



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni Interpersonali

Elaborato finale

**Considerazioni critiche sulla presenza dell'interprete di lingua dei
segni nella psicoterapia con una persona sorda**

**Critical concerns about the presence of the sign language interpreter during the
psychotherapy with a deaf patient**

Relatrice:

Prof.ssa Peressotti Francesca

Laureanda: Dal Cin Anna

Matricola: 2012904

Anno Accademico 2022/2023

Abstract

Quando una persona non udente matura il bisogno di rivolgersi ad uno psicoterapeuta, la mancanza di professionisti che padroneggiano la lingua dei segni comporta diverse sfide. Innanzitutto, quella legata alla presenza di un interprete.

La sua presenza nella stanza di terapia, se non adeguatamente gestita, può comportare alcune questioni: in primo luogo, potrebbe inibire il cliente impedendogli di esternare aspetti personali rilevanti per il suo percorso; inoltre, potrebbe creare un disagio nel terapeuta, non abituato alla presenza di un traduttore nelle sedute con i suoi pazienti. Infine, la presenza dell'interprete potrebbe creare dinamiche terapeutiche particolari, con conseguenze sulla relazione terapeutica.

Per questo motivo, è di fondamentale importanza che l'interprete sia preparato per un simile incarico e collabori con il clinico in modo tale da permettere la formazione di un'alleanza terapeutica positiva: la disponibilità a cooperare, la fiducia e un reciproco riconoscimento sono fondamentali affinché i due professionisti garantiscano al paziente il percorso terapeutico che richiede.

L'uso dell'articolo maschile in questo elaborato è esclusivamente una comodità stilistica. Il lettore deve intendere che il riferimento è altresì al femminile e al non-binario quanto al maschile.

Indice

Primo capitolo.....	4
<i>Introduzione</i>	4
<i>La relazione terapeutica tra clinico udente e paziente sordo</i>	6
1. <i>L'indisponibilità dei servizi</i>	6
2. <i>La comunicazione con il personale</i>	6
3. <i>La comunicazione tra il cliente e il clinico</i>	7
4. <i>La mancanza di conoscenze</i>	8
5. <i>La percezione del paziente dei sentimenti del suo terapeuta</i>	8
6. <i>La presenza di un interprete</i>	9
7. <i>I familiari e gli amici del cliente non udente</i>	10
<i>Indicazioni pratiche</i>	11
Secondo capitolo.....	12
<i>La relazione professionale tra lo psicoterapeuta e l'interprete</i>	12
1. <i>Una concezione condivisa del ruolo del traduttore</i>	13
2. <i>Un interpretariato flessibile</i>	13
3. <i>La coesione tra il clinico e l'interprete segnante</i>	14
a. <i>I confronti prima e dopo la seduta con il paziente</i>	14
b. <i>La disposizione del clinico e del traduttore</i>	15
<i>La gestione delle dinamiche e dei fenomeni terapeutici</i>	15
1. <i>Transfert e controtransfert</i>	16
2. <i>Coalizioni e alleanze</i>	16
a. <i>La coalizione tra clinico e interprete contro il paziente non udente</i>	16
b. <i>La coalizione tra paziente e traduttore contro il terapeuta</i>	17
c. <i>La coalizione tra terapeuta e paziente contro l'interprete</i>	17
d. <i>La percezione del potere nelle tre coalizioni</i>	18
3. <i>L'esposizione ad una terza persona</i>	18
a. <i>Nel paziente</i>	18
b. <i>Nel terapeuta</i>	19
c. <i>Nell'interprete</i>	19
4. <i>I triangoli di Bowen</i>	20
<i>Conclusione</i>	21
Terzo capitolo.....	22
<i>Nutrire il triangolo della cura</i>	22
1. <i>Comunicazione empatica e fiducia reciproca</i>	22
2. <i>Disponibilità alla collaborazione</i>	23
3. <i>Continuità e qualità</i>	23
4. <i>Supporto all'interprete</i>	23
<i>Visione e conoscenze condivise</i>	24
1. <i>Il "male necessario"</i>	24
2. <i>Mancanza di consapevolezza</i>	24
<i>Conclusioni</i>	25
Bibliografia.....	26

PRIMO CAPITOLO

Introduzione

Negli ultimi anni la letteratura ha dimostrato come le persone non udenti siano sempre più consapevoli della possibilità di rivolgersi a dei professionisti in ambito della salute mentale nel momento in cui vivono delle difficoltà, riguardanti sia compiti evolutivi ordinari sia problematicità più complesse.

Inoltre, si sono riscontrati tassi di disagio psicologico in aumento nella popolazione in oggetto (Fellinger *et al.*, 2012), anche rispetto alle persone udenti. Lo studio condotto da Kvam e collaboratori, che ha coinvolto 431 partecipanti adulti facenti parte della comunità sorda in Norvegia, ha indagato attraverso tre item della Hopkins Symptom Checklist l'incidenza dei disordini mentali nella popolazione non udente. Tale studio ha rilevato tassi di disagio psicologico significativamente maggiori ($p < 0.001$) in ognuno dei tre item nei partecipanti sordi, rispetto al gruppo di controllo (Kvam *et al.*, 2007).

Tuttavia, nonostante queste evidenze, la ricerca non ha dimostrato una correlazione tra il grado di sordità e il benessere mentale: diversi studi hanno confermato che la gravità della perdita del senso dell'udito non è associata al livello di problemi comportamentali (Fellinger *et al.*, 2008; Dammeyer, 2010; Hintermair, 2007).

La letteratura, inoltre, suggerisce che gli individui non udenti non riportano una psicopatologia specifica rispetto alla popolazione generale: la maggior parte dei disturbi psicopatologici riscontrati tra gli individui sordi sono per lo più comuni. La differenza più sostanziale tra le due popolazioni, normoudenti e sordi, si trova nella prevalenza dei vari disordini mentali: Landsberger e Diaz hanno dimostrato tra i pazienti psichiatrici sordi – rispetto agli udenti – una prevalenza nettamente maggiore di disturbi del controllo degli impulsi (23% vs. 2%), di difficoltà di apprendimento e di disturbo pervasivo dello sviluppo (43% vs. 3%), ma un'incidenza inferiore di disturbi di personalità (17% vs. 43%) in confronto alla popolazione psichiatrica udente (Landsberger & Diaz, 2010).

Anche l'autismo si presenta con tassi significativamente maggiori tra i non udenti rispetto alle persone normoudenti, con una prevalenza che varia dal 2% al 4% circa (Gallaudet Research Institute, 2008; Jure *et al.*, 1991). Tuttavia, un aspetto critico che complica questa diagnosi consiste proprio nella perdita dell'udito del paziente, poiché entrambe le condizioni sono caratterizzate da un ritardo nel linguaggio, difficoltà nelle relazioni interpersonali o la presenza di comportamenti stereotipati o ripetitivi.

L'assessment con pazienti sordi, come sottolineano Fellinger e collaboratori, può essere dunque un processo più complesso rispetto alla valutazione di una persona udente, poiché dimensioni cruciali per

la diagnosi – quali le abilità linguistiche, il linguaggio comunicativo e il funzionamento cognitivo – sono profondamente influenzati dalla perdita del senso dell’udito, soprattutto quando questa avviene in fase preverbale (Fellinger *et al.*, 2012). La valutazione dello stato mentale di un paziente sordo, quindi, può risultare particolarmente complicata per un clinico che non padroneggia la lingua dei segni. Gli autori sottolineano tre aree particolarmente critiche nell’assessment psicologico di un individuo con sordità: innanzitutto, le persone sorde che comunicano tramite la lingua dei segni possono sembrare agitate, ritirate o ansiose agli occhi del clinico, però questo comportamento può essere dovuto alla difficoltà che percepiscono nel comunicare, e quindi dovrebbe essere inteso dal professionista come il risultato della situazione più che un aspetto sintomatico. In secondo luogo, uno psicodiagnosta poco informato nell’ambito della sordità potrebbe erroneamente classificare la poca fluenza nel linguaggio mostrata dal paziente non udente come sintomo di un disturbo nel pensiero: invece, la ricerca ha dimostrato che la psicosi si manifesta nella lingua dei segni attraverso caratteristiche quali una ripetizione insensata dei segni o il segnare a sé stessi. Infine, un terzo aspetto critico da tenere in considerazione durante la valutazione dello stato mentale di una persona sorda consiste nell’evidenza che molti non udenti hanno un accesso limitato alle informazioni: un bagaglio culturale povero nel paziente quindi non dovrebbe essere mai ricondotto ad una scarsa intelligenza, senza un’adeguata valutazione più specifica (Fellinger *et al.*, 2012).

I colloqui con un paziente sordo, perciò, hanno delle caratteristiche particolari che fanno sì che l’interazione tra cliente e professionista necessiti di alcuni accorgimenti. Fellinger e colleghi sottolineano innanzitutto l’importanza del chiedere al paziente quale sia la modalità comunicativa che preferisce: se indica la lingua dei segni, è essenziale che il clinico collabori con un professionista segnante oppure un interprete qualificato. Gli autori poi consigliano di rivolgersi ad un paziente non udente in modo umano e diretto, mantenendo il contatto visivo il più spesso possibile e rendendo esplicita, quando necessaria, la necessità di spostare l’attenzione – ad esempio al computer. Inoltre, è essenziale che il clinico utilizzi un linguaggio semplice, dalle frasi brevi e dai termini concreti e chiari, evitando gergo o astrattismi; dovrebbe poi assicurare al paziente la miglior visuale del suo viso – ad esempio non posizionandosi di fronte ad una fonte di luce, come una finestra o una lampada – in modo tale da permettere alla persona di leggere il labiale con meno difficoltà. È importante, poi, che il clinico comprenda che una buona comunicazione con un paziente sordo richiede più tempo e più pazienza rispetto ai colloqui con un udente, in modo tale da garantire a sé e al suo cliente una seduta di durata ragionevole (Fellinger *et al.*, 2012).

