



ARTICOLO ORIGINALE

LA RELAZIONE TERAPEUTICA CON IL MIGRANTE: UN CASO CLINICO

Barbara Bonanno, Stefania Di Giacomo, Vincenzagiulia Luppino, Laura Nastri, Daniele La Barbera¹

ISSN: 2283-8961

Abstract

Introduzione. Negli ultimi anni i Servizi Psichiatrici hanno sempre maggiore contatto con realtà culturali diverse. Nello specifico, quella costituita dai migranti è un'utenza in costante crescita, al contempo fragile e a rischio di sviluppare gravi disagi psichici. Le differenze culturali, religiose, linguistiche tra i sanitari e il paziente può essere causa di errori diagnostici e scarsa compliance al percorso terapeutico. **Caso clinico.** M. è un giovane 27enne di origini gambiane, perfettamente integrato in Italia, ove vive da quattro anni e che giunge alla nostra osservazione per un quadro clinico connotato da sintomi della sfera psicotica ed alterazioni dell'umore e comportamentali. Dopo alcuni giorni di degenza e di terapia psicofarmacologica, afferma di essere posseduto da un Jinn che nella cultura islamica rappresenta un'entità spirituale in grado di influenzare gli esseri umani sul piano fisico e psichico. **Trattamento.** M. viene trattato con risperidone, lamotrigina e lorazepam seppur mostrasse scarsa fiducia nelle terapie psicofarmacologiche. Contemporaneamente, egli mette in pratica dei rituali religiosi, la cosiddetta "Tà widh". Il ricovero durerà ventisei giorni

¹Dipartimento di Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica avanzata, U.O.C. di Psichiatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone", Palermo. Contatti: barbara.bonanno@unipa.it

durante il quale si embricheranno approcci culturali, religiosi e terapeutici totalmente diversi.

Conclusioni. *Non è chiaro quanto la psicopatologia possa ritenersi prescindibile dalla cultura di base di M. e di altri migranti come lui. La riflessione riguarda la necessità di una presa in carico integrata e di una formazione più mirata da parte di tutte le figure professionali coinvolte nella cura della salute mentale.*

INTRODUZIONE

Il concetto di malattia per chi arriva da lontano è differente rispetto alla cultura occidentale: per curare i disagi psichici del migrante bisogna fare i conti con culture diverse, antiche e radicate; è come entrare in un altro mondo, attraversare pensieri differenti.

I problemi delle persone che vengono da altri continenti come l’Africa rimandano ad esperienze che ci sono sconosciute, coinvolgono anche esseri “invisibili”: i Jinn, la stregoneria, gli spiriti degli antenati.

Negli ultimi anni nei Servizi Psichiatrici ci si confronta con i bisogni di un’utenza sempre più diversificata culturalmente: quella delle persone con una storia di immigrazione nel nostro paese. Ci si trova di fronte ad una popolazione fragile ed a rischio di sviluppare disagi psichici anche gravi. D’altro canto, è noto che la morbilità psichiatrica nei migranti è maggiore che nei nativi, soprattutto per i disturbi mentali gravi con un rischio di psicosi più di due volte superiore nei migranti, sia di prima che di seconda generazione, rispetto ai nativi. (Cantor-Graae & Selten, 2005).

D’altra parte, i migranti seguono, spesso, un percorso assistenziale differente da quello dei nativi: l’accesso ai centri di salute mentale ed il loro utilizzo è limitato, ne consegue un maggior ricorso alle strutture d’emergenza e di ospedalizzazioni per psicosi rispetto alla popolazione locale (Lloyd & Moodley, 1992; Bhui, 1997; Bhui & Bhugra, 2002).

Molti studi sulle psicosi realizzati su popolazioni immigrate e basati sul numero delle degenze in ambito psichiatrico, sottolineano un eccesso di ricoveri in urgenza ed in regime di trattamento sanitario obbligatorio. Questo dato viene spiegato dalle diverse modalità di accesso alle cure primarie dei pazienti provenienti da paesi con sistemi sanitari profondamente diversi, per cui il pronto soccorso diventa la via di accesso più

usuale e solo quando la patologia non è più contenibile. Il ricovero psichiatrico in urgenza con coinvolgimento delle forze dell'ordine è, altresì, fortemente associato alla mancanza di contatti col medico di base, alla carenza di supporto nel contesto familiare e sociale o alle difficili condizioni socio-economiche (Morgan et al., 2006). Spesso il percorso terapeutico dei migranti risulta ostacolato dalle difficoltà nella decodifica dei loro bisogni di salute a causa di importanti differenze linguistiche e culturali tra medico e paziente. Non è raro, quindi, andare incontro a fraintendimenti ed errori diagnostici, con il risultato di rallentare il percorso terapeutico e di indebolire l'adesione alle cure da parte del paziente (Tarricone & Berardi, 2010).

