



RELAZIONE AL 5th WORLD CULTURAL PSYCHIATRY CONGRESS "ACHIEVING GLOBAL MENTAL HEALTH EQUITY: MAKING CULTURAL PSYCHIATRY COUNT", NEW YORK, 10-13 OTTOBRE, 2018

## DELIRI E CULTURE. NOTE PSICOPATOLOGICHE E CLINICHE SUI DELIRI CULTURALI

Gian Giacomo Rovera<sup>1</sup>

ISSN: 2283-8961

### Abstract

**Background:** *Le variabili culturali sono di particolare rilevanza non solo per l'etnologia e l'antropologia, ma anche per la clinica psichiatrica, la psicopatologia e la psicoterapia. La psichiatria culturale è stata all'avanguardia nella ricerca sulle relazioni tra le sindromi psichiatriche e i differenti environment bio-psico-socio-culturali. Le credenze culturalmente condivise estreme, definibili come Deliri Culturali, sono di particolare importanza per la psichiatria culturale e la psicoterapia, benché il concetto di Deliri Culturali non sia ancora riconosciuto dalla nosografia ufficiale. Aims:* *L'obiettivo del presente lavoro è quello di definire e discutere il framework concettuale della ricerca sulle sindromi deliranti culturalmente indotte e sui Deliri Culturali. Methods:* *Questa presentazione darà una breve resoconto di 1) il modo in cui i sistemi culturali possano dare forma alla psicopatologia*

---

<sup>1</sup>Professore Onorario di Psichiatria all'Università di Torino (dipartimento di Neuroscienze), co-Fondatore IMT, Presidente Onorario SIPI. Mail a: ggrovera@hotmail.com

*individuale. 2) le questioni legate alla norma e alla devianza in psichiatria. Viene proposto un modo di integrare la nosografia corrente con le vecchie e nuove acquisizioni della psichiatria culturale (specificamente, il sopravvento di un relativismo culturale radicale, la clinica psichiatrica culturalmente-orientata). Da ultimo viene proposta una sintesi di prospettive teoriche, descrittive e normative per esaminare la questione dei Deliri Culturali. **Results:** Una miglior comprensione delle sindromi deliranti culturalmente indotte e dei Deliri Culturali potrebbe essere utile per comprendere i nuovi fenomeni psicopatologici dell'Occidente e migliorare la clinica pratica. **Discussion:** Ulteriori ricerche sul tema dei deliri culturali possono offrire un contributo significativo alla psichiatria culturale, ampliando il campo della ricerca e le possibilità della clinica e comprendendo discipline come la filosofia e l'antropologia. In questo senso tale ricerca potrebbe dare nuovi insight sulle credenze patologiche dell'occidente.*

**Key words:**

Deliri culturali, psicopatologia, anastomosi

**I) Premesse**

1) La Psichiatria Culturale, specie per quanto riguarda la complessa psicopatologia delirante, inerisce alla visione del mondo del paziente, alle caratteristiche del simbolico ed ai vissuti interiori. In tal modo il modo di essere (*Dasein*) genera un particolare tipo di pratiche e di regole esistenziali che possono costruire i precursori psicotici per i deliri culturali propriamente detti.

Dopo la frantumazione epistemologica del novecento, nell'epoca attuale delle biotecnologie, delle neuroscienze e dell'informatica, l'analisi della condizione post-moderna multietnica e multiculturale (Coppo, 2003) ha coinvolto molti studiosi afferenti a discipline diverse che talora perseguono la "terza via" del neo-umanesimo (Kandel, 2005) oppure si sciolgono in una società liquida (Bauman, 2010); o ancora propendono per l'Etnoanalisi (Nathan, 1993), ritenendo che una pluralità privilegi in senso circoscritto i disturbi psicopatologici legati alle caratteristiche cultural-specifiche. Di fronte a questo processo evolutivo stanno riemergendo i modelli storico-

scientifici della “Psichiatria classica”, che sembrano offrire maggiori risorse, qualora si utilizzino i modelli psicopatologici evolutivi (Lewis e Miller, 1990) che permettono di contestualizzare le varie culture.

2) Infatti gli sviluppi della psicopatologia rappresentano il tronco su cui si possono innestare le *culture bound syndroms* e pure i deliri culturali. Questi sono in rapporto ai vari microparadigmi (biomedico, comportamentale, psicodinamico, cognitivo, socioculturale, familiare) e attengono alle variazioni dei costumi, all’Orientamento dei Valori (Ponce, 1998), alle credenze religiose, al contesto storico, ai vari linguaggi e agli Stili di Vita (Adler 1933). Anche le configurazioni circa la normalità e devianza (Sicialiani et al, 1981; Biondi, 1999), possono cambiare in relazione ai fattori dell’adattamento evolutivo, quali: i primi legami affettivi; l’*attachment* di Bowlby (1980); l’*educazione*, le innovazioni tecnologiche, il contesto socio-politico-religioso. Il risultato del mutamento individuale e collettivo va di pari passo a quello istituzionale forgiando la mente culturale. Sebbene vi siano delle nicchie di conservazione culturale (miti, riti, credenze) (Bartocci, 2016), e delle parziali retrogressioni di singoli gruppi o di individui: in psicopatologia e in Psichiatria Culturale, oltre le radici tradizionali, vi sono delle “trasformazioni” nelle sintomatologie, che spesso sottendono le dinamiche di fondo, realizzando delle *reti anastomotiche* (Rovera, 2017, Riv. Online) che Prince (1970) denomina “*Integral belief*”.

3) La cultura è notoriamente un potente fattore diagnostico e nosologico in psichiatria. Il concetto cardine è quello di evitare che si commetta un errore categoriale – cioè che si tenti di classificare entità o comportamenti clinici intrinseci ad alcune culture, società o gruppi umani in categorie, modelli o termini diagnostici propugnati dai sistemi classificatori dominanti (Kleinman, 1987; Csordas e Kleinman, 1996). Un modello fondamentale per raggiungere questo obiettivo è stato quello di proporre la formulazione culturale per un approccio corretto all’Identità Culturale del paziente, alla spiegazione (*Erklären*) ed alla comprensione dei sintomi (*Verstehen*), del funzionamento dell’ambiente psico-sociale, e della valutazione complessiva dei fattori culturali per una corretta diagnosi e cura (Fabrega, 1987, Fassino et al., 2007; Rovera, 2018).

