

ARTICOLO ORIGINALE

PSICOTERAPIA DINAMICA CULTURALE

Gian Giacomo Rovera, Silvana Lerda, Goffredo Bartocci*

*M. Ascoli ha collaborato al Paragrafo IV

ISSN: 2283-8961

“Non c’è stata in origine che una sola specie di uomini, che essendosi moltiplicata e diffusa su tutta la superficie della Terra, ha subito differenti cambiamenti sotto l’influenza del clima, dell’alimentazione, della maniera di vita, delle malattie epidemiche e anche del mescolamento variabile all’infinito degli individui più o meno simili”.

George-Louis Leclerc, Comte de Buffon

I. Introduzione

A) PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA CULTURALE

1. La **Psicoterapia Dinamica Culturale** (PDC) si propone come **argomento assai complesso e in continua evoluzione**, sia per i dati delle Neuroscienze, sia per gli approcci Psicologico-Clinici, sia per le tecniche Psicoterapeutiche, ma soprattutto per lo sviluppo della Molteplicità delle Culture che, interagendo tra loro, fra tradizioni ancestrali e rapidi mutamenti (dovuti alla rivoluzione dei media e alle crescenti migrazioni), vengano a creare nuovi contesti interculturali stimolando la sfida a rielaborare non solo le configurazioni concettuali ma anche i nuovi assetti clinico-operativi (vedi al proposito anche l’Articolo *Spunti per una Psicoterapia Dinamica Culturale* sul N. 2 della *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*).

Sembra utile perciò offrire un contributo che fornisca alcuni elementi più sistematici, quale base critica di riflessione e di dibattito per ulteriori indagini.

Pare utile innanzitutto mostrare una sorta di piattaforma indicativa (Prolegomeni), che faciliti la consultazione circa i vari temi che saranno trattati.

2. Nei sei Paragrafi di questo contributo (vedi Tab. n. 1 Sinopsi) circa una **Psicoterapia Dinamica Culturale (PDC)**, si tratteggiano alcuni aspetti generali (Par. I), seguiti da cenni terminologici, storici ed epistemologici (Par. II). Successivamente si discutono temi psicopatologici, diagnostici e valutativi (Par. III), nonché talune caratteristiche della PDC (Par. IV). Alla luce del modello adleriano sono poi riportate esemplificazioni cliniche, specie interculturali, e il commento critico ai casi (Par. V). Nelle considerazioni critiche finali si rammenta l'importanza degli aspetti formativi e di un modello di rete (Par. VI). Segue l'indice bibliografico.

La Sinopsi fa riferimento agli specifici Paragrafi e ai vari punti inerenti agli stessi.

Tab. n. 1: Sinopsi

<i>I. Introduzione:</i> A) Psichiatria e Psicoterapia Culturale. B) Le tre aree di significato del vocabolo Cultura. C) Culture e Terapie Psicologiche.
<i>II. Cenni Terminologici, Storici ed Epistemologici:</i> A) Pregiudizi e presupposti. B) Definizioni e configurazioni. C) Appunti epistemologici. D) Modello di rete e rete di modelli.
<i>III. Temi Psicopatologici, Patogenetici, Diagnostici:</i> A) Premesse. B) Normalità e devianza. C) Elementi di formulazione diagnostica. D) Il DSM - 5. E) Evoluzioni.
<i>IV. Aspetti clinici della PDC:</i> A) Introduzione. B) La rete delle <i>helping professions</i> . C) I tre parametri della PDC D) Altri contributi. E) La PDC tra Psicoanalisi/Psicoterapia analitica e Psicoterapie Dinamiche. F) Una possibile relazione psicoterapeutica interculturale.
<i>V. Casistica esemplificativa:</i> A) Spunti introduttivi. B) Casi clinici. C) Commenti.
<i>VI. Considerazioni critiche:</i> A) Situazioni di crisi e PDC B) Formazione in Psichiatria e Psicoterapia Culturale. C) Prospettive e riflessioni conclusive.
• <i>Indice bibliografico</i>

B) LE TRE AREE DI SIGNIFICATO DEL VOCABOLO CULTURA

1) Il *primo significato*, più antico, si riferisce nella **formazione individuale** in particolare al patrimonio di conoscenze acquisite e maturate. Corrisponde al greco *paideia*, nell'accezione impiegata da Platone e da Aristotele, e al latino *humanitas* come ricorre nei testi di Cicerone e di Varrone.

2) Il *secondo significato* concerne l'**insieme di conoscenze**, di credenze, di comportamenti e di tradizioni, trasmessi generazionalmente. In questa accezione la parola Cultura si identifica con Civiltà: derivabile sia dal latino *Cives*; sia dal termine francese *civilisation*, con cui nell'illuminismo si incominciò a superare la naturalità degli impulsi; sia del tedesco *Zivilisation*, con il quale si intende quel complesso di norme e di valori in cui una Cultura è sempre in divenire, ma trova il suo compimento storico nel momento in cui è studiata.

3) Il *terzo significato* riguarda l'**ambito inter-disciplinare** in cui il concetto di Cultura è stato elaborato, attraverso le scienze umane, antropologiche, psicologiche e sociologiche. In generale ulteriori specificazioni provengono dalla psicoanalisi, dalla psicologia analitica, dalla ricerca lacaniana, dallo strutturalismo di Levi-Strauss. Anche il movimento Cultura e Personalità di Benedict e Kardiner, l'Etnopsicologia di Devereux, l'Etnopsicoanalisi di Roheim, l'etnopsichiatria e il transculturalismo indagano su problematiche mentali con riferimenti ai modelli occidentali ed alle cosiddette culture primitive.

Nel territorio delle Psicoterapie Dinamiche Culturali (PDC) lo schema di riferimento utilizzato è quello della *Psicologia Individuale Comparata* (PIC), perché esso consente di studiare attraverso un *modello di rete e una rete di modelli* le molteplicità (emiche) delle culture che afferiscono a una base comune, generale (etica). L'accezione di *Pluralità Culturale Interattiva Pragmatica* (Rovera, 1990) sembra non solo compatibile con gli aspetti *transculturali* ma anche indicata con quelli *interculturali* e *infraculturali*.

C) CULTURE E TERAPIE PSICOLOGICHE

1. I *diversi modelli psicoterapici*, dai più antichi ai più moderni, possono essere suddivisi in tre sottogruppi (Tseng, 2003):

a) le procedure di guarigione tradizionali (o indigene) *radicate nella cultura*;

b) le terapie uniche *influenzate dalla cultura*;

c) le psicoterapie comuni *correlate alla cultura*.

Queste diverse teorie e prassi-terapeutiche, che vanno dalle procedure di guarigione tradizionali alle terapie uniche elaborate dai "non addetti ai lavori" sino alle psicoterapie cosiddette "scientifiche" elaborate dai professionisti, costituiscono un territorio estremamente vasto rispetto agli orientamenti teorico-filosofici, alle aree cliniche e agli interventi operativi.

2. Una **psicoterapia dinamica culturale** valida ed efficace deve tener conto di molti fattori (etnici, geografici, di orientamento di valori, di contesti terapeutici, delle realtà cliniche). Essa utilizza dei criteri di esclusione e dei criteri di inclusione.

a) Nella realtà italiana, e specie in quella dell'*area torinese*, si registra un numero crescente di immigrati extracomunitari. Secondo gli ultimi rilevamenti del 20/08/2014, Torino ha 902.000 abitanti di cui solo 700.000 a cittadinanza italiana, con 200.000 residenti di diversa provenienza, tutti in aumento nell'ultima decade: rumeni, marocchini, filippini, peruviani, albanesi, cinesi, eccetera.

Paragonando questi numeri a una ormai datata valutazione dell'immigrazione dalle regioni meridionali italiane degli anni '60, circa 500.000 individui, si può capire come il contesto socio-culturale vada considerato non solo come fenomeno migratorio, ma con i riflessi che questo può avere in un'ottica epidemiologica: esso infatti è andato incontro a una metamorfosi di cui dobbiamo tenere conto e ha un impatto per quel che riguarda la psichiatria sia nella *pratica di liaison* sia nelle *terapie-psicologiche* (da intendersi in modo ampio). Il numero di studi che sono stati fatti lungo questo filone dimostra come sia cambiato l'approccio a coloro che presentano disturbi psicopatologici e che quindi richiedono assistenze e cure appropriate alle loro richieste, alle loro sofferenze, ai loro bisogni.

b) *Integrazione o articolazione? Confronto tra varie modalità terapeutiche*

Tenuto conto di ciò che si intende per procedure di guarigione tradizionali radicate nella cultura e di psicoterapie uniche culturalmente influenzate e psicoterapie comuni correlate alla cultura, si tende qui a **restringere il campo teorico-osservativo** a quest'ultimo territorio, definendone meglio i limiti, i confini e le possibilità concrete di operare sia nel contesto socio-culturale sia nelle strutture istituzionali cui afferiscono gli utenti (pazienti).

- Un primo aspetto è quello di mettere a confronto i vari livelli e le molteplici modalità psicoterapeutiche circa la definizione della terapia, l'orientamento teorico, le procedure utilizzate, i fattori terapeutici specifici, gli obiettivi della terapia, l'eventuale associazione con farmaci, ecc.
- Per **esclusione** non vengono considerate le modalità terapeutiche che implicano procedure di guarigione tradizionali radicate nella cultura (es. mediazione spiritica, sciamanesimo, cerimonie religiose di guarigione, divinazione, astrologia, etc.) e neppure le **terapie uniche** influenzate dalla cultura (tipo mesmerismo, terapia rapida integrata/sociopolitica, terapia naikan, terapia morita, etc.).
- Incentriamo invece la nostra attenzione sulle **terapie comuni correlate alla cultura**: da un lato aprendo l'orientamento teorico anche a una psicoterapia umanistico-esistenziale (non ideologizzata) e dall'altro lato non occupandoci specificatamente delle terapie comportamentali, familiari, di gruppo, etc.
- Il territorio teorico-pratico di una psicoterapia dinamica culturale fa quindi riferimento alla psicoanalisi, alle terapie incentrate sul cliente, talora anche a una psicoterapia umanistica con l'utilizzo di sotto-tecniche -tipo meditazione- o di aspetti

che entrano nella cultura dell'individuo (spiritualità, linguaggio, etc.) e che nell'assetto teorico-metodologico si rifanno prioritariamente e sostanzialmente al modello della **Psicologia Individuale**. Ciò comporta un orientamento teorico delle procedure, un utilizzo di fattori terapeutici specifici e degli obiettivi consoni al modello utilizzato.

3. Queste riflessioni sono propedeutiche ai possibili obiettivi di una Psicoterapia Dinamica Culturale (PDC) e a quelle pratiche di guarigione che siano appropriate non solo per il paziente ma che siano aderenti alla formazione, alle competenze degli psicoterapeuti stessi ed al contesto socio-culturale e istituzionale in cui si opera. Ricorda ancora Tseng (2003) che:

a) «Quando si considerano gli obiettivi di ogni singola terapia emergono considerevoli differenze tra le diverse modalità terapeutiche. Gli obiettivi di ogni singola procedura terapeutica variano, infatti, a seconda del suo orientamento teorico di base.» Nelle **pratiche di guarigione** orientate al sovrannaturale, lo scopo della cura consiste nell'assecondare la volontà divina e, sulla base di questa premessa, viene messo in opera un tentativo di risolvere i problemi e ripristinare accettabili condizioni di vita, senza intenzione di perseguire un cambiamento nell'esistenza di una persona. La terapia è incentrata sulla ricerca di procedure corrette, sancite dal mondo del sovrannaturale, per affrontare i problemi del mondo reale e le procedure terapeutiche ruotano intorno all'idea che l'individuo sia connesso nelle sue possibilità di rapporto con un *ente* sovrannaturale.

b) In un **approccio terapeutico orientato alla dimensione naturale**, lo scopo della terapia è quello di conformarsi alle regole della natura. L'orientamento principale consiste nella ricerca di un modo di vivere in armonia, ripristinando le condizioni naturali. Anche se questi modelli mostrano uno spostamento dell'approccio teorico dalla dimensione sovrannaturale a quella naturale, essi mantengono comunque un'impostazione di base che considera l'individuo come una particella dell'universo naturale.

c) Quando si utilizza un **orientamento filosofico e psicologico**, lo scopo della terapia diventa quello che porta ad un'accettazione del Sé, al recupero delle relazioni familiari o di gruppo (così come dovrebbero essere, a seconda della definizione socioculturale) a un adattamento attivo del ruolo sociale (come richiesto dal contesto culturale-istituzionale). Un individuo è sempre visto come un singolo membro di una famiglia, di un gruppo o di una società. Lo scopo principale di questo tipo di psicoterapia è quello di giungere a un adattamento al proprio status-ruolo grazie a dei parametri definiti dall'ambiente esterno e dalla società di appartenenza.

d) Quando la terapia è orientata *psicologicamente*, come è nel caso delle attuali *psicoterapie dinamiche*, l'obiettivo si sposta sul "miglioramento" del sé, sulla ricerca della maturità e sul desiderio di diventare un individuo funzionale alla famiglia o al gruppo e alla società di appartenenza. Attraverso una psicoterapia dinamica culturale, il paziente dovrebbe diventare una persona più matura.

e) Non si vuole tanto discutere se questi obiettivi siano realistici ed effettivamente praticabili, quanto sottolineare che nel passaggio dalle procedure di guarigione tradizionali alle terapie basate su un orientamento filosofico e psicologico, gli obiettivi del trattamento sembrano diventare progressivamente più “esigenti” rispetto alla dimensione prestazionale del paziente. Se questa sia l’evoluzione culturale della psicoterapia – ovvero sia lo spostamento progressivo da un’aspettativa recettiva verso una richiesta attiva di cambiamento da parte del paziente oppure un percorso dell’orientamento socioculturale occidentale - è un quesito che meriterebbe un’attenta valutazione teorico-pratica di evidenza scientifica e di follow up. Altrimenti, significherebbe che i terapeuti moderni dei paesi occidentali portano avanti psicoterapie con obiettivi non dichiarati, con risultati non dimostrati, o che, per lo meno, incontrano una serie di difficoltà nell’applicazione ad altri contesti culturali (Tseng, 2003).

4.

a) I trattamenti psicoterapeutici da noi riportati in questo studio (Par. V) si riferiscono prioritariamente a quelli definibili né come *psicoterapie intraculturali* (PDC Rovera, Gatti, 1986) né come *psicoterapie transculturali*. Qui sottolineiamo gli interventi di tipo *Interculturale* in quanto i pazienti presi in carico sono individui residenti per lavoro in Italia (nell’area Torinese), immigrati da Paesi quali Romania, Marocco, Albania, Filippine, Cina, etc., con i quali si può instaurare un tipo di comunicazione terapeutica, che qui definiamo “intermedia”; ciò con possibilità di scambio linguistico (anche con mediatori) e con un’area di affinità culturale che mantenga le radici culturali ma che possa immedesimarsi in esse.

Infatti non si escludono quelli che possono essere i modelli dell’*etnopsichiatria* e del *transculturalismo*, ma si focalizza il campo dei trattamenti a individui che, pur avendo una cultura diversa dalla nostra, provenendo da differenti etnie, lingue, religioni, etc., permettono un appropriato tipo di comunicazione terapeutica, che possa rientrare in una Psicoterapia Dinamica Culturale.

b) Al di là della questione *universalismo/relativismo in senso radicale* (Nathan 1999), rispetto all’*approccio etico* (universalistico) e all’*approccio emico* (localistico) (Tseng 2003), si ripropongono in modo congruo le psicopatologie che presentano gli immigranti. La difficoltà dell’obbligo di “traduzione” si ha quando si opera in uno spazio psicoterapeutico in cui, specificatamente a livello di interpretazione e di attribuzione di significati, si rischia di alterare sostanzialmente sia gli aspetti linguistici della spiegazione sia quelli ancor più importanti di una comprensione profonda. Non si tratta infatti tanto di parlare la lingua del paziente o che il paziente parli la nostra, ma di introdurre dei *manuali di traduzione* (Rovera, 1979; 1990), che rappresentino una capacità d’ascolto, riferita culturalmente anche a eventuali mediatori culturali, alla famiglia, al contesto.

5. Pure nell'ambito di una consapevolezza *antropologica sociale* (Métraux, 1999) oltreché analitica, una *Psicoterapia Dinamica Interculturale* pone il trattamento nell'ambito di un'articolazione degli aspetti individuali, familiari e collettivi, che si incentrano *sull'essere culturale dell'individuo*, mettendo in risalto come i temi della memoria senza ricordi, dei vissuti infantili, dei rapporti tra linguaggio e memoria, della mediazione culturale o sociale, della comunicazione non verbale e verbale siano fondamentali nella relazione psicoterapeutica interculturale, giacché si rifanno anche agli universi culturali che emergono nel transfert-controtransfert e nella resistenza della relazione terapeutica (Michel, 1999; Rovera, 1996).

Come si vedrà successivamente (Par. IV e V), nella PDC anche il *setting* mantiene intrinseche regole generali di rigorosità; nei suoi quadri di riferimento, però, diventa flessibile e deve adattarsi alle contingenze e alle esigenze delle situazioni storiche, ambientali e cliniche. Questo non toglie, ma rinforza lungo l'*asse portante della Psicologia Individuale* quei nuclei irrinunciabili di immedesimazione, empatia e autentica alleanza terapeutica.



II. Cenni Terminologici, Storici ed Epistemologici

A) PREGIUDIZI E PRESUPPOSTI

1) La **Pluralità di culture e di metodi** nell'ambito della Psichiatria Culturale, e specie della Psicoterapia Dinamica Culturale (*PDC*), sembra per taluni studiosi essere una condizione costitutiva, considerata la molteplicità e la polisemia dei significati e dei suoi oggetti di ricerca che si riferiscono appunto agli *individui immersi nella propria cultura pre-interpretata*. È indubbio che l'orizzonte epistemologico in cui si pone l'attuale dibattito sui fondamenti della PDC, superato il rigido comparativismo dell'approccio transculturale, sia diventato più dinamico. La Psichiatria Culturale è infatti più propensa a non utilizzare le lenti riduttive di *pregiudizi biologici* o i criteri risalenti ad un *monismo metodologico*, senza tuttavia essere attratta dal polo opposto del *relativismo culturale*. Nel modello proposto non vi sarebbe la superiorità assoluta di una cultura rispetto ad un'altra, ma si sosterebbe che ciascuna cultura abbia **pari dignità ma differenti gradi di evoluzione** e mantenga propri valori, istituzioni, tradizioni, credenze. Sicché, anche rispetto ai disturbi psichici e alle terapie ad essi correlati, vi possono essere notevoli differenze spesso non comparabili, ma con

prospettive di formulazione diagnostica con variabili culturali da valutare attentamente (Alarcon, 2009).

2) I due poli sono rappresentati: a) il primo dal *monismo metodologico*, che porterebbe ad uno scientismo riduzionistico, e b) il secondo dal *relativismo radicale*, che condurrebbe a un netto rifiuto dei criteri di scientificità. La Psicoterapia Dinamica Culturale (PDC) riconosce invece pienamente l'importanza del progetto scientifico, ma pure la dignità di tutti gli individui e delle loro esperienze culturali, configurandosi appunto come *pluralità culturale interattiva pragmatica* (Rovera, aa).

La PDC non obbliga tutte le discipline che ad essa afferiscono a realizzarsi sotto l'egida di una scienza empirica formale come la fisica, ma attraverso il *modello di rete e la rete di modelli* (Rovera, aa).

B) DEFINIZIONI E CONFIGURAZIONI

Sembra utile fornire alcune sintetiche configurazioni dei più significativi filoni della Psichiatria e Psicoterapia Culturale.

1) Psichiatria e Psicoterapia Dinamica

La comparsa della *Psichiatria Dinamica* è fatta risalire all'anno 1775, in corrispondenza dello scontro tra Gassner (1727–1779) e Mesmer (1734–1815), e corrisponde all'instaurazione di una Rivoluzione Scientifica, con elaborazioni successive, sino a Charcot e Bornheim (Ellenberger, 1976).

Le correnti principali sono innumerevoli, ma hanno alcune caratteristiche fondamentali quali: l'ipnotismo, il sonnambulismo spontaneo (e l'interesse per l'isteria), le personalità multiple, la dualità dei processi psichici consci ed inconsci, il concetto di energia psichica e di funzione mitopoietica dell'inconscio. Nell'ambito della Psichiatria Dinamica, emergono dei *filoni psicoterapeutici* che sono caratterizzati innanzitutto dal cosiddetto *magnetismo* da cui derivano l'ipnotismo e la suggestione.

2) Interventi Tradizionali (Primitivi)

a. Uno dei primi studiosi che riconobbe l'importanza scientifica della *guarigione primitiva* di un indigeno fu l'antropologo Adolf Bastian (1826–1905). Nelle sue ricerche in Guyana descrisse la guarigione avvenuta tramite uno stregone (peraltro senza raccogliere i dati sull'efficacia e sul significato di tale cura presso tale paziente). Bastian insisteva sulla necessità di raccogliere dati scientifici sulla medicina primitiva, che avrebbe avuto un valore per la medicina e per l'etnologia.

In allora venivano distinte **cinque principali forme di cura**, dedotte dalle varie teorie della malattia mediante una “semplicissima forma di ragionamento” del tipo causa-effetto. Esse sono presentate qui di seguito (Tab. n. 2).

Tab. n. 2: Le cosiddette forme di cura tradizionali

Teoria della malattia	Terapia
<i>Intrusione di un oggetto malattia</i>	Estrazione dell'oggetto malattia
<i>Assenza dell'anima</i>	Trovare, richiamare e restituire l'anima perduta
<i>Introduzione di uno spirito</i>	a) Esorcismo b) Estrazione meccanica dello spirito estraneo c) Trasferimento dello spirito estraneo in un altro essere vivente
<i>Infrazione di un tabù</i>	Confessione, espiazione
<i>Stregoneria</i>	Magia riparatrice Guarigione con cerimonie

b. Tra i molti significati dati storicamente, secondo culture primitive la guarigione deriverebbe da un consapevole malinteso, tratto dal tentativo di far interagire fra loro pratiche diverse o, come sostengono Inglese e Gualtieri (2014), **discipline senza nome** (es. Psichiatria Comparativa, Etnopsichitria, Etnopsicoanalisi, ecc).

Ciò può portare a un “malinteso strisciante” con relazioni oblique (cfr. i cerimoniali) e accanimento intrusivo verso sub-culture minoritarie (Devereux, 1970)

c. Bisogna riconoscere che il pensiero selvaggio, accettando in via di principio l'esistenza di **mondi multipli** (Nathan e Stengers, 1995) e lavorando alla mediazione tra di essi, possiede una tensione culturale particolare, decisa a non perdere frammenti della ricchezza esistente nel molteplice.

Al contrario le culture che riducono ad unità la varietà dei mondi, governando con una sola legge, produrrebbero effetti semplificatori. Il pensiero occidentale, attraverso la nosologia e le neuroscienze, riterrebbe di poter anche generalizzare le pratiche applicative della psichiatria occidentale al di là di ogni confine e di ogni mondo, cancellando la funzione strutturante dei confini e la sostanza irriducibile di cui sarebbero fatti i molteplici mondi culturali (Inglese e Gualtieri, 2014).

3) Psichiatria e Cultura

Il linguaggio che viene usato in **Psichiatria Culturale** ha carattere consapevolmente convenzionale, aperto alle critiche concettuali ed alle osservazioni empiriche, sebbene

molti studiosi diano significato diverso ai termini che poi utilizzano nella loro classificazione. La traccia da noi seguita è quella formalizzata da Tseng (2003) in quanto, pur nella sua complessa articolazione, permette la compatibilità teorico-pratica circa una **Psicoterapia Dinamica Culturale**, tenendo conto dei confini e delle relazioni tra le molteplici discipline (Tseng, 2003).

Per quel che concerne questo contributo, evidenziamo gli aspetti emergenti in riferimento alla Psichiatria Culturale da cui deriva successivamente la PDC.