Ogni cultura fornisce simboli, credenze, mezzi specifici e diversificati per gestire la sofferenza psichica, e qualora essa sia significativa, se si vuole rispondere al paziente bisogna saper entrare delicatamente e rispettosamente dentro il suo mondo interno, usandone attivamente i simboli culturalmente determinati, parlando il suo linguaggio mentale: "Il sistema culturale è costituito da un insieme di enunciati che riguardano la natura e la trasformazione della persona, dei morti, degli antenati e del male. Non può esistere alcun processo psichico senza l'esistenza di un filtro culturale che ordina, governa e fornisce i principali strumenti di interazione della persona con il mondo" (Nathan, 1993).

Molti pazienti che afferiscono alle aree di emergenza dei nostri ospedali riferiscono di essere posseduti da *Demoni*, *Spiriti degli Antenati* o Jinn, tutti esseri soprannaturali, oppure di essere vittime di un sortilegio o di una pratica voodoo, intrapresa da qualche oscuro nemico da un familiare o da un conoscente invidioso.

Questi pazienti presentano spesso sintomi somatoformi, allucinazioni sensoriali, quadri di nevrosi isterica o depressivi, fino ad arrivare, in diversi casi, a ideazioni mistico-persecutorie che sembrano rientrare nei parametri psichiatrici dello scompenso psicotico. Molti pazienti e familiari, provenendo da culture fortemente spiritualiste, danno alla sofferenza psichica una spiegazione ed una raffigurazione inusuale per la cultura occidentale. Solo parlando il linguaggio allegorico e magico di questo universo mentale si può cercare di comprendere e curare. In questo articolo illustreremo e discuteremo un quadro clinico inerente la possessione da Jinn.

CASO CLINICO

Mohammed è un paziente di 27 anni, musulmano, di origine gambiana. E' un ragazzo curato, distinto, rispettoso. Giunge nel nostro reparto di psichiatria inviatoci dai colleghi del pronto soccorso, accompagnato dagli operatori di un centro di accoglienza per migranti cittadino presso il quale, da circa tre mesi, presta servizio in qualità di mediatore culturale.

Raccogliere notizie anamnestiche rispetto alla vita di Mohammed, al nostro primo incontro, si rivela particolarmente difficile. Con l'ausilio degli operatori che lo accompagnano riusciamo, tuttavia, a reperire alcune informazioni: vive stabilmente in Italia da quattro anni, ove approda clandestinamente insieme ad altre centinaia di migranti, dopo un lungo viaggio nel continente africano e poi in mare sino allo sbarco presso le coste siciliane. Da allora, nonostante il forte stress emotivo che accomuna quanti come lui hanno vissuto la dolorosa traversata in cerca di terre più fortunate, sembra essersi integrato rapidamente all'interno della comunità e della società che lo ha accolto, svolgendo sin da subito mansioni di ogni sorta, mostrandosi ben disposto e portato all'apprendimento di nuove abilità manuali, cimentandosi nello studio dell'italiano e frequentando specifici corsi di lingua con ottimi risultati finali. La volizione, la dedizione e il buon funzionamento del giovane gli consentiranno di conseguire il titolo di mediatore culturale, lavoro che ha svolto per qualche anno presso un centro migranti di una città siciliana, da dove veniva trasferito, circa un mese prima della nostra valutazione, presso una struttura analoga sita nella nostra città. Molto sensibile ai bisogni degli altri, partecipa, tra dicembre e gennaio, ad una missione umanitaria di soccorso alle popolazioni terremotate del centro della nostra penisola.