4) Con il termine “Deliri Culturali”, ovvero credenze indimostrabili, non convalidabili, imm modificabili, nonostante la scarsissima adesione (o addirittura una scissione) alla realtà: si designano strutture culturali favorenti la radicalizzazione di forme estreme di “*detachment*” a cui possono conseguire i deliri propriamente detti, descritti dalla clinica psichiatrica (Bartocci e Zupin, 2016).

Grazie a questa considerazione psicopatologica-clinica la Psichiatria e la Psicoterapia Culturale sono diventate, negli ultimi decenni, uno dei temi più interessanti e controversi specie in Occidente. Il dibattito attraversa infatti varie discipline quali: l’antropologia, la medicina, le neuroscienze, le scienze sociali e pure le discipline filosofiche e la “narrazione” di credenze apocriefe (Bartocci, 2016).

L’inquadramento complessivo dei deliri culturali sottolinea l’interesse degli studiosi circa le problematiche e i dilemmi relativi alla psicopatologia, alla nosografia, alla diagnosi clinica ed ai trattamenti. Ciò definisce il setting entro cui interagiscono l’atteggiamento ed il controatteggiamento, il transfert e il controtransfert (Tseng, 2001), e l’immedesimazione etno-religiosa culturale (Michel, 1999, Rovera, 2009) che rendono l’alleanza terapeutica “culturalmente appropriata” (Rovera, 2014). Seguendo questa ipotesi patogenetica i deliri culturali, possono rientrare nei criteri della nosografia classica, dell’assessment complessivo, della diagnosi differenziale, della prognosi e delle terapie. In altre parole costituiscono un mattone della Psichiatria Culturale (Kirmayer et al. 2013).

Se l’antropologia (Bartocci e Zupin, 2016) è da sempre impegnata nello studio delle radici del pensiero magico, delle superstizioni tribali, della trance, dei settarismi religiosi (Maniscalco e Pellizzari, 2016) o delle possessioni diaboliche (Rovera et al., 1990; Bartocci, 1990), e delle guarigioni cultural dipendenti (Jilek, 1982, Rovera, 2002) per arrivare a cogliere l’ambivalente potenza influenzante di enti numinosi radicati in specifiche culture. Le stesse discipline afferenti alla Psichiatria Culturale hanno indagato il modo in cui ognuno di questi fenomeni si articola alle visioni del mondo che, a seconda della loro struttura, possono essere avvicinate alla dizione di credenze simil-deliranti, (Murphy, 1967). Esse definiscono non solo la spiritualità, ma pure le abnormità ideative collettive, divenute parte integrante di singole culture e che

si possono costituire quali precursori dei deliri culturali (Frigi, 1971, 1972; Frighi e Mazzetti, 1993; Bartocci, 2016).

E ciò anche perché, come emerso dagli studi delle neuroscienze, il nostro cervello non è un organo statico e imm modificabile, ma risente profondamente delle influenze ambientali e delle esperienze vissute. Qualora le credenze siano fra le principali determinanti del mondo-ambiente in cui viviamo, alcuni suoi assi portanti vengono interiorizzati a livello psichico e influenzano la conformazione dei distretti neurali. La disposizione dei circuiti neuronali costituisce così una sorta di schema preformato, una lente attraverso la quale vengono letti i fatti della vita. Gli elementi culturali, in altre parole, svolgono la funzione di una sorta di diapason che può non solo far prendere alla appercezione una inclinazione simil-delirante, ma anche una “dissociazione”, sino a una frattura delirante.

## II) Esempificazione

1) Si rende grazie alla Dottoressa Micol Ascoli, Psichiatra Culturale, che opera da anni quale Direttrice di una Struttura Pubblica Londinese, per la segnalazione e l’apporto nella stesura del caso clinico qui riportato e discusso. Tale esemplificazione di delirio culturale presenta alcuni contorni caratteristici, quali la presa in carico, gli *Integrantal-Belief*, le credenze apocrife, le difficoltà di integrazione culturale delle comunità immigrate, eccetera.

2) Referente: Dott. Micol Ascoli, Direttore del Dipartimento di Psichiatria del Tower Hamlets Cultural Consultation Service, London UK.

Equipe curante: mediatori culturali, infermieri, psichiatra.

Assistita: R.S.; genere femminile di 24 anni.

RS è una donna di 24 anni originaria dello Zimbabwe di etnia Shona, studentessa universitaria. Vive a Londra con i genitori immigrati da decenni, in un contesto familiare con radici culturali e religiose tradizionali del paese d’origine. Frequenta una

Congregazione Pentecostale, all'interno della quale alcuni connazionali sono molto attivi e da anni collaborano con il Pastore e col Vescovo africano.

- All'inizio del 2006 RS si innamora di un uomo che usa abitualmente droghe e alcool. I due giovani decidono di sposarsi nel Giugno 2007.

RS, non rende nota né alla famiglia né alla comunità religiosa la sua relazione con il fidanzato (estraneo peraltro alla Comunità). Dopo alcuni vani sforzi di RS di convertire il partner al Culto Pentecostale, la relazione termina bruscamente alla fine del 2006. I successivi tentativi di RS di riallacciare i rapporti con l'ex fidanzato falliscono. Nell'Aprile del 2007 RS diventa piuttosto ritirata e silenziosa. RS convoca il gruppo degli anziani e il Pastore, per annunciare che miracolosamente Dio le ha parlato e le ha detto di prepararsi, poiché si sposerà il prossimo 12 Giugno. Su richiesta degli anziani, RS nega di avere un fidanzato, ma insiste nell'affermare di dover affrontare i preparativi del matrimonio per ordine di Dio. Durante le settimane successive, RS – accumulando debiti per alcune migliaia di sterline - acquista gli anelli e il vestito da sposa, dispone il banchetto matrimoniale, stabilisce e prenota il luogo ove le nozze dovranno essere celebrate. Prenota anche una limousine e tre pullman che porteranno gli invitati dalla chiesa, ove la comunità religiosa si riunirà all'albergo ove i festeggiamenti avranno poi luogo.

