta all'eccesso di stimoli, alla mancanza di radicamento, alla continua esposizione al giudizio. Studiare tale linguaggio in chiave educativa significa cercare di comprendere come gli individui apprendano l'insicurezza e come possano essere accompagnati verso un sapere di sé più stabile e consapevole. La complessità di questa prospettiva giustifica la necessità di un approccio interdisciplinare, in cui la Pedagogia dialoga con la Psicologia dello sviluppo, la sociologia della cultura, le neuroscienze e la filosofia dell'educazione. Non si tratta di accostare saperi diversi, ma di costruire un campo comune in cui ciascuno di essi contribuisca alla comprensione del fenomeno umano nella sua interezza. Gli studi recenti in Psicologia dell'educazione sottolineano la rilevanza di modelli integrati capaci di leggere i processi formativi attraverso le dimensioni motivazionali, cognitive e affettive (Kaplan, Katz & Flum, 2012). Tale integrazione permette di considerare l'ansia sociale non come esito isolato ma come effetto di un sistema di apprendimenti impliciti che attraversano la vita quotidiana. A questo livello, l'epistemologia si intreccia con la metodologia. Il modo in cui si guarda un fenomeno ne determina la forma che esso assume. La scelta di una prospettiva mista, che unisce strumenti quantitativi e qualitativi, nasce dalla convinzione che la verità educativa si manifesti tanto nella misura quanto nella parola, tanto nella tendenza collettiva quanto nel singolo racconto. Questa ricerca si colloca infine all'interno di una visione umanistica della scienza, che riconosce nella conoscenza una forma di cura. Indagare la paura del giudizio, la difficoltà di esporsi, il bisogno di perfezione non ha soltanto una funzione descrittiva: significa restituire visibilità a ciò che nella vita quotidiana rimane taciuto o inespresso. La Pedagogia, quando si apre alla vulnerabilità, diventa un linguaggio che accoglie, un luogo in cui la scienza incontra la speranza. In questo senso, la cornice epistemologica qui delineata non si limita a fondare un metodo di indagine, ma afferma una visione dell'uomo come essere in relazione, capace di costruire significato anche nel disagio (Bellingreri, 2012).

#### *4.1.2 Paradigma metodologico e fondamento epistemico*

Ogni scelta metodologica è, in primo luogo, un atto di pensiero. Decidere come conoscere significa definire quale rapporto si intenda instaurare con la realtà e fino a che punto si ritenga possibile tradurla in linguaggio scientifico. Ogni metodo racchiude una visione dell'uomo e del mondo, e questa ricerca nasce dall'idea che la conoscenza non sia un'operazione neutra, ma un gesto relazionale. Il ricercatore, il soggetto e il contesto

formano un unico campo di senso, in cui le distinzioni tradizionali tra osservatore e osservato, tra dato e interpretazione, si fanno porose e reciproche. L'indagine sul disturbo d'ansia sociale esige un paradigma capace di restituire tale complessità. La natura del fenomeno, intreccio di dimensioni psicologiche, pedagogiche e culturali, non si lascia circoscrivere entro i confini di un'unica prospettiva. L'esperienza della paura sociale, che si radica nell'intreccio tra percezione di sé e rappresentazione dell'altro, chiama in causa il linguaggio dei numeri e quello dei racconti, le regolarità statistiche e le singolarità biografiche. Per questa ragione il presente lavoro adotta un paradigma misto, nel quale il dato quantitativo e la parola qualitativa si completano a vicenda, offrendo alla conoscenza la possibilità di essere, al tempo stesso, rigorosa e umana (Tashakkori & Teddlie, 2010). Il riferimento teorico più profondo di tale impostazione è il pragmatismo, nella linea che da Peirce conduce a Dewey. In tale ottica, la verità non è una qualità intrinseca delle idee, bensì la loro attitudine a produrre conseguenze vitali e trasformative (Dewey, 1938). Conoscere significa agire e trasformare; la validità del sapere si misura nella sua efficacia esperienziale. Trasferito in ambito educativo, questo principio implica che la ricerca non si limita a registrare il mondo, ma partecipa alla sua ricostruzione, intrecciando teoria e prassi in un movimento continuo. Il metodo misto incarna tale visione, unendo la misura e la narrazione in un unico processo interpretativo, dove la quantità suggerisce le domande e la qualità le riporta al loro spessore umano (Creswell & Plano Clark, 2018). In Pedagogia, ciò si traduce in una postura pluralista: non un compromesso tra opposti, ma il riconoscimento che ogni metodo illumina solo un frammento della realtà e che la verità, quando riguarda l'esperienza formativa, si manifesta nella loro convergenza. L'approccio misto non nasce per sommare ma per integrare, e trova nella ricerca educativa il suo terreno più naturale, perché l'educazione è per sua essenza molteplice, attraversata da logiche diverse e da tensioni che nessun linguaggio unico può esaurire (Greene & Hall, 2010). La scelta di più strumenti non è, dunque, segno di indecisione, ma di fedeltà al reale, di rispetto verso la complessità del fenomeno umano. Da un punto di vista epistemico, il paradigma adottato si colloca nel solco costruttivista e relazionale, ma ne amplia l'orizzonte introducendo una dimensione pragmatico- ermeneutica. La conoscenza è intesa come co-costruzione di significati, ma anche come azione trasformativa. L'incontro fra la logica quantitativa e quella qualitativa diventa il luogo in cui si ricompone la frattura fra spiegare e comprendere, fra il desiderio di generalizzare e la necessità di restare fedeli alla singolarità (Blank, 2013). Il sapere che ne nasce è sempre parziale, ma aperto, capace di evolvere con il

fenomeno che descrive e con le voci che lo abitano. Un simile approccio rifiuta sia il dogmatismo della scienza unica sia il relativismo di un'interpretazione senza criteri. Ogni tecnica di ricerca ha valore solo in quanto adeguata al suo oggetto e coerente con le domande che la generano. Il metodo non è un insieme di procedure, ma un modo di pensare, un gesto intellettuale che si rinnova a ogni incontro con il reale. Per questo, la presente ricerca adotta una logica a spirale, in cui la misurazione orienta l'ascolto e l'ascolto, a sua volta, reinterpreta la misura, generando un processo di chiarificazione progressiva. Questo paradigma, oltre che scientificamente efficace, ha un valore etico. Restituire la complessità significa riconoscere la dignità dei soggetti coinvolti, sottrarli all'astrazione di una categoria e restituirli alla concretezza delle loro vite. Come ricorda Flick (2018), la triangolazione non serve a confermare un'ipotesi, ma a rendere visibile ciò che rimane nascosto quando si adotta un solo punto di vista. In questa direzione, la metodologia mista diventa una forma di rispetto: un ascolto plurale che si lascia sorprendere dal dato e dall'esperienza. La ricerca così concepita non è un percorso di verifica, ma di scoperta. Ogni risultato apre nuove domande, ogni interpretazione rimanda ad altre letture. Il sapere si configura come un processo dialogico in cui il ricercatore non domina, ma accompagna. Tale postura riflessiva restituisce al metodo la sua dimensione umana: conoscere equivale a incontrare, e l'incontro è sempre trasformativo. Il paradigma misto, dunque, non è solo una strategia operativa, ma un'etica del guardare, un modo di abitare la complessità senza ridurla. In ultima analisi, l'adozione di un impianto metodologico integrato esprime la convinzione che il rigore non sia l'opposto della sensibilità, ma la sua condizione. Solo un sapere capace di precisione e di empatia può dirsi pedagogico, perché solo in questa doppia tensione la scienza incontra la cura. Il metodo diventa così una forma di responsabilità: la scelta di accostarsi al mondo con misura, consapevoli che comprendere non è mai un gesto neutro, ma un atto di attenzione.

#### *4.1.3 La ricerca educativa tra logica della complessità e integrazione dei saperi*

La Pedagogia, più di altre discipline, nasce dalla consapevolezza che comprendere significa saper connettere, e ogni connessione rivela tanto il fenomeno osservato quanto il modo in cui lo sguardo del ricercatore si dispone verso di esso. Nel contesto contemporaneo, segnato da processi culturali accelerati e da una crescente frammentazione dei linguaggi, la ricerca educativa è chiamata a superare il modello lineare di causa ed effetto e ad assumere la forma di un sistema dinamico, in cui i

fenomeni non si spiegano isolandoli, ma mettendoli in relazione (Morin, 1990). La logica della complessità non coincide con l'accumulo di saperi diversi, ma con la capacità di coglierne le interdipendenze. È un pensiero che abbandona la linearità del procedere e riconosce il valore dell'incertezza come dimensione costitutiva della conoscenza. Bateson (1972) aveva già mostrato che ogni processo cognitivo è, in sé, una relazione: un circuito di differenze che produce significato. Il suo concetto di *pattern that connects* rappresenta una delle più profonde intuizioni epistemologiche del Novecento, e trova nel campo educativo una risonanza diretta. Educare significa, in fondo, insegnare a pensare in termini di relazioni, a riconoscere le connessioni nascoste che uniscono il gesto, la parola e il contesto. Nella prospettiva batesoniana, la mente non è contenuta nel singolo individuo, ma si estende attraverso il sistema di relazioni in cui l'individuo vive. Tale visione sistemica introduce una nozione di intelligenza che non appartiene all'io, ma alla rete delle interazioni. È su questo terreno che la Pedagogia incontra la complessità: nell'idea che ogni apprendimento, ogni forma di conoscenza, sia il risultato di una co-costruzione fra soggetti, linguaggi e ambienti. Da questa concezione deriva la necessità di una ricerca che si lasci attraversare da più prospettive e che sappia abitare la tensione fra rigore e apertura. L'integrazione dei saperi non è, quindi, un esercizio di eclettismo, ma una risposta alla natura dialogica dell'educazione. Morin (2001) ha definito la complessità come la sfida del "pensare insieme ciò che è separato". In questa visione, la ricerca educativa diviene il luogo in cui la pluralità dei metodi non è un ostacolo, ma una risorsa, perché riflette la pluralità dell'esperienza umana. L'uso combinato di strumenti quantitativi e qualitativi non mira a dissolvere le differenze epistemiche, ma a farle dialogare, in un processo in cui ogni punto di vista interroga l'altro e ne estende la portata. La scienza dell'educazione, in quanto scienza del senso, non può essere confinata in un paradigma unico. Essa si nutre di confini mobili e si sviluppa nei passaggi, negli spazi di intersezione. Cambi (2000) la definisce una disciplina "cerniera", capace di tenere insieme la dimensione empirica e quella ermeneutica, il dato e l'interpretazione, la norma e il vissuto. In questo senso, la ricerca educativa accoglie la complessità non come ostacolo metodologico, ma come forma naturale del suo oggetto. L'educazione, infatti, è per sua essenza evento relazionale, mai pienamente prevedibile né del tutto controllabile. Il paradigma della complessità implica anche un diverso modo di intendere la causalità. Non più catena lineare di antecedenti e conseguenze, ma rete di influenze reciproche, in cui il cambiamento di una parte produce trasformazioni nell'intero sistema. L'ansia sociale, oggetto di questa ricerca, non può

essere spiegata ricorrendo a una sola variabile: nasce dall'intreccio fra dimensioni personali e culturali, stili genitoriali, rappresentazioni sociali e modelli educativi. Una ricerca che voglia comprenderla deve dunque muoversi attraverso più piani di analisi, riconoscendo che ogni elemento acquista senso solo all'interno del contesto relazionale in cui si manifesta. Da questa impostazione discende la necessità di un metodo che rifletta la complessità del fenomeno. L'integrazione fra approcci quantitativi e qualitativi non è soltanto un espediente tecnico, ma l'espressione di un principio di coerenza epistemica. Il dato numerico consente di individuare regolarità e tendenze, ma senza la parola dei soggetti rischia di rimanere privo di significato. Al contrario, la narrazione restituisce spessore alle esperienze, ma ha bisogno del confronto con la misura per evitare l'autoreferenzialità. Il dialogo fra i due livelli diventa così l'essenza stessa del processo conoscitivo: un movimento di andata e ritorno fra descrizione e interpretazione, fra la voce del singolo e la trama collettiva (Greene, 2007). In questa logica, la conoscenza si presenta come un atto riflessivo che coinvolge il ricercatore. La complessità, infatti, non è solo nel mondo, ma anche nello sguardo che lo osserva. Ogni lettura implica una scelta, ogni interpretazione un posizionamento. Accettare la complessità significa allora riconoscere la parzialità del proprio punto di vista e, nello stesso tempo, assumersi la responsabilità di renderlo trasparente. È in questa forma di consapevolezza che la ricerca educativa trova la sua cifra etica: la verità non come possesso, ma come relazione. L'integrazione dei saperi è anche un esercizio di linguaggio. Ogni disciplina parla la realtà in modo diverso, e solo nella traduzione reciproca i significati si rinnovano. La ricerca mista, in quanto spazio di traduzione, permette di creare un linguaggio comune, capace di accogliere la precisione della statistica e la profondità del racconto. In questo incontro di grammatiche diverse, la Pedagogia assume il ruolo di mediazione, diventando il luogo in cui il sapere tecnico si apre al senso e quello narrativo trova misura. L'approccio complesso non pretende di risolvere la tensione tra ordine e incertezza, ma di abitarla. È un pensiero che accetta la contraddizione come condizione generativa. Per questo, la ricerca che ne deriva non punta alla sintesi, ma all'armonia mobile delle differenze, alla possibilità di costruire mappe che restano aperte, provvisorie, permeabili. In tal senso, la logica della complessità non è solo un paradigma cognitivo, ma una forma di umanesimo, una postura di ascolto che restituisce all'educazione la sua funzione originaria: quella di insegnare a pensare insieme, a collegare ciò che appare distante, a dare senso alle fratture del vivere.

#### 4.1.4 La logica induttiva e la costruzione del significato: il contributo della *Grounded theory* costruttivista

L'idea di una conoscenza che emerga dal vissuto, piuttosto che imporsi su di esso, segna uno dei passaggi più significativi nella storia delle scienze sociali del Novecento. È in questa prospettiva che prende forma la *Grounded Theory*, metodo che ribalta la gerarchia tradizionale fra teoria ed esperienza, restituendo al campo la sua potenza generativa. Nata dal lavoro di Barney Glaser e Anselm Strauss negli anni Sessanta, la *Grounded Theory* nasce come reazione a un'idea di ricerca rigidamente deduttiva, dominata dal principio di verifica ipotetica e da una concezione positivista del dato. Nel testo fondativo *The Discovery of Grounded Theory* (1967), gli autori affermano che la teoria deve essere “*grounded*”, radicata, nei dati empirici, generata a partire dall'osservazione sistematica delle pratiche e dei significati sociali. Non si tratta dunque di applicare un modello al reale, ma di lasciar emergere dal reale le strutture interpretative che lo rendono comprensibile. Con il passare del tempo, questa impostazione si è evoluta fino a includere un'intera costellazione di declinazioni teoriche. Fra queste, la più feconda per la ricerca educativa contemporanea è la *Grounded Theory* costruttivista, formulata da Kathy Charmaz (2006, 2014) e successivamente approfondita da Bryant e Charmaz (2019). Essa rifiuta l'idea di un ricercatore neutrale, collocato fuori dal processo conoscitivo, e riconosce invece la natura dialogica del sapere: la teoria non è scoperta come una verità già presente nei dati, ma costruita attraverso l'incontro interpretativo tra ricercatore e partecipante. Ogni concetto nasce così da un processo di co-costruzione, in cui la voce dei soggetti e quella dell'analista si intrecciano in una forma di conoscenza condivisa. Questa evoluzione segna un passaggio decisivo: dalla *Grounded Theory* classica, di matrice oggettivista, a una concezione pienamente costruttivista e relazionale. Se nella prospettiva originaria l'obiettivo era generare teorie “a medio raggio” in grado di descrivere regolarità sociali, nella visione costruttivista il centro si sposta sull'esperienza soggettiva e situata. Il dato non è più considerato come un'entità neutra, ma come espressione di un contesto culturale e affettivo che ne determina il senso. Come sottolinea Charmaz (2014), i dati non “parlano da soli”: è l'interazione, l'interpretazione e la riflessione del ricercatore che consentono al significato di emergere. Da questa prospettiva, la *Grounded Theory* costruttivista diventa non soltanto un metodo analitico, ma una filosofia della ricerca. Essa assume che la conoscenza si costruisca nel dialogo e che il sapere sia sempre situato, provvisorio e negoziato. La verità, in questo orizzonte, non è una corrispondenza statica

tra parola e realtà, ma un processo dinamico di rielaborazione continua. Il concetto di “teoria” perde la pretesa di universalità e si fa *locale*, radicato nella singolarità dei vissuti, nelle trame emotive e simboliche che attraversano il campo.

Questa prospettiva si rivela particolarmente fertile per lo studio dei fenomeni educativi e psicopedagogici, in cui le variabili oggettive e soggettive si intrecciano in modo indissolubile. Comprendere un vissuto, come quello dell’ansia sociale, non significa misurarlo in modo esterno, ma cogliere il modo in cui esso viene vissuto, narrato e reso intelligibile da chi lo sperimenta. In tal senso, l’approccio costruttivista permette di ascoltare il fenomeno “dall’interno”, di esplorare le categorie attraverso cui gli individui danno forma alla propria esperienza, e di restituire una teoria che non impone, ma interpreta. La *Grounded Theory costruttivista* si fonda su tre principi cardine: la logica induttiva, la comparazione costante e la riflessività del ricercatore. L’induzione implica che le categorie concettuali emergano gradualmente dal materiale empirico, attraverso un processo iterativo di codifica e interpretazione. Il ricercatore procede per approssimazioni successive, ritornando più volte ai dati per affinarne la lettura e verificare la coerenza interna delle categorie. La comparazione costante garantisce invece la solidità del processo teorico: ogni nuova osservazione è messa a confronto con le precedenti, in un movimento continuo fra parte e tutto, fra dato e concetto. Infine, la riflessività diviene condizione epistemica: il ricercatore non è osservatore esterno, ma parte integrante del sistema di significati che analizza. Questo assetto metodologico si armonizza con la logica della complessità descritta nelle sezioni precedenti. Entrambi i paradigmi condividono un’idea di conoscenza non lineare, processuale e relazionale. Come Morin (1990) e Bateson (1972) hanno mostrato, ogni fenomeno umano è il risultato di interazioni multiple e imprevedibili: comprendere significa intrecciare, più che separare. La *Grounded Theory costruttivista* traduce questo principio in pratica di ricerca, costruendo la teoria non come un sistema chiuso, ma come un tessuto aperto di connessioni. Nel contesto di questa tesi, tale approccio ha guidato l’analisi qualitativa delle narrazioni raccolte, consentendo di esplorare le rappresentazioni soggettive dell’ansia sociale e il modo in cui esse si radicano nei modelli familiari e nei valori culturali. Le interviste semi-strutturate, condotte in parallelo alla somministrazione del questionario, hanno permesso di far emergere un sistema complesso di relazioni tra percezione del sé, vissuto emotivo e interiorizzazione delle aspettative genitoriali. L’analisi, ispirata alla logica *grounded*, non si è limitata a classificare le risposte, ma ha cercato di comprendere le dinamiche di senso che attraversano le biografie dei

partecipanti, individuando categorie interpretative capaci di connettere i livelli individuale, familiare e sociale. Attraverso la costante comparazione fra casi, si è potuto osservare come le esperienze di ansia sociale assumano forme differenti in relazione ai contesti di appartenenza, ai modelli educativi interiorizzati e alla percezione delle norme sociali. L'analisi induttiva ha così permesso di mettere in luce la tensione fra il bisogno di riconoscimento e la paura del giudizio, restituendo una teoria situata ma dotata di valore euristico. L'elaborazione empirica ispirata alla *Grounded Theory costruttivista* si configura come un processo conoscitivo che si dispiega lungo l'intera durata della ricerca, senza distinzioni rigide tra fasi di raccolta e di analisi. Ogni momento diventa un'occasione di interpretazione, e l'analisi procede secondo un ritmo che alterna ascolto e concettualizzazione. Il primo passo consiste nella codifica aperta, in cui il materiale viene esplorato con lentezza, lasciando che le parole dei partecipanti indichino le prime tracce di senso. Da queste emergono etichette provvisorie, che il ricercatore rilegge e confronta in un movimento continuo di ritorno ai dati. La comparazione costante consente di attraversare la complessità del campo, facendo sì che ogni nuovo frammento di esperienza interroghi quelli già raccolti. La teoria non è dunque un traguardo da raggiungere, ma il risultato di un processo di affinamento progressivo, che cresce con l'aumentare delle domande. Nel procedere della ricerca, l'analisi assume una forma abducente: il ricercatore formula ipotesi interpretative e le verifica retrospettivamente nel materiale empirico, in un dialogo permanente tra intuizione e controllo. È questa oscillazione tra osservazione e immaginazione che dà profondità al metodo, impedendo che si riduca a un puro esercizio tecnico. La scrittura dei *memo*, le note di riflessione che accompagnano il lavoro fin dai primi momenti, diventa uno spazio di pensiero in cui i significati si condensano e si riorganizzano. Lì il ricercatore annota non solo le scoperte, ma anche le esitazioni, le tensioni, le domande ancora aperte. Scrivere, in questo senso, equivale a pensare: la teoria si costruisce nel gesto stesso della scrittura, che è già interpretazione. Ciò che distingue la *Grounded Theory costruttivista* da altri approcci qualitativi è la consapevolezza della propria implicazione nel processo conoscitivo. Il ricercatore non è testimone esterno, ma parte del campo che osserva. La sua biografia, le sue credenze e le sue emozioni entrano nel tessuto dell'analisi, diventandone parte integrante. La neutralità, in questo quadro, non rappresenta una garanzia di oggettività, bensì una forma di invisibilità che rischia di cancellare il soggetto dal proprio stesso atto di conoscere. L'etica della ricerca consiste allora non nel fingere distacco, ma nel dichiarare la propria presenza, nel riconoscere che ogni interpretazione nasce da un

incontro. Per assicurare coerenza e rigore, il lavoro analitico è stato sottoposto a momenti di confronto intersoggettivo, nei quali le prime categorie emergenti sono state discusse e messe alla prova. Questo passaggio, che unisce la sensibilità personale alla verifica collettiva, risponde al principio di trasparenza che la ricerca qualitativa richiede. La credibilità non deriva da una presunta neutralità, ma dalla capacità di mostrare il percorso che ha condotto alle scelte interpretative, rendendo visibili i legami fra dati, categorie e teoria. In questa prospettiva la conoscenza diventa un atto di responsabilità condivisa, e la teoria, più che un prodotto finale, si configura come un modo di abitare la complessità. La prospettiva costruttivista della *Grounded Theory* conduce inevitabilmente a una riflessione sulla natura formativa del conoscere. Ogni processo di ricerca che si radichi nell'esperienza umana è anche un'esperienza di formazione, nel senso più profondo del termine: non l'acquisizione di tecniche, ma la trasformazione di chi conosce. In questa logica, la costruzione teorica non è un atto separato dall'esistenza, bensì un modo di attraversarla, di restituire alle esperienze la densità che la vita quotidiana tende a disperdere. La teoria non è quindi il punto d'arrivo della ricerca, ma una forma di consapevolezza che ne emerge, una coscienza che si approfondisce mentre si osserva, si ascolta, si scrive. L'educazione e la ricerca si incontrano in questo punto: entrambe si fondano sulla disponibilità a lasciarsi modificare dal contatto con l'altro. Charmaz (2014) ricorda che il ricercatore costruttivista deve saper "stare nella reciprocità del campo", ossia accettare che l'atto di indagine sia anche un atto di relazione. L'osservazione non è un esercizio di controllo, ma di presenza. Ogni intervista, ogni narrazione raccolta, è un momento di incontro che genera conoscenza proprio perché trasforma entrambe le parti in dialogo. È in questo senso che la *Grounded Theory costruttivista* si fa pratica pedagogica: insegna a conoscere conoscendo sé stessi, a interpretare interpretando il mondo. In questa ottica, la costruzione teorica acquisisce un peso etico: interpretare implica sempre selezionare, stabilire cosa rendere visibile e cosa relegare in secondo piano. Ogni analisi comporta dunque una responsabilità nei confronti delle persone e dei contesti che ne costituiscono la materia viva. L'etica della ricerca non si esaurisce nella tutela formale dell'anonimato o nel rispetto delle procedure, ma implica una cura più profonda: la cura per il senso. Produrre conoscenza vuol dire restituire dignità all'esperienza, trasformare la parola del partecipante in spazio di comprensione. In questo, la *Grounded Theory costruttivista* si colloca nella linea della Pedagogia relazionale, che riconosce nell'incontro fra soggetti il luogo primario dell'apprendimento e della crescita (Bellingreri, 2012). La componente riflessiva del

metodo si salda con la logica della complessità, evocando la proposta moriniana di un pensiero capace di mettere in relazione, anziché dividere. Il ricercatore che adotta una prospettiva *Grounded* non cerca di ridurre la realtà alla semplicità dei modelli, ma di restituirla nella sua tensione vitale, nella coesistenza di ordine e incertezza. L'atto di codificare, di comparare, di concettualizzare, non è un tentativo di chiudere il senso, ma di renderlo leggibile senza tradirlo. È il tentativo di disegnare mappe consapevoli della propria provvisorietà. Questo approccio ha implicazioni profonde per la ricerca educativa. Studiare fenomeni come l'ansia sociale, significa accettare che il dato non possa essere isolato dal vissuto che lo genera. La *Grounded Theory costruttivista* consente di esplorare tali fenomeni senza forzarli in categorie rigide, di lasciar emergere le logiche che i soggetti stessi elaborano per dare senso al proprio disagio. La teoria che ne scaturisce non pretende di spiegare tutto, ma di comprendere meglio: restituisce la pluralità delle voci e ne valorizza la singolarità. Il ricercatore, in questa visione, è chiamato a un duplice compito. Da un lato deve esercitare una vigilanza metodologica, mantenendo il rigore dell'analisi e la coerenza delle procedure; dall'altro deve custodire la dimensione umana della conoscenza, preservando la complessità delle vite che studia. In questo equilibrio fragile ma fecondo, la *Grounded Theory costruttivista* diventa un laboratorio di pensiero in cui l'empatia e la sistematicità si intrecciano. L'analisi qualitativa non è riducibile a tecnica, ma è forma di ascolto, capace di trasformare il disordine apparente delle storie individuali in una trama di significati condivisi.

L'intero percorso di ricerca si configura così come un'esperienza di dialogo continuo tra teoria e vita. L'educatore-ricercatore, immerso nel campo, non osserva da fuori ma partecipa al flusso della conoscenza, ne accetta la parzialità e ne fa strumento di responsabilità. In questa postura risiede la vera forza epistemologica della *Grounded Theory costruttivista*: la capacità di costruire sapere senza separarlo dall'etica, di elaborare concetti senza smarrire le persone che li incarnano. Ogni teoria che nasce da questo processo conserva in sé la traccia dell'incontro da cui è scaturita, la memoria di una voce che ha accettato di raccontarsi e di farsi comprendere. L'adozione di tale approccio, all'interno di questa ricerca, non rappresenta dunque solo una scelta metodologica, ma una presa di posizione rispetto al modo di intendere la conoscenza in campo pedagogico. La teoria che emerge dai dati non è semplice sintesi di risultati, ma atto di restituzione: restituzione al mondo educativo della sua complessità, al soggetto della sua dignità, e alla ricerca del suo senso più autentico, che non è quello di chiudere, ma di aprire.

#### 4.1.5 Il concetto di validità e rigore nella ricerca qualitativa e mista

Il termine “rigore” ha attraversato, nel corso degli ultimi decenni, una trasformazione profonda. Da attributo tecnico del metodo sperimentale è divenuto, nel campo delle scienze umane, un principio epistemologico ed etico. Nella ricerca qualitativa, e ancor più in quella a disegno misto, parlare di rigore significa interrogarsi non tanto sulla correttezza procedurale, quanto sulla qualità della relazione che si instaura tra chi indaga e ciò che viene indagato. Il rigore non risiede nella ripetibilità del processo, ma nella coerenza e nella trasparenza con cui il ricercatore costruisce il proprio percorso di conoscenza. Le prime formulazioni sistematiche di questa prospettiva si devono a Lincoln e Guba (1985), i quali proposero di sostituire il concetto di validità con quello di *trustworthiness*, affidabilità nel senso di affidabilità morale. Tale concetto articolava il rigore in quattro dimensioni interdipendenti: *credibility*, *transferability*, *dependability* e *confirmability*. La *credibility* misura la fedeltà con cui la ricerca rappresenta il fenomeno vissuto dai partecipanti; la *transferability* valuta la possibilità che i risultati trovino riscontro in altri contesti, non per generalizzazione statistica ma per affinità strutturale; la *dependability* corrisponde alla coerenza interna del processo analitico, alla sua tracciabilità; infine la *confirmability* riguarda la trasparenza del percorso interpretativo, la capacità di rendere visibili le scelte e i passaggi che hanno condotto alla costruzione della teoria. Questa impostazione si è rivelata decisiva nel segnare la distanza tra il paradigma positivista, basato sulla verifica ipotetico-deduttiva, e quello costruttivista, centrato sulla plausibilità e sulla coerenza interpretativa. La ricerca qualitativa, infatti, non può garantire replicabilità in senso stretto, ma può e deve garantire *coerenza argomentativa*: il lettore deve poter comprendere come la teoria sia emersa dai dati, e perché tale interpretazione sia convincente. In questa prospettiva, Charmaz (2014) parla di *plausibility* come nuovo criterio di validità: la solidità di uno studio dipende dalla sua capacità di persuadere, attraverso la logica e la trasparenza, che le conclusioni rappresentano una lettura fondata e possibile della realtà. I *Journal Article Reporting Standards* dell’American Psychological Association (APA, 2018; 2023) riprendono e ampliano tali criteri, ponendo l’accento sulla trasparenza, sulla descrizione del contesto e sul posizionamento del ricercatore. La validità non viene più concepita come controllo esterno, ma come qualità intrinseca del processo, che si costruisce attraverso la chiarezza dei passaggi, la documentazione delle scelte e la riflessività continua. Nelle ricerche a disegno misto, in cui approcci quantitativi e qualitativi si intrecciano, il rigore consiste

nella capacità di mantenere coerenza interna pur attraversando paradigmi differenti. È la *integrazione coerente* dei livelli di analisi che conferisce validità al disegno complessivo, non la semplice giustapposizione di metodi diversi (Creswell & Plano Clark, 2018).

La ricerca educativa, in particolare, si trova a muoversi in questa intersezione. L'oggetto che indaga non è mai interamente misurabile, ma sempre impregnato di senso, storia e valore. Di conseguenza, la validità assume un carattere dialogico: non si verifica nel laboratorio, ma si negozia nel campo. Il criterio diventa la fedeltà alla complessità dell'esperienza, la capacità di restituire la molteplicità delle voci senza ridurle a un unico modello esplicativo. È in questa logica che la nozione di *rigore scientifico* si avvicina a quella di *responsabilità epistemica*: la verità non si garantisce attraverso l'esattezza, ma attraverso la cura nella rappresentazione. Il rigore, dunque, non si misura più in termini di controllo, ma di trasparenza. La coerenza metodologica, la tracciabilità del percorso analitico, l'esplicitazione dei criteri di codifica e l'uso di strategie di triangolazione diventano i pilastri di un metodo che, pur muovendosi nell'incertezza, non rinuncia alla sistematicità. In questa prospettiva, Tracy (2010) sottolinea che la validità nella ricerca qualitativa consiste nel costruire un "dialogo credibile" tra ricercatore e dati, capace di mostrare come le interpretazioni siano il frutto di un confronto onesto e riflessivo. All'interno di questa tesi, tali principi hanno orientato l'intera architettura metodologica. La raccolta dei dati quantitativi e qualitativi è stata concepita in modo complementare, affinché ciascun livello potesse illuminare l'altro. Il questionario ha fornito una cornice di tendenze, mentre le interviste hanno dato voce alle sfumature del vissuto. La validità nasce così dal dialogo fra le due prospettive: la prima mostra il profilo generale del fenomeno, la seconda ne rivela la profondità. Questa forma di triangolazione, più che confermare risultati, serve a costruire un'immagine complessa e coerente della realtà indagata. In sintesi, la validità e il rigore nella ricerca qualitativa e mista non coincidono con la precisione meccanica del metodo, ma con la sua capacità di rendere conto della realtà umana senza tradirla. La ricerca rigorosa è quella che sa giustificare ogni scelta, che espone il proprio percorso con chiarezza e che riconosce la propria parzialità. Il rigore, nella prospettiva qui adottata, è un atto di trasparenza: è la forma che assume la verità quando accetta di non essere definitiva.

#### 4.1.6 Posizionalità, riflessività e responsabilità del ricercatore

Ogni indagine qualitativa, e ancor più quelle radicate in una prospettiva costruttivista,

richiede di riconoscere che chi osserva partecipa inevitabilmente a ciò che osserva. Il ricercatore non è mai un testimone neutrale: porta con sé la propria storia, i propri valori, il proprio modo di nominare il mondo. Questi elementi non costituiscono un ostacolo, ma la lente attraverso cui il processo conoscitivo prende forma. È questa consapevolezza che i recenti standard metodologici, a partire dai *Journal Article Reporting Standards* (APA, 2018), riconoscono come elemento costitutivo del rigore. La qualità della ricerca non dipende più dall'illusione di un'oggettività distaccata, ma dalla capacità di rendere visibile la propria *positionality*, il luogo da cui si guarda il mondo, e di esercitare una riflessività costante rispetto al proprio ruolo. La *positionality* non si limita a un dato biografico o identitario; essa rappresenta la somma delle esperienze, delle appartenenze e dei sistemi di credenze che modellano il modo in cui il ricercatore percepisce e costruisce la realtà. Come sottolinea Tracy (2010) riconoscere la propria posizione non significa relativizzare la verità, ma darle spessore. Solo una conoscenza che dichiara i propri limiti può aspirare a essere credibile. La trasparenza epistemica diventa, così, la forma più alta di rigore. La riflessività, strettamente connessa alla *positionality*, è la pratica attraverso cui il ricercatore interroga costantemente le proprie interpretazioni, chiedendosi in che misura le proprie categorie influenzino ciò che viene compreso. Essa non è un atto episodico, ma un processo continuo che accompagna ogni fase della ricerca: dall'elaborazione del disegno all'analisi dei dati, fino alla scrittura finale. Riflettere significa mantenere aperto lo spazio del dubbio, riconoscere la natura relazionale della conoscenza e trasformare il gesto interpretativo in un atto di dialogo.

In questa prospettiva, il rigore non è separabile dall'etica. Ogni decisione metodologica implica una responsabilità nei confronti delle persone coinvolte, dei loro racconti e del modo in cui questi verranno rappresentati. Il rispetto dei partecipanti non si esaurisce nel consenso informato, ma si traduce nella cura del loro linguaggio e nella restituzione fedele dei significati che affidano al ricercatore. Come osserva Denzin (2017), l'etica nella ricerca qualitativa non consiste nell'applicare protocolli, ma nel mantenere la promessa di ascolto. La riflessività diviene così un dispositivo di garanzia epistemica. Attraverso il diario di campo, le note riflessive e la documentazione dei processi decisionali, il ricercatore rende visibile il cammino della propria analisi. Questa tracciabilità, spesso definita *audit trail*, consente a chi legge di comprendere come si sia giunti da un dato empirico a una categoria teorica. Allo stesso modo, il confronto con altri studiosi o con un gruppo di pari (*peer debriefing*) contribuisce a mantenere la qualità interpretativa, offrendo uno sguardo esterno che arricchisce e verifica la coerenza del

percorso. In questa traiettoria riflessiva, il periodo di mobilità accademica presso la Pädagogische Hochschule di Freiburg ha rappresentato un banco di prova particolarmente eloquente. Il confronto con un sistema universitario scandito da tempi, abitudini organizzative e modalità di supervisione differenti da quelle a cui ero abituata ha reso evidente quanto le condizioni materiali e istituzionali influiscano sul modo in cui la ricerca prende forma. Le difficoltà incontrate nell'accesso alle risorse e la necessità di prendere decisioni autonomamente hanno affinato la mia consapevolezza metodologica, sollecitando una continua interrogazione del mio ruolo e delle mie precomprensioni. Allo stesso tempo, la partecipazione ai colloquia interdisciplinari e il dialogo con studiosi di provenienza geografica e culturale eterogenea hanno allargato il mio orizzonte interpretativo, mettendomi a contatto con modi diversi di concettualizzare l'ansia sociale e i suoi nessi educativi. Questa esperienza, più che modificare i presupposti teorici della ricerca, ha trasformato la qualità del mio sguardo, rendendolo più attento alle stratificazioni culturali e alle condizioni situate entro cui ogni significato emerge. Nel disegno di ricerca qui presentato, tali strategie hanno assunto la forma di una triangolazione epistemica. Le osservazioni emerse dall'analisi qualitativa sono state discusse alla luce dei dati quantitativi, ma anche confrontate con il contributo di altri ricercatori. Questa pluralità di sguardi non ha avuto la funzione di "controllo", bensì di chiarificazione. Il confronto costante ha permesso di mantenere la tensione tra vicinanza e distanza, evitando che la sensibilità del ricercatore si traducesse in identificazione, e che la distanza analitica degenerasse in astrazione. La riflessività, nel contesto pedagogico, assume inoltre un valore formativo. Essa invita chi fa ricerca a un esercizio continuo di decentramento, a guardare i fenomeni non dall'alto, ma lateralmente, dal punto di contatto con le vite che studia. In questa postura, il sapere diventa un atto di responsabilità reciproca: il ricercatore apprende mentre conosce, e conoscere significa trasformarsi. Come sottolinea Guba (1990), la qualità della ricerca è proporzionale alla profondità della relazione che la sostiene. All'interno della prospettiva costruttivista, la validità non può essere disgiunta da questa responsabilità epistemica. Ogni interpretazione è un atto di scelta, e ogni scelta comporta un effetto di rappresentazione. La cura nel mostrare il proprio percorso, nell'esplicitare le motivazioni e nel riconoscere la dimensione soggettiva dell'analisi diventa dunque parte integrante del rigore. In tal senso, il ricercatore non è più un garante esterno della verità, ma un mediatore di senso, un interprete che custodisce e restituisce le parole dell'altro senza appropriarsene. La *Grounded Theory costruttivista*, adottata in questa ricerca, rafforza ulteriormente questa

visione, poiché prevede che teoria e dato emergano insieme in un processo di co-costruzione. L'analisi dei dati qualitativi è stata accompagnata da una costante riflessione sulle modalità di ascolto, sull'impatto delle domande e sulla traduzione delle risposte in concetti. Questo continuo ritorno su sé stessi ha consentito di mantenere coerenza e profondità, evitando che la teoria si trasformasse in un artificio. In ultima analisi, la riflessività rappresenta il legame invisibile che tiene unita la dimensione empirica e quella etica della ricerca. Essa è, come scrive Finlay (2012), una "disciplina dell'attenzione": un modo di abitare la conoscenza con consapevolezza e misura. Nella prospettiva di questo lavoro, il rigore non si manifesta dunque nella rigidità del metodo, ma nella delicatezza con cui si attraversa la complessità umana. La posizione del ricercatore, dichiarata e riflessa, diventa il fondamento stesso della credibilità della ricerca e, insieme, la sua più alta forma di verità.

## **4.2 Metodologia della ricerca**

### *4.2.1 Disegno metodologico generale*

Ogni ricerca nasce da un interrogativo che la attraversa prima ancora di assumere forma metodologica. In questa tesi, l'interrogativo riguardava la relazione fra ansia sociale, contesto educativo e stili genitoriali: un intreccio di dimensioni psicologiche, culturali e pedagogiche che resiste a ogni tentativo di riduzione. Comprendere un fenomeno tanto sfaccettato richiede un linguaggio plurale, capace di accogliere insieme la misura e il significato, il numero e la narrazione. L'approccio misto, adottato come impianto metodologico di fondo, nasce da questa esigenza di molteplicità. La sua origine, nel panorama delle scienze sociali, segna il passaggio da un paradigma di contrapposizione a uno di integrazione. Per lungo tempo, la ricerca educativa si è trovata divisa fra l'ideale positivista della misurazione e l'orizzonte interpretativo dell'esperienza vissuta. Il primo, ancorato al modello delle scienze naturali, cercava regolarità e leggi generali; il secondo, erede della tradizione fenomenologica ed ermeneutica, privilegiava la comprensione del senso soggettivo e situato. A partire dagli anni Ottanta, con l'emergere della prospettiva pragmatista e poi complessa, questi due poli hanno cominciato a essere letti non come opposti, ma come complementari. L'idea di integrare metodi quantitativi e qualitativi risponde a una concezione dinamica della conoscenza: la realtà sociale non è un insieme di dati da osservare, ma un processo in continua costruzione. Johnson e Onwuegbuzie (2004) definiscono il *mixed methods* come l'approccio che consente di "cogliere il meglio di entrambi i mondi", ma questa

definizione, apparentemente semplice, implica una rivoluzione epistemica. Significa ammettere che nessuna forma di sapere, isolata, può rappresentare la totalità del reale.

L'adozione di un disegno misto, dunque, non nasce da una scelta tecnica ma da un atto di coerenza teorica. Le ricerche di Creswell e Plano Clark (2011) convergono nel sottolineare che la logica del *mixed methods* si fonda sulla priorità della domanda di ricerca rispetto al metodo: è il problema a determinare gli strumenti, non viceversa. La complessità del tema qui indagato – il modo in cui gli stili genitoriali influenzano la percezione del sé e il vissuto dell'ansia sociale – richiede un metodo in grado di attraversare i livelli psicologico, culturale e relazionale. L'approccio misto diviene, così, la forma metodologica più adatta a un'epistemologia della complessità. In questa prospettiva, come evidenzia Muselela (2025), la conoscenza è intesa come costruzione multilivello, dove ciò che è visibile – le condotte, i punteggi, le tendenze statistiche – convive con ciò che è invisibile: le motivazioni, le credenze, le esperienze soggettive. L'integrazione dei metodi serve a far dialogare questi piani, permettendo di passare dalla mappa alla geografia vissuta dei fenomeni. La scelta del *mixed design* non si traduce, dunque, in una semplice giustapposizione di fasi, ma in una visione circolare della ricerca. Il dato quantitativo non chiude, ma apre: suggerisce piste interpretative che la fase qualitativa esplora e approfondisce. A sua volta, la narrazione qualitativa restituisce senso ai numeri, mostrando il contesto emotivo e relazionale in cui si generano. Come afferma Greene (2007) l'integrazione dei metodi costituisce una forma di “dialogo epistemico” fra evidenza e significato, una tensione feconda che arricchisce la comprensione dei fenomeni educativi. In tal senso, il disegno metodologico di questa tesi si colloca nella tradizione del *sequential explanatory design*: una sequenza in cui la fase quantitativa fornisce la base descrittiva e la qualitativa quella interpretativa. Questa struttura riflette l'idea che ogni dato, anche numerico, contenga un potenziale narrativo; e che ogni racconto, se letto con rigore, riveli una struttura sottostante misurabile. L'intento non è verificare, ma integrare: non confrontare due prospettive, ma costruire una terza via che le includa entrambe. Alcuni passaggi operativi del disegno hanno trovato una loro definizione più precisa proprio grazie all'esperienza svolta all'estero. Le prime somministrazioni effettuate a Freiburg hanno evidenziato la presenza di ambiguità linguistiche e interpretative non immediatamente rilevabili in fase di traduzione, rendendo necessario un ulteriore lavoro di revisione degli items con il supporto di più traduttori. Inoltre, la diversa disponibilità degli studenti tedeschi a partecipare a ricerche prive di compenso economico ha mostrato come le dinamiche

culturali influenzino in modo significativo la costruzione del campione. Queste osservazioni hanno contribuito a rendere il disegno metodologico più flessibile e consapevole, favorendo una lettura integrata dei dati e una maggiore attenzione alle condizioni reali di somministrazione degli strumenti. In questo senso, il *mixed methods* rappresenta per la ricerca educativa contemporanea una forma di pensiero, prima ancora che di metodo. Permette di affrontare l'umano senza semplificarlo, riconoscendo che la verità empirica e quella interpretativa non sono alternative, ma complementari. Ogni metodologia porta con sé un'immagine implicita della realtà e delle modalità attraverso cui essa può essere conosciuta. In questa ricerca, l'adozione dei *mixed methods* si radica in una prospettiva costruttivista combinata con un orientamento realistico-critico: due visioni che non si contrappongono, ma si integrano, offrendo un quadro flessibile e coerente per l'analisi dei fenomeni umani. Applicato al campo educativo e psicopedagogico, questo paradigma offre un vantaggio decisivo: permette di considerare l'ansia sociale non solo come fenomeno clinico, ma come costruzione culturale e relazionale. Gli atteggiamenti, i timori e i comportamenti associati al giudizio dell'altro non sono meri sintomi, ma manifestazioni di un sistema di significati condivisi. Indagare tali sistemi richiede un metodo capace di cogliere la dimensione simbolica e dialogica dell'esperienza, come avviene nella parte qualitativa della ricerca. Accanto a questa visione costruttivista, il disegno metodologico integra il riferimento al realismo critico, che consente di mantenere un ancoraggio alla dimensione empirica e di riconoscere l'esistenza di strutture che agiscono indipendentemente dalla percezione soggettiva. Come afferma Bhaskar (2008) il realismo critico riconosce la pluralità dei livelli di realtà: il livello empirico, dove i fenomeni si manifestano; quello attuale, dove operano i meccanismi che li generano; e quello profondo, dove risiedono le condizioni causali spesso invisibili. Questa distinzione permette di articolare in modo più complesso il rapporto tra osservazione e interpretazione. L'integrazione fra costruttivismo e realismo critico trova il suo punto di equilibrio nel concetto di *plausibilità interpretativa* (Pawson & Tilley, 1997). Non si cerca una verità assoluta, ma una comprensione che tenga insieme il vissuto soggettivo e le regolarità oggettive. Il *mixed methods*, in questa prospettiva, diventa lo strumento epistemico che consente di attraversare i livelli del reale, combinando l'analisi delle regolarità quantitative con l'esplorazione dei significati qualitativi. L'obiettivo non è ridurre la complessità, ma renderla leggibile. Morgan (2007) sottolinea come la compatibilità fra paradigmi dipenda dalla chiarezza epistemologica del ricercatore: non si tratta di fondere approcci eterogenei, ma di

utilizzarli in modo complementare, ciascuno per illuminare un aspetto del fenomeno. In questa tesi, la componente quantitativa consente di individuare le correlazioni fra variabili – stili genitoriali, perfezionismo, ansia sociale – mentre quella qualitativa esplora i significati e le dinamiche sottese a tali relazioni. Insieme, formano un quadro interpretativo multilivello, coerente con l'idea di realtà come sistema aperto e stratificato. Questa duplice prospettiva ontologica richiede al ricercatore un atteggiamento riflessivo e dialogico. La conoscenza emerge dal continuo passaggio tra descrizione e interpretazione, tra distacco analitico e partecipazione empatica. Greene (2007) descrive questo movimento come una forma di “circularità epistemica”, in cui il dato empirico e la sua lettura si alimentano reciprocamente. Ogni fase della ricerca, dalla progettazione del questionario all'analisi delle interviste, è stata concepita come un momento di tale circolarità. Nel quadro di questa tesi, la coerenza interna deriva dall'allineamento tra il paradigma della complessità, l'orientamento costruttivista e il modello metodologico misto. La complessità offre la cornice ontologica: la realtà è un sistema aperto, composto da molteplici dimensioni interrelate. Il costruttivismo ne fornisce l'epistemologia: la conoscenza è un processo di costruzione situata, dialogica e contestuale. Il *mixed methods* diventa infine la traduzione operativa di questo impianto, poiché permette di esplorare il fenomeno attraverso una pluralità di prospettive senza rinunciare alla coerenza interpretativa. Come osserva Creswell e Plano Clark (2011), l'integrazione metodologica richiede un equilibrio dinamico fra rigore e flessibilità. Rigore nel mantenere un disegno chiaro, nella definizione delle fasi e dei criteri di analisi; flessibilità nel consentire al processo di ricerca di adattarsi ai dati e alle emergenze del campo. Tale equilibrio si realizza nella capacità del ricercatore di muoversi tra le due logiche, quella deduttiva e quella induttiva, senza forzare la realtà in schemi predefiniti. Uno degli strumenti principali per garantire coerenza e solidità conoscitiva è la triangolazione, concetto chiave nella ricerca mista e qualitativa. Lungi dall'essere una mera verifica incrociata dei dati, la triangolazione rappresenta una strategia epistemica che consente di arricchire e approfondire la comprensione del fenomeno. Flick (2018) la definisce come “un dialogo metodologico fra fonti, strumenti e prospettive che produce una visione polifonica della realtà”. Essa si declina su più livelli: triangolazione dei dati, degli strumenti, degli osservatori e delle teorie interpretative. Nel presente lavoro, la triangolazione dei dati si realizza nel confronto tra i risultati quantitativi, ottenuti attraverso il questionario, e le narrazioni qualitative emerse dalle interviste. La triangolazione degli strumenti si esprime nella combinazione

di metodologie standardizzate e aperte: da un lato, scale validate e indicatori numerici; dall'altro, racconti, descrizioni e interpretazioni soggettive. Infine, la triangolazione teorica implica l'utilizzo di diversi riferimenti concettuali, psicologici, pedagogici, socioculturali, che, pur appartenendo a tradizioni differenti, convergono verso un'unica domanda di fondo: come si forma e si manifesta l'esperienza del giudizio sociale nell'individuo. L'obiettivo di questa pluralità non è ottenere convergenza, ma profondità. Come sottolineano Greene (2007) l'integrazione non cerca di ridurre le differenze, bensì di comprenderle come elementi costitutivi della realtà. Le discrepanze fra i dati quantitativi e qualitativi non sono anomalie, ma segnali di complessità che meritano attenzione interpretativa. In questa prospettiva, la triangolazione diviene un modo per restituire la ricchezza del reale, non per semplificarlo. Il tema della validità assume, all'interno di un approccio misto, un significato nuovo. Nella tradizione quantitativa, la validità è legata alla precisione della misurazione; in quella qualitativa, alla credibilità e all'autenticità delle interpretazioni. Nel *mixed methods*, queste dimensioni si intrecciano. Tracy (2010) parla di *integrazione riflessiva* per indicare un processo in cui la validità non deriva da un singolo parametro, ma dal dialogo continuo tra rigore metodologico e trasparenza interpretativa. In questo senso, la ricerca non è valida perché riproducibile, ma perché coerente nel suo percorso logico e fedele alla complessità del fenomeno. Per garantire questa forma di validità, il presente studio adotta strategie di *trustworthiness* (Lincoln & Guba, 1985) adattate al contesto misto: triangolazione dei dati, audit trail documentato per le fasi analitiche, riflessività continua del ricercatore, e *member checking* nelle fasi qualitative. Questi accorgimenti non hanno lo scopo di standardizzare, ma di rendere visibile e trasparente il processo di costruzione del sapere, permettendo al lettore di seguirne le tracce e di valutarne la coerenza. Un ulteriore elemento di coerenza è rappresentato dalla natura sequenziale del disegno. La fase quantitativa non si limita a fornire una base esplorativa, ma orienta la costruzione della fase qualitativa, definendo le aree di approfondimento e le categorie concettuali da esplorare. A sua volta, l'analisi qualitativa contribuisce a rielaborare criticamente i risultati numerici, offrendo un livello interpretativo che li contestualizza. In questo continuo movimento di andata e ritorno tra quantità e qualità, la ricerca costruisce una conoscenza stratificata, capace di tenere insieme il particolare e l'universale, il dato e il senso. L'integrazione fra queste diverse dimensioni è resa possibile da una postura riflessiva e dialogica del ricercatore. Egli agisce come mediatore fra paradigmi, ma anche come custode della coerenza: la sua responsabilità non è tanto applicare un

metodo, quanto mantenere vivo il dialogo tra le diverse logiche conoscitive. Tale consapevolezza si traduce nella capacità di giustificare ogni scelta metodologica non in termini di procedura, ma di significato.