Dal momento che le persone con sordità riferiscono sfiducia, frustrazione e a volte timori nei confronti dei contesti di cura (Steinberg *et al.*, 2006), è fondamentale che il professionista faciliti al massimo la comunicazione con il paziente non udente, poiché sforzi in tale direzione non solo sono apprezzati dal

cliente, ma anche rafforzano l'alleanza terapeutica. Dunque, una collaborazione efficace del clinico con interpreti o con colleghi segnanti migliora sensibilmente la pratica clinica con le persone sorde (Middleton *et al.*, 2010; Dean & Pollard, 2005).

La relazione terapeutica tra clinico udente e paziente sordo

Nonostante le evidenze che dimostrano l'esistenza di un tasso più elevato di disagio psicologico nei sordi rispetto agli udenti, la ricerca ha rilevato che le persone con sordità vanno incontro a diverse difficoltà nel momento in cui provano a rivolgersi ai servizi per la salute mentale (Harris & Bamford, 2001).

Nella loro metanalisi qualitativa, Gill e Fox hanno individuato dieci articoli che indagano o la prospettiva dei pazienti che comunicano attraverso la lingua dei segni ($n = 8$) o il punto di vista di terapeuti udenti o sordi ($n = 2$). La maggior parte di questi lavori di ricerca è stata condotta in America ($n = 6$), mentre i restanti in Inghilterra ($n = 2$), Australia ($n = 1$) e Brasile ($n = 1$).

La sintesi dei due autori fa emergere sette questioni che possono avere un impatto sulla relazione terapeutica: alcune difficoltà emergono addirittura prima che la psicoterapia prenda il via, altre influenzano le interazioni tra paziente e clinico, mentre altre ancora si presentano nel momento in cui una terza parte è coinvolta nella terapia (Gill & Fox, 2012).

1. L'indisponibilità dei servizi

Una prima criticità, evidenziata sia dai clienti che dai terapeuti, emerge prima dell'inizio della terapia, ed è legata ai servizi per la salute mentale. Diversi pazienti riferiscono una grande difficoltà nell'individuare strutture che siano accessibili, arrivando così ad affidarsi ad altri membri della comunità di non udenti per una "consulenza informale" (Steinberg *et al.*, 1998); i terapeuti, d'altra parte, affermano che loro – o il loro paziente – devono intraprendere viaggi anche considerevoli per gli appuntamenti (Thomas *et al.*, 2006).

Questi disagi evidentemente fanno diminuire la probabilità che una persona con sordità si rivolga al servizio – per prevenire queste sfide – oppure fanno sì che il paziente debba investire più tempo e impegno rispetto ad un cliente udente.

2. La comunicazione con il personale

Un secondo aspetto critico che i pazienti riportano prima dell'inizio del lavoro terapeutico si riferisce alla comunicazione con lo staff del servizio per la salute mentale. Nei report indagati da Gill e Fox, i pazienti sottolineano difficoltà già nel momento in cui cercano di contattare lo studio dove il terapeuta lavora (Iezzoni *et al.*, 2004; Munro *et al.*, 2008; Witte & Kuzel, 2000), poiché il servizio non dispone

di quelle attrezzature e non garantisce quegli accorgimenti che possono facilitare la comunicazione con i sordi: il servizio, ad esempio, non è equipaggiato di text-telephone (dispositivo che permette le telefonate con le persone sorde) oppure, come emerge in tre articoli su dieci, i non udenti riportano la frustrazione e l'ansia dovute al fatto che in sala d'attesa lo staff chiama a voce il nome del paziente, che però non può udirlo (Cardoso *et al.*, 2006; Iezzoni *et al.*, 2004; Witte & Kuzel, 2000).

È evidente, dunque, che la comunicazione tra il personale del servizio e il paziente sordo è una questione che dev'essere affrontata all'interno delle strutture, in quanto è davvero probabile che un cliente si crei delle supposizioni sul servizio basate sull'iniziale comunicazione – in questo caso difficoltosa – con lo staff.

3. La comunicazione tra il cliente e il clinico

Un'ulteriore punto critico, evidenziato sia dai terapeuti sia dai pazienti sordi, che emerge nel corso della terapia riguarda la comunicazione tra i due. In tutti e dieci gli articoli selezionati da Gill e Fox, infatti, questo aspetto è sentito come fondamentale dai partecipanti intervistati.

I pazienti, da un lato, riferiscono sia la paura di non riuscire a comunicare in modo efficace con il loro clinico, sia l'ansia dovuta all'impatto che questa difficoltà potrebbe avere nel loro percorso terapeutico (Iezzoni *et al.*, 2004; Steinberg *et al.*, 1998, 2002, 2006). Inoltre, dal loro punto di vista, la soluzione ottimale sarebbe quella di poter intraprendere il percorso psicoterapeutico con un clinico che padroneggia la lingua dei segni (Cardoso *et al.*, 2006; Steinberg *et al.*, 1998, 2002, 2006), per due ordini di motivi: innanzitutto, si possono sentire più a loro agio nell'interagire, ma soprattutto perché in questo caso sperano che il terapeuta abbia più conoscenza e consapevolezza sulla cultura dei non udenti (Steinberg *et al.*, 1998). Per "cultura dei sordi" si intende l'insieme delle norme culturali appartenenti a diverse comunità di persone non udenti, che comprendono la lingua dei segni usata, le credenze sociali e i valori condivisi, l'identità, la storia della comunità e gli atteggiamenti dei suoi membri. Se il clinico udente non comprende o non è a conoscenza di questi aspetti possono emergere difficoltà o rotture nell'alleanza terapeutica o nel lavoro terapeutico.

D'altra parte, tra i clinici emerge un consenso generale sulla percezione che le difficoltà comunicative impattino negativamente sul lavoro terapeutico (Oldale, 2008; Thomas *et al.*, 2006), in quanto comportano frustrazione per il professionista o incomprensioni con il paziente. Emerge, dal punto di vista dei terapeuti, un'ulteriore difficoltà comunicativa: nello studio condotto da Oldale i clinici intervistati sottolineano la presenza di una risposta emotiva più intensa, per sé stessi e per il paziente non udente, dovuta al fatto che la lingua dei segni è visiva (Oldale, 2008). Per comunicare gli eventi, infatti, nella lingua dei segni si descrivono le situazioni passate come se fossero nuovamente presenti, e questa caratteristica della lingua parlata dai non udenti, come ha dimostrato Oldale, ha un impatto

profondamente diverso rispetto alla descrizione verbale degli eventi, con conseguenze sul piano emozionale sia nel cliente che nel terapeuta. Pertanto, se un professionista della salute mentale non è abituato o preparato ad una modalità di comunicazione così visiva può essere emotivamente in difficoltà.

Dunque, la comunicazione appare come un elemento di preoccupazione per entrambe le parti: per quanto riguarda i pazienti, un'incomprensione nelle comunicazioni del clinico è probabile abbia come conseguenza un lavoro inefficace o un disimpegno da parte del paziente; per quanto concerne i terapeuti, invece, le problematiche nella comunicazione possono comportare difficoltà nella formazione dell'alleanza terapeutica e rendere il clinico molto più incerto del lavoro che sta compiendo con il suo paziente (Gill & Fox, 2012).

4. La mancanza di conoscenze

Una quarta difficoltà, descritta da Gill e Fox nella loro metanalisi qualitativa, consiste nella mancanza di conoscenza. Questo aspetto, che emerge in sei articoli su dieci, riguarda il punto di vista dei pazienti sordi e si articola in due diverse sfaccettature: per quanto riguarda la prima, si nota un generale senso di inferiorità percepito dai clienti alla presenza di un clinico udente, poiché riferiscono che utilizza un linguaggio ricco di termini sconosciuti o in traducibili per i sordi (Iezzoni et al., 2004; Munro et al., 2008; Steinberg et al., 2002). Di conseguenza, la percezione riportata dai pazienti è quella di essere visti come inferiori per la loro mancanza di conoscenze e abilità nella lingua verbale (Iezzoni *et al.*, 2004), con conseguenze negative nel percorso terapeutico. La seconda faccia di questa medaglia, invece, riguarda la mancanza di conoscenza – presunta dai pazienti non udenti – nel clinico. I clienti, infatti, credono che il loro terapeuta non abbia sufficienti conoscenze sulla cultura dei sordi (Cohen, 2003; Iezzoni *et al.*, 2004; Munro *et al.*, 2008; Steinberg *et al.*, 2006; Witte & Kuzel, 2000), ma credono anche che generalmente i clinici concettualizzino la sordità in modo patologizzante (Witte & Kuzel, 2000): tutto ciò risulta in una percezione negativa dell'esperienza terapeutica con il conseguente rischio di un distanziamento da parte del cliente.

Dunque, la mancanza di conoscenza potrebbe impattare la relazione terapeutica se il paziente sordo percepisce un senso di inferiorità o se pensa che il suo terapeuta non abbia una conoscenza sufficiente della cultura dei non udenti.