- La Comunità Pentecostale, compreso il Vescovo, arrivato dallo Zimbabwe per la visita annuale alla Congregazione, si stupisce che di fronte a queste “stranezze” non vi sia stata una consultazione psichiatrica adeguata per RS. Questa considerazione viene riportata allo specialista del centro. I genitori ritengono che la figlia 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. Due infermieri psichiatrici che fanno parte dello stesso gruppo religioso di RS, riportano inoltre alla ragazza di aver l'impressione che essa abbia dei disturbi mentali. RS reagisce accusandoli di essere ispirati dal diavolo, poiché solo quest'ultimo avrebbe potuto contrastare ciò che Dio stesso le aveva comunicato. La credenza di RS nella presenza dello sposo (nei giorno fissato per il matrimonio) è incrollabile e non suscettibile ad alcuna critica: sebbene ella non abbia avuto nessun contatto reale con il suo ex fidanzato. All'inizio di Giugno l'ansia generale della Comunità Religiosa

aumenta sensibilmente. Due giorni prima del matrimonio nessuno ha ancora ricevuto l'invito.

- Il 12 Giugno, data del matrimonio, non accade nulla. Nessuno si presenta all'appuntamento prefissato davanti alla chiesa. RS trascorre l'intera giornata a letto e non esce di casa. La settimana successiva, RS non partecipa alla messa e nessuno richiede spiegazioni.

Nei mesi successivi, RS si distanzia dalla Comunità e dalla Religione in generale. A seguito di ciò, i genitori abbandonano la Congregazione Pentecostale e si uniscono a un altro gruppo religioso.

- I due infermieri psichiatrici, anche mediatori culturali ed intimi amici di RS, riportano queste ulteriori notizie al Direttore del Dipartimento Psichiatrico. Gli operatori elencano, su specifica domanda, i criteri sui quali la "sezione miracoli" della Congregazione, che crede fermamente che Dio parli ai fedeli, sia stata in grado di considerare le esperienze e i comportamenti di RS come patologici. Infatti nel miracolo Dio parla ai 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, indicando il numero dei partecipanti, stabilendo il tipo e la quantità delle automobili, eccetera). Un miracolo viene solitamente confermato da esperienze analoghe e contemporanee da altri membri della Comunità. Dio parla ai fedeli al momento del compimento di un preciso percorso di crescita spirituale all'interno della comunità. Nel caso di R.S. il miracolo annunciato dal fedele deve trovare un corrispettivo simile sia nei Testi Sacri, sia in altre Congregazioni Pentecostali.

### **III) Commenti e Riflessioni**

1) L'assistita R.S, la famiglia e la comunità di appartenenza shona, sono immersi nel contesto del pentecostalismo diasporico. La comunità, oltre che per la tradizione religiosa e per un proprio sistema dottrinario e rituale, si configura anche sulla base di tratti culturali e sociali: quali la patria di provenienza, l'etnia, la lingua e gli stili di vita

quotidiana. La tipicità dei vari contesti culturali sta anche nel fatto che le comunità pentecostali, in Europa sono in gran parte dovute dell'immigrazione. Con gli individui, infatti, emigrano i loro usi e costumi e anche le loro credenze e i riti (A Torino tali Chiese, oggi comprendono quindici comunità, molte delle quali sono immigrate dal Brasile, dall'Africa e dalla Romania).

Studi recenti hanno analizzato le funzioni socio-culturali di tali congregazioni religiose. Un primo gruppo di funzioni è rappresentato dalla ricerca di un'identità collettiva per la protezione dei componenti della comunità dai rischi materiali e psicologici connessi alla condizione di stranieri. Un secondo gruppo di funzioni è quello del mantenimento e riproduzione dei propri "costruttori socio culturali della conoscenza". Queste Chiese Pentecostali mantengono la memoria originaria che si trasforma in "epos"; la codificazione dei costumi come "religione" e "spiritualità" (Fernando, 2004); i legami di parentela come "stirpe"; il patrimonio culturale comune, credenze, riti, ed il linguaggio (la madre lingua) si intrecciano in questo caso con l'anglosassone, quale seconda pelle (Gudzer, 2011). L'insieme dei "quadri sociali della conoscenza" indirizzano verso Orientamenti di Valori (Ponce, 1998) danno un senso all'esistenza individuale e di gruppo. Cosicché attraverso l'attualità dell'*ethnos* vissuto come "radice", avviene l'*aggregazione* degli aspetti individuali con la realtà attuale del nuovo contesto socio-culturale (Berzano, 1997, 2012).

2) Nel lavoro clinico con gli assistiti occorre effettuare sia una valutazione diagnostica complessiva (assessment) (Barron, 1998; Kirmayer, 1994; Kirmayer et al. 2008), sia una terapia appropriata. In tal modo le caratteristiche culturali sino alle credenze apocrife (Bartocci, 2016) emergono con pregnanza psicopatologica e clinica (processo migratorio, percezione che il paziente ha del Paese della cultura ospite, la lingua parlata). Una delle peculiarità del caso esemplificativo riportato è dovuta al fatto che sono state le infermiere (della stessa etnia e religione dell'assistita) che, in funzione di mediatori culturali si sono prese cura del soggetto e hanno fatto da tramite con la psichiatria, e pure con la famiglia e con la comunità religiosa.

In un Intervento Culturale emergono argomenti sull'identità culturale (Gudzer, 2011), sull'interindividualità, sul senso di appartenenza, sul coinvolgimento empatico, sulla tattica relazionale (Mitchel, 2000) (comunicazione "emica", particolare) sulla

semantica esistenziale (comunicazione “etica” generale). Il problema dell’efficacia dei trattamenti (psicofarmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi in un contesto interculturale), rappresenta una sfida per rendere le terapie culturalmente appropriate.

2) Occorre altresì considerare che taluni orientamenti, per distinguere diagnosticamente il “normale dal patologico” (DSM IV-TR, 2000; DSM 5, 2013 e PDM 2, 2017), si riferiscono a difficoltosi e complessi modelli nosologici non univoci. Molti non collimano con sindromi Cultural-dipendenti, con i criteri e le prese in cura, elaborate dalla cosiddetta Psichiatria Classica Occidentale.

Riferibili a questa esemplificazione clinica ed estendibile per analogia ad altre casistiche psichiatriche, sono alcune caratteristiche, utili per un assessment complessivo, per una terapia, e pure per una catamnesi:

- Il contesto della comunità pentecostale “shona”, immigrata nella grande città cosmopolita
- Lo scacco esistenziale subito dalla paziente favorevole a un “rifugio nella malattia”, e il seguente delirio culturale primario o secondario ad una depressione (Torre, 1981).
- La fede religiosa nel Pentecostalismo, quale spiritualità e nel sacro emozionale: commisto a credenze, riti e valori produttori di senso (miracoli), condivisi dalla comunità socio-culturale.
- Il Vescovo Pentecostale che consiglia l’appoggio al servizio psichiatrico.
- Il ruolo delle infermiere mediatrici culturali (di etnia, lingua e religione della paziente).
- La difficoltà di una terapia e di una catamnesi corrette anche a causa della “scomparsa” non solo della paziente ma pure della famiglia, per il loro trasferimento da una comunità shona ad un’altra: devono essere contestualizzate.

