



ARTICOLO ORIGINALE

PSICOTERAPIA DINAMICA CULTURALE

Gian Giacomo Rovera¹, Silvana Lerda², Goffredo Bartocci³

ISSN: 2283-8961

I. Cenni introduttivi

Rispetto agli Studi sull'individuo umano, è ipotizzabile che nessuna altra branca della Medicina come la Psichiatria, e ancora di più la **Psicoterapia**, cerchi di *intendere* il significato dell'esistenza attraverso un'articolazione tra lo *spiegare* scientifico e il *comprendere* fenomenologico.

Le attuali ricerche, in continua evoluzione, attengono infatti a dimensioni sia biologiche, sia psicologiche, sia socio-culturali (Fassino, 2007; Rovera, 2007), le quali interagendo fra loro costituiscono un **approccio a rete interdisciplinare**.

Inoltre, nelle ultime decadi del XIX Secolo, e ancor più attualmente, nell'ambito della Psichiatria e della Psicoterapia non solo si sono ampliate le strutture dei riferimenti concettuali, ma pure si sono approfondite le linee di sviluppo rispetto alla psicopatologia e ai trattamenti, che ritengono utile, se non indispensabile, riferirsi alle **dimensioni sia dinamica che culturale**.

Per quanto riguarda l'**aspetto dinamico** della Psicoterapia, basti pensare a come i dinamismi si verificano a diversi livelli: *intrapsichico* (tra conscio e inconscio), *evolutivo* (*life span*), *relazionale* (interindividuali), *collettivo* (socio-culturali), nonché *terapeutico* (dinamiche transferali/controltransferali) (Gabbard, 2005).

¹ Professore Onorario di Psichiatria all'Università di Torino, Presidente SIPI

² Psichiatra, Psicoterapeuta, Ph.D, analista SIPI

³ Italian Institute of Transcultural Mental Health, Director. Via Massaua, 9 – 00162 Rome (Italy)

Circa la **dimensione culturale**, essa è venuta a configurarsi attraverso territori non facilmente esplorabili, immergendosi in un insieme di significati, di norme comportamentali, di sistemi linguistici e comunicazionali, di orientamenti di valori, di istituzioni. Le **molteplicità delle culture** non sono una mappa statica, ma una **realtà dinamica** che cambia continuamente, evolvendosi in modo non uniforme. Questa metamorfosi viene da taluni collocata nel post-moderno o addirittura nel post-ideologico, giacché non si possono stabilire né rigide gerarchizzazioni tra le varie culture e neppure dissolvimenti pluralistici. È infatti più congruo utilizzare le configurazioni di **Pluralità Culturali Interattive Pragmatiche** (Rovera e Bartocci, 2014a e 2014b).

II. Tra miti, stregonerie e neuroscienze

1) Per quanto attiene alla **Psicoterapia**, non si può dimenticare, anche se in una rilettura critica, il saggio di Thomas Szasz sul *Mito della Psicoterapia* (1981). Egli ritiene che: il termine “psicoterapia”, in quanto usato in riferimento a due o più persone che si parlano o si ascoltano, sarebbe inappropriato poichè rappresenterebbe una categoria fuorviante. Dato che può aiutare le persone, la psicoterapia può essere considerata e definita come qualcosa di simile alla regolare cura medica, ma tuttavia, propriamente parlando, non sarebbe la stessa cosa. Come la malattia mentale, la psicoterapia sarebbe una *metafora* e un *mito*. Ipnosi, suggestione, psicoanalisi, comunque possa essere etichettata la cosiddetta psicoterapia, sono nomi che si darebbero a situazioni in cui delle persone si parlano e si ascoltano in determinati modi. Ma definendo “psicoterapia” certi tipi d'*incontri umani*, non si farebbe che ostacolare la capacità di comprenderli (Szasz, 1981).