La coerenza interna di questo disegno non risiede, quindi, nella rigidità della struttura, ma nella qualità del legame tra le sue parti. La validità non è data dalla perfezione formale, ma dalla continuità logica e dalla trasparenza epistemica che la sostengono. In questo senso, la ricerca si configura come un sistema vivo, in cui ogni elemento contribuisce alla costruzione di un sapere dinamico e contestuale. Ogni ricerca che coinvolge persone implica una responsabilità che supera la semplice aderenza alle norme formali. L'etica, in questo senso, non coincide solo con il consenso informato o con la protezione dei dati, ma investe la qualità della relazione con i partecipanti, il modo in cui le loro parole vengono comprese e la cura con cui il loro vissuto viene restituito. Nel caso di questa ricerca, che tocca esperienze intime come la paura del giudizio, la vulnerabilità sociale e la percezione del sostegno familiare, la questione etica è anche pedagogica: implica la capacità di ascoltare senza invadere, di comprendere senza possedere. L'approccio misto offre, allora, un orizzonte di equilibrio tra distacco analitico e coinvolgimento umano. La componente quantitativa garantisce il rigore e l'anonimato del dato, mentre la componente qualitativa restituisce individualità e voce ai partecipanti. Come osserva Greene (2007), la molteplicità metodologica diventa anche un atto di equità epistemica: ogni individuo viene considerato sia come portatore di numeri sia come narratore di significati. Il metodo misto non uniforma, ma riconosce la dignità di ogni forma di conoscenza. La dimensione etica si traduce così in una forma di rispetto epistemologico: il ricercatore non parla "sopra" i soggetti, ma "con" loro. Nelle interviste, la postura etnografica consente di mantenere una distanza vigile ma empatica, lasciando che i significati emergano dalla relazione stessa. L'etica, qui, non è un codice ma una pratica quotidiana di attenzione: si manifesta nel tono della voce, nella scelta delle parole, nella capacità di accogliere il silenzio. Questa cura del linguaggio riflette una visione pedagogica profonda: conoscere non significa possedere l'altro, ma entrare in un dialogo che lo renda visibile. Nel quadro della Pedagogia contemporanea, il metodo assume anche una funzione formativa. La ricerca, quando è condotta in modo riflessivo, non produce solo risultati, ma trasformazioni: nei partecipanti, che trovano uno spazio per dare forma al proprio vissuto; e nel ricercatore, che attraverso l'ascolto sviluppa consapevolezza critica e sensibilità interpretativa. L'atto del conoscere diventa un esercizio di educazione alla complessità. Da questa prospettiva, l'approccio misto si

configura come un metodo generativo. La fase quantitativa, con la sua esigenza di sistematicità e misurazione, educa alla precisione e alla chiarezza; la fase qualitativa, con la sua apertura e profondità, educa alla tolleranza dell'ambiguità. Insieme, offrono un modello di pensiero che riflette la natura stessa dell'educazione: un equilibrio dinamico fra struttura e libertà, fra regola e significato. L'etica del metodo risiede dunque nella sua capacità di non ridurre l'umano a un dato. Ogni risposta numerica corrisponde a una storia, e ogni storia contiene implicazioni che vanno oltre la ricerca. Il dovere del ricercatore è quello di custodire entrambe: la misura e la memoria, la voce e la cifra. Come ricordano Lincoln e Guba (1985), la credibilità di una ricerca dipende dalla fiducia che riesce a instaurare con il proprio oggetto; una fiducia che nasce solo quando la verità empirica si accompagna al rispetto esistenziale. Nel contesto di questa tesi, ciò significa restituire le esperienze dei partecipanti non come casi ma come mondi. La metodologia diventa così strumento di restituzione e di cura, in linea con l'etica della complessità proposta da Morin (2001): comprendere è sempre anche un atto di solidarietà cognitiva. Questa visione affida al ricercatore un ruolo pedagogico: colui che, nel descrivere, educa a guardare; nel misurare, educa a discernere; nel comprendere, educa a convivere con la molteplicità. L'intera architettura metodologica della ricerca è attraversata da questa consapevolezza. Ogni fase, dalla costruzione del questionario all'analisi qualitativa, è pensata come un gesto di responsabilità verso la realtà che intende rappresentare. L'attenzione alla coerenza epistemica, la cura della triangolazione, la trasparenza del percorso analitico non sono requisiti burocratici, ma segni di rispetto verso il fenomeno studiato e verso le persone che vi partecipano. Il disegno metodologico, in conclusione, non è solo un dispositivo tecnico, ma un luogo di incontro tra sapere e coscienza. La ricerca educativa, quando assume questa forma, diventa atto trasformativo: costruisce conoscenza e, nello stesso tempo, forma lo sguardo che la produce. L'uso integrato dei metodi, allora, non è soltanto una strategia di validazione, ma una pratica di equilibrio e di ascolto, che riflette il compito più alto dell'educazione, comprendere per prendersi cura.

#### *4.2.2 La prospettiva etnografica nella conduzione delle interviste*

L'approccio etnografico, nella sua accezione più profonda, non è una mera metodologia, ma un modo di abitare la ricerca. La sua radice antropologica lo ancora all'idea che conoscere significhi partecipare, che comprendere implichi sostare nei luoghi in cui il significato prende corpo. L'etnografia non osserva da fuori: si immerge

nei contesti, ne apprende i linguaggi, accoglie le consuetudini e le emozioni che li attraversano. Essa rappresenta, in tal senso, un atto di presenza, un'esperienza conoscitiva che si compie attraverso la relazione con l'altro. Nel quadro di questa ricerca, l'approccio etnografico è stato adottato come cornice metodologica per la conduzione delle interviste qualitative. L'intento non era soltanto raccogliere testimonianze, ma comprendere la cultura educativa e affettiva in cui si forma l'esperienza dell'ansia sociale. Ogni colloquio è stato concepito come incontro, come luogo di negoziazione di significati fra soggetti che condividono, seppur in ruoli diversi, la stessa realtà sociale. In questo senso, la prospettiva etnografica si è tradotta in un ascolto empatico e riflessivo, capace di cogliere non solo ciò che viene detto, ma anche ciò che rimane implicito: le esitazioni, i gesti, le pause, gli scarti del linguaggio che rivelano una vita interiore. Come sottolinea Pagani (2020), comprendere i dati significa restituire voce ai soggetti, accogliere la dimensione latente del discorso e preservarne l'autenticità. L'etnografia, applicata ai contesti educativi e psicopedagogici, mira a produrre una conoscenza situata, capace di restituire la trama culturale e relazionale entro cui i comportamenti e le emozioni prendono forma. Non si limita a documentare fatti, ma ricostruisce i sistemi di significato che li rendono comprensibili. Ogni parola pronunciata in un'intervista racchiude un universo di relazioni e valori che solo un approccio contestuale può cogliere. L'attenzione al contesto diventa quindi principio epistemologico: non si può comprendere un soggetto se non si comprende il mondo in cui abita. Il carattere etnografico del lavoro non si è espresso soltanto nelle tecniche di raccolta, ma nella postura del ricercatore. L'intervistatore ha mantenuto uno sguardo attento ma non intrusivo, sospendendo la tentazione di interpretare per lasciare emergere il significato dall'interno. Le domande, pur muovendosi entro una traccia condivisa, hanno seguito il ritmo della conversazione, favorendo la spontaneità e la riflessione dei partecipanti. Questa flessibilità, coerente con la tradizione di Hammersley e Atkinson (2019), ha consentito di restituire la pluralità delle esperienze senza ridurle a categorie preordinate. La prospettiva etnografica contemporanea, liberata dall'idea di "descrivere culture altre", riconosce che ogni campo è uno spazio di co-costruzione di senso. L'etnografo non scopre, ma interpreta; non fotografa la realtà, ma la traduce attraverso la propria partecipazione. Come afferma Atkinson (2015), il valore dell'etnografia risiede nella sua capacità di rendere pensabile l'ordinario, di svelare le regole tacite che governano le interazioni quotidiane. In questa logica, l'etnografia non è un metodo di osservazione, ma un esercizio di attenzione.

È all'interno di questa cornice che la *thick description* trova il suo significato più profondo. L'espressione resa celebre da Geertz (1973), indica un tipo di descrizione che va oltre la superficie dei fatti per coglierne il senso culturale. Descrivere in modo "spesso" significa interpretare: riconoscere che ogni gesto o parola acquista valore solo nel contesto di credenze, relazioni e linguaggi che la sostengono. La *thick description* è quindi un atto di traduzione simbolica, un modo per rendere intelligibile il mondo dall'interno, attraverso le logiche che lo abitano. Nell'ambito della ricerca qualitativa contemporanea, la *thick description* ha assunto la funzione di paradigma epistemico più che di tecnica narrativa. Come osserva Ponterotto (2006), essa permette di costruire una conoscenza emica, capace di esprimere la prospettiva dei partecipanti e di restituire la profondità dei loro vissuti. Non si tratta di un accumulo di dettagli, ma di un modo di tenere insieme le dimensioni visibili e invisibili dell'esperienza. McLeod (2011) evidenzia come tale approccio costituisca una delle forme più alte di rigore qualitativo, poiché consente di ancorare la ricerca alla realtà concreta, mantenendo tuttavia la libertà interpretativa necessaria per comprendere la complessità. Nella presente ricerca, la *thick description* ha guidato sia la conduzione sia l'analisi delle interviste. Il ricercatore ha curato la densità del racconto attraverso l'attenzione ai linguaggi corporei, ai riferimenti culturali, alle emozioni implicite che attraversavano la narrazione. Ogni intervista è diventata un microcosmo da esplorare nella sua interezza, non un semplice deposito di risposte. La descrizione densa ha consentito di restituire i contesti familiari come tessuti simbolici, nei quali l'ansia sociale e gli stili genitoriali si intrecciano in forme singolari e irripetibili. Questa scelta metodologica risponde a un duplice intento. Da un lato, conferisce profondità interpretativa ai dati, permettendo di cogliere come le rappresentazioni di sé e dell'altro si radichino in esperienze di relazione quotidiana; dall'altro, ha un valore pedagogico, perché educa a guardare con lentezza, a sostare nel significato prima di tradurlo in teoria. La descrizione densa non è solo strumento di conoscenza, ma esercizio di rispetto: mostrare fedeltà all'esperienza significa riconoscerne la complessità. La *thick description* si colloca inoltre in continuità con la *Grounded Theory costruttivista*, che costituisce il quadro analitico di riferimento. Entrambe condividono la logica della co-costruzione del significato: la teoria nasce dalla descrizione, e la descrizione trova senso nella teoria che la riconfigura. In questa reciprocità, la ricerca assume la forma di un dialogo tra dati e concetti, tra voci individuali e comprensioni condivise. Descrivere in modo denso, in ultima analisi, significa assumere una postura etica oltre che epistemica. In un tempo dominato dalla

semplificazione, la *thick description* rappresenta un gesto di resistenza: la volontà di restituire alle esperienze umane la loro profondità e di preservarne la singolarità. Nell'ambito educativo, ciò equivale a riconoscere ogni soggetto come portatore di una storia irriducibile, di un contesto di appartenenza e di un orizzonte di senso. La densità descrittiva diventa allora un atto di cura: un modo per restituire voce e spazio all'umano, nella sua interezza fragile e complessa.

#### 4.2.3 La costruzione dello strumento

L'elaborazione di un questionario originale è stata una scelta metodologica consapevole, coerente con la prospettiva costruttivista e pedagogica che sostiene l'intera ricerca. Non si è trattato di un esercizio di creatività empirica, ma del tentativo di restituire al metodo la fedeltà al suo oggetto. Studiare l'ansia sociale nel quadro della formazione e delle relazioni educative significa affrontare un fenomeno che non si esaurisce nella dimensione sintomatica: esso si manifesta come esperienza culturale, come risposta alla pressione sociale e al giudizio interiorizzato, come forma di apprendimento emotivo radicata nel contesto. Per questa ragione, uno strumento costruito all'interno di un paradigma clinico avrebbe inevitabilmente ristretto il campo di indagine, orientandolo verso la diagnosi e non verso la comprensione. Il questionario è stato concepito, dunque, come uno spazio di osservazione e di ascolto. Ogni item è pensato per tradurre in forma interrogativa una dimensione del vissuto: la percezione del giudizio, il rapporto con l'errore, l'esperienza dell'approvazione familiare, la tensione tra autonomia e dipendenza, l'immagine di sé in relazione al gruppo. L'intento non era misurare la patologia, ma comprendere la traiettoria formativa attraverso cui l'ansia sociale si costruisce e si mantiene. La scelta del linguaggio ha seguito la stessa logica: termini neutri, non patologizzanti, che potessero essere riconosciuti dai partecipanti come parte del loro lessico quotidiano.

La costruzione dello strumento ha seguito un percorso articolato: revisione della letteratura internazionale, individuazione delle macroaree tematiche (ansia sociale, stili genitoriali, perfezionismo, orientamento culturale), definizione di item esplorativi e progressiva calibrazione delle domande. L'obiettivo era ottenere una struttura equilibrata tra coerenza teorica e apertura interpretativa. Ogni sezione del questionario riflette un diverso livello di esperienza, personale, familiare, sociale, con l'intento di indagare non solo le manifestazioni dell'ansia, ma i contesti in cui essa viene appresa, legittimata o trasformata. All'interno del disegno misto, il questionario rappresenta la prima fase del

dialogo metodologico fra quantità e qualità. Le risposte numeriche consentono una lettura generale delle tendenze, ma soprattutto orientano la fase successiva di analisi qualitativa. I risultati quantitativi, infatti, non costituiscono un punto d'arrivo, ma un punto di partenza per le interviste, che approfondiranno le aree emerse come più significative o problematiche. In questo senso, il questionario agisce come dispositivo di mediazione: connette la misura alla narrazione, la regolarità statistica all'unicità del vissuto. L'elaborazione di uno strumento proprio risponde, infine, a una motivazione etica. Costruire un questionario significa assumersi la responsabilità del linguaggio con cui si interroga la realtà. L'atto di scegliere le parole, di definire le categorie, di stabilire il tono delle domande, diventa parte integrante della relazione con i partecipanti. Nel rispetto di questa dimensione, le domande sono state formulate in modo da evitare qualsiasi giudizio implicito, favorendo un clima di riflessione e non di valutazione. La raccolta dei dati non è stata intesa come un processo estrattivo, ma come un incontro educativo: un'occasione per restituire consapevolezza e voce a chi spesso vive l'ansia come silenzio. La decisione di non utilizzare strumenti psicometrici preesistenti, pur numerosi e validati, nasce da questa stessa esigenza di coerenza e di fedeltà epistemica. Le scale internazionali più diffuse, *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS), *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS), *Social Phobia Scale* (SPS), *Social Phobia Inventory* (SPIN), *Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI), sono state progettate per misurare la gravità dei sintomi all'interno di contesti clinici, con l'obiettivo di quantificare la paura e l'evitamento nelle situazioni di performance o di esposizione sociale. La loro struttura rispecchia una concezione medico-diagnostica del disagio, utile in ambito terapeutico ma poco adatta a un'indagine pedagogica, che richiede di esplorare i significati formativi e relazionali del fenomeno.

Come rilevato da Heimberg et al. (1999), la solidità psicometrica di questi strumenti non si accompagna a una pari sensibilità contestuale. Gli item, pur precisi, riducono l'esperienza ansiosa a comportamenti tipici di culture individualiste, in cui l'autonomia e la performance pubblica rappresentano l'asse centrale dell'identità. Okazaki (1997) sottolinea, a sua volta, che la maggior parte delle scale sulla fobia sociale nasce in ambienti anglofoni e veicola implicitamente modelli di relazione fondati sull'autosufficienza e sulla competizione, difficilmente trasferibili a culture, come quella italiana, in cui il legame familiare, la reciprocità e la dipendenza emotiva hanno un peso significativo nella costruzione del sé.

Analogamente, gli strumenti relativi agli stili genitoriali, come il *Parenting Styles*

*and Dimensions Questionnaire* (PSDQ) e il *Parental Bonding Instrument* (PBI), e quelli relativi al perfezionismo, come la *Frost Multidimensional Perfectionism Scale* e la *Multidimensional Perfectionism Scale* di Hewitt e Flett, pur offrendo quadri teorici solidi, risultano troppo frammentati rispetto alla complessità dell'oggetto qui indagato. Essi separano nettamente la dimensione familiare da quella emotiva e culturale, mentre la presente ricerca considera tali sfere come parti di un unico processo educativo, interconnesso e dinamico.

L'adattamento linguistico e culturale di questi strumenti, inoltre, avrebbe richiesto interventi tali da comprometterne la validità semantica originaria. Più che tradurre un test, si è scelto di costruire un linguaggio di ricerca capace di parlare ai soggetti reali del contesto italiano, ai giovani che vivono tra modelli culturali differenti e alle famiglie attraversate da cambiamenti sociali profondi. Il questionario elaborato non è dunque un'alternativa semplificata, ma un tentativo di fondere rigore metodologico e sensibilità culturale, offrendo uno strumento adatto a rilevare la pluralità di significati che l'ansia sociale assume nel quotidiano. In questa prospettiva, la creazione di un test originale rappresenta anch'essa una forma di responsabilità epistemologica: non il rifiuto della scienza, ma la sua umanizzazione. L'educazione, per sua natura, richiede un metodo che sappia ascoltare, non soltanto misurare. Costruire uno strumento specifico ha significato restituire complessità all'esperienza, evitando che la ricerca riducesse l'umano a una serie di sintomi. La conoscenza, quando si fonda sull'ascolto, diventa un atto di cura: un modo per far emergere, attraverso il metodo, la dignità del vissuto e la profondità dei significati che lo attraversano.

#### *4.2.4 Il processo di costruzione e validazione dello strumento*

La progettazione del questionario è stata concepita come un percorso graduale, riflessivo e aperto, più vicino a un processo di apprendimento che a un semplice protocollo di rilevazione. Nella prospettiva costruttivista che orienta la ricerca, lo strumento non nasce per registrare passivamente la realtà, ma per dialogare con essa, interpretandola e restituendone la complessità. La costruzione del questionario si è pertanto articolata in più fasi interdipendenti, ognuna delle quali ha contribuito a rafforzarne la coerenza teorica e la sensibilità culturale.

La prima fase ha riguardato la definizione del quadro teorico di riferimento e la traduzione dei concetti in dimensioni osservabili. La revisione della letteratura ha evidenziato quattro nuclei centrali di indagine: l'ansia sociale come forma di disagio

relazionale e identitario; la percezione degli stili genitoriali e il loro ruolo nel processo di interiorizzazione del giudizio; il perfezionismo come esito della pressione alla prestazione e dell'ipercriticismo familiare; e infine l'orientamento culturale individualista o collettivista come variabile di contesto capace di modulare l'esperienza dell'ansia. A partire da queste aree, è stata elaborata una prima serie di item con formulazione affermativa e scala Likert a cinque punti, da “per nulla d'accordo” a “totalmente d'accordo”. La scelta della scala Likert, più che una convenzione statistica, ha rappresentato la volontà di offrire al partecipante uno spazio di gradazione, una forma di espressione che potesse accogliere la sfumatura e non costringerla in una dicotomia.

**Tabella 1. Item generali della scala Likert**

| Item                                                                                 | Scala |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Provo disagio nel restituire merce in un negozio.                                    | 1–5   |
| Preferisco evitare di guardare le persone negli occhi quando parlano.                | 1–5   |
| Sono teso/a quando devo telefonare per prenotare un appuntamento.                    | 1–5   |
| Presentarmi a persone nuove mi crea disagio.                                         | 1–5   |
| Parlare davanti a un piccolo pubblico è per me un evento stressante.                 | 1–5   |
| Quando espongo le mie idee temo di essere giudicato/a negativamente.                 | 1–5   |
| Mi sento teso quando devo spiegare ad altri le emozioni che provo.                   | 1–5   |
| Il disagio nel parlare con sconosciuti può compromettere il mio successo lavorativo. | 1–5   |
| Preferisco attendere o tornare a casa piuttosto che utilizzare un bagno pubblico.    | 1–5   |
| Provo forte disagio nel confrontarmi con un venditore insistente.                    | 1–5   |
| <i>Scala Likert: 1 = molto in disaccordo; 5 = molto d'accordo</i>                    |       |

*Gli item riportati esemplificano la struttura della scala Likert impiegata, mirata a rilevare diverse dimensioni del disagio sociale (interazione, performance, giudizio) attraverso indicatori comportamentali e situazionali.*

**Tabella 2. Item selezionati relativi alla dimensione familiare**

| Item                                                                                                                               | Scala |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Durante l'adolescenza i miei genitori, per evitare possibili conflitti in famiglia, mi permettevano di fare quello che desideravo. | 1–5   |
| I miei genitori partecipavano raramente agli incontri con gli insegnanti, indipendentemente dai loro eventuali impegni.            | 1–5   |

|                                                                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Durante l'infanzia i miei genitori, per paura che potessi farmi male, mi hanno precluso diverse attività.                                                | 1-5 |
| Penso che le limitate manifestazioni di affetto dei miei genitori possano avere influenzato negativamente la mia capacità di relazionarmi con gli altri. | 1-5 |
| Ancora oggi, penso che i miei genitori fossero poco coinvolti nella mia vita durante l'infanzia.                                                         | 1-5 |
| <i>Scala Likert: 1 = molto in disaccordo; 5 = molto d'accordo</i>                                                                                        |     |

*Gli item selezionati evidenziano aspetti educativi e relazionali del contesto familiare, utili per comprendere il ruolo delle pratiche genitoriali e dell'ambiente domestico nei percorsi di socializzazione e nella costruzione del disagio sociale.*

**Tabella 3. Item selezionati relativi a società, stigma e pressione sociale**

| Item                                                                                      | Scala |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| È importante agire sempre correttamente per non mettere in imbarazzo la propria famiglia. | 1-5   |
| Non intraprendo nuove attività per paura di mettermi in imbarazzo.                        | 1-5   |
| Temo che gli altri mi giudicherebbero negativamente se mi sentissi male in pubblico.      | 1-5   |
| Non mangio con persone che non conosco per paura di mettermi in ridicolo.                 | 1-5   |
| Temo spesso di mettere a disagio le altre persone con le mie azioni.                      | 1-5   |
| Ho paura di offendere inavvertitamente gli altri.                                         | 1-5   |
| Il pensiero di non raggiungere gli obiettivi prefissati mi genera angoscia.               | 1-5   |
| <i>Scala Likert: 1 = molto in disaccordo; 5 = molto d'accordo</i>                         |       |

*Gli item presentati rilevano la percezione del giudizio altrui, le norme culturali interiorizzate e la pressione alla performance, dimensioni centrali nella costruzione sociale dell'ansia e nei processi di autovalutazione in contesti pubblici.*

Accanto alle domande chiuse, è stata inserita una sezione finale a risposta aperta, dedicata all'eventuale presenza di disturbi o sindromi ansiose in famiglia. L'inserimento di questo elemento narrativo ha permesso di ampliare la comprensione del vissuto soggettivo e di predisporre, in prospettiva, una connessione con la parte qualitativa della ricerca.

La seconda fase ha previsto la revisione concettuale e linguistica del questionario attraverso una serie di *focus group* condotti in Italia prima della somministrazione pilota. Questi incontri, che hanno coinvolto studenti universitari appartenenti alla fascia d'età

prevista dal campione, avevano lo scopo di testare la comprensibilità del linguaggio, la chiarezza semantica e l'adeguatezza culturale delle domande. Le discussioni emerse durante i focus group si sono rivelate decisive: hanno permesso di individuare sfumature linguistiche che, pur apparendo corrette da un punto di vista accademico, risultavano estranee o ambigue per i giovani partecipanti. Alcuni termini – come “controllo”, “protezione” o “prestazione” – sono stati riformulati per restituire con maggiore precisione la dimensione emotiva e relazionale che intendevano evocare. Parallelamente, è stata effettuata una prima verifica della coerenza strutturale dello strumento, volta a garantire che ogni sezione mantenesse un equilibrio interno e che la progressione delle domande rispettasse la logica del percorso esperienziale. La sequenza degli item è stata disposta in modo da condurre il partecipante da una riflessione individuale a una progressiva apertura verso il contesto familiare e sociale, favorendo un andamento narrativo implicito. Questa costruzione non lineare, ma coerente, è stata pensata per sostenere un coinvolgimento cognitivo ed emotivo che potesse stimolare risposte più autentiche e meno automatiche. Dopo questa fase esplorativa, il questionario è stato sottoposto a una prima validazione interna attraverso due *pre-test* condotti in Italia, su un totale di circa ottanta partecipanti. L'obiettivo era duplice: da un lato verificare la chiarezza e la leggibilità delle domande, dall'altro valutare la coerenza delle risposte e la distribuzione delle frequenze. Le analisi preliminari hanno confermato una buona stabilità interna e hanno permesso di individuare alcune aree di miglioramento, soprattutto nella sezione dedicata agli stili educativi, dove i partecipanti tendevano a interpretare “rigore” come sinonimo di “freddezza”, spostando il senso pedagogico verso un campo affettivo che non era previsto. Tale osservazione ha portato alla riformulazione di diversi item per mantenere la distinzione tra fermezza educativa e distanza emotiva.

Un terzo *pre-test* è stato poi realizzato in Germania, su un campione di venti studenti universitari. Questa fase ha avuto lo scopo di verificare l'efficacia della traduzione e la tenuta interculturale dello strumento. La versione tedesca, frutto di un processo accurato di adattamento, è stata elaborata con la collaborazione di due traduttori professionisti: un ricercatore italiano esperto di lingua tedesca e un madrelingua tedesco con formazione in Psicologia. La traduzione è stata intesa non come mera trasposizione linguistica, ma come un atto di interpretazione culturale. Ogni item è stato discusso e calibrato per preservare le sfumature di significato originarie, evitando che termini chiave come “autonomia”, “giudizio” o “approvazione” venissero alterati da differenze

semantiche o connotazioni locali.

**Tabella 4. Sintesi qualitativa dei risultati del pre-test**

| Indicatore               | Esito pre-test Italia (n=80)                                                                 | Esito pre-test Germania (n=20)                                                 |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Obiettivo della verifica | Valutare chiarezza degli item e coerenza interna dello strumento                             | Verificare equivalenza linguistica e adeguatezza culturale della traduzione    |
| Esiti principali         | Quattro item, nella sezione sugli stili educativi, hanno richiesto una riformulazione        | Maggior numero di interventi centrati su termini emotivi e concettuali         |
| Problemi riscontrati     | Ambiguità nella distinzione tra 'rigore' e 'freddezza', spesso interpretati come equivalenti | Difficoltà nella resa di concetti come 'giudizio', 'approvazione', 'autonomia' |
| Interventi effettuati    | Chiarificazione del lessico per distinguere dimensioni educative e affettive                 | Revisione di più item e sostituzione di vocaboli ambigui                       |

*Nota: Il pre-test tedesco ha richiesto un lavoro semantico più ampio, soprattutto per la traduzione di concetti culturalmente sensibili. Le modifiche apportate hanno garantito la coerenza interpretativa tra le due versioni dello strumento.*

Il processo di revisione e supervisione accademica, avvenuto in più momenti, ha garantito il mantenimento di un costante equilibrio tra rigore metodologico e sensibilità educativa. I supervisori hanno contribuito alla valutazione della coerenza teorica, suggerendo aggiustamenti strutturali e lessicali che hanno consentito di rafforzare l'impianto del questionario senza snaturarne la vocazione esplorativa. In questa fase è emersa con forza l'idea dello strumento come oggetto dialogico, in cui ogni scelta metodologica è il risultato di un processo di riflessione collettiva e non di una decisione individuale. La costruzione del questionario si è dunque configurata come un esercizio di mediazione tra rigore e apertura, tra sistematicità e interpretazione. Ogni fase, dal disegno teorico alla verifica empirica, è stata concepita come parte di un continuum conoscitivo in cui la ricerca si plasma progressivamente attorno al suo oggetto, fino a divenirne espressione. La fase di validazione dello strumento ha rappresentato un momento cruciale di verifica, ma anche di riflessione sul rapporto tra metodo e conoscenza. L'obiettivo non era semplicemente attestare la solidità statistica del questionario, ma garantirne la coerenza con l'impianto epistemologico della ricerca. In una prospettiva costruttivista e pedagogica, infatti, la validità di uno strumento non coincide con la sua riproducibilità tecnica, bensì con la sua capacità di restituire la complessità del reale senza semplificarlo. Il campione finale ha coinvolto

complessivamente circa cinquecento partecipanti, distribuiti fra Italia e Germania, tutti giovani adulti di età compresa tra i diciotto e i trent'anni. La scelta di focalizzarsi su questa fascia d'età è derivata dalla consapevolezza che il periodo della tarda adolescenza e della prima età adulta costituisce il momento di massima esposizione al giudizio sociale e di definizione dell'identità. In questo segmento biografico si concentrano le sfide legate alla performance, alla competizione accademica e professionale, al confronto costante con le aspettative familiari e collettive.

La validazione ha seguito un percorso a più livelli. In primo luogo, i dati raccolti nei *pre-test* sono stati utilizzati per affinare la struttura interna del questionario e verificare la consistenza delle risposte. Attraverso l'analisi delle correlazioni fra item e la revisione delle distribuzioni, sono stati eliminati o modificati i quesiti che mostravano ridondanza o scarsa capacità di discriminare tra diverse sfumature di atteggiamento. In questa fase è stato mantenuto un equilibrio sottile: da un lato assicurare una sufficiente coerenza interna, dall'altro evitare che la ricerca perdesse la sua apertura interpretativa, elemento imprescindibile in un approccio pedagogico e qualitativo. L'affidabilità dello strumento è stata ulteriormente consolidata attraverso il confronto tra i risultati ottenuti nei due contesti nazionali. La buona sovrapponibilità delle tendenze generali ha confermato la robustezza concettuale del questionario, ma al tempo stesso ha evidenziato differenze significative nelle aree relative alla percezione del giudizio e al ruolo della famiglia. I partecipanti italiani tendevano a riferire con maggiore frequenza la sensazione di essere valutati in funzione delle aspettative altrui, mentre nel gruppo tedesco emergeva una correlazione più marcata fra ansia sociale e autorealizzazione personale. Queste variazioni, anziché indebolire la comparabilità, ne hanno confermato la sensibilità culturale: lo strumento si è mostrato capace di intercettare sfumature legate al contesto sociale e ai modelli educativi. L'attenzione alla dimensione linguistica ha costituito un altro pilastro del processo di validazione. Le due versioni del questionario, italiana e tedesca, sono state costantemente messe a confronto per assicurare che i concetti chiave mantenessero lo stesso peso semantico. Parole come "autonomia", "successo" o "giudizio", che nei diversi idiomi evocano universi di senso non perfettamente sovrapponibili, sono state oggetto di una particolare cura terminologica. Tale attenzione non è stata solo tecnica, ma epistemologica: nel linguaggio si riflette la concezione stessa dell'essere umano che la ricerca assume. Garantire la coerenza tra le due versioni ha significato tutelare l'integrità antropologica del modello teorico alla base dello studio. La supervisione accademica, esercitata in più passaggi, ha rappresentato un

ulteriore livello di validazione. I revisori hanno analizzato la struttura teorica e formale del questionario, ponendo particolare attenzione alla neutralità del linguaggio, alla progressione logica delle domande e alla congruenza fra gli obiettivi pedagogici e le scelte metodologiche. Questo dialogo continuo ha permesso di consolidare la qualità scientifica dello strumento e di mantenere viva la tensione riflessiva che attraversa l'intera ricerca. In senso più profondo, la validazione è stata intesa come un processo educativo. La costruzione dello strumento non si è limitata alla verifica di coerenza interna o all'adattamento culturale, ma ha generato un percorso di apprendimento reciproco tra ricercatore e campo. Ogni revisione ha comportato una ridefinizione del modo di guardare al fenomeno, ogni analisi ha restituito nuove domande. In questo senso, il questionario è diventato esso stesso un luogo di formazione: uno spazio di mediazione in cui teoria ed esperienza si incontrano e si trasformano a vicenda. Dal punto di vista epistemologico, l'intero processo ha mostrato come la ricerca pedagogica possa produrre strumenti scientifici senza rinunciare alla complessità dell'umano. La validità, in questa prospettiva, non è un dato concluso ma una qualità in divenire: si conquista nella trasparenza, nella riflessività, nella capacità di rendere visibili le scelte e le interpretazioni che accompagnano la produzione del sapere. Costruire e validare un questionario significa allora riconoscere che la scienza, quando è educativa, non separa chi indaga da ciò che è indagato, ma li unisce in un percorso comune di comprensione.

In sintesi, il processo di costruzione e validazione dello strumento ha consentito di elaborare un questionario empiricamente solido e culturalmente sensibile, capace di cogliere l'ansia sociale come fenomeno complesso, situato e relazionale. L'intera operazione metodologica ha assunto il valore di un atto formativo: un esercizio di ascolto e di responsabilità, volto non solo a raccogliere dati, ma a riconoscere, attraverso la ricerca, la trama educativa che sostiene ogni esperienza umana di incertezza.

### **4.3 Analisi dei dati e interpretazione**

#### *4.3.1 Il campione e le procedure di raccolta dei dati*

La raccolta dei dati si è svolta tra il 2023 e il 2024 attraverso la somministrazione online del questionario precedentemente elaborato, veicolato tramite la piattaforma Google Forms. La scelta di utilizzare un formato digitale non è stata soltanto una necessità logistica, ma una decisione metodologicamente consapevole. La modalità online ha permesso di raggiungere in tempi relativamente brevi un campione ampio e

geograficamente diversificato, assicurando al contempo l'anonimato e una maggiore libertà di espressione. In una ricerca che indaga vissuti sensibili come l'ansia sociale, la garanzia di riservatezza costituisce infatti una condizione imprescindibile per ottenere risposte autentiche e riflessive. Il questionario è stato diffuso in due versioni linguistiche, italiana e tedesca, attraverso canali universitari, reti accademiche e associazioni studentesche. In Italia la somministrazione è avvenuta prevalentemente nell'ambito di corsi di laurea in area umanistica e psicologica, mentre in Germania ha coinvolto studenti di indirizzo educativo e sociale. Tale distribuzione ha permesso di includere nel campione giovani adulti appartenenti a contesti formativi differenti, ma accomunati da una condizione esistenziale e psicologica simile: la transizione verso l'età adulta, caratterizzata da un'intensa esposizione al giudizio, alla competizione e alla ricerca di riconoscimento. Il campione complessivo, dopo le esclusioni motivate da risposte incomplete o incoerenti, è risultato composto da circa cinquecento partecipanti, di età compresa tra i diciotto e i trent'anni. La partecipazione è stata interamente volontaria. Prima dell'avvio della compilazione, i soggetti hanno ricevuto una chiara informativa sugli scopi della ricerca, sulle modalità di conservazione e trattamento dei dati e sul diritto di ritirarsi in qualunque momento, senza dover fornire spiegazioni. La pagina iniziale del questionario conteneva il testo del consenso informato, la dichiarazione di anonimato e l'esplicita possibilità di interrompere la compilazione in ogni fase.

In qualità di psicologa abilitata, la ricercatrice ha garantito il rispetto del segreto professionale e della normativa deontologica vigente, assicurando che nessuna informazione personale potesse essere riconducibile ai partecipanti o impiegata al di fuori dei fini scientifici dichiarati. Questa competenza professionale ha rappresentato un presidio ulteriore di tutela e di affidabilità etica, rafforzando la fiducia dei soggetti coinvolti e la qualità complessiva del processo di raccolta dei dati. Nei casi di somministrazione collettiva, la ricercatrice ha fornito anche una breve spiegazione orale preliminare, soprattutto a coloro che non avevano mai partecipato a indagini psicopedagogiche, chiarendo il valore esplorativo dello studio e la natura non valutativa delle domande. La raccolta dei dati è stata accompagnata da un'attenta cura della qualità delle risposte. Alcuni item di controllo, inseriti all'interno del questionario, avevano lo scopo di verificare la coerenza cognitiva e la concentrazione dei partecipanti. Le compilazioni che mostravano sequenze illogiche o contraddittorie, oppure tempi di risposta anomali, sono state escluse dalle analisi finali. Tale procedura non aveva finalità selettive, ma rispondeva a un principio di rigore metodologico, volto a garantire che il

materiale empirico rispecchiasse in modo attendibile le percezioni reali dei partecipanti.

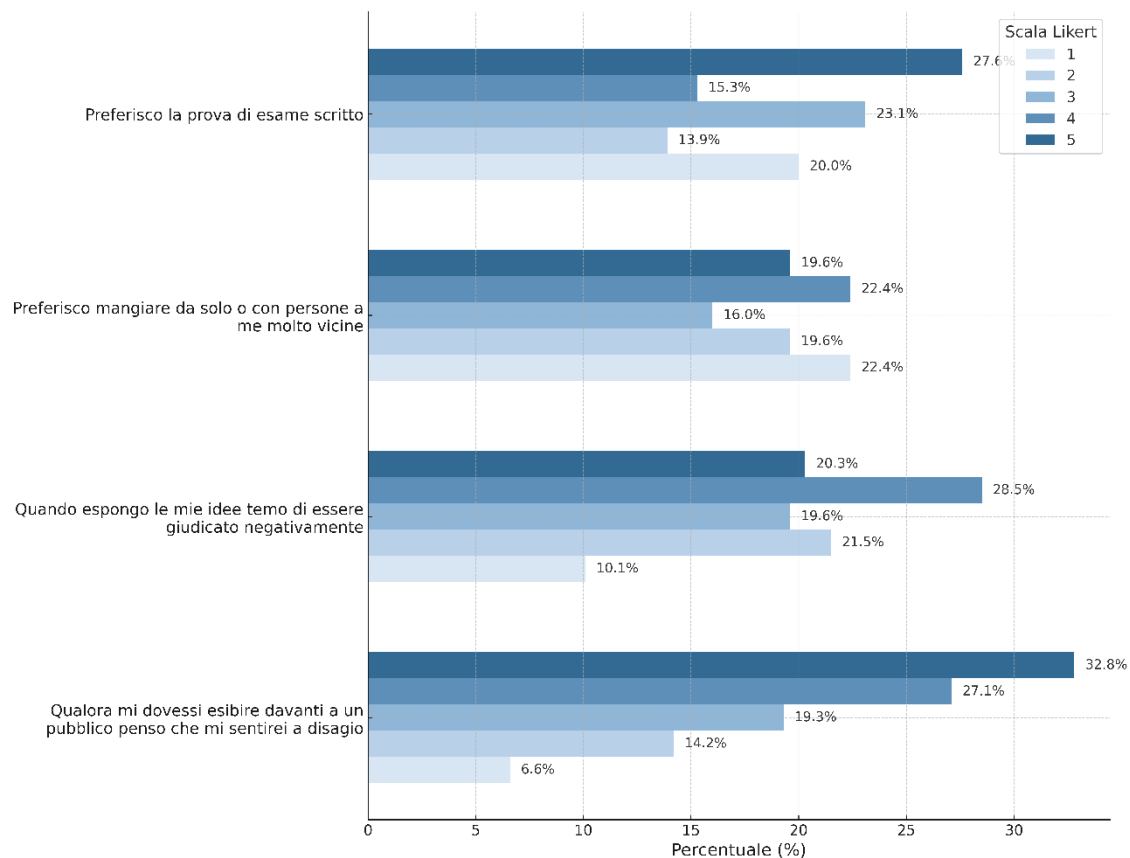
I tempi medi di compilazione si sono attestati tra i quindici e i venti minuti, intervallo che ha consentito di mantenere un buon equilibrio tra attenzione cognitiva e profondità riflessiva. Il formato digitale ha inoltre permesso di monitorare la completezza delle risposte e di ridurre il rischio di errori di trascrizione o di perdita dei dati. La distribuzione del campione tra Italia e Germania ha reso possibile un confronto interculturale particolarmente significativo. In Italia hanno partecipato soprattutto studenti universitari del sud, con una leggera prevalenza femminile; in Germania il gruppo era composto in prevalenza da studenti delle scienze sociali e dell'educazione, anch'essi con maggioranza femminile. Questa composizione ha consentito di cogliere sia elementi comuni, legati alla condizione giovanile in società ad alto livello di competitività, sia differenze connesse ai modelli educativi e ai valori sociali prevalenti nei due Paesi. L'intera procedura di raccolta dei dati è stata condotta nel rispetto dei principi etici sanciti dalle linee guida internazionali per la ricerca nelle scienze umane. Ogni fase, dalla progettazione alla somministrazione, dal trattamento dei dati all'interpretazione, è stata orientata alla tutela della persona e alla promozione di una relazione di fiducia fra ricercatore e partecipante. La scelta di mantenere un linguaggio neutro, non patologizzante e privo di giudizio, ha contribuito a creare un clima di partecipazione consapevole, nel quale i soggetti potessero riconoscersi senza sentirsi oggetto di valutazione. La somministrazione del questionario, pur avvenendo in forma digitale, è stata accompagnata da una costante attenzione alla dimensione relazionale della ricerca. Ogni risposta è stata considerata come un gesto comunicativo, come un atto di fiducia reciproca tra chi interroga e chi si racconta. In questo senso, la raccolta dei dati non ha rappresentato una fase meramente tecnica, ma un'esperienza di ascolto strutturato, nella quale la dimensione etica e quella metodologica si sono intrecciate, restituendo pienamente il senso pedagogico dell'intero progetto. In una prospettiva costruttivista, la raccolta dei dati non rappresenta una fase separata dalla teoria, ma il suo naturale prolungamento. Ogni risposta ottenuta è stata considerata come un frammento di realtà in divenire, non come una misura statica. In tal senso, la procedura di somministrazione si colloca nel solco della *Grounded Theory costruttivista*, secondo cui il dato non preesiste all'interpretazione, ma nasce dal dialogo continuo tra il ricercatore e il campo. Il questionario, pur nella sua struttura quantitativa, ha funzionato come dispositivo generativo di significati: un terreno fertile da cui far emergere le categorie concettuali che verranno poi approfondite nella fase qualitativa. Questa concezione

processuale del dato restituisce coerenza all'intero impianto metodologico, ponendo le basi per un'analisi che non si limita a descrivere, ma intende comprendere come l'ansia sociale si radichi nei vissuti educativi e nelle rappresentazioni culturali.

#### *4.3.2 L'analisi quantitativa e i risultati descrittivi*

L'analisi quantitativa è stata condotta sull'insieme delle somministrazioni utili raccolte tra il 2023 e il 2024 nelle versioni italiana e tedesca del questionario, escludendo unicamente i protocolli palesemente incompleti o incoerenti e considerando i dati del *pre-test* come materiale esplorativo e di affinamento dello strumento. Il campione complessivo così ottenuto si colloca nell'ordine di alcune centinaia di partecipanti, in linea con gli obiettivi esplorativi e comparativi dello studio e sufficiente a delineare tendenze significative nelle tre aree centrali della ricerca: ansia sociale, percezione degli stili genitoriali, perfezionismo e pressione alla prestazione. Gli item a risposta chiusa sono stati trattati come variabili ordinali a cinque modalità, utilizzate in forma continua per il calcolo degli indici descrittivi (medie, deviazioni standard, distribuzioni di frequenza). L'interpretazione dei risultati ha seguito una logica prudente: i valori non sono letti come soglie diagnostiche, ma come indicatori di tendenze percepite, coerentemente con la natura pedagogica e non clinica della ricerca. Nel complesso, i dati mostrano un quadro sfumato. La maggior parte degli item relativi all'ansia sociale si colloca in un range medio (valori medi approssimativamente compresi tra 2 e 3 su 5), segnalando una presenza diffusa, ma non estrema, di disagio nelle interazioni sociali quotidiane. Emergono tuttavia alcune aree più critiche. Nei campioni italiani si osservano punteggi medi più elevati in corrispondenza degli item che esprimono timore di non essere all'altezza, difficoltà legate alle situazioni di performance pubblica, preoccupazione per l'impressione suscitata sui pari e sul contesto accademico. Il disagio non si concentra soltanto su episodi circoscritti, ma si estende alla percezione di sé come potenzialmente inadeguato, suggerendo la presenza di un clima interno segnato dal confronto costante con standard elevati.

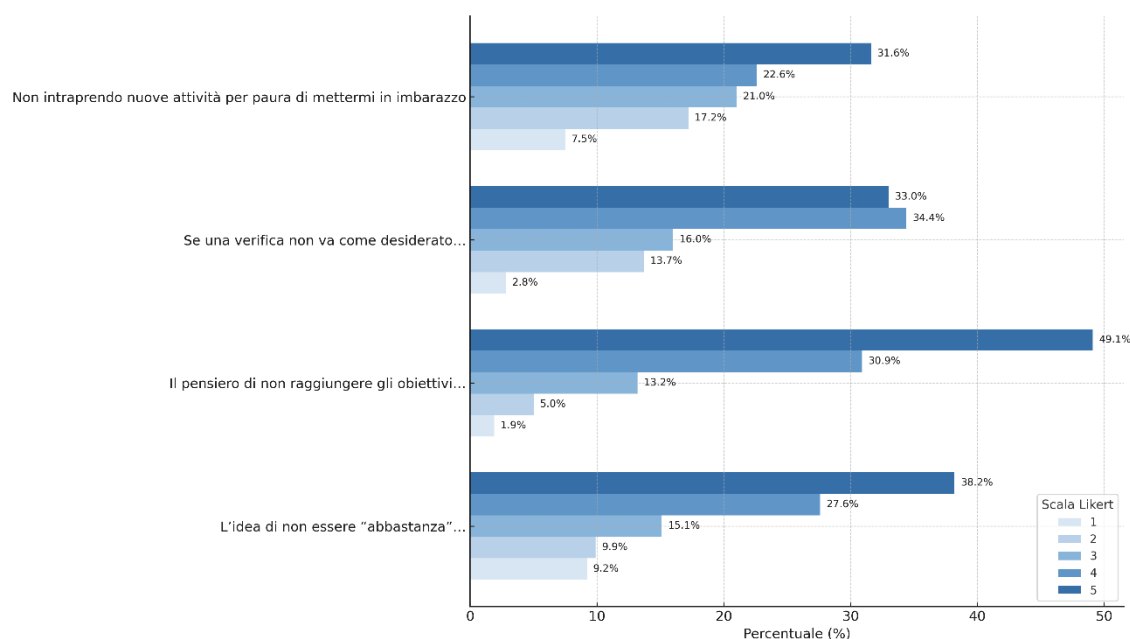
Per visualizzare più chiaramente queste prime tendenze, sono stati selezionati quattro item rappresentativi della dimensione individuale dell'ansia sociale. La figura 1a mostra la distribuzione percentuale delle risposte, evidenziando il peso delle dinamiche valutative, del disagio performativo e delle preferenze relazionali nel campione complessivo.