3) Il tema dei Deliri Culturali rientra nel vasto territorio della Psichiatria e Psicoterapia Culturale (Daverio, 2015; Bartocci e Zupin, 2016; Rovera, 2018) ed è proposto mediante approcci di Psicopatologia clinica sottesi da una base dinamica culturale.

Le correnti portanti si riferiscono ai deliri culturali, ai Disturbi schizofrenici, agli Stati deliranti acuti; ad altri deliri cosiddetti secondari, (ai disturbi bipolari) ed anche ai disturbi dissociativi istrionici, eccetera).

Sotto il profilo psicoterapeutico (Rovera, 1974) emerge l'importanza dell'immedesimazione culturale (Michel, 1999), tenendo presente che si possono invece mobilitare meccanismi di proiezione culturale nell'ambito delle helping professions.

La relazione terapeutica è mediata da sfere simboliche che non si riferiscono solo ad un setting tradizionale, ma implicano coinvolgimenti empatici (in questo caso attuato dalle infermiere psichiatriche/mediatrici culturali). Ciò si esprime in termini di linguaggio verbale e non verbale ed anche attraverso dei supporti cognitivi e dei suggerimenti di comportamento.

Le prospettive accennate permettono di modulare con maggiore consapevolezza il rapporto di atteggiamento/controatteggiamento (Rovera, 2015) (entro cui si radicano i movimenti transferali e controtransferali) e di calarsi nel tessuto che connette culturalmente la struttura della personalità con la struttura sociale (Gerth e Mills, 1953).

Il processo terapeutico comporta non solo una spiegazione della sintomatologia, ma anche una comprensione della persona e una consapevolezza dell'ambiente socio-culturale della famiglia e della comunità.

4) Nell'ambito di un trattamento complessivo, il contesto fornito dal gruppo terapeutico interattivo col gruppo di appartenenza del paziente, indica i quadri referenziali da rispettare, affinché i processi di cambiamento e terapeutici, conducano ad un miglioramento del quadro clinico in questa direzione. Sarebbe utile realizzare delle "anastomosi terapeutiche vicarianti", mettendo in diretta connessione strategie complementari (Rovera, 2014, 2015): ad esempio col coinvolgimento della famiglia, in modo da favorire una alleanza terapeutica negoziata.

#### **IV. Considerazioni critiche**

1) Questo contributo propone la questione dei "deliri culturali" (Daverio, 2015; Bartocci, 2016; Bartocci e Zupin, 2016) attraverso il tema generale di "Culture e deliri" (Rovera, 2017).

Ci si è focalizzati sulla Psicopatologia Psichiatrica Clinica (Bleuler, 1911; Jaspers, 1913-1959; Kurt Schneider, 1983) dei Deliri attraverso la Psichiatria Culturale. Si ipotizza che i deliri culturali siano *integrantal belief* (Prince, 1987; Prince et al. 1987) o anastomosi (cioè canali di connessione): tra miracoli, credenze apocriefe (Bartocci, 2016), deliri primari e deliroidi (Rossi Monti, 2006; Rovera, 2017), disturbi della coscienza e di personalità (Ey, 1954). Da ciò possono emergere riflessioni sulla mente culturale (Anolli, 2011).

2) La Psichiatria, la Psicopatologia e la Terapia Culturale (Lewis e Miller, 1990; Rovera, 2018) mettono in evidenza come la società e la cultura siano inscindibili ed in continuo sviluppo, e come le helping professions si radicano in tale evoluzione, anche attraverso un'immedesimazione culturalmente appropriata. Gli interventi devono riferirsi ad un programma, condiviso dall'équipe curante (multidisciplinare) e dagli assistiti, che includa l'intera rete delle discipline inerenti a tale progetto (Nathan, 1993; Rovera, 2017).

Poiché nessun paradigma risolve tutti i problemi che esso definisce, un insegnamento può venire dalla pluralità culturale relazionale quando si considerano i deliri e pure le credenze secondo i criteri della psicopatologia classica immettendo anche il parametro culturale, sia nella valutazione diagnostica psichiatrica [categoriale, dimensionale e dinamico-strutturale], che nella tipologia degli interventi.

Da tali riflessioni si può risalire al riconoscimento della pluralità delle culture ed alla loro dimensione normativa (Rossi P., 1983), correlabile ad una serie di risposte non definitive, che si pongono all'attenzione degli psicopatologi, degli psichiatri e dei terapeuti culturali.

A parte i vari "riduzionismi" o i "dialoghi" tra filosofi, psicoanalisti e neuroscienziati (Northoff, 2011), vi è l'utilità di un presupposto paradigmatico e di uno schema teorico/pratico. I modelli degli psichiatri a confronto possono giungere ad una nuova consapevolezza circa l'importanza della psicopatologia (Jaspers, 1913-1959). Il percorso della Psichiatria Culturale presentata in tal senso opera cambiamenti in senso "progressivo" dei modelli psicopatologici e delle prassi cliniche, gli studi neuroscientifici al contesto socio-culturale (Lewis e Miller, 1990; DSM-IV TR, 2000; DSM5, 2013).

Il verdetto epistemologico non è, quindi, definitivo senza una prospettiva di ricerche storico-scientifiche. Infatti nella contesa attuale fra i vari paradigmi, occorre ricordare che non tutti i problemi che avrebbero potuto essere “risolti” con un singolo modello potranno esserlo in futuro anche con nuovi schemi. Ad esempio: nell’ambito dell’approccio culturalistico può essere usato il metodo psicodinamico (Siciliani et al. 1981; Gabbard, 2015). Quando si parla delle regole e delle dinamiche socioculturali, gli elementi strutturali dei due contesti sono diversi. Questo vale per le innumerevoli “credenze” che sebbene apocriefe (Bartocci, 2016) fanno parte di un universo culturale preinterpretato (Rovera, 1984) e che non possono essere sempre considerate deliranti (in senso stretto).