Arriva alla nostra valutazione per il manifestarsi di un quadro clinico esordito circa tre settimane prima, apparentemente in maniera improvvisa, in assenza di prodromi, secondo quanto riferitoci dal responsabile della comunità ove Mohammed presta servizio. Chi lo conosce è molto allarmato dal susseguirsi dei sintomi presentati: insonnia ostinata, oscillazioni della coscienza, verosimili episodi simil-dissociativi, espressioni catatoniformi e bizzarrie comportamentali.

All'esame obiettivo psichico all'ingresso appare lucido, vigile, normo-orientato sui parametri spazio-temporali, sul sé somato-psichico e sul parametro d'oggetto. L'eloquio, tuttavia è stentato, a tratti inceppato, e il paziente si mostra guardingo,

sospettoso, a volte impaurito. Seppur collaborante e adeguato sul piano comportamentale, risulta scarsamente accessibile rispetto ai contenuti del pensiero. Con molta difficoltà e lentezza riusciamo a far emergere la presenza di sentimenti di colpa, di indegnità che si correlano ad un orientamento dell'umore sul versante depressivo. Durante il primo colloquio non si apprezzano alterazioni a carico della sfera senso-percettiva.

Nel corso della degenza Mohammed inizia a mostrare minore diffidenza nei confronti del personale sanitario: affrontare determinate tematiche rimane complesso, permane uno stato di inaccessibilità rispetto a determinati elementi del proprio disagio. I dettagli relativi al suo viaggio verso l'Italia non verranno mai rivelati, risultando troppo doloroso evocarne il ricordo. Racconta, tuttavia, di essere un rifugiato politico, di aver subito ingiustamente un periodo di detenzione carceraria perché ritenuto un oppositore del regime politico dell'epoca, di aver subito numerose violenze, di essere stato torturato e di aver temuto per la propria vita, tanto da pensare di non voler più tornare nella propria terra che abbandona, dunque, non per ragioni di ordine economico. Racconta di essere stato adottato insieme alla sorella minore da una coppia avente già un altro figlio e si dice estremamente legato alla consanguinea che ora in Gambia si occupa del nipote, figlio di Mohammed, dell'età di sette anni, nato da una relazione terminata anni fa. Non parla mai dei propri genitori, né di quelli biologici, né di quelli adottivi e la relazione col fratellastro viene descritta come povera, debole. Lo sente poco, specie da quando costui vive in America, ove lavorerebbe come medico. La famiglia non ha approvato la fuga di Mohammed., ritenendola un'ammissione di colpevolezza.

L'esistenza di un Jinn nella vita di Mohammed ci viene rivelata dopo quasi una settimana dal ricovero. Secondo la sua religione e cultura di appartenenza, i Jinn sono entità spirituali prive di corporeità distinte in "buone" e "cattive". I Jinn buoni pregano nelle moschee o vivono nelle abitazioni degli individui assumendo un ruolo protettivo. Occorre pertanto rispettare tali figure ed evitare comportamenti offensivi quali il gettare per strada gli avanzi di cibo, di cui potrebbero nutrirsi, o gettare acqua fuori dalla propria abitazione poiché li si potrebbe colpire inavvertitamente. I Jinn cattivi, invece, fuggono dai luoghi di culto e vengono allontanati dal recitare i versi del Corano poiché rifiutano la parola di dio. Privilegiano luoghi bui e silenziosi ed essendo figure eteree tendono a penetrare il corpo altrui controllandone pensieri,

emozioni e comportamenti. Compiono tali azioni spesso quando si è più a contatto con la propria intimità, quindi quando si è nudi, costringendoti a pratiche condannate dalla religione, quali la masturbazione o inducendo sogni erotici. La scelta dell'individuo da possedere non è casuale: di solito i Jinn scelgono persone pavide o, al contrario, destinate ad un futuro glorioso allo scopo di contrastarlo.

Secondo la religione islamica i Jinn o Geni sono creature reali, entità spirituali in grado di influenzare gli essere umani sul piano fisico e psichico, sino alla possessione. Secondo la definizione di Littlewood, consiste nella convinzione che un essere sovranaturale si introduce nel corpo di un uomo controllandone le azioni, la volontà e l'identità, alterandole. Tale fenomeno viene interpretato, dalla nostra cultura occidentale, come un delirio. (Khalifa & Hardy, 2005)

Le manifestazioni della possessione possono essere molteplici e differire in base alla cultura di appartenenza, sebbene la base di partenza rimanga religiosa. Secondo Whitwell e Barker la parola possessione può essere utilizzata con due accezioni diverse: la prima riguarda l'invocazione del "soprannaturale", la seconda viene applicata a stati diversi, quali una sindrome caratterizzata da obnubilamento dello stato di coscienza, modificazione del tono di voce ed amnesia, oppure uno stato di trance indotto all'interno di un luogo di culto.