2) Si può alludere qui agli *psicoterapeuti selvaggi* (estendendo l'accezione anche alle *new psychotherapies*), che potrebbero essere paragonati a ciò che i *guaritori* rappresentano nei confronti dei “medici ufficiali”. Viene da domandarsi come possano essere configurati gli *stregoni* in una **psicoterapia dinamica culturale**, e ancor più gli *sciamani* in un contesto terapeutico, quando, ad esempio, Tobie Nathan (2011) pone l'accento sui benefici delle terapie selvagge nelle culture non occidentali. Di seguito Isabelle Stengers (2011) pone analogie tra il medico e il ciarlatano, quale fosse una sfida pratica consistente nell'abbandonare la prospettiva del progresso. Nota la Stengers: “I poteri della sperimentazione prodotti dal progresso in laboratorio creano dei supplementi di anima incontrollabili, mentre il rapporto tra medico e paziente resta nell'ombra di buone volontà e di esperienze poco trasmissibili”. È questa una *sfiga pratica* di una medicina cosiddetta razionale, che viene rimandata al campione del processo sperimentale. Si potrebbe così giungere a un personaggio ambiguo, quasi un *ciarlatano moderno*, che si realizzerebbe anche quando si perdesse di vista il discernimento tra vero medico e ciarlatano.

3) Sul piano teorico-pratico si è più vicini a considerare l'approccio in Psichiatria Culturale nel senso di una *psichiatria oltrefrontiera* (Tseng, 2003; Inglese e Peccarisi,

1997), che implica un “viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate”. Commentando Bastide (1898-1974), Cazzullo (1997) propone di distinguere **tre discipline** consacrate alle implicazioni socio-culturali delle malattie mentali. A) La prima è l’**Etnopsichiatria**, considerata la scienza che dovrebbe occuparsi della complessità dei rapporti che interagiscono fra cultura e malattie mentali. Essa andrebbe successivamente divisa in altre discipline: B) quella che osserva il **livello psicopatologico individuale**; C) quella che tende a stabilire le **correlazioni globali**, avvicinandosi a una **psico-sociologia** della malattia mentale.

4) A completamento delle ricerche in questo campo, oggigiorno si registra una notevole serie di studi che tende a connettere strettamente le **neuroscienze** con la psicoterapia, in quanto questa *costruirebbe e ricostruirebbe* il cervello umano (Cozolino, 2002).

Inoltre, le ricerche neurobiologiche hanno apportato alla pratica della psicoterapia acquisizioni innovative: le evidenze sulle reti neuronali dell’**empatia** hanno spostato la concezione dei *fattori di cambiamento* dall’interpretazione alla *embodied simulation* o *simulazione incarnata* (Gallese et al. 2007). Dopo i lavori di Kandel e grazie anche agli studi di Northoff (2014), la psichiatria clinica è investita con crescente evidenza dai problemi della resistenza ai trattamenti, della difficile aderenza alle cure e della crisi di identità dello psichiatra. Le metodiche della *Neuropsicoanalisi* propongono importanti acquisizioni e revisioni concettuali in tema di *relazione psicoterapeutica*, e quindi di efficacia delle cure (Fassino, 2002 e 2014).

Riprendendo l’argomento succitato della *simulazione incarnata* come approccio originale di cognizione sociale (*Mind reading*), sebbene si siano avuti consensi e critiche, esso offre nel campo della Psicoterapia Dinamica Interculturale notevoli spunti. Le ipotesi e le ricerche su un *cervello sociale* sono decisamente consone con il **modello della Psicologia Individuale** (Rovera et al., 2013), utilizzando le sfide della *mente multiculturale* (Anolli, 2011).

III. Psicoterapia Dinamica Culturale

1) Una **Psicoterapia Dinamica Culturale (P.D.C.)** attinge quindi ad antiche radici, ma è altresì aperta a indagini nuove, volte ad ulteriori approfondimenti.

Sotto un profilo teorico-pratico, e nell’ambito della Psicologia Individuale Adleriana, vi sono varie accezioni non sovrapponibili fra di loro (vedi: Fascicolo allegato su *Prolegomeni*).