3) Rispetto alla configurazione psicopatologica dei Deliri Culturali sembrano emergere delle “costellazioni psicopatologiche” a seconda delle diverse culture e linguaggi psicopatologici. Vale a dire che pure nella dimensione culturale si possono considerare dei deliri cosiddetti primari (Rossi Monti, 2000) (con tipologia clinica culturale), ma vi possono anche essere svariati deliri derivati (ad esempio da disturbi dell’umore o da bouffé deliranti, compatibili con le nosografie classiche) (Kraepelin, 1904; Bleuler, 1911; Tanzi e Lugaro 1914; Mayer-Gross, 1932; Weitbrecht, 1963; Torre, 1981; Pancheri, 1999). Tali congetture sembrano validate dalle esemplificazioni cliniche e dalle riflessioni psicopatologico-cliniche-culturali (Kirmayer et al, 2008). Infatti, in talune culture e comunità, anche nelle attuali società occidentali inflazionate dai neo-profeti, dai neo-sciamani e dal neo-paganesimo (Daverio, 2015; Bartocci e Zupin, 2016), è difficile tracciare dei confini precostituiti tra deliri culturali e credenze apocriefe, anche non dimostrabili, come quelle radicate nelle religioni storiche (AA.VV., APA, 2002).

Inoltre resta il fatto delle diagnosi differenziali convenzionali che includono la mitomania, il deliri derivati da disturbi bipolari ed ancora le bouffée deliranti, i deliri confuso onirici, il disturbo delirante paranoideo, la parafrenia fantastica (Ey, 1956; Barron, 1998).

Ed è qui che si può porre il dilemma psicopatologico-clinico se sia una sindrome delirante culturale o se si tratti di un delirio reattivo culturale a tipo delirio sensitivo di Kretschmer (1922) o di pseudologia fantastica o di mitomania “versus” una sindrome

delirante culturale. Le connessioni anastomotiche tra disturbi della coscienza e della personalità derivabile dall'organodinamismo di Henry Ey (1956), permettono di accostare sindromi psicopatologiche differenti, anche cultural-dipendenti, suggerendo la tipologia nosologica convenzionale attraverso una particolare lettura circa le "sindromi deliranti culturali".

Anche le interconnessioni, che consentono processi immedesimativi basati su un rispecchiamento imitativo interno (Gallese, 2003), si attivano quando il soggetto cerca di intuire pensieri, emozioni ed intenzioni altrui. Sicché le indagini interculturali permettono di attivare, non solo un'immedesimazione culturale appropriata, quale eminente funzione terapeutica (Michel, 1999), ma pure delle alleanze terapeutiche autentiche e continuative (Rovera, 2014).

4) Gli attuali programmi di ricerche circa l'interazione processuale a rete (Rovera, 2009), convogliano filoni di studio, in punti nodali, i quali successivamente aprono nuovi percorsi della Psichiatria Culturale. Tali anastomosi disciplinari, da un lato superano la disintegrazione liquida e dall'altro si differenziano dal paradigma unitario considerato troppo riduzionistico e gerarchizzato. Ciò è stato elaborato dalla filosofia della scienza (Lanfredini, 1995), ed è sostenuto dall'APA (2002), lascia da parte la pretesa di costruire una scienza unitaria e punta ad interazioni disciplinari che nella loro costante evoluzione, tendono a realizzare tecniche di ricerca e risultati di aree di indagine convergenti: tra scienze naturali, scienze psicologiche, sociali e culturali.

5) Tale modello di interazione favorisce inoltre le ricerche circa il ruolo e l'impatto della cultura sia circa il self culturale (Kirmayer et al., 2008), sia a livello psicopatologico e clinico, con particolare riguardo alle Formulazioni Diagnostiche Culturali (Barron, 1998; DSM 5, 2013, Gabbard, 2014) ed alle modalità attraverso le quali gli interventi vengono effettuati. Tra i nodi di interazione funzionale debbono altresì rinforzarsi i fattori dell'empatia e della relazione terapeutica: intesi sia come schemi teorici che come strumenti culturali con connotazioni appropriate (Michel, 1999; Rovera, 2015; Wampold, 2015).

6) Ciò porta a riflettere sulla cosiddetta "psicologia scientifica" delle cosiddette culture civilizzate, in rapporto a "psicologie altre" cultural/naturali (Nathan, 1993), nonché

circa gli “sviluppi della psicopatologia” (Harkness e Super, 1990), delle variazioni della nosografia, delle diagnosi (DSM 5, 2013, Gabbard, 2014) e dei trattamenti.

- Lo sviluppo della riflessione epistemologica, con particolare riferimento all’interazione processuale, sembra consentire di porre le questioni sia rispetto alla scientificità della Psichiatria Culturale (Michel, 1999; Northoff, 2011; Wampoldt, 2015; Fassino et al., 2017), sia rispetto ad un metodo clinico volto, attraverso il coinvolgimento empatico interindividuale, ad accogliere come strumento di conoscenza del lavoro terapeutico non solo la dimensione culturale, ma pure lo stile di attaccamento (Bowlby, 1980; Wallin, 2007; Bartocci e Zupin, 2016) le memorie implicite, i sentimenti, gli affetti, il simbolico, il tipo di “linguaggio” interno e quello utilizzato nello scambio relazionale (Mitchell, 2000); ed anche in rapporto al crogiuolo delle culture che continua ad evolversi in interazione al loro rimescolamento (in parte dovuto ai fenomeni migratori).

La riconfluenza disciplinare in una rete di modelli (Rovera, 2004), porta a nuove riflessioni e concettualizzazioni circa gli schemi esplicativi ed anche rispetto al problema della formazione agli psichiatri e agli altri mediatori culturali, specie se si considerano le molteplici “strategie di guarigione” e le svariate figure dei guaritori culturali: (ad esempio, i *curanderos* e gli sciamani) (Rovera, 2002).

#### V) Note conclusive

1) Questi presupposti possono favorire l’approccio con le Sindromi Culturalmente Caratterizzate (DSM-IV TR, 2000; DSM-5, 2013), e quindi non solo riguardante i vari glossari, ma pure gli approcci psicopatologici e clinici, dando una maggiore consapevolezza rispetto agli stili di vita culturali (Shulman e Mosak, 1995).

Gli individui che hanno avuto esperienze di *attachment* e di apprendimenti culturali plurimi (ad esempio: i figli di migranti) (Anolli, 2011) sono più vulnerabili alle personalità paranoidee (DSM5, 2013; Gabbard, 2014) ai *detachment* ed ai deliri culturali (Daverio, 2015; Bartocci, 2016; Bartocci e Zupin, 2016). Questa considerazione indica la possibilità di utilizzare strumenti per un’immedesimazione culturale (Michel, 1999; Rovera, 2011) e per uno stile terapeutico appropriato (Rovera, 2015).