Tab. n. 3: Psichiatria e Cultura

<i>Psichiatria Culturale</i>	La Psichiatria Culturale non solo rappresenta il denominatore comune di altre branche della psichiatria (di <i>liaison</i> , sociale, di comunità, ecc) ma viene fruita come termine comprensivo di senso generale.
<i>Psichiatria Trans-Culturale</i>	La <i>Psichiatria Comparata</i> di Kraepelin può venire sussunta nella <i>Psichiatria Trans-Culturale</i> . Il termine Trans-Culturale starebbe ad indicare <i>l'applicabilità di questa disciplina attraverso e oltre le barriere culturali</i> . Talora è correlata alla locuzione <i>Etnoculturale</i> .
<i>Psichiatria Cross-Culturale</i>	Attraverso un confronto considera le analogie e le differenze di alcune culture. Anche questo tipo di approccio può essere sussunto nell'ambito di una Psichiatria Trans-Culturale in quanto usa spesso un <i>metodo comparativo, tramite gli strumenti epidemiologici</i> .
<i>Psichiatria Inter-Culturale</i>	Si riferisce alla possibile interazione tra diverse culture (in genere due). È quanto avviene nel cosiddetto <i>matrimonio inter culturale</i> (non solo metaforico) o quanto succede nelle <i>Psicoterapie Interculturali</i> . Tali espressioni si riferiscono a quelle situazioni in cui il terapeuta e il paziente provengono da differenti contesti culturali ma il <i>processo terapeutico implica l'interazione di due culture</i> , che dispongono di un'area intermedia di comprensibilità. Talora viene utilizzato anche il termine <i>Biculturale</i>
<i>Psichiatria Sub-Culturale</i>	Le <i>sottoculture</i> possono essere definitive sulla base di qualità e quantità di comunicazioni e sono da intendersi come sotto-insieme di elementi culturali che si caratterizzano per una variante differenziata o specializzata di minoranza (etnica, professionale, politica, sportiva, religiosa, auxologica). Esse sono riferibili alla cultura dominante e tendono all'integrazione con essa (Rovera, 1984). Talora può essere impiegato anche il termine <i>Infraculturale</i>

La nozione di **Psichiatria Culturale** è considerata più ampia e meno esotica attraverso un *modello di rete e una rete di modelli* (Barabasi, 2004; Rovera e Bartocci, 2014a): utilizza diverse metodologie di ricerca e nello stesso tempo non implica necessariamente che la rete di modelli disciplinari sia meramente interessata allo studio di una singola entità culturale. Questa visione della Cultura (Favazza, 1996), quale *rete di modelli*, dà senso alla biologia, all'antropologia, alla sociologia e alla psicologia. Anche Witkower (1974), Murphy (1982) e R. Prince (1997), coniarono il termine di Psichiatria Culturale in quanto termine sintetico e interpretativo dei fattori culturali nelle loro molteplici applicazioni nelle scienze umane.

Per altre definizioni vedere il Par. IV punto C.

4) La Psicoterapia Dinamica Culturale è l'argomento prioritario di questo contributo e trova le sue appropriate definizioni e applicazioni nei paragrafi successivi.

C) APPUNTI EPISTEMOLOGICI

1) Come emerge dai presupposti illustrati precedentemente, l'orizzonte dell'epistemologia entro cui si pone l'attuale dibattito sui fondamenti della disciplina psichiatrica è diventato più aperto e più propenso a non giudicare attraverso le lenti riduttive del biologismo e del monismo metodologico. Occorre rilevare che c'è oggi la tendenza, in larghi settori delle scienze umane, a un rifiuto di criteri assoluti di scientificità, per riconoscere, non antitetivamente, una **pluralità del progetto scientifico**, che non deve obbligare tutte le discipline a realizzarsi sotto l'egida di una scienza empirico-formale (come la fisica) (Rovera, 1984).

2) Quindi, si hanno una pluralità di teorie e di metodi nell'ambito delle ricerche in Psichiatria Culturale, quale conseguenza della complessità e polisemia del suo oggetto di studio che è appunto l'individuo immerso nel proprio **universo culturale pre-interpretato** (Rovera, 1976).

In effetti è indubbio che il sapere psichiatrico sia ancora contraddistinto da una molteplicità di indirizzi e pratiche, che schierano concezioni alternative e apparentemente controverse, e che mancano in larga parte di universalizzare protocolli, soprattutto per la carenza di un linguaggio e di procedure univoche.

3)

a. Le **nosologie psichiatriche** si pongono al centro di queste problematiche. Le *sindromi cultural bound* sembrano entrare tra quelle anomalie che impongono al sapere psichiatrico una continua riflessione sui fondamenti psicopatologici e

psicoterapeutici. Scopo di una **psichiatria nosologica** dovrebbe partire da una diagnosi dei disturbi che indichino la strada al trattamento pratico, alla lotta contro le cause che lo determinano, alla prognosi e alle terapie.

Le **classificazioni**, e quindi la *nosologia in Psichiatria Culturale*, occupano (Gil, 1981) una posizione un po' sconcertante ed enigmatica, nella costituzione della conoscenza e in rapporto ad essa.

- In primo piano vi è il problema del rapporto tra questa organizzazione del sapere e le teorie e i fenomeni. Infatti, se da un lato, in quanto più vicine ai fenomeni, le classificazioni sembrano fornire il materiale preliminare per l'attività teorica, dall'altro si pongono parimenti come risultato di questa stessa attività.

- La posizione delle nosologie nell'ambito di una *rappresentazione gerarchica della conoscenza psichiatrica* è quindi complessa e, sotto certi aspetti, ambigua. Si possono considerare come *stazioni intermedie* tra quelle procedure che discendono verso l'individuale (**idiografiche**) e quelle che ascendono verso i criteri generali (**nomotetiche**). Peraltro entrambe si mostrano inadeguate per ambedue gli scopi: troppo grossolane per cogliere pienamente le varietà del singolare, troppo sovradeterminate per essere un fondamento univoco ad un riconoscimento epistemologico (Tab. n. 4).

b. La nosologia rappresenta una specie di *livello intermedio*. Al di sotto di essa vi sono *collezioni di sintomi e di segni*, ma che diventano utilizzabili, sotto il profilo operativo, solo se raccolti, raggruppati e designati attraverso opportuni criteri. Ma questi non possono altro che esplicitarsi all'interno di un quadro di riferimento teorico. In altre parole, vi è una chiara circolarità tra le teorie e i fenomeni, di cui le classificazioni sono, per così dire, un'interfaccia tutt'altro che data o posta in modo definitivo (Tab. n. 4).

c. La *teoria nomotetica* (cfr. anche le *teorie politetiche*, Bruschi 1971) ricerca leggi generali per mezzo delle quali descrivere, spiegare, prevedere e post vedere un dato universo senza riferimenti spaziali e storici cioè senza occuparsi della biografia di un universo di fattori. La *teoria idiografica* si occupa invece, esclusivamente dell'aspetto biografico. Essa vuole descrivere e spiegare un particolare universo, lo vuole fotografare e ne vuole fare la storia (Tab. n. 4).

- In Psichiatria Culturale sono identificabili ambedue gli orientamenti. Il *metodo sperimentale* ed il *metodo clinico* rappresentano due modalità diverse di trattare i fatti umani: come fenomeni generali nel primo caso, come fenomeni individuali nel secondo.

- Volendo indentificare una zona teorica comune ad ambedue gli orientamenti (nomotetico e politetico), questa può essere rappresentata proprio dalla *teoria*

tassonomica e/o classificatoria (Tab. n. 4). Probabilmente anche le **Psicoterapie basate sulle evidenze** privilegiano gli aspetti pragmatici di tali modelli.

d. La rappresentazione del singolo fatto umano (e specie di quello culturalmente connotato) richiede, attraverso un *universo di fatti o fattuale*, la contemporanea convergenza di più prospettive spaziali e temporali. Anche così però l'individualità dell'oggetto diventa un limite, un punto di fuga che, con procedure scientifiche, può essere inseguito, ma mai completamente raggiunto. Oltre ad un certo limite, l'agire metodico si trasforma in arte, in tecnica, in stile (Tab. n. 4).

4)

a. La multidimensionalità, ancor di più il pluralismo e il *relativismo culturale*, si rivelano la via elettiva verso l'individuale, ma finiscono per ostacolare la legalizzazione nomotetica, che richiede, al contrario, una semplificazione e un'astrazione del proprio oggetto. Ora è evidente che se una nosologia deve corrispondere alle esigenze conoscitive sia del versante nomotetico, che di quello idiografico, essa può rivelarsi, sotto certi aspetti, inadeguata allo scopo.

b. A livello delle nosologie psichiatriche, specie culturalmente orientate, che si pongono come *periodiche risistemazioni della conoscenza* (Alarcon, 2009 e 2014), convergono molteplici *universi linguistici*; e dalla loro interazione non si può prescindere essendo questi alla base stessa dei codici (anche se più o meno esplicitati) che funzionano come organizzatori di detta conoscenza. Una teoria di rete **a base empirica** non può essere semplicemente descritta: essa viene anche compresa, interpretata e valutata, in altre parole dovrebbe essere intesa e capita (biografico) (Tab. n. 4). L'epistemologia contemporanea ha creato nuove spaziature tra i vari linguaggi e ne ha annullate di precedenti. Per esempio, ha sostenuto la dipendenza del linguaggio osservativo da quello teorico, ma così facendo ha creato nuove barriere tra le varie teorie scientifiche.

c. Nell'ambito delle **scienze umane**, anche ammesso che sia possibile raggiungere un livello di formalizzazione e di assiomatizzazione maggiore rispetto all'attuale, vi sarà sempre un **universo di fatti** (che rappresenta spesso lo specifico di queste discipline), più facilmente accessibile grazie alla comprensione e all'interpretazione e all'intendimento condiviso (Tab. n. 4).

5) In **Psichiatria e in Psicoterapia Dinamica Culturale** il problema è assai complesso: la **comunicazione** (verbale e non verbale) recupera appieno la sua funzione originaria e come tale si carica di significati e di simboli.

Anche il *linguaggio in senso stretto* può diventare così sintomo da esplicitarsi in un rapporto interindividuale dove la conoscenza è significazione di un dato momento diadico non riducibile. In altre parole, si viene a determinare una situazione analoga a

quella evidenziata da Giddens (1979) in campo sociologico con la formulazione di **doppio livello ermeneutico**.

La necessità di una **traduzione** si pone quindi a **vari livelli**: tra i linguaggi teorici, tra il linguaggio *descrittivo* e quello teorico, tra il linguaggio *espressivo* e quello descrittivo, e infine tra i precedenti e il linguaggio *normativo*. E' interessante notare come in larga parte, questa esigenza trovi il suo *coronamento* (ma anche la negazione di una soluzione definitiva), proprio a livello della teoria tassonomica: mentre in una **teoria di rete** (Tab. n. 4) recuperi l'interconnessione tra i vari linguaggi.

Le procedure idiografiche tendono a privilegiare mappature di questo tipo, naturalmente con certi limiti, perché il singolare resta in un punto di fuga ideale che non si realizza mai pienamente.

Quindi, alla base di ogni raccolta, selezione o organizzazione dei fenomeni, vi è un quadro teorico di riferimento. Questo significa che vi possono essere *più mappe di uno stesso territorio*, ma che *una stessa mappa può corrispondere a più territori* giacché l'unicità e l'identità del territorio possono diventare problematiche, in quanto senza mappe non resterebbe più alcun territorio da esplorare.

6)

a. Una **teoria scientifica** (Hempel, 1952) è paragonabile a una *complessa rete sospesa nello spazio*. I suoi termini sono rappresentati dai **nodi**, mentre i **fili** colleganti corrispondono, in parte, alla definizione e, in parte, alle ipotesi fondamentali e derivative delle teorie. L'intero sistema fluttua, per così dire, sul piano dell'osservazione cui è ancorato mediante le regole interpretative. Grazie a siffatte **connessioni interpretative**, la rete risulta utilizzabile come teoria scientifica: da certi dati empirici è possibile risalire, mediante un filo interpretativo, a qualche punto della rete teorica e, di qui, attraverso definizioni e ipotesi, procedere ad altri punti, dai quali per mezzo di un altro filo interpretativo si può in fine ridiscendere al piano dell'osservazione (Barabasi, 2004).

b. Questo modello consente inoltre di non intendere i **rapporti tra le teorie ed i fenomeni**, nonché tra i diversi linguaggi della Psichiatria, specie Culturale (descrittivo, espressivo, normativo), in modo rigidamente gerarchizzato; consente anzi di prospettare pienamente le possibilità di un altro raffronto e di una loro integrazione (Okpaku, 1998).

c. Dal punto di vista dell'*impostazione metodologica*, in una *valutazione diagnostica* (Par. III) delle sindromi non si può prescindere: né dalla rete dei tre aspetti descrittivo, espressivo e prescrittivo (terapeutico); né dal fatto che si è costretti ad abbandonare singoli fattori per abbracciare un orientamento di fattori.

d. Il problema della **configurazione dei quadri sintomatologici, anche cultural dipendenti**, trova spesso la sua sede appropriata più in un *modello articolato di rete e*

rete di modelli, che non unicamente in *singoli nodi*, anche se significativi della rete stessa. Ci si può anche esprimere in questo modo: non è tanto che si compongano di *segni* (ad esempio particolari *marker biologici* ed il rapporto ad un rigoroso inquadramento nosografico) quanto invece che gli eventuali segni riscontrati sono quelli che vengono a far parte di un **ordinamento sindromico**.

e. Il problema fondamentale è quello della **compatibilità o meno, del rinvio da un ordinamento all'altro**. Tale questione sembra essere elusa sia dagli orientamenti eclettici, sia da quelli troppo totalizzanti, ma anche nel **DSM-5** (2013). Sembra al proposito che le risultanze epistemologiche, cliniche ed operative circa i quadri clinici in una psichiatria culturale pongano in crisi sia l'osservazione che l'uso degli strumenti di osservazione, come in un certo senso sembra dimostrare anche la nostra casistica (Par. V): ed è qui che essa viene a costituire una chiave di lettura, se non altro uno strumento di indagine strutturale e regolativa che si riallaccia in una *rete di modelli* (Vedi par. IV D) ai problemi in merito al significato dei metodi, dei contenuti e della pratica stessa della psichiatria (AA.VV. 1981; Barabasi, 2004).

Proponiamo in tabelle esplicative (n. 4 e 5) tre tipologie teoriche che possono illustrare meglio problematiche a questo riguardo ed essere ulteriormente argomentate.

Tab. n. 4: Teorie nomotetiche, politetiche, di rete

<p>Teorie nomotetiche</p>	<p>Metodo: Spiegazione deterministica deduttiva Utilizzo di strumenti statistico quantitativi</p> <p><i>Teoria tassonomica</i> Esigenza della scienza delle discipline psicopatologiche descrittive</p> <p><i>Teorie idiografiche</i> Procedimenti individualizzati prevalentemente induttivi</p> <p><i>Universo di fatti o fattuale</i></p>
<p>Teorie politetiche</p>	<p>Metodo: Causalità multipla, determinismo morbido</p> <p><i>Teorie classificatorie</i> Esigenza funzionale pragmatica nell'organizzazione dei sintomi</p> <p><i>Teorie idiografiche</i> Prevalenza dei procedimenti induttivi e qualitativi</p>

	<p style="text-align: center;"><i>Universo di fatti o fattuale</i> Rappresentazione di fatti umani con la convergenza di più prospettive anche ambientali</p>
Teorie di rete	<p style="text-align: center;">Metodi: sia analogico, sia ipotetico e deduttivo, sia assiomatico induttivo</p> <p style="text-align: center;"><i>Modelli quantitativi e qualitativi</i> Teorie psicopatologiche e classificatorie</p> <p style="text-align: center;"><i>Teorie idiografiche</i> L'individuo ed il labirinto</p> <p style="text-align: center;"><i>Universi linguistici</i> Linguaggio descrittivo, espressivo e normativo</p> <p style="text-align: center;"><i>Universo di fatti o fattuale</i> Le mappe della vita</p>

D) MODELLO DI RETE E RETE DI MODELLI

1) Come più volte su esposto, *il modello di rete e la rete di modelli* ha caratteristiche concettuali e morfologiche generali conformi alla possibilità di attuazione in campo teorico metodologico e pratico. Ciò ben si attaglia al dibattito fra **teorie della mente, neuroscienze e cultura**, ed anche in **Psichiatria e Psichiatria Dinamica Culturale**: esso favorisce la circolazione delle conoscenze attraverso vie articolate e complesse, dove i nodi di congiunzione possano essere dinamicamente veicolati attraverso canali di connessione in aree diverse.

2) Il **Modello di Rete** inoltre, afferendo ad una **Rete di Modelli**, riconosce singole specificità di discipline e di applicazioni cliniche.

a. In questo senso la rete è flessibile, aperta/chiusa, ad alto grado di complessità, simile ad un albero con ramificazioni (Rovera, 2004a; Morin, 2011). La **rete culturale** diventa labirinto, strategia, comunicazione e progetto: chi viaggia adatta di continuo sia la propria immagine, sia l'immagine regolatrice che concerne la rete che percorre, sapendo che l'evoluzione è intrinseca al modello.

b. Per quanto attiene alle metodiche, si può rilevare come la rete possa riferirsi a un crocevia, *carrefour*, ove (nel nostro caso) confluiscono sia i percorsi, sia i processi di

migrazione, correlabili a) alla perdita/lutto, b) allo shock culturale, c) all'emarginazione e alla precarietà.

c. Alcune esperienze sul campo sono utili per avvicinarci a una *Psichiatria e Psicoterapia Dinamica Culturale* competente e corretta, attraverso una valutazione diagnostica e a modelli psicopatologici contestualizzabili.

d. Il modello di rete può essere anche utilizzato dal **paradigma relazionale**, ove le svariate procedure cliniche (ad esempio situazioni di crisi, interventi con mediatori culturali, psicoterapia dinamica interculturale, etc) hanno come denominatore comune (semantica esistenziale) quello di *curare attraverso la cultura*: è questo il cosiddetto *soggetto culturale* (individuo – gruppo – comunità).

3) Il modello di rete è altresì utilizzabile per le nuove forme di convivenza in una Società Multiculturale. Le **sfide della mente multiculturale** (Anolli, 2011) sono proponibili non tanto attraverso una “civilizzazione” (nel senso classico di “progresso”), quanto grazie ad un reciproco *incivilimento* (dal fon-emico al fon-etico, Tseng 2001) che tende a realizzare una **pluralità culturale interattiva pragmatica** (Rovera, 1990; Tseng, 2001; Rovera e Gatti, 2012; Bartocci, 2014b).

4) La **Psicologia Individuale Comparata** (Rovera 1999b) rispetto ad una *rete di modelli* si colloca nell'ampio e attuale dibattito attraverso più frontiere e più discipline. Attraverso una comprensione esplicativa/condivisa esso può infatti proporsi nel suo nucleo teorico-pratico e nelle sue declinazioni volte al Sentimento Sociale quale autentica *humanitas*: è inoltre inserito da tempo nei grandi movimenti teorico-pratici utili all'umanità che riguardano la realizzazione del singolo individuo, rispettando le diversità individuali e collettive, nonché le differenze culturali e religiose. La P.I. sollecita spunti critici anche in *psicopatologia evolutiva* (Fonagy e Target, 2005) ed in *Psicoterapia Dinamica Culturale*. La pregnanza e l'urgenza di comprensione e di dialogo rispetto a tali problemi attendono ulteriori studi e ricerche (Par. III, IV, V e VI).

III. Temi Psicopatologici, Patogenetici, Diagnostici

A) PREMESSE

1) Come branca delle *Relazioni di Aiuto Sanitarie (Helping Professions*, Par. IV), la PDC ne segue lo schema teorico e la prassi per una valutazione clinica, per stabilire una diagnosi in base alla quale compiere il lavoro terapeutico.

In psicoterapia i **nodi della valutazione** o della diagnosi non sono totalmente fondati sugli aspetti biologici o fisici, ma pure sulle prospettive psicologiche. La comprensione dello **stile di vita**, dei disturbi e dei fattori che causano l'emergere dei problemi mentali è una componente cruciale nella valutazione clinica che ha luogo nell'ambito dell'attività terapeutica.

Il **terapeuta** dovrebbe riuscire a capire il significato dei comportamenti del paziente, le sue reazioni emotive, i suoi disturbi psicologici, le strategie di coping: tutti fattori che sono correlati con la dimensione culturale. Il terapeuta non solo ha bisogno di conoscere le basi culturali del paziente, ma deve essere dotato anche di "**empatia culturale**", cioè della capacità di comprendere la psicologia ed il comportamento del **paziente** (con cultura differente dalla propria): a livello emotivo ed in maniera culturalmente pertinente.

2) *L'espressione del malessere fisico e psichico* nelle diverse culture pone quesiti che spaziano da un'indagine di quadri clinici diversi tra loro per espressività, ma equivalenti sotto il profilo psicopatologico e somatico, a quadri clinici fenomenicamente simili, ma differenti come struttura di significazione psicosomatica. Tra i problemi che riguardano un **approccio interdisciplinare**, si ricordano: l'**interculturalità** (intesa come pluralità culturale relazionale); l'eventuale specificità dei parametri psicopatologici clinici; l'orientamento etico valoriale; il significato dei vissuti personali (Ponce, 2005).

Ciò porta ad ipotizzare che almeno talune concausalità patogenetiche siano l'espressione di un modellamento plastico psico-biologico e inoltre che il normale, il deviante e il patologico siano correlabili a una determinata cultura (almeno in alcuni tratti). Nella misura in cui viene espressa dal singolo individuo, ciò determina un'articolazione (normalità/salute) o un distanziamento dal gruppo di appartenenza (anormalità/patologia/malattia).

3)

a. Gli *studi culturali* pongono l'accento sulle dinamiche culturali quali: la **disculturazione** (intesa come perdita dell'integrazione culturale); la **acculturazione** che porta alla trasformazione di alcuni patterns culturali originari di uno o di ambedue i gruppi; la **transizione culturale** che facilita l'acquisizione di nuovi schemi di

comportamento dall'evoluzione culturale. Tali fattori possono determinare un'accentuazione nel disadattamento psichico e somatico già presente nell'individuo, o provocare, anche per una **situazione di precarietà** (Rovera e Bartocci, 2014b), dei disturbi psico-patologici in individui che nella loro originaria cultura di appartenenza erano da considerare normali, almeno rispetto ad una **norma statistica**.

b. Questo tipo di **approccio critico** si può estendere in generale sia alla **psicopatologia** sia pure alla **psico-somatologia**. Esso *da un lato* si presenta come importante per cogliere l'individuo nel momento in cui è "agente in una cultura" e "interreagente col gruppo"; *dall'altro lato* tende a comprendere l'individuo nella sua profonda **unità somato-psico-culturale**. Inoltre non scotomizza la rilevanza delle *Culture Bound Syndromes* e pure la particolare sensibilità verso alcuni farmaci, nonché l'impatto che hanno i fattori biologici nell'eziopatogenesi di talune sintomatologie psichiatriche.

4)

a. *L'espressione del malessere fisico e psichico*, ivi compresi gli indicatori di predizione e di esito in rapporto al trattamento proposto, è data dal riscontro che le varie culture, anche se riconoscono una base comune, non si presentano come un tutto omogeneo. Sicché una *validazione diagnostica interculturale* rappresenta non tanto un'indagine comparativa di vari gruppi culturali (metanalisi), quanto uno studio di una rete con nodi e canali di interconnessione (qualità, entità, significazione del disturbo). In questo modo i molteplici tipi di cultura assumono uno specifico rilievo e possono essere spiegabili e pure comprensibili.

b. Si ipotizzano alcuni **filoni teorico-pratici** di indagine fra i quali:

- La configurazione clinica concettuale ed etica-valoriale circa determinati disturbi rispetto alle variabili culturali (Ponce, 2005).
- Le determinanti epidemiologiche nelle differenti culture ed il significato dell'incidenza, della prevalenza e del rischio di malattia dei quadri psicopatologici.
- La rilevazione dei dati in rapporto alle pratiche terapeutiche (tradizionali o meno) verso specifici disturbi.
- Gli atteggiamenti delle cosiddette culture dominanti o extraspecifiche, verso culture minoritarie infraspecifiche (e viceversa).

5) Nell'ambito della valutazione diagnostica gli argomenti qui trattati possono raccordarsi alle **Cultural Formulation Guidelines** di Mezzich et al. (2009) e al DSM-5 (2013) (Par. IV C, D).

B) NORMALITÀ E DEVIANZA

1)

a. In Psichiatria Culturale *gli aspetti psicopatologici, patogenetici e diagnostici* rivestono ulteriori difficoltà in confronto alle valutazioni dei modelli occidentali, in quanto i criteri di valutazione fanno emergere notevoli diversità in relazione ai contesti socio culturali.