5. La percezione del paziente dei sentimenti del suo terapeuta

Un quinto aspetto critico che può influenzare la relazione terapeutica è legato a come i pazienti percepiscono i sentimenti di un clinico che lavora con un cliente che comunica tramite la lingua dei segni. In sette articoli su dieci, i pazienti hanno riferito di pensare che il loro psicoterapeuta si sentisse

a disagio (Witte & Kuzel, 2000), che potesse avere una visione negativa delle persone con sordità (Steinberg *et al.*, 2002, 2006), che si sentisse nervoso o irritato (Cardoso *et al.*, 2006), o che nutrisse dei pregiudizi verso di loro (Steinberg *et al.*, 1998) e infine che ritenesse che ai pazienti con sordità non importi della propria salute (Iezzoni *et al.*, 2004). Questo aspetto è piuttosto critico poiché, come sostenuto da Cohen, l'atteggiamento che il terapeuta assume verso la sordità del suo paziente è uno dei fattori più importanti per la creazione di una relazione terapeutica solida. Secondo l'autore, ciò è legato alla storia dei non udenti, in quanto possono aver sperimentato atteggiamenti negativi da parte dei propri genitori verso la sordità del loro bambino (Cohen, 2003).

Questo fattore è affascinante poiché il punto di vista dei clinici lo conferma: diversi studi hanno fatto emergere che i terapeuti che lavorano con persone non udenti descrivono il lavoro come più complesso e due volte più lungo, confidando poi una certa riluttanza nel prendere in carico un paziente che comunica via lingua dei segni, però per motivazioni differenti da quelle percepite dai clienti, ovvero la mancanza di esperienza e di risorse (Oldale, 2008; Thomas *et al.*, 2006). In ogni modo, sembra che i pazienti con sordità riescano a percepire alcuni dei sentimenti negativi che può provare il loro terapeuta, e ciò può costituire un rischio per la formazione e il mantenimento di una buona alleanza terapeutica. Inoltre, poiché questa difficoltà è emersa in moltissimi lavori di ricerca, è possibile pensare che sia un problema comune a diversi centri per la salute mentale in vari Paesi (Gill & Fox, 2012).

6. La presenza di un interprete

Il penultimo elemento ricavato dalla metanalisi di Gill e Fox (2012) riguarda l'ingresso di una terza parte nella terapia: il ricorso ad un interprete. Quando, infatti, un interprete di lingua dei segni viene coinvolto nel processo terapeutico, l'alleanza tra clinico e paziente ne risulta significativamente influenzata.

Dal punto di vista dei pazienti, nonostante apprezzino la presenza di un traduttore qualificato (Cohen, 2003; Iezzoni *et al.*, 2004; Munro *et al.*, 2008; Steinberg *et al.*, 2002; Witte & Kuzel, 2000), questa situazione comporta tre grossi problemi: in primo luogo, emergono delle preoccupazioni che possono impattare direttamente sulla libertà di espressione del paziente in seduta. Timori riguardanti la riservatezza, dati dalle piccole dimensioni della comunità di sordi (Steinberg *et al.*, 1998), dubbi nei confronti della competenza dell'interprete (Steinberg *et al.*, 1998) e la preoccupazione che non trasmetta l'intero messaggio al clinico (Witte & Kuzel, 2000) possono tutti limitare ciò che i pazienti sono disposti a confidare in seduta. In secondo luogo, le difficoltà pratiche che emergono nel tentativo di coinvolgere un traduttore possono alla fine portare i pazienti non udenti ad abbandonare la terapia. Lo studio di Steinberg *et al.* (2002) ha portato alla luce che i pazienti da loro intervistati hanno dovuto attendere più a lungo per iniziare il loro percorso di terapia, in quanto il ricorso ad un interprete

comportava inevitabili ritardi; mentre altri lavori di ricerca hanno rilevato che gli aspetti più pratici riguardanti l'assunzione di un traduttore – incluso il pagamento per i suoi servizi – possono creare un disagio nei pazienti con sordità, con la conseguenza che alcuni di loro abbandonino la terapia (Steinberg *et al.*, 2002; Witte & Kuzel, 2000). Infine, terzo e ultimo inconveniente, nella stanza di terapia la presenza di un interprete ostacola il rapporto tra paziente e clinico. I clienti non udenti, infatti, riportano che i terapeuti osservano più a lungo il traduttore che loro (Iezzoni *et al.*, 2004), o che a volte i clinici veicolano il messaggio implicito che l'interprete sia a beneficio esclusivo del paziente, anziché della coppia (Steinberg *et al.*, 2006): entrambe queste situazioni, descritte dai clienti non udenti come frustranti, possono potenzialmente minare la relazione terapeutica.

Al contrario dei pazienti, che menzionano queste questioni frequentemente, i terapeuti accennano raramente al ricorso ad un traduttore tra i possibili elementi di difficoltà nel percorso terapeutico: solo nell'articolo di Thomas *et al.* (2006) i clinici intervistati fanno riferimento agli interpreti limitatamente alla loro scarsa disponibilità e alla sensazione di disagio nell'affidarsi a loro per trattare il paziente non udente. Ciononostante, gli studi esaminati da Gill e Fox nel loro insieme provano la presenza di difficoltà in questo aspetto, che devono essere affrontate (Gill & Fox, 2012).

7. I familiari e gli amici del cliente non udente

Il settimo e ultimo elemento critico, che può influenzare la relazione terapeutica, è sempre dovuto alla presenza di terzi, ovvero la famiglia e gli amici del paziente. Il problema sorge nel momento in cui sono coinvolti come interpreti informali durante la psicoterapia.

La maggior parte dei pazienti non udenti riferisce che ciò causa davvero molti disagi: sostengono che questo tipo di traduzione è inadeguata (Iezzoni *et al.*, 2004) e incrina la loro fiducia che le proprie parole siano trasmesse fedelmente (Witte & Kuzel, 2000) e in maniera confidenziale (Steinberg *et al.*, 2006; Witte & Kuzel, 2000) al loro terapeuta; tutto ciò limita cosa sono disposti a rivelare in terapia (Cohen, 2003). Steinberg e colleghi, addirittura, riportano casi in cui il paziente ha sperimentato un senso di isolamento nel corso della terapia, dovuto al fatto che un familiare vi è coinvolto come interprete (Steinberg *et al.*, 2006).

Anche i terapeuti, come riportato da Thomas e collaboratori, comprendono che affidarsi a qualche familiare del paziente per la traduzione della lingua dei segni può compromettere non solo la sua riservatezza, ma anche una comprensione efficace e priva di bias del mondo interno del cliente sordo (Thomas *et al.*, 2006). Tuttavia, nonostante le difficoltà evidenziate da clinici e pazienti nel ricorrere a familiari o amici come interpreti durante il percorso terapeutico, gli studi dimostrano che i servizi per la salute mentale continuano ad utilizzare amici o parenti come sostituti – inadeguati – di interpreti qualificati nella lingua dei segni (Gill & Fox, 2012).

Indicazioni pratiche

Le sette aree individuate da Gill e Fox come possibili elementi critici alla formazione di una relazione terapeutica tra un paziente che comunica tramite lingua dei segni e un clinico udente hanno dei risvolti pratici. Innanzitutto, i due autori sostengono che il terapeuta dovrebbe acquisire informazioni e consapevolezza circa le difficoltà che il suo paziente non udente affronta nel momento in cui accede al servizio per la salute mentale, ed eventualmente esplorare i preconcetti che può averne ricavato. È auspicabile, inoltre, che il clinico sia più consapevole anche del proprio linguaggio non verbale, utilizzandolo per facilitare un'alleanza con il paziente: non distrarsi dalla presenza dell'interprete ma mantenere il contatto visivo con il paziente e assicurargli le migliori condizioni affinché possa leggere il labiale più facilmente sono solo due esempi di accorgimenti che possono far sentire il paziente con sordità più considerato e compreso. È emerso dai report dei partecipanti non udenti, poi, che qualsiasi tentativo del clinico di comunicare direttamente con loro – ad esempio imparando a segnare qualche saluto o lo spelling dei loro nomi – è profondamente apprezzato: potrebbe essere un modo per consolidare l'alleanza terapeutica che lentamente si sta formando. Gill e Fox, poi, suggeriscono che qualora si coinvolga un traduttore segnante, il clinico dovrebbe assicurarsi non solo della sua qualifica, ma anche che il paziente non lo conosca e che l'interprete sia disponibile per tutta la durata del percorso terapeutico.

È inoltre molto auspicabile che il terapeuta si informi sulla cultura dei sordi, acquisendo quelle conoscenze e consapevolezze che lo aiuteranno a contatto con il paziente. Un ultimo, importante consiglio è legato al bisogno di supporto che il clinico necessita: è importante, dunque, che possa ricorrere a dei supervisori, con la consapevolezza però che potrebbero non essere adeguatamente preparati ad una situazione come quella in oggetto (Gill & Fox, 2012). Tutte queste raccomandazioni, secondo gli autori, possono contribuire alla formazione di una solida alleanza terapeutica e aiutare i clinici qualora si sentano sperduti mentre lavorano con un paziente che comunica tramite la lingua dei segni.