Le sfide teorica, clinica e formativa stanno quindi nell'affrontare il complesso argomento dei deliri culturali, che forniscono un utile contributo alla Psichiatria ed alla Psicoterapia Culturale, anche attraverso i ricercatori e gli operatori delle relazioni d'aiuto (Tseng, 2001, Kirmayer et al., 2008).

2) Gli Psichiatri Culturali hanno acquisito maggior familiarità con la medicina di altre culture (Rovera, 2002) le quali spiegano le predisposizioni sulla base della tipologia somatica, del patrimonio genetico familiare, degli squilibri biochimici, ad anche delle influenze comunicative (Ruesch, 1971) spirituali, del *karma*. Interrogando i pazienti sui propri modelli esplicativi di malattia (Kleinman, 1987) e sulla propria concezione delle cause e delle radici dei loro sintomi clinici, si schiudono orizzonti sul loro mondo culturale e sulle loro più intime paure, speranze, ansie ed emozioni (AA. VV., APA, 2004).

3) Una preoccupazione riguardante le dimensioni culturali (nell'ambito psicosociale del paziente) deriva da quelli che in Occidente sono ritenuti pregiudizi (Jaspers, 1913-1959), in particolare le pratiche cliniche di privacy e di riservatezza (AA.VV., APA, 2002) che in alcune culture sono pressoché impossibili o possono risultare inaccettabili dalla deontologia medica.

Nell'ambito della ricerca clinica (Rovera et al., 2004), la cultura che ha un'importanza sempre maggiore non potrà ignorare il ruolo nello studio delle procedure, dei test, dei criteri diagnostici degli approcci psicoterapeutici e nell'ambito più recente della gestione della malattia. Adattando la metodologia alle caratteristiche culturali dei pazienti in esame, la ricerca rifletterà la rinnovata impronta sulle metodiche d'intervento realmente efficaci (AA.VV., APA, 2002).

Per quanto riguarda l'utilizzo degli elementi che compongono la formulazione culturale, fornisce la possibilità di progettare degli strumenti di misura ad hoc (Lewis-Fernandez, 1996). Così, le variabili culturali: come la spiritualità, la violenza radicale, l'età e il sesso saranno sempre più oggetto di attenzione. Questo sviluppo è ancora più interessante se consideriamo il numero crescente di studi sui legami tra biologia e cultura che, potranno spiegare più in dettaglio le molte problematiche dei disturbi mentali (AA.VV., APA, 2002; Bartocci, 2013).

4) Attraverso la dimensione culturale nella valutazione comprensiva diagnostica (assessment) ed nei trattamenti complessi, il clinico amplia l'approccio biopsicosociale (Fassino ed al. 2007) per includere sottigliezze concettuali e pragmatiche che vanno dall'ecologia alla spiritualità. L'approccio culturale accresce la capacità di valutare il caso clinico aumentandone sia la comprensione da parte del clinico che la consapevolezza da parte del paziente della propria sofferenza, sino a considerare la Cultura come Fattore Terapeutico (Rovera, 2018).

Occorre sottolineare l'attuale Psichiatria Culturale include il ruolo svolto dai fattori biologici (in particolare neurobiologici) nel comportamento umano (AA.VV., APA, 2002). La ricerca attuale è in grado di identificare i substrati di emozioni generali, per ciò che una volta erano considerati fenomeni fondamentalmente "soggettivi". La tendenza basale della ricerca biologica dovrebbe essere controbilanciata dal presupposto che molte espressioni umane sono condizionate dal patrimonio genetico, e che molte altre sindromi psicopatologiche sono collocabili anche per la patogenesi (culturale) in un'area mediale gli estremi natura-cultura: è questa la "nicchia di Heisenberg", che si postula elemento cruciale dei Deliri Culturali, e pure il mistero antropologico di Kurt Schneider (1965), e l'enigma concreto di Jaspers (1913-1959), che sono postulati quale elementi cruciali dei deliri culturali. Al riguardo siamo ancora lontani dall'aver trovato delle risposte definitive, il che dovrebbe stimolare indagini future, anche per le sindromi riguardanti questi disturbi psicopatologici.

Lo studio è quindi un "cantiere aperto" per chi intenda approfondire le valenze culturali in ambito clinico, attraverso i capisaldi conoscitivi e storici, che permettono di rielaborare i fondamenti antropologici: sia emici (tipici di una cultura) che etici (attinenti a più culture) (Tseng, 2001) rivolto al sapere teorico-pratico che attiene alla Psichiatria Culturale (Kirmayer, 2007).

## REFERENCES

Adler, A. (1933). *Il senso della vita* (tr. it). Newton, Roma. [1997].

Anolli, L. (2006), *La mente multiculturale*, Laterza, Roma-Bari.

APA, AA.VV. (2002) *Psichiatria Culturale: un introduzione*, Raffaello Cortina, Milano, 2004.

Anolli, L. (2011). *La sfida della mente culturale*. Raffaello Cortina, Milano.

Bartocci, G. (2013) *Réflexions sur Spiritualité Religion et psychiatrie encyclopédie Médico-chirurgicale*, Psychiatrie 108 (1) (pp.1-9).

Bartocci, G. (2016). *Visioni Apocrife*. The Freak, Roma.

Bartocci, G., Zupin, D. (2016) *Tecniche di trascendenza, Deliri culturali e deterioramento dell'Io*. In *Deliri culturali* (Eds.). Maniscalco M.L. Pelizzari E. (Eds.). L'Harmattan Italia, Torino. (pp. 110-130).

Barron, J.W. (Ed.) (2005) *Dare un senso alla diagnosi*, Raffaello Cortina, Milano.

Bauman, Z. (2010) *Living on Borrowed Time*. (tr. it). *Vite che non possiamo permetterci*. Laterza, Roma-Bari.

Berzano, L. (Ed) (1997). *Forme del pluralismo religioso*. Il Segnalibro, Torino.

Berzano, L. (2012). Religione e immigrazione: le Chiese pentecostali. In: Roldan, V. (Ed) *Libera Chiesa in Libero Stato*, Firenze, Paglia (pp. 211-220).

Biondi, M. (1999). *Il concetto di norma in psicologia*. In: Pancheri P., Cassano G. (Eds). *Trattato italiano di Psichiatria*. Masson. Milano. I, 4: (pp. 105-134).

Bleuler, E. (1960), *Dementia Praecox*, in *Lehrbuch der Psychiatrie*, 10 Ed., Springer, Berlin [1911].