**Figura 1a.** Distribuzione percentuale delle risposte a quattro item rappresentativi della dimensione individuale dell'ansia sociale (scala Likert 1–5).

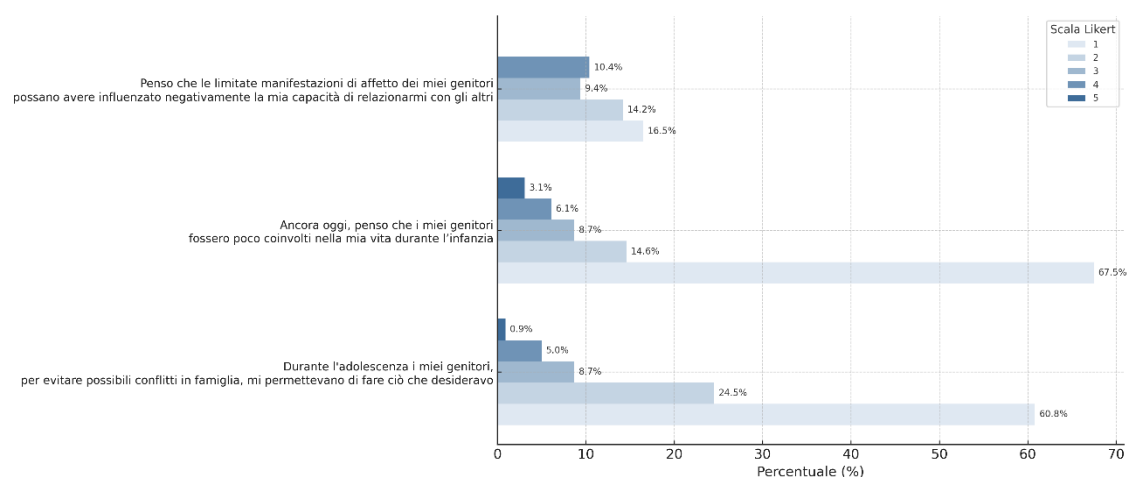
In modo coerente con questo quadro, gli item relativi al perfezionismo personale mostrano valori particolarmente alti. Nei dati italiani spiccano, con medie nettamente superiori al valore centrale, le affermazioni che esprimono paura di non raggiungere gli obiettivi prefissati, turbamento marcato di fronte a verifiche o prove non riuscite come atteso e timore di “non essere abbastanza” in termini di prestazione, intraprendenza, successo. Anche nella versione tedesca del questionario tali aspetti risultano presenti, seppure con un'intensità leggermente inferiore, suggerendo un orientamento perfezionistico significativo ma meno accentuato. Nel complesso, l'insieme delle risposte indica che l'ansia sociale non è vissuta solo come paura dell'altro, ma come esito di una tensione interna verso standard performativi percepiti come inderogabili.

Per rendere visivamente più chiara questa tendenza, sono stati selezionati quattro item direttamente collegati alla dimensione del perfezionismo personale. La Figura 1b mostra la distribuzione percentuale delle risposte.



**Figura 1b.** Distribuzione percentuale delle risposte ai quattro item relativi alla dimensione del perfezionismo personale, con valori più elevati nelle categorie di accordo e forte accordo, indicatori di una tensione performativa significativa nel campione.

La sezione dedicata alla percezione degli stili genitoriali restituisce un profilo interessante perché meno polarizzato rispetto a quanto talvolta atteso. Gli item che evocano forme di trascuratezza stabile, disinteresse educativo o assenza sistematica dei genitori mostrano valori medi tendenzialmente bassi, segnalando che la maggior parte dei partecipanti non si riconosce in contesti familiari marcatamente negligenti. Al contrario, compaiono indicatori di equilibrio tra libertà e presenza, con alcune differenze interne che suggeriscono configurazioni complesse più che schemi rigidi: da un lato, esperienze di sostegno e possibilità di scelta; dall'altro, tracce di controllo, protezione elevata o aspettative implicite, soprattutto dove il successo personale è intrecciato con l'immagine familiare. Più che univocamente autoritari o distaccati, molti contesti descritti appaiono esigenti, coinvolti, talvolta permeati da un perfezionismo educativo normalizzato.

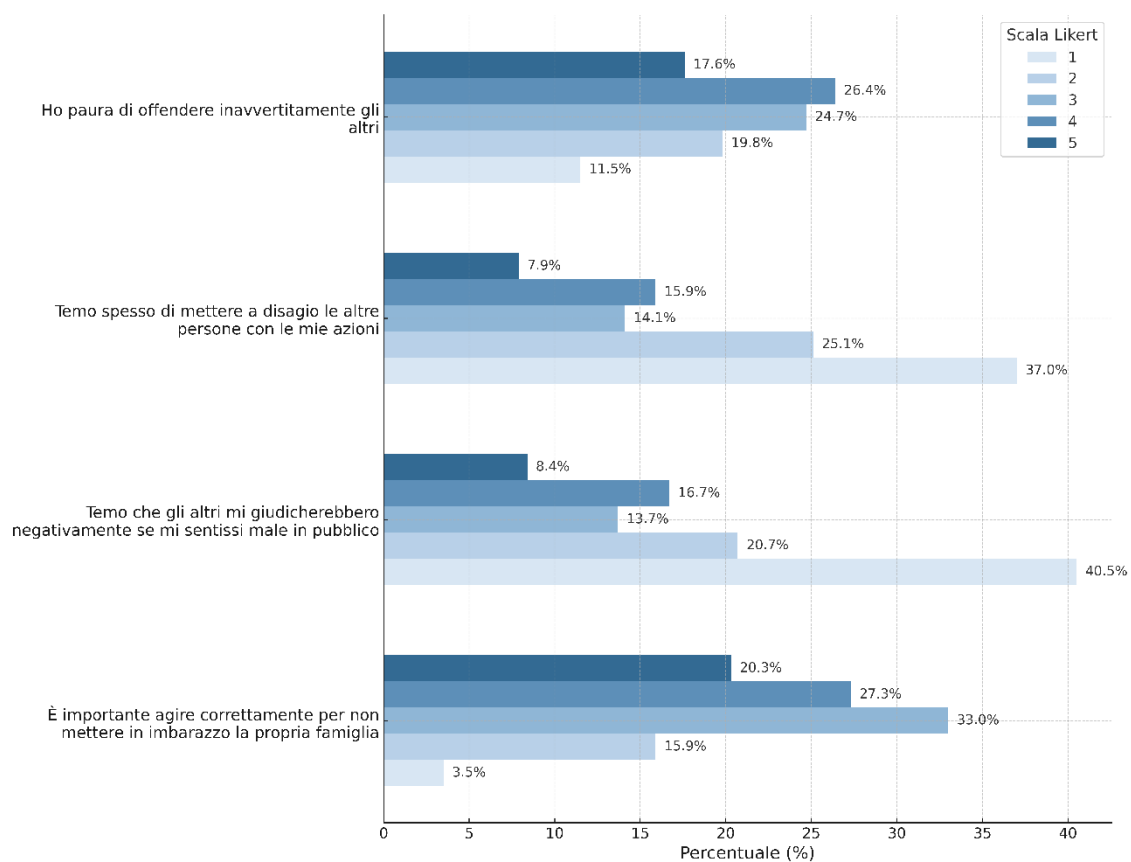


**Figura 1c.** Distribuzione percentuale delle risposte a cinque item relativi alla percezione degli stili genitoriali (scala Likert 1–5). La figura mostra un quadro poco polarizzato: bassi punteggi sugli indicatori di trascuratezza, valori più elevati su controllo, protezione e regolazione dei conflitti, a conferma della complessità delle rappresentazioni familiari nel campione.

Sul piano statistico, le associazioni tra le dimensioni rilevate offrono indicazioni coerenti con l’impianto teorico. Nel campione italiano, gli indici medi costruiti sugli item riconducibili all’ansia sociale mostrano una correlazione positiva di intensità moderata con gli item riconducibili al perfezionismo personale, con valori che si collocano in un intervallo indicativo di un legame stabile tra timore del giudizio e interiorizzazione di standard elevati. In termini descrittivi, laddove aumenta la sensibilità al fallimento, alla valutazione altrui e all’idea di “non essere abbastanza”, aumentano anche il disagio nelle interazioni, l’evitamento di situazioni espositive e la fatica a percepire le proprie competenze sociali come adeguate. Una tendenza analoga emerge nel sottocampione tedesco, pur con sfumature diverse: anche qui la relazione fra ansia sociale e perfezionismo appare marcata, a conferma del fatto che la pressione alla riuscita personale costituisce un vettore cruciale nella costruzione del disagio sociale.

Una seconda linea di associazioni riguarda la percezione degli stili genitoriali. Pur non emergendo, nella media del campione, quadri di estrema severità o di trascuratezza diffusa, gli item che richiamano iperprotezione, controllo invasivo o aspettative rigide mostrano, nelle analisi esplorative, una tendenza a correlarsi con livelli più elevati di ansia sociale. L’impressione che la fiducia genitoriale sia condizionata dalla conformità a standard di comportamento corretti, dall’assenza di errore e dalla capacità di “non creare problemi” sembra accompagnarsi a una maggiore vulnerabilità rispetto al giudizio

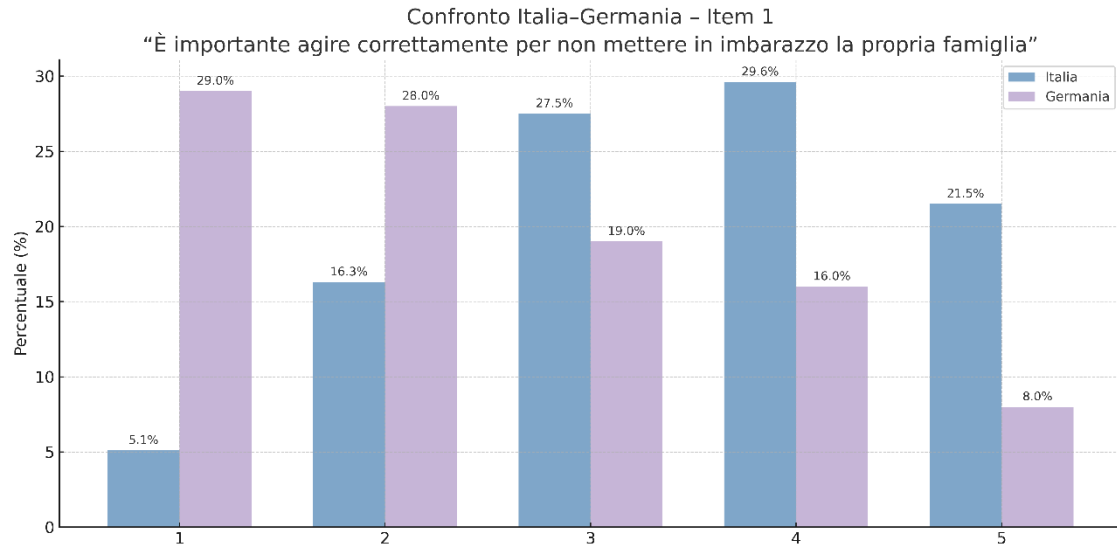
esterno, sia nei contesti accademici sia nelle relazioni tra pari. Questa relazione non è uniforme né deterministica, ma indica una direzione coerente con la letteratura: laddove la relazione educativa è percepita come vincolata alla prestazione, l'errore perde la sua funzione formativa e diventa minaccia identitaria. Il confronto tra i contesti nazionali, pur condotto con prudenza data l'asimmetria numerica dei sottocampioni, suggerisce alcune differenze qualitative significative. Nel campione italiano emergono in modo più netto l'intreccio tra appartenenza familiare e timore di deludere, l'idea che il proprio insuccesso possa "mettere in imbarazzo" la famiglia, e una sensibilità accentuata alle aspettative implicite dell'ambiente.



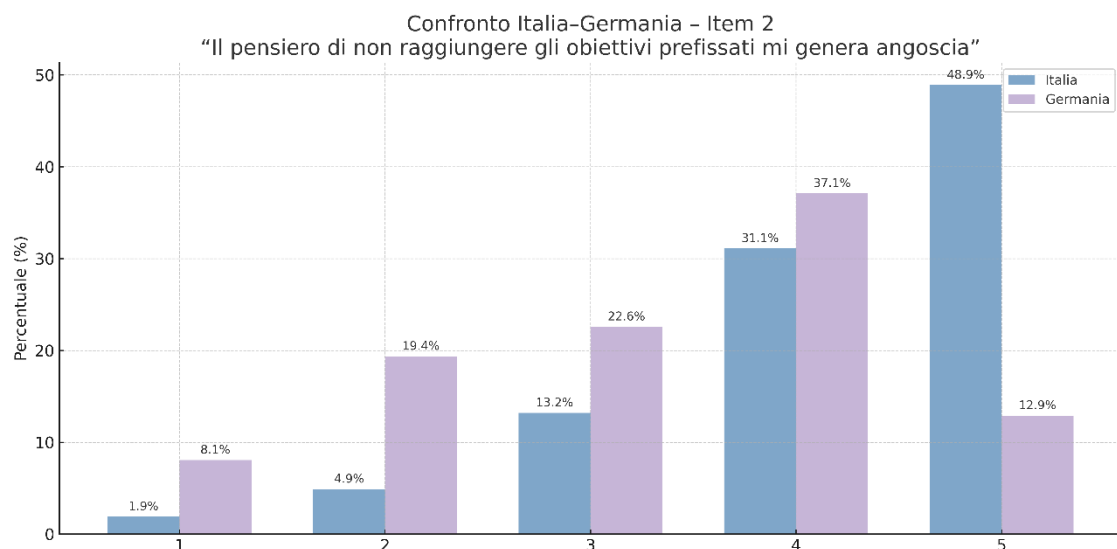
**Figura 1d.** Distribuzione percentuale delle risposte a quattro item relativi al giudizio esterno, alle norme relazionali e alla pressione sociale. L'accordo elevato negli item legati all'imbarazzo, al timore di giudizio e alla possibilità di offendere segnala la rilevanza delle norme sociali implicite e delle dinamiche reputazionali nella percezione dell'ansia sociale.

Nel campione tedesco, invece, la rappresentazione del perfezionismo appare maggiormente connessa a criteri interni di autorealizzazione, con un peso relativamente minore dell'immagine familiare. Le differenze emergono chiaramente nella

comparazione fra due item rappresentativi della pressione familiare e della tensione performativa interna.



**Figura 1e.** Distribuzione percentuale delle risposte italiane e tedesche all’item *“È importante agire correttamente per non mettere in imbarazzo la propria famiglia”* (scala Likert 1–5). Il confronto mostra come nel campione italiano il valore reputazionale della famiglia assuma un peso significativamente maggiore rispetto al campione tedesco.



**Figura 1f.** Distribuzione percentuale delle risposte italiane e tedesche all’item *“Il pensiero di non raggiungere gli obiettivi prefissati mi genera angoscia”* (scala Likert 1–5). La concentrazione maggiore

dei valori di accordo nel campione italiano segnala una pressione performativa percepita più intensa rispetto al campione tedesco.

In entrambi i casi, tuttavia, il legame fra standard elevati e insicurezza sociale si conferma un nodo centrale. L'insieme di questi risultati descrittivi conferma, in forma empirica, l'ipotesi che ha guidato la costruzione dello strumento: l'ansia sociale, nel segmento giovanile considerato, non può essere compresa unicamente come risposta a situazioni specifiche, ma come espressione di una trama più ampia in cui convergono pratiche educative, modelli culturali e narrazioni sul successo. La lettura quantitativa non esaurisce tale complessità, ma ne traccia le linee di forza: evidenzia le convergenze tra perfezionismo e fragilità relazionale, indica il ruolo non banale delle rappresentazioni genitoriali e mostra come il contesto culturale moduli la forma del disagio senza eliminarne i meccanismi di fondo. La *Grounded Theory costruttivista* e la prospettiva etnografica consentono di trasformare le tendenze individuate in categorie concettuali che mantengono viva la densità dei vissuti che le alimentano.

#### 4.3.3 *L'analisi qualitativa e l'interpretazione integrata dei risultati*

Se la fase quantitativa ha permesso di delineare la morfologia del fenomeno, quella qualitativa ne affronta la sostanza, cercando di comprendere come l'ansia sociale si formi e si radichi nei percorsi biografici e nei contesti educativi. Non si tratta di affiancare due livelli distinti di analisi, ma di proseguire un unico movimento conoscitivo: quello che dal numero risale al significato, restituendo voce e spessore umano alle traiettorie che i dati disegnano. La prospettiva costruttivista che sostiene l'intera ricerca orienta questa parte del lavoro. In tale cornice, il dato non è un fatto già esistente, ma una costruzione intersoggettiva che nasce dal dialogo tra ricercatore e campo. Le risposte ai questionari, le osservazioni informali raccolte durante la somministrazione e le restituzioni dei *pre-test* sono state lette non come esiti neutri, ma come frammenti di esperienza che riflettono una precisa visione di sé e del mondo. La *Grounded Theory* costruttivista offre qui una chiave metodologica coerente, permettendo di accogliere la complessità delle percezioni senza ridurle a categorie rigide. L'analisi è stata condotta attraverso un processo iterativo di lettura e di codifica che ha privilegiato la generazione di concetti emergenti piuttosto che l'applicazione di griglie predefinite. Il procedimento non segue una logica lineare ma circolare: i dati

vengono letti, annotati, interpretati e riletti più volte, finché le ricorrenze semantiche e i nessi tematici cominciano a delineare nuclei di significato stabili. Questa circolarità non è un limite, bensì un principio fondativo della ricerca qualitativa, poiché consente di costruire teoria a partire dall'esperienza viva dei partecipanti.

Dalle prime analisi sono emersi alcuni motivi ricorrenti che attraversano in modo trasversale le diverse sezioni del questionario e che trovano riscontro anche nei commenti aperti e nelle note d'osservazione. Il primo riguarda la paura del giudizio, che non si configura tanto come timore dell'altro, quanto come dipendenza dallo sguardo altrui, come se l'identità stessa avesse bisogno di essere continuamente confermata da un interlocutore esterno. Questa forma di vulnerabilità relazionale si accompagna spesso a una tendenza al perfezionismo, seconda categoria rilevante, che appare come dispositivo educativo interiorizzato: il valore personale viene misurato sulla base della riuscita, del controllo, dell'aderenza a modelli di efficienza appresi precocemente in ambito familiare. Accanto a questi due poli emerge una terza costellazione concettuale, che potremmo definire identità sospesa. Essa rimanda alla tensione fra autonomia e appartenenza, fra il desiderio di affermarsi e la paura di deludere. Molti giovani descrivono la difficoltà di percepirsi liberi dal bisogno di approvazione, oscillando fra la ricerca di autenticità e il timore di perdere il legame affettivo o il riconoscimento sociale. In questo senso, l'ansia sociale non si manifesta soltanto come paura di interagire, ma come condizione strutturale di un sé che si misura costantemente con aspettative implicite e standard interiorizzati. L'integrazione fra la *Grounded Theory* e l'approccio etnografico ha permesso di estendere la lettura dei dati oltre il livello individuale. Attraverso la descrizione densa, ogni categoria interpretativa è stata reinserita nel suo contesto culturale, interrogando i modelli educativi e le narrazioni sociali che la rendono possibile. La *thick description*, nella sua accezione più piena, non mira a riprodurre la realtà, ma a restituirne il senso condiviso: osservare un comportamento significa cogliere il sistema di significati che lo sostiene. Così, le risposte dei partecipanti sono state trattate come tracce di una grammatica culturale del successo e del fallimento, in cui la paura del giudizio rappresenta l'esito visibile di un ordine simbolico che attribuisce valore alla perfezione più che alla crescita. Nel quadro metodologico di questa ricerca, l'analisi qualitativa non è stata intesa come semplice complemento del segmento quantitativo, ma come il suo naturale proseguimento epistemologico. Il disegno *mixed methods* ha permesso di attraversare i dati non da due prospettive parallele, bensì da un punto di vista convergente, in cui la dimensione misurabile e quella interpretativa

concorrono a una comprensione più profonda dei significati sociali e psicopedagogici del fenomeno. Come osserva Creswell (2009), la ricerca mista nasce dal riconoscimento che nessun singolo metodo è in grado di catturare da solo la complessità dell'esperienza umana; essa richiede piuttosto un dialogo continuo tra numeri e parole, tra il rigore della misura e la densità del vissuto. L'analisi si è quindi sviluppata come un processo di integrazione riflessiva, coerente con quanto proposto da Fetters, Curry e Creswell (2013)), secondo i quali le fasi della ricerca mista non devono essere pensate come segmenti cronologici rigidi ma come momenti comunicanti, ciascuno dei quali retroagisce sull'altro. In questa prospettiva, la costruzione delle categorie interpretative è avvenuta in una tensione costante tra i risultati quantitativi e le narrazioni raccolte: i dati statistici suggerivano direzioni di senso, mentre le parole dei partecipanti ne chiarivano la profondità e le sfumature. Tale circolarità ha reso possibile non soltanto verificare ipotesi emergenti, ma generare meta-inferenze capaci di restituire il fenomeno nella sua interezza dinamica (Venkatesh et al., 2013). La fase di analisi qualitativa si è aperta con un lavoro di immersione nelle risposte aperte e nelle note raccolte durante la somministrazione dei questionari e i *pre-test*. Le testimonianze sono state trattate come micronarrazioni, frammenti di un discorso collettivo che riflettono credenze, aspettative e paure condivise. Ogni parola è stata considerata come un segno di cultura prima ancora che di Psicologia, in linea con la prospettiva antropologica che forma la ricerca. La codifica iniziale è avvenuta in modo induttivo, secondo una logica di prossimità: i temi sono stati individuati non per frequenza statistica, ma per risonanza semantica.

Il passaggio successivo ha previsto una riorganizzazione interpretativa delle prime etichette, in modo da riconoscere connessioni, opposizioni o continuità fra le esperienze riportate. Questo movimento fra particolari e insieme, fra voce individuale e pattern collettivo, costituisce il nucleo del processo interpretativo. In questa fase l'analisi ha preso una direzione narrativa, intrecciando momenti di sintesi concettuale a spazi di attenzione al contesto. Le scelte linguistiche dei partecipanti, tono, verbi, pronomi, hanno funzionato come indizi per comprendere come l'esperienza dell'ansia sociale si modelli nei vari ambienti educativi e culturali. L'attenzione alla dimensione interculturale ha giocato un ruolo decisivo. I partecipanti italiani e tedeschi condividevano un lessico simile intorno al tema del giudizio e del perfezionismo, ma con accenti differenti. Nelle risposte italiane, la paura di deludere sembrava intrecciarsi con un forte senso di responsabilità affettiva, quasi che l'errore personale avesse ricadute sulla famiglia o sul gruppo di appartenenza. Nel campione tedesco, invece, emergeva

più chiaramente il tema dell'autorealizzazione come dovere individuale, segno di una cultura orientata all'autonomia e alla competenza. Queste differenze, già visibili nei dati numerici, sono state approfondite qualitativamente come indizi di due diverse pedagogie culturali: una basata sul riconoscimento relazionale, l'altra sulla performance personale.

Per interpretare queste configurazioni è stato adottato lo sguardo della *descrizione densa* di Geertz (1973), che consente di collocare i dati all'interno dei significati culturali che li rendono comprensibili. Questo approccio ha permesso di radicare l'analisi qualitativa nel vissuto concreto, mantenendo insieme dimensione emotiva e lettura simbolica.

Come osserva Ponterotto (2006), la *thick description* è uno strumento di rigore, non di decorazione: consente di radicare l'interpretazione nel vissuto concreto, restituendo ai dati qualitativi la loro complessità emotiva e simbolica. La costruzione delle categorie si è svolta progressivamente. Le prime note di campo, raccolte durante le sessioni di *pre-test*, hanno segnalato la frequenza con cui i partecipanti parlavano dello sguardo altrui come misura di valore. Da questa ricorrenza è emersa la categoria della *paura del giudizio*, intesa non come semplice timore sociale, ma come dipendenza dallo sguardo dell'altro. Parallelamente, la continua menzione dell'impegno, del dovere e dell'eccellenza ha condotto alla definizione del *perfezionismo educativo interiorizzato*, che rimanda a una Pedagogia dell'eccellenza appresa e interiorizzata nelle relazioni primarie. Infine, dalla tensione fra bisogno di autonomia e desiderio di approvazione è nata la categoria di *identità sospesa*, che rappresenta il terreno psicologico su cui le altre due si intrecciano. Durante la fase interpretativa, queste categorie sono state continuamente confrontate con i risultati quantitativi. Ad esempio, i punteggi più elevati sull'ansia da performance nei campioni italiani hanno trovato un corrispettivo qualitativo nelle narrazioni che legano il successo al mantenimento dell'armonia familiare. Allo stesso modo, nei partecipanti tedeschi i valori più equilibrati sul perfezionismo si accompagnavano a una rappresentazione più funzionale dell'errore come occasione di apprendimento. L'uso congiunto dei due livelli di analisi ha reso possibile cogliere la struttura culturale del disagio, mostrando come la stessa emozione, la paura del giudizio, possa assumere forme diverse a seconda della grammatica educativa in cui si esprime. La presenza della ricercatrice nel doppio ruolo di psicologa e studiosa del fenomeno ha introdotto un ulteriore livello di riflessività. La consapevolezza del proprio posizionamento ha guidato la lettura dei materiali, prevenendo il rischio di interpretazioni rigidamente cliniche e favorendo un approccio

pedagogico e culturale. Come evidenziano Venkatesh e colleghi (2013), la credibilità di una ricerca mista non dipende dall'oggettività, ma dalla trasparenza del processo che porta alla conoscenza: la validità risiede nella tracciabilità del percorso attraverso cui il dato prende forma. In questo studio, la costruzione delle categorie interpretative si è sviluppata come un movimento continuo tra osservazione, analisi e confronto interculturale. L'integrazione tra i dati quantitativi e qualitativi ha permesso di collegare le tendenze misurate ai significati che le sostengono, offrendo una lettura dell'ansia sociale come fenomeno che attraversa, insieme all'esperienza individuale, le dimensioni educative e culturali della contemporaneità. È in questa prospettiva che il disegno misto, lungi dall'essere una semplice strategia tecnica, si configura come una postura epistemologica capace di tenere insieme sensibilità e rigore, partecipazione e distanza, ascolto e analisi.

#### *4.3.4 L'intersezione tra risultati quantitativi e qualitativi: verso un modello culturale dell'ansia sociale*

L'analisi integrata dei dati ha consentito di leggere la paura sociale non solo come fenomeno clinico, ma come espressione educativa e culturale di una società che costruisce la soggettività attraverso il giudizio. L'uso combinato di strumenti quantitativi e qualitativi ha permesso di cogliere due livelli complementari del problema: la dimensione misurabile dei comportamenti e la loro trama simbolica. Secondo Creswell (2009), il valore del *mixed methods* risiede nella capacità di far dialogare spiegazione e comprensione, evidenziando come i numeri confermino o smentiscano ciò che le narrazioni rendono visibile.

#### *La paura del giudizio*

Nei dati quantitativi, la paura di essere valutati negativamente risulta la variabile con maggiore incidenza, in particolare tra i partecipanti italiani, dove le medie sui punteggi di ansia da performance e sensibilità sociale si attestano su valori più elevati rispetto al campione tedesco. Questo dato, coerente con quanto osservato da Hofstede (2001) sulla maggiore dipendenza dalle relazioni interpersonali nelle culture collettiviste o familistiche, suggerisce che il disagio non si origina soltanto dall'esposizione pubblica, ma dal timore di compromettere legami affettivi e reputazione all'interno del gruppo di riferimento. Le testimonianze raccolte nei *pre-test* e nei focus group rafforzano questa lettura: molti partecipanti italiani descrivono il giudizio altrui come "peso" o

“responsabilità”, collegandolo alla possibilità di deludere aspettative familiari. Al contrario, nel campione tedesco, la paura del giudizio si manifesta più spesso come ansia da inefficienza o da prestazione, legata a criteri di competenza personale. In termini qualitativi, si può dire che in Italia il giudizio ha un volto, quello di genitori, insegnanti o pari, mentre in Germania tende ad assumere la forma di un parametro astratto di efficienza. Questa differenza semantica è cruciale. Laddove la paura nasce dalla relazione, il riconoscimento dell’altro diventa condizione della sicurezza emotiva; laddove nasce dalla norma, il successo personale è la garanzia dell’autostima. Entrambe le configurazioni, tuttavia, generano ansia: nel primo caso per eccesso di appartenenza, nel secondo per eccesso di competizione. In chiave psicopedagogica, il dato conferma quanto affermano Bellingreri (2012) e Flett & Hewitt (2002): l’ambiente educativo influenza la costruzione dell’autostima e determina se l’errore verrà vissuto come colpa o come apprendimento.

#### *Il perfezionismo educativo interiorizzato*

I risultati quantitativi mostrano una correlazione significativa tra ansia sociale e punteggi elevati nelle scale di perfezionismo percepito. Il perfezionismo si presenta come fattore trasversale, ma con connotazioni diverse. Nel gruppo italiano prevale una forma di perfezionismo “morale”, orientata alla coerenza con le aspettative familiari e sociali; nel gruppo tedesco, invece, emerge una forma più strumentale, centrata sull’efficacia personale e sull’autocontrollo. L’analisi qualitativa conferma e approfondisce queste differenze. Nelle risposte aperte, molti partecipanti italiani collegano l’idea di riuscita al concetto di “dovere”: essere bravi significa “non sbagliare”, “essere all’altezza”, “fare la propria parte”. Questo lessico etico suggerisce che il perfezionismo non è percepito come scelta individuale, ma come mandato educativo interiorizzato. Nei resoconti tedeschi, invece, il linguaggio è più tecnico: ricorrono espressioni come “prestazione”, “efficienza”, “obiettivi”, quasi che l’autoregolazione sostituisce la pressione esterna. Questa distinzione permette di interpretare il perfezionismo come un indicatore culturale dell’ansia. Se, come sostiene Ponterotto (2006), la *thick description* consente di leggere nei dettagli del linguaggio la struttura simbolica di un’esperienza, allora qui il lessico morale e quello funzionale diventano due modalità culturali di affrontare l’incertezza. Nel primo caso la tensione nasce dal timore di non essere degni dell’approvazione affettiva; nel secondo, dal rischio di non rispondere alle richieste del sistema produttivo. Entrambe le modalità alimentano

una Pedagogia dell'eccellenza che trasforma l'imperfezione in fallimento e la vulnerabilità in difetto.

### *Verso l'identità sospesa*

Nel dialogo fra i due piani analitici, l'idea di identità sospesa emerge come categoria ponte. I dati quantitativi mostrano una variabilità più alta nei punteggi relativi all'autostima e alla percezione di sé, soprattutto nel campione italiano, suggerendo un'instabilità identitaria che accompagna il bisogno di riconoscimento. L'analisi qualitativa restituisce questa oscillazione attraverso espressioni ambivalenti: “vorrei essere libero ma mi sento osservato”, “mi piace la competizione ma mi blocca”. L'identità sospesa non è dunque mancanza di identità, ma conflitto fra modelli educativi diversi: il bisogno di appartenenza e l'aspirazione all'autonomia, l'interiorizzazione del giudizio e la ricerca di autenticità.

### *Un sistema culturale dell'ansia sociale*

L'intreccio delle tre categorie, paura del giudizio, perfezionismo educativo e identità sospesa, delinea una configurazione coerente che colloca l'ansia sociale dentro un orizzonte anche culturale. L'integrazione tra risultati quantitativi e qualitativi mostra come la costruzione del sé sia oggi attraversata da logiche educative, affettive e simboliche non sempre armoniche. In questo quadro, il disturbo non può essere inteso come semplice disfunzione individuale, ma come risposta a contesti in cui la valutazione è continua e il riconoscimento diventa incerto. Il dato numerico mostra come i livelli di disagio aumentino in proporzione alla percezione di controllo esterno e alla mancanza di spazi di fallibilità. L'analisi qualitativa, a sua volta, fa emergere il paradosso pedagogico contemporaneo: i giovani si percepiscono costantemente osservati, ma raramente accompagnati. La relazione educativa, tradizionalmente mediata dal sostegno e dal dialogo, tende a essere sostituita da modelli performativi e comparativi. Il risultato è una cultura dell'autostima condizionata, in cui il valore personale è misurato dal consenso, dai risultati o dalla coerenza con un ideale di efficienza. Le narrazioni raccolte nelle interviste e nei focus group descrivono questa condizione come una tensione costante fra visibilità e vulnerabilità. I partecipanti italiani, più spesso, raccontano il bisogno di “non deludere” e il disagio di dover “mantenere un'immagine coerente”; quelli tedeschi parlano di “pressione da competenza” e della difficoltà di “sospendere il controllo”.

Queste due declinazioni, apparentemente opposte, condividono un medesimo principio culturale: l'impossibilità di essere imperfetti. In entrambi i casi, l'errore non è solo un ostacolo ma una minaccia alla legittimità del sé.

Il concetto di *identità sospesa* consente di comprendere questa dinamica come prodotto di un cambiamento più ampio. Nelle società della modernità avanzata, la soggettività si costruisce in spazi di transizione: tra l'intimità familiare e la competizione sociale, tra il desiderio di appartenenza e l'ideale di autonomia (Bauman, 2017). L'ansia sociale, in questo senso, diventa la forma emotiva di un'epoca che chiede costantemente adattamento ma offre poche certezze di riconoscimento. È una paura che si traveste da virtù: l'autocontrollo, la prudenza, la disciplina, tutte qualità apparentemente positive che, in eccesso, alimentano la fragilità dell'identità. Il quadro che emerge è quello di un *sistema culturale dell'ansia sociale*, nel quale la pressione educativa e la valutazione continua agiscono come dispositivi di socializzazione. La Pedagogia implicita di questo sistema insegna che il valore di una persona coincide con la sua capacità di conformarsi a modelli di successo, riducendo lo spazio per la sperimentazione e per l'errore. In tale contesto, l'ansia non è più una risposta eccezionale, ma una condizione di normalità emotiva: un linguaggio condiviso attraverso cui gli individui esprimono la fatica di sostenere la propria immagine pubblica. L'analisi comparativa fra i campioni mostra che, nonostante le differenze culturali, i due gruppi convergono su un punto: la difficoltà di distinguere l'autostima dal riconoscimento esterno. Questo dato, costante nei questionari e confermato dalle narrazioni, suggerisce che la vulnerabilità sociale non è tanto segno di debolezza individuale quanto esito di una cultura educativa che premia la conformità più della consapevolezza di sé. Si potrebbe dire che l'ansia sociale funge da "indice di modernità", segnalando il prezzo emotivo dell'adattamento a contesti sempre più competitivi e incerti. Da un punto di vista pedagogico, questi risultati invitano a ripensare il significato di educazione al successo. Un ambiente formativo che incoraggi la tolleranza dell'errore, la cooperazione e la riflessione sul giudizio potrebbe ridurre l'incidenza dei comportamenti ansiosi. L'educazione, in questa prospettiva, torna a essere spazio di cura e non di prestazione, di riconoscimento e non di valutazione. Come ricorda Geertz (1973), comprendere un fenomeno significa situarlo nei suoi contesti di senso: l'ansia sociale, così letta, non è soltanto una categoria diagnostica ma un sintomo pedagogico e culturale, specchio delle fragilità di una società che misura la realizzazione in termini di visibilità e perfezione. Il dialogo tra i risultati quantitativi e qualitativi ha allora permesso di superare la separazione fra dato e significato. L'integrazione

metodologica, in linea con quanto proposto Venkatesh et al. (2013), ha mostrato che le emozioni collettive possono essere analizzate come fenomeni educativi e sociali: prodotti di pratiche, discorsi e aspettative che formano la vita interiore tanto quanto la cultura visibile. Il disturbo d'ansia sociale, nella sua dimensione più ampia, appare così come la grammatica emotiva della società dell'incertezza, un linguaggio silenzioso attraverso cui la soggettività contemporanea rivela il bisogno di essere vista, capita e perdonata.

#### *Dimensione culturale e pluralità identitaria*

L'analisi dei risultati, letta alla luce della letteratura antropologica e interculturale, evidenzia che l'ansia sociale non si distribuisce uniformemente tra i contesti ma assume forme coerenti con l'orientamento culturale dominante. Numerosi studi hanno mostrato che nelle culture a prevalente orientamento collettivista l'ansia sociale tende a essere più diffusa e legata a timori di disapprovazione e perdita di status relazionale (Heinrichs et al., 2010; Triandis, 1995). In tali società, il sé è concepito in modo interdipendente e il giudizio del gruppo agisce come principio regolatore dell'identità. Al contrario, nei contesti individualisti, la preoccupazione centrale non riguarda tanto la disapprovazione altrui quanto il fallimento personale rispetto a standard di successo interiorizzati (Hofstede, 2001). I dati di questa ricerca sembrano collocarsi in una zona intermedia di questo continuum culturale. Il campione italiano, pur appartenendo a un Paese occidentale formalmente individualista, mostra tratti relazionali tipici delle culture collettiviste, in cui il valore personale è fortemente mediato dalle aspettative familiari e comunitarie. L'Italia rappresenta infatti una società di confine, caratterizzata da un persistente familismo etico e da un alto livello di interdipendenza relazionale, ma anche attraversata da processi di modernizzazione e globalizzazione che valorizzano l'autonomia e la competizione (Barbagli, 2019). La compresenza di questi modelli genera tensioni identitarie che emergono chiaramente nei risultati qualitativi: la paura del giudizio appare intrecciata alla necessità di appartenenza, mentre il perfezionismo viene vissuto come obbligo morale più che come aspirazione individuale.

Il campione tedesco, invece, mostra in maniera più netta la configurazione individualista descritta da Hofstede (2001): l'ansia si associa alla prestazione e all'autoefficacia, e il giudizio altrui viene interiorizzato come parametro di competenza,

non di valore affettivo. Tuttavia, anche in questo caso il dato numerico evidenzia come il controllo eccessivo di sé, cifra tipica delle culture ad alta performance, si accompagna a una percezione latente di isolamento. L'individualismo, lungi dal ridurre la vulnerabilità, produce un'altra forma di ansia: quella dell'insufficienza permanente, del non essere mai abbastanza produttivi o coerenti con l'immagine ideale di sé (Becker & Marecek, 2017). L'Italia si distingue dunque per un equilibrio precario tra due logiche: la dipendenza dal gruppo e l'aspirazione all'indipendenza. Tale duplicità è resa più complessa dai mutamenti demografici degli ultimi decenni. La presenza crescente di seconde generazioni di migranti, portatrici di valori educativi differenti, contribuisce a ridefinire le rappresentazioni del sé e dell'altro. In molte famiglie, modelli educativi di matrice collettivista convivono con la pressione a conformarsi a un sistema scolastico e lavorativo fortemente individualista. Questo intreccio produce biografie ibride, in cui la ricerca di appartenenza e il desiderio di autonomia non si escludono ma si alternano, generando forme di ansia che riflettono l'instabilità di appartenenza tipica delle società multiculturali (Berry, 2005). Le testimonianze raccolte nei *pre-test* suggeriscono che i giovani con background migratorio oscillano fra due grammatiche morali: da un lato il rispetto del gruppo familiare e delle sue regole implicite, dall'altro la spinta all'autoaffermazione e alla visibilità tipica del contesto occidentale. Questa condizione di *doppia appartenenza* non si traduce necessariamente in disagio, ma implica un continuo lavoro di mediazione identitaria. L'ansia sociale, in questo senso, può essere letta come esito di un processo di adattamento culturale in corso: un segnale della difficoltà di conciliare valori di solidarietà e di autonomia in un contesto che li richiede entrambi. L'approccio misto adottato in questa ricerca ha permesso di cogliere queste sfumature che un'analisi puramente quantitativa avrebbe probabilmente appiattito. Le risposte al questionario evidenziano come la percezione di giudizio sia mediata dal tipo di legame sociale: nei contesti più relazionali, la valutazione è temuta perché minaccia l'inclusione; nei contesti più individualisti, è temuta perché mina l'autostima. In entrambi i casi, il giudizio diventa dispositivo di controllo simbolico, ma cambia la sua fonte: esterna nelle culture collettiviste, interiorizzata nelle individualiste.

Da una prospettiva pedagogica, questo quadro invita a riflettere su come i modelli educativi nazionali incorporino inconsapevolmente valori culturali che favoriscono l'emergere dell'ansia. Nei contesti dove la coesione familiare è fortemente enfatizzata, l'errore viene vissuto come tradimento del gruppo; dove invece domina la competizione individuale, l'errore segna la perdita di autostima. In entrambi i casi, la funzione

educativa dell'errore, fondamentale nella formazione del sé, viene annullata. Promuovere pratiche educative interculturali capaci di valorizzare la pluralità dei modelli di riuscita potrebbe costituire una via concreta per prevenire il disagio ansioso e restituire all'apprendimento il suo carattere esplorativo. In questa lettura, la società italiana si presenta come laboratorio privilegiato per lo studio delle nuove forme di ansia sociale. La sua condizione di spazio ibrido, al crocevia tra tradizione comunitaria e modernità globalizzata, rende visibile la trasformazione delle identità educative europee. Come osserva Bauman (2017), l'incertezza contemporanea non è soltanto economica o politica, ma identitaria: riguarda il modo stesso in cui gli individui concepiscono il proprio valore. L'ansia sociale si configura così come la manifestazione emotiva di un conflitto culturale: il tentativo di conciliare l'eredità dell'appartenenza con l'imperativo dell'autonomia.

#### *4.3.5 L'integrazione interpretativa: i dati quantitativi nel contesto qualitativo*

L'analisi statistica dei questionari, condotta sui campioni italiano e tedesco, ha rappresentato il primo passo per delineare le tendenze del fenomeno. Tuttavia, il dato quantitativo acquista pieno significato solo quando è interpretato alla luce dei contesti in cui si genera. In questo senso, la componente qualitativa ha svolto un ruolo decisivo nel chiarire le differenze culturali che strutturano il vissuto dell'ansia sociale.

Le analisi descrittive e inferenziali mostrano punteggi più elevati nel campione italiano nelle dimensioni dell'ansia da giudizio e della performance. Questo scarto, pur statisticamente significativo, rivela soprattutto un diverso modo di attribuire significato al giudizio altrui: nel contesto italiano esso è collegato alla possibilità di compromettere relazioni importanti, mentre nel campione tedesco assume più spesso la forma di un parametro di adeguatezza personale. Il dato numerico, dunque, non segnala solo un'intensità diversa del disagio, ma una diversa configurazione simbolica del rapporto tra sé e valutazione. La lettura qualitativa introduce ulteriori elementi non rilevabili nelle sole statistiche. Un esempio riguarda il genere: pur in assenza di differenze significative nei punteggi, i racconti mostrano linguaggi emotivi distinti. Le partecipanti femminili tendono a descrivere l'ansia in termini più relazionali, mentre i partecipanti maschi richiamano più spesso aspetti di competenza e controllo. Questa divergenza semantica non modifica i risultati quantitativi, ma ne arricchisce l'interpretazione.

Un'altra dimensione emergente riguarda le generazioni più giovani. Nei gruppi 18–22 anni, i livelli di ansia sociale risultano elevati in entrambi i Paesi, indipendentemente dal

background culturale. L'analisi qualitativa suggerisce che questo fenomeno sia legato alla crescente esposizione pubblica nei contesti digitali: parole come "profilo", "immagine" o "visibilità" ricorrono con frequenza, indicando che il giudizio non è più confinato alle interazioni dirette ma si estende a spazi di osservazione costante. Questa condizione, che potremmo definire ansia da ipervisibilità, contribuisce ad attenuare le differenze nazionali registrate in altre fasce d'età. Anche la correlazione tra perfezionismo percepito e ansia sociale conferma un quadro complesso. Il dato quantitativo indica una relazione moderata, mentre le narrazioni mostrano come il perfezionismo assuma significati diversi a seconda dei contesti: può essere interpretato come obbligo verso gli altri o come strategia di controllo dell'incertezza. In entrambi i casi, esso alimenta un senso di precarietà identitaria che si riflette nei livelli di autostima e sicurezza relazionale. La lettura incrociata dei dati mette così in luce che la dimensione quantitativa e quella qualitativa non si sovrappongono, ma si completano. Le statistiche descrivono la frequenza del disagio; le parole ne rivelano le logiche interne. Come sottolineano Tashakkori e Teddlie (2010) la forza del *mixed methods* risiede proprio nella possibilità di trasformare la misurazione in comprensione. In questa prospettiva, i risultati quantitativi non costituiscono un punto d'arrivo, ma il punto di partenza per un'interpretazione più ampia, in cui il vissuto dei partecipanti restituisce spessore ai numeri e rende intellegibili i processi culturali che li generano.

#### *4.3.6 Comprendere il fenomeno: l'ansia sociale come linguaggio culturale della modernità*

L'insieme dei risultati, quantitativi e qualitativi, mostra che l'ansia sociale non è soltanto un disturbo emotivo, ma una forma di linguaggio attraverso cui gli individui contemporanei esprimono la loro condizione esistenziale. Essa rappresenta la dimensione emotiva di una trasformazione culturale più ampia, nella quale l'identità non è più data ma continuamente negoziata, e la visibilità sociale diventa la misura del valore personale. In questo senso, l'ansia sociale appare come un sintomo collettivo di una società che ha spostato l'asse dell'autorealizzazione dal "fare" al "mostrare", dal vivere alla rappresentazione. I dati raccolti nei diversi contesti confermano che la vulnerabilità emotiva dei giovani non deriva soltanto da tratti individuali, ma da modelli educativi e culturali che hanno progressivamente sostituito la relazione con la prestazione. L'esperienza dell'apprendimento, un tempo legata all'errore e al tentativo, si trasforma oggi in un processo di autovalutazione permanente. L'educazione alla perfezione, già

interiorizzata in famiglia, viene amplificata dalle logiche sociali e digitali, producendo soggetti che vivono nella costante tensione fra l'essere e l'apparire. Il disagio non nasce, dunque, da una fragilità personale, ma dall'impossibilità di sottrarsi a un dispositivo di confronto continuo. L'analisi qualitativa ha mostrato come i giovani elaborino questa condizione attraverso narrazioni che oscillano fra desiderio di riconoscimento e paura della visibilità. Molti parlano di "sentirsi osservati anche quando non lo sono", di "dover essere sempre pronti". Queste parole suggeriscono che l'ansia sociale è diventata una forma ordinaria di vigilanza, un modo di abitare la relazione con l'altro che combina la ricerca di approvazione con la paura di essere smascherati. La Psicologia descrive questo stato come iperattivazione del sistema di allarme; l'Antropologia, invece, lo riconosce come una struttura di senso: un modo collettivo di dare forma all'incertezza. Il confronto interculturale ha permesso di osservare che questa struttura si adatta ai contesti secondo modalità diverse ma convergenti. Nelle società a tendenza collettivista, come quella italiana, l'ansia si lega alla possibilità di deludere le aspettative del gruppo e alla perdita del legame affettivo; nelle società più individualiste, come quella tedesca, la minaccia è interna: l'incapacità di rispondere agli standard di efficienza e di successo. In entrambi i casi, la vulnerabilità nasce dal medesimo paradigma culturale: la dipendenza dal giudizio come fondamento dell'identità. Questa consapevolezza consente di riformulare il senso stesso del disturbo. L'ansia sociale, tradizionalmente interpretata come paura irrazionale dell'esposizione, appare oggi come una forma di intelligenza emotiva distorta: un segnale di ipersensibilità alle regole implicite della convivenza. Gli individui che la sperimentano non sono disadattati, ma fin troppo adattati a un ambiente che richiede controllo, competenza e consenso. In termini pedagogici, si potrebbe dire che l'ansia sociale è la conseguenza di un processo educativo che ha privilegiato la conformità rispetto alla riflessione, l'efficienza rispetto all'autenticità. Sul piano psicologico, il fenomeno rivela il costo emotivo di un modello di soggettività performativa. Come osserva Gergen (2009), l'identità contemporanea è costruita in un "mercato di immagini" in cui la coerenza interna è meno importante della capacità di essere riconosciuti. Il sé diventa un progetto da gestire e l'ansia il prezzo della sua manutenzione. Ma ciò che i dati di questa ricerca mettono in luce è che questo prezzo non è uguale per tutti: esso varia a seconda delle tradizioni educative, del contesto culturale e delle reti affettive che sostengono o amplificano la pressione sociale. Da un punto di vista antropologico, l'ansia sociale può essere interpretata come un rituale invisibile di appartenenza. Essa segnala il bisogno di essere parte di un ordine simbolico

e, insieme, la paura di non meritarglielo. In questo senso, diventa una forma di comunicazione emotiva fra individuo e società, un modo di partecipare al patto sociale della perfezione. Il disagio non è il fallimento del soggetto, ma la testimonianza della sua fedeltà alle regole implicite della modernità incerta: essere sempre visibili, produttivi e coerenti. L'insieme dei risultati suggerisce dunque che l'ansia sociale non è una deviazione ma un adattamento estremo, un tentativo di trovare equilibrio in un sistema che ha trasformato il riconoscimento in misura di esistenza. Ciò che in termini clinici appare come disturbo, in termini culturali rivela un apprendimento: quello di una generazione educata a temere l'imperfezione. L'educazione, nella sua dimensione più profonda, si rivela così terreno cruciale per la prevenzione del disagio: soltanto restituendo legittimità all'errore e valore alla vulnerabilità sarà possibile attenuare la pressione che alimenta la paura del giudizio.