Il Corano fa diversi riferimenti ai Jinn. Secondo il sacro testo, essi vivono accanto ad altre creature ma non fanno parte del mondo degli umani (Khalifa & Hardy, 2005). I jinn appartengono ad una dimensione che non è quella degli uomini e il loro nome deriva dalla radice Janana che significa "coprire", "velare" o "nascondere", in quanto loro si nascondono alla vista dell'uomo. Sono in grado di vedere ma non sono percepibili all'occhio umano. Anch'essi sono dotati di intelletto e dunque in grado di scegliere tra il bene e il male. Abitano in grotte, luoghi deserti, nei cimiteri e nelle tenebre. Secondo Sakr possono anche sposarsi, riprodursi, mangiare, bere, morire, assumere sembianze diverse e spostare oggetti pesanti pur essendo inanimati. La possessione da Jinn può indurre crisi epilettiche o rendere il linguaggio incomprensibile; il soggetto posseduto non è in grado di pensare o esprimersi secondo la sua volontà (Khalifa & Hardy, 2005).

Nel caso di possessione, il guaritore, che deve avere una grande fede in Allah, ha il ruolo di consentire l'espulsione del Jinn che avviene secondo tre modalità possibili: ricordando dio e recitando il Corano; soffiando nella bocca del soggetto posseduto

maledicendo Jinn e inducendolo a sparire o colpendo fisicamente lo stesso, essendo alcuni guaritori convinti che possano avvertire il dolore ((Khalifa & Hardy, 2005)

Chiaramente in ambito psichiatrico la possessione da Jinn deve essere interpretata nell'ottica più grande di una combinazione di elementi psicopatologici ma anche antropologici, culturali e sociologici (Khalifa & Hardy 2005).

Mohammed racconta di averne percepito la presenza già una volta arrivato in Italia ma di non essere stato sicuro di una possessione da parte dello stesso. All'epoca Mohammed faceva uso di cannabinoidi, pratica che terrebbe lontano un Jinn da un individuo.

Durante il ricovero c/o la nostra unità operativa, viene impostata una terapia iniziale con aloperidolo 1 mg/die, lorazepam 2,5 mg/die, incrementati rispettivamente 3 mg/die e 7,5 mg/die. Segue al 5° giorno di degenza la sostituzione del neurolettico con risperidone fino a 4 mg/die, associato a lamotrigina fino a 50 mg/die. Contestualmente si assiste ad una progressiva apertura relazionale di Mohammed, alla disponibilità a far riferimento al Jinn e a quanto detto sopra, alla marginalizzazione della tensione psichica. Poco fiducioso circa la reale azione degli psicofarmaci, la possessione viene da lui indicata quale unica spiegazione della sofferenza psichica presentata all'ingresso e nei giorni addietro, tanto che egli ritiene necessario rivolgersi al nonno, un "guaritore", un marabut (guida spirituale musulmana) al fine di allontanare la presenza dell'entità spiritica.

Inizia, pertanto, a pregare per notti intere. Qualche giorno dopo l'ingresso nel nostro reparto, riceve dal suo antenato, delle indicazioni circa dei rituali da compiere quotidianamente al solo scopo di liberarsi del Jinn: si tratta della cosiddetta "Ta'widh". Tale forma di guarigione si sviluppa a partire dal fatto che al Libro Sacro, il Corano, venga attribuito il potere di sanare e prevede la produzione di scritti su carta o stoffa arrotolati e conservati addosso o, come nel caso di Mohammed, di trascritti con inchiostri particolari, a base di sostanze commestibili, posti in un piatto o una tazza contenenti dell'acqua. L'inchiostro si scioglie e il malato beve l'acqua rimasta. Un altro metodo consiste nell'incidere versi coranici, invocazioni, singoli nomi, lettere o numeri iscritti in quadrati magici direttamente su coppe che presentano un rialzo al centro e dalle quali il paziente beve (Guardi, 1997).