Bowlby, J. (2000). *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. 2° ed. Bollati Boringhieri. Torino. [1980].

Bhui, K., Warfa, N., Edinya, P. et. al. (2007), Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Serv Res.* 7:15.

Castiglioni, M.E., Del Rio, G., Servida, A., Terranova-Cecchini, R. (Eds) (2018), *Culture che curano. Materiali e contributi per una Psicoterapia Transculturale*, ed. Borla, Roma.

Coppo, P. (2003). *Tra psiche e cultura*. Bollati Boringhieri, Torino.

Csordas, T.J., Kleiman, A. (1996) The Therapeutic process, in: Sargent, C., Johnson, T. (Eds.) *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, Greenwood Press, New York.

Daverio, A. (2015) To be delusional, but not alone: Psychopathology and Cultural perspective of “Folie à Deux”, Mass Hysteria and Cultural Delusion, *4th World Cultural Psychiatry Congress, Global Challenges and Cultural Psychiatry*, Puerto Vallarta (Mexico) October 29, Nov 1.

Dein, S., Lewis, C.A., Loewenthal, K.M. (2011). Psychiatrists' views on the place of religion in psychiatry: An introduction to this special issue on *Mental Health, Religion and Culture*, 14(1), (pp. 1-8).

DSM IV-TR. (A.P.A) (2001) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, (Tr. It.) Masson, Milano [2000].

APA (2014), *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, (Tr. It.) Raffaello Cortina, Milano, [2013].

Ey, H. (1956). *Études Psychiatriques. Structure des Psychoses Aigues et Destruction de la Conscience*. Desclée de Brouwer. Paris. Vol. 1,3, 27: (pp. 751-759).

Fabrega, H. (1987). *Disease and social behavior; an interdisciplinary perspective*. The MIT Press. Cambridge.

Fassino, S. (2014). *Presentazione* in Northoff G. (2011). (Tr. It.) *Neuropsicoanalisi in pratica: Cervello, Sé e Oggetti*. Ananke. Torino.

Fassino, S., Abbate, G., Leombruni, P., (2007) *Manuale di Psichiatria Bio-Psico-Social*, C.S.T. Torino.

Fernando, S. (2004), *Spiritual Psychology, Open Mind*, pp.29-25.

Fonagy, P., Target, M. (2003), *Psicoterapia evolutiva: Le teorie Psicoanalitiche*, (tr. It.) Raffaello Cortina, Milano.

Frighi, L. (1971) La rappresentazione fantasmatica dell'emigrante malato. *Riv. Sper. Fren.* CXV. 4:532-540.

Frighi, L. (ed.) (1972) *Problemi di Igiene Mentale*. Il Pensiero Scientifico. Roma. (pp. 254-275).

Frighi, L., Mazzetti, M. (1993) Screening e psicodiagnosi in culture non occidentali: strumenti e problemi. *Riv. Speriment. Fren.* CXVII. 2. pp. 179-202.

Gabbard, C. (2014) *Psichiatria Psicodinamica*. (Tr. it.) Quindici Ed. DSM-5, Raffaello Cortina, Milano, 2005.

Gallese, V. (2003). La molteplice natura delle relazioni interpersonali. *Network*.1: (pp. 24- 27).

Gerth, H.C., Mills, W. (1969) *Carattere e struttura sociale*. (Tr.it.) UTET, Torino [1953].

Gone, J.P., Kirmayer, L.J. (2010) On the wisdom of considering culture and context in psychopathology. Millon T., Krueger, R.F., Simonsen, E. (Eds.) *Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York, Guilford Press (pp.72-96).

Guzder, J. (2011) Second Skins: Family Therapy Agendas of Migration , Identity and Cultural Change, *Focus Familien*, 3, (pp.160-179).

Harkness, S., Super, C.M. (1990) *Cultura e Psicopatologia*. In: Lewis, M., Miller, S.M. (Eds) *Handbook of Developmental Psychopathology*. Reenum Press. New York, 4: 41-52.

Inghilleri, P. (Ed.) (2009), *Psicologia culturale*, Raffaello Cortina, Milano.

Jaspers, K. (1964). *Psicopatologia generale* (Tr. It.). (VII ed.) Il Pensiero Scientifico. Roma [1914].

Jilek, M.D. (1982). Indian Healing. Shamanic ceremonialism in the Pacific Northwest Today. *Hancock House Publishers*. WA.

Kandel, E. (2007) *Psichiatria, Psicoanalisi e nuova biologia della mente*. (Tr. it.) Raffaello Cortina. Milano [2005].

Kirmayer, L.J. (1994) *Pacing the void: Social and cultural dimensions of dissociation*. In: Spiegel, D. (Ed.) *Dissociation: culture, mind and body*. Washington D.C. American Psychiatric Press: 91-122.

Kirmayer, L.J. (2007) Psychotherapy and the cultural concept of the person, *Transcultural Psychiatry*, 44(2): 232-257.

Kirmayer, L.J., Valiskakis, GG (Eds.) (2013) Healing Traditions: The mental Health of Aboriginal Peoples in Canada, Vancouver, *Cultural Psychiatry*, UBC Press, II, 13.

Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry; the role of culture in cross-cultural research on illness. *Br. J. Psychiatr.* 151: (pp. 447-454).

Kraepelin, E. (1929), *Vergleichende Psychiatrie, Zentralblatt, Nervenheilken Psychiatrie*, 27, (pp.433-443) *Handbuch der Psychiatric*, IX Ed., Barth, Leipriz [1904].

Kretschmer, E. (1922). *Medizinische Psychologie*. Thieme. Leipzig.

Lanfredini R. (1995). Filosofia della Scienza. In: Rossi, P. (Ed.) *Le Filosofie Speciali*. UTET. Torino. I: (pp. 69 -135).