#### *4.3.7 Il sapere generato: contributi teorici e metodologici della ricerca*

Ogni percorso di ricerca, soprattutto quando si muove nell'ambito delle scienze umane, non si limita a produrre risultati: genera una forma di conoscenza situata, un sapere che riflette le condizioni storiche, culturali e relazionali del suo stesso farsi. La presente indagine si colloca in questa prospettiva. Ciò che emerge non è soltanto una descrizione del disturbo d'ansia sociale, ma una comprensione più ampia del modo in cui le società contemporanee costruiscono e trasmettono la percezione del sé attraverso i dispositivi educativi e simbolici. Sul piano teorico, la ricerca propone di leggere l'ansia sociale come un dispositivo culturale, più che come un sintomo individuale. Essa diventa una forma di mediazione fra individuo e contesto, una modalità di regolazione del legame sociale all'interno di un mondo dominato dall'incertezza e dalla competizione. In questo senso, l'ansia non è semplicemente un'emozione, ma un linguaggio pedagogico implicito: insegna, orienta, punisce e premia. Attraverso la paura del giudizio, la cultura trasmette il proprio codice morale; attraverso l'ansia di fallire, definisce ciò che considera valore. Il contributo principale consiste dunque nell'aver articolato una lettura trans-disciplinare del fenomeno, fondata sull'integrazione di prospettive psicologiche, pedagogiche e antropologiche. Questo approccio ha permesso di ricomporre una frattura spesso ignorata: quella fra la soggettività emotiva e il contesto culturale che la produce. Nel riconoscere l'ansia sociale come forma di apprendimento, la ricerca restituisce all'educazione un ruolo centrale nella comprensione del disagio. L'atto educativo, infatti, non si limita a trasmettere conoscenze, ma modella la relazione

dell'individuo con la vulnerabilità, il fallimento e la visibilità: tre elementi che definiscono il campo stesso dell'ansia sociale. Sul piano metodologico, la scelta di un approccio *mixed methods*, integrando strumenti quantitativi e qualitativi, ha reso possibile un dialogo fra misurazione e interpretazione. La statistica ha fornito la trama oggettiva del fenomeno, ma è stata la prospettiva etnografica e *Grounded* a restituirne la densità di senso. Questo intreccio, più che una tecnica, rappresenta una postura epistemologica: l'idea che la verità, nelle scienze umane, non risiede nella purezza dei metodi, ma nella loro capacità di interagire. Il dato, da solo, non parla; è la relazione fra i dati e i contesti, fra le parole e i numeri, a generare conoscenza. In tal senso, la ricerca ha sperimentato una forma di riflessività operativa: il processo di analisi è diventato esso stesso parte dell'oggetto studiato. La posizione della ricercatrice, psicologa, pedagoga e antropologa, non è rimasta esterna, ma ha costituito una lente interpretativa che ha permesso di cogliere le dimensioni emotive e simboliche del materiale empirico. La consapevolezza del proprio sguardo, della propria appartenenza culturale e dei propri limiti conoscitivi, lungi dall'indebolire la validità dei risultati, ne ha accresciuto la profondità e la trasparenza. Il valore aggiunto del lavoro risiede quindi nella capacità di mostrare che la complessità può essere un criterio di rigore. Nel dialogo fra *Grounded Theory* ed etnografia, la ricerca ha restituito un modello di analisi capace di accogliere la molteplicità dei livelli, individuale, familiare, culturale e sociale, che concorrono alla formazione del disagio. Tale modello non mira a semplificare, ma a comprendere: non separa, ma connette. Infine, sul piano pedagogico, i risultati invitano a ripensare la funzione educativa alla luce del concetto di vulnerabilità come risorsa. L'ansia sociale, letta in chiave formativa, diventa un indicatore del bisogno di nuove pratiche educative capaci di restituire spazio alla lentezza, alla sperimentazione e all'imperfezione. Riconoscere che il disagio nasce dall'eccesso di controllo e non dalla sua assenza significa rovesciare la logica stessa del successo. La scuola, la famiglia e le istituzioni formative, se reinterpretate come luoghi di apprendimento affettivo e non soltanto prestazionale, possono trasformare l'ansia da limite a possibilità di conoscenza di sé. In sintesi, questa ricerca contribuisce a una visione rinnovata del rapporto fra educazione e salute mentale, mostrando come la promozione del benessere non coincida con l'eliminazione dell'incertezza, ma con la sua integrazione nella costruzione dell'identità. L'ansia sociale, lungi dall'essere soltanto una patologia, appare così come un segnale di coscienza culturale: la manifestazione più sensibile di una società che ha perso il diritto alla fragilità. Il percorso analitico compiuto in questo capitolo ha mostrato che la ricerca,

per quanto fondata su dati empirici, si muove sempre su un doppio piano: quello dell'evidenza e quello del senso. I risultati numerici hanno delineato la mappa del fenomeno, ma è stato solo attraverso l'interpretazione qualitativa che si è potuto cogliere l'intreccio fra dimensioni psicologiche, educative e culturali. Ne è emersa l'immagine di una società che forma individui costantemente esposti al giudizio e, al tempo stesso, incapaci di sottrarsi alla sua logica. L'ansia sociale, in questa prospettiva, non è un errore del sistema ma il suo linguaggio più fedele. Essa rivela la tensione interna di una cultura che, nel tentativo di promuovere il successo e l'autorealizzazione, finisce per produrre fragilità, ipercontrollo e paura dell'imperfezione. I dati raccolti confermano che l'origine del disagio non risiede in una patologia individuale, ma in un modello educativo e relazionale che confonde la crescita con la prestazione. La ricerca ha mostrato che comprendere il disagio significa leggere la cultura che lo genera, e che il compito dell'educazione non è neutralizzare l'insicurezza, ma insegnare a sostenerla senza esserne travolti. Così intesa, l'indagine non si chiude con una risposta, ma con una proposta: restituire all'errore e alla vulnerabilità il loro valore formativo, riconoscendo nell'ansia non un limite, ma una traccia di umanità che chiede di essere compresa.

#### **4.4 Validità, limiti e prospettive di sviluppo della ricerca**

Ogni ricerca che si muove nel territorio delle scienze umane vive una tensione costante tra esattezza e profondità. La validità, in questo ambito, non coincide con la replicabilità assoluta né con la neutralità del dato, ma con la coerenza tra le domande poste, il metodo impiegato e l'orizzonte epistemologico entro cui la conoscenza si costruisce. La presente indagine ha cercato di mantenere questa coerenza, riconoscendo che lo studio dei fenomeni educativi e psicologici non può separarsi dal contesto storico, linguistico e relazionale che li rende visibili. La raccolta dei dati, condotta attraverso questionari e interviste semi-strutturate, ha cercato di coniugare estensione e profondità. L'utilizzo di *Google Form* ha permesso di raggiungere un ampio numero di partecipanti, garantendo l'anonimato e la piena tutela del consenso informato. Tale modalità, pur assicurando una diffusione capillare, introduce una distanza percettiva: non consente di controllare il contesto in cui ciascuna risposta è maturata né di osservare le sfumature relazionali che accompagnano la compilazione. Questa criticità è stata contenuta attraverso domande di controllo e criteri di esclusione basati sulla coerenza interna delle risposte, evitando qualsiasi discriminazione di età, provenienza o genere. Il campione

complessivo, superiore alle seicento unità tra *pre-test* e versione definitiva, riflette una pluralità di condizioni biografiche e culturali. Tale varietà rappresenta una risorsa interpretativa più che un vincolo statistico: la finalità della ricerca non è stata quella di descrivere l'universale, ma di restituire la varietà di significati che il fenomeno dell'ansia sociale assume in contesti differenti. La comprensione, più che la generalizzazione, ha costituito la misura del rigore. La validità del disegno si è fondata su una triangolazione sistematica fra dati quantitativi e qualitativi, che ha consentito di confrontare costantemente le ipotesi emergenti con le evidenze empiriche. L'obiettivo non era dimostrare una tesi, ma mantenere aperto il dialogo fra numeri e parole, fra descrizione e interpretazione. In questo senso, la soggettività della ricercatrice non è stata considerata un ostacolo, ma una componente trasparente del processo conoscitivo. Come suggerisce Charmaz (2014), la credibilità della ricerca qualitativa non nasce dall'eliminazione del punto di vista, bensì dal riconoscimento del suo ruolo nel generare significato. Tra i limiti riconosciuti rientra la natura trasversale dell'indagine, che fotografa un momento preciso senza seguire l'evoluzione temporale del fenomeno. L'ansia sociale è, tuttavia, un'esperienza dinamica, sensibile alle transizioni biografiche e ai mutamenti culturali. I risultati vanno dunque letti come una tappa, non come una conclusione: un frammento di una narrazione più ampia che potrà essere proseguita in direzione longitudinale o interculturale. Un'attenzione particolare è stata riservata alla dimensione linguistica. Il questionario, somministrato in versioni bilingui, è stato oggetto di una revisione incrociata tra traduttori professionisti italiani e tedeschi, per garantire l'equivalenza semantica dei termini. La componente qualitativa, invece, è stata condotta unicamente nel contesto italiano. Questa scelta risponde a un'esigenza di rigore interpretativo: l'analisi dei discorsi spontanei richiede una padronanza profonda del codice linguistico e delle sue implicazioni culturali, che non sarebbe stato possibile garantire in lingua tedesca. Tuttavia, parole come "giudizio", "fallimento" o "successo" portano con sé sfumature culturali che nessuna traduzione può restituire integralmente. La sezione qualitativa ha svolto, per questo, una funzione compensativa, restituendo alle espressioni dei partecipanti la loro profondità simbolica. Sul piano etico, la ricerca si è mossa entro un quadro di tutela rigorosa. L'anonimato, la libertà di recesso, la trasparenza sugli scopi e la garanzia del segreto professionale sono stati assicurati in ogni fase della raccolta dati. La formazione psicologica della ricercatrice ha permesso una gestione attenta delle eventuali implicazioni emotive, assicurando che la partecipazione non comportasse ulteriori forme di vulnerabilità. I limiti riconosciuti, lungi

dall'indebolire la ricerca, ne delineano la cornice di realismo. Nelle scienze umane, il rigore non coincide con la rimozione dell'incertezza, ma con la capacità di abitarla consapevolmente. Studiare l'ansia sociale significa accettare di muoversi sul confine tra oggettività e vissuto, tra analisi e partecipazione. In questo equilibrio sottile, fragile ma autentico, si misura la qualità di questo lavoro. Da tale consapevolezza discendono le prospettive future della ricerca, che non si esaurisce nei risultati conseguiti ma si apre a nuovi contesti di osservazione. L'estensione del progetto al Giappone, per il quale il questionario è già stato tradotto e adattato, rappresenta il passo successivo di un percorso che mira a verificare la solidità delle categorie teoriche in un sistema culturale profondamente diverso. Il Giappone, con la sua struttura sociale improntata all'armonia e alla disciplina collettiva, costituisce un terreno privilegiato per indagare l'ansia sociale non come deviazione, ma come forma di conformità. In questa prospettiva, il disagio non si manifesta nella paura di fallire individualmente, ma nel timore di compromettere l'ordine condiviso. L'indagine in questo contesto permetterà di esplorare le connessioni fra educazione alla modestia, ritualità delle relazioni e interiorizzazione del controllo, interrogando il confine stesso tra normalità e tensione emotiva. Parallelamente, la ricerca prevede una seconda direzione di sviluppo, volta a replicare lo studio in aree tedesche meno interessate dai flussi migratori e caratterizzate da maggiore omogeneità culturale. I dati finora raccolti provengono prevalentemente da ambienti urbani e universitari, nei quali l'esposizione quotidiana alla diversità tende a ridurre la dicotomia classica tra individualismo e collettivismo. Indagare regioni più coese socialmente consentirà di comprendere se le differenze rilevate dipendano da tratti nazionali o da dinamiche microculturali legate al pluralismo. Tale confronto potrà chiarire in che modo la stabilità o la fluidità del contesto sociale incidano sulla percezione del giudizio e sul modo di vivere la vulnerabilità. Entrambe le linee di ricerca, quella giapponese e quella tedesca, offrono l'opportunità di consolidare il modello teorico elaborato, ponendolo alla prova di culture e ambienti diversi. Esse non mirano a confermare, ma a mettere in tensione le categorie acquisite, verificando la loro capacità di descrivere la complessità dei fenomeni senza ridurli a schemi locali. Il percorso futuro prevede inoltre un affinamento metodologico, attraverso l'integrazione di analisi statistiche più avanzate e dispositivi qualitativi a osservazione etnografica, capaci di cogliere la profondità simbolica delle emozioni e dei comportamenti sociali. L'obiettivo non è l'universalità, ma la comparabilità: costruire una mappa interculturale delle forme che l'ansia sociale assume nei diversi regimi educativi e relazionali, nel tentativo di comprendere come ogni società

insegni, implicitamente o esplicitamente, a gestire la paura del giudizio e il desiderio di appartenenza. In questa prospettiva, la ricerca non si conclude, ma continua come processo di interrogazione del rapporto fra vulnerabilità e cultura, fra individuo e collettività, fra educazione e libertà emotiva.

#### **4.5 Riflessioni epistemologiche e ruolo della ricercatrice**

Ogni ricerca che si confronta con la dimensione umana si fonda, esplicitamente o implicitamente, su una concezione della conoscenza e della realtà. L'indagine qui svolta si colloca in una prospettiva costruttivista di matrice interpretativa, nella quale il sapere non è una scoperta neutrale di verità preesistenti, ma il frutto di una relazione situata tra chi osserva e ciò che viene osservato. La realtà non si offre come oggetto dato, ma come tessuto di significati continuamente negoziato nel dialogo tra soggetti e contesti. Questo approccio ridefinisce profondamente il ruolo della ricercatrice. Lungi dall'essere un testimone esterno, ella partecipa alla costruzione del senso: ogni scelta metodologica, ogni interpretazione dei dati e persino ogni silenzio riflettono una posizione epistemologica. Conoscere diventa così un incontro, non un possesso. Il punto di vista della ricercatrice, consapevolmente assunto, funge da lente interpretativa che orienta la lettura dei fenomeni e ne modula le risonanze etiche e culturali. La tradizione antropologica, che interroga da sempre la relazione tra osservatore e osservato, offre un riferimento costante. L'etnografia insegna che non esiste sguardo privo di appartenenze: ogni osservazione è attraversata dalla presenza di chi guarda. L'oggettività non si misura nella distanza, ma nella trasparenza, nel riconoscimento esplicito dei propri presupposti e delle proprie implicazioni valoriali. Essere parte del processo conoscitivo non comporta perdita di rigore, bensì consapevolezza metodologica.

In questa ricerca, tale consapevolezza si è tradotta in un equilibrio fra partecipazione e distanza. Come psicologa, la ricercatrice dispone della competenza per cogliere i segnali emotivi e cognitivi che sottendono i comportamenti osservati; come antropologa e pedagoga, riconosce che ogni esperienza individuale è inscritta in una trama culturale e relazionale. Da questa doppia postura nasce una forma di "empatia critica": la capacità di comprendere dall'interno senza confondere l'analisi con l'immedesimazione. L'esperienza di ricerca presso la Pädagogische Hochschule di Freiburg ha rappresentato un momento decisivo di confronto tra modelli scientifici differenti. Immersa in un contesto che unisce il rigore empirico delle scienze dell'educazione alla tradizione

fenomenologica tedesca, la ricercatrice ha potuto sperimentare concretamente la dialettica tra precisione metodologica e comprensione del senso. Il costruttivismo, assunto come cornice teorica, ha trovato in tale ambiente una verifica: comprendere non significa rinunciare alla misura, ma reinterpretarla come strumento di chiarificazione del processo conoscitivo. Questa esperienza ha reso evidente che la neutralità non coincide con l'assenza del soggetto, ma con la trasparenza del suo posizionamento. Il contesto tedesco, con l'attenzione alla formalizzazione e alla tracciabilità del metodo, ha stimolato una riflessione più profonda sul valore epistemico della coerenza procedurale. Anche nelle sue dimensioni più empiriche, la conoscenza resta un atto di mediazione culturale: la sistematicità non annulla la soggettività, la struttura. Il dialogo tra culture scientifiche, quella italiana, più aperta all'interpretazione, e quella tedesca, più rigorosa nell'analisi operativa, ha rafforzato la consapevolezza che la ricerca non è mai adesione cieca a un paradigma, ma attraversamento dei suoi limiti. Ne deriva una visione del metodo come spazio dinamico, in cui la comparazione e l'incontro tra modelli generano densità conoscitiva. In questo senso, l'esperienza tedesca non si riduce a una tappa formativa, ma diviene un momento di chiarificazione teorica, in cui la figura della ricercatrice si ridefinisce come mediatrice fra mondi epistemici differenti.

La *Grounded Theory* costruttivista, che ha ispirato il disegno della ricerca, si armonizza con questa impostazione. Essa non mira a elaborare teorie universali, ma a generare concetti ancorati alle esperienze e ai contesti. L'interpretazione è un processo dialogico, in cui le categorie emergono dal confronto tra la prospettiva della ricercatrice e quella dei partecipanti. L'analisi dei dati diventa un esercizio di riflessività: un continuo passaggio tra dato e significato, tra la parola dell'altro e l'orizzonte culturale che la accoglie. Sul piano etico, tale posizione impone di riconoscere la vulnerabilità implicita nel ruolo di chi indaga il disagio altrui. Il confine tra comprensione e invasione è sottile e richiede vigilanza costante. L'ascolto, fondato sulla tradizione fenomenologica e costruttivista, diventa metodo e atteggiamento insieme: non decifrare, ma accompagnare; non pretendere la totalità, ma accettare la parzialità come condizione della conoscenza. Nelle scienze dell'educazione, la riflessività assume anche una funzione formativa. Ogni ricerca sull'umano educa chi la conduce, costringendolo a ripensare i propri schemi di lettura e la propria responsabilità verso l'altro. La figura della ricercatrice si definisce così non solo come produttrice di sapere, ma come soggetto in apprendimento continuo. L'indagine diviene un processo di autoformazione, in cui sapere e consapevolezza, analisi e cura, si intrecciano. L'atto conoscitivo, letto in chiave

pedagogica, assume il carattere di un cammino trasformativo. Comprendere il disagio altrui significa misurarsi con la propria fragilità e riconoscere le proprie resistenze. Tale confronto non indebolisce il rigore, lo fonda. Il sapere che nasce da questa esperienza riflessiva è umile e dinamico: non fissa verità, ma genera comprensione.

La ricerca si configura, dunque, come dispositivo educativo che illumina i fenomeni studiati e, allo stesso tempo, trasforma lo sguardo di chi li osserva. Antropologia, Psicologia e Pedagogia convergono in un punto comune: conoscere significa abitare le differenze, non cancellarle. Ogni dato e ogni narrazione restituiscono non solo l'oggetto di studio, ma anche il movimento interiore della ricercatrice che li accoglie. Infine, la formazione del sé della ricercatrice non termina con la conclusione del dottorato, ma continua come esercizio di responsabilità epistemica: vigilanza costante sul proprio modo di guardare, ascoltare e descrivere. La vera padronanza metodologica non consiste nel dominio degli strumenti, ma nella capacità di interrogare le premesse del proprio sapere. In questo spazio di consapevolezza, fragile ma fecondo, la ricerca pedagogica e antropologica ritrova la propria vocazione più profonda: comprendere l'umano non per spiegarlo, ma per riconoscerlo nella sua irriducibile complessità.

## CAPITOLO V

### RIPENSARE ALLA CURA NELLA PROSPETTIVA ETNOPSICOLOGICA

#### 5.1 Etica, alterità e cura nella clinica transculturale

La crescente diversità culturale delle società contemporanee ha reso evidente che i modelli tradizionali della Psicologia clinica non sono più sufficienti a spiegare la varietà delle forme di sofferenza e di cura. L'esperienza migratoria, le trasformazioni familiari e i sistemi simbolici che definiscono ciò che è dicibile e ciò che è indicibile non costituiscono semplici sfondi, ma partecipano in modo diretto alla configurazione del disagio psichico (Kirmayer, 2015; Good, 1994). L'Etnopsicologia nasce proprio da questa constatazione: la mente non è mai un fatto puramente individuale, ma è situata dentro relazioni, storie e mondi culturali specifici (Devereux, 1978). Il lavoro clinico con soggetti provenienti da contesti migratori o da minoranze culturali evidenzia quanto sia riduttivo un modello che assume l'individuo come entità autonoma e autosufficiente. Le fratture della migrazione, la perdita delle reti sociali, le tensioni intergenerazionali e il confronto tra sistemi di valore differenti possono produrre forme di sofferenza che sfuggono alle categorie diagnostiche tradizionali. In questi casi, il sintomo non coincide necessariamente con un disturbo, ma può esprimere un conflitto tra modi diversi di pensare il corpo, la malattia, la responsabilità o il destino (Nathan, 1994). Questo scenario richiede un movimento di decentramento. Il terapeuta è chiamato a sospendere l'idea che i propri strumenti concettuali siano universali, e a riconoscere che ogni modello di cura è situato dentro una storia culturale. La Psicologia occidentale non perde validità, ma viene riconosciuta per ciò che è: un modo di leggere la sofferenza tra i molti possibili (Kleinman, 1980). Accogliere questa consapevolezza significa aprire uno spazio in cui altri modelli, rituali, comunitari, spirituali o narrativi, possano essere ascoltati senza essere automaticamente ridotti a superstizione, cultura "folklorica" o errore interpretativo. La cura si trasforma così in uno spazio di traduzione e negoziazione. Le narrazioni portate dai pazienti possono contenere elementi non familiari alla clinica occidentale: spiriti, antenati, sogni rivelatori, maledizioni, vincoli rituali, obblighi verso il gruppo di appartenenza. Il compito del terapeuta non è confermare o smentire queste rappresentazioni, ma comprenderne la funzione simbolica e il significato esistenziale. Il linguaggio clinico deve allora farsi più flessibile, capace di dialogare con sistemi di

senso che non coincidono con i propri (Bibeau, 1997).

In questo quadro, la cura diventa un incontro tra mondi morali. Non si tratta soltanto di tradurre concetti, ma di riconoscere che la relazione terapeutica è attraversata da asimmetrie di potere: tra chi porta il proprio vissuto e chi rappresenta un'istituzione; tra sistemi di sapere che hanno statuti di legittimità diversi; tra forme di vulnerabilità che non sempre trovano voce negli spazi formali della cura (Good, 1994). L'Etnopsicologia, in questo senso, non propone semplici aggiustamenti tecnici, ma una postura riflessiva che interroga il modo stesso in cui la Psicologia occidentale definisce la normalità, la patologia e la guarigione. Questo approccio non offre soluzioni immediate, ma permette di vedere come la sofferenza psichica sia sempre più che un evento individuale: è un nodo relazionale, simbolico e sociale. La cura diventa così un processo condiviso, in cui terapeuta e paziente co-costruiscono nuove forme di significazione, a partire dalle loro differenze. La posta in gioco non è solo la riduzione del sintomo, ma la possibilità di restituire al soggetto una collocazione nel proprio mondo di senso, qualunque forma esso assuma. A partire da queste premesse, diventa essenziale comprendere come la dimensione culturale entri concretamente nella valutazione clinica.

#### *5.1.1 La dimensione culturale come categoria clinica*

L'attenzione alla dimensione culturale nella pratica psicologica non risponde a un'esigenza descrittiva, ma a una necessità clinica. La cultura non è un contorno della sofferenza, né un semplice sfondo interpretativo: è il luogo in cui si modellano le forme della relazione, le possibilità di espressione emotiva e i modi in cui una persona attribuisce senso a ciò che vive (Kirmayer, 2015). Per questo motivo, la Psicologia contemporanea non può più considerare la cultura come variabile secondaria o come fattore da "controllare", ma deve riconoscerla come una componente strutturale dell'esperienza psichica. Le ricerche antropologiche e transculturali hanno mostrato come categorie considerate universali, autonomia, responsabilità individuale, interiorità o agency, assumano connotazioni diverse a seconda dei contesti (Good, 1994). In alcune società, la persona è concepita come centro dell'azione morale; in altre, l'identità è definita dalla rete di relazioni familiari, dagli obblighi rituali o dalle appartenenze collettive (Kleinman, 1980). Queste differenze non sono dettagli teorici: orientano il modo in cui il soggetto si percepisce, interpreta il proprio dolore e chiede aiuto. Ciò che per un terapeuta occidentale appare come mancanza di iniziativa o dipendenza può, per un paziente proveniente da contesti comunitari, rappresentare una forma di lealtà o di

rispetto verso il gruppo di appartenenza. Questo scarto mette in discussione l'idea che la psicopatologia sia un linguaggio neutro. Le categorie diagnostiche, così come i criteri di valutazione del funzionamento psichico, riflettono i presupposti culturali da cui provengono, e il rischio, nella pratica clinica, è scambiare per sintomo ciò che è una modalità culturalmente strutturata di vivere e di comunicare la sofferenza (Devereux, 1978). Le espressioni somatiche del malessere, i fenomeni dissociativi a carattere rituale o la presenza di agenti spirituali non indicano necessariamente un disturbo: possono essere codici attraverso cui una cultura organizza il senso del disagio (Nichter, 1981). In questa prospettiva, la valutazione clinica richiede un doppio movimento: comprendere come la cultura del terapeuta modelli il modo di leggere la sofferenza e, allo stesso tempo, interrogare i sistemi simbolici che il paziente utilizza per rappresentare la propria esperienza. Non si tratta di adottare un relativismo radicale, ma di riconoscere che ogni incontro terapeutico è situato nell'intersezione di due mondi interpretativi. La competenza non consiste nel conoscere ogni tradizione culturale, bensì nel riconoscere i limiti del proprio sguardo e nel saper costruire un linguaggio condiviso che permetta al paziente di raccontare il proprio disagio senza forzature (Bibeau, 1997).

La dimensione culturale diventa così una categoria clinica a tutti gli effetti. Essa non aggiunge colore all'analisi psicologica, ma ne ridefinisce la struttura. Integrare la prospettiva culturale significa sviluppare un approccio più complesso alla sofferenza, che consideri non solo i processi intrapsichici, ma anche quelli relazionali, storici e simbolici (Csordas, 1994). La cura, in questo quadro, richiede un'apertura epistemologica che consenta di mettere in dialogo modelli terapeutici, forme narrative e modi di attribuire significato eterogenei. L'obiettivo non è costruire un sapere alternativo, ma rendere la clinica capace di includere la pluralità. Riconoscere la dimensione culturale come parte integrante della Psicologia significa assumere che la sofferenza non è mai totalmente trasparente e che la sua comprensione richiede il confronto con prospettive differenti. In questo senso, la clinica transculturale non è un settore specialistico, ma un'estensione della riflessività necessaria a ogni pratica psicologica.

### *5.1.2 Decentramento clinico e postura riflessiva*

Nel lavoro clinico con pazienti provenienti da contesti differenti, il terapeuta si trova spesso a muoversi in un terreno che sfugge alle categorie usuali di valutazione. Il

decentramento non consiste nel mettere tra parentesi il proprio sapere, ma nel chiedersi come esso filtri ciò che si vede e ciò che si ascolta. Ogni modello clinico opera attraverso aspettative implicite, su come si esprime il dolore, su quale forma debba avere un racconto credibile, su cosa significhi “aderire” alla cura, come mostrato da numerosi studi antropologici sulla costruzione culturale dei sintomi (Kleinman, 1988). L’Etnopsicologia suggerisce di portare alla luce queste aspettative per impedire che funzionino come norme tacite che selezionano ciò che appare pertinente e ciò che viene considerato deviante o incomprensibile (Nathan, 1994). La postura riflessiva rappresenta quindi un dispositivo essenziale della clinica transculturale. Essa implica la capacità di riconoscere che il terapeuta non si limita a osservare, ma partecipa attivamente alla costruzione del significato, come evidenziato nell’approccio interpretativo all’esperienza della sofferenza (Good, 1994). Le categorie diagnostiche, la modalità di porre domande, il ritmo dell’interazione e persino la definizione di ciò che merita attenzione emergono da un orizzonte culturale specifico. Rendere questo orizzonte visibile è il primo passo per creare uno spazio di cura condiviso, in cui le forme espressive del paziente possano emergere senza essere subito ricondotte a un modello predefinito. La riflessività, tuttavia, non è un esercizio puramente teorico: ha implicazioni immediate per la pratica. Quando il terapeuta è consapevole dei propri schemi interpretativi, può riconoscere come certe reazioni emotive, sorpresa, perplessità, distanza, e talvolta irritazione, siano segnali non del “carattere” del paziente, ma del confronto tra mondi simbolici diversi. Questa prospettiva, già proposta nella Psicologia culturale di Kirmayer (2012a), permette di interpretare tali momenti come elementi diagnostici del campo relazionale: mostrano dove gli assunti del terapeuta si scontrano con i significati del paziente, e quindi dove è necessario creare nuove condizioni di ascolto. Un esempio ricorrente riguarda la gestione della temporalità. In alcuni contesti culturali, la sofferenza viene narrata attraverso eventi remoti, storie familiari o riferimenti generazionali; in altri, attraverso fenomeni immediati e circoscritti. La richiesta clinica di “restare sul presente” o di definire un problema in modo lineare può impedire a certi pazienti di raccontare la propria esperienza nella forma in cui per loro è significativa, una dinamica descritta anche negli studi sulle *narrative illness* (Mattingly, 1998). La postura riflessiva permette al terapeuta di riconoscere che il proprio modello narrativo non è neutrale e di adattare il ritmo dell’interazione, aprendo spazio a modalità alternative di raccontare il dolore. Questa attenzione al processo relazionale modifica anche il modo in cui si concepisce la competenza clinica. Non si tratta più soltanto di

applicare tecniche diagnostiche o strumenti terapeutici, ma di sviluppare una sensibilità per le differenze epistemiche. Il terapeuta culturalmente competente non è colui che conosce tutte le culture, ma colui che sa interrogare le proprie categorie, tollerare l'incertezza e costruire un contesto in cui il paziente possa esprimersi secondo i propri codici (Bibeau, 1997). Tale capacità non è un supplemento opzionale, ma un requisito per una pratica psicologica capace di rispondere alla complessità contemporanea. La postura riflessiva ha inoltre una dimensione etica: riconoscere la parzialità del proprio sapere significa evitare che esso si trasformi in una forma di potere invisibile, il rischio già denunciato da Devereux nella sua critica all'etnocentrismo clinico (Devereux, 1978). Quando il terapeuta diventa consapevole del modo in cui il proprio linguaggio definisce ciò che è accettabile, sensato o patologico, può lavorare per creare un ambiente che non imponga al paziente di adattarsi a un modello estraneo. L'obiettivo non è produrre una simmetria impossibile, ma costruire una relazione in cui entrambe le parti possano coabitare le differenze senza che queste si traducano in esclusione o fraintendimento.

L'Etnopsicologia, in questa prospettiva, non propone soltanto nuove tecniche, ma una trasformazione della postura clinica. Il decentramento e la riflessività non sostituiscono la competenza professionale: la approfondiscono, rendendola sensibile ai modi in cui il sapere psicologico entra in relazione con i mondi culturali dei pazienti. Questo movimento costituisce la base per sviluppare un incontro terapeutico realmente dialogico, in cui la comprensione della sofferenza non sia data una volta per tutte, ma emerga dall'interazione tra soggetti portatori di storie e significati differenti. Questa postura diventa cruciale soprattutto quando il terapeuta incontra modelli di cura che non coincidono con quelli della tradizione occidentale.

## **5.2 Modelli di cura e pratiche di traduzione nella clinica transculturale**

La crescente eterogeneità linguistica, simbolica e religiosa dei contesti terapeutici contemporanei ha reso evidente che la cura non può più essere pensata come applicazione uniforme di modelli clinici standardizzati. L'incontro con pazienti provenienti da tradizioni diverse mostra come le forme del disagio e le modalità di richiesta d'aiuto si articolino secondo codici culturali specifici, che definiscono ciò che è percepito come sintomo, ciò che richiede intervento e ciò che invece viene interpretato come parte integrante della vita sociale o spirituale, un punto ampiamente documentato nella letteratura antropologica (Kleinman, 1988). In questo scenario, la clinica transculturale non si limita a adattare strumenti esistenti, ma sviluppa pratiche di

traduzione e mediazione capaci di tenere insieme differenti sistemi di sapere (Nathan & Stengers, 1996). Molte ricerche degli ultimi decenni hanno evidenziato che i modelli terapeutici funzionano solo quando si integrano con le rappresentazioni culturali del paziente. La psicopatologia e la cura non esistono mai in forma neutra: sono sempre inscritte in una grammatica locale del benessere, della responsabilità, del corpo e della relazione (Good, 1994). Per alcune tradizioni, la sofferenza è un evento che coinvolge la comunità o la famiglia; per altre, è l'espressione di un conflitto morale; in altre ancora, è un disturbo dell'armonia tra dimensioni spirituali, fisiche e sociali, distinzioni analizzate in molte etnografie comparative della cura (Kirmayer, 2012). Ogni modello terapeutico che ignori queste differenze rischia di produrre incomprensione o, peggio, esclusione diagnostica.

L'integrazione tra prospettive cliniche e modelli culturalmente situati non implica un relativismo assoluto. Piuttosto, richiede di comprendere come le forme della cura dipendano dal modo in cui ogni contesto definisce la persona e il suo legame con il mondo. Il terapeuta transculturale si trova così a lavorare su un duplice fronte: da un lato, mantenere la solidità concettuale del proprio modello clinico; dall'altro, riconoscere e valorizzare le modalità narrative e rituali attraverso cui il paziente dà senso alla propria esperienza, come mostrano i lavori sul ruolo dei repertori simbolici locali nei processi di guarigione (Devereux, 1978). Questo processo non comporta un'adesione acritica alle credenze del paziente, ma una valutazione del loro ruolo nella gestione del disagio e nella costruzione di percorsi di guarigione. In molti casi, la cura assume la forma di un negoziato simbolico. La relazione terapeutica diventa uno spazio in cui differenti interpretazioni del malessere si confrontano e si articolano, senza che una debba necessariamente invalidare l'altra. L'obiettivo non è stabilire quale modello sia "vero", ma costruire una cornice condivisa che permetta di lavorare sul problema in modo efficace, una prospettiva coerente con l'approccio dialogico alla pluralità terapeutica (Mattingly & Garro, 2000). Tale cornice può includere elementi biomedici, rituali, spirituali o comunitari, a seconda delle risorse del contesto e delle aspettative del paziente. Questa prospettiva rende evidente che la cura transculturale non è un insieme di tecniche accessorie, ma un approccio complesso alla sofferenza, capace di includere figure diverse, terapeuti, mediatori, guaritori tradizionali, leader religiosi, membri della famiglia, e di riconoscere che la guarigione avviene spesso lungo più piani simultanei (Bibeau, 1997). La pluralità dei modelli terapeutici non è un ostacolo alla scienza psicologica, ma una risorsa che permette di ampliare il campo della cura, adattandolo

alla complessità dei vissuti contemporanei. In questo senso, i modelli culturalmente specifici non rappresentano alternative alla Psicologia occidentale, ma interlocutori critici. Offrono prospettive diverse sulla persona, sull'origine della sofferenza e sulle modalità di ripristino dell'equilibrio, invitando la clinica a interrogare i propri presupposti epistemici e a sviluppare strumenti più sensibili alle differenze (Kirmayer & Ryder, 2016). La cura transculturale diventa così un processo dinamico di traduzione, in cui il terapeuta è chiamato a muoversi tra linguaggi, sistemi simbolici e forme di razionalità differenti, mantenendo al centro la domanda di chi ha di fronte e non il proprio modello teorico.

#### *5.2.1 Efficacia e pluralità dei modelli di cura*

L'emergere di pazienti con background culturali eterogenei ha reso sempre più evidente che i modelli di cura non rispondono soltanto a criteri scientifici, ma incarnano concezioni diverse della persona, della relazione e della sofferenza. Le forme del malessere, così come le risposte terapeutiche considerate legittime, sono sempre situate in una trama di valori e aspettative condivise: ciò che viene riconosciuto come problema, ciò che motiva la richiesta d'aiuto e ciò che definisce un esito positivo della cura dipendono dal contesto culturale in cui la sofferenza è interpretata, come mostrato da Young (1995) nella sua analisi delle "storie della malattia" e dei loro presupposti culturali. In questa prospettiva, la clinica transculturale è chiamata a interrogare il concetto stesso di efficacia. I trattamenti non possono essere valutati unicamente sulla base di indicatori sintomatologici o protocolli standardizzati, perché queste metriche presuppongono una definizione universalistica di benessere che non sempre corrisponde alle visioni del mondo del paziente. In molte culture, la guarigione non coincide con la riduzione del sintomo, ma con il ripristino dell'armonia relazionale, della continuità genealogica o dell'equilibrio morale, temi centrali nelle analisi di Littlewood e Lipsedge (1985); in altre riguarda la capacità di reinserirsi nel proprio ambiente sociale più che la trasformazione dell'esperienza interiore. Questa pluralità di concezioni richiede che la cura sia pensata come un processo di negoziazione del significato. Il terapeuta non opera soltanto sul piano tecnico, ma si confronta con definizioni divergenti di ciò che è rilevante, tollerabile o desiderabile. La domanda clinica diventa quindi una domanda interpretativa: quale forma di sofferenza sta prendendo parola? In quale linguaggio emozionale, rituale o relazionale si esprime? E quali criteri di miglioramento risultano credibili per la persona che si affida alla cura? Come suggerito da Jenkins e Barrett

(2004), il disagio psichico è sempre inscritto in “mondi morali” che ne orientano la narrazione. La pratica transculturale non rinuncia agli strumenti della Psicologia, ma li riformula affinché possano dialogare con modalità molteplici di attribuire senso all’esperienza. In questo quadro, la figura del terapeuta assume un ruolo di mediazione epistemica. Egli non si limita a adattare procedure a contesti diversi, ma riconosce che l’incontro clinico è uno spazio in cui si confrontano razionalità differenti. Le credenze del paziente, che chiamino in causa antenati, spiriti, energie, legami familiari o obblighi morali, non sono ostacoli da superare, ma materiali significativi attraverso cui la sofferenza trova forma. Il loro ruolo nella cura è stato chiarito da Lock e Scheper-Hughes (1996), che mostrano come le concezioni del corpo e della persona siano costruzioni culturali che informano i processi di cura. La loro integrazione nel lavoro terapeutico non implica un’accettazione letterale, bensì il riconoscimento del loro valore simbolico e della loro funzione nel garantire coerenza alla vita psichica. Il confronto tra modelli diversi non produce necessariamente convergenza, ma può generare un terreno comune sufficiente a sostenere l’intervento. La cura diventa allora un processo di traduzione: ciò che conta non è stabilire quale interpretazione sia più “vera”, ma costruire un linguaggio condiviso che permetta di lavorare sul disagio senza annullare la differenza. Questa traduzione non è mai puramente linguistica; implica un movimento reciproco, in cui il terapeuta ridefinisce il proprio sguardo e il paziente trova modi nuovi di raccontare la propria esperienza, come evidenziato dall’approccio della *"cultural brokerage"* (Bhabha, 1994). La pluralità terapeutica che caratterizza le società contemporanee non rappresenta un problema di compatibilità tra modelli, ma un’opportunità di ampliare la comprensione clinica. I modelli culturalmente specifici mostrano come il lavoro terapeutico possa assumere forme collettive, rituali o narrative che non coincidono con la tradizione occidentale, ma che risultano pienamente efficaci nel loro contesto. Questo è un punto forte nelle analisi di Kirmayer, Gomez-Carrillo e Veissière (2017) che mostrano come la regolazione emotiva e la guarigione si strutturino attraverso pratiche incarnate, rituali e relazionali. La clinica transculturale, allora, non mira a sostituire tali pratiche, ma a integrarle in un quadro interpretativo capace di rispettarne la logica. È in questo spazio di incontro tra forme diverse di cura che si prepara il terreno per comprendere il ruolo dei modelli culturalmente radicati e delle psicoterapie che, in modo esplicito, valorizzano la dimensione culturale dell’esperienza.

### 5.2.2 Trattamenti culturalmente specifici e modelli integrativi

I modelli di cura culturalmente specifici non si pongono in alternativa alla Psicologia clinica occidentale: nascono piuttosto come esito di un percorso di adattamento e dialogo tra diversi modi di concepire la sofferenza. Ogni tradizione terapeutica riflette un'idea situata del rapporto tra mente, corpo e contesto; per questo, il pluralismo non genera frammentazione, ma amplia la razionalità clinica. Un esempio significativo è la psicoterapia transculturale sviluppata in Francia sotto la guida di Marie Rose Moro. Sorta negli anni Novanta all'Hôpital Avicenne di Parigi per rispondere alle esigenze dei pazienti migranti, questa metodologia parte dal presupposto che la sofferenza legata alla migrazione non possa essere letta solo come trauma individuale, ma come crisi di appartenenza e di senso (Carballeira Carrera et al., 2019). Il dispositivo è collettivo: al paziente affianca un'équipe di terapeuti provenienti da contesti linguistici e culturali differenti, che introducono registri interpretativi multipli (Díaz Maldonado et al., 2022).

In questo setting, la cura si configura come un processo di traduzione condivisa. Il gruppo terapeutico diventa uno spazio polifonico, in cui le parole del paziente sono ascoltate e rilette attraverso codici simbolici diversi. Moro (2015) mostra come questa pluralità favorisca l'emersione di significati difficili da esprimere nel linguaggio clinico ordinario. La terapia non si concentra dunque sul sintomo, ma sulla possibilità di restituire al soggetto una narrazione che lo rappresenti. È nel movimento della traduzione che si apre lo spazio terapeutico: l'esperienza interiore viene riconosciuta senza essere ridotta.

Questo modello si rivela particolarmente efficace con adolescenti e famiglie migranti, in cui le fratture generazionali si intrecciano con discontinuità culturali (Lehti et al., 2024). Nel contesto transculturale, l'adolescente può esplorare identità poste tra più appartenenze, mentre il gruppo dei terapeuti offre un ambiente in cui l'ambivalenza non è patologizzata, ma riconosciuta come risorsa. L'esperienza francese non è un caso isolato. Negli Stati Uniti, la *Traditional Islamically Integrated Psychotherapy* (TIIP) mostra la possibilità di integrare elementi della tradizione spirituale islamica nella cornice terapeutica contemporanea (Khan et al., 2023). Questo modello, fondato sull'unità tra dimensione psicologica e religiosa, utilizza strumenti della terapia cognitivo-comportamentale insieme a pratiche di introspezione spirituale legate ai concetti di *ihsan* (eccellenza morale) e *niyyah* (intenzione). L'obiettivo è ridurre la distanza culturale tra terapeuta e paziente, radicando il percorso

in una semantica simbolica riconoscibile. Questa integrazione ha facilitato l'accesso alla cura di molte persone musulmane che guardavano con diffidenza ai servizi di salute mentale tradizionali. L'alleanza terapeutica si costruisce qui non sulla neutralità del setting, ma sulla condivisione di valori e linguaggi: la terapia diventa uno spazio in cui fede e scienza dialogano senza annullarsi. Processi analoghi sono documentati in Africa, Asia e America Latina. Jenkins e Barrett (2004) mostrano come i programmi di intervento precoce nelle psicosi abbiano successo solo quando coinvolgono guaritori locali e leader religiosi: in questi contesti il terapeuta è uno degli interlocutori, non il detentore esclusivo del sapere. La cura prende forma come negoziazione tra saperi diversi, in cui rituali e diagnosi coesistono. In America Latina, esperienze di salute mentale comunitaria integrano pratiche tradizionali e supervisione clinica. Walsh (2020) descrive il programma rivolto alla popolazione Yaqui in Messico, dove l'uso rituale dell'*ayahuasca* è inserito in un percorso terapeutico strutturato. L'efficacia del trattamento si misura anche nel rafforzamento del senso di appartenenza collettiva, confermando che la guarigione può coincidere con la ricostruzione dei legami comunitari. In Asia orientale, gli studi di Seo e Lee (2021) sulle pratiche di reintegrazione sudcoreane evidenziano un approccio in cui la partecipazione sociale è parte integrante della cura: la guarigione non consiste nel recupero della sola funzionalità individuale, ma nella possibilità di rioccupare un ruolo riconosciuto nella comunità.

In India, Gundi, Kaikobad e Sharma (2025) documentano interventi territoriali che combinano gruppi narrativi, supporto familiare e attività comunitarie. Alla base vi è l'idea che la malattia mentale riguardi l'intero corpo sociale e che la cura richieda il ripristino dei canali comunicativi tra i suoi membri. Anche in ambito occidentale emergono modelli integrativi. La Roche (2012) propone una psicoterapia che unisca elementi della Psicologia umanistica alla pluralità culturale delle idee di benessere, trasformando la terapia in un dialogo sui valori piuttosto che in un semplice intervento correttivo. Il tema della formazione interculturale degli operatori è centrale. Il progetto europeo HERO (Finco et al., 2025) mostra che le competenze culturali non possono essere trasmesse come moduli tecnici, ma richiedono un cambiamento di prospettiva: l'operatore deve lavorare sul proprio posizionamento e sui propri limiti interpretativi. Questo orientamento trova fondamento nella letteratura sulla *cultural humility* (Chang et al., 2010; Assemi et al., 2025), che definisce l'umiltà culturale non come deferenza, ma come disponibilità a mettere la propria competenza in dialogo con quella dell'altro.

La pluralità dei modelli contemporanei mostra che l'efficacia terapeutica non dipende dall'uniformità delle tecniche, ma dalla qualità del dialogo tra sistemi di sapere. Dalle esperienze francesi a quelle islamiche, africane, latinoamericane e asiatiche emerge un principio comune: la guarigione nasce dal riconoscimento reciproco. La Psicologia, accogliendo questa prospettiva, non abbandona il rigore scientifico, ma lo arricchisce. La cura diventa un processo di mediazione e traduzione continua, in cui i modelli teorici si confrontano con la realtà dei vissuti. I trattamenti culturalmente specifici non rappresentano soltanto varianti terapeutiche, ma una diversa concezione del sapere psicologico: un sapere che si fonda sull'incontro e misura la propria validità nella capacità di trasformare tanto chi cura quanto chi è curato

### *5.2.3 Verso una clinica decoloniale e comunitaria*

Il passaggio verso una clinica decoloniale è oggi uno dei temi più rilevanti nel dibattito sull'Etnopsicologia. Decolonizzare la cura non significa soltanto decentrare lo sguardo occidentale, ma riconoscere le dinamiche di potere che influenzano la produzione e la diffusione dei saperi psicologici. Come osserva Mills (2014), l'idea di una salute mentale "globale" rischia di riproporre, in forma universalistica, le stesse gerarchie epistemiche che la decolonizzazione vorrebbe superare. L'obiettivo non è sostituire un modello con un altro, ma costruire un dialogo critico tra più epistemologie, evitando di ridurle a una sintesi neutra. La clinica decoloniale si basa sul principio di giustizia epistemica (Fricker, 2017), intesa come riconoscimento del valore conoscitivo delle esperienze e dei linguaggi locali. In ambito psicologico, ciò implica restituire alle culture marginalizzate la possibilità di definire i propri concetti di mente, corpo e sofferenza. Gli studi di Chilisa (2012) mostrano come la decolonizzazione dei curricula non possa limitarsi all'inserimento di autori non occidentali, ma debba trasformare i processi formativi, promuovendo modelli partecipativi di apprendimento. In questa prospettiva, il ruolo del terapeuta va ripensato in chiave culturale e politica. La pratica clinica non può essere neutrale, poiché opera sempre all'interno di strutture sociali e di rappresentazioni. Patel e Kleinman (2003) evidenziano come la salute mentale globale sia inseparabile dalle condizioni socioeconomiche e dalle disuguaglianze sistemiche. Il terapeuta decoloniale non si limita a intervenire sul sintomo, ma riconosce le determinanti strutturali del disagio. La cura diventa così una forma di responsabilità sociale, orientata a restituire alle persone la possibilità di agire nel proprio contesto.