In generale (a ciò si è già accennato nel Par. I), si intende per **Psicoterapia Dinamica Culturale** l’orientamento terapeutico che studia dinamicamente i processi psichici nel loro contesto, storico, sociale e culturale. Da una parte viene rifiutata ogni forma di riduzionismo a processi neurofisiologici, dall’altra viene respinta ogni pretesa di universalità dei risultati conseguiti nelle ricerche psicologiche. Mentre la **Psicoterapia**

Transculturale confronta i processi psichici di individui appartenenti a culture diverse, avendo in genere come riferimento la cultura occidentale, la **Psicoterapia Culturale** riconosce e valorizza la specificità e le differenze. Circa questa direzione è utile peraltro effettuare ulteriori distinzioni:

- Nella **Psicoterapia Metaculturale** il terapeuta e il paziente appartengono a culture diverse, ed il terapeuta non conosce approfonditamente la cultura del gruppo etno-culturale del paziente. Egli fa uso tuttavia del concetto di “cultura”, tanto nella formulazione della *diagnosi* quanto nella relazione della *cura*, al punto che può utilizzare consapevolmente *strumenti di “culturalità”* e quindi di cognizione sociale (*Mindreading*). L’approccio è perciò di *metatransfert* e di *contro-metatransfert* (Michel, 1999).
- Nella **Psicoterapia Interculturale** il terapeuta e il paziente appartengono a due culture diverse; il primo peraltro conosce la cultura del gruppo etnico del paziente e l’utilizza come “leva terapeutica”. Si può qui parlare di **Psicoterapia Biculturale** in quanto si combinano due culture: quella del terapeuta e quella del cliente. Ad esempio un afro-americano che riceva una psicoterapia negli Stati Uniti da uno psicoterapeuta di matrice occidentale può desiderare di intraprendere una psicoterapia biculturale, consistente nel fatto che entrambi i membri della diade terapeutica dovrebbero avere lo stesso entroterra culturale.
- Nella **Psicoterapia Intraculturale** il terapeuta e il paziente appartengono alla stessa cultura, benché il terapeuta tenga conto (anche nella pratica) delle *dimensioni sub-culturali* dei disturbi del paziente (Rovera, 1988).

2) I concetti di **multiculturalismo, biculturalismo, etnoculturalismo**, specie negli Stati Uniti, sono attualmente in voga (e ciò sta avvenendo anche in Europa) ed, in genere, riguardano l’effettiva, competenza comunicativa del terapeuta nel problem-solving e nell’attuazione della terapia. Oggigiorno, queste aree della psicoterapia hanno tuttavia bisogno di dimostrare la loro utilità specialmente tra le **persone di recente immigrazione**.

Inoltre di tutte le varianti nell’ambito delle **Psicoterapie Dinamiche Culturali**, le molteplici culture e le relative modalità di espressione sul piano psicologico e comportamentale, sebbene diverse, sono considerate meritevoli di accoglienza e di studio. Ogni individuo o gruppo che appartiene al proprio contesto culturale deve infatti essere considerato con pari dignità, poi vanno considerate le differenti dinamiche che si costituiscono oggi quali **metamorfosi culturali**.

IV. Tematiche cliniche attuali

In effetti, sotto il profilo clinico, negli ultimi anni le problematiche culturologiche si sono evolute per molte ragioni correlate fra loro. Tra queste si ricordano:

1. La **massiccia immigrazione** nelle aree urbane occidentali di individui del Terzo Mondo. Negli ultimi anni, infatti, l'Inghilterra, poi la Francia e altri Paesi Europei, e infine l'Italia (per non parlare dell'Australia, del Sudafrica e degli USA), si sono trovate a confronto con culture così diverse fra loro da obbligare lo specialista a interrogarsi non soltanto sul suo rapporto con il malato, ma anche sui propri orientamenti culturali di tipo etno-antropologico, sulle scelte farmacologiche e terapeutiche di intervento.

2. Gli **interventi di cooperazione** (che possono ispirarsi al sentimento sociale, istanza primaria nella Psicologia Individuale), organizzati dai Paesi Occidentali, hanno sollevato, fra gli altri problemi, quello estremamente impegnativo di come mettere a confronto l'impatto della medicina occidentale con le fiorenti medicine tradizionali esistenti nelle aree di intervento. I complessi rapporti di integrazione o di parziale recupero o di rifiuto della medicina tradizionale sono un tema aperto e ancora in fase di evoluzione. Un esempio tipico è rappresentato dalla medicina cinese, che ha riconosciuto, tra l'altro, con numerose ricerche, le basi neurofisiologiche dell'agopuntura. Dell'insieme del complesso problema l'O.M.S. se ne occupa da alcuni anni, cercando di sensibilizzare sia i medici occidentali che le autorità locali a non distruggere tutti i sistemi di credenze e pratiche terapeutiche, sulla cui efficacia il medico occidentale ha il dovere di interrogarsi.