Mentre la **nosologia classica** considera almeno **tre filoni di ricerca**: a base esclusivamente biologica; operando una dicotomia tra varianti abnormi dell'essere psichico e sintomatologie derivanti da lesioni organiche; con la proposta di una patogenesi prevalentemente sociale.

Questi divari pongono una serie di quesiti anche rispetto agli **studi epidemiologici**, ai quali anche oggi le risposte scientificamente corrette sono ancora parziali.

Tali problemi comproverebbero un'ipotesi di **eziopatogenesi multifattoriale** legata al diverso grado di soglia di vulnerabilità individuale agli eventi della vita: ma nel caso di culture tradizionali bisognerebbe tenere conto di acquisizioni e condizionamenti provenienti dalle diverse concezioni del mondo, dagli orientamenti di valori, dalle credenze (Ponce, 2005).

b. Secondo Tseng (2003), nella Psicoterapia Dinamica Clinica si possono osservare **tre gruppi** a seconda di come essi concettualizzano l'interazione tra comportamento normale e cultura: assolutista, universalista, relativista.

L'**assolutista** sostiene la non variabilità dei fenomeni psicopatologici nelle varie culture.

L'**universalista** considera che la psicopatologia esista universalmente con variazioni dovute all'impatto culturale.

Il **relativista** crede che il comportamento normale esista solo interattivamente a come esso è percepito da una società.

c. Di fatto anche l'attuale dibattito, confermato dal Terzo Congresso Mondiale di Psichiatria Culturale a Londra del 2012, tende ad incentrarsi non solo sulla portata dell'**influenza culturale** sui quadri clinici, ma anche sul fatto che la prevenzione dei disturbi mentali non possa basarsi solo su fattori biologici (Bartocci, 2012).

Sia gli studi psicopatologico/clinici che quelli neuroscientifici richiamano l'attenzione sulla necessità di una ricerca critica e di una riflessione culturale rispetto alla convenzionale nosografia psichiatrica (Bartocci, 2012).

d. Le indagini degli Psichiatri Culturali negli ultimi anni sono state anche quelle di occuparsi della revisione dei Manuali Diagnostici e Statistici dei Disturbi Mentali (cfr.

DSM - 5, Par. III D) ritenendo che se *la cultura modifica la mente*, gli studi unicamente antropologici forniscono dei risultati più statici che non evolutivi circa tale importante problema.

2) In effetti *l'impatto della cultura su differenti gruppi di psicopatologie* (e non solo sulle *sindromi cultural bound*) possono derivare da molteplici effetti *patogenetici* (Tseng, 2003) (Vedi Par. III B) e comunque è necessaria una prudente attenzione per non culturalizzare in modo radicale i disturbi mentali in genere: vi sono ancora molti fattori sconosciuti che contribuiscono all'evoluzione della psicopatologia ed alle *indagini epidemiologiche*.

Tali problematiche emergono già nel momento in cui vi sono molteplici criteri, rispetto alla definizione di *norma e di devianza*, i quali dovrebbero articolarsi fra loro per una corretta valutazione dei disturbi psicopatologici. I **principali approcci** possono essere sinteticamente elencati come segue (Rovera, 1996):

a. *Approccio categoriale*. In questo approccio i principi di classificazione dei disturbi psichici si rifanno al modello biomedico ed alle sue finalità operative. In psichiatria la nosografia è uno strumento utile per la diagnosi, per la previsione sul decorso del disturbo o prognosi, per agevolare la comunicazione tra gli specialisti del settore per migliorare le conoscenze. L'inquadramento sindromico di un disturbo mentale in una classe nosografica può permettere di formulare ipotesi metodologiche sulla base delle analogie con altri disturbi ad eziologia nota, inclusi nella medesima classe: sistemi biologici, caratteristiche anatomopatologiche, causa o cause delle malattie, sintomatologie.

Nella pratica clinica, per rendere categoriale il sistema nosologico è spesso necessario formalizzare entità nosografiche che colmino il vuoto diagnostico dovuto a criteri troppo restrittivi; in caso contrario, e specie in Psichiatria Culturale, può emergere da un lato il problema della terra di nessuno, cioè disturbi difficilmente classificabili, dall'altro quello delle associazioni diagnostiche o comorbidità. Nelle nosografie categoriali i disturbi psichiatrici sono collegati tra loro in modo gerarchico a partire da una fondamentale dicotomia tra disturbi di base organica dimostrata e disturbi cosiddetti funzionali. Nel **primo gruppo** il principio organizzatore è quello biomedico, nel **secondo** quello dell'associazione sindromica basata sull'osservazione della covarianza di segno o di sintomi. Gli attuali sistemi nosografici categoriali suggeriscono che ad ogni entità nosografica rappresentata nel sistema debba corrispondere una specifica alterazione patofisiologia.

b. *Approccio dimensionale*. Questo approccio, più plastico ed individualizzato, prevede l'utilizzazione di strumenti anche psicometrici e si basa essenzialmente sulla misura di tratti, segni, sintomi come necessario presupposto per l'applicazione di analisi multivariate (analisi fattoriale, cluster analysis, ecc). Si tratta di un modello che non stabilisce i confini tra normalità e patologia, ma che può aiutare ad identificare dimensioni psicopatologiche non previste; anche queste ultime devono avere la

necessaria conferma psicometrico-statistica. Il modello dimensionale, avendo obiettivi a teorici, rinuncia deliberatamente ad ogni considerazione di tipo gerarchico (primario o secondario), al principio di causa effetto, alla distinzione tra sintomi principali e sintomi accessori, e rinuncia altresì a stabilire qualsiasi principio organizzatore o criterio guida di tipo nosografico. Il modello dimensionale, come il modello categoriale, postula tuttavia una corrispondenza tra entità psicopatologiche e meccanismi patofisiologici cerebrali.

c. *Approccio dinamico-strutturale*. Adottato dalla maggior parte degli indirizzi psicanalitici, tale approccio parte dal presupposto che le organizzazioni psichiche siano dotate di stabilità e di continuità nel tempo. I disturbi della personalità vengono concepiti come alterazioni psicopatologiche inerenti al livello strutturale del Sé. Abbiamo così diversi tipi di struttura – psicotica, al limite o *borderline*, nevrotica – che dipendono dall’interazione tra eventuali difetti costituzionali e difese psicologiche molto arcaiche, derivabili da conflitti spesso inconsci. Una volta stabilizzate, tali strutture costituiscono le matrici di un Sé patologicamente organizzato, da cui si sviluppano sintoni e comportamenti. Esse si riflettono, in particolare, nel grado di integrazione dell’identità del soggetto, nel livello delle operazioni difensive, nella capacità di esame della realtà: tutte caratteristiche di particolare rilievo per la diagnosi differenziale dei vari disturbi della personalità.

Questo approccio, che si colloca trasversalmente rispetto a quello categoriale e dimensionale, permetterebbe di riconoscere una sintomatologia di base nella maggior parte dei disturbi della personalità.

d. *Approccio interindividuale ed evolutivo*. Tale approccio collega i disturbi della personalità alle modalità dell’interazione con gli altri. L’essere umano interagisce sia con un ambiente fisico-chimico, sia con esseri non umani, sia con altre persone: ciò comporta “zone di interazione” in rapporto specifico con l’attività funzionale dell’individuo, volte a mantenere la sua necessaria esistenza comunitaria. Le situazioni interpersonali significative dell’infanzia sono alla base delle “personificazioni”, vale a dire delle organizzazioni psichiche simboliche elaborate dal bambino. Attraverso le varie tappe dello sviluppo, o meglio *life span*, la complessità crescente e interiorizzata di tali esperienze porta l’individuo a costituirsi come persona. I disturbi deriverebbero da una trasformazione patologica di tipo difensivo inconscio, il cui scopo sarebbe quello di garantire la propria sicurezza. L’ostilità del bambino, ad esempio, nasconderebbe il desiderio di tenero affetto, al punto tale che una alterazione potrebbe giungere sino alla colpevolizzazione “paranoide” degli altri.

e. *Approccio socioculturale*. Si tratta di un approccio adottato da alcuni indirizzi psichiatrici che sottolineano l’importanza dell’identità culturale dell’individuo e degli elementi socioculturali non solo nell’”espressività” sintomatologica, ma anche nella struttura stessa dei disturbi e quindi nella valutazione diagnostica e nella relazione terapeutica.

3) In prosecuzione anche al punto *d* su menzionato, in *Psicopatologia Culturale* (Tseng, 2003) si riconosce, come s'è detto, che la cultura influenza le manifestazioni e i processi psicopatologici, talora in modo più superficiale, talaltra in modo pervasivo e fondamentale.

Da un punto di vista concettuale la cultura può contribuire alla psicopatologia conseguentemente alle *modalità con cui esercita la sua influenza*. Vi sono **sei diverse modalità** attraverso le quali si manifestano gli **effetti patogenetici** (Tseng, 2003):

a. *Effetti PATOGENETICI* (in senso stretto): questi si riferiscono a situazioni in cui la cultura è un fattore diretto causativo nel formare o generare psicopatologia (lo stress può avere origine dall'ansia generata dalle culture e dalle credenze tradizionali). Così come vi sono disturbi fortemente influenzati dalla cultura, così vi sono sintomi psichiatrici specifici propriamente considerati disturbi correlati alla cultura (cultural bound).

b. *Effetti PATOSELETTIVI*: ad un livello individuale si possono analizzare individui che selezionano certi modelli di reazione di fronte agli stress, realizzando un certo tipo di psicopatologia.

c. *Effetti PATOPLASTICI*: si riferiscono al modo in cui una cultura contribuisce a modellare o a plasmare le modificazioni psicopatologiche: 1) sul contenuto dei sintomi (es. contenuti dei deliri, allucinazioni, fobie); 2) sul modellamento del quadro clinico (es. i differenti rilievi dati al sentimento di colpa e di vergogna: es. colpa nei cattolici/vergogna nei giapponesi). Alcuni di questi quadri sono catalogati come *cultural related specific syndrome* (Prince, 1997).

d. *Effetti PATOELABORATIVI*: alcune sindromi possono esasperarsi attraverso un rinforzo culturale (Simons, 1996). Molte forme legate alla cultura possono riferirsi all'immagine delle credenze culturali relative all'immagine corporee (es. "magro è bello").

e. *Effetti PATOFACILITATIVI*: in questi casi il disturbo psicopatologico esiste potenzialmente ed è riconosciuto globalmente, ma diventa sintomatico a seguito di fattori culturali, che ne influenza la frequenza (es. comportamento suicidario, alcolismo, abuso di sostanze, dipendenza da gioco). In altre parole lo *stile di vita* favorirebbe la trasmissione di quei geni che causano lo sviluppo di determinati disturbi mentali: la cultura non è la causa diretta, eziologica della prevalenza del disturbo psicologico, il quale sarebbe veicolato da cause prevalentemente biologiche.

f. *Effetti PATOREATTIVI*: qui la cultura influenza il modo in cui il contesto ambientale etichetta un disturbo, guidandone non solo l'espressione della sofferenza, ma anche la risposta socio-culturale rispetto a una sua stigmatizzazione.

C. ELEMENTI DI FORMULAZIONE DIAGNOSTICA

1) Nell'ambito di una Psicoterapia Dinamica Culturale (PDC), è necessario giungere ad un *assessment psicopatologico clinico* anche grazie al supporto di *linee guida di formulazione culturale* (Mezzich et al., 2009).

Gli sforzi per giungere ad una corretta Diagnosi Psichiatrica Culturale non possono non tenere conto dei progressi metodologici dei percorsi diagnostici in psichiatria. A questo riguardo, un importante contributo è rappresentato dalla sistematizzazione psicopatologica descrittiva e dai sistemi nosografici attuali (ICD e DSM). Parallelamente sono aumentati gli interessi relativi alle nosologie "cultural-free", e sono divenute rilevanti le implicazioni culturali dell'esperienza psicopatologica e del suo contesto sociale. Questi sviluppi hanno altresì rinforzato l'importanza della cultura, per realizzare una **relazione terapeuta-paziente** e per ottimizzare il trattamento clinico.

La preparazione del DSM IV-TR (2002) aveva portato a una prima proposta di **Formulazione Culturale** (FC) di disturbo psichiatrico. Tuttavia, tale bozza è risultata carente rispetto alla presentazione di metodi di utilizzo. Solo recentemente Mezzich et al. (2009) hanno tentato di riparare a questa mancanza, offrendo un approccio pratico nel preparare la FC, come componente di una strategia di cura culturalmente competente.

La Formulazione Culturale proposta da Mezzich mira a essere complementare alla diagnosi nosografico-categoriale, attraverso la comprensione dell'identità culturale, dell'esperienza di malattia, del comportamento di richiesta d'aiuto, del funzionamento sociale, dei sostegni sociali basati su costrutti e su standard culturali e dei conflitti culturali della relazione medico-paziente.

La FC va pensata come una presentazione caratterizzata da un linguaggio narrativo e naturale che serve a completare la valutazione. Essa fa parte di un più ampio *assessment diagnostico e terapeutico* che inizia con l'intervista del paziente, la raccolta della storia, la revisione e la valutazione dei sintomi e degli aspetti che lo riguardano, l'identificazione e il coinvolgimento di altre persone che possano dare informazioni aggiuntive.

2) Le **linee guida** (Mezzich et al., 2009) iniziano con *aspetti basilari dell'assessment clinico* e procedono con raccomandazioni specifiche. Esse includono 5 sezioni:

a. *L'Identità culturale dell'individuo* che mira a descrivere la propria identità sociale sensibile alla cultura: significa descrivere un'identificazione con particolari valori, tradizioni e orientamenti. Un concetto chiave è l'**etnia** che si riferisce al gruppo di appartenenza di un individuo, specialmente per quei gruppi che mantengono credenze e orientamenti religiosi in riferimento a particolari origini nazionali o regionali. Hanno

rilevanza sempre più frequente i *background etnici multipli* nello stesso individuo, in relazione alla comunità in cui risiede il soggetto. L'appartenenza religiosa è spesso un importante componente della cultura e della etnia e dovrebbe essere riportato il **ruolo** che gioca l'identità nella posizione sociale o status.

L'**identità etnica** di un individuo può avere implicazioni sia comportamentali che politiche: esso misura il legame attivo con i significati culturali del gruppo etnico, le tradizioni e le affiliazioni religiose, la lingua o i dialetti, le abitudini alimentari, i valori e le condotte condivise.

I fattori etnici e culturali influenzano, ma non determinano rigidamente, lo stile di vita individuale: come viene considerato il corpo, le relazioni con l'altro, il mondo. Essi possono anche formare i parametri cognitivi, emozionali, affettivi e comportamentali circa la salute e la malattia. La costellazione familiare, i parametri comportamentali, gli orientamenti religiosi, i modelli di comunicazione: tutti questi parametri riflettono valori significativi propri della cultura e dell'etnia, che possono essere uno dei fattori determinanti in un particolare individuo in una determinata situazione.

Essi possono influire perciò sulle abitudini alimentari, sessuali, di sonno, sull'emotività espressa, sulle "decision making", etc.

In una Psicoterapia Dinamica Culturale, la quale comporta una comprensione od immedesimazione empatica, il terapeuta dovrebbe avere un rispetto genuino per i valori e l'orientamento culturale ed etnico del paziente, che eviti pregiudizi impliciti. L'ascoltare in **modo empatico, incoraggiare** i pazienti e i loro familiari quanto la diversità sia importante nelle loro vite. Valorizza la comprensione del mondo socio-culturale del paziente come contesto vissuto e può proporsi in una relazione comprensiva/esplicativa/interattiva, presupposto per una Psicoterapia Dinamica culturalmente appropriata.

b. La *spiegazione (e la comprensione) culturale del disturbo psicopatologico dell'individuo* può essere ottenuta ponendo domande aperte inerenti alla decisione di **chiedere aiuto**. Ciò fornisce informazioni rispetto ai modelli esplicativi del paziente dei sintomi e della malattia, oltre che rispetto ad alcune indicazioni di come i suoi familiari considerano tale disturbo ed il suo trattamento. Da parte del terapeuta di matrice culturale occidentale le spiegazioni dei sintomi spesso non sono chiare ed incomplete, ma rappresentano un modo efficace di cercare influenze culturali importanti sull'"esperienza di malattia" e sul trattamento.

Talora possono essere di aiuto nelle formulazioni culturali brevi questionari per valutare alcuni elementi sintomatologici. Un'*intervista* più lunga e narrativa permette ai pazienti di raccontare la loro storia con maggiore profondità e di ottenere informazioni su altre fonti di significato. Vanno anche esaminati *modelli esplicativi* per considerare le influenze culturali, riconoscere le discrepanze con i modelli del paziente, riducendo gli stereotipi e le generalizzazioni.

c. I *fattori culturali legati all'ambiente sociale e al funzionamento dell'individuo* riguardano il contesto psicosocioculturale di malattia e l'impatto di questa sulla sua

vita. La valutazione diagnostica include le interpretazioni culturali dei fattori stressanti e dei supporti socioculturali disponibili: stress e precarietà nell'ambiente sociale locale, ruolo della religione e della rete familiare nella determinazione di sostegno emotivo, lavoro, relazioni interpersonali e sociali.

d. Per valutare questi aspetti nelle *helping professions* (Par. IV) lo specialista fa ciò che potrebbe essere chiamata una “**mini-etnografia**”. Come un antropologo culturale in una società straniera, egli deve descrivere gli elementi chiave del mondo socioculturale, sulla base della propria interazione con il paziente. Il contesto ambientale è esplorato ponendo domande sull'influenza del disturbo psicopatologico sulla rete familiare, sul posto di lavoro, sulla comunità e sull'“esperienza di malattia” da parte del paziente. Le discussioni con i **parenti** e gli altri membri della **rete sociale** dell'individuo possono essere essenziali per ottenere un adeguato quadro dell'ambiente socioculturale. Comunque il terapeuta (anche attraverso il mediatore culturale) deve interpretare le informazioni ottenute nel contesto delle attuali dinamiche sociali e culturali dei sistemi familiari e delle comunità (Par. V, caso n. 3).

e. Gli *elementi culturali della relazione terapeuta-paziente* colgono le differenze culturali relative allo status/ruolo tra l'équipe ed i pazienti. Esse possono far emergere nel trattamento **difficoltà** di tipo comunicativo, di comprensione diagnostica, di significato dei sintomi. È indispensabile per il terapeuta, conoscendo il proprio background culturale, porlo in relazione con quello del paziente. Questi aspetti possono influenzare il modo di avvicinare, percepire ed interpretare i racconti del paziente, i suoi comportamenti e le sue risposte: riguardano altresì direttamente l'*interazione trasferale/controtrasferale* in una PDC (Par. IV, V).

I terapeuti dovrebbero essere infatti consapevoli della possibilità di un *transfert e di un controtransfert culturalmente mediati*, soprattutto quando il clinico ed il paziente sono di differenti culture ma anche quando le radici sono simili. Tutto ciò si dovrebbe inscrivere in un “comune territorio” in transizione, denominatore comune di una relazione psicoterapeutica dinamica.

Le differenze interculturali tra terapeuta e paziente dovrebbero essere comunque gestite attraverso un coinvolgimento empatico, lavorando insieme con un mutuo rispetto, tendente ad una condivisione cooperativa: in modo da progettare mete terapeutiche focali che rispondano alla realtà effettiva, alle aspettative, alle conoscenze professionali ed alla responsabilità etica.

f. L'*Assessment culturale globale per la diagnosi e la cura* (che configura la sezione finale della FC) comprende una lista o riassunto delle **conclusioni culturali chiave**, rilevanti per l'identità individuale, la descrizione e comprensione della malattia e del suo contesto, la relazione medico-paziente, la formulazione di aspettative e le tappe per il trattamento e la promozione della salute. Il riassunto dei temi culturalmente salienti può essere impiegato per migliorare le strategie di cura e di promozione della salute (ad esempio il coinvolgimento della famiglia del paziente, l'utilizzo di valori culturali di aiuto, ecc).

In questa tabella (n. 5) vengono sintetizzati alcuni parametri (Mezzich et al., 2009) di un'intervista clinica culturalmente appropriata.

Tab. n. 5: Intervista clinica culturalmente appropriata

Basare il rapporto terapeuta-paziente anche sull'orientamento di valori di entrambi.
Includere i principali problemi e interessi del paziente.
Instaurare l'intervista/colloquio su un'alleanza empatica con il paziente.
Mettere il paziente a suo agio, considerando le sue principali preoccupazioni e le aree di stress e di precarietà.
Adottare fin dall'inizio un approccio sistematico e concordare con il paziente quali altri membri della famiglia e dell'entourage possano o meno essere intervistati.
Essere consapevoli delle limitazioni della comunicazione dovute alle differenze linguistiche, culturali, relazionali; utilizzare interpreti, mediatori culturali, quando necessario.
Gestire in modo culturalmente appropriato gli aspetti formali: il setting ambientale, la distanza interpersonale, il possibile contatto fisico o la stretta di mano, la presenza di familiari, ecc.
Dare ampia opportunità al paziente di esprimersi liberamente e contribuire efficacemente alla comprensione dei suoi problemi, alle sue preoccupazioni e aspettative.
Valutare gli aspetti comprensivi per un eventuale processo di interpretazione del disturbo del paziente.
Trasmettere un atteggiamento incoraggiante.
Esplorare non intrusivamente aspetti privati o personali, qualora il soggetto ci indicasse col suo consenso che tali informazioni sono appropriate.
Consultare quando possibile fonti aggiuntive, quali la famiglia, sia orali che scritte. Tali fonti sono generalmente portatrici di informazioni di cultura ed incrementano la validità dell'assessment e dell'intervento (Par. V, esemplificazione n. 2 e n. 3.

D) IL DSM - 5

Il DSM-IV-R (2002), per la Formulazione Culturale (FC), costituisce una valutazione limitata e formale; tuttavia questa è diventata un'utile raccolta classificatoria di informazioni culturali e della loro sintesi circa l'*assessment diagnostico* (Mezzich et al., 2009).

Ormai la recente pubblicazione del **DSM – 5** (2014) ha superato l'utilizzo del precedente manuale suscitando **sia una serie di critiche, sia dei commenti positivi**.

1. Le **critiche più frequenti** (Maj, 2014) sono due: a) la presunta mancanza di validità delle diagnosi, in quanto non basate su test di laboratorio; b) la psichiatrizzazione indebita di una serie di condizioni rientrate nell'ambito della norma.

a) L'assunto che le diagnosi psichiatriche non siano valide perché **non basate su test di laboratorio** non regge ad una riflessione approfondita. In primo luogo, non è vero che la psichiatria sia l'unica tra le discipline mediche nel porre diagnosi non basate su test biologici. Diverse condizioni vengono tuttora diagnosticate senza utilizzare test biologici e tantissime altre sono state diagnosticate in modo corretto su base clinica per molti decenni, prima che si rendessero disponibili test di laboratorio. Inoltre, la maggior parte dei test di laboratorio in medicina sono marcatori di malattia probabilistici ma non patognomonici.

Ed ancora: alcune condizioni non psichiatriche, come l'ipertensione ed il diabete – al pari di molti disturbi mentali – sono per la diagnosi in continuum con la normalità.

b) Per quanto riguarda l'argomento della *psichiatrizzazione impropria* delle esperienze umane normali: quelli che chiamiamo tradizionalmente disturbi mentali *non sono condizioni del tipo "tutto o nulla"*. Molti di essi, infatti, sono in continuità con la normalità.

L'approccio del DSM-IV-R è stato quello di fissare delle soglie per la diagnosi dei vari disturbi mentali che fanno riferimento al numero ed alla durata dei sintomi ed al grado di compromissione del funzionamento sociale. Tuttavia la validità predittiva degli esiti e della risposta degli interventi è in alcuni casi discutibile. Ma anche il DSM-5 non ha affrontato il problema della validazione delle soglie e la struttura rigidamente statistica, e la nuova edizione del manuale ha confermato automaticamente le soglie precedenti (come nel caso delle depressioni maggiori) o le ha modificate senza una sufficiente base empirica (come nel caso dell'anoressia e della bulimia nervosa) (Maj, 2014).