La riflessività assume un ruolo metodologico centrale. Spivak (1988) mostra come la

pratica riflessiva permetta di individuare le forme di “violenza epistemica” che possono emergere anche in approcci apparentemente inclusivi. Riflettere sul proprio posizionamento non significa esercitare un’autocritica astratta, ma produrre una conoscenza situata e consapevole dei propri limiti. Tale consapevolezza non indebolisce la scientificità della Psicologia, ma la rende più trasparente. Un esempio concreto emerge nei programmi di formazione interculturale per operatori della salute. Finco et al. (2025) evidenziano che la sola preparazione tecnica non garantisce la competenza culturale se non è accompagnata da un processo di decentramento cognitivo. La formazione decoloniale richiede il riconoscimento del carattere storico e non universale delle proprie categorie, promuovendo una postura epistemica basata sull’ascolto e sulla negoziazione dei significati. Il legame tra Etnopsicologia e decolonialità si esprime anche nella riscoperta della dimensione comunitaria della cura. Gli studi di Gundi et al. (2025) e di Seo e Lee (2021) mostrano che, nei contesti a risorse limitate, la comunità può diventare non solo destinataria ma protagonista del processo terapeutico. In questi modelli, la guarigione è un processo collettivo di ricostruzione del senso, in cui le reti sociali assumono un ruolo centrale. L’efficacia clinica dipende dalla qualità delle relazioni e dalla partecipazione condivisa. La prospettiva comunitaria assume dunque un valore etico: restituisce alla cura la sua natura relazionale, sottraendola a una logica puramente tecnica. Il lavoro Kirmayer et al. (2011) sulle pratiche di appartenenza tra giovani migranti mostra come gli spazi collettivi di riconoscimento possano svolgere una funzione terapeutica. La cura non è confinata al setting clinico, ma si estende ai luoghi della vita quotidiana, dove si costruiscono appartenenze e identità. In questo quadro, la dimensione decoloniale si intreccia con una nuova etica della presenza. Kirmayer et al. (2011) propongono, quindi, di interpretare la *cultural humility* come pratica decoloniale, poiché implica il riconoscimento della vulnerabilità reciproca. Il terapeuta che adotta questa postura non si presenta come detentore della verità, ma come parte di un processo dialogico in cui il sapere emerge dalla relazione. Il ritorno alla comunità non rappresenta una regressione, ma una risposta alle forme contemporanee di frammentazione. Le pratiche collettive di narrazione e sostegno reciproco osservate in diversi contesti (Gundi et al., 2025; Seo & Lee, 2021) mostrano che la salute mentale non coincide con l’adattamento individuale, ma con la capacità di costruire legami significativi. L’Etnopsicologia, con il suo approccio relazionale, offre strumenti per comprendere questa interdipendenza tra dimensione simbolica e dimensione sociale.

Infine, una clinica decoloniale richiede di ripensare il concetto di efficacia

terapeutica. Kleinman (1988) propone di intenderla come un processo di validazione condivisa: un trattamento è efficace se è riconosciuto come tale dalle persone coinvolte e se produce cambiamenti sostenibili nel loro contesto di vita. Ciò implica una revisione delle pratiche di ricerca, che devono diventare dialogiche, partecipate e capaci di restituire voce ai contesti studiati. Una psicologia orientata in questa direzione non rinuncia alla dimensione scientifica, ma la integra con un'etica della relazione e della responsabilità. La clinica decoloniale mira non solo a curare, ma a restituire senso, appartenenza e potere simbolico. La guarigione diventa un processo collettivo, in cui si ricostruisce un mondo condiviso.

### **5.3 Etica della clinica transculturale**

#### *5.3.1 Le sfide etiche della clinica transculturale*

L'incontro terapeutico in contesti culturalmente eterogenei solleva interrogativi che vanno oltre la dimensione tecnica della cura. L'accesso al servizio, la definizione del problema, le aspettative sul trattamento e i criteri di miglioramento non emergono mai in modo neutro, ma sono modellati da sistemi di valore che differiscono dal quadro concettuale della psicologia occidentale. La clinica transculturale si colloca così su un terreno etico complesso, in cui il terapeuta deve confrontarsi non solo con la sofferenza del paziente, ma anche con le proprie categorie normative, spesso date per implicite.

Una delle prime sfide riguarda la posizione di potere inscritta nel ruolo professionale. Il terapeuta rappresenta un sapere istituzionale che gode di legittimità sociale, mentre il paziente porta un sistema di significato che può risultare marginale o misconosciuto. Questo squilibrio può tradursi, anche involontariamente, in una forma di subordinazione epistemica: alcuni modi di esprimere il disagio vengono riconosciuti come validi, altri vengono considerati incomprensibili, immaturi o culturalmente "superati". La responsabilità etica consiste allora nel riconoscere questo asimmetrico punto di partenza e nel creare uno spazio in cui le parole del paziente possano acquisire statuto di senso. Un secondo nodo riguarda la definizione stessa di ciò che costituisce un buon esito terapeutico. Le concezioni occidentali privilegiano il recupero dell'autonomia, la capacità riflessiva e il miglioramento del funzionamento individuale; in altri contesti culturali, invece, la guarigione può essere pensata come riparazione dei legami sociali, ristabilimento di equilibri morali o reintegrazione nel gruppo di appartenenza. La discrepanza tra questi modelli può generare malintesi profondi: ciò che il terapeuta considera regressivo può essere percepito dal paziente come modalità necessaria per ritrovare continuità con il proprio mondo. In questo scenario, l'etica della

cura assume la forma di un esercizio riflessivo. Non si tratta di sospendere i propri criteri morali, ma di riconoscere che essi sono situati e parziali. La cura transculturale richiede un atteggiamento capace di interrogare le proprie presupposizioni e di accogliere forme di significazione che non coincidono con le categorie dominanti. Questa postura non implica un relativismo radicale, ma una disponibilità a comprendere la sofferenza secondo i termini del paziente, lasciando che siano i suoi sistemi simbolici a guidare la costruzione del senso. La dimensione etica si manifesta anche nel modo in cui il terapeuta gestisce i conflitti tra codici morali differenti. Alcune richieste possono mettere in discussione norme professionali consolidate, come l'idea di privacy individuale, la separazione tra sfera clinica e sfera religiosa o il confine tra cura e obblighi familiari. In tali situazioni, la responsabilità non consiste nel far prevalere automaticamente i principi della psicologia occidentale, ma nel valutare come integrarli con le esigenze culturali del paziente, senza tradire né l'una né l'altra prospettiva. Infine, la clinica transculturale invita a ripensare l'etica non come applicazione di regole, ma come prassi dialogica. L'incontro terapeutico è un luogo in cui diversi mondi morali entrano in relazione e devono trovare un terreno condiviso. Questo processo richiede una sensibilità capace di tenere insieme differenze, ambiguità e tensioni, evitando soluzioni riduttive. È in questo spazio di confronto che emergono le questioni affrontate dalla riflessione teorica più ampia sulle forme dell'universalismo e del relativismo morale, che rappresentano il cuore del dibattito etico in Etnopsicologia.

### *5.3.2 La tensione tra universalismo e relativismo morale*

Ogni riflessione etica nell'Etnopsicologia si confronta con una tensione centrale: da un lato l'idea di una morale universale capace di fondare diritti e dignità; dall'altro il riconoscimento che ogni cultura definisce a modo proprio cosa significhi essere umano, soffrire e guarire. Questo nodo attraversa la filosofia e la pratica clinica, ed è uno dei punti più delicati della psicologia transculturale contemporanea. La tradizione occidentale eredita dal pensiero illuminista una concezione universalista della ragione e dell'etica, oggi tradotta nella retorica dei diritti umani e della salute come bene globale. Tuttavia, come osserva Lencucha (2024), tale modello rischia di reintrodurre l'idea che esista un'unica interpretazione corretta della dignità, radicata nelle categorie dell'umanesimo europeo. In ambito clinico, questa pretesa di universalità può assumere forme sottili. Valutare la sofferenza secondo criteri univoci di autonomia, *insight* o capacità decisionale significa talvolta escludere modi di vivere e raccontare il dolore che

non coincidono con i valori della modernità occidentale. Hoop (2008) mostra come l'etica professionale, quando si fonda su standard astratti, possa diventare uno strumento di esclusione morale: il

terapeuta non giudica solo la patologia, ma anche la conformità implicita del paziente a ideali di coerenza e responsabilità personale.

Il relativismo morale, tuttavia, non risolve automaticamente questa tensione. Mettere da parte l'universalismo non implica accettare che ogni visione del mondo abbia lo stesso valore, né che la cultura giustifichi pratiche che ledono la libertà o l'integrità della persona. Merry (2006) sostiene che il riferimento alla cultura possa essere usato per proteggere assetti oppressivi o per silenziare le voci più vulnerabili. L'Etnopsicologia è quindi chiamata a un equilibrio complesso: riconoscere la pluralità dei sistemi di valore senza scivolare nel relativismo assoluto. Rudenko (2023) propone una chiave utile per comprendere tale equilibrio: ogni sistema morale nasce dall'intreccio di biologia, storia e simbolo, e l'etica della cura deve rispettare questa complessità senza dissolversi in un pluralismo senza criteri. La relazione terapeutica interculturale richiede di mantenere vivo il confronto su ciò che può essere condiviso pur nella differenza: non un codice di valori universali, ma un terreno minimo di dialogo e riconoscimento reciproco. La sfida dell'Etnopsicologia non è scegliere tra universalismo e relativismo, ma abitare la tensione tra i due. Proprio per questo Lencucha (2024) propone di sostituire l'idea di universalismo morale con quella di "umanità relazionale": un'etica che nasce dalle pratiche concrete di incontro, non da principi astratti. L'universalità diventa un risultato del dialogo, non un presupposto. In questo quadro, il compito dell'etnopsicologo è garantire le condizioni affinché mondi morali diversi possano entrare in relazione.

Se il dibattito teorico può apparire inconcludente, l'Etnopsicologia offre una declinazione pratica: l'obiettivo non è definire quale sistema morale sia vero, ma rendere possibile un incontro che non annulli la differenza. L'etica diventa così una questione di relazione più che di norme. In questa prospettiva, la riflessione di Levinas (1961) trova particolare risonanza: l'altro non è un oggetto da conoscere, ma una presenza che interpella e chiama alla responsabilità. L'etica, in chiave clinica, è risposta alla vulnerabilità dell'altro.

Ricoeur (1990) amplia questa visione introducendo il tema del riconoscimento reciproco: nella cura, terapeuta e paziente costruiscono insieme un senso condiviso del dolore. L'universalità non si fonda allora su principi, ma su gesti, ascolto, fiducia, parola scambiata. L'etica del riconoscimento supera la contrapposizione tra universalismo e

relativismo perché non cerca fondamenti assoluti, ma li costruisce nell'incontro. Tronto (1993), con l'“etica della cura”, sottolinea che la responsabilità è una rete di obbligazioni reciproche. Questo approccio è particolarmente rilevante nella clinica interculturale, dove la cura non è mai unidirezionale: ogni incontro trasforma chi ascolta e chi parla. Kirmayer (2012b) osserva che la competenza culturale autentica non consiste nel conoscere le culture, ma nel restare aperti al modo in cui l'altro costruisce il proprio senso. L'etica diventa così pratica riflessiva più che adesione a un codice. L'Etnopsicologia, in questo orizzonte, opera su una linea di confine: deve rispettare le differenze senza cadere nel relativismo paralizzante e cercare punti di contatto senza scivolare nel moralismo universalista. Questa tensione non è un difetto, ma il luogo stesso in cui si forma l'etica. Lencucha (2024) parla di “pluralismo etico situato”, un orientamento che riconosce valori condivisibili solo attraverso la negoziazione, nel quale il terapeuta diventa un mediatore tra mondi morali. Il suo compito non è stabilire quale visione del bene sia più corretta, ma garantire che la parola dell'altro non venga assorbita o silenziata dal linguaggio della cura. L'ascolto diventa un atto di giustizia simbolica, poiché restituisce dignità a esperienze che il discorso clinico tende spesso a marginalizzare. Beresford e Rose (2023) ricordano che solo una pratica che integra la voce dei pazienti e delle comunità può dirsi davvero decoloniale. Da questa tensione non nasce una nuova ortodossia morale, ma un'etica in movimento. L'Etnopsicologia cerca di mantenere aperto il campo dell'incontro, riconoscendo ogni decisione terapeutica come un atto interpretativo e situato. È in questa apertura vigile che può emergere una forma di universalità non presupposta ma costruita: l'universalità dell'ascolto.

### *5.3.3 Oltre la dicotomia: verso un'etica situata della cura*

La discussione sulla tensione tra universalismo e relativismo morale mostra, dunque, come la clinica transculturale non possa affidarsi a criteri etici predefiniti né rinunciare a ogni forma di orientamento. La pratica terapeutica si trova costantemente dentro zone grigie, in cui la valutazione del bene possibile deriva dall'incontro concreto con il paziente e non da principi astratti. L'etica allora non precede la relazione, ma la attraversa: emerge dalle circostanze, dai vincoli sociali, dalle aspettative reciproche e dalle condizioni materiali della cura. L'etica situata che ne deriva non è una soluzione di compromesso tra universalismo e relativismo, ma un modo diverso di concepire la responsabilità. Essa riconosce che ogni incontro terapeutico avviene in un ambiente caratterizzato da rapporti di potere, risorse diseguali e saperi che non godono

della stessa legittimità. Muoversi in questo contesto richiede la capacità di mantenere criteri di tutela della persona, soprattutto nei confronti delle vulnerabilità più esposte, senza imporre una visione della vita buona che non appartiene al paziente. È una forma di discernimento che si costruisce di volta in volta, attraverso l'ascolto, la negoziazione e il confronto tra forme diverse di moralità. Questa prospettiva permette di riconoscere non solo la pluralità delle concezioni etiche, ma anche la necessità di criteri condivisi che orientino l'azione clinica. La tutela della dignità, la protezione della vita, il rispetto dell'integrità corporea e psicologica, la salvaguardia della possibilità di parola e di scelta non derivano da un universalismo astratto, ma da pratiche di riconoscimento che si confermano nella relazione. Ciò comporta che il terapeuta debba costantemente interrogare il proprio ruolo: dove si collocano i suoi limiti interpretativi? Quali norme implicite informano le sue decisioni? In che modo la sua presenza modifica la scena clinica? Un'etica situata non elimina il conflitto morale, ma permette di affrontarlo senza ricorrere a schemi riduttivi. Ogni scelta comporta la possibilità di incomprensioni o di frizioni tra valori; la responsabilità consiste nel rendere trasparenti i criteri adottati, nel motivare le decisioni prese e nel mantenere aperto il dialogo con il paziente e la comunità di riferimento. L'etica non è dunque un elemento accessorio della cura, ma la condizione stessa della sua praticabilità in contesti culturalmente plurali. È in questa direzione che la riflessione filosofica può offrire strumenti decisivi. Le prospettive che concepiscono la cura come relazione, fondata sulla responsabilità verso l'altro, sulla reciprocità o sul riconoscimento, permettono di andare oltre la dicotomia tra valori universali e norme locali. Offrono un linguaggio per pensare la vulnerabilità condivisa, il ruolo della narrazione, il peso del contesto e la necessità di costruire spazi in cui il soggetto possa prendere parola. La clinica transculturale trova qui una cornice per articolare la propria dimensione etica, preparandosi a integrare nella riflessione teorica modelli che pongono al centro non la norma, ma la relazione.

## **5.4 Etica della cura**

### *5.4.1 Approcci etici alla cura*

Pensare la cura in termini etici significa riconoscere che l'incontro terapeutico non si limita a un esercizio tecnico: è un luogo in cui il terapeuta viene messo alla prova nella propria capacità di accogliere la differenza senza ridurla ai propri schemi. In questa prospettiva, l'etica non riguarda semplicemente il rispetto di norme professionali, ma la disponibilità a lasciarsi modificare dall'incontro. Levinas (1961) offre una chiave di

lettura preziosa: l'etica nasce prima della conoscenza. Non è un attributo del terapeuta né una scelta consapevole, ma una disposizione all'ascolto che precede ogni interpretazione. L'altro non è una categoria clinica, ma una presenza che introduce una domanda, una domanda che il terapeuta non controlla e che lo invita a ripensare il proprio modo di essere nella relazione. In questo senso la cura non può essere ridotta a tecnica o applicazione di un sapere. Ogni volta che il terapeuta incontra il dolore dell'altro, è già dentro un campo etico: non sceglie se essere responsabile, ma solo come esserlo. Questa impostazione sposta l'attenzione dalla competenza alla vulnerabilità: il terapeuta non è garante di equilibrio, ma testimone dell'esposizione reciproca. L'etica non è un insieme di norme, ma una sensibilità capace di accogliere l'altro prima di definirlo (Levinas, 1982). Nella pratica etnopsicologica, questo orientamento ha implicazioni decisive. Il terapeuta incontra sistemi simbolici spesso lontani dai propri, e invece di ricondurli a categorie note deve sostare nel rischio del non sapere. Il "volto" dell'altro, nel senso levinasiano, è ciò che resiste alla traduzione: chiede al terapeuta di sospendere la padronanza interpretativa per lasciare emergere ciò che eccede il linguaggio abituale. Il gesto etico non consiste nel comprendere pienamente, ma nel restare disponibili a ciò che sfugge. Kirmayer (2016) vede in questa prospettiva un invito a ridefinire la posizione del soggetto della cura, riconoscendo che la sofferenza emerge dall'incontro tra sistemi simbolici differenti e non dall'individuo isolato: il terapeuta è chiamato a riconoscere che la conoscenza dell'altro è sempre parziale e che la relazione è soprattutto prossimità responsabile. Non un'empatia che ingloba, ma una prossimità che riconosce l'alterità. L'etica diventa dunque gesto, postura, linguaggio. Da qui prende forma l'idea della cura come pratica di ospitalità. Accogliere l'altro non significa integrarlo nei propri schemi, ma lasciare che la sua presenza modifichi il modo stesso di intendere la cura. In questa prospettiva, l'Etnopsicologia non è un sapere sull'altro, ma un sapere costruito insieme all'altro: un dialogo fondato sulla vulnerabilità condivisa. Hoop et al. (2008) ricordano che il semplice riconoscimento delle differenze culturali non basta: ciò che conta è la disposizione a lasciarsi trasformare dall'incontro.

La responsabilità diventa così il nucleo morale della cura. Non è un obbligo esterno, ma un evento che nasce nella relazione. L'alterità del paziente interroga il terapeuta sul proprio sguardo, sulle parole che usa e sui modelli di conoscenza a cui fa riferimento. La cura è un processo di conversione etica: non mira a riportare l'altro alla normalità, ma a trasformare chi cura attraverso l'incontro. Riflettere sulla cura a partire da Levinas significa recuperare il suo carattere profondamente morale. Curare non

deriva da un dovere astratto, ma da un appello dell'altro. L'etica, per Levinas (1961), è anteriore alla libertà: il soggetto è "già responsabile" prima ancora di volere esserlo. Il volto dell'altro rappresenta questa chiamata: è la manifestazione concreta dell'alterità che non può essere ridotta a concetto o categoria diagnostica. In esso si iscrive il comando "tu non ucciderai", che non indica solo un divieto fisico, ma la necessità di non annientare l'altro attraverso la conoscenza. Questa prospettiva rovescia il tradizionale primato della comprensione nella clinica. Sapere può essere una forma di violenza se riduce l'altro a ciò che è già noto. L'atto terapeutico deve essere vigilato affinché non diventi un tentativo di normalizzazione. La cura comincia quando il terapeuta rinuncia a questa padronanza e accetta di lasciarsi toccare da ciò che non comprende. Critchley (2002) interpreta la figura levinasiana del soggetto etico come quella di un ascoltatore: essere responsabili significa esporsi alla parola dell'altro senza difese. In ambito clinico questo implica un mutamento radicale della postura terapeutica: non interpretare per assimilare, ma ascoltare per essere interrogati. La cura è un incontro che riorienta entrambi, un esercizio continuo di decentramento. Il terapeuta levinasiano è testimone vulnerabile, la cui autorità nasce dal riconoscimento del limite, non dalla pretesa di oggettività. Per questo, nella clinica interculturale, il compito non è "tradurre" l'altro nei propri schemi, ma restare nella soglia dove le categorie vacillano. Levinas (1982) definisce questa condizione prossimità: una vicinanza che non diventa fusione, ma mantiene la distanza necessaria all'incontro. Hoop et al. (2008) mostrano che i momenti di incomprensione possono diventare occasioni etiche: il terapeuta che accetta di non capire subito rinuncia al controllo e apre uno spazio dove il significato può emergere in modo condiviso. La cura non consiste nel colmare la distanza, ma nel riconoscerla e custodirla.

Questa postura richiede disciplina morale e capacità di sostenere il dubbio. Il volto dell'altro porta con sé inquietudine: mette in crisi le nostre certezze. Ma proprio questa crisi rende la cura un processo trasformativo. Il terapeuta, accettando di essere destabilizzato, partecipa a una conoscenza reciproca che non ha un punto d'arrivo. Per Levinas, la vulnerabilità non è debolezza ma luogo in cui si manifesta l'umanità. L'incontro etico è asimmetrico: il terapeuta non attende reciprocità. La responsabilità è illimitata. In clinica ciò significa riconoscere che il sapere psicologico non può diventare strumento di dominio, ma deve essere messo al servizio dell'incontro. Il terapeuta non "possiede" il proprio sapere: lo offre, consapevole che appartiene alla relazione. Questa prospettiva implica un cambio di paradigma rispetto alla tradizione occidentale della soggettività autonoma. L'io non precede la relazione: nasce da essa. Per la clinica

etnopsicologica, questo significa riconoscere che molte identità sono radicate in sistemi collettivi e che incontrarle richiede un decentramento non solo culturale, ma ontologico.

Se Bowles (2013) ricorda il rischio dell’“etnocentrismo empatico”, ovvero credere che la comprensione emotiva basti a superare le differenze, Levinas permette di evitarlo, ricordando che l’altro non può mai essere posseduto psicologicamente. L’empatia senza responsabilità può diventare appropriazione. L’etica levinasiana, invece, coltiva un’empatia decentrata, che rispetta l’opacità dell’altro. Anche la sofferenza assume qui un significato diverso: non è qualcosa da eliminare, ma una parola da accogliere. Kirmayer (2012a) ha mostrato che la sofferenza è sempre un linguaggio. Levinas radicalizza questa idea: ascoltare il dolore dell’altro significa riconoscere la sua irriducibilità e la nostra fragilità. La guarigione nasce da questo reciproco esporsi. In questa luce, la cura è un atto politico nel senso più profondo: un gesto che riorganizza i rapporti di potere nella relazione terapeutica. Il terapeuta offre ospitalità, non dominio. Lencucha (2024) parla di “umanesimo decoloniale” per descrivere questa tensione tra sapere e responsabilità. La cura diventa così una forma di ospitalità radicale. Non consiste nell’includere l’altro nei nostri schemi, ma nel costruire con lui un mondo condiviso fondato sulla differenza. Levinas (1961) ricorda che la relazione etica mantiene la distanza: è in questa distanza che si apre la possibilità dell’incontro. La figura del terapeuta che emerge è quella di un soggetto esposto, non di un esperto distante. È nella disponibilità a essere toccato, trasformato e messo in questione che si radica la dimensione morale della cura. L’etica, più che una regola, è ciò che rende la cura umanamente possibile.

#### *5.4.2 Ricoeur e la cura come riconoscimento reciproco e narrazione condivisa*

Se per Levinas l’etica nasce dal volto dell’altro e dal debito di responsabilità che esso suscita, per Ricoeur essa trova compimento nel riconoscimento reciproco. Là dove Levinas insiste sull’asimmetria originaria della relazione, Ricoeur (1990) cerca un equilibrio possibile: riconoscersi nell’altro senza annullarne la differenza. Il suo pensiero intreccia libertà e fragilità, capacità di agire e disponibilità a lasciarsi toccare. In questa prospettiva, la cura è il luogo in cui il riconoscimento diventa concreto: l’altro non è soltanto colui che chiede risposta, ma anche colui attraverso cui il sé giunge a comprendersi. Ricoeur distingue tra identità come *idem*, la continuità nel tempo, e identità come *ipse*, la fedeltà a sé stessi attraverso il cambiamento. È in questa seconda

accezione che la cura trova il proprio spazio: nel dialogo che consente al soggetto di reinterpretare la propria storia. In *Soi-même comme un autre*, la narrazione è il medium privilegiato di questa costruzione identitaria. Curare significa allora partecipare a un processo narrativo di restituzione di senso. Il terapeuta non interpreta dall'esterno, ma co-costruisce un racconto che permetta al paziente di riconoscersi come autore possibile della propria vita. L'etica del riconoscimento si distingue così da una responsabilità puramente unilaterale. Il riconoscimento implica uno scambio, non di ruoli o di potere, ma di umanità. È il modo in cui la responsabilità si compie, perché solo riconoscendo l'altro come soggetto, e non solo come volto che interpella, la cura diventa pienamente relazione. Ricoeur (2004) parla di “mutua sollecitudine”: una reciprocità che resta asimmetrica, ma che consente all'io di scoprirsi al tempo stesso vulnerabile e capace. La vulnerabilità non è solo esposizione, ma condizione condivisa, principio di solidarietà.

Nella pratica terapeutica, questo principio si traduce in un lavoro di parola. Il dialogo clinico, quando è autentico, non mira a chiudere la narrazione, ma ad aprirla. Il terapeuta diventa testimone e co-autore: accompagna il paziente nel dare forma al proprio racconto, ma deve accettare che quel racconto possa anche contraddirlo. Bowles (2013) ricorda che ogni traduzione interculturale, anche la più empatica, deve preservare la possibilità di dissenso: l'altro ha diritto a una propria logica del senso. Ricoeur offre così una lettura temporale dell'etica della cura. Se Levinas colloca l'accento sull'istante dell'appello, Ricoeur pensa la responsabilità come durata: fedeltà nel tempo alla promessa di ascolto. Il terapeuta non risponde una volta per tutte, ma rinnova la propria presenza a ogni incontro. È questa continuità narrativa a conferire spessore morale alla relazione clinica. La fiducia non nasce dall'autorità, ma dalla costanza di uno sguardo che accompagna senza possedere.

In questa prospettiva, l'Etnopsicologia diventa il luogo in cui il riconoscimento si fa plurale. Ogni cultura propone forme proprie di narrazione del dolore, con ritmi e codici diversi. Il terapeuta è chiamato a farsi interprete “mobile”: non imporre una coerenza esterna, ma favorire la costruzione di una trama che tenga insieme differenze, silenzi e ambiguità. Kirmayer (2012b) parla della cura come “arte di tradurre significati senza cancellarli”, espressione che si avvicina all'idea ricœuriana di dialogo narrativo. In questo senso, la cura non è ripristino di un ordine predefinito, ma custodia del racconto dell'altro perché possa evolversi. Nel riconoscimento reciproco, terapeuta e paziente avanzano insieme in un territorio incerto, in cui la comprensione non è mai definitiva,

ma ogni parola rappresenta un passo verso una possibile intelligibilità condivisa. L'etica della cura si radica in questa fragilità comune: non nella certezza del sapere, ma nella promessa, sempre da rinnovare, di restare in ascolto. Ricoeur estende il tema del riconoscimento oltre la relazione interpersonale, fino alla sfera pubblica e istituzionale. Il riconoscere non è solo gesto affettivo o cognitivo, ma atto di giustizia: implica il diritto di esistere come soggetti di parola. In *Parcours de la reconnaissance* (2004) il filosofo mostra che la stima di sé nasce dal riconoscimento reciproco tra individui capaci di promessa, e che la giustizia si compie quando questo riconoscimento è esteso a tutti i membri della comunità. La cura diventa così un microcosmo etico in cui si riflette l'ordine simbolico del vivere insieme. Questa dimensione politica del riconoscimento è centrale nella clinica interculturale. Ogni incontro terapeutico si colloca dentro relazioni di potere, e ogni parola porta con sé l'eco delle istituzioni che la legittimano. Il terapeuta non rappresenta solo sé stesso, ma una forma di sapere, una tradizione, un linguaggio. Accogliere il racconto del paziente significa anche interrogare criticamente il proprio ruolo di rappresentante di quel mondo. Kirmayer (2012s) invita a pensare la cura come spazio negoziato, in cui la conoscenza occidentale incontra altre epistemologie del dolore e deve imparare a convivere con esse: una forma di "giustizia narrativa", in cui ogni storia chiede di essere riconosciuta nella propria lingua. Tronto, nel 1993, sviluppa un'idea affine: la cura non è solo sentimento, ma pratica politica che organizza in modo asimmetrico tempo, attenzione e responsabilità. Prendersi cura significa assumere il peso della vulnerabilità comune e, insieme, chiedersi chi nella società ha il diritto di essere ascoltato e chi ne resta escluso. L'etica della cura si intreccia così con la giustizia sociale: non basta riconoscere l'altro nello spazio del colloquio, è necessario interrogare anche le strutture che producono sofferenza. Ricoeur e Tronto convergono, quindi, nel concepire l'etica come tensione tra sé e mondo. Il riconoscimento reciproco diventa matrice di una responsabilità che non è solo individuale, ma collettiva: ogni atto di cura rinvia a una rete di altre cure e omissioni che compongono il tessuto morale della comunità. La cura etnopsicologica non può perciò limitarsi alla relazione individuale: parte dal dialogo clinico, ma si apre a una trasformazione più ampia dei sistemi di valore, dei modelli di salute e malattia, delle forme di convivenza tra culture. Nel linguaggio ricœuriano, la giustizia narrativa è l'opposto della semplificazione. Ogni storia, anche la più frammentata, merita di essere raccontata senza essere ridotta a schema. La cura è allora un atto insieme poetico e politico: poetico, perché restituisce forma alla vita; politico, perché restituisce voce a chi ne è stato privato. Il terapeuta, come il narratore, è chiamato

a custodire la pluralità dei racconti senza sovrapporvi il proprio. È in questa discrezione che si manifesta la sua etica. In questa prospettiva, la reciprocità si traduce in corresponsabilità. Il terapeuta non agisce “per” l’altro, ma “con” l’altro, condividendo il rischio di non sapere dove il racconto condurrà. L’incontro terapeutico, nella lettura ricœuriana, non mira semplicemente a ristabilire un equilibrio, ma a creare senso, seppure provvisorio, in uno spazio di fragilità condivisa. La verità che ne emerge non è oggettiva, ma dialogica: il risultato di un processo in cui entrambe le parti si lasciano modificare.

La cura appare così come un’alleanza narrativa ed etica. Riconoscere l’altro significa anche riconoscere la propria finitezza e la necessità di restare in ascolto. È questa disponibilità, più ancora della sola competenza tecnica, a definire la qualità morale della cura. L’umanesimo che ne deriva è fragile, ma proprio per questo credibile: non pretende di risolvere ogni sofferenza, ma di non voltarsi altrove di fronte ad essa. Queste prospettive etiche non restano sul piano teorico, ma hanno conseguenze dirette sul modo in cui la cura viene organizzata e vissuta nei servizi.

#### *5.4.3 La cura come pratica relazionale, politica e responsabile*

Ogni relazione terapeutica si svolge all’interno di istituzioni che distribuiscono risorse, linguaggi e possibilità di ascolto; non esiste cura che non sia, al tempo stesso, una forma di organizzazione del mondo. Tronto (1993) definisce la cura come attività fondamentale della vita democratica, poiché determina chi è riconosciuto come soggetto vulnerabile e quali bisogni vengono considerati legittimi. Questa dimensione appare con particolare evidenza nel lavoro etnopsicologico, dove la sofferenza non è mai separabile dai contesti materiali e simbolici che la rendono visibile o la marginalizzano.

Farmer (2003) ha mostrato come molte forme di disagio siano radicate in processi sociali più ampi, al punto da poter essere lette come “biografie collettive della sofferenza”. In quest’ottica, la cura non può limitarsi alla risposta clinica: implica la capacità di riconoscere i nessi tra vulnerabilità individuale e condizioni strutturali, tra la storia personale del paziente e le logiche istituzionali che ne influenzano la traiettoria. Kirmayer (2012a) sottolinea che la competenza culturale non consiste nell’acquisizione di un sapere stabile sulle culture, ma in un esercizio continuo di riflessività, necessario per individuare i rapporti di potere che attraversano l’incontro terapeutico. La posizione del terapeuta è sostenuta da categorie diagnostiche, paradigmi scientifici e norme istituzionali che contribuiscono a definire ciò che viene riconosciuto come sofferenza

legittima. In questo quadro, l'etica della cura richiede anche una vigilanza sulle forme di conoscenza che orientano il lavoro clinico. Lencucha (2024) propone di interpretare questa attenzione come un esercizio di "umanesimo decoloniale": non un invito all'ospitalità in senso relazionale, ma un lavoro critico volto a riconoscere come certi saperi abbiano acquisito autorità, mentre altri sono stati marginalizzati. Questa prospettiva permette di interrogare la genealogia delle categorie diagnostiche, i criteri di validità clinica e le pratiche istituzionali che stabiliscono quali esperienze meritano ascolto e quali vengono sistematicamente rese invisibili. Curare diventa, quindi, anche un atto di restituzione simbolica: non consiste nel tradurre l'altro entro categorie note, ma nel mantenere aperto uno spazio in cui possa prendere parola nei propri termini, senza essere assimilato. La relazione terapeutica si configura così come un luogo di giustizia simbolica, in cui le narrazioni marginalizzate trovano riconoscimento e legittimità. Questa prospettiva etica e politica della cura rappresenta un passaggio decisivo verso l'analisi operativa del lavoro nei contesti sanitari. Se la cura è un processo relazionale attraversato da rapporti di potere, allora è necessario interrogarsi su quali figure professionali siano in grado di sostenere tale complessità. L'Antropologia medica, in particolare, offre strumenti per leggere la sofferenza nella sua dimensione culturale e istituzionale, per facilitare la traduzione tra sistemi di significato e per contribuire alla costruzione di percorsi terapeutici culturalmente sensibili. È a partire da questa consapevolezza che la sezione successiva approfondisce il ruolo dell'antropologo nei servizi sanitari, mostrando come la prospettiva etica delineata finora possa orientare le pratiche concrete della cura.

### **5.5 Prospettive antropologiche nella cura**

Le istituzioni sanitarie non sono soltanto spazi in cui si dispensa cura, ma luoghi in cui la cura prende forma attraverso relazioni, aspettative e infrastrutture organizzative. La letteratura etnografica ha mostrato come la medicina contemporanea sia attraversata da logiche istituzionali che condizionano profondamente l'esperienza dei pazienti e il lavoro degli operatori (Mol, 2002; Livingston, 2012). Ogni servizio, l'ambulatorio, la sala d'attesa, l'ufficio amministrativo, diviene così una scena in cui la cura si produce prima ancora che venga nominata come tale. È dentro questa microfisica quotidiana che l'antropologo prende posto: una presenza laterale, ma capace di rendere visibili processi che sfuggono allo sguardo clinico. Osservare la vita istituzionale della cura significa

cogliere ciò che, per la sua apparente ovvietà, diventa invisibile. Le etnografie ospedaliere hanno insistito sull'idea che il funzionamento dei servizi dipenda tanto da procedure formali quanto da accomodamenti quotidiani, compromessi impliciti, gesti silenziosi che strutturano l'incontro tra pazienti e operatori (van der Geest & Finkler, 2004). L'antropologo si colloca dentro queste pieghe, ricostruendo come tempi, spazi e dispositivi amministrativi influenzino ciò che negli ambienti sanitari può essere considerato cura e ciò che, al contrario, rischia di diventare sofferenza istituzionale. Questa postura non corrisponde alla funzione della "mediazione culturale" intesa in senso ristretto. Seguendo la tradizione inaugurata da Kleinman (1980) e sviluppata da Good (1994), l'antropologo non interpreta solo i sistemi simbolici dei pazienti, ma indaga le forme culturali prodotte dalle stesse istituzioni sanitarie. Protocolli, modulistica, criteri di priorità, sistemi informativi: ogni strumento amministrativo definisce, spesso a margine della consapevolezza professionale, chi è leggibile per l'istituzione e chi ne resta ai confini. È questo piano infrastrutturale, come suggerito dall'*institutional ethnography* di Smith (2005), a rendere evidente la natura politica della cura: la capacità delle istituzioni di riconoscere, valorizzare o marginalizzare determinate esperienze. Nelle vite dei pazienti, soprattutto di coloro che attraversano precarietà amministrative, migrazioni forzate o instabilità abitativa, la vulnerabilità non deriva soltanto dalla condizione clinica, ma si produce nell'attrito con sistemi complessi, frammentati, talvolta opachi. È ciò che Fassin (2018) descrive come "la dimensione morale dell'amministrazione della vita": l'idea che la sofferenza possa essere amplificata o attenuata dalle procedure di accesso, dalla temporalità dei servizi, dall'accoglienza o dalla chiusura degli spazi istituzionali. L'antropologo, muovendosi tra corridoi, uffici e sale d'attesa, rende intelligibile questa vulnerabilità "istituzionale", distinta ma intrecciata a quella biologica o psicologica. Questa capacità di attraversare i livelli della cura, dal vissuto soggettivo alle logiche organizzative, permette di restituire ai servizi una lettura che nessun altro professionista può produrre. Non si tratta di individuare errori individuali, ma di mostrare come l'organizzazione stessa della cura possa generare discontinuità, incomprensioni, fraintendimenti. L'etnografia, come ricorda Mol (2008), non offre soluzioni codificate, ma pratiche di chiarificazione: dispositivi che rendono visibili nessi causali altrimenti dispersi tra routine, pressioni gestionali e urgenze cliniche. L'antropologo non interviene dunque a partire da un sapere esterno, ma da una forma particolare di immersione. Attraversa le stesse soglie dei pazienti, osserva le stesse attese, ascolta gli stessi scambi frammentari. Attraverso questa

presenza, ciò che nelle istituzioni appare inevitabile, un tempo d'attesa, una categoria amministrativa, un criterio di ammissione, si mostra come una costruzione storica e sociale, e dunque come qualcosa che può essere interrogato, negoziato, trasformato. È in questa prospettiva che l'antropologo diventa una figura capace di tenere insieme le molte dimensioni della cura: il corpo, le biografie, le logiche organizzative, i dispositivi normativi, i regimi morali che ordinano la vita dei servizi. Una presenza laterale, sì, ma tutt'altro che marginale: una lente che, proprio dalla sua posizione obliqua, permette di vedere in profondità.

#### *5.5.1 Analisi dei percorsi di cura*

Entrare nei servizi sanitari significa attraversare una trama di pratiche e aspettative che raramente coincide con la linearità dei percorsi clinici così come vengono rappresentati nei documenti ufficiali. La letteratura etnografica ha mostrato con chiarezza come la cura si costruisca attraverso sequenze di micro-eventi che sfuggono allo sguardo istituzionale, ma che costituiscono, per i pazienti, la sostanza stessa dell'esperienza terapeutica (Street, 2014). In questo senso l'antropologo non osserva “la cura” come entità astratta, ma i modi molteplici in cui essa si produce, si interrompe, si distorce o si reinventa nella quotidianità dei servizi. La distanza tra percorso clinico e percorso vissuto non è un dettaglio: è il punto in cui si rendono leggibili le frizioni che caratterizzano l'incontro tra biografie individuali e infrastrutture istituzionali. Una visita programmata, apparentemente semplice, può implicare passaggi amministrativi complessi, scambi informali in corridoio, tempi di attesa che si dilatano, esitazioni nel chiedere chiarimenti, difficoltà nel comprendere una comunicazione scritta. Come ricorda Mol (2002), la cura è una pratica che si costruisce in una pluralità di “modi di fare”, e l'antropologo, seguendo queste pratiche, ricostruisce la dimensione concreta del percorso terapeutico: non ciò che dovrebbe accadere, ma ciò che realmente avviene.

Questi scarti non sono accidenti marginali, ma luoghi in cui il legame tra sofferenza e istituzione diventa più evidente. Livingston (2012) ha mostrato come le configurazioni materiali e organizzative degli ospedali, la distribuzione degli spazi, la pressione del tempo, la frammentazione dei ruoli, modellino le possibilità di cura più profondamente di quanto le categorie cliniche lascino intuire. L'antropologo, presente in questi spazi, documenta gli effetti di tali configurazioni: chi riesce a orientarsi e chi no, quali storie trovano ascolto e quali si disperdono, quali domande ricevono risposta e quali rimangono sospese. È in questo movimento, attento e minuzioso, che l'antropologo

mette a fuoco ciò che nei documenti clinici non trova posto: esitazioni, silenzi, tempi morti, aggiustamenti informali alle regole, tensioni tra operatori, vulnerabilità istituzionalmente prodotte. In contesti segnati da forte disuguaglianza sociale o da mobilità forzata, come quelli che coinvolgono persone migranti, questi elementi diventano ancora più cruciali. La letteratura ha evidenziato come l'accesso alla cura non dipenda solo dall'esistenza dei servizi, ma dalla capacità dei pazienti di muoversi tra norme implicite, barriere linguistiche e regimi documentali che definiscono chi può essere considerato "leggibile" dall'istituzione (Fassin, 2018; Kirmayer & Rousseau, 2022). Per alcuni pazienti, comprendere una convocazione, prendere un autobus per raggiungere un ambulatorio o interpretare una prescrizione scritta rappresenta un passaggio tutt'altro che scontato. Non si tratta di scarsa motivazione o responsabilità individuale, ma di forme di vulnerabilità che emergono dall'interazione tra biografie precarie e burocrazie complesse. Le ricerche condotte nei sistemi di accoglienza europei mostrano come la continuità della cura venga compromessa da trasferimenti improvvisi, scadenze amministrative, mancanza di coordinamento tra enti pubblici e organizzazioni del terzo settore (Ticktin, 2011; Cabot, 2019). L'antropologo, seguendo le traiettorie dei pazienti, evidenzia come queste discontinuità non siano deviazioni eccezionali, ma forme strutturali della vita istituzionale. Ricostruire i percorsi di cura significa dunque mettere in relazione i livelli in cui la cura si produce: quello clinico, quello organizzativo e quello biografico. L'antropologo tiene insieme questi piani, rendendo visibile ciò che appare slegato. Mostra, ad esempio, come

una procedura amministrativa possa determinare l'interruzione di un trattamento; come una ridefinizione dei turni del personale alteri la disponibilità dei professionisti; o come l'assenza di uno spazio dedicato all'accoglienza generi nei pazienti un senso di esposizione che ostacola la comunicazione. Ogni dettaglio, se osservato con attenzione, diventa traccia di una configurazione istituzionale più ampia. L'effetto di questa analisi non è la produzione di un sapere meramente descrittivo, ma l'apertura di un campo di riflessione operativa. La comprensione dei percorsi reali può orientare i servizi verso trasformazioni concrete: semplificazioni burocratiche, chiarificazione dei ruoli, miglioramento dei flussi informativi, maggiore integrazione tra servizi (Patel et al., 2018). L'antropologo non propone modelli astratti, ma restituisce un'immagine situata dei processi di cura, un'immagine che permette ai servizi di riconoscere dove nascono le difficoltà e quali aspetti possono essere ripensati. In questo senso, l'antropologo diviene analista privilegiato dei percorsi di cura non solo perché ne osserva la complessità, ma

perché la restituisce ai servizi in una forma che ne rende leggibili i nessi. La sua analisi non mira a svelare ciò che gli operatori non vedono, ma a costruire, insieme a loro, un diverso modo di guardare: uno sguardo capace di cogliere l'intreccio tra routine istituzionali, pratiche professionali e biografie vulnerabili. È in questo spazio condiviso che si aprono possibilità reali di trasformazione, non come riforme dall'alto, ma come aggiustamenti minuziosi, coerenti con la natura situata dei servizi e con le vite, sempre più eterogenee, di chi li attraversa.

#### *5.5.2 Mediazione istituzionale e trasformazioni organizzative*

Se nel seguire i percorsi di cura l'antropologo ricostruisce la consistenza quotidiana della cura, nel lavoro istituzionale egli si muove a un altro livello: quello in cui le pratiche osservate diventano materia per interrogare l'organizzazione stessa (Smith, 2005). La sua presenza nei servizi non si limita a documentare ciò che accade; riguarda piuttosto la possibilità di trasformare le condizioni che rendono possibili, o impossibili, certi modi di essere curati. Quando le osservazioni etnografiche entrano negli spazi in cui si prendono decisioni, l'antropologo diventa una figura di mediazione istituzionale. Dorothy Smith (2005), nella sua analisi delle istituzioni come sistemi di testi, mostra come le procedure non siano semplici strumenti tecnici, ma dispositivi che orientano l'azione, regolano i ruoli e definiscono il campo del possibile. In questo quadro, l'antropologo opera come qualcuno che “traduce” le esperienze vissute di pazienti e operatori nei linguaggi che le istituzioni possono riconoscere. Non produce norme né modifica protocolli: rende visibile l'effetto concreto che quei protocolli hanno sulla vita delle persone. È una forma di mediazione che non passa attraverso la spiegazione culturale, bensì attraverso la chiarificazione dei processi. Questa funzione si rivela cruciale soprattutto nei momenti di frizione, quando l'organizzazione incontra situazioni che non riesce a collocare al proprio interno. Un esempio ricorrente riguarda i cosiddetti casi complessi: pazienti che sfuggono alle categorie diagnostiche o che attraversano sistemi frammentati senza trovare un punto di ancoraggio stabile. In queste situazioni l'antropologo non interviene suggerendo soluzioni tecniche, ma offrendo una lettura che permette ai professionisti di comprendere cosa, esattamente, renda quel caso “complesso”. Molte etnografie cliniche mostrano che la complessità non è intrinseca al paziente, ma si produce nelle intersezioni tra servizi, ruoli e responsabilità (Mol, Moser & Pols, 2010; Béhague, 2016). L'antropologo, mettendo in relazione questi elementi, facilita la costruzione di un terreno comune da cui ripartire. La mediazione istituzionale

non riguarda solo la comunicazione tra figure professionali, ma anche la traduzione tra livelli decisionali. L'antropologo rende visibile ciò che nei servizi tende a rimanere separato: le indicazioni delle direzioni sanitarie, le urgenze degli ambulatori, le esigenze amministrative, i vincoli organizzativi, la realtà dei pazienti. Questa capacità di muoversi tra livelli diversi, senza appartenere totalmente a nessuno di essi, consente di individuare punti di blocco che difficilmente emergerebbero dall'interno delle categorie professionali. Non è una funzione "supervisiva", ma una forma di cura per l'organizzazione stessa, che acquisisce maggiore consapevolezza di come agisce.

Una parte rilevante di questo lavoro riguarda l'uso dei materiali etnografici nelle restituzioni interne. Gli incontri d'équipe, le riunioni di coordinamento e le supervisioni cliniche diventano luoghi in cui le osservazioni vengono condivise non per valutare il lavoro, ma per ampliare i margini interpretativi. Farmer (2003), parlando della "pratica della testimonianza", suggerisce che portare alla luce storie censurate o sommerse dalle procedure istituzionali abbia un valore politico oltre che clinico: consente di riconoscere sofferenze che non rientrano nelle classificazioni ufficiali, ma che condizionano profondamente l'accesso alla cura. In questo senso, l'antropologo funge da ponte tra il visibile e l'invisibile, tra ciò che i servizi registrano e ciò che omettono. La sua capacità di attivare cambiamento deriva proprio da questo gesto di collegamento. Non introduce trasformazioni radicali, ma apre spazi in cui i servizi possono ripensarsi. Le direzioni trovano nelle analisi etnografiche strumenti per leggere le criticità organizzative; gli operatori clinici riconoscono come le loro pratiche siano condizionate da tempi, spazi e responsabilità frammentate; gli amministratori comprendono l'effetto concreto delle procedure. Come mostrano anche gli studi sulle trasformazioni incrementali nelle organizzazioni sanitarie (Bate & Robert, 2006), piccoli aggiustamenti, una modifica nella comunicazione agli utenti, una maggiore chiarezza nei ruoli, una riunione interservizi regolare, una semplificazione nella modulistica, diventano interventi profondi perché agiscono sui punti in cui la cura si inceppa. Nei contesti migranti, questo lavoro assume una densità particolare. Le ricerche condotte nelle strutture di accoglienza e nei servizi dedicati alla salute dei richiedenti asilo mostrano come l'accesso alla cura sia spesso condizionato da regimi amministrativi disallineati, trasferimenti improvvisi, incertezza documentale e ruoli istituzionali che si sovrappongono senza coordinarsi (Ticktin, 2011; Cabot, 2019). L'antropologo, muovendosi tra queste soglie, diventa una figura capace di far emergere una visione d'insieme: non per appianare le differenze, ma per ridurre gli spazi di opacità in cui la sofferenza si amplifica. È proprio in questi vuoti

istituzionali che la mediazione antropologica mostra la sua forza. Attivare cambiamento, dunque, non significa proporre una riforma strutturale, ma creare possibilità nuove all'interno di strutture che, nella loro rigidità, rischiano di perdere di vista le vite reali. L'antropologo lavora nelle intercapedini dei servizi, nei luoghi in cui nessuno ha davvero tempo di fermarsi a guardare. La sua presenza, più che risolvere problemi, li rende pensabili; più che proporre soluzioni, allarga l'orizzonte delle domande. E in questa funzione, discreta, laterale, mai eroica, risiede forse il contributo più duraturo dell'Antropologia nei servizi sanitari: aiutare le istituzioni a riconoscere la propria posizione nel produrre cura, e a trasformarla, quando necessario, con un passo alla volta.