3. Il **problema della precarietà** (tema del XXVI Congresso Internazionale IAIP di Parigi, 2014) ha sottolineato come l'**immigrazione** sia un fenomeno in costante crescita destinato a catalizzare problemi strutturali, a produrre quesiti, a richiedere riflessioni e cambiamenti. Presenta, dunque, implicazioni culturali, economiche e politiche e, soprattutto, comporta modificazioni anche molto rilevanti da un punto di vista psicologico e sociale, che difficilmente possono essere affrontate e comprese se si considera l'immigrazione come un fenomeno omogeneo, piuttosto che sotto una prospettiva che riconosca le reciproche differenze tra individui e contesti linguistici e socio-culturali.

Chi immigra lascia le precarietà e le basi culturali del proprio luogo di provenienza e incontra una nuova precarietà: quella del Paese di "approdo". Egli si deve cimentare spesso non solo con la mancanza di certezze rispetto al lavoro e all'abitazione, ma anche con insicurezze affettive, linguistiche, culturali, di identità e di appartenenza sociale. Inoltre, l'incontro di culture, di credenze, di etnie e di religioni diverse può provocare negli immigrati, ma anche nel tessuto della popolazione che li accoglie: ansie, angosce e frustrazioni, connesse a loro volta al timore di essere invasi da qualcuno di sconosciuto (che minaccia la propria **identità** e i processi attraverso i quali gli individui si sono sempre riconosciuti) e di essere contaminati da altra precarietà.

Ecco che il *senso di precarietà* viene amplificato in modo esponenziale fino a minacciare i bisogni profondi dell'individuo e i suoi progetti di autorealizzazione, risultando così potenziale fattore scatenante per problematiche psichiche e sociali,

talora anche importanti, specie in situazioni di alienazione, fragilità, frustrazione e perdita dell'autostima, frequenti in chi arriva da Paesi stranieri e culture differenti (Lerda, 2014). Si può addirittura giungere ad un **complesso di precarietà** (analogo al **complesso di inferiorità**) (Rovera e Bartocci, 2014b), il quale è da intendersi come un insieme di rappresentazioni e idee, spesso represses ma non inconscie, che influenzano il mondo psichico, lo stile di vita individuale e la progettualità. In questi casi se vi sono valide compensazioni si può giungere ad un ri-equilibrio complessivo (o **resilienza**), ma molte volte le compensazioni sono negative e destabilizzanti.

Tra la sintomatologia che riguarda gli *immigrati* possiamo citare l'impotenza, la paura, la rabbia, la disorganizzazione, l'apatia, la disperazione, i comportamenti aggressivi e criminali, la depressione, i disturbi psicologici. Tra gli effetti che si possono registrare nei *residenti* vi possono essere la perdita di fiducia nei confronti delle istituzioni, il rafforzamento dell'indifferenza verso le necessità altrui, l'attaccamento alle proprie tradizioni e principi, nonché la radicalizzazione nei propri stereotipi culturali: comportamenti che portano a diffidenza e stigmatizzazione verso il diverso. A medio termine ciò potrebbe favorire la disgregazione del tessuto sociale e il break-down generazionale.

V. Considerazioni

1) Una **Psicoterapia Dinamica Culturale**, specie in un *contesto interculturale*, riguarda quali possono essere gli *agenti terapeutici* e i *fattori di cambiamento*.

Una P.D.C. necessita innanzitutto di definizioni sulla *diagnosi clinica*, sul contesto del *setting*, sul *focus* della terapia e sulla presumibile durata della stessa: elementi questi che condizionano il percorso terapeutico. Questo deve venire utilizzato, nel contesto socio-culturale del terapeuta, con individui che hanno altri sistemi di credenze, di valori, di aspettative: tutto ciò rappresenta al contempo un'occasione, una sfida e un'opportunità.

a. Il *terapeuta* deve essere infatti consapevole di una serie di *fattori correlati a una presunta valutazione diagnostica e a un piano psicoterapeutico appropriato sulla crisi* (breve, focale, a tempo indeterminato, etc), tenendo conto della forza dell'Io, dei meccanismi di difesa, della relazione terapeutica, delle strategie da utilizzare, dei vari stadi del trattamento, delle condizioni socio economiche del paziente, etc.