L'*approccio alternativo*, più coerente con il processo diagnostico spontaneo, è quello di definire in modo noto preciso i prototipi dei vario disturbi mentali e di prevedere una valutazione del grado di corrispondenza di ciascun caso ad un determinato prototipo (*goodness of fit*), affidata al giudizio clinico. La diagnosi viene posta se la *goodness of fit* raggiunge un livello prefissato. Questa è la soluzione verso cui è

avviata la nuova edizione dell'**ICD-11**, la cui presentazione è prevista per la primavera 2017.

2.

a) Di contro canto circa l'“autentico fiasco” del DSM-5, altri (Guaraldi, 2014) apprezzano di questo manuale gli **spunti innovativi**, quali ad esempio l'importanza che viene data al *continuum esistenziale e psicopatologico dall'infanzia all'età adulta* introducendo i concetti di *life span psychology* e di *neurosviluppo*.

b) Un altro aspetto innovativo del DSM-5 è il **tentativo di abbandonare l'approccio esclusivamente categoriale** ai Disturbi mentali.

Dai più recenti studi è emerso infatti che le “barriere” che delimitano un Disturbo da un altro sintomo sono più “porose” del previsto. Si è dimostrato cioè che molti sintomi, prima attribuiti ad un singolo Disturbo, si possono ritrovare in molti altri quadri diagnostici ed in differenti livelli di gravità.

c) Inoltre **altre novità** del DSM-5 sono:

- abbandono dell'approccio multi-assiale: il manuale non valuta più i Disturbi mentali su assi diversi, considerando tale approccio troppo restrittivo;
- armonizzazione con l'ICD: il DSM-5 riduce le differenze con il sistema di classificazione dell'OMS, avvicinandosi il più possibile al prossimo ICD-11;
- introduzione infine delle differenze di genere e della cultura di appartenenza: le considerazioni in merito alla cultura di riferimento del soggetto sono per la Psichiatria e per la Psicoterapia Culturale molto importanti giacché alcuni aspetti che possono apparire non consoni in un determinato contesto possono essere assolutamente normali in altri ambiti;
- raggruppamento in un unico capitolo, dal titolo *Disturbi del Neurosviluppo*, quei disturbi che hanno tutti origine nel periodo dello Sviluppo e che comportano una menomazione nel funzionamento personale, sociale, scolastico e occupazionale. Inoltre il termine Ritardo Mentale è stato sostituito da quello di Disabilità Intellettiva e non più a seconda del punteggio del Quoziente Intellettivo.

E) EVOLUZIONI

1. Probabilmente gli argomenti inerenti la diagnosi e le classificazioni in una dimensione culturale, così come emergono dalle Formulazioni Psichiatriche ufficiali (Alarcón, 2009, 2014), sono in **piena evoluzione e non pienamente soddisfacenti**: vi sono nuove nomenclature che incorporano significati diversi e modalità diagnostiche, approcci di valutazione clinica e misurazioni di livello di funzione. Peraltro i

contributi delle neuroscienze, delle scienze sociali, delle ricerche cliniche ed epidemiologiche hanno facilitato la strada per recepire più professionalmente le problematiche di vaste popolazioni di culture diverse da quella occidentale. Le prospettive nella diagnosi psichiatrica, al di là di talune classificazioni stanno prendendo in considerazione i fattori culturali nell'elaborazione delle nomenclature: questo in vista di una ragionevole articolazione a rete delle questioni culturali all'interno della valutazione diagnostica.

2. Le **critiche alla diagnosi psichiatrica**, nelle varie edizioni di DSM e ICD, sono spesso inficiate da un'arbitrarietà, neppure empirica, che spesso non fa emergere le prospettive culturali, ignorando talora l'età, il genere e l'etnia e le varianti di sviluppo, che invece sarebbero essenziali. Peraltro i fattori culturali nella Diagnosi Psichiatrica includono un numero variabile con costrutti che includono quali variabili il linguaggio, le tradizioni, i valori, i credi religiosi, la morale e le pratiche comuni, l'orientamento di genere sessuale e lo status socio-economico. Queste diverse sfaccettature fanno parte della crescita della Psichiatria Culturale.

Le frontiere di queste discipline, non possono essere ristrette ad un particolare settore perché la cultura impregna tutti gli eventi clinici e non clinici ed è presente in ogni malattia. La Psichiatria Culturale, tra l'altro, ha un'**evoluzione culturale o un mix di culture** che non può limitarsi ad una mera Psichiatria Comparativa, ad una Psichiatria Cross o Trans culturale, ad una Psichiatria Sociale o ad altre specificazioni fondante su vecchie "idee". La Psichiatria Culturale non è una Psichiatria Antibiologica, ma ricerca le differenze tra aspetti eziologici (probabilmente biologici) e patogenesi (probabilmente psico-socio-culturali) dei fenomeni mentali: essa accetta i contributi delle neuroscienze come rinforzo e chiarificazione tra normalità e patologia (Alarcón, 2009, 2014).

Quando si tratta di fare diagnosi utilizzando malattie o disturbi che esemplificano minorità etniche, di immigrati, di rifugiati o di cosiddette "popolazioni speciali" (bambini, adolescenti, vecchi, donne, omosessuali, o membri di sette religiose e tutto quello che viene considerato minoranza): ciò potrebbe portare a grossolani errori circa quegli aspetti culturali che tali situazioni potrebbero assumere solo nell'ambito di questi gruppi.

Attualmente, la ricognizione di componenti culturali nell'ambito della diagnosi psichiatrica dovrebbe essere un traguardo per correggere vecchie valutazioni difettose, non limitando gli indicatori di razza, genere ed etnicità.

La Psichiatria Culturale coinvolge una serie di fattori e di status/ruoli nei processi diagnostici che possono aver un notevole impatto patogenetico, psicopatologico e anche essere decisivi in una successiva Psicoterapia Dinamica Culturale.

3. Nello specifico, per quanto riguarda la **fenomenica dei migranti**, essa deve tenere conto dell'impatto che può avere un soggetto di cultura diversa dalla nostra, circa il

suo inserimento, le sue aspettative ed il suo piano di vita, le interazioni tra i professionisti delle relazioni di aiuto e gli utenti stranieri (Par. IV) non sempre corrispondono alle esigenze. Anche perché le situazioni sono molto eterogenee e nella pratica clinica intervengono elementi sociologici, antropologici e non infrequentemente dei parametri ecologici.

Vi sono altresì difficoltà logistiche che complicano notevolmente l'interazione diagnostica terapeutica con etichette classificatorie improprie. Non è un caso che l'appendice al DSM-IV-TR è stata variata nel DSM-5 con una modulazione di talune sintomatologie che vengono inserite nell'inquadramento nosologico generale.

4. Ed ancora: vi sono *variabili culturali* specifiche al linguaggio, alla religione, alla spiritualità ed alle credenze, all'orientamento di genere sessuale, alle tradizioni. Ed ancora: la matrice identitaria è variata dai fenomeni di transizione dovuti alla "personale storia della migrazione" ed a livello di precarietà (Rovera e Bartocci, 2014b) costituiscono delle variabili talora sommerse nella fase iniziale della valutazione clinica. Altri aspetti, che non di rado possono essere facilmente rilevati, sono inerenti all'anamnesi familiare ed alla storia microculturale del clan nonché all'anamnesi personale remota (es. costumi alimentari, ruoli gerarchici, etc) senza contare le anamnesi patologiche inerenti agli stessi immigrati.

Aspetti di articolazione e fattori culturali. È necessario avere sia un corretto riferimento ai modelli clinici diagnostici classici (es. DSM, ICD) sia una visione pragmatica e sociale della committenza. Ciò include non solo le definizioni di cultura e di disturbi mentali nonché la Formulazione Culturale, ma è inerente anche ai **vari stadi del percorso terapeutico**, attraverso una completa (per quanto possibile) documentazione clinica.

5. In questo senso sarebbe opportuno che vi fossero dei **collegamenti con i WHO, con l'APA, con la WACP e con altre Associazioni** coinvolte, in un reale sforzo inteso a monitorare non solo l'emergenza o il contesto clinico attuale ma studi longitudinali e di follow up, di lunga prospettiva.

Inoltre, accanto ai dispositivi accoglienza e l'utilizzo delle *helping professions* non bisogna dimenticare gli **studi delle Neuroscienze** che devono correlarsi nell'interpretazione di studi genetici, nell'influenza della vulnerabilità e delle resilienze, degli stili di coping, delle risposte emotive e cognitive allo stress ed eventualmente del "complesso di precarietà" (Rovera e Bartocci, 2014b).

Sono questi i criteri che è necessario rilevare sia nella valutazione complessiva diagnostica, sia nelle manifestazioni sintomatiche, sia nelle risposte terapeutiche: specie nell'ambito di una Psicoterapia Dinamica Culturale. Tutto ciò deve tener presente dei *criteri dinamico-evolutivi* che possano verificarsi non solo nello sviluppo dell'individuo rispetto al proprio *life span*, ma pure nelle differenti *fasi*

psicopatologiche, specie in quelle persone che presentano una *personalità maladattiva* in modo da prevenire un'eventuale stigmatizzazione sia individuale che collettiva.

6.

a) Gli **attuali sviluppi della nosologia psichiatrica e gli obiettivi della ricerca nella Formulazione Diagnostica** dovrebbero tener conto degli strumenti utili alla validità, flessibilità, utilità e possibilità riabilitativa, nonché alla qualità della vita. Ciò è ancora più importante quando vi sia una presa in carico a livello di una Psicoterapia Dinamico-Culturale. Inoltre è importante considerare il riferimento al gruppo culturale di appartenenza che può essere di sostegno, sia nella pratica clinica sia nella ricerca. Una Formulazione Culturale dovrebbe infine essere somministrata e testata in **appropriati setting clinici** di medicina generale, di pronto soccorso, di psichiatria clinica ma specialmente di una **psichiatria di liaison** (Rovera, 1999a).

b) In *Psichiatria Culturale*, base per un trattamento in *Psicoterapia Dinamica Culturale* innanzi tutto, si nota come la configurazione dei disturbi psicopatologici dipenda dai **metodi utilizzati** per evidenziarli. Solo con *approcci a rete* pluridiagnostici, e quindi tenendo conto di più prospettive, che non si limitino alle sole indagini psicopatologiche-cliniche, ma che comprendano ricerche biochimiche, genetico-ereditarie psicodinamiche e studi sulle risposte al trattamento, si potrà cogliere appieno la loro tipologia diagnostica e la loro prognosi. In altre parole vi è la necessità di strumenti di maggior potere risolutivo dove una iniziale semplificazione eccessiva rischia di cancellare le sfumature e di far emergere soltanto quello che è più immediatamente evidente.

IV. Aspetti clinici della PDC

A) INTRODUZIONE

1) È ipotizzabile che nessuna altra branca della Medicina come la Psichiatria cerchi di intendere, nel senso del capire di Jaspers (*begreifen*), l'individuo umano **attraverso un approccio interdisciplinare e globale**, tendendo ad articolare uno spiegare scientifico (*erklaren*) con un comprendere fenomenologico (*verstehen*).

È lungo questa *corrente portante* (Ansbacher, 1997; Kopp, 1998) che gli attuali studi, interagendo fra loro, attengono a dimensioni biologiche, psicologiche e socio-culturali (Fassino, 2014).

Inoltre, dalle ultime decadi del XIX Secolo, il campo della psichiatria e delle *helping professions* ha ampliato non solo le strutture di riferimento concettuali ma ha pure approfondito le prospettive di sviluppo rispetto alla psicopatologia, la clinica e la psicoterapia.

La Cultura (Par. I-II-III) è così configurabile come un insieme di significati, di norme comportamentali, di sistemi linguistici e comunicazionali, di orientamenti di valori utilizzati da individui di una determinata società. Essa è qui da intendersi non come la *kultur* e come *civilization* in un'accezione positivista, ma piuttosto come un insieme di *pluralità culturali interattive pragmatiche*. **La cultura globale non è un concetto statico bensì dinamico**, che cambia anche gli stereotipi mano a mano che si realizzano eventuali meticciami cultural-specifici e/o cambiamenti evolutivi generazionali.

2) Come noto, le moderne Psicoterapie affondano le loro radici nell'Europa Occidentale e pertanto non sorprende che la loro **validità interculturale** venga messa in discussione da coloro che ne criticano il rigore concettuale e le procedure operative (Gabbard, 2000).

Al riguardo di tali discipline si enumerano una serie di appunti:

- esse adotterebbero un punto di vista essenzialmente psicologico dell'esperienza soggettiva, considerando a volte le espressioni somatiche di disagio come più primitive (o più profonde nel senso della medicina psicosomatica);
- esse sosterranno la funzione autonoma del modello proposto a spese dell'interdipendenza e dell'appartenenza a una più larga unità sociale;
- esse non considererebbero sufficientemente, a livello psico-dinamico, la posizione dell'individuo nella famiglia, nella società e nella cultura d'appartenenza.

La Psichiatria e la Psicoterapia Dinamica Culturale (PDC) dovrebbero contribuire a fornire risposte a tali quesiti, occupandosi del rapporto tra il disturbo mentale dell'individuo e il contesto ambientale interattivo. Infatti, molti psichiatri e psicoterapeuti culturali sempre di più estendono le loro ricerche e le loro competenze tramite canali di connessione con la psichiatria generale, con l'antropologia e con la sociologia, onde permettere una più accurata *visione del mondo* "attraverso gli occhi dell'individuo, piuttosto che una visione dell'individuo attraverso gli occhi dello specialista".

B) LA RETE DELLE *HELPING PROFESSIONS*

1) Le *helping professions* (Rovera e Bartocci, 2014a) si costituiscono nell'ambito di un contesto socio-sanitario in cui confluiscono anche le recenti immigrazioni. I filoni di applicazioni cliniche collaudate riguardano le aree: a) di Psicoterapia Dinamica, b) di Counseling e c) di interventi Psico-educativi/Riabilitativi.

Le *helping professions* hanno, specie in un contesto interculturale, modalità diverse ma una **base comune motivazionale o vocazionale**, inseribile nel modello adleriano di interesse e cooperazione sociale. Esse vengono effettuate da specialisti diversi a seconda della diagnosi del focus terapeutico, e delle possibilità concrete di intervento.

2) Nelle **molteplici Forme di Helping** è ormai avvalorata l'ipotesi che si registrino quali agenti terapeutici sia **fattori psicoterapeutici specifici**, sia **fattori psicoterapeutici aspecifici**, sia **competenze comunicazionali**. Il **Paradigma Relazionale** è preferito a quello pulsionale, specie quando i trattamenti hanno un **risvolto interculturale**.

a) I **fattori specifici** corrispondono alle metodiche delle psicoterapie analitiche strutturate. Qui nel *continuum supportivo/intensivo* si possono utilizzare diverse tecniche quali la riflessione conversazionale, la confrontazione, la elaborazione di materiale infantile e dei sogni, sino alla interpretazione del transfert, etc.

b) Tra i **fattori aspecifici** sono annoverate la fornitura di presenza, l'alleanza di lavoro (*helping alliance*), la comprensione empatica, le dinamiche transferali/controtransferali.

c) Il terzo tipo di fattori riguarda le **competenze comunicazionali** (verbali, non verbali e di informazione), che comportano **approcci immedesimativi** anche sotto il **profilo culturale**, ivi compresi i cosiddetti **meeting moments**, il mettersi nei panni di, il vedere con gli occhi dell'altro, l'ascoltare senza pregiudizi, etc). Questi fattori permettono di innescare una **strategia dell'incoraggiamento** modulata a seconda del contesto, della persona, delle finalità e degli strumenti operativi (Rovera, 1982).

3) L'*articolazione a rete* tra vari tipi di fattori riguarda le modalità delle **relazioni d'aiuto** fra tecnica e arte. Questa è una distinzione tra a) il "**come fare**" (procedure di apprendimento tecnico metodologico) e b) il "**fare come**" (procedure di esperienza congeniale identificatorie (Rovera, 1988).

a. Sotto il profilo tecnico del **come fare**, un esempio è riferibile al *setting*: la **durata e frequenza** delle sedute, la tecnica del colloquio, etc.

b. Aspetti importanti sono legati anche al **fare come**, cioè alla creatività del rapporto interindividuale, correlato a procedure di esperienza congeniali immedesimativa, anche di tipo culturale.

Ciò deve realizzarsi nel pieno rispetto della dignità dell'Individuo, nella valutazione del suo problema psicologico e del suo Stile di Vita, nonché dell'Orientamento di Valori e del gruppo di appartenenza.

In questa prospettiva può inserirsi il modello della *Psicologia Individuale* quale **asse portante**, anche circa le vicissitudini legate alla costellazione familiare ed all'ambiente culturale (Ansbacher, 1997; Kopp, 1998).

Riconoscere la fenomenica di alcune caratteristiche comuni al gruppo etnico/culturale del paziente può aiutare il clinico e lo psicoterapeuta a cogliere l'individualità dello stesso grazie anche al tessuto di appartenenza.

Esemplificativamente si possono valutare le funzioni simbolizzatrici, le capacità linguistiche, i primi ricordi, la costellazione familiare e soprattutto lo Stile di vita (Tseng, 2003; Shulman, Mosach, 2008).

C) I TRE PARAMETRI DELLA PDC

La *Psicoterapia Dinamica Culturale* è costituita da tre parametri interconnessi nella rete delle *helping professions*:

- **psicoterapia**
- **dinamica**
- **culturale**

Alcune precisazioni al riguardo possono facilitare l'approccio alla PDC

1)

a. In un suo contributo circa l'**Etnopsichiatria**, Tobie Nathan (1999) cerca di ricostruire i modelli di cambiamento proposti dai **Sistemi Psicoterapeutici non occidentali** (Stengers & Nathan, 1996; vedi Par. II Tab, 3). Così soltanto si riuscirebbe

a riflettere sull'impatto che possono avere tali modelli sulle psicoterapie che si praticano in occidente. Egli propone uno schema generale a partire da tre principi:

- lo sdoppiamento della scena terapeutica;
- la focalizzazione sugli oggetti tecnici (procedure, etc);
- lo spiazzamento dell'interesse verso i problemi ontologici.

L'Autore sintetizza le sue osservazioni ricordando che l'etnopsichiatria non può essere una psichiatria specializzata per i migranti, né che la dinamica possa rifarsi solamente alla **EtnoPsicoanalisi**, né che la Psichiatria debba rispondere attraverso una **sorta di antropologia specifica** delle terapie tradizionali dei Disturbi Mentali.

Una Psichiatra Culturale dovrebbe interrogarsi sui concetti di **tre discipline madri**: 1. Psichiatria e Psicoterapia; 2. Psicoanalisi e dinamiche Psicologiche; 3. Antropologia e Antropologia Culturale.

Nel mondo esisterebbero un'infinità di sistemi terapeutici efficaci; una psicopatologia scientifica dovrebbe partire dalle tecniche reali degli attori dell'intervento terapeutico (di tutti gli attori senza eccezioni: medici, paramedici, ma anche guaritori, guru, sciamani ed altri stregoni). E ciò per risalire *alla* teoria dalle tecniche e non *dalla* teoria alle tecniche.

b. Al contrario, gli approcci psicoterapeutici sviluppati in una **società occidentale** diretti all'intrapsichico hanno a che fare con individui di **culture diverse** (ad esempio ciò accade nell'immigrazione di extracomunitari), in cui le radici psicologiche profonde dipendono dalla famiglia e dalla tribù.

c. L'interdipendenza tra il Self, le attitudini e i valori collettivi sono alla base di un approccio psicoterapeutico tra le **norme personali** e le **norme collettive**. Una terapia psicodinamica, che tenda a un approccio tra inconscio e conscio accompagnando il cliente alla sua *Self-attuazione*, oltre che con i conflitti intrapsichici, deve misurarsi con le componenti familiari, collettive e istituzionali (Vedi Par. V. Caso n. 2 e 3).

2) Spesso si intende la **Psicoterapia Dinamica** come sinonimo di psicoanalisi. Essa però ha oggi una denominazione che **raggruppa tutte quelle correnti psicologiche** (come la Psicologia Individuale) che valorizzano molteplici dinamismi patogenetici: biologici, psicologici, sociali. La psicoterapia dinamica presuppone modelli teorici di energia, nel senso di un **determinismo morbido**, ma volti anche verso un **finalismo morbido** basato sul concetto di **teleonomia**, di **motivazioni** e di **mete realizzative**.

a. La **Psicoterapia Dinamica** rappresenta uno sviluppo aperto a nuove correnti teorico-pratiche di ricerca (Galimberti, 1992). Essa è **connessa agli altri settori** della psicologia contemporanea (Mencacci, 2012). Temi fondamentali sono: la soggettività, le relazioni interpersonali, lo sviluppo affettivo, le emozioni, i conflitti, le condizioni di mutamento orientate secondo una *life span* e direzionate verso uno scopo.

b. La **Psicoterapia Dinamica** offre una struttura concettuale coerente, entro la quale gli interventi possono venire prescritti (esempio associazione con farmaci). Il **trattamento dinamico** sottintende quale componente cruciale la capacità di riconoscere quando evitare un' esplorazione dei nuclei psicologici profondi a favore di trattamenti che non minaccino l'equilibrio psichico del paziente (Gabbard, 2005, Fassino, 2007).

3)

a. Anche se la **Psicoterapia psicodinamica a lungo termine** è sinonimo di un processo aperto e senza limiti temporali definiti, esistono pure **terapie a tempo determinato** (40-52 sedute) e **brevi** (4-12 colloqui) (Ferrero 2009, 2014), che fin dall'inizio utilizzano principi della terapia psicodinamica classica. Questi trattamenti sono frequenti quando si tratta di **Psicoterapie Interculturali** (vedi Par. V) ed anche nelle **Psicoterapie di liaison psichiatrica** (Lipsitt, Rovera in Rundell & Wise, 1999), etc.

Tali differenti procedure sono importanti per una Psicoterapia Dinamica Culturale (PDC, cfr. Par. V), anche perché il più delle volte non è possibile protrarre un trattamento dinamico in modo indeterminato, fermo restando un autentico messaggio che sottolinei intrinsecamente un *patto di non abbandono*.

Le tabelle n. 6 e n. 7 esemplificano le differenze del percorso terapeutico rispetto alla durata.

Tab. n. 6: Aspetti della psicoterapia psicodinamica classica

Parte della vita mentale è inconscia
L'adulto è plasmato dalle interazioni con le esperienze infantili, lo stile di attaccamento e l'Universo culturale in cui è immerso
Il transfert del paziente nei confronti del terapeuta è una fonte primaria di comprensione
Il controtransfert del terapeuta fornisce contenuti e dinamiche importanti per comprendere ciò che il paziente induce negli altri
La resistenza del paziente al processo terapeutico rappresenta un elemento centrale nella terapia
Sintomi e comportamenti hanno molteplici funzioni e sono determinati da istanze complesse e spesso inconse
Un terapeuta psicodinamico si volge alla revisione dello stile di vita del paziente in modo che egli acquisisca un senso di autenticità, unicità e progettualità.

Tab. n. 7: Aspetti della psicoterapia psicodinamica a tempo determinato

Focus su affetti, relazioni interpersonali, espressione delle emozioni, contesto socio-culturale
Esplorazione dei tentativi di evitare vissuti esperienziali
Identificazione, anche culturale, di temi e pattern ricorrenti
Confrontazione delle esperienze passate (allargando l'indagine anche alla famiglia ed al contesto delle culture)
Elaborazione sulla relazione terapeutica lungo un asse supportivo/espressivo
Esplorazione delle motivazioni e strategia del realistico incoraggiamento

b. Rispetto al contesto operativo, la **Psicoterapia Dinamica Culturale in psichiatria di liaison** (Rovera, 1999a) è incentrata, a partire da una corretta valutazione clinica generale, sui sintomi e sul loro relativo sollievo, oltreché sulla revisione dello stile di vita. Utilizza un metodo di intervista mista, piuttosto che l'associazione libera. Inoltre i suoi scopi sono più specifici in quanto si focalizza maggiormente l'attenzione sulla situazione di vita del paziente e sulle circostanze ambientali nella relazione terapeutica.

c. La **prospettiva evolutiva**, concetto centrale del pensiero psicodinamico, è correlata a una famiglia di modelli di linea analitica (a cominciare da Adler e poi dalle scuole psicoanalitiche di Klein, Bowlby, Fonagy, etc), che comportano temi dell'attaccamento o della mentalizzazione (Gabbard, 2005). Sebbene la terapia psicodinamica a lungo termine derivi dalla psicoanalisi, anche Freud usava metodi che discostavano profondamente da queste concezioni. Oggi i terapeuti ad orientamento psicodinamico tendono in genere d essere attivamente coinvolti, a partecipare emotivamente agli stati affettivi del paziente, a essere tutt'altro che passivi o inespressivi, a parlare anche a lungo, quando lo ritengono utile, e a prestare attenzione alle modalità con cui contribuiscono alla percezione che il paziente ha di loro.

d. Sempre dal punto di vista dinamico (Galimberti, 1992) oltre la considerazione della nozione di *forza* (motivazione, istanza, direzione) viene anche sottolineata quella di *conflitto*, che rinvia in ultima analisi per la psicoanalisi freudiana agli antagonismi delle pulsioni inerenti anche ai meccanismi di difesa, etc.