SECONDO CAPITOLO

Proprio come gli udenti, anche le persone con sordità possono maturare la necessità di rivolgersi a dei professionisti per la salute mentale, ma è soltanto negli ultimi trent'anni che in vari Paesi sono comparsi i primi servizi specializzati per i non udenti, dove il personale padroneggia la lingua dei segni del luogo e possiede una certa familiarità con gli aspetti biologici, culturali ed emotivo-comportamentali della sordità (Fusick, 2008; Leigh & Andrews, 2016; Vernon & Leigh, 2007; Wilson & Schild, 2014). L'introduzione della figura di un interprete, infine, ha permesso una comunicazione molto più fluida tra clinico e paziente: sono pochi, infatti, i terapeuti che hanno le competenze necessarie per proporre una terapia esclusivamente in lingua dei segni (Levinger, 2020).

Tuttavia, nonostante la crescente realtà di psicoterapie condotte mediante un interprete, pochi studi hanno indagato le dinamiche particolari che si instaurano all'interno della triade nella stanza di terapia (Brunson & Lawrence, 2002; Cornes & Napier, 2005; Harvey, 1984). Ciò che è evidente, però, è che il successo del trattamento richiede una buona collaborazione tra clinico e traduttore (De Bruin & Brugmans, 2006).

La relazione professionale tra lo psicoterapeuta e l'interprete

Lo psicoterapeuta Ed de Bruin e la traduttrice di lingua dei segni Petra Brugmans collaborano da diversi anni per permettere alle persone non udenti di intraprendere un percorso terapeutico presso il Northwest Netherlands Mental Health Centre for the Deaf and Partially Hearing (Mentrum Community Mental Health Institute), Amsterdam.

I due professionisti descrivono una scissione tra i clinici per quanto riguarda la presenza di un traduttore di lingua dei segni nelle sedute con un cliente non udente: mentre molti ritengono sia una soluzione ottimale, tanti altri riferiscono possa costituire un ostacolo al percorso terapeutico, poiché comporta nel terapeuta la percezione di perdita di contatto diretto col proprio paziente, il rischio che l'interprete nelle sue traduzioni modifichi involontariamente il messaggio che dovrebbe veicolare, ma anche dei timori per lo sviluppo di diversi fenomeni – tanto possibili quanto indesiderati – che caratterizzano la terapia, come ad esempio la comparsa di coalizioni o di sentimenti transferali verso il traduttore (Mahler & Waters, 1984; Bot, 1998).

Nonostante queste ragionevoli argomentazioni, i due autori – in luce della loro esperienza di collaborazione professionale – sostengono fermamente che lavorare con un paziente sordo tramite un interprete sia possibile, e che anzi tanto più la relazione professionale tra il clinico e il traduttore è funzionale, allora tanto più si genererà un cosiddetto “potere terapeutico” nella seduta (De Bruin & Brugmans, 2006). Poiché tutto ciò dipende in gran parte dalla collaborazione tra i due professionisti,

entrambi devono essere consapevoli di quelle dimensioni che cambiano profondamente la natura della loro relazione.

1. Una concezione condivisa del ruolo del traduttore

La prima questione, di base e fondamentale, in qualsiasi collaborazione tra clinico e interprete riguarda il ruolo che quest'ultimo assume all'interno del contesto di cura. De Bruin e Brugmans (2006) sostengono sia fondamentale che i due professionisti si confrontino apertamente su questo aspetto prima di iniziare la collaborazione con un paziente, poiché anche una minima mancanza di chiarezza o accordo nelle rispettive concezioni può generare tensioni e/o attriti alla lunga dannosi per il percorso psicoterapeutico del cliente.

Se, ad esempio, un terapeuta propone un intervento e il traduttore riporta al paziente una dettagliata spiegazione dell'obiettivo di quell'intervento, l'azione terapeutica del clinico potrebbe risultare inefficace, con grande sconforto del terapeuta e a danno del paziente (De Bruin & Brugmans, 2006). Questo esempio illustra come la concezione del clinico – che vede il traduttore come un mediatore imparziale – non collima con quella dell'interprete – che pensa al suo ruolo come indipendente e dotato di autonomia decisionale – creando così un attrito che può inficiare negativamente una seduta.

2. Un interpretariato flessibile

I diversi setting psicoterapeutici comportano differenti richieste al traduttore: il suo lavoro e la sua presenza, infatti, devono modellarsi in base ai vari contesti esistenti nei centri di salute mentale.

Nelle terapie individuali la presenza dell'interprete può consentire al clinico una diagnosi più accurata del disagio vissuto dal suo cliente con sordità, soprattutto quando mostra espressioni facciali, un linguaggio non verbale o un dialetto che il terapeuta non riesce del tutto a inquadrare: il traduttore può permettere una comprensione più accurata che permetterà la formulazione di una diagnosi precisa.

Nel contesto delle terapie di coppia, invece, il clinico udente alla presenza di due partner con sordità si ritrova in una situazione complessa, dove deve fare i conti con le particolarità nell'uso della lingua dei segni che si sviluppano in una coppia, ma anche con le differenze culturali esistenti tra udenti e sordi e – talvolta – persino con le differenze linguistiche tra i due clienti. L'interprete, in questo contesto, può essere un valido aiuto nel chiarire alcuni aspetti non verbali della lingua dei segni o delle espressioni facciali dei due partner, che possono coadiuvare il lavoro del terapeuta; oppure può indicare la necessità di un adattamento del clinico al livello linguistico della coppia.

Anche una terapia familiare, con un nucleo di persone misto tra udenti e sordi, comporta delle richieste peculiari al clinico e al traduttore. La prima questione che emerge riguarda il concreto posizionamento dell'interprete nella famiglia: il suo posto dev'essere a beneficio dei non udenti presenti, ma non deve

portare il conduttore a ritrovarsi seduto tra i suoi clienti. Un altro aspetto da considerare, poi, è legato alla possibilità che i familiari normoudenti si oppongano alla presenza estranea del traduttore nelle sedute, ostacolando così l'avanzamento del lavoro terapeutico (Harvey, 1989). Infine, nelle terapie familiari, il clinico e l'interprete devono riuscire a coordinarsi nelle rispettive funzioni: se il terapeuta, nel corso della seduta, ricorre a qualche tecnica visuale o fisica – che può comportare un cambiamento nelle posizioni dei clienti – il traduttore dovrà adattarsi al nuovo setting e trovare il nuovo posto più funzionale per il suo ruolo (De Bruin & Brugmans, 2006).

Anche le terapie di gruppo con pazienti non udenti hanno delle particolarità. Innanzitutto, moltissimi gruppi di psicoterapia avranno al loro interno pazienti che si conoscono già, dato che nella comunità di non udenti le persone sono fondamentalmente sempre insieme le une alle altre: di conseguenza, assicurare un senso di riservatezza nel gruppo è un aspetto cruciale che dipende moltissimo dalla relazione tra clinico e traduttore, la quale deve essere di esempio per i membri del gruppo. De Bruin e Brugmans (2006) sostengono, in base alla loro esperienza clinica, che per creare un senso di sicurezza e di riservatezza in primo luogo il clinico e l'interprete devono chiarire nella prima seduta di gruppo i rispettivi ruoli: nella pratica, il terapeuta renderà chiaro fin dal principio che è lui, e non l'interprete, il conduttore del gruppo di terapia. In secondo luogo, discuteranno degli standard di riservatezza e di privacy che ogni membro dovrà rispettare: è fondamentale rimarcare questo aspetto perché le persone con sordità ne sono estremamente sensibili, data la consapevolezza di come possono diventare oggetto di gossip nella stretta comunità di non udenti. In terzo luogo, per migliorare la percezione di sicurezza dei pazienti, è importante che il traduttore mostri sempre un “comportamento di gruppo inequivocabile” (De Bruin & Brugmans, 2006). Per riuscire a fare ciò, l'interprete nelle conversazioni deve *in primis* evidenziare chi ha la parola – ad esempio chiamando il nome della persona e indicandolo; deve poi assicurarsi di guardare ogni membro del gruppo individualmente mentre traduce in lingua dei segni, poiché altrimenti alcuni pazienti potrebbero sentirsi meno coinvolti ed estraniarsi dagli scambi comunicativi; infine deve cogliere sempre se qualche paziente sta aspettando di poter dire qualcosa che venga tradotto agli altri membri.

3. La coesione tra il clinico e l'interprete segnante

Dal momento che il successo della terapia con un paziente sordo mediata da un traduttore dipende dalla sua collaborazione con il terapeuta, è auspicabile che i due professionisti siano entrambi orientati all'obiettivo di rendere il loro rapporto lavorativo il più fluido possibile.

a. I confronti prima e dopo la seduta con il paziente

De Bruin e Brugmans (2006), cercando di elaborare un modello di collaborazione che garantisca giustizia e pari status alla professionalità tanto del clinico quanto dell'interprete, sono giunti alla

conclusione che hanno un'importanza fondamentale i *meeting* pre- e post-seduta tra il terapeuta e il traduttore.

L'obiettivo del confronto prima di incontrare il paziente è quello di vagliare le precedenti sedute e valutare i bisogni comunicativi di quel cliente: i due professionisti, quindi, valuteranno la modalità linguistica da adottare, il livello comunicativo posseduto da quel paziente, l'obiettivo della sua prossima seduta, gli interventi che potrebbe prevedere il clinico e come devono essere tradotti dal collega, e soprattutto come possono comunicare su questi aspetti durante l'incontro con il paziente.