### 5.5.3 *Boundary work e dinamiche interprofessionali*

Entrare nei servizi sanitari significa immergersi in un mondo professionale stratificato, fatto di alleanze implicite, spazi di autonomia difesi con cura, margini negoziati quotidianamente. Le dinamiche interprofessionali non sono semplicemente la somma delle competenze di medici, infermieri, psicologi e amministrativi: sono un'architettura viva, costruita attraverso gesti, linguaggi, ritmi di lavoro e forme di responsabilità che raramente coincidono con ciò che appare nei mansionari ufficiali. L'antropologo si muove dentro questa trama complessa, non per giudicare, ma per mostrare come le relazioni tra professionisti influenzino, in modo concreto, ciò che i pazienti vivono come cura.

La letteratura contemporanea ha descritto queste dinamiche attraverso il concetto di *boundary work* (Gieryn, 1983; Langley et al., 2019): il lavoro di costruzione, difesa e ridefinizione dei confini professionali. Ma nelle etnografie sanitarie, e nei servizi osservati in questa ricerca, questi confini non hanno la rigidità di una frontiera: somigliano piuttosto a linee tracciate a matita, che si spostano a seconda della pressione del tempo, delle urgenze cliniche, della disponibilità di risorse, dell'esperienza individuale degli operatori. Molti studi sulle dinamiche interprofessionali evidenziano il carattere situato del *boundary work*: la collaborazione tra professioni emerge spesso dalla necessità pratica di far funzionare il servizio, più che da una progettazione formale (Allen, 2015). In questo scenario mobile, l'antropologo coglie come i ruoli non si limitino a essere eseguiti, ma vengano continuamente rinegoziati: si allargano, si restringono, cambiano contorno a seconda di ciò che il servizio chiede in quel momento. Non si tratta solo di chi "fa cosa", ma di come ciascuno percepisce il proprio margine di

azione e di come tale margine dipenda dalle relazioni. In molti servizi, la presa in carico delle persone migranti o dei pazienti con percorsi complessi fa emergere tensioni non tanto per divergenze cliniche, quanto per aspetti organizzativi: chi convoca? chi aggiorna la cartella? chi coordina le informazioni con l'ente esterno? Questi dettagli amministrativi diventano spesso il punto in cui le professioni si incontrano o si scontrano. La ricerca sulle *interprofessional frictions* mostra che i conflitti non derivano necessariamente da antagonismi, ma dal tentativo di proteggere la propria operatività in un contesto ad alta pressione (Wibeck, 2023). L'antropologo vede questi movimenti non come anomalie, ma come indizi della struttura profonda del servizio. Segue le conversazioni nei corridoi, le esitazioni nei *briefing*, i piccoli aggiustamenti quotidiani che permettono al lavoro di procedere nonostante le incertezze. È in questi interstizi che emerge come la cura sia un'impresa collettiva: nessuna professione può sostenerla da sola, ma ciascuna difende comunque una porzione del proprio terreno di competenza.

Il valore dello sguardo antropologico, nelle dinamiche interprofessionali, non sta nello spiegare chi "ha ragione", ma nel rendere visibili i modi in cui le persone, dentro i servizi, cercano di conciliare esigenze spesso incompatibili: l'urgenza clinica, la burocrazia, la scarsità di tempo, il desiderio di offrire una cura adeguata. Gli studi sull'*organizational boundary work* mostrano come questi conflitti non siano semplici attriti, ma momenti in cui si ridisegnano le modalità di cooperazione (Meier, 2015). L'antropologo contribuisce a elaborare questa ridisegnazione non proponendo soluzioni tecniche, ma chiarendo come le pratiche attuali producano effetti imprevisti sulla continuità dei percorsi e sulla qualità della relazione con i pazienti. Il contributo più significativo emerge quando l'antropologo restituisce ciò che ha osservato negli spazi di confronto interni: équipe, tavoli di coordinamento, riunioni informali. L'etnografia istituzionale (Smith, 2005) mostra come la distanza tra ciò che i servizi immaginano di fare e ciò che effettivamente accade si costruisca proprio nei passaggi tra livelli professionali. Portare alla luce queste discrepanze non significa individuare responsabilità, ma rendere possibile una comprensione condivisa del lavoro. La restituzione etnografica funziona allora come un ponte: mette in relazione punti di vista che raramente si incontrano in modo diretto, aiutando i professionisti a vedere il proprio ruolo nel sistema senza sentirsi esposti o giudicati. In un contesto migrante, questo lavoro assume un valore particolare. La presa in carico di persone che vivono in condizioni burocratiche incerte o che attraversano sistemi di accoglienza frammentati richiede un coordinamento che le organizzazioni non sono sempre in grado di garantire.

L'antropologo osserva come infermieri, medici, assistenti sociali, mediatori, amministrativi, enti esterni e talvolta organizzazioni del terzo settore tentino di collaborare, ciascuno con il proprio linguaggio e le proprie priorità. Non sono differenze "culturali" tra professioni a generare difficoltà, ma la mancanza di uno spazio comune in cui rendere discutibili i problemi. L'etnografia offre proprio questo spazio: una lente che non giudica, ma permette a ciascuno di comprendere come la propria azione si intrecci a quella degli altri. L'antropologo, quindi, non è un mediatore nel senso classico del termine, ma qualcuno che cura la relazione tra professioni rendendo pensabile ciò che spesso viene vissuto come inevitabile. Aiuta i servizi a vedere che la collaborazione non nasce dall'accordo ideale tra ruoli, ma dalla possibilità di riconoscere e lavorare con le differenze. È nella capacità di abitare questi margini, i non detti, le frizioni, i problemi che nessuno rivendica, che il contributo antropologico trova la sua forma più precisa: offrire un linguaggio per pensare ciò che nel lavoro quotidiano rimane sospeso.

#### *5.5.4 Tempi, spazi e oggetti nella pratica della cura*

La cura, nei servizi sanitari, non si sviluppa soltanto nello spazio: si costruisce nel tempo. Ogni percorso terapeutico è attraversato da temporalità molteplici, quelle dei pazienti, dei professionisti, delle procedure, dei sistemi informativi, che raramente coincidono. L'esperienza della malattia segue un ritmo che appartiene al corpo e alla biografia; quella dei servizi risponde invece a una temporalità istituzionale, scandita da turni, scadenze e protocolli. Queste due temporalità non sono semplicemente diverse: sono spesso dicotomiche, e la loro distanza genera frizioni che definiscono la qualità dell'esperienza di cura. L'antropologo, osservando questi ritmi divergenti, restituisce la trama temporale che rende alcuni percorsi lineari e altri estremamente precari. Le etnografie della cura hanno spesso interpretato la temporalità come un elemento tacito ma decisivo del lavoro sanitario (Stevenson, 2014; Street, 2016): non si tratta soltanto di "tempi di attesa", ma di strutture di anticipazione, vincoli di durata, urgenze improvvise, rallentamenti inattesi. In ospedale, come nei servizi territoriali in cui si svolge gran parte della cura quotidiana, il tempo appare talvolta come una risorsa scarsa, compressa da liste, turni e scadenze; altre volte come un vuoto in cui i pazienti restano sospesi, senza sapere se debbano aspettare, insistere o rinunciare. L'antropologo osserva come questa discontinuità produca una qualità particolare dell'esperienza: una forma di instabilità che non deriva dalla patologia, ma dal modo in cui il tempo istituzionale entra nella vita delle persone. Le biografie attraversate da mobilità forzata, richieste di

documentazione, rinnovi, convocazioni e trasferimenti impongono una doppia temporalità: quella amministrativa e quella sanitaria. Non procedono mai insieme. È possibile, ad esempio, che una terapia inizi quando il periodo di permanenza in una struttura di accoglienza è già al limite; o che un appuntamento medico arrivi troppo tardi rispetto a uno spostamento obbligato. La letteratura sulle “temporalità del sospeso” (Ticktin, 2011; Cabot, 2019) mostra come queste asincronie non siano incidenti individuali, ma effetti sistemici di burocrazie non coordinate. Documentando questo intreccio si mostra come la cura sia continuamente influenzata da tempi che non dipendono né dal paziente né dal professionista. La temporalità istituzionale non è soltanto una questione di scadenze: è una forma di immaginazione organizzativa. I servizi sanitari, infatti, funzionano in base a ciò che considerano un tempo “ragionevole”: un tempo accettabile per attendere, per guarire, per richiamare, per interrompere. Ma questo tempo ragionevole raramente coincide con il tempo vissuto. Mol (2008) ricorda che nella cura il tempo non è neutrale: ogni decisione, rimandare, accelerare, attendere, produce effetti sulla qualità dell’attenzione. L’antropologo osserva come i professionisti cerchino continuamente di ribilanciare questi ritmi, inventando micro-soluzioni per evitare che la rigidità del servizio ricada sui pazienti: una telefonata personale, un appunto lasciato al collega del turno successivo, un contatto informale con un’operatrice sociale. Questi gesti minimi testimoniano il lavoro morale implicito nel gestire il tempo. La distanza tra temporalità istituzionali e temporalità biografiche è particolarmente visibile nei momenti di transizione: ricovero, dimissione, trasferimento, cambio di medico. Sono soglie in cui i servizi devono muoversi rapidamente, mentre i pazienti vivono l’incertezza di ciò che sta per accadere. L’antropologo documenta come queste fasi siano spesso punti di vulnerabilità strutturale: non per mancanza di cura, ma per la difficoltà di sincronizzare mondi diversi. Le ricerche di Bear (2016) e Sharma (2014) mostrano come le istituzioni producano temporalità proprie che, una volta attivate, tendono a prevalere sui bisogni soggettivi. È in questi passaggi che la voce dell’antropologo diventa essenziale: non per denunciare una disfunzione, ma per rendere visibile la tensione tra ciò che un servizio è organizzato per fare e ciò che una persona, in quel momento, avrebbe davvero bisogno. La cura, infatti, chiede un tempo che sia compatibile con l’ascolto, la spiegazione, la possibilità di ripetere una domanda senza sentirsi fuori luogo. L’antropologo osserva come, nei servizi, il tempo venga continuamente negoziato: un professionista lo allunga, un altro lo comprime, un paziente lo aspetta e lo teme, un’istituzione lo misura. In questa negoziazione si gioca la qualità

dell'incontro. Ci sono giorni in cui un minuto diventa sufficiente e altri in cui dieci minuti non bastano a sciogliere un dubbio. La temporalità della cura non è mai standardizzata: è una relazione. L'antropologo non propone soluzioni per "gestire meglio" il tempo, ma mostra come esso sia una struttura della cura tanto quanto i ruoli e gli spazi. Rende intelligibile che la sofferenza istituzionale spesso nasce da temporalità non allineate, da procedure che chiedono al paziente di adattarsi a un ritmo che non può sostenere. È in questa consapevolezza, delicata e non accusatoria, che si apre la possibilità di pensare il tempo non come una risorsa da ottimizzare, ma come una dimensione della cura da proteggere. Se il tempo struttura la cura, altrettanto fanno le sue infrastrutture materiali. Le istituzioni sanitarie non sono infatti composte soltanto da ruoli o protocolli: sono fatte di spazi e oggetti che orientano, vincolano o rendono possibile la cura. L'Antropologia ha mostrato come elementi apparentemente ordinari, una sedia, un corridoio, un modulo, partecipino attivamente al lavoro quotidiano (Star & Ruhleder, 1996; Mol, Moser & Pols, 2010). Non sono elementi neutri: configurano percorsi, determinano posture, regolano distanze. L'antropologo, osservandoli, restituisce la materialità profonda della cura. Gli spazi dei servizi, sale d'attesa, sportelli, uffici, corridoi, non sono semplici contenitori, ma producono forme di visibilità, esposizione, inclusione o esclusione. Le etnografie ospedaliere hanno mostrato come le sale d'attesa diventino luoghi di interpretazione ansiosa, in cui i pazienti tentano di attribuire significato a un gesto, un richiamo, un silenzio (van der Geest & Finkler, 2004). Nei percorsi delle persone migranti questa dimensione è particolarmente evidente: una porta chiusa non rappresenta soltanto un limite fisico, ma una soglia istituzionale che richiede di conoscere codici e consuetudini per essere attraversata.

Accanto agli spazi, gli oggetti documentali, moduli, autorizzazioni, referti, sono infrastrutture che trasformano esperienze vissute in categorie amministrative. L'institutional ethnography mostra come i testi non registrino semplicemente ciò che accade, ma orientino l'azione e definiscano ciò che l'istituzione può riconoscere (Smith, 2005). Nei percorsi migranti, questa trasformazione è particolarmente marcata: una dicitura imprecisa o una data mancante può sospendere una pratica non per volontà di qualcuno, ma perché il documento non parla il linguaggio dell'organizzazione. Anche gli oggetti che mediano la cura, computer condivisi, telefoni interprete, dispositivi diagnostici, definiscono quali interazioni sono possibili. La letteratura sulla socio-materialità della cura ha mostrato come questi oggetti non siano strumenti neutri, ma attori che contribuiscono a configurare le relazioni terapeutiche (Pols, 2012). In alcuni

servizi, la mancanza di uno spazio riservato rende difficile affrontare traumi o esperienze delicate; altrove, la rotazione dei computer frammenta la continuità della presa in carico. L'antropologo osserva come questi vincoli materiali producano effetti sottili: chi si sente autorizzato a parlare, chi teme di disturbare, chi torna e chi non torna più. Le infrastrutture materiali, nella loro apparente neutralità, rivelano la natura stratificata dei servizi. Sono la parte più stabile delle istituzioni e, proprio per questo, spesso passano inosservate. Eppure, molte forme di vulnerabilità emergono da dettagli materiali: un percorso mal segnalato, uno sportello poco accessibile, un oggetto mancante. L'antropologo non ridisegna questi ambienti, ma mostra come essi influenzino la cura, talvolta più di un protocollo o di una linea guida. Come mostrato dagli studi sulle infrastrutture e sulle loro forme di agency silenziosa (Star & Ruhleder, 1996; Mol, Moser & Pols, 2010; Pols, 2012), ciò che appare ordinario diventa spesso decisivo nel definire le condizioni dell'incontro terapeutico. La forza dello sguardo antropologico sulle infrastrutture sta nel rendere visibile ciò che tutti attraversano ma pochi vedono: la cura come pratica incarnata in spazi, oggetti e disposizioni materiali. Nei servizi in cui transitano persone migranti, spesso costrette a muoversi in territori amministrativi incerti, questa consapevolezza diventa essenziale. Guardare la materialità significa riconoscere che la cura non è mai soltanto un atto clinico, ma una forma di relazione che si costruisce anche attraverso cose, luoghi e configurazioni che definiscono ciò che può accadere.

#### *5.5.5 Documentazione, burocrazia e produzione istituzionale della sofferenza*

La burocrazia non è un elemento accessorio dei servizi sanitari: è una parte costitutiva della loro azione. Le istituzioni si esprimono attraverso moduli, firme, protocolli, autorizzazioni, scadenze. È in questi documenti che le vite dei pazienti vengono tradotte in categorie leggibili dall'organizzazione. L'antropologo osserva come questa traduzione non sia mai neutrale: seleziona alcuni aspetti dell'esperienza, ne omette altri, produce ordine ma anche nuove vulnerabilità. Le etnografie dell'amministrazione pubblica mostrano come la burocrazia, nel tentativo di garantire equità e tracciabilità, generi forme impreviste di sofferenza istituzionale (Hull, 2012). La documentazione sanitaria, infatti, non registra semplicemente ciò che accade: decide che cosa può accadere. Un modulo incompleto, una data incoerente, una sigla poco chiara possono interrompere un percorso, sospendere una terapia, rimandare un appuntamento. *L'institutional ethnography* ha evidenziato come i documenti "trasportino" l'esperienza

da un livello all'altro dell'organizzazione, trasformandola in un linguaggio operativo (Smith, 2005). In molti servizi, ciò che non trova spazio nel documento fatica a trovare spazio anche nella cura. L'antropologo osserva come questa dipendenza dai testi produca una frizione costante tra ciò che i professionisti vedono nella relazione e ciò che devono registrare per far funzionare il sistema. Nei percorsi delle persone migranti, queste frizioni diventano ancora più evidenti. Il loro accesso al servizio dipende da una serie di documenti, permessi, attestazioni, certificazioni, codici temporanei che spesso non dialogano tra loro. Studi recenti hanno mostrato come la burocrazia migratoria crei una forma di *temporalità incerta* che si riflette direttamente sulla cura (Ticktin, 2011; Cabot, 2019). Una visita può essere fissata solo dopo una registrazione; una registrazione può avvenire solo dopo una verifica; una verifica richiede una presenza fisica che talvolta non è possibile. In questi incastri si produce una sofferenza che non riguarda la malattia, ma la difficoltà a “entrare” nel linguaggio dell'istituzione. La burocrazia sanitaria non è monolitica. Nei servizi territoriali, gli operatori cercano spesso di aggirare o ammorbidire i vincoli documentali per evitare che ricadano sui pazienti. Una nota aggiunta a mano, una fotocopia salvata all'ultimo minuto, un contatto telefonico con un ufficio esterno, un tentativo di accelerare un iter: sono micro-pratiche che rivelano la dimensione etica del lavoro burocratico. Le ricerche sulla “cura amministrativa” mostrano come molti professionisti investano emozioni e responsabilità personali nel tentativo di far sì che la burocrazia faciliti, e non ostacoli, la continuità assistenziale (Adams, 2025).

L'antropologo documenta questi sforzi non per celebrarne l'eccezionalità, ma per mostrare quanto lavoro invisibile sia necessario per rendere abitabili le procedure. La sofferenza istituzionale, infatti, non nasce solo dalle norme, ma dalla distanza tra norme e situazioni. Quando una storia clinica non “entra” nella categoria prevista, quando una necessità non è contemplata da un modulo, quando una domanda non è riconoscibile dal sistema informativo, la persona che cerca cura rischia di rimanere sospesa. L'antropologo, rendendo visibili queste discrepanze, mostra come la burocrazia sia un campo negoziale che coinvolge professionisti e pazienti nella stessa tensione. La documentazione produce effetti anche sulla relazione terapeutica. In alcuni servizi, il tempo dedicato alla compilazione supera quello dedicato all'ascolto. Alcuni pazienti percepiscono la prevalenza dello schermo sul volto dell'operatore come un'interruzione dell'incontro; altri trovano nella distanza mediata dal documento un margine di protezione, soprattutto quando raccontare è difficile. Le ricerche sulla materialità dei

dossier clinici mostrano come i documenti non solo registrino, ma plasmino le forme dell'attenzione e della memoria professionale (Berg, 1996). L'antropologo osserva come, nella pratica, ogni scelta documentale influenzi ciò che verrà ricordato e ciò che rischia di andare perduto. La burocrazia, dunque, non è un semplice contorno: è una struttura che modella tempi, possibilità e limiti della cura. Nei contesti migranti, dove i percorsi amministrativi e sanitari si intrecciano senza coincidere, questa struttura può diventare una fonte ulteriore di fragilità. Rendere visibile la logica interna della burocrazia, le sue rigidità, i suoi margini di flessibilità, il lavoro sommerso che richiede, è uno dei contributi più significativi dell'antropologo. Non si tratta di denunciare la burocrazia, ma di restituire la complessità di un sistema che, pur progettato per garantire ordine, finisce talvolta per produrre sofferenza laddove non dovrebbe esserci.

#### *5.5.6 La fiducia come oggetto istituzionale*

La fiducia è spesso descritta come un sentimento individuale, un moto interiore che riguarda la relazione tra due persone. Nei servizi sanitari, però, la fiducia è qualcosa di diverso: è un'infrastruttura istituzionale. Non nasce solo dall'incontro con un professionista attento, ma dalla coerenza tra ciò che l'istituzione promette e ciò che effettivamente offre. L'antropologo osserva come questa fiducia non sia un presupposto della cura, ma una sua condizione: senza fiducia, la cura non può iniziare davvero; con una fiducia fragile, procede solo in apparenza.

La letteratura antropologica mostra che la fiducia non è un atto di abbandono, ma un lavoro continuo di interpretazione (Kirmayer, 2015). I pazienti cercano segnali di affidabilità nei dettagli più minimi: la chiarezza delle informazioni, la regolarità degli appuntamenti, la sensazione di essere riconosciuti anche dopo settimane. Allo stesso tempo, i professionisti interpretano la fiducia osservando la disponibilità dei pazienti a tornare, a seguire indicazioni, a condividere aspetti delicati della loro storia. Questi gesti quotidiani, apparentemente banali, sono i luoghi in cui la fiducia prende forma. Nei percorsi migranti, la fiducia assume un tono ancora più delicato. Molte persone arrivano ai servizi dopo aver attraversato istituzioni che hanno generato diffidenza, paura o frammentazione: sistemi di accoglienza discontinui, procedure amministrative difficili da comprendere, contatti fugaci con enti non coordinati tra loro. La fiducia, in questi casi, non può essere data per scontata: deve essere ricostruita da zero a ogni passaggio. Le etnografie sulla cura in contesti di mobilità evidenziano come la fiducia istituzionale sia

spesso messa alla prova da incoerenze strutturali più che da comportamenti individuali (Good, 1994; Ticktin, 2011). Un appuntamento rimandato senza spiegazioni, un documento richiesto all'improvviso, l'assenza non annunciata di un professionista possono essere interpretati come segnali di precarietà o disinteresse, erodendo lentamente la relazione. L'antropologo osserva come la fiducia si costruisca anche attraverso dimensioni materiali e organizzative del servizio. Un ambiente ordinato, un'accoglienza non affrettata, una spiegazione che anticipa possibili intoppi sono pratiche che fanno parte di una "cura istituzionale" spesso invisibile ma fondamentale. In molti servizi, piccoli gesti degli operatori, un foglio compilato insieme, una telefonata di chiarimento, un sorriso che scioglie l'imbarazzo linguistico, diventano atti di riparazione istituzionale: mostrano che l'organizzazione può essere affidabile anche quando è complessa o imperfetta (Stevenson, 2014).

La fiducia, tuttavia, non è uniforme. È distribuita in modo diseguale tra professioni, ruoli e spazi. Alcuni operatori vengono percepiti come più accessibili perché "traducono" l'istituzione in un linguaggio comprensibile; altri appaiono più distanti perché incarnano procedure rigide o funzioni percepite come di controllo. L'antropologo vede come queste percezioni non dipendano solo dalla personalità dei singoli, ma dal modo in cui l'istituzione organizza il lavoro: chi accoglie, chi decide, chi spiega, chi firma. La fiducia, quindi, non è un attributo individuale: è una proprietà emergente della struttura, come mostrano in modi diversi le analisi sulla fiducia istituzionale condotte negli studi antropologici sulla cura e sulla sofferenza (Good, 1994; Kirmayer, 2015; Stevenson, 2014).

In questo contesto, il ruolo dell'antropologo è duplice. Da un lato osserva come la fiducia venga costruita, messa alla prova, talvolta incrinata; dall'altro restituisce questa complessità agli operatori, aiutandoli a vedere come i loro gesti e le loro parole producano effetti che vanno oltre la singola interazione. Mostrare che la fiducia non è solo un prerequisito emotivo, ma un bene istituzionale che va coltivato attraverso coerenza, trasparenza e continuità permette ai servizi di interrogarsi sulla propria capacità di essere affidabili. La fiducia, infine, ha una dimensione politica. Non perché riguardi ideologie o schieramenti, ma perché determina chi può accedere alla cura con serenità e chi invece resta ai margini. È una forma di giustizia relazionale: consente ai pazienti di sentirsi al sicuro in un'istituzione che spesso percepiscono come lontana o imprevedibile. In questo senso, la fiducia non è un sentimento da evocare, ma un oggetto della cura stessa, qualcosa che si costruisce, si protegge, si ripara. L'antropologo,

rendendo visibile questo lavoro silenzioso, contribuisce a rafforzare l'idea che la cura non sia solo un insieme di tecniche, ma un incontro che richiede reciprocità, riconoscimento e possibilità di affidarsi.

#### *5.5.7 Rendere le istituzioni luoghi abitabili*

Attraversare un'istituzione sanitaria significa muoversi dentro un insieme di ritmi, spazi, documenti, relazioni e aspettative che raramente coincidono tra loro. In questo capitolo abbiamo visto come l'antropologo non si limiti a osservare ciò che accade in superficie, ma entri nel cuore delle tensioni istituzionali: i confini professionali che si negoziano quotidianamente, le temporalità che disallineano percorsi, le infrastrutture materiali che rendono possibili alcune interazioni e ne ostacolano altre, la burocrazia che seleziona quali storie possono essere ascoltate e quali si disperdono nei dettagli, la fiducia che tiene insieme, o separa, professionisti e pazienti. Il contributo antropologico emerge nella capacità di rendere visibile ciò che, dentro i servizi, è troppo vicino per essere visto. Le istituzioni non funzionano sulla base di norme astratte, ma attraverso micro-pratiche: aggiustamenti, cure minime, strategie di riparazione, forme di creatività relazionale. Quando queste micro-pratiche entrano in tensione con le aspettative dei pazienti o con i vincoli organizzativi, si aprono spazi di sofferenza istituzionale che non dipendono da responsabilità individuali, ma dalla configurazione complessiva del sistema.

Rendere abitabili le istituzioni sanitarie significa allora riconoscere che la cura non è solo un insieme di interventi tecnici, ma una forma di convivenza tra persone, materiali, tempi e linguaggi. Significa prendere sul serio il lavoro sotterraneo dei professionisti che tentano, ogni giorno, di mantenere continuità e dignità nonostante le pressioni organizzative. Significa anche ascoltare i pazienti che giungono con biografie complesse e che, per fidarsi, hanno bisogno che il servizio sia coerente nelle sue promesse, leggibile nei suoi movimenti, capace di accogliere le differenze senza trasformarle immediatamente in problemi amministrativi. L'antropologo, in questo scenario, non porta soluzioni tecniche né corregge procedure. Il suo contributo consiste nel dare forma narrativa e analitica a ciò che gli operatori vivono ma non sempre riescono a esprimere; nel mostrare come una modifica apparentemente minima, un passaggio di informazione, un cambiamento nello spazio, un tempo dedicato alla spiegazione, possa trasformare l'esperienza della cura. La sua presenza apre uno spazio di riflessività istituzionale: un

luogo in cui le frizioni possono essere pensate, discusse e rimesse in circolo senza essere immediatamente convertite in colpe o inefficienze. Rendere abitabili le istituzioni significa, in ultima analisi, riconoscere che la cura è un lavoro collettivo che richiede tempo, attenzione e capacità di negoziazione. Non si tratta di immaginare un servizio ideale, ma di lavorare con ciò che esiste, vincoli, possibilità, pratiche, per far emergere forme di relazione che permettano alle persone di sentirsi parte di un processo e non semplici destinatarie di una prestazione. In questo senso, lo sguardo

antropologico non è un lusso teorico, ma un dispositivo che consente alle istituzioni di guardarsi dall'interno e di pensarsi come luoghi capaci di ospitare la vita, con le sue battute d'arresto, le sue attese e le sue necessità.

## CONCLUSIONI

Il percorso sviluppato in questa ricerca nasce dall'esigenza di interrogare un fenomeno apparentemente circoscritto, l'ansia sociale, e di mostrarne invece la densità culturale, relazionale ed etica. Fin dall'inizio è apparso evidente che il SAD non poteva essere compreso restando nei confini di una definizione clinica: la sua forma rimandava costantemente a un insieme di relazioni, aspettative e contesti che ne facevano qualcosa di più di una semplice esperienza individuale. In questo senso, la tesi non ha indagato soltanto un disturbo, ma un linguaggio attraverso cui molte persone oggi raccontano la fatica di esserci nel mondo. Questo orientamento ha trovato sostegno nelle radici dell'Antropologia italiana, che già con Pitre mostrava come le comunità non solo interpretino la sofferenza, ma la custodiscano, la commentino, la dispongano in narrazioni e pratiche condivise. Le sue osservazioni, benché nate in contesti storici e sociali differenti dall'odierno, permettono ancora oggi di riconoscere la fragilità come un elemento inscritto nella vita collettiva, mai separabile dai codici morali e dalle appartenenze simboliche. Allo stesso modo, le riflessioni di De Martino (1977) sulla crisi della presenza hanno offerto una cornice preziosa per comprendere come la vulnerabilità non sia soltanto un fatto psicologico, ma un'esperienza che coinvolge il modo stesso in cui il mondo sostiene, o non sostiene, la presenza. L'ansia sociale, letta attraverso questo doppio lascito, assume allora i contorni di una soglia: un punto in cui la persona incontra i limiti del proprio orizzonte culturale, e nel farlo ne rivela tensioni, richieste e fragilità. Il confronto con le *culture-bound syndromes* e con le prospettive della psichiatria transculturale ha reso ancora più evidente quanto le categorie diagnostiche rappresentino mappe utili, ma sempre parziali. Le classificazioni non si limitano a descrivere la sofferenza: la selezionano, la organizzano e ne definiscono i confini dicibili. La ricerca ha confermato questa prospettiva, mostrando come il SAD si trasformi in relazione ai contesti di vita, alle trame familiari, alle norme di genere, ai modelli educativi, alle aspettative implicite che i soggetti apprendono molto prima di poterne parlare. Ciò che emerge è un disturbo che, lungi dall'essere un insieme statico di sintomi, appare invece come una configurazione culturale della vulnerabilità.

L'indagine empirica ha permesso di cogliere questa complessità nel suo farsi quotidiano. Le narrazioni raccolte mostrano come l'ansia sociale si inserisca in una rete di relazioni significative: famiglie in cui il confronto è costante o sfuggente; contesti educativi che chiedono molto e spiegano poco; dinamiche tra pari che plasmano i confini dell'accettabilità sociale; ruoli di genere che orientano chi può esporsi e come. A tutto ciò si somma l'impatto delle forme contemporanee di visibilità: ambienti digitali che amplificano lo sguardo degli altri, sistemi di valutazione permanenti che rendono l'adeguatezza una prova quotidiana, culture della performance che valorizzano la sicurezza anche quando non è reale. La scelta di integrare metodi quantitativi e qualitativi è derivata dalla necessità di non semplificare questa complessità. I dati quantitativi hanno consentito di osservare pattern e regolarità, offrendo un primo tracciato delle dimensioni più condivise del fenomeno. L'analisi qualitativa, invece, ha permesso di entrare nel dettaglio delle esperienze, restituendo luci e ombre che nessuna misura standardizzata avrebbe potuto catturare. Avvicinarsi alle storie raccolte ha implicato uno sguardo disposto a lasciarsi interrogare, capace di modificarsi nel contatto con ciò che emergeva. Le interpretazioni non si sono formate in una posizione neutra, ma nel dialogo continuo tra la prospettiva iniziale e il materiale empirico. Questo movimento ha reso possibile avvicinarsi alle esperienze senza ridurle, riconoscendo che la ricerca non è mai un esercizio puramente analitico, ma un incontro con storie che chiedono di essere ascoltate nei loro tempi e nelle loro sfumature. È a partire da questo intreccio che il SAD è emerso come un vero e proprio linguaggio culturale della modernità. Un linguaggio che racconta l'incertezza di un tempo in cui i legami si fanno fragili e le aspettative si moltiplicano; un linguaggio che parla della difficoltà di abitare spazi sociali in cui la distinzione tra pubblico e privato si assottiglia; un linguaggio che riflette la tensione costante tra desiderio di riconoscimento e paura dell'esposizione. In questa prospettiva, il SAD non è un semplice oggetto di studio, ma una lente che permette di osservare come i soggetti contemporanei vivono la propria presenza nel mondo. L'attenzione rivolta alle dimensioni cliniche non mira a separare la sofferenza dai contesti che la rendono intelligibile, ma a riconoscere che ogni gesto terapeutico prende forma dentro una trama culturale e relazionale. La cura, in questa prospettiva, non si riduce a un'applicazione tecnica: nasce piuttosto da un incontro che chiede di essere considerato nella sua complessità, nel suo essere sempre attraversato da storie precedenti, linguaggi diversi e aspettative non dette. È in questo spazio condiviso, spesso fragile e mai del tutto prevedibile, che diventa possibile restituire continuità a esperienze

che hanno perso orientamento. Qui la cura non si presenta come risposta risolutiva, ma come una forma di presenza che sostiene chi vive l'incertezza, accompagnandolo nel tentativo di trovare un senso abitabile ai propri vissuti.

Nel suo complesso, la ricerca mostra come l'ansia sociale non possa essere compresa senza considerare le condizioni sociali, culturali e relazionali che la generano e la sostengono. Non è un fenomeno marginale, ma una manifestazione significativa delle vulnerabilità che attraversano le società contemporanee. Interrogare il SAD significa interrogare le strutture che sorreggono, o indeboliscono, la possibilità dei soggetti di sentirsi riconosciuti, accolti e legittimi nella propria esperienza.

Considerare la vulnerabilità da questa prospettiva significa riconoscere come essa emerga dall'incontro tra i soggetti e i mondi che abitano. L'ansia sociale, osservata nelle sue molteplici declinazioni, mette in luce quanto la presenza sia un equilibrio continuamente negoziato, che richiede contesti capaci di accogliere l'incertezza senza trasformarla in motivo di esclusione. Le esperienze raccolte mostrano che i momenti di esitazione, di timore o di difficoltà non sono scarti individuali, ma segnali che rimandano alla qualità dei legami, alla densità dei riferimenti simbolici, alle possibilità che ciascuno ha di trovare nel proprio ambiente un appoggio sicuro da cui ripartire.

Il SAD diventa un indicatore delle forme di convivenza che caratterizzano il nostro tempo: rivela quanto gli spazi simbolici per esistere senza dover performare siano sempre più ristretti, quanto la visibilità sia divenuta una richiesta costante, quanto la continuità interiore dipenda da relazioni che sappiano riconoscere la fatica senza trasformarla in motivo di distanza. Così inteso, dunque, non parla solo dei soggetti che lo vivono, ma di ciò che le società chiedono loro: della tensione fra autonomia ed esposizione, fra desiderio di appartenenza e paura di essere visti, fra ricerca di riconoscimento e timore di non essere all'altezza. In fondo, il contributo del presente lavoro vuole essere quello di offrire uno spiraglio per immaginare mondi più ospitali per la vulnerabilità: luoghi in cui la presenza non debba essere continuamente difesa o dimostrata, ma possa trovare sostegno nelle relazioni, nei simboli condivisi, nei gesti quotidiani che rendono abitabile l'incertezza. Se il SAD ci interroga, è perché ci ricorda che la fragilità non è un inciampo privato, ma un aspetto che coinvolge il modo stesso in cui viviamo insieme. La cura, allora, può diventare uno dei luoghi in cui ripensare questo vivere: non come risposta immediata al disagio, ma come pratica che restituisce continuità, dignità e possibilità ai modi molteplici con cui ciascuno cerca di stare al mondo. In questa prospettiva,

L'integrazione metodologica non rappresenta soltanto uno strumento di raccolta dati, ma un gesto epistemologico che invita a superare la separazione tra esperienza vissuta e categorie analitiche. L'incrocio tra misurazioni e racconti ha evidenziato come i fenomeni emotivi non possano essere compresi pienamente se isolati dal contesto di significati che li sostiene. La ricerca suggerisce dunque la necessità di un paradigma che consideri la sofferenza non come una proprietà interna del soggetto, ma come una relazione tra soggetto, mondo e forme culturali della presenza. Da questa postura teorica discendono alcune direzioni future di lavoro: la costruzione di strumenti capaci di cogliere la dimensione simbolica del disagio, l'esplorazione longitudinale dei modi in cui la vulnerabilità si trasforma nel corso della vita, e l'indagine comparativa che metta a confronto differenti ecologie morali della vergogna e della visibilità. Più che aggiungere nuove ipotesi, queste linee intendono proseguire la domanda che ha guidato l'intera ricerca: come può una società sostenere la presenza dei soggetti senza ridurla a performance, esposizione o confronto? La risposta, per ora solo accennata, indica che ogni forma di cura, clinica, educativa, comunitaria, richiede la capacità di riconoscere la fragilità non come un limite personale, ma come un tratto costitutivo della condizione umana. In questo senso, la conclusione non chiude ma apre: restituisce l'idea che l'ansia sociale non sia soltanto un oggetto di studio, ma un luogo critico per interrogare le forme della convivenza e per immaginare modi più ampi, più sensibili e più condivisi di essere nel mondo. I risultati emersi nel corso di questa ricerca non ampliano soltanto la comprensione dell'ansia sociale, ma invitano a ripensare il modo stesso in cui la sofferenza prende forma all'interno di un orizzonte culturale. Più che aggiungere un ulteriore livello descrittivo, essi mostrano come il SAD funzioni da punto di osservazione privilegiato per cogliere le tensioni tra aspettative sociali, processi di soggettivazione e pratiche quotidiane di riconoscimento. La vulnerabilità, osservata attraverso le narrazioni dei partecipanti, appare come una condizione relazionale che precede l'individuo e che trova nella cultura i codici che stabiliscono ciò che può essere detto e ciò che invece rimane taciuto.

## APPENDICE 1

Le interviste che seguono sono il risultato di un percorso di raccolta qualitativa svolto nell'arco di diversi mesi. Non si sono concentrate in un unico momento né in un unico ambiente, ma si sono distribuite nel tempo, adattandosi alle circostanze dei partecipanti. L'incontro avveniva spesso in spazi informali, caffetterie, biblioteche semivuote, aule in pausa, cortili, ambienti che favorivano un ritmo più naturale e meno "procedurale". Questa eterogeneità dei contesti ha influenzato il modo in cui i partecipanti hanno parlato, esitato, scelto cosa dire e cosa trattenere. Il materiale presentato è parziale: non restituisce l'intero corpus raccolto, ma una selezione ragionata di voci che permettono di cogliere la varietà dei vissuti emersi. L'obiettivo non è costruire categorie rigide, ma dare spazio ai modi differenti in cui i partecipanti interpretano la socialità, la performance e la percezione di sé. La decisione di condurre le interviste esclusivamente in italiano non è nata da una scelta di comodità, ma da una necessità metodologica. Nel corso della fase quantitativa avevo già sperimentato un procedimento di doppia traduzione per il questionario scritto: un primo traduttore italofono con competenza in tedesco, incaricato di mantenere le sfumature concettuali originali, e un secondo traduttore germanofono, mediato attraverso l'inglese, per garantire la leggibilità e la coerenza linguistica nella versione tedesca. Quella procedura, pur corretta per uno strumento strutturato come un questionario, aveva mostrato tutti i suoi limiti: rigidità, perdita di piccoli spessori semantici, appiattimento dell'intonazione e necessità continua di chiarimenti "a monte" e "a valle" delle frasi. Era un sistema complesso, lento, e soprattutto incapace di trasferire le sfumature emotive che accompagnano il linguaggio spontaneo. Applicare lo stesso dispositivo alle interviste qualitative avrebbe significato inserire due mediatori linguistici tra me e i partecipanti. Questo avrebbe inevitabilmente spezzato il ritmo della conversazione, compromesso i non detti, le esitazioni, le improvvise aperture, i fraintendimenti produttivi, la naturalezza del lessico e quel micro-livello di senso che si costruisce nello scambio diretto. Le ricerche qualitative vivono di tono, di pause, di giri di frase inattesi, di piccole autoironie e di modelli narrativi che emergono solo quando si parla nella propria lingua. Con una doppia traduzione, tutto questo sarebbe evaporato. Avrei

raccolto materiale “corretto”, ma povero, e soprattutto molto lontano dall’esperienza vissuta dei partecipanti. Per queste ragioni, e non per esclusione culturale, la parte qualitativa della ricerca è stata realizzata unicamente con partecipanti italofofoni, preservando così la naturalezza dei racconti e la profondità emotiva necessaria a una lettura etnografica. Ogni intervista è stata realizzata nel rispetto del consenso informato, con la possibilità, sempre garantita, di interrompere, riprendere o riformulare ciò che si stava dicendo. L’anonimato è stato assicurato attraverso pseudonimi e modifiche degli elementi identificativi. Le trascrizioni mantengono, quando significativo, il ritmo reale della conversazione: pause, esitazioni, cambi di tono, piccoli movimenti osservati durante l’interazione. La sezione che segue non è solo una raccolta di dati, ma un insieme di incontri: uno spazio in cui ogni partecipante ha portato il proprio modo di vivere il mondo sociale, di percepire gli altri e di percepirsi.

*Intervista a F.*

**R:** “Questa è una conversazione libera. Possiamo fermarci in qualsiasi momento. Se qualcosa non ti convince o non vuoi parlarne, basta che me lo dici. Va bene?”

**F:** “Sì, va bene.”

*(F. annuisce piano, un po' rigido all'inizio.)*

**R:** “Per iniziare... come sta andando questo periodo della tua vita?”

**F:** “È... un periodo particolare. Ci sono grossi cambiamenti, sia dal punto di vista relazionale, dove le cose vanno molto bene, sia da quello lavorativo, con nuovi progetti in cantiere.

È una fase di transizione: alcune cose sono positive, altre non saprei descriverle bene.”

*(Parla con calma, scegliendo le parole.)*

**R:** “E nelle situazioni sociali, come ti senti solitamente?”

**F:** “Dipende.

Se ci sono tante persone e più conversazioni insieme, mi sale l’ansia.

Mi confondo, non riesco a focalizzarmi su un discorso solo, e questo mi agita.

Non so se chiamarla ansia nelle relazioni o ansia da prestazione, ma è come se mi venisse richiesto di fare qualcosa che in quel momento non riesco a fare.”

**R:** “E chi lo richiede?”

**F:** “Io.

Sono io che mi impongo delle aspettative.

Nei gruppi sento una pressione a essere coinvolto, a non rimanere in silenzio.”

**R:** “E nei gruppi piccoli?”

**F:** “Meglio.

La difficoltà è quando mi sento obbligato a parlare.

Nei gruppi grandi mi sembra strano stare zitto, e quando lo faccio sento un giudizio... anche se so che forse è solo una mia percezione.”

*(Lo dice con un mezzo sorriso, come se ne fosse consapevole ma non sapesse come evitarlo.)*

**R:** “Com’era crescere a casa tua?”

**F:** “Particolare.

I miei genitori avevano due visioni opposte su come sarei dovuto essere.

Non trovavano un accordo, e io sono cresciuto in mezzo a queste due correnti contrarie.

Me le porto ancora oggi.”

**R:** “In che senso?”

**F:** “Sono entrambe in me.

Sono disordinato, ma poi ho dei momenti di ordine totale.

Nelle cose quotidiane a volte mi prende la... pigrizia, la associo a mio padre.

Altre volte ho un'energia interna che mi spinge, e quella la associo a mia madre.”

**R:** “C'erano messaggi su come ‘bisognava essere’ fuori casa?”

**F:** “Sì.

Quando da piccolo non seguivo le buone maniere, mia madre me lo faceva notare in modo un po' passivo-aggressivo.

Tipo al ristorante, quando facevo qualche monelleria.”

**R:** “E questo oggi ti influenza?”

**F:** “Sì, senza dubbio.

È un'educazione che ritrovo nel mio modo di comportarmi.”

**R:** “Quando ti senti in disagio con gli altri, come reagisci?”

**F:** “Prima con il corpo: respiro, cerco di sciogliermi.

Se non funziona... mi estraneo.

È come tirare giù una serranda interna per un attimo.”

*(Fa un piccolo gesto con la mano, come a indicare “stacco”).)*

**R:** “E i social?”

**F:** “Ho un rapporto un po' distante.

Sono rimasto affezionato ai vecchi forum: li frequentavo da bambino e un po' ancora oggi. *(‘Forse anche un po' troppo’, sussurra.)*

I social moderni... non li amo molto.”

**R:** “E come li usi?”

**F:** “In modo informativo.

Li uso per leggere, non per interagire.

È un rapporto passivo, non mi va di espormi.”

**R:** “Se ci fosse una cosa da alleggerire nel tuo modo di stare con gli altri, quale sarebbe?”

**F:** “La fiducia.

Avere più fiducia in me stesso, sentirmi più a mio agio.

Essere un po’ più autentico.”

**R:** “C’è qualcosa che non ti ho chiesto e che vuoi aggiungere?”

**F:** “No, direi di no.

Va bene così.”

*(Chiude con un sorriso breve, come sollevato di aver finito.)*

*Intervista a G.*

**R:** “Prima di iniziare, ti dico solo due cose veloci: non ci sono risposte giuste o sbagliate, non sto cercando diagnosi o cose del genere. È più una chiacchierata per capire come certe situazioni vengono vissute da chi, come te, le attraversa. Se qualche domanda non ti va, lo dici tranquillamente. Possiamo prendercela con calma.”

**G:** “Va bene... sì, tranquilla.”

**R:** “Allora, partiamo con calma: com’è questo periodo della tua vita? Anche solo a livello generale.”

**G:** “Mah... è un periodo un po’ così. Vado avanti, diciamo. Studio, provo a non rimanere troppo indietro, esco quando capita. È un periodo... sospeso. Non so bene dove sto andando, ecco.”

**R:** “Sospeso tipo... ‘non so che voglio’, o tipo ‘non so come arrivarci’?”

**G:** “Più la prima.

Cioè, faccio quello che devo fare, ma non so se è quello che voglio davvero. Però ormai... vediamo.”

**R:** “E nelle tue giornate, quando sei in mezzo agli altri, come ti senti? C'è più energia o più fatica?”

**G:** “Dipende. Se sto con due o tre persone che conosco, sto bene.

Se il gruppo è grande... mi chiudo un po'. Non so mai dove mettermi, come stare. È come se stessi... attento a tutto.”

**R:** “Attento a tutto... in che senso?”

**G:** “A come mi muovo, come parlo, cosa dico.

È una cosa automatica.

Mi dico ‘stai tranquillo’, ma poi mi irrigidisco lo stesso.”

**R:** “Ti capita solo nei gruppi grandi?”

**G:** “Pure nei posti nuovi.

Entro e... cerco subito un punto dove mettermi.

Non voglio stare al centro, diciamo.

Mi viene tipo il caldo al collo, le spalle dure. Una cosa che mi porto da quando ero ragazzino.”

**R:** “In che modo?”

**G:** “Eh... a scuola mi prendevano in giro un po'. Non pesante eh, ma... quelle risatine, quelle battutine.

Io parlavo piano, ero timido forte.

E ogni volta che qualcuno rideva pensavo fosse per me.

*(Aprire le mani, come a dire ‘che ci vuoi fare’)*

Mi è rimasto un po' addosso.”

**R:** “E adesso succede ancora?”

**G:** “Meno, però sì.

Non penso che ridono di me, però il riflesso è rimasto: mi irrigidisco.

Mi chiedo sempre se sto dicendo una cosa giusta o una cazzata.”

**R:** “È una sensazione più mentale o fisica?”

**G:** “Tutte e due.

La testa corre, il corpo si blocca.

E poi... c'è quella voce nella testa che dice: ‘non fare figuracce’.

Non proprio voce... è come un rumore di fondo.”

**R:** “Una specie di eco interna.”

**G:** “Sì, un’eco.

E secondo me... so che stai cercando di capire se l’ansia viene dalla famiglia quindi ti anticipo un po’, ecco. Secondo me questa eco viene da papà.”

**R:** “In che modo?”

**G:** “Lui era... è... severo.

Non urlava quasi mai eh, ma bastava la faccia. Se sbagliavo qualcosa, anche piccola, lui cambiava espressione. E io la notavo subito.

Così ho imparato che l’errore era... una cosa brutta.

Come se valesse meno.”

*(G rimane in silenzio per una decina di secondi)*

**G:** “Mamma invece... stava zitta. Sempre.

Cercava di smussare, ma non aveva voce.

Io penso che l’ho preso da lei.

Lei si faceva piccola per evitare litigi.

Io anche.”

**R:** “So che hai una sorella. Lei come si muoveva in quel clima?”

**G:** “Lei era il contrario.

Rispondeva, litigava, sbatteva le porte.

Non accettava le imposizioni di mio padre.

Una volta gli ha detto...no, evito.

Ma, secondo me, lì si è rotta per sempre la cosa.

E appena ha potuto... via. Milano.

E non torna più, te lo dico.”

**R:** “E tu come hai vissuto quella cosa?”

**G:** “Male e bene.

Male perché ero solo con loro due.

Bene perché... almeno uno di noi ce l’ha fatta...”

**R:** “E ora, nella tua vita adulta, quella dinamica familiare quanto pesa?”

**G:** “Assai.

Ancora oggi se sbaglio qualcosa mi parte il pensiero: ‘ora succede qualcosa’.

Anche se lui non c’è.

È proprio un riflesso, come quando scotti la mano e la tiri indietro.”

**R:** “E fuori dalla famiglia, come senti le aspettative degli altri?”

**G:** “Pesanti.

Qua vogliono tutti sapere che fai, dove vai, che progetti hai.

E se non li hai... sembra che sei fallito.

Io ancora capisco cosa voglio fare, quindi ogni domanda mi pesa.

Mi sento... indietro.”

*(G. fa una lunga pausa)*

**R:** “E i social? Ti danno una mano o complicano tutto?”

**G:** “Tutte e due.

Se sto male mi distraggono.

Se sto bene... mi fanno venire i paragoni.

Tipo: posto una foto, poi sto lì a controllare i like.

Sto lì a refreshare come un idiota.”

*(G. fa una risata piccola, sembra un po’ amara)*

**G:** “E se non va come dico io... cancello.

Non subito, ma dopo un po’... puff.

Mi dico ‘meglio così’.

Che poi lo so che è scemo, ma... è più forte di me.”