I modelli concettuali per questa terapia includono il conflitto inconscio derivato dalla psicologia dell'Io, la teoria delle relazioni oggettuali, la psicologia del Sé e la teoria dell'attaccamento (Gabbard, 2005).

4)

a. Per un corretto approccio ai disturbi mentali è fondamentale la **prospettiva culturale**, dato che l'individuo è un organismo bio-psico-sociale, non solamente modellato dalle sue interazioni con gli altri e influenzato dai costumi e dagli oggetti della sua cultura materiale, ma dotato anche di un patrimonio culturale (Ancora, 2010).

Sotto il profilo terapeutico vi sono varie accezioni non sempre sovrapponibili fra di loro (vedi anche Par. II).

*I concetti di **multiculturalismo**, **biculturalismo**, **etnoculturalismo**, specie negli Stati Uniti, sono attualmente in voga (e ciò sta avvenendo anche in Europa) e, in genere, riguardano l'effettiva, competenza comunicativa del terapeuta nel problem solving e nell'assunzione della terapia. Quest'area della psicoterapia ha bisogno di dimostrare la sua utilità specialmente tra le popolazioni immigrate (cfr. al proposito l'Articolo "Spunti per una PDC" sul N. 2 della Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale).*

b. La **Psicoterapia Interculturale** considera in genere il concetto culturale dell'individuo, implicito nel discorso terapeutico e nella pratica che determina come dovrebbero essere concepiti i conflitti, i valori e la via della vita (*stile di vita*) del paziente (Kirmayer, 2007). Ci si domanda quale può essere un concetto culturale di psicoterapie che ponga l'enfasi sul simbolico e intorno al Sé. Ogni sistema di psicoterapia dipende dai modelli impliciti circa il sé, alla base culturale del concetto di persona. Il concetto culturale di persona basa a sua volta le psicoterapie euroamericane che sono incentrate sull'individualismo. Questo concetto individualistico ed **egocentrato** sulla persona può essere contrastato anche da concetti **sociocentrici**, **ecocentrici** o **cosmocentrici**, a seconda che l'individuo sia in relazione con l'ambiente o con il cosmo.

Tra le varie domande che ci si può porre al riguardo vi sono quelle di conflitto, di adattamento, di guarigione, delle varie forme di psicoterapia nel **lavoro interculturale**.

c. Rispetto al **linguaggio delle emozioni** vi sono diverse prospettive. Circa gli aspetti relazionali si possono distinguere **due categorie concettuali**:

- una delle **strutture narrative**, che coinvolgono il livello discorsivo, il Sé riflessivo e le costruzioni insight orientate;
- l'altra del **discorso psicologico**, che assume diverse forme in accordo ai concetti culturali di mente, di self e di persona. Non è escluso che in questa seconda direzione vi siano delle diverse percezioni del Sé corporeo (Rovera e Bogetto, 1979; Zambelli, 2014) nonché differenti tipi di attaccamento nelle relazioni significative.

Questi processi, che riflettono aspetti universali della psicologia umana, in pratica si rifanno pure agli aspetti culturali specifici, mediati attraverso i codici simbolici della

cultura di appartenenza, , come sopraddetto, nonché attraverso i diversi **tipi di attaccamento** nelle diverse culture (giapponese, cinese, statunitense, etc).

d. **Altri problemi** riguardano la mentalizzazione psicologica, la metafora del profondo, la capacità di trarre dalla storia personale costrutti narrativi, di mettere a punto una visione realistica e un'ideale "politica di prestigio".

Kirkmayer (2007) associa ai sistemi di guarigione anche specifici *aspetti religiosi e di valori* che contribuirebbero alla **configurazione del Sé**. Si propone al proposito la tabella n. 8.

Tab. n. 8: Configurazione culturale del Sé

<i>Tendenza del Sé</i>	<i>Sé definito da</i>	<i>Orientamento di valori</i>	<i>Contesto</i>	<i>Modo di narrazione del Sé</i>	<i>Sistema di guarigione</i>
<i>Egocentrica</i>	Storia personale "da completare"	Individualismo Autonomia Realizzazione Materialismo Monoteismo	Individuale	Unisemico Monologico	Psicoterapia
<i>Sociocentrica</i>	Famiglia Clan Discendenza a Comunità	Collettivismo Interdipendenza Cooperazione Onore Pietà figliare	Costellazione familiare Gruppo	Polisemico Dialogico	Collettivo Rituale Terapia familiare
<i>Ecocentrica</i>	Ambiente Ecologia	Equilibrio Armonia Scambio Animismo	Animali Elementi naturali	Unisemico Mitologico	Shamanesimo
<i>Cosmocentrica</i>	Antenati	Ordine cosmico Olismo Politeismo	Dio e gli Spiriti	Polisemico Mitologico	Possessione Divinazione

5) Sempre in riferimento al **contesto culturale** di appartenenza, ogni forma di psicoterapia si riferisce al concetto di persona e all'espressività individuale.

a. Nella **psicoterapia psicodinamica** occidentale si mira prevalentemente al pensiero privato, alle emozioni della storia passata e presente, e alle circostanze di vita.

b. Nelle **altre culture** l'impiego dell'insight ha differenti finalità. Nella prospettiva di molte culture l'espressione delle emozioni è potenzialmente mascherata o addirittura nociva, perché l'equilibrio psicologico e somatico della persona devono funzionare con la famiglia e la società.

Il **potere** e lo **status** sono misurati non attraverso il dominio individuale o di cambiamento, ma attraverso un'abilità di aggiustamento adattativa rispetto al contesto.

La valutazione della persona è legata non a criteri di stile, di legame, di separazione ma alle sue relazioni con le entità sociali.

c. Riconoscere la diversità del modello culturale (introiettato) che la persona presenta al clinico diventa una sorta di imperativo categorico. Una psicoterapia efficace deve fare riferimento all'Orientamento di Valori (Ponce, 2005; Rovera e Gatti, 2012), in termini intellegibili al background culturale dell'individuo, e deve essere articolata tra le tensioni della tradizione e le nuove scelte e opportunità che sono date all'individuo dal cambio sociale e dall'immigrazione. Le differenti cliniche emiche devono sollecitare una buona attenzione al potenziale delle discrepanze tra la concezione della persona che chiede un aiuto terapeutico e i modelli di cultura che lo stesso paziente si è autocostruito. Questo concetto corrisponde a quello di *alleanza terapeutica*, di *identificazione culturale* e di *intervento appropriato*.

d. Una **psicoterapia interculturale** deve aprire l'esplorazione all'individuale, al familiare e al sociale, in quanto vi sono differenti vie nella costruzione del Sé. Al di fuori di ogni disputa e dibattito anche scientifico, i clinici non dovrebbero esportare dall'alto in basso le loro norme e orientamenti di valori impliciti nella loro pratica terapeutica (più o meno derivati anche dai manuali classificatori).

Noi conosciamo molto poco circa le conseguenze della terapeuticità fisica e mentale del nostro approccio, quando la concezione culturale dell'individuo è diversa dalla nostra. Ciò comporta delle specifiche valutazioni circa il benessere e il cambiamento di una persona e pone delle questioni terapeutiche non ancora risolte.

D) ALTRI CONTRIBUTI

1) Premesso che tutte le Scuole Psicoterapeutiche dovrebbero essere d'accordo sull'utilità (se non sulla necessità) della psicoterapia, sembra utile ricordare che alcuni indirizzi, sebbene in modo non univoco, si occupano di Psicoterapia Dinamica Culturale. Tra questi emergono i contributi della Psicologia Individuale Adleriana, di cui qui si ricordano alcuni temi trattati: tra i quali quello che contrassegna nella **corrente portante** l'opportunità di correlare teorie e metodi psicoterapeutici attraverso cornici e reti di integrazioni (Ansbacher, 1997; Kopp, 1998; Rovera, 1999a).

2) Un secondo aspetto non solo di tipo clinico, è il Mix che la Cultura Occidentale ha dovuto registrare, specie negli ultimi tempi, circa le Diversità imposte dalle crescenti e massicce immigrazioni. Ciò ha comportato nei medici, negli psicologici e negli psicoterapeuti, così come negli altri operatori socio-sanitari, la conoscenza delle peculiarità di quadri clinici che non solo caratterizzavano le *culture bound syndrome* ma che si potevano verificare nei Paesi di accoglienza (Vedi Par. V). Ciò riguarda i molteplici livelli dell'integrazione, che ineriscono all'"incontro" tra le teorie della

malattia e della cura della nostra e quelle di altre culture (Tseng, 2002; Cianconi, 2010).

3) La tendenza all'*integrazione* richiede peraltro anche la capacità di orientarsi tra l'approccio bio-psico-sociale –che caratterizza la nostra cultura– e quello magico-religioso che prevale in culture “altre”.

a. Le domande al riguardo sono molteplici. In particolare:

- Si può escludere un mondo culturale per favorirne un altro? Chi conferisce tale “discernimento”?
- Il criterio bio-psico-sociale occidentale (che si basa sull'oggettività delle neuroscienze) in realtà è usato solo da una parte della popolazione umana; il resto utilizza sistemi terapeutici che rimandano all'universo magico-religioso (Bartocci, 1990; Nathan, 1999). Come è possibile articolare nella pratica clinica odierna queste due diverse concezioni così distanti tra di loro? (Rovera 2003; Fassino et al. 2007).

b. In Europa, attualmente, ci sono migranti che hanno raggiunto la terza generazione; i loro figli frequentano le scuole del territorio, le famiglie miste sono in aumento; arrivano rifugiati e vittime di tortura, lavoratori stagionali e residenziali.

Ancora una volta, è possibile trovare risposte e soluzioni in *un'articolazione volta all'integrazione* di molteplici culture: cioè dei saperi occidentali con quelli delle culture “altre” (Cianconi, 2010).

c. Sarebbe utile un'applicazione congiunta seguendo alcuni criteri. Tra questi si enumerano:

- Sviluppare un dialogo tra le diverse culture.
- Imparare a confrontarsi continuamente con la cultura contemporanea della salute e delle malattie.
- Saper comprendere, nello specifico, le manifestazioni pre-cliniche e le sindromi collegate ai fenomeni migratori.
- Sviluppare un sistema di rete efficace e funzionale formato da medici, psicoterapeuti, psicologi specialisti del settore assistenti sociali, curatori, comunità di riferimento e figure affidabili.
- Impegnarsi nella formazione continua.

In un contesto socioculturale come il nostro non è possibile ignorare le tematiche che emergono dall'incontro, e non di rado dallo scontro, tra la subcultura importata e la cultura dominante: soprattutto in campo assistenziale e psicoterapeutico (Vedi Par. IV B).

4) I progressi costanti dei *rami del sapere* stanno probabilmente aumentando l'impatto della cultura attraverso una specie di processo di accelerazione sullo sviluppo scientifico, concettuale prospettico. I rapporti specifici della psicologia, della psicodinamica e della psicoterapia devono essere rapportati al mutamento di contesti culturali. La psicoterapia dinamica è diventata troppo importante e troppo richiesta per

potersi permettere di rimanere rigidamente sempre eguale a sé stessa (Abraham e Andreoli, 1987).

Le *psicoterapie dinamiche* devono perciò rivalutare i loro effettivi fondamenti (anche sotto il profilo epistemologico), i loro limiti, i loro errori più comuni, il loro intrinseco significato nonché le loro aree d'impiego, la loro efficacia, i risultati di follow up.

I nuovi orizzonti sfuggono a una specifica identificazione con una tecnica o con una serie di sottotecniche. Essa deve proporre in continuazione delle forme di equilibrio (tra *modello di rete e rete di modelli*) tra elementi che dovrebbero interconnettersi reciprocamente (Vedi Par. II D e VI).

E) LA PDC TRA PSICOANALISI/PSICOTERAPIA ANALITICA E PSICOTERAPIE DINAMICHE

1)

a. Oggi, con l'avvento delle Neuroscienze e della PDC, ci si pone la domanda se la psicoterapia in senso ampio continui ad approfondire le **due dimensioni** dell'esperienza che la caratterizzano:

- la *prima* riguarderebbe il lato oscuro della psicoterapia, cioè l'ambiguità di una prassi clinica, all'interno della quale la promiscuità dei concetti e delle scelte tecniche tende in un certo qual modo ad aver la meglio sul rigore dell'elaborazione e dell'investigazione;
- la *seconda* porterebbe alla soggettività come storia, divenendo la psicoterapia un mondo dell'incontro (anche nel confronto politico, sociale e culturale): essa allora sostituirebbe all'oggetto il mito ermeneutico dell'interpretazione.

b. La **psicanalisi** oggi soffrirebbe di un pericoloso contagio medico, psicologico, sociologico, culturale etc, a causa di un influsso operato al suo interno da molte correnti eterodosse di psicoterapeuti.

Per quanto siano *irriducibili l'una all'altra* la psicoanalisi e la psicoterapia rimarrebbero inseparabili (Abraham e Andreoli, 1987).

Psicoterapeuti e psicoanalisti sarebbero in qualche modo obbligati a vivere in un *commensalismo* che è loro utile per vivere e prosperare, a condizione che rimanga conflittuale e contraddittorio nel constatare che queste due realtà devono sussistere l'una di fronte all'altra *senza sfociare in un amalgama*. Il rapporto tra psicoanalisi e psicoterapia risponderebbe innanzitutto alla realtà del processo attraverso cui l'*apres-coup* si fa luce al mondo soggettivo di una data psicoterapia.

2)

a. Il complesso argomento della **psicoanalisi e psicoterapia analitica** è una delle ragioni della crisi della psicoterapia analitica, la quale starebbe nella sua diminuita capacità di dare una traduzione psichiatrica accettabile all'esperienza analitica. Per la **psicoanalisi tradizionale**, la radicale trasformazione introdotta da Freud e da qualcuno dei suoi successori (riguardo al concetto di interiorizzazione), il passaggio da senso manifesto a senso latente e l'analisi dell'inconscio sono inseparabili dal processo di costituzione nell'Io e nel Super-Io (e soltanto in questo modo diventano delle istanze economicamente e dinamicamente presenti nel processo psicoanalitico) di un sistema di oggetti la cui materia e struttura non avrebbero a che fare con la realtà interpersonale del paziente.

I fenomeni del transfert sono molto difficili da elaborare e da canalizzare in senso psicoanalitico: sicché non ci si può disinteressare della **problematica narcisistica** del paziente (Abraham e Andreoli, 1987).

b. Al giorno d'oggi, se la **psicoanalisi** è qualcosa di più di un cammino "verso" l'analitico, la **psicoterapia analitica** tende troppo spesso ad esprimersi come caricatura pericolosa e creatrice di confusione: anche i suoi *setting* non si presterebbero necessariamente all'ampliamento del lavoro psicoanalitico. Al di là degli ostacoli sociali fissati dal quadro professionale che impediscono di incontrare il paziente nelle sue parti meno simbolizzabili, la psicoterapia analitica ci rinvierebbe spesso a forme di interpretazione troppo concrete e condensate per esprimersi in un registro puramente verbale o individuale, quando la relazione non è né abbastanza intensa né sufficientemente prolungata (Abraham e Andreoli, 1987).

3)

a. Qui si innesta e si differenzia non a caso la **PDC** (che meglio fruisce del modello adleriano), quale importante approccio dinamico non psicoanalitico in senso stretto, specificatamente negli interventi e trattamenti interculturali. Se per altro il terapeuta è consapevole di questi aspetti si può avere una comunicazione profonda largamente terapeutica.

b. Più che non soluzione a questi problemi, essi possono stimolare degli approfondimenti al come e al perché delle identificazioni/immedesimazioni (anche culturali) o del loro divenire nel rapporto che si stabilisce tra i terapeuti e i loro pazienti. L'identificazione empatica è l'essenza del lavoro, dello stile del pensiero e dell'abilità tecnica.

- In *primo luogo* come dimensione della percezione del malessere soggettivo, quindi come spazio di un incontro possibile tra il progetto dello psicoterapeuta e la sofferenza del paziente.
- In *secondo luogo* come supporto della rielaborazione del contro-transfert.
- In *terzo luogo*, come struttura portante del divenire di un processo psicoterapeutico di cui essa rappresenta il crogiuolo e come movimento psicodinamico attraverso cui due storie interculturali possono interagire.

Attraverso l'**identificazione/immedesimazione (anche culturale)** si può giungere ad un'area terapeutica condivisa mediante il coinvolgimento empatico e l'interazione transferale-controtransferale (cfr. il successivo punto F).

F) UNA POSSIBILE RELAZIONE PSICOTERAPEUTICA INTERCULTURALE

1)

a. Circa la dinamica del **transfert-controtransfert**, nell'ambito di tutte le relazioni psicoterapeutiche, bisogna tener conto sia degli aspetti individuali che gruppalì (i quali per la Psicologia Individuale corrispondono rispettivamente allo Stile di Vita ed alla Costellazione Familiare). Questa condizione emerge chiaramente nell'ambito di una Psicoterapia Dinamica Culturale, quando lo psicoterapeuta ed il paziente appartengono a due diversi gruppi culturali. Michel (1999) definisce la profonda interazione tra terapeuta e paziente come **metatransfert culturale**: questo sarebbe il risultato di un'internalizzazione gruppalì ed anche sociale.

b. In una **Psicoterapia Dinamica Interculturale** questa relazione resta come un retroscena (*arrière-scène*), cioè come uno scenario sottostante, analogo **all'universo pre-interpretato** (Rovera, 1992). Essa può inoltre occupare una *avant-scène* che si manifesta sotto forme di *acting* minaccianti la relazione psicoterapeutica (vedi Par. V).

In modo schematico, si avrebbero un **livello intrapsichico** e **uno interindividuale**, che ci rinviano alla nostra storia personale, nonché un **livello gruppalì** che si riferisce piuttosto alla storia dei relativi gruppi di appartenenza (Devereux, 1970; Michel, 1999).

2)

a. Ogni relazione psicoterapeutica si iscrive, attraverso le definizioni del quadro terapeutico, in un campo ben definito che è organizzato secondo un certo numero di regole. Questo campo è abitualmente definito non solo dalla cultura dello psicoterapeuta ma pure dal contesto ambientale in cui si sviluppa la psicoterapia. Esiste sempre un rapporto tra il contesto ambientale e il dispositivo psicoterapeutico che si radica in esso (Deborah, 1974).

b. L'**interazione transferale-controtransferale** si presenta attraverso due protagonisti e contiene degli elementi manifesti sia dalla parte del paziente sia da quella dell'analista.

È tuttavia il **versante latente** il luogo *dell'interpretazione*; ciò è molto importante per una *Psicoterapia che comporti una dimensione interculturale*.

Michel (1999) porta questo **esempio**: *se M. X. arriva in ritardo alla sua seduta stiamo attenti a ciò e in funzione del materiale che è stato evocato dalla seduta precedente (Par. V caso n. 3). Supponiamo ora che lo psicoterapeuta sia uno svizzero e che il paziente che arriva in ritardo sia un sudamericano. Costui ci dirà per esempio: “Mi scuso di essere in ritardo, nel mio paese è comune e io faccio molta fatica ad essere puntuale”. Se restassimo in un orientamento psicoanalitico classico, saremmo portati a estendere questo rilievo sulla cultura del paziente come una reazione difensiva tipica e dunque sarebbe un’interpretazione di una difesa. Il terapeuta in altre parole decodificherebbe tale materiale de facto utilizzando il suo O.V. (Ponce, 2005), che comprenderà allora tutto l’insieme di dati impliciti concernenti il suo cliente. Egli prenderà dunque le **referenze culturali esplicite** di M. X. come una resistenza che inerisce al contesto stesso della psicoterapia.*

*Lo psicoterapeuta può anche “bascolare” nell’estremo opposto: sensibile alla dimensione culturale, dirà a sé stesso che per un sudamericano essere in ritardo non è significativo. Tale ritardo verrà codificato allora come **un comportamento culturale tipico interpretabile**. Ma questo ha per conseguenza che la dinamica personale di M. X. s’affaccia come una reazione stereotipica valida per tutti i sudamericani.*

Noi saremmo allora in una situazione ove l’ascolto generale (*etico* direbbe Tseng) in rapporto alla rappresentazione del gruppo d’appartenenza dello straniero (*emico* direbbe Tseng) potrebbe occultare la dimensione individuale (cioè lo *stile di vita*).

c. Queste reazioni sono sovente immediate e spontanee e si basano su dei presupposti che si radicano talora in **stereotipi**, i quali esitano in “*scoperte brutali*” (Michel, 1999): o, come direbbero gli adleriani, in uno *smascheramento dell’orrendo segreto*. Nella pratica clinica ciò può rivelare l’importanza dei pregiudizi e degli stereotipi sulle difese del paziente.

4)

a. Quando si tratta di una PDC, in analogia con la nozione coniata da Michel (1999), si possono utilizzare i termini di **metatransfert** e **contro-metatransfert interculturali**, che definirebbero i rapporti tra due stili individuali dei protagonisti della relazione immersi nei rispettivi gruppi di appartenenza. Ciascun protagonista che sia analista o analizzando ha il suo bagaglio culturale. I gruppi di appartenenza culturali entrano nei rapporti reali ed immaginari. Noi siamo allora “consci” di un certo numero di questi cliché, che possono trattati tanto sotto forma di **umorismo**, quanto sotto forma di **proposizioni metaforiche** (Koph, 1998; Rovera, Gatti e Infante, 2012), o ancora di **tipizzazioni improprie** (vedi quando deridiamo squalificandolo un sottogruppo culturale a cui noi non apparteniamo, etc).

b. Tuttavia, a parte gli aspetti simpatici e anonimi di questi rapporti di forza dominato-dominante, si pone un rilevante quesito circa l’importanza della dinamica metatransferale/contro-metatransferale rispetto ad un eventuale **cambiamento in**

psicoterapia. Queste problematiche aprono infatti non solo questioni di giudizi etici, ma anche di valutazione. Senza entrare nei dettagli, un certo numero di gruppi di origine umana differente si rapporta in modo non omogeneo al *differenziale semantico di Osgood*: rivolto a scegliere e a misurare fino a un certo punto il valore soggettivo ed emotivo di un certo individuo per un determinato oggetto o un determinato concetto, presente generalmente sotto forma verbale (Michel, 1999; Rovera e Gatti, 2012).

c. Queste implicazioni emozionali sono importanti indicatori perché sono segno di una mobilitazione degli *stereotipi gruppali* (Michel, 1999) nell'ambito di una **psicoterapia dinamica culturale**.

Qualora si ammetta che questi stereotipi siano presenti in entrambi i protagonisti della relazione terapeutica (Michel, 1999): il termine di metatransfert segnalerebbe una dimensione di *memoria implicita* che rinvierebbe non tanto ad un transfert classico ma piuttosto ad una *dimensione arcaica preverbale* immersa in un universo culturale pre-interpretato.

d. Sicché ciascuno dei due membri della *coppia terapeutica* (terapeuta e paziente) rappresenterebbe l'uno per l'altro, in una relazione originale riferibile ad uno *stile di attaccamento terapeutico interculturale*, un oggetto o il progetto di certi suoi elementi **culturali primari**, che sono interiorizzati precocemente molto prima dell'accesso al linguaggio parlato, e inerirebbero allo *stile di attaccamento*. La trasmissione avviene generalmente nei primi mesi di vita: nursing, holding scambi di contatti corporei, etc, tutti esempi di attività che rispondono a delle norme culturali e probabilmente le rinforzano.

Ciò andrebbe a costituire la **base culturale condivisa** fatta dall'insieme delle identificazioni primarie. In una relazione Psicoterapeutica Dinamica Culturale questa **impronta culturale implicita**, può restare sotto forma di un presupposto comune, un "ciò va da se" che contribuisce alla costituzione di una matrice terapeutica relazionale.