Lo scopo del confronto post-seduta, invece, è quello di dare ai due professionisti il modo di concludere la terapia appena svolta sia tecnicamente che emotivamente. I temi che traduttore e clinico potrebbero trattare riguardano quindi la cooperazione tra loro, la qualità delle interpretazioni fornite, ma anche aspetti comunicativi e/o comportamentali del paziente che potrebbero necessitare attenzione clinica. Questo confronto, come sottolineano gli autori, ha un vantaggio secondario molto importante: grazie a questa collaborazione continua, i due professionisti possono acquisire sempre più familiarità con le modalità lavorative dell'altro, rafforzando in tal modo la loro fiducia e la loro coesione lavorativa (De Bruin & Brugmans, 2006).

b. La disposizione del clinico e del traduttore

Come sostenuto da De Bruin e Brugmans, questo aspetto è di cruciale importanza per dimostrare al paziente non udente che il conduttore della terapia è il clinico: difatti, dal momento che è l'interprete ad avere un contatto più diretto con lui, c'è il rischio che il cliente si rivolga maggiormente al traduttore che al suo terapeuta.

Dunque, i due autori sostengono che la disposizione più adeguata per la triade nella stanza di terapia sia quella che riserva all'interprete una posizione non troppo preminente, ma che al contempo assicura al paziente con sordità una visuale sia del clinico che del traduttore contemporaneamente. Tutto questo si traduce, concretamente, nel far sedere l'interprete di fianco al clinico, ma leggermente indietro (De Bruin & Brugmans, 2006).

Tuttavia, i due autori precisano che molto in realtà dipende da quanto affiatati sono i due professionisti: se la loro cooperazione è efficace e ricca di fiducia reciproca, le loro interazioni saranno più naturali e il paziente istintivamente avrà la consapevolezza di chi conduce la terapia.

La gestione delle dinamiche e dei fenomeni terapeutici

Un percorso psicoterapeutico, tanto con un paziente udente quanto con una persona con sordità, prevede in genere lo sviluppo di una serie di "fenomeni periferici" (De Bruin & Brugmans, 2006), intrinseci alla terapia. Molti di questi possono provocare nei due professionisti sentimenti intensi come

confusione, risentimento, compassione o frustrazione, ma mentre i terapeuti nel corso della loro formazione personale e professionale imparano come tollerare queste forti attivazioni emotive, gli interpreti che lavorano nell'ambito della salute mentale non possiedono le conoscenze e competenze necessarie per riconoscerli e gestirli (De Bruin & Brugmans, 2006).

Le dinamiche che possono svilupparsi durante una terapia mediata da un interprete della lingua dei segni riguardano i sentimenti transferali e controtransferali, la creazione di coalizioni, la sensazione di essere esposti ad una terza persona presente, nonché il meccanismo descritto da Bowen (1978) attuato allo scopo di abbassare il livello di stress emozionale.

1. Transfert e controtransfert

Un primo “fenomeno periferico”, tanto comune quanto discusso, riguarda i sentimenti transferali e controtransferali (Freud, 1936/1994). Già critici nelle psicoterapie che coinvolgono solo terapeuta e cliente, nel momento in cui è richiesta la presenza di un interprete questi movimenti emotivi diventano ulteriormente complessi.

Nel momento in cui, infatti, il clinico riesce a gestire efficacemente il transfert del paziente, il traduttore – nella sua posizione neutra ma al contempo nel bel mezzo degli scambi emotivi tra terapeuta e cliente con sordità – può diventare il target del meccanismo descritto da Freud. Oltretutto, l'interprete può essere ulteriormente messo alla prova dalle emozioni che vive nel percorso del paziente (DeMatteo *et al.*, 1986), rischiando così un sovraccarico emotivo che non è stato formato per gestire, con possibili risvolti negativi per il percorso terapeutico del cliente. Di conseguenza, eventuali questioni legate ai fenomeni di transfert e controtransfert devono essere trattati nei meeting pre- e post-seduta e in eventuali supervisioni, che coinvolgano il terapeuta e il traduttore congiuntamente (De Bruin & Brugmans, 2006).

2. Coalizioni e alleanze

La formazione di coalizioni è stata studiata da molti ricercatori in diversi contesti, anche nei servizi per la salute e in psicoterapia (Bowen, 1978; Flaskas, 2012; Greene & Adelman, 2013). Questi studi hanno fatto emergere una tendenza innata, nelle triadi, a creare coalizioni di due membri contro uno. Inoltre, Tribe e Thompson hanno dimostrato che il potere e il controllo sono due aspetti significativi nella costruzione delle alleanze (Tribe & Thompson, 2009): nel contesto di cura, le esperienze di vita precedenti dei tre membri della triade – la persona non udente, il clinico e l'interprete – riguardanti queste due dimensioni possono essere riprodotte all'interno della terapia (Levinger, 2020).

a. La coalizione tra clinico e interprete contro il paziente non udente

Un'alleanza tra i professionisti udenti a discapito del cliente con sordità può essere ricollegata a due motivi: in primo luogo, potrebbe essere che i tre membri della triade stiano inconsapevolmente portando nella stanza di terapia le loro esperienze di vita. L'appartenenza ad una minoranza modifica la percezione del paziente non udente, che senza esserne cosciente pone sé stesso nel ruolo che conosce da sempre: ovvero, la minoranza debole contro i due forti individui udenti (Levinger, 2020).

Questa coalizione, poi, può essere ricondotta ai ruoli che ciascun membro della triade assume nel contesto di cura: il paziente da un lato e traduttore e terapeuta dall'altro (Tribe & Thompson, 2009). L'interprete, in un'alleanza di questa natura, ha un ruolo cruciale nel rafforzarla o meno, poiché potrebbe decidere involontariamente di prendere le parti del clinico, anziché del paziente. Questa posizione inconscia potrebbe creare una percezione nel paziente di debolezza, poiché il potere resta nella coppia coalizzata (Levinger, 2020).

b. La coalizione tra paziente e traduttore contro il terapeuta

La coalizione che esclude il clinico è resa possibile dal rapporto speciale che può formarsi tra l'interprete e il cliente, dovuto al fatto che condividono la stessa lingua e sono legati alla stessa comunità, quella dei non udenti (Cokely, 2005).

Questa dinamica è vissuta come nuova sia dal paziente che dal terapeuta. Il primo vive la percezione di far parte della maggioranza, a differenza di ciò che avviene all'esterno della stanza di terapia: può, di conseguenza, sperimentarsi in questa nuova percezione di potere oppure cercare di far sentire al mondo udente (che il clinico rappresenta) l'esperienza di debolezza che ha accompagnato la sua vita. Il terapeuta, d'altro canto, essendo abituato al ruolo di conduttore può sentirsi in difficoltà e la sua efficacia professionale potrebbe perdere qualità (Levinger, 2020).

c. La coalizione tra terapeuta e paziente contro l'interprete

L'ultima possibile alleanza è quella che lega il clinico e il cliente non udente. Questa coalizione può essere dovuta allo speciale rapporto terapeutico che lega i due membri della triade, che comporta un senso di vicinanza e intimità emotiva (Horvath *et al.*, 2011).

Inoltre, poiché l'alleanza terapeutica è alla base non solo del successo della terapia, ma anche del percorso stesso del paziente, il grande investimento del terapeuta nel suo rapporto con il paziente potrebbe lasciare escluso l'interprete (Levinger, 2020).

Questa dinamica è particolarmente complessa per quei traduttori che varcano la soglia della stanza di terapia con la convinzione che tutto dipenda dalla loro presenza: ritrovarsi esclusi potrebbe scatenare nell'interprete dei sentimenti che rischiano di ostacolare il percorso terapeutico del paziente (Cornes & Napier, 2005; Vernon & Miller, 2001).

d. La percezione del potere nelle tre coalizioni

La percezione del potere può influenzare la formazione di alleanze nella triade (Tribe & Thompson, 2009). Dato che ciascuno dei tre membri può percepire un senso di potere in varie situazioni del percorso terapeutico, sono diversi gli scenari che possono emergere nella stanza di terapia.

Il paziente con sordità potrebbe acquisire questa percezione di supremazia sugli altri due membri della triade attuando due diversi comportamenti. Per controllare il suo terapeuta potrebbe rifiutarsi di confidare il contenuto dal più forte valore terapeutico, impedendo in tal modo al clinico di comprendere il mondo interno del suo cliente e di fornirgli l'aiuto di cui ha bisogno (Farber *et al.*, 2004; Hall & Farber, 2001); per ottenere il controllo sul traduttore, invece, il paziente potrebbe minare la sua capacità di tradurre i messaggi con precisione, così da non essere sufficientemente compreso (Levinger, 2020). Tuttavia, questo senso di potere ha un costo: il controllo sul clinico e l'interprete esercitato dal paziente potrebbe portare alla formazione di una coalizione tra i due professionisti.

Anche l'interprete può sentire di possedere molto potere nella stanza di terapia: in fondo, su di lui dipende l'effettiva comunicazione tra paziente e clinico. Oltretutto, poiché la qualità degli scambi tra il terapeuta e il cliente non udente è alla base di un lavoro terapeutico efficace, l'accuratezza o meno del traduttore può permettere, o al contrario ostacolare, la formazione di una solida alleanza terapeutica tra clinico e paziente (Levinger, 2020): è subito evidente, perciò, la rilevanza del suo ruolo.