Di giorno, in giorno, la sintomatologia di Mohammed diviene sempre più sfumata. Durante le loro frequenti visite, gli operatori che collaborano con Mohammed ci

rendono nota una notizia trapelata e che loro correlano temporalmente all'esordio del quadro psicopatologico dello stesso: poco tempo prima sarebbero circolate delle foto di Mohammed con una ragazza. Tale dato non verrà mai confermato né dallo stesso Mohammed né dagli operatori. Quello che emergerà dopo diversi colloqui, saranno esclusivamente le avances di questa donna, già sentimentalmente impegnata, nei confronti di Mohammed e dei sensi di colpa e di vergogna che lo avevano riguardato per via dell'azione, da lui ritenuta disdicevole, di ricevere degli apprezzamenti da una persona legata ad un'altra.

È difficile stimare quanto la cultura e la psicopatologia possano considerarsi quali entità scisse, in questo caso Mohammed non ha mai smesso di praticare i suoi rituali di cura ma al tempo stesso ha sempre mostrato buona compliance farmacologica, nella ferma convinzione che ciascun popolo è diverso pur nella piena consapevolezza che non tutto quello che ci spiegava relativamente ai Jinn fosse per noi condivisibile, in quanto non facente parte delle nostre credenze. Confidava nella validità del nostro intervento ma la base religiosa, da cui riteneva, necessitava il ricorso ai riti Ta' Widh.

Mohammed è stato dimesso dopo ventisei giorni, in condizioni di compenso clinico: si assisteva ad una marginalizzazione dei contenuti dereistici, vissuti con minore investimento emotivo, al riorientamento del registro timico, ad una maggiore apertura sul piano relazionale ed alla regolarizzazione dei ritmi crono-biologici. Veniva posta diagnosi di Disturbo schizofreniforme e consigliata una terapia a base di risperidone 3 mg/die, lamotrigina 50 mg/die e lorazepam 7,5 mg/die. Al termine del ricovero è stata proposta una presa in carico presso l'ambulatorio, al fine di proseguire il trattamento e di effettuare un approfondimento psicodiagnostico. Mohammed, tuttavia, ha disatteso i controlli ambulatoriali e non sappiamo se abbia mantenuto o meno il compenso ottenuto.

RIFLESSIONI

Il caso clinico di Mohammed fornisce uno spunto di riflessione circa la comprensione e la cura del migrante, nonché sulla complessità di una presa in carico integrata in una condizione in cui psicopatologia, cultura, religione, abitudini di vita si embricano tra loro.

Littlewood (2007) ha suggerito che quello della possessione sia un modello esplicativo usato in alcune culture per interpretare le malattie, soprattutto l'epilessia e i disturbi

psichiatrici. Questo è vero soprattutto per le culture di fede musulmana, in cui il modello interpretativo basato sulla possessione degli Jinn è radicato e trova le sue origini nell'Arabia pre-islamica. (Dols, 1992). Littlewood sottolinea l'indispensabilità per il curante di considerare come le spiegazioni che i pazienti danno dei propri sintomi comprendano elementi culturali. In taluni casi, dunque, non è opportuno contraddire le credenze dei pazienti e dei loro familiari in merito alla realtà della possessione da Jinn; l'Imam locale oppure un'assistente sociale appartenente alla stessa comunità del paziente possono essere il tramite per cui realizzare una gestione culturalmente più appropriata. Littlewood suggerisce ancora che gli psichiatri dovrebbero "proporre ogni trattamento (inclusi i farmaci) come qualcosa che, secondo l'esperienza clinica maturata dal medico, può proteggere contro gli attacchi degli spiriti" (Littlewood, 2004).

Nell'esperienza di malattia la comprensione del contesto culturale rappresenta un punto fondamentale per la diagnostica e la gestione clinica. Il concetto di appartenenza ad un gruppo culturale con le sue credenze, miti, riti, non va, in tal senso, sottovalutato, poiché racchiude in sé i canoni di un'identità di gruppo che non condivide soltanto storia, collocazione geografica, religione e lingua ma anche un insieme di strategie di adattamento, conoscenze, assunti, capacità di resilienza e di modalità relazionali che possono influenzare le richieste di assistenza, l'approccio alla terapia, al terapeuta, la gestione e l'inquadramento del disturbo (DSM 5).