**R:** “E quando senti che sta arrivando l’ansia... cosa fai di solito?”

**G:** “Mi allontano.

Mi invento che devo fare una telefonata, vado fuori, respiro.

Mi metto le cuffie.

Oppure scrivo a mia sorella.”

**R:** “E lei cosa fa?”

**G:** “Lei dice due cose che spengono tutto.

Tipo: ‘Non sei papà’.

Oppure: ‘Non devi dimostrare niente’.

E io... quando lo dice lei, ci credo.”

**R:** “Gli altri capiscono questo tuo modo di sentire?”

**G:** “No.

Per loro sono solo timido.

O complicato.

O che mi faccio problemi inutili.

E la frase che mi dicono sempre è: ‘Non ci pensare’.

Minchia, se potessi non pensarci... avrei già risolto.”

**R:** “Se ci fosse una cosa sola che vorresti alleggerire nel tuo modo di stare con gli altri, quale sarebbe?”

**G:** “Vorrei... ‘pesarmi’ di meno.

Non pensare ogni volta se sto facendo una figuraccia.

Vorrei parlare senza ripassarmi tutto dopo.

Vorrei... sentirmi meno piccolo.

Ecco. Questo.”

**R:** “Prima di salutarci... c’è qualcosa che mi vuoi chiedere o qualche riflessione magari su qualcosa che non ti ho chiesto?”

**G:** “Mah... magari sì, ma ora non mi viene.

Però... è stata meno pesante di quanto pensavo, quindi grazie.”

**R:** “Grazie a te. Mi fa piacere che ti sia sentito a tuo agio.

Ci fermiamo qui, va bene?”

**G:** “Sì sì, va bene.

(mezzo sorriso)

Ora però mi piglio un caffè, che mi serve.”

*Intervista a N.*

**R:** “Prima di cominciare... ci tengo a dirti che puoi rispondere come vuoi, puoi fermarti quando vuoi, e non c'è nulla di obbligatorio. Va bene?”

**N:** “Sì... va bene.”

*(N tiene una voce bassa, mani in tasca e sguardo verso il tavolo)*

**R:** “Allora partirei da qualcosa di semplice: com'è questo periodo della tua vita? Anche solo un'impressione.”

**N:** “Mah... normale. Studio, sto a casa... niente di che.”

**R:** “Normale in senso tranquillo? O più un 'vado avanti e basta'?”

**N:** *(piccola pausa)* “Più la seconda.”

**R:** “E nelle situazioni sociali, tipo quando sei con altre persone... come ti senti di solito?”

**N:** “Dipende da chi c'è.

Se li conosco... sto bene.

Se non li conosco... mi chiudo un po'.”

**R:** “Chiuderti come?”

**N:** “Parlo poco.

Sto zitto e ascolto.

Non è che mi piace farmi notare.”

**R:** “È per timidezza o più per... protezione?”

**N:** “Boh.

Forse tutte e due.

Non mi piace parlare davanti a troppa gente, ecco.”

**R:** “Quando arrivi in un posto nuovo, cosa senti nei primi minuti?”

**N:** “Che voglio tornare a casa.

*(N. fa un mezzo sorriso nervoso)*

Poi mi passa, però... il primo impatto è sempre così.”

**R:** “È una sensazione fisica o mentale?”

**N:** “Fisica.

Il petto mi si stringe un poco.

Poi mi faccio coraggio ed entro.

Però... mi dà fastidio.”

**R:** “E nelle amicizie, nei rapporti... come va? Ti va di parlarne?”

**N:** “Boh... pochi amici.

Due, tre.

A me basta.

Non sono uno che parla molto.”

**R:** “E loro lo capiscono?”

**N:** “Sì... siamo cresciuti insieme.

Sanno com'è.”

**R:** “Vorrei chiederti un po' della tua famiglia, se per te va bene. Com'era crescere a casa?”

**N:** “Casa... era casa di mia nonna.

Io sono cresciuto là.

Mamma lavorava, papà... non c'era mai.

Ogni tanto lo vedevo.

Poi basta.”

**R:** “E com’era tua nonna con te?”

**N:** “Buona.

*Stritta*, ma buona.

Diceva sempre: ‘Nicò, stai attento a quello che fai’.

A volte era pesante, però... mi voleva bene.

È stata lei a tirarmi su.”

*(N. si muove un po’ sulla sedia, la voce rallenta)*

**R:** “E l’assenza di tuo padre... come l’hai vissuta?”

**N:** *(abbassa lo sguardo)* “Boh... ci sono abituato.

Da piccolo ci soffrivo... ora meno.

È uno che... non c’è mai stato.

Che ci fai?”

**R:** “Ti manca?”

*(silenzio lungo)*

**N:** “Non lo so.

Forse sì... però non ci penso.”

**R:** “Hai detto che tua nonna era ‘*stritta*’. Cosa intendevi?”

**N:** “Che voleva che fossi educato, corretto... perbene, suppongo.

Che non parlassi troppo, che non facessi casino.

Mi diceva sempre: ‘Non ti fare vedere troppo’.

E io... l’ho presa alla lettera.”

**R:** “Ti influenza ancora oggi?”

**N:** “Sì.

Io... non so... preferisco stare di lato.

Non voglio che la gente mi guarda.

Mi fa venire... non dico ansia, però fastidio.”

**R:** “E come vivi le aspettative degli altri? Della scuola, della comunità...”

**N:** “Qua a Palermo... tutti vogliono sapere i fatti tuoi.

‘Che fai? Dove vai?’

A me dà fastidio.

Io non voglio spiegare le cose.”

**R:** “Ti pesa?”

**N:** “Sì.

Mi fa sentire... come se avessi sempre qualcosa da dimostrare.

E io non ci riesco.

Preferisco stare zitto.”

**R:** “E i social? Come ti fanno stare?”

**N:** “Male.

Cioè, li uso, ma... non posto quasi mai.

Mi dà fastidio l’idea che tutti guardano, tutti giudicano.

Metto una foto e poi la tolgo.

Subito.”

**R:** “Subito?”

**N:** “Sì, sì. Tipo dopo due minuti.

Mi vergogno.

Mi sembra di fare la figura dell’imbecille.”

**R:** “E quando ti senti così... cosa fai per calmarti?”

**N:** “Mi chiudo in camera.

Musica.

Mi metto le cuffie e stacco.

Non parlo con nessuno.

Non mi piace parlare quando sto così.”

**R:** “Hai qualcuno con cui ti senti libero di parlare?”

**N:** “Mia nonna.

E il mio amico Piero.

Con loro sì.

Con gli altri... no.”

**R:** “Le persone intorno a te capiscono cosa provi?”

**N:** “No.

Pensano che sono serio.

Che non mi interessa niente.

Invece no... è che non mi esce.

Non mi escono le parole.”

**R:** “Se potessi cambiare qualcosa del tuo modo di stare con gli altri, anche una cosa piccola... quale sarebbe?”

**N:** “Che vorrei parlare di più.

Non per fare chiasso...

solo per non sembrare sempre... chiuso.

Vorrei... boh... sentirmi meno rigido.”

*(si gratta il collo, guarda verso la porta)*

**N:** “Però ci sto provando, piano piano.

Non voglio restare così per sempre.”

**R:** “Grazie mille per essere stato qui oggi, davvero.”

**N:** “Prego.”

*Intervista a C.*

**R:** “Come prima cosa ti dico solo che non ci sono risposte migliori o peggiori. Puoi parlare liberamente, anche a ruota libera, va bene così. Allora... come stai vivendo questo periodo della tua vita?”

**F:** “Io? Bene!

Cioè, un po’ stressata perché sto preparando due esami insieme, e già lo so che farò casino, ma vabbè... fa parte del gioco.

Però in generale bene.

Esco, vedo amici, vado in palestra... sono in un periodo ‘frizzantino’, diciamo.”

*(F. ride)*

**R:** “E nelle situazioni sociali, come ti senti di solito?”

**F:** “Ah, lì dipende da chi è presente.

Però io sono una che chiacchiera sempre, eh.

Se mi metti in una stanza con dieci sconosciuti... dopo cinque minuti so già vita, morte e miracoli. *(F. sorride)*

Non è che mi faccio problemi, anzi: mi piace conoscere persone nuove.

Mi fa sentire viva.”

**R:** “E ti capita mai di sentirti osservata o giudicata?”

**F:** “Mah... sì, dai, succede a tutti.

Tipo se entro in un posto e ci sono questi gruppetti che ti guardano un secondo... un micro-secondo... io penso: ‘Oddio, sono vestita male?!’

Poi passa.

Non è una cosa che mi blocca.”

**R:** “E quando succede, cosa provi?”

**F:** “Un pizzichino allo stomaco, giusto quello.

Poi mi dico: ‘F[...], rilassati, respira’.

E basta.

Io non sono proprio una che va in ansia.

A volte sono più gli altri a dire che sono troppo impulsiva.”

*(F. finge di tossire sussurrando ‘mamma’)*

**R:** “Visto che ne parli, com’era l’ambiente familiare mentre crescevi?”

**F:** “Un caldo!

Cioè... non a casa, proprio *caldo umano*.

Mamma super affettuosa, papà protettivo da morire.

Io sempre tra abbracci, baci, ‘come stai amore?’, ‘ti vedo un po’ stanca’, ‘vuoi la pasta?’ ... cose così.

A volte esageravano, eh...

Tipo che se uscivo, mamma: ‘Torna presto, fammi uno squillo’, papà: ‘Mandami la posizione che mi preoccupa’.

Esagerati.

Ma buoni.”

**R:** “E ti dava fastidio?”

**F:** “Sì e no.

Cioè... da adolescente sì, li volevo strozzare!

Ora no, anzi, mi fa tenerezza.

Preferisco mille volte due genitori così che due che manco sanno dove sei.”

*(F. Sorride con evidente affetto.)*

**R:** “E questo clima familiare pensi ti abbia influenzata nel modo in cui ti relazioni oggi?”

**F:** “Secondo me sì.

Io mi sento sicura.

Cioè... non sicura arrogante, proprio... tranquilla dentro.

Mi hanno fatto sentire che valevo.

Che potevo parlare.

Che se sbagliavo non succedeva nulla.

E questa cosa... te la porti dietro.  
Ti aiuta tanto.”

**R:** “E quando qualcosa va male, come reagisci di solito?”

**F:** “Prima mi arrabbio, poi... mi passa.  
Sono tipo... esplosiva ma breve. Ciè, dura poco ecco.  
A volte piango dieci minuti e poi ho fame. *(F. scoppia a ridere.)*  
Mia madre dice sempre che ho la ‘tempra’, che non mi butto giù facilmente.  
E un po’ è vero.”

**R:** “Come vivi le aspettative degli altri? Sociali, culturali, dell’università...”

**F:** “Mmh... allora, Palermo è Palermo, eh.  
Qui tutti hanno un’opinione su tutto.  
Tipo: se non studi abbastanza, ti giudicano; se studi troppo, ti giudicano pure.  
Però io ho imparato a farmela scivolare.  
Mi dico: ‘Ma chi se ne frega’.  
Non è che la notte non dormo perché qualcuno ha detto che parlo troppo.”  
*(fa un gesto largo con la mano)*

**R:** “E i social? Come li vivi?”

**F:** “Ah, io ci vivo sopra!  
Ma in modo leggero.  
Posto quello che voglio, non sto lì a guardare i like.  
Cioè, se una foto va male mi scoccia un po’, ma non è che mi rovina la giornata.  
Mi piace condividere, ridere, fare storie sceme.  
E se qualcuno giudica... amen.”

**R:** “E quando hai un momento di stress o di imbarazzo... che fai?”

**F:** “Parlo.

Io parlo sempre. Forse te ne sei accorta eh.

È la mia terapia.

A mia madre, a un’amica, a mia cugina.

Mi sfogo e via.

Non lascio che mi rimanga dentro.

E poi mi passa subito.”

**R:** “Le persone intorno a te capiscono il tuo modo di vivere le cose?”

**F:** “Secondo me sì.

Mi dicono sempre che sono solare.

A volte dicono ‘F[...], ti prendi tutto a ridere’, ma non è vero.

È che... non voglio darmi peso da sola.

Già la vita ce ne dà abbastanza.”

**R:** “Se potessi cambiare qualcosa nel modo in cui stai con gli altri, anche una piccola cosa... cosa sarebbe?”

**F:** “Ah, questa è bella.

Mmm... forse... ascoltare un po’ di più.

Perché io parlo tanto.

Tipo ora! (*ride*)

E a volte mi accorgo che gli altri stanno dicendo qualcosa, e io già sto pensando alla prossima frase.

Ecco: vorrei essere più... presente.”

**R:** “Ok, grazie. Ti va se chiudiamo qui? O vuoi aggiungere qualcosa?”

**F:** “Mah... solo che è stato carino parlare, mi piacciono queste cose.

Io quando c’è da raccontare... mi accendo.

Spero ti sia utile, e se vuoi facciamo pure un caffè dopo, che io sono già pronta!”

*Intervista a L.*

**R:** “Va bene, come ti dicevo la nostra è una conversazione libera. Puoi fermarti quando vuoi e non c’è bisogno di entrare in cose che non ti fanno sentire a tuo agio.  
Per cominciare... come sta andando questo periodo della tua vita?”

**L:** *(si sistema la manica)* “Normale.  
Niente di speciale.”

**R:** “Normale in modo tranquillo o in modo... neutro?”

**L:** “Neutro.  
Non saprei come altro dirlo.”

**R:** “E nelle situazioni con altre persone, come ti senti di solito? Più a tuo agio, più in allerta...”

**L:** “Mah... sto sulle mie.  
Non mi piace molto parlare.  
Preferisco ascoltare.”

**R:** “È una scelta o una protezione?”

**L:** “Non lo so.  
Magari tutte e due.  
Preferisco non... espormi troppo.”

**R:** “Quando sei in un gruppo nuovo, cosa succede di solito nei tuoi primi minuti lì?”

**L:** “Eh... non so.  
Mi siedo e osservo.  
Aspetto che capisco il clima.”

**R:** “Succede qualcosa anche a livello fisico?”

**L:** *(fa un piccolo respiro)* “Sì... mi irrigidisco.

Le mani... sudo un po’.

Niente di grave.”

**R:** “Ti dà fastidio?”

**L:** “Sì.

Possiamo... possiamo un attimo cambiare domanda?”

**R:** “Certo, non c’è problema.

Andiamo su qualcosa di più leggero.”

*(L. Sembra rilassarsi.)*

**R:** “Com’è, in generale, il tuo modo di costruire amicizie?”

**L:** “Lento.

Non mi apro subito.

Di solito... sono gli altri a venire da me.”

**R:** “E quando arrivano, tu come reagisci?”

**L:** “Mah... dipende dalla persona.

Se sento che è invadente, mi chiudo.

Se è tranquilla... ci sto.”

**R:** “Ti capita mai che la paura del giudizio influenzi le tue relazioni?”

**L:** *(fa un cenno col capo, ma non parla subito)*

“...Sì.”

*(L. fa una lunga pausa. Intervengo.)*

**R:** “Vuoi dire qualcosa di più o preferisci di no?”

**L:** “No, cioè... sì.

È che... mi viene difficile dire certe cose.

Mi sembra di... boh, di esagerare.”

**R:** “Va benissimo anche così, prendi il tempo che vuoi.”

*(Un altro silenzio, poi L. riprende)*

**L:** “Semplicemente, quando parlo mi chiedo sempre se sto dicendo una cavolata. Tutto lì.”

**R:** “E in famiglia, com’era crescere? Se ti va di raccontarlo.”

**L:** “Complicato.

Tanto controllo... però poca... non so come dirlo... poca apertura.”

**R:** “Apertura emotiva?”

**L:** “Sì.

Non si parlava.

Si diceva ‘va tutto bene’ anche quando non era vero.”

**R:** “E come ti faceva sentire questa cosa?”

**L:** *(stringe le dita tra loro)* “Piccola.

Ehm... vorrei... fermarmi un minuto.”

**R:** “Certo. Facciamo una pausa.

Dimmi tu quando riprendiamo.”

*(Passano alcuni secondi)*

**L:** “Ok... possiamo andare avanti.”

**R:** “Grazie per averlo detto. Torniamo con calma. Come ti senti ora?”

**L:** “Meglio.

È solo che... quando si parla di casa mi si blocca la testa.”

**R:** “Andiamo più piano allora.

Ti chiedo solo: quel clima familiare pensi ti influenzi ancora oggi?”

**L:** “Sì.

Molto.

Mi ha fatto diventare... molto chiusa.

E quando qualcuno mi fa una domanda personale, subito...  
mi ritraggo.  
Tipo ora.”

*(accenna un mezzo sorriso, quasi di imbarazzo)*

**R:** “Ti ringrazio per averlo condiviso con me.  
Vorrei chiederti qualcosa sui social: come li vivi?”

**L:** “Male.  
Cioè, li uso... ma non posto.  
Non voglio che la gente sappia troppo.  
Non voglio dare materiale per giudicare.”

**R:** “Giudicare in che senso?”

**L:** “In tutti i sensi.  
Come mi vesto, come parlo, cosa faccio.  
Mi sento osservata... eh... sì, anche solo a pensarlo.”

**R:** “E quando ti senti così osservata... cosa fai?”

**L:** “Mi ritiro.  
Non rispondo.  
Scompaio.  
Anche dai messaggi.  
Mi serve staccare.”

**R:** “C’è qualcuno con cui invece riesci a parlare?”

**L:** “Una persona.  
La mia amica E[...]  
Ma perché lei non mi forza mai.  
Mi lascia i miei tempi.  
E allora... esco un po’ dal guscio.”

**R:** “In questi momenti di fatica... cosa ti aiuta a ritrovare equilibrio?”

**L:** “Il silenzio.

Stare sola in camera.

Camminare.

Non parlare.

Non avere nessuno che mi guarda.”

*(lo dice con un filo di voce, ma chiaro)*

**R:** “Le persone capiscono questo tuo modo di essere?”

**L:** “Pochi.

Molti pensano che sono altezzosa.

Che non mi interessa niente.

Ma non è così.

È che... certe cose fanno fatica a uscire.”

**R:** “Se potessi scegliere una piccola cosa da cambiare nel tuo modo di stare con gli altri... quale sarebbe?”

**L:** “Vorrei... fidarmi un po' di più.

Non subito eh...

ma almeno... non scappare sempre.”

*(L. respira più profondamente, come se le costasse ammetterlo)*

**R:** “Possiamo fermarci qui, se vuoi.

O c'è qualcosa che senti di voler aggiungere?”

**L:** “No... basta così.

Grazie per... la pazienza.”

**R:** “Grazie a te, davvero.”

*Intervista a M.*

**R:** “Grazie per essere qui. Ti ricordo che puoi fermarti quando vuoi, non è un interrogatorio, è più una conversazione aperta. Va bene?”

**M:** “Sì, certo. Nessun problema.”

**R:** “Allora, partirei da qualcosa di semplice: com’è per te questo periodo della tua vita? Come lo stai vivendo?”

**M:** “Mh... direi intenso.

Sto finendo il triennio, quindi tra esami, tirocinio e un po’ di progetti extra... è tutto molto pieno.

Però mi piace avere tante cose da fare, mi fa sentire che sto andando nella direzione giusta.”

**R:** “Pieno ma sotto controllo, quindi?”

**M:** “Sì, esatto.

A volte mi stanco, ma... preferisco così che sentirmi ferma.

Io se non ho qualcosa da preparare, da organizzare... mi sento strana.”

**R:** “E sull’aspetto sociale? Come ti senti di solito quando sei con gli altri?”

**M:** “Piuttosto bene.

Non sono timidissima, diciamo, però... dipende dal contesto.

Se è qualcosa di informale, amici, colleghi, sto tranquilla.

Se è un ambiente più... formale, istituzionale, allora cerco di dare una certa immagine.

Mi preparo mentalmente a cosa dire, come comportarmi.”

**R:** “Un’immagine di...?”

**M:** “Di competenza.

Di affidabilità.

Non so se è un tratto di famiglia o mio, ma... mi rendo conto che voglio apparire come una che sa quello che fa.”

**R:** “E arriva da qualche esperienza il bisogno di competenza?”

**M:** “Credo da casa, sì.

I miei genitori sono sempre stati molto presenti, molto affettuosi.

Però... come dire...

sono persone che danno tanto e si aspettano che tu faccia del tuo meglio.

Non ti dicono ‘devi prendere 30’, però... quando lo prendi, te lo fanno pesare in positivo.”

**R:** *(sorridente)* “Una lode che pesa?”

**M:** *(ride)* “Sì, esatto.

Cioè, è bellissimo sentirsi dire ‘siamo fieri di te’, ma poi... ti viene naturale voler mantenere quel livello.

Non voglio deluderli, tutto qui.”

**R:** “E questa dinamica ti ha mai messo in difficoltà?”

**M:** “Non direi difficoltà... ma pressione sì.

Io mi dico sempre che devo far bene, che posso fare meglio.

È come se avessi una specie di disciplina interna.

A volte... forse esagero, ma non me ne accorgo.”

**R:** “In che senso esageri?”

**M:** “Che quando sbaglio anche una piccola cosa... ci sto male.

Non lo faccio vedere, eh.

Però dentro penso: ‘Potevi fare di più’.

Mi capita spesso.”

*(M. si tocca appena un anello, senza guardare verso di me)*

**R:** “E nelle situazioni nuove, quando entri in un posto che non conosci, cosa succede?”

**M:** “Oh... lì parte il mio ‘pilota automatico’.

Osservo, ascolto... mi assicuro di capire come muovermi.

Niente ansia, eh, però... un po’ di tensione sì.

Non voglio dare l’impressione di essere fuori luogo.”

**R:** “Succede qualcosa anche a livello fisico?”

**M:** “Un leggero irrigidimento, forse.

Una postura più composta.

Ma è più... autocontrollo che ansia.”

**R:** “Ti capita mai di sentirti giudicata?”

**M:** “Mh... non giudicata.

Più... valutata.

Che non è proprio la stessa cosa.

Cioè, so che le persone osservano, e io voglio lasciare una buona impressione.

Non per vanità, più per... correttezza, non so.”

**R:** “Correttezza verso chi?”

**M:** *(breve pausa)* “Verso me stessa credo.

Se devo presentarmi... voglio farlo bene.”

**R:** “Com’era il clima emotivo in casa mentre crescevi?”

**M:** “Caldo, molto.

Io ho avuto tanta fortuna.

Mamma è una super affettuosa, papà uguale.

Mai urlato, mai punizioni pesanti... però sì, erano molto presenti.

Volevano sapere tutto, dove andavo, con chi.

Mamma è quella che manda i vocali da dieci minuti anche solo per dire ‘stai mangiando?’.

*(M. ride con affetto)*

A volte li trovavo invadenti, ma... ora capisco che era amore.”

**R:** “Ti hanno trasmesso un certo modo di vivere le emozioni?”

**M:** “Sì, molto orientato al parlare.

Da noi si parla di tutto.

Se sto male, lo dico.

Se sono felice, pure.

Non abbiamo mai avuto tabù.

Credo che questo mi abbia aiutata a non sviluppare grandi ansie.”

**R:** “E i social? Come li vivi?”

**M:** “Ah... serenamente.

Posto quello che mi va, ma non vivo per i like.

Mi piace condividere gli obiettivi raggiunti, ma non per farmi vedere.

Per celebrare.

E per dire a me stessa: ‘brava, ce l’hai fatta’.

Ogni tanto mi viene il confronto, eh... tipo: ‘lei ha fatto questo, lui ha fatto quest’altro’.

Ma dura poco.”

**R:** “E quando vivi un momento di stress, che fai?”

**M:** “Mi organizzo.

Metto in ordine.

Faccio liste.

O parlo con mia madre.

È molto brava a calmarmi, ha un modo molto... non so... avvolgente.”

**R:** “Le persone intorno a te capiscono questo tuo modo molto centrato, molto controllato?”

**M:** “Credo di sì.

Mi dicono sempre che sembro ‘forte’.

Non so se è vero... però mi fa piacere.”

*(M.si interrompe e aggiunge quasi sottovoce)*

“Anche se a volte... non lo sono poi così tanto.”

**R:** “Se ci fosse una cosa del tuo modo di stare con gli altri da potere alleggerire... quale sarebbe?”

**M:** “Forse... la mia durezza verso me stessa.

Vorrei accettare di sbagliare senza trasformarlo in un caso di vita.

Essere... un po' più morbida.

Ma ci sto lavorando.”

**R:** “Va bene, grazie. Ti va se ci fermiamo qui? O c'è qualcosa che ti va di aggiungere?”

**M:** “No, direi che va bene così.

È stato... interessante.

Mi ha fatto riflettere su cose che non penso mai davvero.”

#### *Intervista a A.*

**R:** “Ti ricordo che questa è una conversazione libera. Puoi rispondere come vuoi e puoi fermarti se una domanda non ti va.

Come sta andando, in generale, questo periodo della tua vita?”

**A:** “Direi stabile.

Sto lavorando sulla tesi magistrale, sto seguendo un tirocinio, e nel complesso ho una routine ben definita.

Non direi che è un periodo particolarmente emotivo, è più... funzionale.”

**R:** “Funzionale in senso positivo o neutro?”

**A:** “Neutro.

Che per me è positivo, comunque.

Quando le cose sono ordinate, funzionano.”

**R:** “E nelle situazioni sociali come ti senti solitamente?”

**A:** “Dipende dal contesto.

Se è accademico o lavorativo, mi sento a mio agio: so esattamente cosa si richiede da me.

Le situazioni informali, con persone sconosciute, mi affaticano di più.

Non per ansia... più per disinteresse, credo.”

**R:** “Disinteresse?”

**A:** “Sì.

Mi costa energia mantenere conversazioni superficiali.

Preferisco interazioni strutturate o con un obiettivo chiaro.

Le chiacchiere da aperitivo non sono il mio ambiente naturale.”

**R:** “E quando ti trovi in gruppi grandi?”

**A:** “Osservo.

Entro, valuto il gruppo, individuo una posizione comoda, anche fisicamente, e mi colloco lì.

Tendo a parlare solo se ho qualcosa di utile da dire.

Non sento pressione sociale, se è questo che intende.”

**R:** “Ti capita mai di sentirti giudicata?”

**A:** “Non particolarmente.

O meglio: non è un parametro che considero rilevante.

Le persone giudicano sempre. È fisiologico.

Io valuto se un giudizio ha un impatto pratico su ciò che faccio.

Se non ce l’ha, lo ignoro.”

*(lo dice senza arroganza, solo come dato di fatto)*

**R:** “Vorrei chiederti un po’ della tua famiglia, se per te va bene.”

**A:** “Sì, certo.”

**R:** “Com’era crescere a casa tua?”

**A:** “Ordinato.

I miei genitori sono entrambi molto istruiti, molto presenti dal punto di vista intellettuale, meno da quello affettivo.

Non mancava nulla, ma non c’era molta espressione emotiva.

Si parlava di idee, non di emozioni.”

**R:** “E questo ti ha influenzata?”

**A:** “Credo di sì.

Ho imparato presto a organizzare le cose razionalmente.

Se avevo un problema, si discuteva come risolverlo, non come mi sentivo.

Non lo giudico né positivo né negativo: è semplicemente un modello.”

**R:** “C’è qualcosa che ti è mancato?”

**A:** *(pausa minima)*

“Forse un po’ di spontaneità.

Ma non saprei dire se la desiderassi davvero.

Sono diventata abbastanza simile ai miei.”

**R:** “Ti capita di provare tensione nelle situazioni nuove?”

**A:** “Non esattamente tensione.

Mi attivo mentalmente.

Mi preparo a gestire variabili non previste.

È un’attivazione cognitiva, non emotiva.”

**R:** “E il corpo cosa fa in quei momenti?”

**A:** “Poco.

Un leggero aumento del ritmo cardiaco, forse.

Ma niente di invalidante.

Non è un'esperienza negativa.”

**R:** “Come vivi i social?”

**A:** “Sono uno strumento.

Li uso per comunicare ciò che serve, per informarmi.

Non posto quasi mai.

Non ho bisogno di condividere aspetti personali e non mi interessa valutare quelli degli altri.

È un ambiente che osservo più che altro.”

**R:** “E quando ti senti stressata, come ti regoli?”

**A:** “Riordino.

Metto in scala le priorità, ristruttururo il tempo.

La gestione razionale mi calma.

Se qualcosa mi sfugge... prendo una pausa breve e riprendo dopo.

Funziona.”

**R:** “Hai persone con cui parli di emozioni, quando succede?”

**A:** “Poche.

Una mia amica d'infanzia.

Lei è molto emotiva, ed è probabile che questo crei un equilibrio.

Con lei riesco a dire cose che in altre situazioni tratterrei.”

**R:** “Le persone intorno a te ti percepiscono come sei?”

**A:** “Credo di sì.

Mi dicono che appaio ‘fredda’, ma non in senso negativo.

Credo significhi che non mostro subito ciò che provo.

La verità è che non lo so mostrare... o non mi interessa farlo.”

**R:** “Se ci fosse una cosa piccola che vorresti migliorare nel modo di stare con gli altri... quale sarebbe?”

**A:** “Forse... tollerare di più l'imprevedibilità.

A volte vorrei poter... lasciarmi andare.

Non avere sempre tutto sotto controllo.”

*(A. lo dice piano, come se non fosse abituata a pensarlo a voce alta)*

**R:** “Ti va se ci fermiamo qui? O vuoi dire qualcosa prima di concludere?”

**A:** “No, va bene così.

Grazie per le domande.

Sono state... precise.”

#### *Intervista a S.*

**R:** “Prima di iniziare ti ricordo solo che se c'è qualcosa che non ti va, puoi fermarti in qualsiasi momento. Non c'è un modo giusto o sbagliato di rispondere.

Come stai vivendo questo periodo della tua vita? Anche solo una sensazione generale.”

**S:** “Eh... è un periodo un po' così, a montagne russe.

Ci sono giorni che mi sveglio e dico: ‘Ok, oggi mi mangio il mondo’, e poi il giorno dopo... puff... mi arriva l'ansia senza motivo.

È come se stessi su un'altalena che non controllo: ti spinge qualcuno, ma non sai chi.”

**R:** “Quando parli di ansia, che cosa intendi? Come la senti?”

**S:** “Allora... parte dallo stomaco.

Tipo un calore, ma non bello: un calore che sale troppo veloce.

Poi mi si stringe la gola, poi inizio a parlare più veloce... cioè *ancora* più veloce del

normale.

E le mani mi diventano fredde ma sudate, che è una cosa che non sopporto.

Non è una roba da svenire, eh, però è pesante... come se mi si accendesse una sirena dentro.”

**R:** “E succede soprattutto nelle situazioni sociali?”

**S:** “Sì, tantissimo.

Tipo: entro in un posto dove già ci sono delle persone... e mi sento subito fuori posto.

Mi sembra sempre che gli altri abbiano già una storia tra di loro e io arrivo tardi.

Anche se non è vero, eh.

Però la testa fa così: costruisce storie.

E più penso, più mi agito.”

**R:** “Come vivi i primi minuti in un gruppo?”

**S:** “Panico controllato. (*S. ride in modo nervoso.*)

Mi guardo intorno, cerco un punto dove mettermi, dove non do fastidio.

Di solito mi invento un sorriso, uno di quelli che fai con la bocca ma non con gli occhi, capito?

E poi parlo troppo.

Tipo che mi esce un fiume di parole a caso perché, se sto zitta mi sembra che sembro strana, ma se parlo mi sembra che parlo troppo.

Non c'è modo di vincere.”

**R:** “E dopo, quando tutto finisce?”

**S:** “Peggio.

Perché faccio il replay di tutto.

Tutto.

Ogni frase, ogni risatina, ogni: ‘Ma perché hai detto quella cosa?’

E ci penso per ore, ore.

Una volta ho scritto a un'amica per chiedere scusa per una battuta che manco si

ricordava.

Mi ha detto: ‘S[...], non è successo niente’.

Però la mia testa, niente, non ascolta.”

**R:** “Capita anche con persone che conosci?”

**S:** “Sì, certo.

Con chi non conosco è peggio, ma anche con gli amici.

Perché ho sempre paura di essere... troppo.

Troppo rumorosa, troppo emotiva, troppo tutto.

Io sono una che sente forte.

Forse troppo.”

**R:** “Ti va se ti chiedo qualcosa della tua famiglia?”

**S:** “Sì, sì, va bene.”

**R:** “Com’era crescere a casa tua?”

**S:** “Bella, però intensa.

Mamma è ansiosa, tanto.

Io credo di aver ereditato metà del mio casino emotivo da lei.

Era la classica che diceva: ‘Scrivimi appena arrivi’, ‘Stai attenta’, ‘Non fare tardi’, ‘È tardi’, ‘È troppo tardi’.

Tutto sempre... accelerato.

Con tantissimo amore, eh, mai cattiveria.

Ma amore con paura dentro.

Papà invece è zen.

Lui è quello che dice: ‘Stai tranquilla’, che è la frase che mi fa incazzare di più nella vita.

Perché quando sono agitata e qualcuno mi dice di stare tranquilla... è finita.

Mi agito ancora di più.”

**R:** “Pensi che questo clima ti abbia influenzata?”

**S:** “Un sacco.

Da piccola ho imparato che se succede qualcosa devi reagire forte.

Che tutto è importante, tutto è enorme, tutto pesa.

Io vivo così: amplifico.

Mamma amplificava, io amplifico.

È come se avessi una lente d’ingrandimento dentro.”

**R:** “E quando ti senti sopraffatta, cosa fai?”

**S:** “Dipende dall’*onda*.

Se è un’onda che sale... piango.

Così, dieci minuti, ma piango.

Se è un’onda nervosa... parlo, parlo, parlo, dico tutto subito a un’amica.

Se è un’onda di quelle pesanti... mi chiudo in camera e metto musica a palla e ballo.

Sembro scema, ma mi aiuta.

È come scuotermi di dosso una pelle che non voglio.”

**R:** “Che rapporto hai con i social?”

**S:** “Cattivo.

Li uso, ma non mi fanno bene.

Vedo gli altri e mi sembra sempre che siano più avanti, più sistemati, più belli, più sicuri.

Io non riesco a non confrontarmi.

Posto una foto e dopo tre minuti la cancello perché mi viene in mente un dettaglio tipo: ‘Oddio la faccia, oddio la luce, oddio il sorriso falso’.

Non so vivere i social con leggerezza.”

**R:** “Ti va di parlare anche delle relazioni affettive? Di cosa succede quando ti interessa qualcuno?”

**S:** “Oddio sì, però lì divento ridicola.

Io quando mi piace qualcuno... vado in tilt.

Mi trasformo in una versione di me ipertrofica, emozionale, impulsiva.

Scrivo e poi cancello.

Mando il messaggio e subito: ‘Perché l’ho fatto? Perché ho usato quella faccina?’.

E poi se lui visualizza e non risponde... PANICO.

Inizio a fare ipotesi: ‘Non gli piaccio più’, ‘Ho sbagliato’, ‘Sto esagerando’.

E poi quando risponde sono già stanca come se avessi corso la maratona.”

**R:** “E dal vivo?”

**S:** “Peggio.

Mi brillano gli occhi troppo, mi muovo troppo, rido troppo forte.

Dopo mi vergogno, ma mentre succede... è come se non potessi fermarmi.

Mi parte proprio un entusiasmo incontrollabile che poi si trasforma in ansia.

Non so se è amore o è panico, a volte.”

**R:** “Ti capita di sentirti fraintesa?”

**S:** “Sempre.

Chi non mi conosce pensa che sono teatrale.

Che esagero.

Ma io non è che lo faccio apposta, giuro.

È che sento forte.

Sento... troppo.

E allora sembro una che fa scena.

Chi mi conosce davvero, invece, sa che non sto recitando.

Che è proprio così la mia testa.”

**R:** “E se potessi alleggerire una cosa sola del tuo modo di stare con gli altri...?”

**S:** “... Vorrei spegnere il volume.

Non delle emozioni, proprio del... sentire tutto al massimo.

Vorrei un po' di margine, capisci?

Tipo un cuscino tra me e il mondo.

Non per isolarmi, ma per non farmi male con ogni minima cosa.”

*(S. Fa un respiro lento, come se lo sentisse sul serio)*

**R:** “C'è qualcosa che vuoi aggiungere prima di chiudere?”

**S:** “No...”

solo che parlarne così... non so... fa paura ma anche bene.

È come se per un attimo qualcuno vedesse la mia testa da dentro.

E... grazie.

Ecco.”

## BIBLIOGRAFIA

- Abidin, C. (2020). *Mapping internet celebrity on TikTok: Exploring attention economies and visibility labours*. *Cultural Science Journal*, 12(1), 77–103.
- Aboujaoude, E. (2011). *Virtually you: The dangerous powers of the e-personality*. W. W. Norton.
- Aboujaoude, E., & Gega, L. (2019). *Digital health in mental health care: Current status and future directions*. Oxford University Press.
- Aboujaoude, E., Gega, L., Parish, M. B., & Hilty, D. M. (2020). Digital interventions in mental health: Current status and future directions. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 111. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00111>
- Abu-Lughod, L. (1991). *Writing against culture*. In R. G. Fox (Ed.), *Recapturing anthropology: Working in the present* (pp. 137–162). School of American Research Press.
- Ackerknecht, E. H. (1942). *A short history of medicine*. Johns Hopkins University Press.
- Adams, D. R. (2025). *Administrative burdens as distinct barriers to accessing mental health services in community mental health centers and federally qualified health centers: A mixed-methods assessment*. *Community Mental Health Journal*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10597-025-01506-4>
- Aggarwal, N. K., Kohrt, B. A., Griffith, J. L., Lewis-Fernández, R., et al. (2016). The Cultural Formulation Interview in DSM-5: Informing clinical practice. *Psychiatric Services*, 67(4), 367–373.
- Ahmed, S. (2014). *The cultural politics of emotion* (2nd ed.). Edinburgh University Press.
- Ajana, B. (2017). *Self-tracking: Empirical and philosophical investigations*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-65379-6>
- Aktar, E., Majdandžić, M., & Bögels, S. M. (2013). Parental anxiety and infant fear development. *Developmental Science*, 16(5), 776–790. <https://doi.org/10.1111/desc.12077>
- Albrecht, G. (2005). ‘Solastalgia’: A new concept in human health and identity. *Philosophy, Activism, Nature*, 3, 41–55.
- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses: Hospitals, organisations and healthcare*. Routledge.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2018). *Journal Article Reporting Standards*

(JARS): *Guidelines for reporting quantitative, qualitative, and mixed methods research*. American Psychological Association.

Amir, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (2003). Automatic activation and strategic avoidance of threat-relevant information in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(2), 231–236. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.2.231>

Amselle, J.-L. (1990). *Logiche meticce: Antropologia dell'identità in Africa e altrove*. Bollati Boringhieri.

Andersson, G. (2014). Internet-delivered psychological treatments. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 157–179. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153658>

Andrejevic, M. (2014). Surveillance and alienation in the online economy. *Surveillance & Society, 12*(3), 381–397. <https://doi.org/10.24908/ss.v12i3.5368>

Asad, T. (1986). The concept of cultural translation in British social anthropology. In J. Clifford & G. Marcus (Eds.), *Writing culture* (pp. 141–164). University of California Press.

Assemi, K., Lombardero, A., West, D. M., Smith, G., Li, I., Houmanfar, R. A., & Jacobs, N. N. (2025). Exploring the impact of acceptance and commitment based cultural humility training on standardized patient interactions: Revisiting the measurement process. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 32*(2), 227–238.

Atkinson, P. (2015). *For ethnography*. SAGE Publications.

Bach, D. R., Castegnetti, G., Korn, C. W., Gerster, S., Melinscak, F., & Moser, T. (2018). Psychophysiological modeling: Current state and future directions. *Psychophysiology, 55*(11), e13214. <https://doi.org/10.1111/psyp.13214>

Baer, R. D., Weller, S. C., de Alba Garcia, J. G., & Glazer, M. (2003). A cross-cultural approach to the study of the folk illness susto. *Culture, Medicine and Psychiatry, 27*(3), 315–337. <https://doi.org/10.1023/A:1025306428344>

Barbagli, M. (2019). *Alla fine della vita: Morire in Italia*. Il Mulino.

Barnett, M. L., Mendoza, A., & Gonzalez, A. (2019). Racial and ethnic bias in mental health diagnosis. *Journal of Clinical Psychology, 75*(11), 2067–2082. <https://doi.org/10.1002/jclp.22851>

Bate, P., & Robert, G. (2006). Experience-based design: From redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality and Safety in Health Care, 15*(5), 307–310.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. University of Chicago Press.

- Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. Polity Press.
- Bauman, Z. (2005). *Liquid life*. Polity Press.
- Bauman, Z. (2006). *Liquid fear*. Polity Press.
- Bauman, Z. (2007). *Liquid times: Living in an age of uncertainty*. Polity Press.
- Bauman, Z. (2017). *Retrotopia*. Polity Press.
- Bear, L. (2016). Time as technique. *Annual Review of Anthropology*, 45, 487–502.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. Sage.
- Becker, A. E., & Marecek, J. (2017). *Introducing cultural psychology: A reader*. Oxford University Press.
- Béhague, D. P. (2016). The politics of care: Reconstructing health care delivery. *Medical Anthropology*, 35(1), 1–13.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Stanley, M. A., Dancu, C. V., & Kraemer, H. C. (2010). Validación transcultural de la Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) en población española. *Psicothema*, 22(4), 1025–1031.
- Bellingreri, F. (2012). *La cura educativa: Itinerari pedagogici tra responsabilità e alterità*. La Scuola.
- Beneduce, R. (2016). *Etnopsichiatria*. Carocci.
- Beneduce, R. (2021). *Sulla soglia: Antropologia, sofferenza, cura*. Meltemi.
- Benjamin, R. (2019). *Race after technology: Abolitionist tools for the new jim code*. Polity Press.
- Beresford, P. (2013). *Beyond the usual suspects: Towards inclusive user involvement*. Shaping Our Lives.
- Beresford, P., & Rose, D. (2023). Decolonising global mental health: The role of Mad Studies. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, e30. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.21>
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: The constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health & Illness*, 18(4), 499–524.
- Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>
- Beutler, L. E., & Malik, M. L. (Eds.). (2002). *Rethinking the DSM: A psychological perspective*. American Psychological Association.
- Bhabha, H. K. (1994). *The location of culture*. Routledge.

- Bhaskar, R. (2008). *A realist theory of science*. Verso.
- Bhugra, D. (1996). Satiation or desire? Culture and psychopathology of male sexual disorders. *International Review of Psychiatry*, 8(4), 277–286.
- Bhugra, D., & Bhui, K. (2018). *Oxford textbook of cultural psychiatry* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Bibeau, G. (1997). Cultural psychiatry in a creolizing world: Questions for a new research agenda. *Transcultural Psychiatry*, 34(1), 9–41.  
<https://doi.org/10.1177/136346159703400102>
- Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. Duke University Press.
- Biehl, J., & Moran-Thomas, A. (2009). Symptom: Subjectivities, social ills, technologies. *Annual Review of Anthropology*, 38, 267–288.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-091908-164432>
- Blank, C. A. L. (2013). SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research (2nd ed.) [Review of the book *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research*, by A. Tashakkori & C. Teddlie]. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 321–325.  
<https://doi.org/10.1093/jmt/50.4.321>
- Bluthenthal, R. N., Brown, S. A., & Wills, T. A. (2022). Gender differences in social anxiety and interpersonal stress among adolescents. *Journal of Adolescence*, 94, 45–56.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.11.004>
- Bode, M., & Kristensen, D. B. (2016). *Studying health in everyday life: An analysis of the tension between medicine and everyday experience*. Palgrave Macmillan.
- Boersma, K., & Håkanson, A. (2014). Compassion-focused therapy for social anxiety disorder: A pilot study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(3), 220–226.  
<https://doi.org/10.1111/sjop.12120>
- Boettcher, J., Renneberg, B., Berger, T., & Carlbring, P. (2013). Internet-based attention training for social anxiety: Effects on attentional bias, negative self-view, and symptom severity. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 749–757.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.010>
- Bolton, D. (2008). *What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values*. Oxford University Press.
- Bourgois, P., & Scheper-Hughes, N. (2004). *Violence in war and peace: An anthology*. Blackwell.

- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Bowles, R. (2013). Ethical issues in cross-cultural psychotherapy. In G. Procter, C. Cooper, P. L. Liebenberg, & K. G. Clarke (Eds.), *Ethics in counselling and psychotherapy* (pp. 133–148). Routledge.
- Bögels, S. M., & Phares, V. (2008). The role of the father in the development of child anxiety. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 539–558.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.011>
- Bögels, S., & Perotti, E. (2011). Does father know best? A formal model of the role of the father in the development and treatment of child anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 20(2), 162–181.  
<https://doi.org/10.1007/s10826-010-9392-2>
- Boyd, d. (2014). *It's complicated: The social lives of networked teens*. Yale University Press.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... & Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430–434.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447>
- Brave Heart, M. Y. H., & DeBruyn, L. (2021). Historical trauma and unresolved grief among Indigenous peoples. *Health & Social Work*, 46(3), 123–131.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Brown, S. (2021). *The social life of digital mental health: Implications for care*. Routledge.
- Brühl, A. B., Delsignore, A., Komossa, K., & Weidt, S. (2014). Neurobiological models of social anxiety disorder: A review of functional neuroimaging findings. *Brain and Behavior*, 4(3), 352–372.
- Bruner, J. (1996). *The culture of education*. Harvard University Press.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (Eds.). (2019). *The SAGE handbook of current developments in grounded theory*. Sage.
- Buber, M. (1937). *I and Thou*. T&T Clark.
- Bucher, T. (2018). *If... then: Algorithmic power and politics*. Oxford University Press.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.

- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge.
- Butler, J. (2020). *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence* (New ed.). Verso.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness: Changing minds, changing behaviour. *The Lancet*, 356(9233), 1052–1053. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02773-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02773-2)
- Cabot, H. (2019). *On the doorstep of Europe: Asylum and citizenship in Greece*. University of Pennsylvania Press.
- Cambi, M. (2000). *Le pedagogie del Novecento*. Laterza.
- Carballeira Carrera, L., Lévesque-Daniel, S., Radjack, R., Moro, M. R., & Lachal, J. (2019). Clinical approaches to cultural diversity in mental health care and specificities of French transcultural consultations: A narrative review. *Research Square*.
- Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G. J., Carlbring, P., & Powers, M. B. (2020). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 102–126. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003>
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2021). *Internet-based psychological treatments for depression*. Elsevier.
- Carmo, C., Oliveira, D., Brás, M., & Faisca, L. (2021). The influence of parental perfectionism and parenting styles on child perfectionism. *Children*, 8(9), 777. <https://doi.org/10.3390/children8090777>
- Carpenter-Song, E. (2015). Moral laboratories: Family peril and the struggle for a good life. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4), 476–492. <https://doi.org/10.1111/maq.12279>
- Cassell, E. J. (1991). *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford University Press.
- Chalmers, J. A., Quintana, D. S., Abbott, M. J., & Kemp, A. H. (2014). Anxiety disorders are associated with reduced heart rate variability: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 80. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00080>
- Chancellor, S., & De Choudhury, M. (2020). Digital mental health and online communities: Integrating computational and clinical perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 169–194. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045030>
- Chang, E.-S., Simon, M., & Dong, X. (2010). Integrating cultural humility into health

care professional education and training. *Advances in Health Sciences Education*, 15(2), 251–269.

<https://doi.org/10.1007/s10459-010-9264-1>

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.

Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd ed.). Sage.

Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.

Cheung, M. (2009). Mental health issues in the Asian American community: An overview. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19(8), 1023–1041.

Chronis-Tuscano, A., Degnan, K. A., Pine, D. S., Perez-Edgar, K., Henderson, H. A., Diaz, Y., ... & Fox, N. A. (2009). Stable early behavioral inhibition predicts the presence of social anxiety disorder in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 928–935.

<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181ae09df>

Chilisa, B. (2012). *Indigenous research methodologies*. Sage.

Ciechanowski, L., Przegalinska, A., Magnuski, M., & Gloor, P. (2019). In the shades of the uncanny valley: An experimental study of human–chatbot interaction. *Future Generation Computer Systems*, 92, 539–548.

<https://doi.org/10.1016/j.future.2018.05.055>

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg et al. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). Guilford Press.

Condren, R. M., O'Neill, A., Ryan, M. C., Barrett, P., & Thakore, J. H. (2002). HPA axis response to a psychological stressor in generalized social phobia. *Psychoneuroendocrinology*, 27(6), 693–705.

[https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(01\)00072-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(01)00072-5)

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.

Cooper, R. (2014). *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Karnac Books.

Corr, P. J., DeYoung, C. G., & McNaughton, N. (2016). Motivation and personality: A neuropsychological perspective. In J. Fawcett, E. S. Gordon, & P. J. Corr (Eds.), *The*

*Cambridge handbook of motivation and learning* (pp. 158–181). Cambridge University Press.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2004). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.875.50765>

Costa, L., Voronka, J., Landry, D., Reid, J., McFarlane, B., Reville, D., & Church, K. (2012). “Recovering our stories”: A small act of resistance. *Studies in Social Justice*, 6(1), 85–101.

Couldry, N., & Hepp, A. (2017). *The mediated construction of reality*. Polity Press.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>

Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Sage.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Sage.