Il clinico, invece, è il conduttore degli incontri, colui che possiede la formazione, la tecnica e la possibilità di aiutare il paziente: è la persona presente che manovra il timone della terapia. Tuttavia, nel momento in cui emerge la necessità di ricorrere ad un interprete, la dipendenza su un altro professionista può creare nel terapeuta una sensazione di perdita dell'usuale controllo che ha sulla situazione: questo può comportare un innalzamento del livello di stress nel clinico, rischiando così di ridurre la qualità del suo lavoro (Levinger, 2020).

3. L'esposizione ad una terza persona

Un ulteriore "fenomeno periferico" (De Bruin & Brugmans, 2006) che può svilupparsi nella terapia con un paziente con sordità è legato al fatto che ciascuno dei membri della triade è esposto ad una terza persona, percepita come un'ospite che osserva dall'esterno. Già la psicoterapia tra due persone che parlano la stessa lingua richiede al paziente di disvelarsi profondamente: nel momento in cui, invece, anche un terzo membro è presente, ciascuno dei tre è sotto due paia di occhi, uno dei quali – che è esterno allo scambio diadico momentaneo – può scrutare con distacco e maggiore attenzione (Levinger, 2020).

a. Nel paziente

L'essere osservato comporta varie sfide per il paziente con sordità. Innanzitutto, fattori come il sesso e l'età del cliente (Cottone *et al.*, 2002), del terapeuta e dell'interprete (Levinger, 2020) possono influenzare il modo in cui il paziente affronta questo senso di esposizione: può reagire in maniera diversa ad una donna piuttosto che un uomo che lo sta osservando, così come ad una persona più giovane o più anziana. Levinger (2020) propone che queste differenze siano riconducibili alla storia del paziente, che può essere inconsciamente replicata in terapia.

Una sfida anche maggiore per il paziente è costituita dallo sguardo del terapeuta su di lui nel momento in cui comunica con l'interprete, poiché in quegli istanti il cliente non ha il controllo su ciò che viene riportato al clinico. La posizione in cui si ritrova il paziente – con la sensazione di essere a nudo e potendosi affidare solamente alla correttezza della traduzione – non è assolutamente facile.

La sua situazione, poi, è ulteriormente complicata nei casi in cui il cliente non conosce bene l'interprete o non è stato lui a selezionarlo. Questa sensazione di essere esposto può arrecare un così forte disagio nel paziente da impedirgli di riuscire a comunicare aspetti personali importanti, ostacolando così il proprio percorso terapeutico (Porter, 1999).

Anche nel caso in cui l'interprete abbia legami stretti con la comunità di non udenti e conosca numerosi suoi membri, il cliente potrebbe trovarsi in difficoltà nell'esporsi con quel traduttore, per il timore che qualche aspetto confidenziale trattato in terapia trapeli tra i conoscenti con sordità. Perciò, può risultare molto più semplice per lui disvelarsi con qualcuno di estraneo (Levinger, 2020).

b. Nel terapeuta

Anche il terapeuta deve affrontare la realtà di essere esposto all'osservazione dell'interprete: essendo presente nella stanza di terapia ma non come paziente, infatti, il traduttore è libero di osservare la capacità del clinico (De Bruin & Brugmans, 2006). È probabile, inoltre, che lavorando nell'ambito della salute mentale, l'interprete conosca altri terapeuti e trasmetta, consciamente o inconsciamente, la sua personale valutazione sul clinico in confronto agli altri.

Naturalmente anche il cliente osserva il terapeuta e potrebbe scrutare le sue competenze, ma in questo caso l'esposizione è meno penetrante perché molto spesso i pazienti non sono disposti a mettere in discussione la preparazione del loro psicoterapeuta: essendo completamente immersi dentro il rapporto terapeutico, la dipendenza che li lega al proprio clinico impedisce loro di valutare la sua prestazione lavorativa (Levinger, 2020).

c. Nell'interprete

L'interprete è esposto tanto allo sguardo del terapeuta quanto a quello del paziente. Poiché lo sguardo del primo è di un professionista nell'ambito della salute mentale, il traduttore può nutrire il timore che

il clinico riesca a capire anche il suo mondo interno, anziché limitarsi a quello del paziente con sordità (Dean & Pollard, 2001). Oltretutto, Levinger sottolinea che le osservazioni del terapeuta durante gli scambi comunicativi tra l'interprete e il cliente possono far intravedere il mondo interno del traduttore, facendolo così sentire esposto e a nudo, ma non per sua decisione (Levinger, 2020).

Questa situazione è ben diversa rispetto a quella in cui gli interpreti sono abituati a lavorare, ovvero ai margini degli eventi (De Bruin & Brugmans, 2006). Perciò, in questa particolare terapia, il traduttore dovrà destreggiarsi in una posizione ambigua: imparziale e distaccata da un lato, ma fedele ed empatica dall'altro. Mantenendo questa professionalità, non influenzerà le dinamiche tra il terapeuta e il paziente (Levinger, 2020).

L'interprete, però, è esposto anche agli occhi del cliente con sordità. Nonostante ne sia abituato – dal momento che ciò avviene anche negli altri incarichi – questo aspetto nel contesto psicoterapeutico acquisisce una potenza unica. Poiché il paziente si trova in una situazione emotivamente molto delicata, esaminerà molto attentamente il traduttore nel suo lavoro, perché è essenziale che il suo messaggio sia veicolato al terapeuta in modo preciso e fedele: l'interprete, così, si ritrova scrutato ed esposto (Levinger, 2020).

4. I triangoli di Bowen

Le dinamiche interne alla triade in oggetto possono essere analizzate tramite il concetto elaborato da Murray Bowen all'interno della terapia familiare: la triangolazione (Bowen, 1978; Crossno, 2011). Secondo l'autore, la struttura triangolare costituisce il più piccolo sistema relazionale stabile (Bowen, 1978): perciò, nel momento in cui in una coppia i livelli di stress e tensione si alzano particolarmente – fino a diventare ingestibili – i due membri ricercano una terza persona da inserire nella relazione, formando così un triangolo. Questo processo ha l'obiettivo di dividere la tensione tra i tre membri, riducendo in questo modo l'intensità dello stress che ciascuno di loro dovrà tollerare.

Levinger (2020) cala questa dinamica nella triade formata dal paziente non udente, il clinico e l'interprete di lingua dei segni, con tre possibili sfaccettature.

In primo luogo, il percorso terapeutico può generare tanto nel cliente quanto nel terapeuta emozioni stressanti, dovute al fatto che nelle sedute si affrontano temi dolorosi. È probabile, perciò, che uno dei due (o entrambi) coinvolgano l'interprete in quanto unica altra persona disponibile: di conseguenza, il traduttore, travolto da questo processo emozionale, può rischiare di perdere la propria obiettività e ritrovarsi in difficoltà nel portare a termine il suo compito nella stanza di terapia.

Una seconda situazione possibile è quella che vede l'emergere di tensioni e/o competizione tra il clinico e l'interprete: i due professionisti, infatti, dipendono l'uno dall'altro e in un contesto così particolare

questo rapporto potrebbe comportare il bisogno, in uno o in entrambi, di avere il controllo. Dunque, quando lo stress aumenta eccessivamente, il cliente viene coinvolto per formare un triangolo: la conseguenza è che i bisogni del paziente sono messi da parte per andare incontro alla necessità dei due professionisti di ridurre il livello di tensione, con risvolti negativi per il percorso di cura del cliente.

Infine, il terzo possibile caso riguarda la diade paziente-interprete. I due, infatti, sono legati l'uno all'altro per via della condivisione della lingua e dei rapporti con la comunità di non udenti: questi due aspetti, così come possono portare ad un'alleanza, possono altresì comportare stress e ansia – dovute al fatto che la riservatezza che deve caratterizzare la terapia venga meno e gli argomenti toccati trapelino nella comunità di sordi. Dunque, triangolare con il terapeuta può diminuire questo senso di vicinanza, riducendo il rischio temuto da entrambi (Levinger, 2020).

Conclusione

Per il successo del percorso terapeutico di un paziente non udente che richiede un interprete è fondamentale che il clinico e il traduttore abbiano costruito una solida collaborazione, resa possibile da una concezione condivisa del ruolo dell'interprete e fondata sulla comunicazione e sulla fiducia tra i due professionisti (De Bruin & Brugmans, 2006).

La presenza di un interprete nella terapia di un paziente che comunica attraverso la lingua dei segni, però, può comportare diversi processi inconsci. Può non essere possibile impedire la loro comparsa, ma se il terapeuta e il traduttore sono consapevoli della loro eventualità saranno più preparati a gestire i possibili effetti negativi per il percorso del paziente.

Tuttavia, Levinger (2020) sottolinea che a causa della natura inconscia di questi “fenomeni periferici” è raccomandato un supporto professionale continuo per il terapeuta e l'interprete – insieme o individualmente – al fine di aiutare i due professionisti ad identificare queste possibili dinamiche insidiose e ad affrontarle efficacemente, in modo tale da garantire un buon interpretariato e un buon percorso terapeutico al paziente che comunica in lingua dei segni.

TERZO CAPITOLO

L'interpretariato in lingua dei segni è cognitivamente molto impegnativo, per via della sua doppia modalità comunicativa: orale e visuo-gestuale anziché solo orale (Macnamara, 2012).

Du Feu e Chovaz (2014) affermano che ricorrere ad un interprete della lingua dei segni è l'accorgimento più raccomandabile nel momento in cui un paziente non udente si rivolge a dei professionisti per la salute mentale che non sanno segnare. Così gli interpreti, nei contesti di cura, permettono la comunicazione fra i pazienti con sordità e i professionisti: hanno, perciò, un ruolo fondamentale nella costruzione di un'alleanza terapeutica positiva (Chatzidamianos *et al.*, 2019).