Già il DSM IV aveva fornito una cornice utile a collocare alcune informazioni sulle caratteristiche del problema di salute mentale di un individuo e sul modo in cui egli si relaziona alla storia e al contesto culturale, la Guida per l'inquadramento culturale. Il DSM 5, che include altresì un vero e proprio schema di approccio per la valutazione, l'Intervista per l'inquadramento culturale (IIC), ne prevede anche una versione aggiornata, articolata sulla valutazione di quattro categorie:

- identità culturale dell'individuo
- concettualizzazione culturale della sofferenza
- eventi stressanti psicosociali e caratteristiche culturali della vulnerabilità e della resilienza
- caratteristiche culturali della relazione tra individuo e clinico

L'IIC si compone di 16 domande che il clinico può utilizzare al fine di ottenere informazioni durante una valutazione della salute mentale relative all'influenza della

cultura sul quadro clinico e sulla cura. Si tratta di un'intervista semistrutturata che si concentra sull'esperienza dell'individuo e sul contesto sociale dei problemi clinici. Tramite la stessa si tenta di focalizzare il punto di vista dell'individuo e della rete sociale che lo circonda col fine ultimo di scongiurare stereotipizzazioni e valutare come il soggetto interpreta l'esperienza di malattia ed esprime la richiesta d'aiuto (DSM 5).

CONCLUSIONI

Di fronte ad un caso clinico come quello di Mohammed e a tanti altri analoghi al suo, risulta spontaneo chiedersi quale sia la strategia giusta per poter comprendere la sofferenza psichica nella cornice dell'identità culturale del paziente. Il quadro psicopatologico è fortemente impregnato da credenze, culture, religione, usi, profondamente differenti rispetto a quella di noi operatori psichiatrici, per cui è necessario migliorare le capacità di comprensione trans-culturale del disagio psichico, nonché la competenza culturale di medici, psicologi e di tutto il personale socio-sanitario.

La competenza necessaria non è solo quella "culturale", sebbene questo sia preliminare, quanto piuttosto la conoscenza della totalità del contesto sociale, politico e culturale da cui provengono i cittadini stranieri e dentro cui hanno spesso preso corpo le loro vicende di sofferenza, nonché molteplici vicende che si svolgono nelle società ospiti dove si sono spesso riprodotte sfide, violenze, incertezze, conflitti e stress influenti nella genesi e nella manifestazione del disturbo di cui ci prendiamo cura.

Sarebbe auspicabile che il mediatore culturale, figura professionale molto importante per migliorare la comunicazione, possa disporre di competenze accurate e specifiche. Questa formazione, che andrebbe estesa a tutte le figure professionali coinvolte nel processo di cura, dovrebbe accrescere la consapevolezza critica per trattare temi, quadri clinici poco comuni, leggere sintomi e segni in maniera differente e ridurre la distanza culturale e relazionale fra utenti stranieri e servizi di salute mentale. La formazione etnopsichiatrica dovrebbe promuovere un costante impegno da parte degli operatori della salute mentale sulle proprie pratiche e sulla diagnosi, indagando origini sociali, politiche, simboliche e religiose che hanno concorso a determinare il disturbo psichico nel cittadino straniero.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2014) *Diagnostic and statistic manual of mental disorders: DSM 5, 5th ed.*, The American Psychiatric Association, Washington, DC.

Bhui, K., Bhugra, D. (2002) Mental illness in black and asian ethnic minorities pathway to care and outcome. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 26–33.

Cantor-Graae, E., Selten, JP. (2005) Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *Am J Psychiatry*, 162, 12–24.

Guardi, I. (1997) *La medicina Sufi*. San Vittore Olona, Xenia Edizioni.

Khalifa, N., Hardy, T. (2005) Possession and Jinn, *J R Soc Med*, 98, 351–353.

Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G. et al. (2010) Migration, Ethnicity and Psychosis: Toward a Sociodevelopmental Model. *Schizophr Bull*, 36(4), 655–664.

Nathan, T. (1996) *Principi di Etnopsicoanalisi*. Torino, Bollati Boringhieri.

Tarricone, I., Berardi, D. La competenza culturale nella relazione medico-paziente. In: Bria, P., Caroppo, E., Brogna, P., Colimberti, M. (Eds.) (2010) *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*, Roma, Società Editrice Universo, pp 523 – 528.