Questi **stereotipi culturali** (che potrebbero essere posti in analogia ad *imprinting culturali* ed agli *stili di attaccamento*) possono esercitare un effetto favorevole già nei primi colloqui di una relazione psicoterapeutica (positivamente o negativamente).

5)

a. Nell'**esordio** di una PDC, soprattutto se lo psicoterapeuta è sensibile e consapevole delle dimensioni culturali. Il paziente prende la sua propria base culturale come punto di partenza credendo che non susciti nel terapeuta alcun "movimento". Se l'interazione interculturale non è appropriata, ciò può stimolare il paziente a manifestare un'identità culturale (che non corrisponde a quella autentica) che risulterebbe come una resistenza alla cura.

b. Nel corso della terapia, la dimensione interculturale può occupare la **precedente scena** come un fondo silenzioso.

Gli individui nella loro unicità occupano l'**avanti scena**: ma se questo fondo culturale riemerge ciò avviene generalmente in modo “bruciante” che slatentizza dei dinamismi e delle espressioni arcaiche quali l'*acting*, il *diniego*, la *dissociazione*, etc. potendo provocare nel terapeuta un sentimento di estraneità; allora c'è il rischio **rottura** e di **resistenze** (se non di difese) **culturali**.

c. La questione è di sapere se in tali situazioni si possa *regredire* (*terapeuticamente*) ad un livello di funzionamento più arcaico. Si rischia infatti di cadere mutuamente in una relazione essa stessa stereotipata dettata da *pregiudizi* nel senso di Jaspers. Il paziente si può trovare allora nella situazione di confermare il proprio stereotipo. Il terapeuta dovrebbe allora eliminare i **pregiudizi** (culturali) e partire da **presupposti** (sempre nell'accezione Jaspersiana).

6) Una **relazione psicoterapeutica culturale** rimanda costantemente sia ad una **dimensione individuale** sia ad una **dimensione gruppale**: sia dell'analizzando che dell'analista. Questi dev'essere consapevole e competente per acquisire un **utile introspettivo** che permetta nell'ambito di una PDC di confrontarsi in un quadro individuale attraverso vissuti gruppali interiorizzati. Può quindi essere vantaggioso *coinvolgere le famiglie* in un trattamento allargato (Rovera, 1992) per sviluppare degli incontri terapeuticamente efficaci.

V. Casistica esemplificativa

A) SPUNTI INTRODUTTIVI

1. La Psichiatria e la Psicoterapia Dinamica Culturale sono indirizzate a pazienti con un background etnico o culturale variamente diverso da quello del terapeuta (Tseng, 2003) [Par. I-II].

Una differenza significativa tra la cultura del terapeuta e quella del paziente indicano un'interazione delle componenti culturali, che può avvenire sia a livello consapevole che inconscio.

Nella *Psicoterapia Culturalmente Attiva (culture reactive psychotherapy)* è necessario lavorare sulla dimensione culturale e superare potenziali difficoltà dovute a barriere culturali, considerando gli orientamenti religiosi e di valori, le credenze personali e gli assunti antropologici, etc.

2. Svitati e specifici sono i problemi che emergono nell'ambito dell'esperienza clinica di una Psicoterapia Dinamica Culturale: a) la necessità di esaminare le convergenze e le discrepanze del bagaglio culturale del terapeuta e del paziente; b) la qualità di comunicare con i pazienti sia a livello verbale che a livello non verbale; c) l'importanza dell'immedesimazione culturale del terapeuta; d) la gestione del transfert e del contro-transfert culturale; e) l'effettuazione di un trattamento anche farmacologico che da un punto di vista culturale possa risultare corretto ed efficace (considerando anche gli effetti placebo/nocebo).

3. Il modello adleriano quale Sistema Aperto e come Modello di Rete (Rovera), sia sotto il profilo teorico che pratico, ben si presta ad affrontare eventuali difficoltà culturali, rendendosi competente e utilizzando clinicamente una *Psicoterapia Dinamica Culturale*. I Contributi che verranno di seguito riportati si collocano in quest'area e descrivono alcune esperienze cliniche di lavoro con pazienti provenienti da altri Paesi o appartenenti a gruppi minoritari.

B) CASI CLINICI

Vengono qui riportate alcune esemplificazioni cliniche che si riferiscono, nell'ambito di una PDC, a esperienze di diverso tipo, facendo emergere alcuni punti chiave relativi alla pratica clinica e perciò terapeutica. Si tratta: **1.** nel **primo caso** di una Psicoterapia Dinamica Culturale strutturata nel privato; **2.** nel **secondo caso** di una casistica di pazienti stranieri (extra-comunitari) che hanno fruito di una psicoterapia nell'ambito del Servizio Psichiatrico Pubblico Italiano; **3.** infine, nel **terzo caso** clinico, trattato in

una struttura psichiatrica di Londra, si sottolinea come la *mediazione culturale* sia necessaria nelle rete terapeutica complessiva.

Intervento N. 1 – Approccio dinamico culturale

a) BI è una donna Brasiliana, di 34 anni, laureata. Dall'anamnesi familiare e personale risulta essere secondogenita di quattro figli, appartenente ad un ceto sociale medio-alto di un ceppo portoghese tradizionale e di religione cattolica, che si è solidamente radicato in Brasile da cinque generazioni. Il padre medico è morto quando ella aveva 18 anni.

Alcuni amori giovanili, vissuti intensamente e seguiti da distacchi traumatici, sono sempre stati caratterizzati da un notevole divario di anni: tra la paziente ventenne ed i partners quarantenni tutti di status sociale elevato.

BI è venuta in Italia da qualche anno col ruolo lavorativo di Dirigente Industriale presso un grande Gruppo Multinazionale, che ha premiato il livello di capacità linguistiche (poliglotta) e professionali (ingegneria manageriale). Peraltro, il soggetto rileva la differenza tra brasiliani ed italiani, specie per i diversi stili di vita culturali.

Si ritiene che l'**approccio psicoterapeutico** sia **di tipo tra l'infra-culturale e l'interculturale** non solo per la madre lingua diversa, ma per le modalità differenti di vivere, per i riferimenti di status sociale, per le credenze (anche se è cattolica). La stessa paziente sta "nuotando in un altro oceano".

b) Dai colloqui di apertura emerge che il distacco dalla propria famiglia e dal proprio mondo culturale è stato vissuto non in modo traumatico, ma ambivalente: da un lato con nostalgia di un paradiso perduto (quello infantile col padre) e dall'altro con aspirazione all'indipendenza e all'auto affermazione.

La paziente richiede un intervento psicofarmacologico associato a una psicoterapia strutturata. La motivazione è che essa soffre per una **sintomatologia ansiosa/depressiva**, dovuta al fatto che in Italia convive con una persona di sette anni più giovane di lei e di status sociale modesto. Questa situazione appare dissimile rispetto alle esperienze giovanili, ma si sono instaurate dinamiche *analoghe* a quelle precedenti: vale a dire che si sono rimobilitate delle **dipendenze affettive regressive** accentuate anche dal fatto che non si intravede a livello esistenziale la possibilità di avere col partner un progetto realizzativo completo (sposarsi, avere una famiglia).

c) L'**intervento psicoterapeutico**, con frequenza settimanale, è condotto in lingua italiana e si propone quale analisi dello stile di vita. Nell'ambito del percorso psicoterapeutico effettuato si possono distinguere ipersinteticamente tre momenti, da intendersi non come tappe storicamente prestabilite e culturalmente orientate:

- In un **primo momento**, si effettua una sorta di *anamnesi terapeutica* in cui, dopo una rivalutazione diagnostica complessiva, clinica e dinamico-strutturale, si concordano le *regole del setting* ed il percorso che si intende effettuare. Si concorda anche di intraprendere un intervento con farmaci antidepressivi e ansiolitici.
- In un **secondo momento**, attraverso strumenti sia analitici generali (dal supportivo all'intensivo), sia specifici della Psicologia Individuale (incoraggiamento, smascheramento delle finzioni, lavoro sull'immaginario erotico ed aggressivo, alleanza creativa col deficit), si opera nella direzione di una comprensione esplicativa condivisa circa la dinamica degli insuccessi esistenziali del paziente, del suo stile inadeguato di vita, degli espedienti di salvaguardia, dell'intero sistema delle finzioni.
- In un **terzo momento**, si apre la via a un processo di "elaborazione" e di ri-orientamento teleonomico. Il soggetto tende a prospettarsi verso un atteggiamento più autentico e creativo di fronte ai compiti della vita: vale a dire alle mete autorealizzative, alle esperienze affettivo-sessuali, ai rapporti interpersonali e sociali.

In questa fase si effettua un'analisi del progetto esistenziale da intendersi come "ciò che l'individuo vuol fare di sé stesso al mondo". BI desidera ritornare in Brasile, migliorare la propria professionalità e creare una famiglia (simile a quella che ha lasciato in patria).

La **sintomatologia**, sia sul piano relazionale (col partner) che conflittuale (col mondo interno), si riacutizza drammaticamente tutte le volte che il principio di realtà pone il soggetto di fronte a dilemmi decisionali: lasciare il fidanzato, cambiare attività lavorativa, tornare in patria. BI ha comunque una buona resilienza e un ottimo insight.

Dopo circa 14 mesi di psicoterapia orientata interculturalmente, per motivi di lavoro, decide di ritornare in Brasile. Il legame col fidanzato è in una fase di "liquidazione".

Il caso sopra riportato è l'esempio di una psicoterapia dinamica interculturale (strutturata in senso adleriano). A tal proposito risultano fondamentali: un'immedesimazione culturale, che comporti l'analisi del contesto familiare (specie rispetto ai traumi di perdita, di separazione, delle relazioni con i partners), degli aspetti dello sradicamento dal contesto di origine e del neo-radicamento; il coinvolgimento empatico, con particolare attenzione ai momenti di incontro (meeting moments) riferiti ai legami teneri; l'analisi dello Stile di Vita, con smascheramento di talune mete funzionali e in riferimento non solo all'ambivalenza relazionale, alla regolazione dell'autostima e della politica di prestigio. L'analisi dello Stile di Vita è volta anche alle mete ed al senso della vita.

[Referente G.G. Rovera, Torino, Italy]

Intervento N. 2 – Approccio Interculturale in Struttura Psichiatrica

a) Il contributo si riferisce a una casistica personale di individui immigrati a Torino, che hanno fruito di psicoterapia nell'ambito del Servizio Psichiatrico Pubblico italiano.

Il campione è formato da 11 membri tutti di sesso femminile: tre pazienti di nazionalità Russa e otto pazienti di nazionalità Ucraina sono state ricoverate in un reparto psichiatrico di Diagnosi e Cura per un'acuzia psicopatologica, previo passaggio in Pronto Soccorso. Le diagnosi poste secondo il DSM-5 sono state: 1 caso di disturbo d'ansia, 1 caso di intossicazione alcolica acuta, 1 caso di disturbo alimentare (anoressia nervosa), 1 caso di disturbo da sintomi somatici, 2 casi di depressione maggiore con manifestazioni psicotiche, 5 casi di disturbi psicotici (4 acuti e 1 ricorrente).

Il campione è complessivamente costituito, come s'è detto, da undici pazienti di sesso femminile, con un'età compresa tra i 24 e i 69 anni (media di 38.5); circa le religioni si annoverano 6 di fede ortodossa, 3 agnostiche e 2 di fede islamica.

Tutte infatti sono state sottoposte a una strategia terapeutica articolata, che ha previsto l'impiego combinato di farmacoterapia e psicoterapia orientata in senso adleriano, con particolare attenzione ad una relazione transferale controtransferale culturalmente appropriata.

b) I **colloqui**, della durata di circa quarantacinque minuti, si sono svolti in reparto, con cadenza di due-tre volte alla settimana e per tutta la durata del ricovero (da un minimo di 5 ad un massimo di 15 sedute). Non è stato possibile e neppure necessario ricorrere all'ausilio di un interprete o di un mediatore culturale, anche se in un paio di casi la conoscenza della **lingua italiana** era appena sufficiente.

Il fulcro del trattamento è stato l'uso intenzionale di un **controtransfert attivo** e, secondo il continuum di tecniche supportivo-intensive, sono stati impiegati soprattutto strumenti validanti. È stato così possibile sviluppare una relazione empatica e innescare un proficuo processo di cambiamento non solo sulle condizioni psicopatologiche ma anche sulla situazione clinica ed esistenziale (aspetti etici ed emici secondo la Psicologia Culturale (Tseng, 2003).

Tutte le pazienti sono state dimesse in discreto compenso clinico e con un definito progetto terapeutico-assistenziale. Il follow-up ambulatoriale a distanza di sei mesi ha poi confermato che il ricorso a una psicoterapia psicodinamica comprensiva/esplicativa, anche se **limitata nel tempo**, con un numero di sedute variabile da paziente a paziente e combinata alla farmacoterapia, ha favorito un migliore adattamento psicosociale (resilienza), permettendo di favorire un cambiamento e di facilitare il successivo percorso di cura.

Questo contributo rientra nell'ambito di una Psicoterapia Dinamica Culturale (tra una psicoterapia intraculturale e interculturale). In particolare si sottolinea:

- *Lo stile di trattamento empatico ed incoraggiante;*
- *La partecipazione empatica, con attenzione soprattutto ai momenti di incontro emotivo (meeting moments);*
- *L'impiego intenzionale di un controtransfert consapevole, attivo, culturalmente appropriato (controtransfert meta-controtransfert di base), sintonizzato sulla comunicazione preverbale, che implica un intreccio di microagiti (**enactment**) e aperture (**self-disclosure**);*
- *L'attenzione data alla cultura d'origine: ogni qual volta possibile, si è cercato di ricorrere a fonti aggiuntive di informazione fornite dai familiari e dalla comunità di appartenenza;*
- *L'importanza data all'immedesimazione culturale, considerando il contesto socio-culturale dell'individuo, il suo orientamento di valori, la religione e la situazione familiare, con particolare attenzione a eventuali separazioni traumatiche da affetti significativi al momento dell'emigrazione;*
- *La comprensione esplicativa-empatica-cooperativa-dinamica della dimensione culturale, che favorisce una maggiore resilienza nel paziente, ma presuppone necessariamente una specifica formazione nel contro-atteggiamento da parte del terapeuta.*

Questi aspetti si inseriscono in un contesto (contenitore, significante strutturale) - clima di tranquillità e accoglienza che permea la relazione tra paziente e terapeuta, in un rapporto non paritario, ma non certamente troppo distante fra due persone; in un setting biculturale che si mostra appropriato nel favorire la comunicazione (anche preverbale) e nel permettere di cogliere elementi anche non verbali, talvolta più esplicativi delle parole stesse.

Si è ritenuto che tale modello di psicoterapia sia stato culturalmente appropriato, adattando un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale (Ferrero, 2009; Ancora e Sbardella, 2011; Terranova Cecchini e Cordogna, 1992). Anche se i pazienti erano immigrati da Paesi extra-comunitari (e quindi con dissomiglianze dalla cultura di accoglienza) si è cercato "interculturalmente" di mantenere la loro "identità culturale" attraverso un'attenta capacità di coping.

[Referente S. Lerda, Torino, Italy]

Intervento N. 3 – Approccio con Mediatore Culturale in Struttura Pubblica

RS è una donna di 24 anni originaria dello Zimbabwe di etnia Shona, studentessa universitaria. Vive con i genitori a Londra, in un contesto familiare molto tradizionale. I genitori, infatti, sono da anni membri di una comunità pentecostale, frequentata in maggioranza da Africani, all'interno della quale sono molto attivi e da anni collaborano con il pastore. All'inizio del 2006 RS si innamora di un uomo che non appartiene alla comunità dei fedeli e che usa abitualmente droghe e alcol. I due giovani si innamorano profondamente e decidono di sposarsi il giorno 12 Giugno 2007. RS, tuttavia, contrariamente alla dottrina del gruppo pentecostale, non rende nota né alla famiglia né alla comunità religiosa la sua relazione con quest'uomo, che ha compiuto una scelta di vita diametralmente opposta a quella di RS e che non presenta alcuna delle caratteristiche considerate desiderabili in un futuro genero. Dopo alcuni vani tentativi di RS di cambiare il comportamento del partner e convertirlo al culto pentecostale, la relazione termina bruscamente alla fine del 2006 per decisione del partner. I successivi tentativi di RS di riallacciare i rapporti con l'ex partner falliscono.

Nell'Aprile del 2007 la Comunità osserva un cambiamento in RS, che appare piuttosto ritirata e silenziosa durante la celebrazione della Messa. RS convoca il gruppo degli anziani e il pastore per annunciare che Dio le ha parlato e le ha detto di prepararsi, poiché si sposerà il 12 Giugno. Su richiesta degli anziani, RS ammette di non avere un fidanzato, ma insiste nell'affermare di dover affrontare i preparativi del matrimonio per ordine di Dio. Durante le settimane successive, infatti, RS – accumulando debiti per alcune migliaia di sterline – acquista gli anelli e il vestito da sposa, ordina il banchetto matrimoniale, stabilisce e prenota il luogo ove le nozze dovranno essere celebrate, prenota una limousine e tre pullman che porteranno gli invitati dalla chiesa ove la comunità religiosa si riunisce all'albergo ove i festeggiamenti avranno luogo. Inoltre, contrariamente all'usanza della comunità ove tutti contribuiscono all'organizzazione di eventi quali matrimoni, battesimi, funerali, etc, RS evita accuratamente di coinvolgere chiunque nella pianificazione del matrimonio e dei festeggiamenti.

La Comunità Pentecostale reagisce a tali comportamenti con grande imbarazzo, poiché tutti si rendono perfettamente conto che i comportamenti di RS non sono "normali", compreso il vescovo, arrivato dallo Zimbabwe per la sua visita annuale alla congregazione, che rimprovera all'intero gruppo religioso di non aver fatto nulla per aiutare RS. I genitori, che nel frattempo si sono quasi ritirati dalla vita della comunità a causa degli imbarazzanti comportamenti della figlia, ritengono che quest'ultima sia vittima di possessione diabolica e credono che la migliore risposta ai comportamenti di RS sia la preghiera, unita alla disponibilità ad aiutarla, comprenderla e sostenerla quando, il 12 Giugno, lo sposo non comparirà all'altare.

Due infermieri psichiatrici che lavorano nell'ospedale della referente e che fanno parte dello stesso gruppo religioso di RS, la affrontano e le comunicano la loro impressione

che i comportamenti di RS siano anomali e segno di malattia. RS reagisce accusandoli di essere ispirati dal diavolo, poiché solo quest'ultimo potrebbe avere il coraggio di contrastare ciò che Dio stesso le ha comunicato. La fede di RS nell'apparizione dello sposo è incrollabile e non suscettibile ad alcuna critica. A fine Maggio RS va a ordinare la torta e annuncia alla congregazione che gli abiti per le damigelle d'onore verranno scelti a breve e che gli inviti per il matrimonio verranno inviati (su ordine di Dio) per SMS tre giorni prima della data stabilita. All'inizio di Giugno l'ansia generale della comunità religiosa aumenta sensibilmente.

Due giorni prima del matrimonio nessuno ha ancora ricevuto l'invito via SMS. Il 12 Giugno non accade nulla. Nessuno si presenta all'appuntamento prefissato davanti alla chiesa. RS trascorre l'intera giornata a letto e non esce dalla stanza. La settimana successiva, RS non si presenta alla messa. I genitori partecipano alla messa due settimane dopo. Nessuno ha il coraggio di nominare quanto accaduto. RS ritorna a frequentare la messa tre settimane dopo il mancato matrimonio. Non fa menzione di nulla e nessuno chiede spiegazioni.

Nei mesi successivi, RS si distanzia dalla comunità e dalla religione in generale. I genitori abbandonano la congregazione e si uniscono a un'altra. I due infermieri psichiatrici, intimi amici di RS, che hanno descritto i particolari del caso, non sono certi delle ragioni per le quali RS non è stata inviata ai servizi psichiatrici, pur essendo stata etichettata come malata di mente dagli altri fedeli. Gli infermieri elencano, su specifica domanda della referente, i seguenti criteri attraverso i quali la congregazione, che pure assiste a frequenti "miracoli" e che crede fermamente che Dio parli ai fedeli, è stata in grado di etichettare i comportamenti e le esperienze di RS come patologici:

- Dio comunica coi fedeli "entro i limiti della ragionevolezza". In altre parole, Dio può ben annunciare un matrimonio, ma certamente non scende in particolari specifici: ad esempio ordinando di spedire gli inviti via SMS. Inoltre, Dio parla ai fedeli in molti modi diversi: attraverso la voce, ma anche, ad esempio, con una particolare illuminazione durante la lettura della Bibbia, ecc.
- Dio parla ai fedeli al momento del compimento di un preciso percorso di crescita spirituale all'interno della comunità, piuttosto che ai nuovi arrivati.
- Un miracolo del genere viene confermato da esperienze analoghe da altri membri della comunità. Se, ad esempio, una donna dicesse che Dio le ha parlato preannunciandole una imminente gravidanza e un altro fedele confermasse questa profezia attraverso un sogno dal medesimo contenuto, il fenomeno verrebbe ritenuto assolutamente normale e credibile.
- Il miracolo annunciato dal fedele deve trovare un corrispettivo simile nei Testi Sacri, o in altre Congregazioni Religiose analoghe.

*La peculiarità di questo caso è dovuta al fatto che gli infermieri psichiatrici hanno esercitato un'azione terapeutica nell'ambito di un intervento di **mediazione culturale**. Grazie a un **approccio dinamico culturale**, si sono potute cogliere le problematiche cliniche, favorendo le interazioni del gruppo curante e di quello familiare, con attenzione alle dinamiche relazionali. In particolare si sono considerate:*

-Le caratteristiche del processo migratorio (storia, motivazioni, difficoltà incontrate, livello di acculturazione, ecc.) e la percezione che il paziente ha del paese e della cultura ospite.

-La presunta universalità e applicabilità inter-culturale dei fondamenti teorici della propria modalità di intervento. Tramite una conoscenza di base della cultura del paziente, il terapeuta (anche grazie alla mediazione culturale) ha valutato se lo stesso orientamento filosofico della terapia fosse o meno accettabile per il paziente.

-Il fatto che ogni cultura elabora i propri criteri normativi per distinguere il normale dal patologico e i propri percorsi di cura. Nella maggior parte dei casi, questi non coincidono ma possono correlarsi con i criteri e i percorsi psichiatrici elaborati dalla cultura Occidentale.

*Nell'ambito di un intervento culturalmente appropriato la ricerca di modalità di intervento specificamente efficaci per diversi gruppi etnici e culturali e la rivalutazione di terapie "culturalmente specifiche" o "etnospecifiche" rischia di portare a una frammentazione del panorama clinico e a una immotivata diversificazione dell'offerta terapeutica cui i pazienti reagiscono con uno "shop around" saltando da un intervento a un altro, per quanto diversi o incompatibili, quando il problema non viene adeguatamente compreso e risolto, giungendo alla nozione della propria incurabilità dopo vari fallimenti terapeutici. Occorre dunque una solida formazione clinica del terapeuta interessato a lavorare in **ambito interculturale**, acciocché le formulazioni dei problemi clinici e gli interventi proposti risultino utili al paziente. È inoltre necessario astenersi da atteggiamenti accademici e antropologizzanti e mantenere una salda impostazione clinica per evitare sia di "patologizzare" presentazioni culturalmente determinate e prive di significato patologico, ma anche e soprattutto di "culturalizzare" problemi e sintomi clinici potenzialmente curabili.*

[Referente M. Ascoli, London, U.K.]

C) COMMENTI

1. *Aspetti specifici*

a) Le tre esperienze presentate **differiscono** molto tra loro per vari aspetti: ad esempio il contesto cui si riferiscono, la valutazione diagnostica eseguita, il tipo di setting terapeutico, la tipologia di intervento effettuato, l'approccio professionale fornito, la richiesta d'aiuto e la lingua usata.

b) Queste esperienze **rientrano** tuttavia coerentemente sia in un modello di rete che nel contesto di una PDC Sono infatti collegate da un *fil rouge*, che corrisponde a una **comune base**, sia sotto il profilo metodologico che sotto quello psicoterapeutico. Questa base comune è costituita dall'impiego intenzionale di movimenti controtransferali consapevoli, attivi e culturalmente appropriati (controtransfert di base) (Gasparini e Gatti, 2012; Lerda, 2014; Rovera e Gatti, 2012), sintonizzati sulla comunicazione preverbale del paziente (aspetto che Tseng definisce etico 2003) e che condividono e si incontrano sugli aspetti emotivi. Ciò, grazie al pieno rispetto della dignità umana, migliora l'adattamento biopsicosocioculturale, contribuendo ad incrementare la resilienza dell'individuo ed è precursore per lo sviluppo di una comprensione esplicativa/empatica/condivisa.