Cresswell, M., & Spandler, H. (2012). Psychopolitics: Mental health, politics and society. *Journal of Mental Health*, 21(1), 1–5.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE.

Critchley, S. (2002). *Ethics—Politics—Subjectivity: Essays on Derrida, Levinas, and contemporary French thought*. Verso.

Csordas, T. J. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5–47. <https://doi.org/10.1525/eth.1990.18.1.02a00010>

Csordas, T. J. (1994). *The sacred self: A cultural phenomenology of charismatic healing*. University of California Press.

Damasio, A. (2010). *Self comes to mind: Constructing the conscious brain*. Pantheon Books.

Das, V. (2007). *Life and words: Violence and the descent into the ordinary*. University of California Press.

de la Cadena, M. (2015). *Earth beings: Ecologies of practice across Andean worlds*. Duke

University Press.

Degnan, K. A., Almas, A. N., & Fox, N. A. (2010). *Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 497–517. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02228.x>

De Martino, E. (1948). *Il mondo magico*. Einaudi.

De Martino, E. (1959). *Sud e magia*. Feltrinelli.

De Martino, E. (1977). *La fine del mondo*. Einaudi.

De Martino, E. (2008). *La terra del rimorso* (Orig. pubbl. 1959). Einaudi.

Dei, F. (2018). *Antropologia culturale*. Il Mulino.

De Jesus, M., Shelton, R. C., Carson, S. L., & al. (2020). Racial/ethnic health disparities in mental health care: A systematic review. *Ethnicity & Health*, 25(6), 774–793.

De Jesus, M., Miller, A., & Park, J. (2021). Digital inequalities and the future of mental health: Access, barriers, and cultural challenges. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), e23456.

Denzin, N. K. (2017). *Critical qualitative inquiry*. Routledge.

Devereux, G. (1972). *Ethnopschoanalysis: Psychoanalysis and anthropology as complementary frames of reference*. University of California Press.

Devereux, G. (1978). *Ethnopschoanalysis: Psychoanalysis and anthropology as complementary frames of reference*. University of California Press.

Dewey, J. (1938). *Experience and education*. Macmillan.

Díaz Maldonado, A., Simon, A., Barry, C., Hassler, C., Lenjalley, A., Giacobi, C., Moro, M. R., & Lachal, J. (2022). Adolescent attendance at transcultural psychotherapy: A retrospective cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(8), 1223–1230.

Durkheim, É. (1895). *Le Règles de la méthode sociologique*.

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi: Dépression et société*. Odile Jacob.

Ehrenreich, B., & English, D. (1978). *For her own good: Two centuries of the experts' advice to women*. Anchor Books.

Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (2011). *Writing ethnographic fieldnotes* (2nd ed.). University of Chicago Press.

Erickson, P. A., & Murphy, L. D. (2013). *A history of anthropological theory* (4th ed.). University of Toronto Press.

Escobar, A. (2014). *Sentipensar con la Tierra*. Ediciones UNAULA.

Evans-Pritchard, E. E. (1937). *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.

- Fabian, J. (1983). *Time and the other: How anthropology makes its object*. Columbia University Press.
- Fabrega, H. (1975). The need for an ethnomedical science. *Science*, 189(4204), 969–975.
- Fanon, F. (1961). *Les damnés de la terre*. Maspero.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
- Farmer, P. (2004). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
- Fassin, D., & Rechtman, R. (2009). *The empire of trauma: An inquiry into the condition of the victim*. Princeton University Press.
- Fassin, D. (2018). *Life: A critical user's manual*. Polity Press.
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality*. Basic Books.
- Fernando, S. (2010). *Mental health, race and culture* (3rd ed.). Bloomsbury Academic.
- Fernando, S. (2017). From Bulgaria to Brazil: Global Mental Health. *Psychiatry Newsletter*, Royal College of Psychiatrists.
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs: Principles and practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134–2156.
- Finco, M., Santini, S., Moza, S., Kyprianou, E., Yerou, C., Tsitsi, T., Soulé, M. V., Charalambous, A., Kassidakis, P., Ulecia, J., Pitoglou, S., & Galassi, F. (2025). Building elder care training for migrants and refugees employed in informal care: Suggestions from the SWOT analysis of the educational programme “HERO.” *Frontiers in Public Health*, 13, 1628714.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1628714>
- Finlay, L. (2012). Debating phenomenological research methods. In N. Friesen, C. Henriksson, & T. Saevi (Eds.), *Hermeneutic phenomenology in education* (pp. 17–37). Sense Publishers.
- Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., & Vierhile, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 4(2), e19. <https://doi.org/10.2196/mental.7785>
- Fleming, T., Bavin, L., Lucassen, M., Stasiak, K., Hopkins, S., & Merry, S. (2018).

- Beyond the therapeutic relationship: Transforming e-mental health with youth engagement. *JMIR Mental Health*, 5(1), e9. <https://doi.org/10.2196/mental.8952>
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (Eds.). (2002). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. American Psychological Association.
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). Sage.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology*. Whurr Publishers.
- Foster, G. M. (1953). *Traditional cultures and the impact of technological change*. Harper & Brothers.
- Foster, G. M. (1976). Disease etiologies in non-Western medical systems. *American Anthropologist*, 78(4), 773–782.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, France: Plon.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Pantheon Books.
- Foucault, M. (1976). *La volontà di sapere*. Feltrinelli.
- Frances, A. (2013). *Saving normal*. William Morrow.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller*. University of Chicago Press.
- Fraser, N. (2013). *Fortunes of feminism*. Verso.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Fricker, M. (2017). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Fulford, K. W. M. (2004). Ten principles of values-based medicine. In R. Green & K. W. M. Fulford (Eds.), *Informed consent in psychiatry* (pp. 205–234). Oxford University Press.
- Fung, H. (1999). Becoming a moral child: The socialization of shame among young Chinese children. *Ethos*, 27(2), 180–209. <https://doi.org/10.1525/eth.1999.27.2.180>
- Garcia-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness, T. A., & Botella, C. (2007). Virtual reality in the treatment of spider phobia: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 40(9), 983–993. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00068-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00068-7)
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. Basic Books.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorielli, N. (2002). Growing up with television: Cultivation processes. In J. Bryant & D. Zillmann (Eds.), *Media effects* (pp. 43–67).

Erlbaum.

Gergen, K. J. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. Oxford University Press.

Geronimus, A. T. (1992). The weathering hypothesis and the health of African-American women and infants. *Ethnicity & Disease*, 2(3), 207–221.

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Stanford University Press.

Gieryn, T. F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*, 48(6), 781–795.  
<https://doi.org/10.2307/2095325>

Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 723–751.

Gilbert, P. (2007). *The compassionate mind*. Constable.

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Pehl, J. (2014). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(3), 351–379.  
<https://doi.org/10.1111/papt.12052>

Gilbert, P. (2020). *Compassion: Concepts, research and applications*. Routledge.

Gillespie, T. (2014). The relevance of algorithms. In T. Gillespie, P. J. Boczkowski, & K. Foot (Eds.), *Media technologies* (pp. 167–194). MIT Press.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.

Gone, J. P., & Kirmayer, L. J. (2010). On the wisdom of considering culture and context in psychopathology. In T. Millon et al. (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology* (pp. 72–96). Guilford Press.

Gone, J. P. (2021). Decolonization as methodological, ethical, and epistemic reorientation: Replacing biomedical with Indigenous mental health frameworks. *American Psychologist*, 76(3), 550–562.

González, S. A. (2001). Susto: Etiology of mental disorders in mothers and children. *Latin American Research Review*, 36(3), 99–112.

Good, B. J., & Good, M.-J. D. (1981). The cultural context of diagnosis and therapy. In L. Eisenberg & A. Kleinman (Eds.), *The relevance of social science for medicine* (pp.

165–190). Reidel.

Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge University Press.

Goodale, M. (2006). Toward a critical anthropology of human rights. *Current Anthropology*, 47(3), 485–511.

Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Erlbaum.

Graham, S. (2013). *Cities under siege*. Verso.

Greene, J. C. (2007). *Mixed methods in social inquiry*. Jossey-Bass.

Greene, J. A., & Hall, W. (2010). Addiction science: A history of actors and networks. *Addiction*, 105(5), 795–803.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02838.x>

Grob, G. N. (1991). *From asylum to community*. Princeton University Press.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.

<https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

Guardia, D., Brunelle, C., & Arcelus, J. (2020). E-mental health: Clinical challenges and emerging evidence. *Current Psychiatry Reports*, 22(11), 63.

Guarnaccia, P. J., Lewis-Fernández, R., & Rivera-Marano, M. (2010). Toward a model of cultural competence. In I. L. Jáuregui & C. Good (Eds.), *Cultural competence in health care* (pp. 37–56). American Psychiatric Publishing.

Guba, E. G. (1990). *The paradigm dialog*. Sage.

Gudykunst, W. B., & Nishida, T. (2001). Anxiety, uncertainty, and perceived effectiveness of communication across relationships and cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 25(1), 55–71. [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(00\)00042-0](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(00)00042-0)

Gundi, M., Kaikobad, R., & Sharma, S. (2025). Diversity in approaches in community-based mental health interventions in India. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 12, e89. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.89>

Hacking, I. (1995). *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton University Press.

Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Harvard University Press.

Hahn, R. A. (1995). *Sickness and healing: An anthropological perspective*. Yale University Press.

- Hammer, R., & Rogerson, G. (2019). Memorable messages about mental health: Examining how media shape public understanding. *Journal of Health Communication*, 24(6), 547–556.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2019). *Ethnography: Principles in practice* (4th ed.). Routledge.
- Han, B.-C. (2010). *Die Müdigkeitsgesellschaft*. Matthes & Seitz.
- Han, B.-C. (2014). *Psychopolitik: Neoliberalismus und die neuen Machttechniken*. Matthes & Seitz.
- Han, B.-C. (2015). *The transparency society*. Stanford University Press.
- Han, B.-C. (2016). *The agony of eros*. MIT Press.
- Han, B.-C. (2022). *Infocracy: Digitization and the crisis of democracy*. Polity Press.
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Haraway, D. J. (2016). *Staying with the trouble: Making kin in the Chthulucene*. Duke University Press.
- Harjis, J. (2025). Parenting styles and their long-term effects on child mental health: A comparative review. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.5254850>
- Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2016). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) and the DSM-5: Diagnosis, prevalence, and changes in substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 173(1), 27–36. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050584>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Healy-Profitos, J., Callaway, D., Murray, K., Rogers, B., & Smith, K. (2016). One Health and zoonoses: A systematic review of the evidence for the contribution of veterinary medicine to public health. *PLoS ONE*, 11(4), e0152524. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152524>
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneier, F. R. (Eds.). (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety

Scale. *Psychological Medicine*, 29(1), 199–212.

Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (pp. 395–422). Academic Press.

Heimberg, R. G., Hofmann, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. A. J., Stein, M. B., ... & Craske, M. G. (2014). Social anxiety disorder in 2014: Advances in evidence-based practice. *Depression and Anxiety*, 31(9), 814–828.  
<https://doi.org/10.1002/da.22236>

Heine, S. J., & Ruby, M. B. (2010). Cultural psychology. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 1(2), 254–266.  
<https://doi.org/10.1002/wcs.36>

Heinrichs, N., Rapee, R. M., Alden, L. E., Bögels, S., Hofmann, S. G., Oh, K. J., & Sakano, Y. (2006). Cultural differences in perceived social norms and social anxiety: A comparison of North American and East Asian contexts. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1187–1197.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.09.006>

Heinrichs, N., Rapee, R. M., Alden, L. E., Bögels, S., Hofmann, S. G., Oh, K. J., & Sakano, Y. (2010). Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 1204–1212.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.006>

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340.  
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>

Hoermann, S., McCabe, K. L., Milne, D. N., & Calvo, R. A. (2017). Application of supportive accountability to the use of conversational agents in mental health care. *Internet Interventions*, 8, 21–26.

Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 193–209.  
<https://doi.org/10.1080/16506070701421313>

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.

<https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations* (2nd ed.). Sage.

Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C., & Davies, E. B. (2018). Annual research review: Digital health interventions for children and adolescents with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 474–503.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.12663>

Hoop, J. G. (2008). Ethical issues in psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 361–375.

Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. University of Chicago Press.

Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.

Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2012). *All we have to fear: Psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders*. Oxford University Press.

Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 953–970.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.009>

Hull, D. M. (2012). *Science as a process: An evolutionary account of the social and conceptual development of science*. University of Chicago Press.

Illich, I. (1976). *Limits to medicine: Medical nemesis*. Marion Boyars.

Illouz, E. (2007). *Cold intimacies: The making of emotional capitalism*. Polity Press.

Illouz, E. (2020). *The end of love: A sociology of negative relations*. Oxford University Press.

Inkster, B., Sarda, S., & Subramanian, V. (2018). An empathy-driven, conversational artificial intelligence agent for digital mental health support: A pilot study. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(11), e12106.

Insel, T. R., & Cuthbert, B. N. (2015). Brain disorders? Precisely. *Science*, 348(6234), 499–500.

<https://doi.org/10.1126/science.aab2358>

Jackson, M. (1996). *Things as they are: New directions in phenomenological anthropology*. Indiana University Press.

Jackson, M. (2013). *The Wherewithal of Life: Ethics, Migration, and the Question of*

*Well-Being*. University of California Press.

Jain, S., & Jadhav, S. (2009). Pills that swallow policy: Clinical ethnography of a community mental health program in northern India. *Transcultural Psychiatry*, 46(1), 60–85.

<https://doi.org/10.1177/1363461509102282>

Janes, C. R., & Corbett, K. K. (2009). Anthropology and global health. *Annual Review of Anthropology*, 38, 167–183.

<https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.37.081407.085152>

Janzen, J. M. (1978). *The quest for therapy in Lower Zaire*. University of California Press.

Jenkins, J. H., & Barrett, R. J. (2004). *Schizophrenia, culture, and subjectivity: The edge of experience*. Cambridge University Press.

Jenkins, J. H. (2010). *Extraordinary conditions: Culture and experience in mental illness*. University of California Press.

Jesus, J. M., Marquez, R., & Almeida, L. (2023). Structural barriers and cultural pathways to mental health care: A cross-cultural review. *Transcultural Psychiatry*, 60(2), 145–162.

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14–26.  
<https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>

Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240(4849), 167–171.

Kaplan, A., Katz, I., & Flum, H. (2012). Motivation theory in educational psychology. *Educational Psychologist*, 47(2), 85–102.

Kapoor, S., Narayan, S., & Shah, S. (2023). Large language models for mental health support: Opportunities and challenges. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e46940.

Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301–1320.

Kato, T. A., Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A. R., Sartorius, N., & Kanba, S. (2012). Does the DSM-IV hikikomori syndrome exist outside Japan? A worldwide social psychiatric perspective. *World Psychiatry*, 11(1), 56–64.

Khan, F., Keshavarzi, H., Ahmad, M., Ashai, S., & Sanders, P. (2023). Application of Traditional Islamically Integrated Psychotherapy (TIIP) and its clinical outcome on psychological distress among American Muslims in outpatient therapy. *Spirituality in*

*Clinical Practice*, 12(2), 147–160.

Khanna, R. (2003). *Dark continents: Psychoanalysis and colonialism*. Duke University Press.

Kiel, E. J., & Buss, K. A. (2010). Associations among context-specific maternal protective behavior, toddlers' fearful temperament, and maternal worry. *Child Development*, 81(3), 799–814.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01434.x>

Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420–430.

Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: An international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(5), 438–446.

Kirmayer, L. J. (2000). Broken narratives: Clinical encounters and the poetics of illness experience. *Canadian Medical Association Journal*, 163(8), 1069–1073.

Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 13), 22–28.

Kirmayer, L. J. (2004). *The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism*. *British Medical Bulletin*, 69(1), 33–48.

Kirmayer, L. J. (2006a). Beyond the “new cross-cultural psychiatry”: Cultural biology, discursive psychology, and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126–144.

<https://doi.org/10.1177/1363461506061761>

Kirmayer, L. J. (2006b). Toward a cultural psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(9), 465–468. <https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00006>

Kirmayer, L. J. (2007). Culture and psychotherapy in a general practice setting. In D. Bhugra & K. Bhui (Eds.), *The textbook of cultural psychiatry* (pp. 259–278). Cambridge University Press.

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959–E967.

Kirmayer, L. J. (2012a). Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. *Transcultural Psychiatry*, 49(3–4), 439–462.

- Kirmayer, L. J. (2012b). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–164.  
<https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- Kirmayer, L. J., & Crafa, D. (2014). What kind of science for psychiatry? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 435.  
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00435>
- Kirmayer, L. J., & Pedersen, D. (2014). Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry*, 51(6), 759–776.  
<https://doi.org/10.1177/1363461514557808>
- Kirmayer, L. J. (2015). Rethinking cultural competence. In L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & C. A. Cummings (Eds.), *Re-visioning psychiatry* (pp. 129–152). Cambridge University Press.
- Kirmayer, L. J., Lemelson, R., & Cummings, C. A. (Eds.). (2015). *Re-visioning psychiatry: Toward an ethically grounded, globally informed, context-sensitive future*. Cambridge University Press.
- Kirmayer, L. J., & Gone, J. P. (2016). Rethinking historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 53(3), 299–319.  
<https://doi.org/10.1177/1363461516641630>
- Kirmayer, L. J., & Ryder, A. G. (2016). Culture and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 8, 143–148.
- Kirmayer, L. J., Gomez-Carrillo, A., & Veissière, S. P. L. (2017). Culture and depression in global mental health: An ecosocial approach to the phenomenology of psychiatric disorders. *Social Science & Medicine*, 183, 163–168.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.034>
- Kirmayer, L. J. (2019). Toward an integrative and culturally informed approach to mental health. *Transcultural Psychiatry*, 56(3), 481–495.
- Kirmayer, L. J., & Gómez-Carrillo, A. (2019). Agency, embodiment, and enactment in psychosomatic theory and practice. *Transcultural Psychiatry*, 56(1), 3–23.  
<https://doi.org/10.1177/1363461518824487>
- Kirmayer, L. J. (2020). Mind and world in global mental health. *Transcultural Psychiatry*, 57(1), 3–20. <https://doi.org/10.1177/1363461519898037>
- Kirmayer, L. J., & Rousseau, C. (2022). *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care* (2nd ed.). Springer.
- Kirmayer, L. J. (2023). Cultural poetics of illness and healing (Special issue).

*Transcultural Psychiatry*, 60(1–2).

Kleinknecht, R. A., Dinnel, D. L., Kleinknecht, E. E., Hiruma, N., & Harada, N. (1997). Cultural factors in social anxiety: A comparison of social phobia symptoms and Taijin Kyofusho. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(2), 157–177. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00004-2](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00004-2)

Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry”. *Social Science & Medicine*, 11(1), 3–10.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLOS Medicine*, 3(10), e294.

Kohrt, B. A., & Mendenhall, E. (2016). *Global mental health: Anthropological perspectives*. Left Coast Press.

Kondo, M., Izumoto, Y., & Ishikawa, R. (2020a). Neurodevelopmental disorder traits in Taijin-Kyofusho and social anxiety disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 23(4), 217–225. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaa005>

Kondo, T., Iwakiri, S., & Hashimoto, T. (2020b). Neurobiological correlates of Taijin Kyofusho and social anxiety disorder: A comparative analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 47, 217–225.

Koss-Chioino, J. D. (1992). *Women as healers, women as patients: Mental health and religious healing in Mexico*. Westview Press.

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., et al. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454–477.

La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 49–61.

Laing, R. D. (1960). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Penguin.

Langley, A., Lindberg, K., Mørk, B. E., Nicolini, D., Raviola, E., & Walter, L. (2019). Boundary work among groups. *Academy of Management Annals*, 13(2), 704–736.

- Langwick, S. A. (2011). *Bodies, politics, and African healing: The matter of maladies in Tanzania*. Indiana University Press.
- Laplantine, F. (2015). *The Life of the Senses: Introduction to a Modal Anthropology*. Routledge.
- La Roche, M. J. (2012). *Cultural psychotherapy: Theory, methods, and practice*. SAGE.
- Leach, M., Scoones, I., & Stirling, A. (2010). *Dynamic Sustainabilities: Technology, Environment, Social Justice*. Earthscan.
- Leary, M. R. (1983). Social anxiousness: The construction and validation of a scale. *Journal of Personality Assessment*, 47(1), 66–75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4701\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4701_6)
- Le Breton, D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*. Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (1995). *La sociologie du corps*. Presses Universitaires de France.
- LeFrançois, B. A., Menzies, R., & Reaume, G. (Eds.). (2013). *Mad matters: A critical reader in Canadian mad studies*. Canadian Scholars' Press.
- Lehti, V., Kieseppä, V., Gissler, M., Suvisaari, J., & Markkula, N. (2024). Psychotherapy use among migrants: A register-based longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/jech-2024-222330>
- Lencucha, R. (2024). Transforming global health: Decoloniality and the human condition. *BMJ Global Health*, 9, e015420. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015420>
- Leslie, C. (Ed.). (1976). *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. University of California Press.
- Leslie, C. (1980). Medical pluralism in world perspective. *Social Science & Medicine*, 14B, 191–195.
- Levinas, E. (1961). *Totalité et infini: Essai sur l'extériorité*. Martinus Nijhoff.
- Levinas, E. (1982). *Éthique et infini*. Fayard.
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology. *American Psychologist*, 73(1), 26–46.
- Lévi-Strauss, C. (1963). *Structural Anthropology*. Basic Books.
- Lewis-Fernández, R., & Kleinman, A. (1995). Cultural psychiatry: Theoretical, clinical,

- and research issues. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 433–448. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30039-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30039-2)
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., Kirmayer, L. J., Weiss, M. G., & Gupta, S. (2014). Culture and psychiatric evaluation: Operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatric Annals*, 44(4), 192–199. <https://doi.org/10.3928/00485713-20140317-06>
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., & Kirmayer, L. J. (Eds.). (2016). *DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview*. American Psychiatric Association Publishing.
- Li, Q., Zheng, Y., & Wang, S. (2021). Parenting styles, gender roles, and social anxiety. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(6), 1073–1084.
- Liebowitz, M. R. (1992). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 27, 141–173.
- Lina Alzamel, L. (2021). Schema modes in social anxiety disorder: Cognitive underpinnings of self-evaluation. *Journal of Cognitive Psychopathology*, 5(3), 241–258.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- Lindner, P., Nyström, M. B. T., Hassmén, P., Andersson, G., & Carlbring, P. (2019). Who seeks ICBT for depression and how do they get there? Effects of guided vs. unguided, recruitment path, and patient characteristics on treatment outcomes. *Internet Interventions*, 16, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.02.007>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Littlewood, R., & Lipsedge, M. (1985). *The culture of psychiatry and the origins of mental illness*. Penguin.
- Liu, Y., Wang, M., & Wei, H. (2024). Perceived parental psychological control. *Journal of Adolescence*, 103, 101–112.
- Liu, S. (2025). The influence of authoritarian family education on adolescents' emotional development. *China Education and Psychology Review*, 41(2), 77–93.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

- Livingston, J. D. (2012). Mental illness–related structural stigma: The downward spiral of systemic exclusion. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(4), 243–249.
- Lock, M. (1993). *Cultivating the body: Anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge*. *Annual Review of Anthropology*, 22, 133–155.
- Lock, M., & Scheper-Hughes, N. (1996). A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. In C. F. Sargent & T. M. Johnson (Eds.), *Medical anthropology: Contemporary theory and method* (pp. 41–70). Praeger.
- Lock, M., & Farquhar, J. (Eds.). (2007). *Beyond the body proper: Reading the anthropology of material life*. Duke University Press.
- Lock, M., & Nguyen, V.-K. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Wiley-Blackwell.
- Lock, M. (2015). *The Alzheimer conundrum: Entanglements of dementia and aging*. Princeton University Press.
- Logan, A. C. (2015). Dysbiotic drift: Mental health, environmental grey space, and microbiota. *Journal of Physiological Anthropology*, 34(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s40101-015-0061-7>
- Louis, C. (2022). The Young Parenting Inventory (YPI-R3) and the Baumrind model: Integrating schema therapy and parenting research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 14(3), 212–228.
- Luhmann, T. M. (2000). *Of two minds: An anthropologist looks at American psychiatry*. Knopf.
- Lupton, D. (2014). *The quantified self: A sociology of self-tracking*. Polity Press.
- Lupton, D. (2016). *The quantified self*. Polity Press.
- Lupton, D. (2021). *Digital health: Critical and cross-disciplinary perspectives*. Routledge.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 1–101). Wiley.
- Maenner, M. J., Rice, C. E., Arneson, C. L., Cunniff, C., Schieve, L. A., Carpenter, L. A., Durkin, M. S., Lee, L. C., Miller, L. A., & Van Naarden Braun, K. (2014). Potential impact of DSM-5 criteria on autism spectrum disorder prevalence estimates. *JAMA Pediatrics*, 168(3), 1–8. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.3748>
- Malinowski, B. (1922). *Argonauts of the Western Pacific*. Routledge.
- Manion, C. (2002). *Madness, sexuality, and power*. Manchester University Press.

- Maples-Keller, J. L., Bunnell, B. E., Kim, S. J., & Rothbaum, B. O. (2017). The use of virtual reality technology in the treatment of anxiety and other psychiatric disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(3), 103–113.
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different types of phobic states. *The British Journal of Psychiatry*, 112(490), 1037–1047.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224–253. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.98.2.224>
- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press.
- Martin, E. (1994). *Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS*. Beacon Press.
- Martin, E. (2007). *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture* (New ed.). Princeton University Press.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*. Cambridge University Press.
- Mattingly, C., & Garro, L. C. (Eds.). (2000). *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. University of California Press.
- Mattingly, C. (2010). *The paradox of hope: Journeys through a clinical borderland*. University of California Press.
- Mattingly, C. (2014). *Moral Laboratories: Family Peril and the Struggle for a Good Life*. University of California Press.
- Mauss, M. (1935). Les techniques du corps. *Journal de Psychologie*, 32(3–4), 271–293.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249–267. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- McCrudden, M. T., Marchand, G. C., & Schutz, P. A. (2019). Commentary. *Educational Psychologist*, 54(3), 120–130.
- McElroy, A., & Townsend, P. K. (2004). *Medical anthropology in ecological perspective* (5th ed.). Westview Press.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155–172.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy* (2nd ed.).

Sage.

Meier, N. (2015). Collaboration in healthcare through boundary work. *Qualitative Sociology Review*, 11(3), 60–82.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.

Merry, S. E. (2006). *Human rights and gender violence*. University of Chicago Press.

Miller, B. D. (2019). *Antropologia culturale*. Zanichelli.

Miller, D., Sinanan, J., Wang, X., & Yiu, F. O. (2021). *The global smartphone: Beyond a youth technology*. UCL Press.

Miller, J. G. (1992). *Cultural psychology: Essays on comparative human development*. Routledge.

Miller, M. J. (2011). Racial and cultural factors affecting the mental health of Asian Americans. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 215–231

Mills, C. (2014). *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world*. Routledge.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). Guilford Press.

Mishler, E. G. (1986). *Research Interviewing: Context and Narrative*. Harvard University Press.

Mittelstadt, B. D. (2019). Principles alone cannot guarantee ethical AI. *Nature Machine Intelligence*, 1(11), 501–507.

Mohammadi, M. R., Salehi, M., & Khaleghi, A. (2010). Construct and criterion validation of the Social Phobia Inventory (SPIN) among Iranian adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(1), 20–26.

Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.

Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Routledge.

Mol, A., Moser, I., & Pols, J. (Eds.). (2010). *Care in practice*. Transcript Verlag .

Montero-Espinoza, J. (2025). Psychiatric overdiagnosis in ethnic minorities: Patterns and pathways. *Manuscript*.

Moodley, R., & West, W. (Eds.). (2008). *Integrating Traditional Healing Practices Into Counseling and Psychotherapy*. Routledge.

Morgan, D. L. (2007). Paradigms lost and pragmatism regained. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48–76.

Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. ESF.

- Morin, E. (2001). *La Méthode 6: Éthique*. Seuil.
- Moro, M. R. (2002). *Psychiatrie de l'enfant et cultures: L'enfant d'ici et d'ailleurs*. PUF.
- Moro, M. R. (2015). *Manuale di etnopsichiatria*. Carocci.
- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(2), 123–134.
- Moser, J. S., Moran, T. P., Schroder, H. S., Donnellan, M. B., & Yeung, N. (2014). On the relationship between anxiety and error monitoring: A meta-analysis and conceptual framework. *Frontiers in Human Neuroscience, 8*, 466. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00466>
- Muris, P., & Meesters, C. (2020). *Essentials of child and adolescent psychopathology*. Guilford Press.
- Muselela, C. (2025). Guidance to critical realism mixed-methods research framework: A must-adopt approach to explore the relationship of social realities. *International Journal of Science and Research Archive, 15*(3). <https://doi.org/10.30574/ijrsra.2025.15.3.1775>
- Nafus, D., & Sherman, J. (2014). This one does not go up to 11: The quantified self movement as an alternative big data practice. *International Journal of Communication, 8*, 1784–1794.
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A., & Bartels, S. J. (2016). The future of mental health care: Peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25*(2), 113–122.
- Naslund, J. A., Bondre, A., Torous, J., & Aschbrenner, K. A. (2020). Social media and mental health: Benefits, risks, and opportunities for research and practice. *Journal of Technology in Behavioral Science, 5*(3), 245–257. <https://doi.org/10.1007/s41347-020-00134-x>
- Nathan, T. (1994). *L'influence qui guérit*. Odile Jacob.
- Nathan, T., & Stengers, I. (1996). *Médecins et sorciers*. Les Empêcheurs de Penser en Rond.
- Nathan, T. (2001). *La folie des autres: Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod.
- Nguyen, M. H., Car, J., & Müller, A. M. (2022). Participatory design of digital health interventions: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 24*(7), e34907. <https://doi.org/10.2196/34907>
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial

- distress. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4), 379–408.
- Nichter, M. (2010). Idioms of distress revisited. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(2), 401–416.
- Noda, T., Hoshino, T., Okamoto, Y., & Yamawaki, S. (2017a). A case report of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2797–2803.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S141308>
- Noda, Y., Yoshida, T., & Kinoshita, Y. (2017b). A case report of cognitive behavioral therapy for Taijin Kyofusho: Cultural adaptation and therapeutic implications. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(12), 893–895.  
<https://doi.org/10.1111/pcn.12578>
- Noda, Y., et al. (2017c). Dopaminergic modulation in social anxiety disorder: Neuroimaging and treatment perspectives. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 67.
- Nuss, P. (2015). Anxiety disorders and GABA neurotransmission: A disturbance of modulation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 165–175.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S58841>
- Nussbaum, M. C. (2010). *Not for profit: Why democracy needs the humanities*. Princeton University Press.
- Ogliari, A., Citterio, A., Zanoni, A., & Politi, P. (2012a). Construct and criterion validation of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(6), 331–342.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-012-0274-2>
- Ogliari, A., Vismara, L., & Trezzi, C. (2012b). Neurobiological and psychological correlates of social anxiety: An integrated model. *Psichiatria e Psicoterapia*, 31(3), 199–216.
- Okazaki, S. (1997). Sources of ethnic differences in social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 52–60.
- Onnela, J.-P. (2021). Digital phenotyping: A growing frontier in mental health research. *Nature Biotechnology*, 39(12), 1549–1552.  
<https://doi.org/10.1038/s41587-021-01020-5>
- Pagani, V. (2020). *Dare voce ai dati*. Edizioni Junior.
- Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions*. W. W. Norton & Company.

- Papacharissi, Z. (2015). *Affective publics: Sentiment, technology, and politics*. Oxford University Press.
- Parnas, J., & Zahavi, D. (2002). The role of phenomenology in psychiatric diagnosis and classification. *Journal of Psychopathology*, 35, 125–140.
- Parvin, N., Pollock, A., & Rose, A. (2020). How does it feel? An affective approach to responsible innovation. *Science, Technology, & Human Values*, 45(4), 702–727. <https://doi.org/10.1177/0162243919844537>
- Patel, V. (2003). *Where there is no psychiatrist: A mental health care manual*. Royal College of Psychiatrists.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. SAGE.
- Pelissolo, A. (1995). *La timidité: Symptôme ou trait de personnalité?* Presses Universitaires de France.
- Perry, A., Watkeys, S., & Day, E. (2021). Recovery Colleges: Co-production in action. *Mental Health Review Journal*, 26(2), 147–160.
- Pescosolido, B. A. (2013). The public stigma of mental illness: What do we think; what do we know; what can we prove? *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1–21. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>
- Petersen, A., & Bunton, R. (Eds.). (1997). *Foucault, health and medicine*. Routledge.
- Pike, K. L. (1967). *Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior*. Mouton.
- Pink, S., Horst, H., Postill, J., Hjorth, L., Lewis, T., & Tacchi, J. (2016). *Digital ethnography: Principles and practice*. Sage.
- Pitré G., (1896), *Medicina popolare siciliana*. C. Clausen editore, Torino- Palermo.
- Pitré, G. (2001) *La Demopsicologia e la sua storia* (a cura di Bellantonio L.). Ila Palma, Palermo.
- Pizza, G. (2014). *Antropologia medica*. In M. Aime (Ed.), *Etnopsichiatria: Storie, teorie, pratiche* (pp. 45–68). Meltemi.
- Pizza, G., et al. (2020a). Città, salute mentale e migranti. *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, numero speciale/anno 2020.
- Pizza, G. (2020b). *Antropologia e salute mentale*. Carocci.

- Pols, J. (2012). *Care at a distance: On the closeness of technology*. Amsterdam University Press.
- Ponterotto, J. G. (2006). Brief note on thick description. *The Qualitative Report*, 11(3), 538–549.
- Porter, R. (1997). *The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity*. W. W. Norton.
- Prainsack, B. (2018). *Personalized medicine: Empowered patients in the twenty-first century?* New York University Press.
- Prescott, S. L. (2017). Microbiome and planetary health. *Science*, 356(6335), 260–265.
- Press, N. (1971). The urban curandero: A study of changing patterns of curanderismo. *American Anthropologist*, 73(1), 1–18.
- Qureshi, A., Collinson, N., Parham, A., & Gudi, A. (2021). Improving cultural competence in UK mental health services: Outcomes from transcultural training workshops. *BMJ Open*, 11(5), e045345.
- Quesada, J., Hart, L. K., & Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339–362.
- Quinlan, R. (2011). Ethnomedicine and cultural constructions of distress. In C. McClure & R. Quinlan (Eds.), *Ethnomedicine* (pp. 45–67). Wiley-Blackwell.
- Rabinow, P. (1977). *Reflections on fieldwork in Morocco*. University of California Press.
- Rabinow, P., & Rose, N. (2006). Biopower today. *BioSocieties*, 1(2), 195–217. <https://doi.org/10.1017/S1745855206040014>
- Rapee, R. M. (2015). Social anxiety disorder. In J. S. Abramowitz, D. McKay, & S. Taylor (Eds.), *Handbook of anxiety and related disorders* (pp. 63–78). Wiley.
- Rebecka, H. (n.d.). *History of the DSM*
- Rector, N. A., Kocovski, N. L., & Ryder, A. G. (2006). Social anxiety and the fear of others: Cultural perspectives on social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(1), 5–12. <https://doi.org/10.1177/070674370605100103>
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 44–58. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070998>
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 5(4), 283–321.
- Riccò, I. (2019). Pluralismo terapeutico e medicina popolare: dalla segnatura alle

- medicine alternative. *Lares*, 85(3), 565–587.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil.
- Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Gallimard.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative Analysis*. Sage.
- Rosa, H. (2019). *Resonance: A sociology of our relationship to the world*. Polity Press.
- Rosa, H. (2021). *The unavailability: On the resignation of modernity*. Polity Press.
- Rose, N. (2000). Psychiatry as a political technology: Reflexivity, expertise, and the politics of mental health. *History of the Human Sciences*, 13(3), 1–28. <https://doi.org/10.1177/095269510001300301>
- Rose, N. (2001). The politics of life itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1–30. <https://doi.org/10.1177/02632760122052020>
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.
- Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future: The Politics of Mental Health*. Polity Press.
- Rose, N. (2020). *Our psychiatric future: The politics of mental health*. Polity Press.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250–258.
- Rubel, A. J., O’Neill, C. W., & Collado-Ardón, R. (1984). *Susto: A folk illness*. University of California Press.
- Ruckenstein, M., & Schüll, N. D. (2017). The datafication of health. *Annual Review of Anthropology*, 46, 261–278.
- Rudenko, Y. (2023). *Cultural foundations of psychotherapy: The imperative of ethno-cultural considerations* [Working paper]. SSRN. <https://ssrn.com/abstract=4602290>
- Russo, S., & Mancini, F. (2005). Obligations, self-discrepancy, and emotional vulnerability. *Journal of Adolescence*, 28(3), 407–418.
- Russo, J., & Sweeney, A. (2016). *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies*. Madness Canada Press.
- Russo, J. (2018). Through the eyes of the mad: Accessing meaningful knowledge about mental distress. *Journal of Ethics in Mental Health*, 10, 1–12.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Basic Books.
- Sampson, H., & McLeod, J. (2020). Online activism and mental health: The rise of digital counterpublics. *New Media & Society*, 22(12), 2259–2276.
- Santos, B. de S. (2014). *Epistemologies of the South: Justice against epistemicide*.

Routledge.

Sax, W. S. (2014). *God of justice: Ritual healing and social justice in the central Himalayas*. Oxford University Press.

Scarpa, F. (1988). *Il placebo: Aspetti psicologici e clinici*. Edizioni Minerva Medica.

Scheff, T. J. (2003). Shame in self and society. *Symbolic Interaction*, 26(2), 239–262.  
<https://doi.org/10.1525/si.2003.26.2.239>

Scheper-Hughes, N., & Lock, M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6–41.  
<https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>

Scheper-Hughes, N. (1990). Three propositions for a critically applied medical anthropology. *Social Science & Medicine*, 30(2), 189–197.  
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90079-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90079-8)

Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. University of California Press.

Scheper-Hughes, N. (1995). The primacy of the ethical: Propositions for a militant anthropology. *Current Anthropology*, 36(3), 409–440.

Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(Suppl 2), S51–S56.

Schultz, L. T., & Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1206–1221.

Singer, M. (2009). *Introduction to Syndemics: A Systems Approach to Public Health and Community Health*. Jossey-Bass.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.003>

Schüll, N. D. (2018). *Addiction by design: Machine gambling in Las Vegas*. Princeton University Press.

Scoones, I., Leach, M., & Newell, P. (2017). *The politics of green transformations*. Routledge.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). Guilford Press.

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. McGraw-Hill.

Seo, M. K., & Lee, M. H. (2021). Effects of community-based programs on integration into the mental health and non-mental health communities. *Healthcare*, 9(9), 1181.

Seppilli, T. (1995). *Antropologia medica: L'epistemologia del corpo e della malattia*. CISU.

- Sharma, S. (2014). *In the meantime: Temporality and cultural politics*. Duke University Press.
- Sharon, T. (2017). Self-tracking for health and the quantified self: Re-articulating autonomy, solidarity, and authenticity. *Philosophy & Technology*, 30(1), 93–121.
- Sharon, T., & Lucivero, F. (2019). The quantified self and responsible research and innovation: An agenda for ethics and governance. *Journal of Responsible Innovation*, 6(1), 57–82. <https://doi.org/10.1080/23299460.2018.1514234>
- Sharon, T. (2023). *Digital health and the biopolitics of everyday data*. Polity Press.
- Sheehan, D. V., & Lecrubier, Y. (2014). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): A short diagnostic structured interview: Reliability and validity studies.
- Shujaat, M., Shan, Z., Shah, I., Zia, K., & Khan, N. (2024). Exploring climate change's psychological association between eco-anxiety, eco-grief and attitude towards environment. *CARC Research in Social Sciences*, 3(3), 323–330.
- Sieff, E. M. (2003). Media frames of mental illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), 259–269.
- Sigerist, H. E. (1943). *A history of medicine* (Vol. I–II). Oxford University Press.
- Silver, R. C., Holman, E. A., Andersen, J. P., Poulin, M., McIntosh, D. N., & Gil-Rivas, V. (2013). Mental- and physical-health effects of acute exposure to media images. *Psychological Science*, 24(9), 1623–1634.
- Simons, R. C., & Hughes, C. C. (1985). *The culture-bound syndromes: Folk illnesses and anthropological perspectives*. D. Reidel.
- Singer, M. (1995). Anthropology and addiction: An ethnographic study. *Medical Anthropology Quarterly*, 9(2), 215–239.
- Singer, M., & Baer, H. (2007). *Introducing medical anthropology: A discipline in action*. AltaMira Press.
- Singer, M. (2009). *Introduction to Syndemics: A Systems Approach to Public Health and Community Health*. Jossey-Bass.
- Singer, M., Baer, H., Long, D., & Pavlotski, A. (2020). *Introducing medical anthropology: A discipline in action* (3rd ed.). Rowman & Littlefield.
- Smith, L. T. (1999). *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. Zed Books.

- Smith, J. A. (2005). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. SAGE.
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of parental psychological control. *Developmental Review*, 30(1), 74–99.
- Spivak, G. C. (1988). Can the subaltern speak? In C. Nelson & L. Grossberg (Eds.), *Marxism and the interpretation of culture* (pp. 271–313). University of Illinois Press.
- Star, S. L., & Ruhleder, K. (1996). Steps toward an ecology of infrastructure: Design and access for large information spaces. *Information Systems Research*, 7(1), 111–134.
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ... & Scott, K. M. (2010). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 8, 47. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-47>
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2010). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115–1125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. W. W. Norton.
- Stevenson, L. (2014). *Life beside itself: Imagining care in the Canadian Arctic*. University of California Press.
- Street, A. (2014). *Biomedicine in an unstable place: Infrastructure and personhood in a Papua New Guinean hospital*. Duke University Press.
- Street, A. (2016). Being in between: Patient experiences in Papua New Guinea's health system. *Hau: Journal of Ethnographic Theory*, 6(2), 113–135. <https://doi.org/10.14318/hau6.2.007>
- Suharwardy, S., Ramachandran, M., Leonard, S. A., Gunaseelan, A., Lyell, D. J., Darcy, A. M., Robinson, A., & Judy, A. (2023). Feasibility and impact of a mental health chatbot on postpartum mental health: A randomized controlled trial. *AJOG Global Reports*, 3(2), 100211. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100211>
- Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ*, 322(7278), 95–98. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7278.95>
- Summerfield, D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *BMJ*, 336(7651), 992–994. <https://doi.org/10.1136/bmj.39513.441030.AD>

- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Harper & Row.
- Takano, K., & Osaka, K. (2018). Mental health in collective success-driven Japan and individualistic Netherlands: Cultural variations in social anxiety. *Frontiers in Psychology*, 9, 141.
- Tan, Y. L., Chang, V. Y. X., Ang, W. H. D., Ang, W. W., & Lau, Y. (2025). Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorders: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Anxiety, Stress, & Coping*, 38(2), 141–160.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). *SAGE handbook of mixed methods in social and behavioral research* (2nd ed.). SAGE.
- Tassan, M. (2017). I luoghi della Mãe d'Água. Non-umani, corpi e malattie in un Quilombo dell'Amazzonia. *Archivio Antropologico Mediterraneo*, 20(2), 1–16.
- Tedlock, B. (1991). From participant observation to the observation of participation: The emergence of narrative ethnography. *Journal of Anthropological Research*, 47(1), 69–94.
- Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117–125.
- Thieleman, K., & Cacciatore, J. (2013). Witness to suffering: Mindfulness and compassion fatigue among trauma providers. *Journal of Humanistic Psychology*, 54(3), 273–293.
- <https://doi.org/10.1177/0022167813482497>
- Ticktin, M. (2011). *Casualties of care: Immigration and the politics of humanitarianism in France*. University of California Press.
- Torous, J., & Roberts, L. W. (2017). The ethical use of mobile health technology in clinical psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(1), 4–8. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000580>
- Torous, J., Onnela, J.-P., & Keshavan, M. (2017). New dimensions and new tools to realize the potential of RDoC: Digital phenotyping via smartphones and connected devices. *Translational Psychiatry*, 7(3), e1053. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.25>
- Torous, J., Onnela, J.-P., & Keshavan, M. (2021). Digital phenotyping for psychiatry: Assessing risk and improving care. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(4), 383–389. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000721>

- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and collectivism*. Westview Press.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York University Press.
- Turner, V. (1995). *The ritual process: Structure and anti-structure*. Aldine Transaction.
- Twohig-Bennett, C., & Jones, A. (2018). The health benefits of the great outdoors: A systematic review and meta-analysis of greenspace exposure and health outcomes. *Environmental Research*, 166, 628–637.
- Ussher, J. (2010a). *Women's madness: Misogyny or mental illness?* Harvester Wheatsheaf.
- Ussher, J. (2010b). Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates of reported depression. *Feminism & Psychology*, 20(1), 9–35.
- van der Geest, S., & Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: Introduction. *Social Science & Medicine*, 59(10), 1995–2001. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.004>
- Van Zalk, N., Van Zalk, M. H., Kerr, M., & Stattin, H. (2011). Influences between mother and adolescent anxiety and depression symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(5), 763–771. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9491-3>
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind*. MIT Press.
- Venkatesh, V., Brown, S. A., & Sullivan, Y. W. (2013). Guidelines for conducting mixed-methods research: Integrating qualitative and quantitative approaches within a single study. *MIS Quarterly*, 37(1), 21–54.
- Virchow, R. (1848). *Report on the typhus epidemic in Upper Silesia*.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2007). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50.
- Vogel, E. A., Rose, J. P., Roberts, L. R., & Eckles, K. (2021). Social comparison on social media. *Current Opinion in Psychology*, 45, 101–107.
- Wahl, O. F. (1997). *Media madness*. Rutgers University Press.

- Wakefield, J. C., & First, M. B. (2012). Validity of the bereavement exclusion in the diagnosis of major depressive disorder. *World Psychiatry*, 11(1), 3–10.
- Wakefield, J. C. (2013). DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 20(4), 309–326.
- Walker, N. (2021). *Neuroqueer heresies: Notes on the neurodiversity paradigm, autistic empowerment, and the neuroqueering of the world*. Autonomous Press.
- Walsh, Z. (2020). Ayahuasca and the process of healing. *Journal of Psychedelic Studies*, 4(1), 36–45.
- Wampold, B. E., & Lambert, M. J. (2019). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- Watters, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. Free Press.
- Westerman, M. A. (2010). What counts as effective psychotherapy? Evaluating psychological treatments from the perspective of practice-based evidence. *American Journal of Psychotherapy*, 64(3), 227–242.
- White, R. G., Jain, S., Orr, D. M., & Read, U. M. (2017). The global mental health agenda: A case of epistemic injustice? *The Lancet Psychiatry*, 4(9), 774–775. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30291-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30291-2)
- Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C., Boltz, F., Capon, A. G., de Souza Dias, B. F., ... Yach, D. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: Report of the Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *The Lancet*, 386(10007), 1973–2028.
- Wibeck, V. (2023). *Collaborative governance in health care: Frictions, negotiations, and situated decision-making*. Springer.
- Woldehanna, T., & Zimicki, S. (2015). An expanded view of early childhood development: What are the implications for public policy? *UNICEF Working Paper Series*.
- World Health Organization. (2010). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.
- Yang, L., Zhang, J., & Wang, J. (2025). Social support and anxiety: A moderated mediating model. *Journal of Affective Disorders*, 342, 157–166.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.012>

Yassin, M., Hamzah, A., & Aziz, N. (2019). Social anxiety among Malaysian adolescents: Cultural influences and moral dimensions. *Asian Journal of Social Psychology*, 22(3), 210–219.

Yeung, A., Ng, E., & Fong, V. (2022). Attention deficit hyperactivity disorder on TikTok: An analysis of user-generated content and its implications for self-diagnosis. *Journal of Adolescent Health*, 70(1), 102–109.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.003>

Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257–285.

Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton University Press.

Young, A. (2000). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton University Press.

Zhao, L., Zhang, H., & Xu, J. (2024a). Neurobiological markers of social anxiety: From amygdala hyperreactivity to heart rate variability. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 203–214.

Zhao, X., Li, Y., & Sun, J. (2024b). Detection of social anxiety using multiple simultaneous physiological signals. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 135–148.

Zhou, S. (2022). Effects of different parenting styles on mental health and academic outcomes for adolescents from different cultural backgrounds. *BCP Social Sciences & Humanities ERSS*, 20, 158–165.

Zhou, X., Bender, E. M., & Smith, N. A. (2023). Cultural and linguistic bias in large language models: Challenges for global mental health applications. *Transactions of the Association for Computational Linguistics*, 11, 1572–1590.  
[https://doi.org/10.1162/tacl\\_a\\_00621](https://doi.org/10.1162/tacl_a_00621)

Zigon, J. (2007). Moral breakdown and the ethical demand: A theoretical framework for an anthropology of moralities. *Anthropological Theory*, 7(2), 131–150.

Zipes, J. (2004). *Fairy Tale as Myth/Myth as Fairy Tale*. University Press of Kentucky.

Zuboff, S. (2019). *The age of surveillance capitalism: The fight for a human future at the new frontier of power*. PublicAffairs.