- Lewis-Fernandez, R. (1996), Cultural formulation of psychiatric diagnosis, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20(2), 133-144.
- Lewis, M., Miller, S.M. (Eds) (1990). *Handbook of Developmental Psychopathology*. Plenum Press. New York. Cap 4 (pp. 41-52).
- Maniscalco, M.L., Pelizzari, E. (ed.). (2016). *Introduzione a "Deliri culturali. Sette, fondamentalismi religiosi, pratiche sacrificali, genocidi"*. L'Harmattan Italia, Torino.
- Michel, L. (1999). Des stéréotypes culturels au transfert-controtransfert dans la relation psychothérapeutique interculturelle. *Psychotherapies*. 19. 4: 247-255.
- Mitchell, S. (2000), *Il modello relazionale*, (Tr. it) Raffaello Cortina, Milano( 2002).
- Murphy, H.B.M. (1967). Cultural aspects of delusion. *Studium Generale*. 20 (11): 684-692.
- Nathan, T. (1996). *Principi di etnopsicoanalisi*. (Tr. it.) Bollati Boringhieri, Torino. [1993].
- Northoff, G. (2011). *Neuropsicoanalisi in pratica: Cervello, Sé e Oggetti*. (Tr.it.) Ananke. Torino. [2014].
- Pancheri, P., Cassano, G. (Eds) (1999). *Trattato Italiano di Psichiatria*. (II Ed.) Masson. Milano.
- PDM-2, (2018) Tr. It., *Manuale Diagnostico Psicodinamico: PDM-2*, (Eds) Raffaello Cortina Editore, Milano [2017].
- Ponce, D.E. (1998). *Cultural epistemology and value orientation*. In: Opkaku, S.O. (Ed.) *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. A.M. Psych. Press., Washington (pp. 69-87).
- Porot, A. (Ed.) (1965) voce Délires (Généralités), In: *Manuel Alfabétique de Psychiatrie: Clinique et thérapeutique*, (III Ed.), 108, Paris.
- Prince, R. (1970). Delusions, dogma and mental health. *Transcultural Psychiatry Research Review*. 7: (pp. 58-62).

Prince, R., Tchong-Laroche, F. (1987) Culture-bound Syndromes and international disease classifications. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 11(1). 3-20.

Rossi, P. (1983) *Cultura e antropologia*. Einaudi, Torino.

Rossi Monti, M. (2006) *Delirio (Paranoia)*. In: Barale, F. et al. (Eds) *Psiche: Dizionario di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*. Einaudi, Torino. V. I, (pp. 299-305).

Rovera, G.G. (1974) Psicoterapia e Cultura: prospettive su base Adleriana, in *Psicoterapia e Cultura*, Quaderni di Psicoterapia, Il Pensiero Scientifico, Roma, 7, (pp. 74-86).

Rovera, G.G. (Eds), (1984), L'approccio Transculturale in Psichiatria, *Atti del Convegno S.I.P.T.*, Sinchetto, Torino.

Rovera, G.G. (Ed) (1990) Demologia, Psichiatria e Transculturalismo, In: *L'autunno del Diavolo* (Eds) Bompiani, Milano, II (pp.287-513).

Rovera, G.G. (1992), *The Family in different Sub-Culture*, An. Ist. Sup. Sanità, 28, (pp.-227-232).

Rovera, G.G. (2002). *L'espressione del malessere fisico e psichico nelle diverse culture*. La Grafica, Torino.

Rovera, G.G. (2004a). Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia. *Riv. Psicol. Indiv.* 55. (pp. 7-50).

Rovera, G.G. (2004b). Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto. *Riv. Psicol. Indiv.* 56. (pp. 9-14).

Rovera, G.G. (2011). *La psicoterapia interculturale e transculturale*. Congresso Mondiale IAIP. Vienna. Abstract.

Rovera, G.G. (2014) Le alleanze terapeutiche. *Riv. Psicol. Indiv.* n. 76 (pp. 3- 30).

Rovera, G.G. (2015) Lo Stile Terapeutico. *Riv. Psicol. Indiv.* n.78 (pp. 19-85).

Rovera, G.G. (2018) Prefazione In Castiglioni, M.E. et al. (Eds) *Culture che curano*, Borla, Roma. 1978 (pp.7-12).

Rovera, G.G. (2018) *Psichiatria Culturale o Psicoterapia Transculturale?*, in Castiglioni, M.E. et al., *Culture che curano*, Borla, Roma, 12, (pp.169-197).

Rovera, G.G., Cuminetti, C., Bogetto, F. (1978), Individual-Psicologia, Antropologia Culturale e Transculturalismo, estratto dalla *Rivista di Psicologia Individuale*, Ed. a cura della Società Italiana di Psicologia Individuale, anno 6, N. 9, pp. 27-38.

Rovera, G.G., Del Sedime, N., Fassino, S., Ponzani, N. (2004), *La ricerca in Psicologia Individuale*, CSE, Torino.

Rovera, G.G., Fassino, S., Ferrero, A., Gatti, A., Scarso, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria: considerazioni preliminari, *Rassegna di Ipnosi*, Ed. Minerva Medica, (pp.1-9).

Rovera, G.G., Fassino, S., Scarso, G. (1986) The Therapeutic Rapport in transcultural Psychiatry, *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, V, 2, 267-280.

Ruesch, J. (1961), *Therapeutic Communication*, Norton, New York.

Schneider, K. (1983). *Psicopatologia clinica*. (Tr. it.) VII Ed. [1946] Città Nuova. Roma, [1965].

Seligman, R., Kirmayer, L.J. (2008) Dissociative experience and Cultural neuroscience: narrative, metaphor and Mechanism. *Culture, Medicine and Psychoatry*, 32(1) (pp.31-64).

Shaw, E. et. al. (Eds.), (1971) *The biopsychology of development*. Academic Press. New York.

Shulman, B. H., Mosak (2008), *Manuale per l'analisi dello stile di vita*, (tr. It.) FrancoAngeli, Milano [1990].

Shulman, B., Mosak., H.H. (2008) (Tr. It.) *Manuale per l'analisi dello stile di vita*, Angeli, Milano, [1995].

Siciliani, O., Muzi, P.C., Bianca, M. (Eds) (1981). *Normalità e devianza. Analisi epistemologiche e fondazionali in psicopatologia*. Angeli. Milano.

Tanzi, E., Lugaro, E. (I Ed. 1914/1916, II Ed. 1923). *Trattato delle malattie mentali*. Società editrice libraria. Milano. III Ed., I Vol: ( pp. 84 e seg.), II Vol: (pp. 744 e seg.).

Torre, M. (1981). *Psichiatria*. UTET. Torino.

Tseng, W.S. (2001) *Manuale di Psichiatria Culturale*, Ed. (tr. it. Bartocci, G.), CIC, Roma, 2003.

Wallin, D.J. (2009). *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*. (Tr.it.) Il Mulino, Bologna. [2007].

Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psych*. 2015. 14: 270-277.

Weitbrecht, H. J. (1970). *Compendio di Psichiatria*. (Tr. It.), Piccin. Padova. [1963].