b. Le competenze per *una terapia culturalmente appropriata* sono principalmente:

- La **conoscenza culturale**, per cui è necessario avere informazioni adeguate del background culturale del paziente, inerente agli elementi principali, che consentiranno di portare avanti il lavoro terapeutico. È in una **prospettiva relazionale** che si elabora una dinamica interculturale. Riconoscere che in ogni interazione culturale vi è la possibilità di conflitti sociali, politici, religiosi, nonché di *malintesi linguistici*, non ci

deve spingere a ritenere che solo quelli siano la fonte del disagio. È perciò importante l'impiego dei *mediatori culturali*. Anche se gli elementi di una data cultura sono utilizzati come significanti delle distinzioni sociali o della differenziazione etnica o come sfondo ineliminabile per l'interpretazione del disagio psichico, è pur vero che il presupposto è che ci sia un'*analoga struttura simbolica* che, in quanto tale, esige una conoscenza dei codici relazionali, comunicativi e valoriali di una determinata cultura.

- La **compatibilità culturale**, per cui si è aperti e sensibili all'importanza della cultura altrui, capaci di apprezzarne le differenti credenze e gli stili di vita di coloro che appartengono a gruppi culturali diversi.

- I **fattori di empatia e di incoraggiamento** giocano un ruolo importante, specie se vengono declinati in modi congrui alla comprensione psicodinamica in un reciproco contesto culturale compatibile. Anche i **momenti di incontro** (*now moments*) fra terapeuta e paziente, rappresentano una sorta di conoscenza relazionale implicita, la quale facendo capo ad un'*area analogica preverbale* può realizzare una consapevolezza che facilita la psicoterapia interculturale: talora attraverso *micro "agiti"* all'interno del setting (*enactment*) o caute rivelazioni di certi aspetti della propria vita (*self-disclosure*).

- L'**Orientamento di Valori** (O.V.) (Ponce, 2005) considera le credenze, la religione, il tipo di spiritualità, etc e va ad incidere, indirettamente o esplicitamente, tanto sui contenuti quanto sul percorso della terapia. Ogni individuo, oltre a quello collettivo, ha un O.V. personale che modella il suo pensiero, incide sul suo comportamento e favorisce la direzionalità del suo agire. L'O.V. del terapeuta deve essere *compatibile* con quello del paziente in modo da favorire un'*interazione positiva*.

c. La **comprensione interculturale** facilita un approccio di P.D.C. anche se il terapeuta ed il paziente parlano la stessa lingua. È necessario infatti che la comunicazione si sviluppi adeguatamente, senza il rischio di equivoci o malintesi, con rispetto, spontaneità e autenticità (Flubarcher, 1999).

d. La **comunicazione corretta** è alla base dell'interazione terapeutica e va condotta lungo le modalità psicodinamiche, con un'apertura controtrasferale culturalmente consapevole (Rovera, Gatti, 2012) che è da riportare anche agli aspetti *pre-verbali ed impliciti e perciò ad un meta-controtransfert* (Michel, 1999).

2) Un precursore ad un'appropriata **immedesimazione culturale** è l'*embodied simulation* (vedi Par. II. 4) che tende a conoscere il paziente: sia negli aspetti autobiografici, sia in quelli inerenti alla struttura familiare e sociale in cui vive, sia rispetto ai vissuti correlati al disagio psichico e/o fisico.

a. In una P.D.C., *transfert* e *controtransfert* non sono concepiti in un senso pulsionale classico ma lungo *l'asse trasferale/controtrasferale inteso all'interno di uno schema relazionale*. Tale approccio prende spunto da alcuni nuclei teorici adleriani, introducendo, all'interno del setting, l'uso del *sentimento sociale* dell'analista, e quindi di un *controtransfert incoraggiante*, che smaschera alcune finzioni utilizzate

come espedienti di salvaguardia pur mantenendo un'atmosfera di *comprensione esplicativa condivisa*.

b. Inoltre (come già sopra ricordato), il *transfert* e il *controtransfert*, in quanto espressioni dello stile di vita della coppia psicoterapica, sono una specie di sovracodice comunicativo-interattivo, verbale e non verbale, e soprattutto *preverbale*, che quindi si riferisce anche alle *dinamiche meta-transferali e meta-controtransferali*. Qualora ciò venga progressivamente e reciprocamente condiviso all'interno dell'area di incontro, si svilupperebbe un rapporto duale che consentirebbe al paziente di vivere nel setting un'esperienza emotiva nuova, tale da rendere possibile ridefinire i confini del Sé-Stile di Vita. Sono questi i presupposti del *cervello sociale* che permette ad una *mente multiculturale* (Anolli, 2011) un'*empatia interculturale*.