L'approccio terapeutico comune alle tre esperienze cliniche è inoltre sottolineato dalle seguenti considerazioni:

1. Tutte le relazioni d'aiuto psicologiche (la psicoterapia dinamica, gli interventi più supportivi, il counseling, la mediazione culturale) risultano essere: uno spazio di incontro-scontro più o meno protetto, di tipo contenitivo, che accoglie e raccoglie; un luogo di condivisione di aspettative e speranze; un momento di empatia con persone in cerca di altre persone che possano raccontare qualcosa a qualcuno e in tal modo appartenere e condividere (Ancora, 2010).

2. Nelle **relazioni d'aiuto psicologiche** si realizza un incontro con individui, non solo con le loro sofferenze, i loro disturbi psicopatologici o le loro malattie, con la possibilità di costruire insieme una comunicazione terapeutica (ecco la sintonia ontogenetica nello spazio/linguaggio transizionale).

3. Nel **network del Servizio Pubblico**, che è il contesto istituzionale cui appartengono due delle nostre esperienze cliniche (esemplificazioni n. 2 e n. 3), c'è la necessità (indicazione) di nuove reti o (ragna)tele narrative, più attente a un pensare/agire interattivo al contesto culturale con cui si viene a contatto e meno focalizzate sulla constatazione o ricerca di nuove malattie esotiche riferite all'esigenza di un pensiero unico, basato su categorie diagnostiche o ipotesi biochimiche.

4. Le PDC intervengono intenzionalmente sulla dimensione culturale. Il modello adleriano in quanto sistema aperto sia sul piano teorico che pratico, risulta culturalmente appropriato, potendo contare sui seguenti elementi: immedesimazione;

sensibilità culturale; conoscenza culturale; empatia; consapevolezza controtransferale; capacità di offrire indicazioni e suggerimenti (Rovera, 1979; 1982).

5. Interventi culturalmente appropriati, come nella PDC, contribuiscono a recuperare e donare agli individui in trattamento senso alle proprie radici e credenze, ai propri miti, riti e orientamenti di valori. Il disturbo mentale diventa così esso stesso luogo di memoria e si collega all'ontogenesi del linguaggio e mobilità per il terapeuta il controtransfert di base (culturalmente appropriato) nella relazione interindividuale (Rovera e Gatti, 2012; Lerda, 2014). Ciò facilita in un incontro di inconsci e permette di giungere a un'interazione metatransferale (Par. IV Ancora, 2010).

6. Le varie modalità di approccio terapeutico dovrebbero tendere a recuperare non solo una spiegazione clinico/scientifica ma pure una comprensione dell'altro come individuo unico e irripetibile (Rovera, 1999).

2. Aspetti Generali

Si possono effettuare ancora alcune riflessioni.

a) Si è sempre tenuto conto della sintomatologia e della valutazione clinica complessiva secondo i criteri DSM e ICD.

b) Il vasto tema “**Psicoterapia e Cultura**” (Rovera, 1974) è affrontato nei primi due interventi utilizzando il Modello della Psicologia Individuale Comparata; nel terzo intervento l'approccio è da considerare compatibile con la I.P. in Psicoterapia Dinamica Culturale, in quanto le dimensioni culturali sono differenti ma con punti analoghi e canali di connessione alla rete terapeutica.

Emerge come opportuna, nella fase dell'intervento, la realizzazione di un'immedesimazione culturale, tenendo presente che si possono mobilitare facilmente meccanismi di proiezione culturale che aumentano le resistenze al cambiamento.

c) La **relazione terapeutica** è mediata da sfere simboliche che non si riferiscono unicamente a un setting rigido, ma a un incontro interindividuale o collettivo empatico. Ciò è stato espresso in termini comunicativi (verbali e non verbali). Si ritiene pure opportuno di effettuare degli enactment e dei suggerimenti di comportamento riferibili a una corretta lettura del contesto culturale.

Le prospettive accennate permettono di modulare il rapporto terapeutico e di calarsi nel tessuto che connette la struttura della personalità con la struttura sociale.

d) Il **processo terapeutico** comporta non solo una valutazione del sintomo ma anche della persona. Da parte del terapeuta ciò significa recepire taluni aspetti del rapporto tra Psicoterapia e Cultura. In questo senso la Cultura, specie se riferita a sottogruppi

culturali, utilizza dinamicamente talune scelte tecniche (attraverso le sfere del simbolo, del linguaggio, dello status ruolo, etc). Questo avviene anche attraverso i **meeting moments culturali**, che facilitano una comprensione esplicativa/condivisa.

e) Nell'ambito di una **Psicoterapia Dinamica Culturale**, il contesto fornito dal gruppo di appartenenza indica i quadri referenziali da rispettare, affinché ogni processo di sviluppo, e quindi psicoterapeutico, conduca a un miglioramento o comunque a un maggior adattamento e quindi a una resilienza.

3.

a) In ambito culturale, il rapporto tra paziente e terapeuta appartenenti a due gruppi etnici o culturali diversi risente dei **rapporti di potere** che sono in generale storicamente, politicamente e culturalmente nella società o nel paese ove ha luogo il trattamento. È peraltro necessario considerare la **pari dignità** tra il gruppo curante e il gruppo dei pazienti.

b) Che cosa accade, durante il processo terapeutico culturale, se il terapeuta non ha analizzato, chiarito e maturato la propria identità anche nel senso dell'**identità etnica e culturale** e del razzismo interiorizzato? Come si sviluppano il transfert e il controtransfert tra i due membri della diade, rispetto alle relazioni interculturali e interrazziali?

Occorre tenere conto di tutte queste e di altre circostanze, nella loro complessità, se si vuole accogliere la **diversità** (ancora prima di comprenderla). L'esperienza interattiva del terapeuta e del paziente all'interno del processo terapeutico culturale deve essere eticamente valida prima ancora che clinicamente e culturalmente appropriata.

VI. Considerazioni Critiche

A) SITUAZIONI DI CRISI E PDC

1.

a) Per *crisi* si intende generalmente uno stato transitorio di particolare difficoltà, una repentina modificazione di uno stato psicologico che può esitare in un quadro psicopatologico. Ad esempio la crisi a rilevanza clinica può riferirsi a **individui immigrati** e allo **stato di stress e di precarietà** in cui si trovano (Rovera, 1977; Rovera e Bartocci 2014b; Lerda, 2014), che richiedono un trattamento di PDC. Qui si tratta di una *crisi psicopatologica* indirizzata *al superamento terapeutico*.

b) Ma quelle su esposte non sono le uniche accezioni del termine crisi, giacché con eguale pertinenza esso può esprimere anche: rinnovamento, trasformazione, cambiamento, processo.

Alcuni di questi significati sono semanticamente pregnanti in Psicoterapia Dinamica Culturale.

- Un *primo significato* si può riferire alle varie situazioni di crisi che accadono “nel corso della psicoterapia”, scandendone particolari situazioni.
- Un *secondo significato* riguarda la Psicoterapia quale situazione che presenta di per se una crisi intrinseca.
- Un *terzo significato* può essere ascritto alla crisi stessa, che attualmente investe la molteplicità dei modelli psicoterapeutici e che in PDC si riferisce anche alle varie pratiche di approccio terapeutico: dalle procedure di guarigione tradizionali alle terapie uniche influenzate dalla cultura (Tseng, 2003), alle **terapie comuni correlate alla cultura**.

Siamo nell'ambito delle *Terapie Comuni Cultural Correlate*, cioè delle *Psicoterapie analitico/dinamiche* riconosciute e praticate dagli Psichiatri e Psicologi clinici Occidentali. Esse si distinguono dalle terapie “folkloristiche”, ma si correlano con le pratiche scientifiche e si rendono compatibili attraverso un modello di rete a livelli interculturali, con procedure che utilizzano dinamiche metatransferali/contro-metatransferali (Par. III-IV).

Tutto ciò può essere riferibile a una situazione di crisi a rilevanza clinica, che utilizza strumenti terapeutici i quali operano positivamente sul mutamento per ottenere risultati positivi sia sintomatici che strutturali. Tale *crisi maturativa* utilizzerebbe una sorta di *metalinguaggio* per illuminare distorsioni, demistificare inganni, correggere errori. La crisi è un momento intrinseco al **processo psicoterapico**, che potrebbe condurre a

ritenere che vi possa essere un continuum tra *crisi psicopatologica (negativa)* e *crisi psicoterapeutica (positiva)*.

Tale **accezione dinamica della crisi** utilizza infatti *propri linguaggi* attraverso la molteplicità degli *idiotmi psicolinguistici* tende interculturalmente a comprendere i linguaggi *psicopatologici* per ottenere miglioramenti *psicoterapeutici*.

2. Secondo una prospettiva PDC, le condizioni che definiscono un *cambiamento* comportano un programma in cui si ritenga la capacità di prevedere, anticipare e modificare una situazione clinica di *crisi* (capace di implicare) sino ad un *superamento terapeutico* della stessa. Ciò significa un confronto dinamico non solo con un Altro da sé ma anche con un contesto, nell'ambito di una strategia di relazioni umane (Haley, 1974).

a) Un modello **PDC** può articolarsi nel modello di rete delle *Helping Professions* adleriane, specie nei percorsi analitici: ciò definisce il processo inteso come sviluppo nell'ambito di strutture, prestazioni, attività che tendano alla realizzazione di un mutamento, intrinseco alla crisi ma superato da un **processo terapeutico**.

b) Nella **Psichiatria e Psicoterapia Dinamica Culturale** vi è una molteplicità di tecniche, di proposte, di attività, di interventi che hanno quale obiettivo quello di favorire un cambiamento. In molti casi la matrice teorica è sottesa da pratiche che si attengono a un sistema teorico con sufficiente coerenza interna, ma che risultano flessibili e terapeuticamente compatibili col contesto culturale del paziente (Par. III-IV).

c) Nella PDC ci si trova non infrequentemente ad affrontare difficoltà insite nella stessa **relazione psicoterapica** e che talora mettono in crisi le stesse. Ad esempio, vi può essere la variazione di talune componenti del *setting*, nonché delle interazioni *transferali* – *controtransferali*. Talora sono necessari una riduzione della verbalizzazione e un incremento del coinvolgimento empatico, incoraggiando manifestazioni anche desuete quali gli *enactment*, che esprimono le emozioni del terapeuta in una comunicazione preverbale. Sicché è possibile realizzare una Psicoterapia Dinamica Culturale che si riferisca al **sentimento sociale**, che accolga e contenga i vissuti psicopatologici, mantenendo criteri di reset (Par. V caso n. 3).

d) Ad esempio non è inusuale che talora si avvicini la “zona cuscinetto” interindividuale. Ciò comporta l'utilizzo di **nuove distanze**, che mettono in “crisi” i modelli standard utilizzati, con la modificazione del *setting tradizionale* in un *setting flessibile* che abbia tuttavia coerenza, rigore ed efficacia.

3.

a) Non di rado il *disturbo psicopatologico* in una PDC presenta una difficoltosa interazione.

Se il concetto di cura implica quello di mutamento, cambiare uno stato morboso per portarlo a un miglior stato psicopatologico-clinico fa emergere la *frontiera* che potrebbe sorgere nel trattare il paziente secondo finalità non appropriate culturalmente.

b) Esperienze e orientamento del terapeuta, in una PDC, devono riferirsi a un'osservazione partecipante nell'ambito di un comune orizzonte di significati e che utilizzi *un'immedesimazione culturale* con modalità inerenti sia ai *nuclei profondi* sia a quelli *psicologici attuali* e a quelli *prospettici*.

4. Quanto su esposto permette di considerare la PDC a) come **campo** in cui emergono situazioni di crisi (scompensi psicopatologici acuti); b) come **strumento clinico** atto a provocare una trasformazione terapeutica.

Ed è in queste direzioni che si può dirigere un processo in Psicoterapia Dinamica Culturale che dovrebbe progredire tenendo presenti i limiti del programma terapeutico, ma che nello stesso tempo utilizzi una linea prospettica, la quale “comprenda” la crisi del paziente; e ciò in un contesto interattivo culturalmente appropriato, in cui il processo terapeutico tenda a una risoluzione della stessa.

Da questo punto di vista, *la crisi interculturale* radicata in possibili cambiamenti è attinente ad un processo terapeutico in relazione ad una prospettiva che permetta all'individuo di provare e sperimentare nuove possibilità.

B) FORMAZIONE IN PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA CULTURALE

1.

a) Gli argomenti che riguardano la **formazione in Psicoterapia Dinamica Culturale** tendono a divenire sempre più articolati e complessi. Fra le numerose strategie psicoterapeutiche e gli itinerari formativi, si utilizzano specialmente qui quelli a orientamento analitico secondo il modello della *Psicologia Individuale Comparata (P.I.C.)*.

Anche nella PDC, il training emozionale è ancora oggi lo strumento formativo comune alle diverse scuole psicoterapeutiche del profondo. Il training personale deve essere completato da un tirocinio personale, così come da esperienze in gruppi e seminari di pratica; il tutto comprovato da *verifiche periodiche* di un'attenta *informazione culturale*, che deve essere correlata a una *supervisione dei casi*.

Questa preparazione appare ancora più complessa nel momento in cui si tratti di operare a livello interculturale, giacché implica competenze e attitudini particolari, nonché l'utilità di accedere a esperienze dirette sul “campo”, vale a dire sia nell'ambito in cui si opera, sia in contesti culturali da cui provengono i pazienti.

b) Accanto alle cure psicoanalitiche classiche, che in genere non vengono utilizzate nelle terapie interculturali, esistono oggi *altri tipi di percorsi* e di *campi di applicazione* ad orientamento dinamico, che suppongono un approccio relazionale più flessibile, culturalmente appropriato e con nuove procedure sia nel *come fare* (strumenti tecnici), sia nel *fare come* (strumenti creativi), sia nel *setting* (aperto talora a *mediatori culturali*) e talora con il coinvolgimento di familiari o di persone del gruppo di appartenenza (Par. V, casi n. 2 e 3).

c) Un'area che oggi sembra fondamentale, ma che è ancora scarsamente sensibilizzata, concerne la *formazione propedeutica all'interno delle istituzioni* pubbliche (es. Università, Scuole di Specializzazione in Psichiatria) e quelle private (es. le Scuole di Psicoterapia) (Fassino e Abbate Daga, 2006). Nell'attuale epoca vi sono numerosi flussi migratori da Paesi extra-comunitari, i quali comportano di per sé una multiculturalità. Le situazioni di crisi psicopatologiche si riferiscono tanto a problemi di un corretto mandato psicoterapeutico, quanto ai problemi giuridici, religiosi, linguistici, etc. Tutto ciò deve rapportarsi da un lato a scelte e a percorsi che rispettino le pluralità culturali e da un altro lato a prese in carico che *garantiscano adeguate competenze professionali*.

2.

a) Per questi motivi, **antropologi, sociologi, psicologi, psichiatri e psicoterapeuti** mostrarono interesse per le influenze culturali sul comportamento, sulla salute mentale e sui disturbi psicopatologici. È interessante rilevare che anche quando la Psichiatria e la Psicoterapia Culturale non erano ancora formalmente riconosciute all'interno della Psichiatria Generale, e la stessa si stava sviluppando, alcuni **psichiatri occidentali** avevano avuto l'opportunità di lavorare con pazienti di diversa cultura in contesti "esotici" (Tseng, 2003) (Par. I, II, III).

Successivamente, molti **specializzandi "non occidentali"**, che si recavano all'estero per la loro formazione, in Europa o in America, avevano difficoltà nella pratica con i pazienti locali. Tornati nei loro Paesi d'origine, affrontavano la sfida di applicare (con dubbi risultati), su individui indigeni, la loro conoscenza psichiatrica e psicoterapeutica acquisita in Occidente.

b) L'esperienza sul campo della Psichiatria Culturale, l'articolazione delle conoscenze e delle teorie dell'**antropologia culturale**, della **psicologia inter-culturale** e i contributi della **Psicoanalisi**, hanno promosso lo sviluppo della **Psichiatria Culturale** come **Disciplina** con caratteristiche definite, inglobata nella Psichiatria Generale.

Se inizialmente i percorsi formativi di molti psichiatri si svilupparono principalmente grazie alle loro personali esperienze cliniche in campo transculturale. In seguito, anche in rapporto ai *flussi migratori*, le necessità di strutturare Servizi di Salute Mentale

sensibili alle differenze etniche, religiose e culturali, si sono associate alla consapevolezza di una **formazione professionale** che giunga a una “**competenza culturale**”.

c) Sia in *ambito accademico*, che presso i *centri di Salute Mentale ed altre Istituzioni*, sta inoltre emergendo la necessità di andare oltre l’interesse per le minoranze e di indirizzare gli studi verso l’analisi delle modalità attraverso le quali le **diverse culture** influenzano la pratica psichiatrica e psicoterapeutica nei molteplici contesti: il che porta altresì a una crescente esigenza di porre anche in questo ambito delle nuove metodiche e delle solide ricerche neuro-scientifiche (Fassino, 2007 e 2014; Ferrero, 2009 e 2014; Nothoff, 2014).

Per tale motivo è auspicabile che i clinici o i professionisti delle *helping professions* possano usufruire, nell’ambito della loro formazione, di un *training in Psichiatria e in Psicoterapia Dinamica Culturale*, che li metta in grado di trattare adeguatamente i pazienti di appartenenza etnica/religiosa diversa.

Questo iter formativo dovrebbe rappresentare un’**esigenza di base** anche per i **medici di liaison** e non soltanto per coloro che aspirano a perfezionarsi in Psichiatria Culturale.

A nostro avviso, la PDC offre distinte applicazioni su come valutare le dimensioni culturali nella pratica clinica (Lu et al., 1995) indirizzando le sue ricerche sulla relazione tra i complessi contesti culturali ed il tipo di fenomeniche dei disturbi psicopatologici e psichiatrici: con la rilevanza di approcci originali di interventi culturalmente appropriati a livello dei singoli individui, dei gruppi e delle comunità.

3.

a) E’ ormai riconosciuto che le qualità di base per la Psichiatria e la Psicoterapia Dinamica Culturale, oltre a riferirsi a competenze cliniche, devono anche avere *competenze culturali specialistiche*. Esse consistono in una *serie di elementi*, già in precedenza ricordati, quali: la sensibilità al retroterra culturale sia del paziente che del terapeuta; le conoscenze culturali di base; l’empatia culturale (che comporta altresì un consapevole “*controtransfert culturale*” sino ad un *metatransfert preverbale*); la capacità di portare in modo realisticamente congruo un lavoro clinico culturalmente appropriato per ciò che riguarda la comunicazione, la relazione terapeutica, la valutazione clinica, la cura e il trattamento efficace (anche combinato con psicofarmaci e con interventi riabilitativi sociali).

b) Sicché gli specialisti psicologi clinici e psicoterapeuti dovrebbero possedere almeno informazioni a tutto campo, dalle neuroscienze alla psichiatria clinica, al fine di offrire trattamenti congrui: la variegata popolazione nella società globale, specie se si tratta di effettuare una Psicoterapia Dinamica Culturale, richiederebbe peraltro un training in

Psichiatria e Psicoterapia Culturale che miri all'acquisizione formativa di alcune *competenze di base* (Tseng, 2003).

Si riprendono qui in modo più particolareggiato alcuni punti che in PDC il clinico dovrebbe avere nel suo bagaglio terapeutico:

- Possedere la qualità della *sensibilità culturale* (Tseng, 2003). E' questo l'elemento fondamentale che rende possibile apprezzare l'esistenza dei *diversi stili di vita*, dei molteplici punti di vista nei confronti degli orientamenti di valori, della differente natura degli stress cui si va incontro e delle capacità di coping utilizzati a fini adattativi.

- Sviluppare una *curiosità culturale* che induca a dare un significato su ciò che i pazienti stanno cercando di comunicare con i loro particolari comportamenti ed espressioni (verbali e non verbali): talune azioni o ideazioni rispecchiano infatti particolari problematiche emotive culturalmente determinate (Tseng, 2003).

- Avere un'*appropriata immedesimazione culturale* acquisibile dopo una *conoscenza culturale ed antropologica di base*. Si tende, in genere, a scegliere alcune aree culturali per gli studi sul campo e si diventa esperti di alcuni specifici sistemi culturali. E' auspicabile che si conoscano alcune nozioni antropologiche di base per ciò che riguarda le usanze, i costumi, le credenze, i sistemi di valori ed in particolare "l'*illness behaviour*".

- Acquisire un'*empatia culturale*: cioè essere capaci di *sentire e comprendere* il paziente ad un livello emozionale (come si è detto: immedesimandosi nella stessa prospettiva culturale). Se ciò non accade il terapeuta non sarà in grado di partecipare all'esperienza emotiva del paziente. Nella *situazione terapeutica*, in questi casi sarà difettosa l'*interazione metatrasferale/contro-metatrasferale* (Par. III).

- Indicare le *modalità di trattamento* clinicamente idonee e culturalmente adeguate. Un determinato approccio terapeutico potrebbe risultare più adatto ad un certo gruppo, a seconda della concezione che questo ha del servizio psichiatrico, dello stile relazionale del terapeuta e del suo modello di lavoro. Ad esempio, una terapia riabilitativa, di *counseling* o di *psicocorrettivo* (nel senso di Dreikurs Ferguson, 1996) può essere più adatta a gruppi etnici che, in base alle caratteristiche della loro cultura, sono più disponibili ad accogliere tali approcci, piuttosto che avere una *compliance* verso una terapia di tipo dinamico del profondo, orientata verso la sfera intrapsichica (Rovera e Bartocci, 2014 a e b).

c) Comunque vi è oggi una conoscenza clinica abbastanza convalidata circa le **regole fondamentali** e gli assunti che bisogna prendere in considerazione per utilizzare le modalità terapeutiche adeguate che armonizzino lo *stile culturale all'efficacia terapeutica*.

Inoltre, specie in PDC, occorre saper fare un'**adeguata valutazione complessiva** (Par. III) su quanto e in che modo i problemi psicopatologici dei pazienti siano correlati a fattori culturali. Per trovare soluzioni culturalmente adeguate vi è la necessità non soltanto di una corretta *valutazione clinica*, ma anche di un buon *insight culturale* (Tseng, 2003).

E' di cruciale importanza, in ultimo, sapere che il **trattamento psichiatrico**, specie nell'ambito di una **P.D.C.**, implica l'**interazione di due sistemi di valori**: quello del terapeuta e quello del paziente. La relazione terapeutica fornisce l'opportunità per confrontare diversi elementi culturali tra terapeuta e paziente. L'**insight culturale** consente l'elaborazione cognitivo/emotiva di questi nuclei di interazione e del processo terapeutico, con modalità *metatransferali/meta-controtransferali* culturalmente adeguate.

4.

a) Un **training culturale** dovrebbe coinvolgere insegnanti, didatti e allievi circa l'interazione di soggetti con differenti entroterra culturali. Generalmente ciò accade nell'ambito universitario circa le scienze sociali o nei programmi di volontariato internazionale come quello dei Peace Corps in U.S.A. (Dalsky, 2013). Vengono suggeriti al proposito alcuni step:

- Il *primo step* in un training culturale completo è generalmente residenziale e include delle riflessioni sulle attività centrate sul cliente o su esperienze similari di supporto sociale.

- Il *secondo step* del training culturale include programmi basati sulla teoria, sulle psicoterapie brevi o a tempo determinato (Ferrero, 2009), sull'*assessment* diagnostico e sul linguaggio di riferimento. In questi programmi sono anche trattati il peso degli stereotipi culturali, dei pregiudizi e degli errori comunicativi. Generalmente l'obiettivo del training culturale non è ritagliato sui bisogni dei partecipanti, ma sulle *evidenze statistiche o antropologiche* di una cooperazione intesa in senso generale, che porta ad un appropriato approccio culturale. In aggiunta a questo si cercano di cogliere gli aspetti positivi e negativi delle attitudini personali dei membri del gruppo di apprendimento.