Ciononostante, nella letteratura le ricerche che esplorano la percezione degli interpreti in riferimento al loro prezioso ruolo nelle terapie con pazienti non udenti sono molto limitate.

Il gruppo di ricerca di Chatzidamianos ha intervistato sette traduttori di lingua dei segni (di cui sei donne e un uomo) per indagare la loro esperienza di interpretariato con pazienti con sordità e terapeuti udenti, al fine di esplorare come influenzano la formazione dell'alleanza terapeutica. Le analisi dei report hanno rivelato due temi sovraordinati: “nutrire il triangolo della cura” e “visione e conoscenze condivise”. Queste due dimensioni si compongono di altri sottotemi (Chatzidamianos *et al.*, 2019).

Nutrire il triangolo della cura

Il primo tema fa riferimento all'importanza che la collaborazione e la fiducia hanno nella triade in un contesto di cura, e contiene in sé diversi sottotemi.

1. Comunicazione empatica e fiducia reciproca

Gli interpreti nelle interviste riferiscono che – affinché il percorso della triade nella stanza di terapia funzioni – un aspetto importante del loro lavoro è riuscire a comunicare “compassione e verità” pur sapendo, al contempo, che la loro traduzione non sarà letterale ma si potrebbe dover discostare dal messaggio del paziente: infatti Lucy, una traduttrice intervistata, riferisce che tra una lingua e l'altra c'è sempre un distacco dall'originale (Chatzidamianos *et al.*, 2019).

Invece, la comunicazione della compassione – a differenza di una terapia tra due persone udenti – in questo caso non può essere veicolata attraverso la voce. Ma Tom, l'interprete intervistato dal team di ricerca, sottolinea che l'intero arcobaleno emotivo è presente tanto nella lingua dei segni quanto in quella orale; mentre Sally, un'altra partecipante, descrive come riesca a trasmettere al paziente, attraverso i segni, quella compassione che il terapeuta ha veicolato attraverso la voce: è grazie non soltanto alle proprie mani, ma anche alle espressioni facciali e alla postura assunta.

Inoltre, dai resoconti degli intervistati, emerge che per far sì che la terapia funzioni pazienti e clinici devono riuscire a costruire il loro rapporto insieme, anziché affidarsi all'interprete. Paula a riguardo riporta che chiede al terapeuta con cui collabora di parlare direttamente al paziente non udente, perché se al contrario spostasse per troppo tempo lo sguardo su di lei che segna, la relazione clinico-paziente non potrebbe mai formarsi. Questo per sottolineare che ogni membro della triade ha un ruolo nella trasmissione della compassione e nella formazione dell'alleanza terapeutica.

Un altro elemento fondamentale nel “triangolo della cura” (Chatzidamianos *et al.*, 2019) è la fiducia. Lucy sottolinea che l'interprete deve riuscire a costruire un rapporto di fiducia con il clinico, in modo tale che anche il cliente poi faccia lo stesso: la persona non udente, infatti, ha bisogno di porre fiducia nel traduttore prima di riuscire a fidarsi anche del terapeuta. Anche Sally nella sua intervista tocca il tema della fiducia, illustrando che essa favorisce l'uguaglianza tra i tre presenti nella stanza di terapia.

2. Disponibilità alla collaborazione

Nonostante la letteratura dimostri che la collaborazione tra l'interprete e lo psicoterapeuta sia fondamentale per il processo terapeutico (De Bruin & Brugmans, 2006) l'esperienza dei traduttori può essere deludente: Karen, infatti, descrive che in qualità di interprete non era coinvolta in alcun briefing con il clinico. Questa mancata cooperazione può comportare dei risvolti negativi, dato che la collaborazione permette ai due professionisti di muoversi verso lo stesso obiettivo ed offre la possibilità di confrontarsi e affrontare le sfide che si incontrano nel percorso terapeutico con il paziente.

Pertanto, la percezione di diversi partecipanti è quella di essere isolati e non considerati, quando invece potrebbero contribuire tantissimo all'assessment del paziente o alla costruzione di un'alleanza terapeutica (Chatzidamianos *et al.*, 2019).

3. Continuità e qualità

Gli intervistati sottolineano, inoltre, l'importanza di mantenere una continuità con lo stesso interprete, poiché questa stabilità contribuisce alla formazione e al mantenimento dell'alleanza terapeutica: cambiare il traduttore a percorso iniziato, infatti, potrebbe minacciare l'omeostasi della triade (Chatzidamianos *et al.*, 2019).

Karen, però, afferma che la continuità dell'interprete non è sempre garantita, e ciò comporta alcune conseguenze: per cominciare, influenza la qualità dei servizi di interpretariato – ad esempio, per un ritardo nel trovare un sostituto preparato a tale compito; inoltre, rischia di incrinare la fiducia tra le parti presenti nella stanza di terapia, rischiando così di ostacolare lo sviluppo e/o la solidità della relazione tra i membri del triangolo della cura.

4. Supporto all'interprete

Lavorare nella psicoterapia di un paziente con sordità può essere un incarico emotivamente stressante per un traduttore. Dean e Pollard sostengono che l'interprete nel corso della terapia vive situazioni che possono causare in lui livelli elevati di tensione emotiva (Dean & Pollard, 2001), mentre Harvey propone che è probabile che i traduttori impiegati nei contesti di cura esperiscano dolore empatico con quello del paziente (Harvey, 2003). La testimonianza di Sally conferma questi studi: nella sua intervista, infatti, porta all'attenzione quelle situazioni in cui vede la persona comunicare il proprio trauma che lei deve poi tradurre, descrivendo questo arduo passaggio come un "trauma vicario" (Chatzidamianos *et al.*, 2019).

Lasciare queste emozioni in sospeso, senza affrontarle efficacemente, può avere conseguenze negative sugli interpreti: è evidente il loro bisogno di un supporto emotivo (Chatzidamianos *et al.*, 2019). Vi è in letteratura un corpus crescente di studi che avvalorano la necessità dei traduttori di poter contare su una supervisione, la quale dovrebbe sostenerli durante gli incarichi nell'ambito della salute mentale (Tribe & Thompson, 2008).

Visione e conoscenze condivise

Il secondo tema sovraordinato emerso dall'analisi di Chatzidamianos e collaboratori (2019) racchiude in sé quei fattori che possono influenzare da un lato lo sviluppo di una visione condivisa sulla modalità ottimale con cui trattare il paziente, dall'altro l'acquisizione di una conoscenza dei bisogni del cliente tra tutti i membri della triade.

1. Il "male necessario"

I partecipanti dello studio riferiscono che in qualità di interpreti dovrebbero essere considerati parte dell'equipe clinica, ma che ciò non avviene molto spesso. Karen, a riguardo, afferma che i servizi dovrebbero avere la consapevolezza che non potrebbero trattare il paziente senza un traduttore, definendosi in tal senso un "male necessario". La sua testimonianza, perciò, prova una mancanza di comprensione del ruolo dell'interprete.

Inoltre, dalle interviste emerge come gli interpreti facciano fatica a difendere il proprio contributo nella terapia di un paziente con sordità: sostengono che non possono e non devono essere visti come semplici mezzi per comunicare informazioni sensibili, ma come partner paritari nel "triangolo della cura" (Chatzidamianos *et al.*, 2019).

2. Mancanza di consapevolezza

Queste incomprensioni sul ruolo del traduttore possono derivare da una mancanza di consapevolezza sulla sordità, in particolare in riferimento alle sfide che comporta per la persona, ma anche alle capacità necessarie per poter instaurare una comunicazione efficace con un individuo non udente.

In un contesto di cura, comprendere le caratteristiche chiave dell'esperienza delle persone con sordità è di fondamentale importanza, perché altrimenti tanto il paziente quanto il suo interprete possono sentirsi incompresi dal clinico: l'alleanza terapeutica necessaria per il percorso del cliente ne risulterebbe minata.

Perciò, se il terapeuta matura una consapevolezza sulla sordità del suo paziente ed è fiducioso nell'adattare la sua tecnica alle esigenze del cliente, si potrà sviluppare nella triade una relazione più forte, grazie a queste conoscenze condivise (Chatzidamianos *et al.*, 2019).

Conclusioni

Lo studio condotto da Chatzidamianos e collaboratori (2019) ha messo in luce il punto di vista di interpreti di lingua dei segni impiegati nelle terapie di pazienti non udenti. I risultati dimostrano quanto sia importante che i professionisti della salute mentale si impegnino a collaborare con i traduttori considerando il loro ruolo pari al proprio, al fine di poter acquisire una comprensione completa del loro paziente.

MacEachin (1982) osserva che la professione di interprete di lingua dei segni nei servizi per la salute mentale è molto impegnativa. Per una tale mansione è necessario che gli interpreti possiedano le capacità per lavorare in un contesto simile: oltre ad avere un'ottima padronanza del proprio mestiere, con tutte le sue modalità e particolarità linguistiche, i traduttori devono anche acquisire una conoscenza di base su argomenti rilevanti nella psicopatologia, nell'assessment e nelle diverse forme di psicoterapia (De Bruin & Brugmans, 2006),

Gli interpreti, inoltre, devono padroneggiare i segni riguardanti la terminologia specifica della salute mentale; è poi importante che essi abbiano la capacità di riconoscere, nella produzione linguistica del paziente, eventuali aspetti sintomatici di un disordine mentale che il terapeuta non può cogliere (Chatzidamianos *et al.*, 2019). In aggiunta, è necessario che sviluppino ottime capacità di gestione dello stress, poiché in un percorso terapeutico devono sempre essere pronti ad adattarsi a situazioni sfidanti o imprevedibili (De Bruin & Brugmans, 2006).