3) Il *setting* (e quello *adleriano* ben si presta a essere compatibile a livello interculturale) deve essere caratterizzato da reciprocità non solo da un "*come fare*" ma anche da un "*fare come*" relazionale (Rovera, 1988), in un clima di comprensione, compartecipazione empatica e incoraggiamento. Rappresenta il luogo di un rapporto interindividuale dinamicamente originale che consente al paziente di vivere nel setting un'esperienza emotiva nuova e correttiva.

La stessa strutturazione del setting, talvolta difficile da attuarsi, è finalizzata a un ambiente di sostegno che faciliti gli interventi, dai supportivi agli interpretativi. Esso costituisce l'idonea cornice per l'impiego intenzionale di *movimenti controtransferali consapevoli* (Lerda, 2014), culturalmente appropriati (*controtransfert di base o metatransfert*), sintonizzati sulla comunicazione preverbale e sugli aspetti emotivi del paziente (Michel, 1999). Si costituisce così la premessa per sviluppare una *comprensione esplicativa/empatica interculturalmente specifica*, cioè *emica* (Tseng, 2003).

Il coinvolgimento utilizza, oltre che le competenze culturali, anche la *personalità dell'analista*, che diventerebbe un contributo implicito al processo analitico: sia nella presenza del carattere originario, sia nello stato d'animo della prima seduta, sia durante gli incontri successivi, col paziente. Non solo, ma l'alone della personalità dell'analista è presente anche nei *dintorni della seduta* in interazione con quella del paziente (Rovera e Gatti, 2012).

Nell'ambito di una *Psicoterapia Dinamica Culturale ed in particolare Interculturale*, il *setting*, che ha potenzialità terapeutiche, dovrebbe essere organizzato con modalità relazionali che permettano l'espressione del disagio psichico e consentano al contempo di portare alla luce anche rappresentazioni culturali, favorendo un'appropriata comunicazione (Lerda, 2014). Il setting spesso non ha quelle caratteristiche di cornice, contenitore, contesto in cui si svolge il processo terapeutico. Non di rado le procedure di una Psicoterapia Dinamica Culturale devono essere mantenute con le accettabili procedure all'interno del setting, con una flessibilità adeguata, anche perché non di rado avvengono nel contesto di una *Psichiatria di*

Liaison (Rovera, 1999; Rundell e Wise, 1999). Specificatamente si enumerano al proposito alcuni aspetti importanti:

- La *posizione spaziale*, cioè la distanza interna/esterna, modula la “*zona cuscinetto*” (prosemica) tra terapeuta e paziente deve essere modulata anche culturalmente.
- La *cadenza dei colloqui* e la *durata della terapia* variano anche per motivi contingenti e devono essere comunque mantenute in una strategia terapeutica nell’ambito di un progetto funzionale.
- Per favorire anche gli *aspetti non verbali*, talvolta più esplicativi delle stesse parole, specie nei momenti d’incontro (***now moments***), il terapeuta dovrebbe cogliere quanto il paziente esprime anche attraverso il tono della voce, la postura, la gestualità, le espressioni del volto. Ciò permette l’*interazione meta-transferale/meta-controtransferale*.
- Il terapeuta ha una prevalenza di *statu-ruolo*, ma si propone con un atteggiamento umano solidale, con caratteristiche non mascherate, disposto a offrire la sua esperienza e a confrontare le sue opinioni con quelle del paziente sino a giungere all’autodisvelamento di vissuti che contrassegnano la ***disclosure***, quando la stessa sia culturalmente appropriata. Ciò è da considerare un ***equilibratore*** dello *status-ruolo* del paziente.

Il terapeuta infatti, attraverso un *contro-metatransfert*, deve favorire un clima terapeutico positivo attraverso una fornitura di presenza ed una base empatica sicura.