- Il *terzo step*, dopo questi approcci preliminari, si articola in **tre direzioni**:

- ✓ *Verso una didattica*: in modo da insegnare, ad esempio, le tecniche che si appoggiano su letture e video, circa i più comuni stereotipi e fraintendimenti relativi agli stili di comunicazione (differenti tra due o più culture).

- ✓ *Verso una ricerca esperienziale* che sottolinea l'importanza dell'interazione psicologica, delle differenze dei comportamenti e dell'emotività espressa. Le tecniche

esperienziali in questa fase includono: i role plays, le discussioni sulle attività di intervento, le simulazioni cross-culturali, e pure immagini visive basate su aspetti critici e su i più comuni tipi di pregiudizi e di malintesi tra culture diverse.

✓ *Verso una discussione della rielaborazione* da correlarsi alle teorie psicologiche introdotte e alle esperienze fatte durante il programma.

• Il *quarto step* di questo training è centrato sulla *misura dell'efficacia*, sulle eventuali comparazioni teorico-pratiche e sui vissuti al riguardo (Fassino e Abbate Daga, 2006). Ciò viene attuato anche attraverso la rete di supporto formativa che completa il lavoro di training e la *compliance* allo stress culturale.

5.

a) Una **formazione completa** in Psicoterapia Dinamica Culturale dovrebbe, infine, comportare una **supervisione delle competenze cliniche** (Wong e Wong, 2013). Questa, per l'acquisizione di una competenza psicoterapeutica, comporta delle elaborazioni complesse che includono **tre possibili tipi di relazione inter-culturale**: tra supervisione, supervisionato e cliente.

Al proposito si sono anche utilizzati dei **questionari competenza e di supervisione culturale** (MSCQ) che includono **4 sotto-scale**: *attitudini e orientamento di valori, conoscenze e tipo di comprensione, obiettivi e tipi di approccio, aspetti relazionali* (barriere linguistiche, discriminazioni istituzionali, etc) tra supervisore e supervisionato.

b) In una **ipersintesi** si possono raggruppare **quattro tematiche** riguardanti una supervisione nell'ambito di una PDC:

– **Comprensione** e consapevolezza dei bisogni del cliente in rapporto alla cultura;

– **Immedesimazione** in relazione alle tecniche psicoriabilitative di *counseling* e di psicoterapia dinamica;

– Attenzione speciale alle **differenze cognitive e culturali** nella relazione tra terapeuta e cliente;

– **Errori culturali**, in riferimento a conflitti interni e all'Orientamento di Valori, possono essere impropri e arrecare danni al cliente.

c) Nello **specialista in formazione**, nell'ambito di una supervisione, possono emergere tanto gli aspetti terapeutici appropriati, quanto quelli dovuti ad una **Iatrogenia** e **Malpratica** (Rovera, 2004a). Tali problematiche possono essere raggruppate in **due categorie** che vengono qui riportate:

- *Aspetti positivi*: la supervisione è accettata, supportiva, incoraggiante e validante; è a salvaguardia del cambiamento; l'esperienza di supervisione aiuta a crescere e ad evitare esperienze negative; la supervisione insegna il rispetto per gli altri; è flessibile, recettiva e supportiva; è professionale e rispetta i valori etici dei singoli casi; fornisce suggerimenti utili di tipo trasformativo.

- *Aspetti negativi*: la supervisione crea delle difficoltà nel considerare le etnie e culture minoritarie; la supervisione è troppo rigida, intimidatoria e giudicante; evoca conflitti religiosi e politici; non è ritenuta professionale, in quanto non etica e corretta; è discriminatoria verso le minoranze; crea difficoltà nel gruppo rispetto agli stereotipi etnici minoritari.

c) Come si può constatare, le proposte effettuate vanno attentamente valutate e possono costituire una traccia per individui o gruppi in supervisione immersi in un percorso informativo/formativo più o meno istituzionalizzato ma con una dimensione culturale attenta, rispettosa e accogliente.

C) PROSPETTIVE E RIFLESSIONI CONCLUSIVE

1. La complessità dell'approccio della PDC comporta l'orientamento verso **nuove prospettive**, che talora assumono caratteristiche di proposte rivolte a problematiche difficili da affrontare (Fassino et al., 2014). Alcuni temi riguardano:

a) *L'alleanza di lavoro*, che comporta il riconoscimento dello stato di sofferenza non solo dell'individuo, ma dell'intera costellazione familiare e del gruppo culturale di appartenenza del paziente.

b) *La variazione di paradigmi psichiatrici*, che va confrontata con le nuove linee guida diagnostiche (DSM – 5), gli osservatori epidemiologici, i Centri di Salute Mentale, etc.

c) *La Psicopatologia Evolutiva*, che è un tentativo teorico-pratico derivante dalla teoria sull'attaccamento, dalla neuroimaging e dall'epigenetica (Holmes, 2013). Questo tema diventa ancor più complesso nel momento in cui possa venire applicato nel campo di una Psichiatria e di una Psicoterapia Dinamica Culturale.

d) *L'evoluzione di modelli psicoterapeutici* legati all'evidenza e all'efficacia: da un lato indirizzano l'approccio verso un insegnamento consensuale ed univoco circa la psicoterapia dinamica, ma da un altro lato non si possono non considerare e valutare anche gli *approcci cosiddetti tradizionali* o *cultural dependent*. Si devono inoltre prendere in considerazione le *new psychotherapy cult* (Rovera, 2004b) che utilizzano sotto tecniche di suggestione e di affiliazione, non sempre eticamente e deontologicamente corrette (Goldberg e Plakun, 2013).

e) *Le psicoterapie a tempo limitato* e *le psicoterapie brevi*, nonché *le psicoterapie di urgenza* e *gli interventi in psichiatria medica di liaison* (Ferrero, 2009; Munno, 2008;

Rovera, 1999a), che assumono particolari caratteristiche nella PDC, anche perché spesso costituiscono una serie di terapie prioritarie nella tipologia dei trattamenti (Levenson, 2003).

f) Da ultimo è necessario effettuare *studi controllati e comparati*, grazie anche ai nuovi modelli teorico operativi offerti dalle *neuroscienze* (Kandel, 2007; Northoff, 2014; Fassino, 2014).

2.

a) Quali **riflessioni conclusive** si rinvia innanzitutto ai precedenti paragrafi, sia circa gli schemi proposti e le dinamiche psicoterapeutiche, sia in riferimento ai fenomeni migratori, sia ai casi clinici correlati, sia ai vissuti individuali di traumi, perdite e precarietà. Tutti questi argomenti hanno trattato aspetti teorici, metodologici, clinici e soprattutto umani, e hanno impiegato gli approcci e le procedure della ***Psicoterapia Dinamica Culturale***.

Per la complessità delle ricerche e delle applicazioni terapeutiche si è utilizzato il *Modello di Rete e la Rete di Modelli* nel suo uso non solo teorico, ma pure clinico-pratico, il che ha costituito una specie di intelaiatura (***frame work***) permettendo di realizzare un ***network interattivo*** attraverso dei punti di interconnessione (Barabasi, 2004; A.A.V.V., 1981; Rovera e Bartocci, 2014 a; Rovera, Gatti e Infante, 2012). Ciò per facilitare la correlazione tra teoria della tecnica e procedure terapeutiche della *Psicologia Individuale Comparata* (P.I.C.) e della Psichiatria e Psicoterapia Culturale, in quanto compatibili e sinergiche, sia nella ricerca teorica sia nelle applicazioni dinamiche/terapeutiche nei vari contesti culturali.

b) Inoltre, il presupposto di una *comprensione esplicativa condivisibile* ha favorito un *coinvolgimento empatico culturalmente appropriato* in una *dimensione dinamica* e attraverso una *molteplicità di interventi*. In tal modo si valorizzano dinamicamente gli aspetti biologici, psicopatologici, clinici e psicoterapeutici.

c) La linea direttrice ha interessato *vari tipi di intervento*, specie psicoterapeutico, in molteplici campi operativi delle *helping professions*. Tale approccio utilizza una rete interdisciplinare e inerente a specifici percorsi formativi che debbono interconnettersi fra loro.

Le *proposte operative*, grazie alla *corrente portante della P.I.C.*, possono attuarsi in ambiti diversi ma sempre pertinenti ad una Psichiatria e una Psicoterapia Dinamica Culturale, radicate nelle tradizioni anche se in costante sviluppo, attente ai *criteri scientifici, clinici e socio-culturali*.

Indice bibliografico

AA. VV. *Il sapere come rete di modelli – La conoscenza oggi*. Modena, Edizioni Panini, 1981

AA.VV. *Enciclopedia delle scienze sociali*. Roma, Treccani, 1996, vol. VI, 562-563

Abraham G., Andreoli A. *La psicoterapia è una scienza*. Torino, Società Editrice Internazionale, 1987

Adler A. *Der Sinn des Lebens*. tr. it. *Il senso della vita*. MARASCO E. (a cura di), Roma, Newton Compton, 2012 [1933]

Alarcón R. D. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 139-140, 2009

Alarcón R.D. [Cultural components within DSM-5: achievements, hopes, and expectations](#). *Vertex*, 25(114): 105-12, 2014

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV ed. Text Revision*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali IV-TR*. Milano, Masson, 2002 [2000]

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 ed.*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali 5*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014 [2013]

American Psychiatric Association (APA). Position statement on the delineation of transcultural psychiatry as a specialized field of study. *American Journal of Psychiatry*, 126(3): 453-455, 1969

Ancora A. La psicoterapia transculturale. In Bria P., Caroppo E., Bogna P., Colimberti M. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma, Società Editrice Universo, 2010, cap 48, pp 533-538

Ancora A. Psichiatria e psicoterapia transculturale: note storiche, finalità e prospettive. In Bria P., Caroppo E., Bogna P., Colimberti M. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma, Società Editrice Universo, 2010, cap 4, pp 57-60

Ancora A., Sbardella A., a cura di, *L'approccio transculturale nei servizi psichiatrici – Un confronto tra gli operatori*. Milano, Franco Angeli, 2011

Anolli L. *La sfida della mente multiculturale – Nuove forme di convivenza*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2011

Ansbacher H. E R. *The Individual Psychology Of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale Di Alfred Adler*. Firenze, Martinelli, 1997 [1956]

- Barabasi A. *La scienza delle reti*. Torino, Einaudi, 2004
- Bartocci G. Introduzione all'edizione italiana. in Tseng W.S. *Handbook Cultural Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale*. Roma, CIC, 2003 [2001]
- Bartocci G. Lectio Magistralis. 3° World Congress of Cultural Psychiatry. Londra, 9-11 Marzo, 2012
- Bartocci G. *Psicopatologia Cultura e Dimensione del Sacro*. Roma, E.U.R., 1994
- Bartocci G. *Psicopatologia Cultura e Pensiero Magico*. Napoli, Liguori Editore, 1990
- Brown D.G. Context, content, and process: interrelationship between small and large groups in a transcultural workshop. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 9/10, 51-64, 1987
- Bruschi A. *La teoria dei modelli nelle scienze sociali*. Bologna, Il Mulino, 1971
- Choudhury S., Kirmayer L.J. [Cultural neuroscience and psychopathology: prospects for cultural psychiatry](#). *Progress in Brain Research*, 178: 263-83, 2009
- Cianconi, P. *Addio ai confini del mondo*. Milano, Franco Angeli Editore, 2010
- Dalsky D., Landis D. Voce cross cultural training. In Keith K.D. (Ed.). *The Encyclopedia Of Cross-Cultural Psychology*. UK, Wiley Blackwell, 2013
- Deborah L. et al. The impact of the psychoanalytic values on transference and countertransference: a study in transcultural psychoanalysis. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 22/4: 609-621, 1994
- Devereux G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, Galimard, 1970
- Dreikurs Ferguson E. *Adlerian Theory: an Introduction*. Chicago, Adler School of Professional Psychology, 1996
- DSM 5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, 2013
- Ellenberger H. F. *The Discovery of Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*. Torino, Bollati Boringhieri, 1976 [1970]
- Fassino S., Abbate Daga G. Percorso formativo psicodinamico per lo psichiatria nell'era delle neuroscienze. *Minerva Psichiatrica*, 47, 1: 103-112, 2006
- Fassino S., Abbate Daga G., Leombruni P. *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Milano, Centro Scientifico Editore, 2007

- 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]
- Favazza A.R., Oman M. Overview: Foundations of cultural psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 135: 293-303, 1978
- Favazza, A.R., Oman, M. Anthropology and psychiatry. In Kaplan H. I., Freedman A.M., & Sadock B. J. (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1980, Vol. 1, chapt. 5
- Favazza A.R. *Bodies under siege: Self – mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore, John Hopkins University Press, 1996 (2nd ed.) [1987]
- Ferrero A. L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione. *Rivista di Psicologia Individuale*, 48: 41-54, 2000
- Ferrero A. *Insula dulcamara: studi di psicologia e psichiatria psicodinamica*. Torino, Centro Scientifico Editore, 1995
- Ferrero A. *Psicoterapia psicodinamica adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*. Torino, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, 2009
- Ferrero A. *Une psychothérapie module sur le fonctionnement psychopathologique*. Parigi, L'Harmattan, 2014
- 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
- Fonagy P., Target M. *Psicopatologia evolutiva – Le teorie psicoanalitiche*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005 [2003]
- Gabbard G. *Synopsis of Treatments of Psychiatric Disorders*. Tr. it. *Trattamento dei disturbi psichiatrici*. Fassino S., Leombruni P. (a cura di). Torino, CSE, 2000 [1998]
- Gabbard G. *Introduzione alla Psicoterapia Psicodinamica*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005
- Galimberti U. Voce psicologia dinamica. In *Dizionario di Psicologia*. Torino, UTET, 1992
- Gallino L. Voce Personalità et relata. *Dizionario di Sociologia*. Torino, UTET, 1978, pp 504-515
- Gasparini C., Gatti A. La lingua dell'altro. Aspetti di Psicodinamica Culturale Adleriana. *Rivista di Psicologia Individuale*, 72: 41-92, 2012
- Gerth, H.W., Mills C. *Carattere e struttura sociale*. Torino, Utet, 1969 [1953]

- Giddens A. *Nuove regole del metodo sociologico*. Bologna, Il Mulino, 1979
- Gil F. *Sistematica e classificazione*, in *Enciclopedia*, 12. Torino, Einaudi, 1981
- Goldberg D.A, Plakun E.M. Teaching Psychodynamic Psychotherapy with the Y Model. *Psychodynamic Psychiatry* 41(1): 111-126, 2013
- Guaraldi G.P. In difesa del DSM-5. *Formazione Psichiatrica*, XXXV: 113-119, 2014
- Gunderson J. C., Gabbard G. O. Making the case for the psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 47: 679-703, 1999
- Haley J. Il sintomo come tattica nelle relazioni umane. *Rivista di Psichiatria*, IX: 3, 1974
- Hempel C. G. *La formazione dei concetti e delle teorie nella scienza empirica* (1952). Milano, Feltrinelli, 1961
- Holmes J. New paradigm: developmental psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 202: 309-313, 2013
- Inglese S., Gualtieri M. Dall'Etnopsichiatria all'iconologia: il malinteso culturale nella fondazione di discipline senza nome. *Formazione Psichiatrica*, 1: 7-21, 2014
- Jilek W.G. Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245: 231-238, 1995
- Kandel E.R. *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*. Tr. it *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Torino, Raffaello Cortina Editore, 2007
- Keith K.D. *The Encyclopedia Of Cross-Cultural Psychology*. UK, Wiley Blackwell 2013, Vol. 1, 2, 3
- Kirmayer, Laurence J. Psychotherapy and the Cultural Concept of the Person, *Transcultural Psychiatry*, 44 (2): 232-257, 2007
- Kopp, R.R. *Metaphor Therapy*. tr. it. *Le metafore nel colloquio clinico*. Trento, Erickson, 1998 [1995]
- Kraepelin E. *Trattato di psichiatria*. Milano, Vallardi, 1907 [1883]
- Le Roy J. Processus dans un séminaire transcultural d'analyse de group. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 9/19, 9-14, 1987
- Leclerc de Buffon G. L. *Histoire Naturelle*. Imprimerie Royal, 1749 – 1788

- 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
- Levenson H. Time-Limited Dynamic Psychotherapy: An Integrationist Approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 13: 300-333, 2003
- Lewin K. Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2: 34-46, 1946
- Lipsitt L. P. Fondamenti psicodinamici. 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, pp 1016
- Lu F. G., Lim R. F., Mezzich J. E. Issues in the Assessment and Diagnosis of Culturally Diverse Individuals. In Oldham J. & Riba M. (Eds). *Review of Psychiatry*. Washington, American Psychiatric Press, 1995, vol 14, pp 477-510
- Maj M. Editoriale. *Formazione Psichiatrica e Scienze Umane*, XXXV, I(3-5), 2014
- Matson F.W. *The broken image: Man, Science and Society*. Garden City, New York, Doubleday Anchor Books, 1966
- Mencacci L. *Dizionario delle scienze psicologiche*. Bologna, Zanichelli, 2012
- Métraux J.C. Dons de Mémoire, lecture anthropologique et sociale d'une psychothérapie interculturelle. *Psychothérapies*, 19, 4: 225-234, 1999
- Mezzich J. E., Caracci G., Fabrega JR. H., Kirmayer J. L. Cultural Formulation Guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 46, 3: 383-405, 2009
- Michel L. Des Stéréotypes culturels au transfert-contre-transfert dans la relation psychothérapique interculturelle. *Psychothérapies*, 19, 4: 247-255, 1999
- Morin E. *La Voie. Pour l'avenir de l'humanité*. Fayard, 2011
- Munno D. *Psicologia clinica per medici*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2008.
- Murphy H.B.M. *Comparative Psychiatry: The international and intercultural distribution of mental illness*. Berlin, Springer – Verlag, 1982
- Nathan T. L'ethnopsichiatria entre thérapie et psychotérapie. *Psychothérapies*, 19,4: 109-209, 1999
- Northoff G. *Neuropsychoanalysis in Practice. Brain, Self, Objects*, T r. It. *Neuropsicoanalisi in pratica. Cervello, Sè ed oggetti*. Torino, Ananke, 2014 [2011]

- Okpaku S.O. *Clinical methods in trans – cultural psychiatry*. Washington, American Psychiatric Press, 1998
- Pagani P.L., Ferrigno G. Transfert e controtransfert nel setting adleriano. *Rivista di Psicologia Individuale*, 46: 27-41, 1999
- Parenti F. *La Psicologia Individuale dopo Adler*. Roma, Astrolabio, 1983
- Parsons T., Shils E., Naegele K.D., Pitts J.R. *Theories of Society*. New York, Foundations of Modern Sociological Theories, 1961
- 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]
- Prince R.H. What's in a name? *Transcultural Psychiatry*, 34 (1): 151-154, 1997
- Rouchy J.C. Les premisses d'une recherche transculturelle. *Commexions*, 63/1: 9-22, 1994
- Rovera G. G. Psicoterapia e cultura: prospettive su base adleriana. Congresso Italiano di Psicoterapia, Venezia, 1974. Roma, Il Pensiero scientifico, 1976
- Rovera G. G. *La Psicoterapia nelle situazioni di Crisi*. Roma, Il pensiero scientifico, 1977
- Rovera G. G. *Il sistema aperto della Individual-Psicologia*. Torino, Castello, 1979
- Rovera G. G. Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Rivista di Psicologia Individuale*, 17, 28-47, 1982
- Rovera G. G. Problemes de formation en psychotherapie. *Psychotherapies*, 1-2, 65-72, 1984
- Rovera G. G. Aspetti transculturali dell'indagine psicodiagnostica in psicosomatica. Convegno *Personalità e Psicosomatica*, Torino, 9 maggio 1985
- Rovera G. G. Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale. In *L'esperienza analitica. Collettività e individuo*. Individual Psychology Dossier. SAIGA, Torino, 1988
- Rovera G. G. *Problemi transculturali in psicopatologia*. In Bartocci G. *Psicopatologia, cultura e pensiero magico*. Napoli, Liguori, 1990, pp 27-45
- Rovera G. G. The Family in Different Sub-Cultures. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 28(2): 227-232, 1992

- Rovera, G. G. Voce Disturbi Della Personalità. In *Enciclopedia Delle Scienze Sociali*. Roma, Treccani, 1996, vol VI, pp 561 – 566
- 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 a
- Rovera G. G., *Psicologia Individuale*. In: CASSANO G. B., PANCHERI P. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Milano, Masson, 1999 b, vol III, pp 3529-3537
- Rovera G. G. *Das Netzwerkmodell in der Individualpsychologie aus erkenntnistheoretischer Sicht*. In: Zapotoczky, Fischhof, etc, *Psychiatrie der Lebensabschnitte*, Springer Wien New York, Vienna 2002, 77-96
- Rovera G. G. *Il modello bio-psico-sociale nelle varie culture*. XXIII Congr. Naz. SIP. Bologna 19-24 ottobre 2003. ACTA
- Rovera G. G. Iatrogenia e Malpratica in psicoterapia. *Rivista di Psicologia Individuale*, 55: 7-50, 2004a
- Rovera G. G. I significati dei valori nella “psychotherapy-cult”. *Psichiatria Oggi*, VI: 11-14, 2004b
- Rovera G. G., Bartocci G. Individual Psicologia e Transculturalismo nelle professioni di aiuto (evoluzioni e sfide). 25th International Congress 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, in Precarity, Conflicts, Violence, a challenge to the Healing and Training processes. 26th Congress of the International Association of Individual Psychology. *Precarity, Conflicts, Violence, a challenge to the Healing and Training processes*. Parigi, 9 – 13 luglio, 2014b
- Rovera G. G., Bogetto, F. Il concetto di persona in Merleau-Ponty. In Rovera G.G. *Il sistema aperto della individual-psicologia*. Torino, Rivista di Psicologia Individuale, 1979
- Rovera G. G., Gatti A. *Individual-Psicologia e ricerca transculturale in psichiatria*. 16° Congresso Mondiale Adleriano. Montreal, 7-10 Luglio 1985. *Rivista di Psicologia Individuale*, N. 24-25, Marzo-Ottobre 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

Shulman B. H., Mosak H H. *Manual for Life Style Assessment*, Brunner Routledge, tr. it. *Manuale per l'analisi dello Stile di Vita*. Milano, Franco Angeli, 2008 [1995]

Società Italiana di Psicoterapia Medica -Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria. *Psichiatria*. Newsletter del 10 ottobre 2013

Stengers I., Nathan T. *Medici e stregoni*. Torino, Bollati Boringhieri, 1996

Szasz T. H. The myth of psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 24 (4 – 6) e Vol. 25(1-6), 1974-1975

Szasz T. S. *The Myth of Psychotherapy*, tr. it. *Il Mito della Psicoterapia*. Milano, Feltrinelli, 1981 [1978]

Terranova Cecchini R. I processi transculturali nei Servizi di Salute Mentale. In Ancora A., Sbardella A., a cura di, *L'approccio transculturale nei servizi psichiatrici*. Milano, Franco Angeli, 2011

Tseng W. S. *Handbook of cultural psychiatry*. tr. it. *Manuale di psichiatria culturale*. Bartocci, G. (a cura di). Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2003 [2001]

Tseng W. S. & McDermott J. F. *Culture, mind and therapy: An introduction to cultural psychiatry*. New York, Brunner/Mazel, 1981

Terranova Cecchini R., Tognetti Cordogna M. *Migrare. Guida per gli operatori dei servizi sociali, sanitari, culturali e d'accoglienza*. Milano, Franco Angeli, 1992

Wikan U. *Managing turbulent hearts: A Balinese formula for living*. Chicago, University of Chicago Press, 1990

Wittkower E. D. & Prince R. A review of transcultural psychiatry. In Arieti S. (Ed. In chief) and Kaplan G. *American handbook of psychiatry 2nd ed*. New York, Basic Book, 1974, Vol. 2: 353 – 355

Wong L., Wong T. P. Voce cross – cultural competence in clinical supervision. In: Keith K.D. (Ed.), *The Encyclopedia Of Cross –Cultural Psychology*, UK, Wiley Blackwell, 2013

Zambelli A. *Adler face à Freud: une difference à sauvegarde*. Parigi, L'Harmattan, 2014