In conclusione, gli interpreti dovrebbero essere considerati con rispetto nei contesti clinici, dove la loro presenza può comportare delle sfide, ma è fondamentale per quei terapeuti che lavorano con pazienti che comunicano in lingua dei segni.

Bibliografia

- Bot, H. (1998). Werken met tolken in psychotherapie [Working with interpreters in psychotherapy]. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 24–25, 311–326.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson.
- Brunson, J. G., & Lawrence, P. S. (2002). Impact of sign language interpreter and therapist moods on deaf recipient mood. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), 576–580.
- Cardoso, A. H. A., Rodrigues, K. G., & Bachion, M. M. (2006). Perception of persons with severe or profound deafness about the communication process during health care. *Revista latino-americana de enfermagem*, 14, 553-560.
- Chatzidamianos, G., Fletcher, I., Wedlock, L., & Lever, R. (2019). Clinical communication and the ‘triangle of care’ in mental health and deafness: Sign language interpreters’ perspectives. *Patient Education and Counseling*, 102(11), 2010-2015.
- Cohen, B. (2003). Psychotherapy with deaf and hard of hearing individuals: Perceptions of the consumer. *Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation*, 2, 23–46.
- Cokely, D. (2005). Shifting positionality: A critical examination of the turning point in the relationship of interpreters and the deaf community. *Sign language interpreting and interpreter education: Directions for research and practice*, 3-28.
- Cornes, A., & Napier, J. (2005). Challenges of mental health interpreting when working with deaf patients. *Australasian Psychiatry*, 13(4), 403–407.
- Cottone, J. G., Drucker, P., & Javier, R. A. (2002). Gender differences in psychotherapy dyads: Changes in psychological symptoms and responsiveness to treatment during 3 months of therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(4), 297–308.
- Crossno, M. A. (2011). Bowen family systems theory. *Marriage and family therapy: A practice-oriented approach*, 39-64.
- Dammeyer, J. (2010). Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard-of-hearing children. *Journal of deaf studies and deaf education*, 15(1), 50-58.
- De Bruin, E., & Brugmans, P. (2006). The psychotherapist and the sign language interpreter. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(3), 360-368.
- Dean, R. K., & Pollard Jr, R. Q. (2005). Consumers and Service Effectiveness in Interpreting Work: A Practice Profession Perspective. In: Marschark M, Peterson R, Winston E, eds. *Interpreting and interpreter education: directions for research and practice*. New York, NY: Oxford University Press, 2005: 259–282.
- Dean, R. K., & Pollard, R. Q. (2001). Application of demand-control theory to sign language interpreting: Implications for stress and interpreter training. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 6(1), 1–14.
- DeMatteo, A. J., Veltri, D., & Lee, S. M. (1986). The role of a sign language interpreter in psychotherapy. *Interpreting: The art of cross-cultural mediation*, 183-206.
- Du Feu, M., & Chovaz C. (2014). *Mental health and deafness*. Oxford University Press.
- Farber, B. A., Berano, K. C., & Capobianco, J. A. (2004). Clients’ perceptions of the process and consequences of self-disclosure in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 340–346.
- Fellinger, J., Holzinger, D., & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037-1044.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., & Laucht, M. (2008). Mental health and quality of life in deaf pupils. *European child & adolescent psychiatry*, 17, 414-423.

- Flaskas, C. (2012). The space of reflection: thirdness and triadic relationships in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 34(2), 138–156.
- Freud, A. (1994). Das Ich und die Abwehrmechanismen [The ego and the mechanisms of defence]. Frankfurt am Main, Germany: Fischer. (Original work published 1936.)
- Fusick, L. (2008). Serving clients with hearing loss: Best practices in mental health counseling. *Journal of Counseling & Development*, 86(1), 102-110.
- Gallaudet Research Institute. Regional and national summary report of data from the 2007–08 annual survey of deaf and hard of hearing children and youth. Washington, DC: GRI, Gallaudet University, 2008.
- Gill, I. J., & Fox, J. R. (2012). A qualitative meta-synthesis on the experience of psychotherapy for deaf and hard-of-hearing people. *Mental Health, Religion & Culture*, 15(6), 637-651.
- Greene, M. G., & Adelman, R. D. (2013). Beyond the dyad communication in triadic (and more) medical encounters. In L. R. Martin & M. R. DiMatteo (Eds.), *The Oxford handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence*. New York: Oxford University Press.
- Hall, D. A., & Farber, B. A. (2001). Patterns of patient disclosure in psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 29(2), 213–230.
- Harris, J., & Bamford, C. (2001). The uphill struggle: services for deaf and hard of hearing people-issues of equality, participation and access. *Disability & society*, 16(7), 969-979.
- Harvey, M. (1989). *Psychotherapy with deaf and hard of hearing persons: A systemic model*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Harvey, M. A. (1984). Family therapy with deaf persons: The systemic utilization of an interpreter. *Family Process*, 23(2), 205–213.
- Harvey, M. A. (2003). Shielding yourself from the perils of empathy: The case of sign language interpreters. *Journal of deaf studies and deaf education*, 8(2), 207-213.
- Hintermair, M. (2007). Prevalence of socioemotional problems in deaf and hard of hearing children in Germany. *American annals of the Deaf*, 152(3), 320-330.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.
- Iezzoni, L. I., O'Day, B. L., Killeen, M., & Harker, H. (2004). Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Annals of internal medicine*, 140(5), 356-362.
- Jure, R., Rapin, I., & Tuchman, R. F. (1991). Hearing-impaired autistic children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 33(12), 1062-1072.
- Kvam, M. H., Loeb, M., & Tambs, K. (2007). Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *The Journal of deaf studies and deaf education*, 12(1), 1-7.
- Landsberger, S. A., & Diaz, D. R. (2010). Inpatient psychiatric treatment of deaf adults: demographic and diagnostic comparisons with hearing inpatients. *Psychiatric Services*, 61(2), 196-199.
- Leigh, I. W., & Andrews, J. F. (2016). *Deaf people and society: psychological, sociological and educational perspectives*. Psychology Press.
- Levinger, M. (2020). Triad in the Therapy Room-The Interpreter, the Therapist, and the Deaf Person. *Journal of Interpretation*, 28(1), 5.
- MacEachin, A.D. (1982). Experiences of a psychiatric interpreter. *The Reflector*, 3, 17–2.
- Macnamara, B. (2012). Interpreter cognitive aptitudes. *Journal of Interpretation*, 19(1), 1.
- Mahler, P., & Waters, J. E. (1984). The use of interpreters with deaf clients in therapy. *Journal of Rehabilitation of the Deaf*, 17, 11–15.

- Middleton, A., Turner, G. H., Bitner-Glindzicz, M., Lewis, P., Richards, M., Clarke, A., & Stephens, D. (2010). Preferences for communication in clinic from deaf people: A cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(4), 811-817.
- Munro, L., Knox, M., & Lowe, R. (2008). Exploring the potential of constructionist therapy: Deaf clients, hearing therapists and a reflecting team. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13(3), 307-323.
- Oldale, M. (2008). The impact of signing in the counselling room. *Healthcare Psychotherapy and Counselling Journal*, 8(4), 22-25.
- Porter, A. (1999). Sign-language interpretation in psychotherapy with deaf patients. *American Journal of Psychotherapy*, 53(2), 163–176.
- Steinberg, A. G., Barnett, S., Meador, H. E., Wiggins, E. A., & Zazove, P. (2006). Health care system accessibility: experiences and perceptions of deaf people. *Journal of general internal medicine*, 21, 260-266.
- Steinberg, A. G., Sullivan, V. J., & Loew, R. C. (1998). Cultural and linguistic barriers to mental health service access: the deaf consumer's perspective. *American journal of Psychiatry*, 155(7), 982-984.
- Steinberg, A. G., Wiggins, E. A., Barmada, C. H., & Sullivan, V. J. (2002). Deaf women: experiences and perceptions of healthcare system access. *Journal of women's health*, 11(8), 729-741.
- Thomas, C., Cromwell, J., & Miller, H. (2006). Community Mental Health Teams' perspectives on providing care for Deaf people with severe mental illness. *Journal of mental health*, 15(3), 301-313.
- Tribe, R., & Thompson, K. (2008). Working with interpreters in health settings: Guidelines for psychologists. British Psychological Society.
- Tribe, R., & Thompson, K. (2009). Exploring the three-way relationship in therapeutic work with interpreters. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(2), 13-21.
- Vernon, M., & Leigh, I. W. (2007). Mental health services for people who are deaf. *American annals of the deaf*, 152(4), 374-381.
- Vernon, M., & Miller, K. (2001). Interpreting in mental health settings: Issues and concerns. *American Annals of the Deaf*, 146(5), 429–434.
- Wilson, J. A. B., & Schild, S. (2014). Provision of mental health care services to deaf individuals using telehealth. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(5), 324–331.
- Witte, T. N., & Kuzel, A. J. (2000). Elderly deaf patients' health care experiences. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 13(1), 17-22.