4) Ogni forma di P.D.C. dovrebbe stabilire un’alleanza terapeutica, realizzando un incontro con l’“Altro” e con la sua *alterità culturale* attraverso dei **processi comunicativi**. In questo entrano in gioco le implicanze convenzionali e conversazionali; l’uso del linguaggio figurato (specie le proposizioni metaforiche); gli aspetti impliciti ed espliciti; l’uso contemporaneo della sfera gestuale (che ha codici suoi propri e che quindi è cultural-dipendente) (Rovera e Gatti, 2012).

Il problema peraltro non è solo quello di *comunicare*, ma di farlo in modo “adeguato”, tenendo presenti *da un lato* le richieste e le esigenze del paziente e *dall’altro lato* il fatto che ogni modello di psicoterapia ha dei codici di riferimento, i quali stabiliscono le procedure e le punteggiature del percorso terapeutico che devono rapportarsi appropriatamente in una P.D.C.

VI. Conclusioni

In una **Psicoterapia Dinamica Culturale** in senso basale, debbono essere rilevati gli aspetti sull’*interindividualità*, sul *coinvolgimento empatico*, sulla *tattica relazionale* (comunicazione emica particolare), sulla *semantica esistenziale* (comunicazione etica generale). Nel contesto di un intervento culturale è importante sottolineare le differenze che si hanno quando le culture (tra terapeuta e paziente) sono molto diverse

(*transculturalismo*), quando sono più affini (*interculturalismo*) o simili (*intraculturalismo*).

Il “**valore terapeutico**”, anche a livello di formazione, della psicoterapia deriverebbe sia dall’applicazione corretta di questi codici che dovrebbero veicolare (e lo si è già sottolineato) sia il **come fare** (procedure della *techne*), sia il **fare come** (processi del Sé creativo) (Rovera, 1988). Ciò dovrebbe avvenire all’interno di una costante e rispettosa valutazione clinica del disagio psichico, che tenga conto degli aspetti culturali del singolo individuo e ne comprenda le peculiarità.

La **Psicoterapia Dinamica Culturale** potrebbe essere così sintetizzata: curare con le parole, integrare con il nuovo, dimostrare con le neuroscienze (Fassino, 2012) e, nel caso di specie, comprendere l’interazione culturale (Lerda, 2014; Rovera e Bartocci, 2014a e 2014b).

Bibliografia

- Anolli L. *La sfida della mente multiculturale. Nuove forme di convivenza*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2011
- Bartocci G. *Psicopatologia Cultura e Dimensione del Sacro*. Roma, E.U.R., 1994
- Bartocci G. *Psicopatologia Cultura e Pensiero Magico*. Napoli, Liguori Editore, 1990
- Cazzullo C. L. Prefazione in Inglese S. & Peccarisi C. *Psichiatria oltre frontiera*. Milano, Utet, 1997
- Cozolino L. J. *The Neuroscience of Psychotherapy*. New York, Norton & Company, 2002
- Devereux G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, Galimard, 1970
- Fassino S. Presentazione agli Psicoterapeuti Italiani. In Northoff G. *Neuropsychoanalysis in Practice. Brain, Self, Objects*, tr. it. *Neuropsicoanalisi in pratica. Cervello, Sé e oggetti*. Torino, Ananke, 2014 [2011]
- Fassino S. *Verso una nuova identità dello Psichiatra: interazioni mente, cervello e persona*. Torino, Centro Scientifico Editore, 2002
- Fassino S. Relazione al 41° Congresso Nazionale della Società di Psicoterapia Medica. Torino, 2012
- Fassino S., Abbate Daga G., Leombruni P. *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Milano, Centro Scientifico Editore, 2007
- Flubarcher P. Quelques suggestions pratiques d'un médecin de famille pour éviter les problèmes liés à la communication transculturelle. *Psychothérapies*, 19(4): 257-265, 1999
- Gabbard G. O. *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy*, tr. it. *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005 [2004]
- Gallese V. Before and below 'theory of mind': embodied simulation and the neural correlates of social cognition. *Philosophical transactions of the Royal Society*, 362, 1480: 659-669, 2007
- Inglese S., Peccarisi C. *Psichiatria oltre frontiera*. Milano, Utet, 1997
- Lerda S., Zullo G. The jargon of precarity in foreigners: clinical considerations based on a personal experience. 26th Congress of the International Association of Individual Psychology. *Precarity, Conflicts, Violence, a challenge to the Healing and Training processes*. Parigi, 9-13 luglio, 2014
- Mencacci L. *Dizionario delle scienze psicologiche*. Bologna, Zanichelli, 2012, pp 859
- Michel L. Des Stéréotypes culturels au transfert-contre-transfert dans la relation psychothérapique interculturelle. *Psychothérapies*, 19, 4: 247-255, 1999
- Nathan T., Stengers I. *Médecins et sorciers. Manifeste pour une psychopathologie scientifique. Le médecin et le charlatan*, tr. it. *Medici e stregoni*. Torino, Bollati Boringhieri, 2011 [1995]
- Northoff G. *Neuropsychoanalysis in Practice. Brain, Self, Objects*, tr. it. *Neuropsicoanalisi in pratica. Cervello, Sé e oggetti*. Torino, Ananke, 2014 [2011]
- Ponce D. E. *Cultural Epistemology and Value Orientations – Clinical Applications in Transcultural Psychiatry*. In Okpaku S. O. *Clinical Methods in Transcultural*

- Psychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Press Inc., 2005, II, pp 69-87 [1998]
- Rovera G. G. (a cura di). L'approccio transculturale in psichiatria. Convegno S.I.P.T. ACTA. Torino, 12 Maggio 1984
 - Rovera G. G. Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale. In *L'esperienza analitica. Collettività e individuo*. Individual Psychology Dossier. SAIGA, Torino, 1988, pp 93-119
 - Rovera G. G. The Family in Different Sub-Cultures. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 28(2): 227-232, 1992
 - Rovera, G. G. Introduzione e postfazione. in Rundell, J. R., Wise, M. G. *Textbook of Consultation–Liaison Psychiatry*, tr. it. e a cura di G. G. Rovera, *La psichiatria nella pratica medica*. CSE, Torino, 1999
 - Rovera G. G., Introduzione a Fassino S., Abbate Daga G., Leonbruni P. *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Milano, Centro Scientifico Editore, 2007, pp XV-XXI
 - Rovera G. G., Bartocci G. Individual Psicologia e Transculturalismo nelle professioni di aiuto (evoluzioni e sfide). 25th International Congress of the International Association of Individual Psychology. *Separation, Trauma, Development*. Vienna 14-17 Luglio 2011. Rivista di Psicologia Individuale, allegato al n.75: 160-171, 2014a
 - Rovera G. G., Bartocci G. The jargon of precarity: aiming for an appropriate therapy 26th International Congress of the International Association of Individual Psychology. ACTA. Parigi, 9-13 Luglio, 2014b
 - Rovera G. G., De Dionigi S., Gasparini C. *La percezione nel modello adleriano: una lettura critica*. Rivista di Psicologia Individuale, 74: 25-67, 2013
 - Rovera G. G., Gatti A. *Individual-Psicologia e ricerca transculturale in psichiatria*. 16th Congress of the International Association of Individual Psychology. Montreal, 7-10 Luglio 1985, Rivista di Psicologia Individuale, n. 24-25, 1986
 - Rovera G. G., Gatti A. Linguaggio e Comprensione Esplicativa. *Rivista di Psicologia Individuale*, 71: 79-86, 2012
 - Rovera G. G., Gatti A., Infante V. The network model in cultural dynamic psychotherapy - Anthropological bases for a culturally appropriate psychological treatment. 3° World Congress of Cultural Psychiatry. ACTA. Londra, 9-11 Marzo 2012
 - Rundell R., Wise M. G. *Textbook of Consultation–liaison Psychiatry*, tr. it. a cura di Rovera G. G. *La Psichiatria nella pratica clinica*. Torino, CSE, 1999 [1996]
 - Szasz T. S. *The Myth of Psychotherapy*, tr. it. *Il Mito della Psicoterapia*. Milano, Feltrinelli, 1981 [1978]
 - Tseng W. S. *Handbook of cultural psychiatry*, tr. it. *Manuale di psichiatria culturale*. Bartocci, G. (a cura di). Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2003 [2001]
 - Si può anche consultare il link della Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale: Rovera G. G., Lerda S., Bartocci G. *Psicologia Dinamica Culturale*, 2014