



ARTICOLO ORIGINALE

PROSPETTIVE DI PSICOTERAPIA CULTURALE NEI SERVIZI PUBBLICI: QUALI POSSIBILITA'?

Andrea Ferrero¹

ISSN: 2283-8961

Abstract

Some preliminary considerations concerning the current cultural paradigms of psychiatry and psychotherapy are provided. The relevance of cultural aspects that are involved in the causes of mental disorders are briefly outlined, considering psychosocial vulnerability of the subjects, significant life events, traumas and personality organisation. The necessity of a mutual cultural identification by therapist and patient is subsequently remarked, through the distinction between the “inter-cultural” and “sub-cultural” perspectives of psychotherapy. Then, some characteristic features of cultural psychotherapy in the Departments of Mental Health are described in terms of objectives (accessibility, ductility and specificity), problems and perspectives.

¹ Presidente Adlerian Psychodynamic Psychotherapy - Training and Research.

Key words:

Culture, Psychotherapy, Departments of Mental Health

Le prospettive della psicoterapia culturale nei servizi non possono essere disgiunte da quelle della cultura psichiatrica e psicoterapeutica più in generale.

Sotto questo profilo, nonostante che la psicoterapia e le azioni di inclusione sociale che pongono al centro le relazioni posseggano numerosissime prove scientifiche di efficacia nel trattamento dei disturbi psichici, è invece ancora di attualità il recente appello di numerosi Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) affinché la pratica clinica non si limiti solo alle terapie farmacologiche.

Questa situazione viene ricondotta da molte parti alla progressiva affermazione di un paradigma tecnologico in Psichiatria per cui nella diagnostica sono prevalenti modelli causali riduttivi e la cura psichiatrica tende a frammentarsi in una serie di interventi decontestualizzati. Domina una «cultura d'uso semplificata»: un sintomo, una diagnosi, una cura farmacologica. Tanto più è facile da applicare, tanto più è pericolosa (Pellegrini, 2014).

I DSM hanno spesso poche risorse per la psicoterapia, ma non le reclamano. In Piemonte, ad esempio, solamente l'ASL TO4 e l'ASL TO3 hanno la possibilità stabile e organizzata di fornire un trattamento psicoterapeutico specifico per i pazienti con Disturbi di Personalità gravi, nonostante le indicazioni cogenti in tal senso espresse più di dieci anni orsono dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (14/131/CR08b/C8) per definire i percorsi di cura da attivare per questo tipo di patologie.

Alcune riflessioni psicopatologiche come condizione preliminare per proporre una psicoterapia culturale nei DSM

La Psichiatria Culturale promuove un approccio clinico che non utilizza le lenti riduttive di pregiudizi biologici e nemmeno viene attratta dal polo opposto del relativismo culturale (Rovera et al., 2014).

In accordo con i risultati della ricerca scientifica e le più aggiornate concettualizzazioni della Psicologia Individuale Adleriana (Eife, 2019), si può considerare preliminarmente che la costruzione del Sé è un evento dinamico che dalla nascita si sviluppa secondo tappe successive proprio secondo un'interazione tra biologia e corpo da un lato, relazione e cultura dall'altro (Schwartz e Pantin 2006).

Un primo livello di movimento è originato da spinte motivazionali intrinseche, pre-oggettuali, interattive e rivolte alla sopravvivenza, in base a cui si costituisce il nucleo primitivo implicito dell'identità, secondo la duplice declinazione della Self-Relatedness e della Interpersonal- Relatedness (Scalabrini et al., 2018).

Ad un livello secondo livello di movimento, la costruzione del Sé è legata ad apprendimenti sottocorticali (impliciti) e corticali (espliciti), mentre è propriamente ad un terzo e successivo livello di movimento che la personalità si costruisce attraverso la riflessione e l'elaborazione in senso più specificatamente culturale, secondo le dimensioni dell'Auto-Direttività, della Cooperatività e dell'Auto-Trascendenza (Cloninger et al., 1993). A questo livello, il radicamento dei processi intrapsichici avviene attraverso l'interazione con i contesti relazionali, sociali, culturali e religiosi significativamente connessi con l'individuo (Schwartz e Pantin, 2006).

Peraltro, non solo le normali vicende della definizione del Sé, ma anche le manifestazioni della patologia vanno lette con il contributo di una prospettiva culturale.

Ad esempio, si possono valutare diversamente gli atteggiamenti dipendenti di un individuo a seconda che ci si trovi nell'ambito delle culture occidentali, che enfatizzano l'indipendenza e l'auto-realizzazione e considerano la dipendenza un aspetto problematico, piuttosto che in quello di società collettivistiche, che conferiscono valore alla coesione e dove i comportamenti sottomessi sono incoraggiati; di fatto, si può considerare che sia un orientamento estremamente

collettivista che valori estremamente individualisti possono correlare con qualche forma di patologia (Martens, 2010).

Un altro esempio: la stima della prevalenza dei disturbi mentali è molto variabile a seconda dei gruppi di popolazione e del contesto in cui i soggetti si trovano. E' interessante notare, infatti, che tra i rifugiati e i migranti la sintomatologia evolve anche in relazione all'atteggiamento della popolazione ospitante. A questo proposito, si riscontra una sostanziale eterogeneità degli studi a disposizione e le analisi dovrebbero essere indirizzate per sottogruppi e situazioni culturali specifiche.

Rimanendo invece all'interno del contesto occidentale, molti Disturbi di Personalità sono tuttora oggetto persistente di stigma (Stricker et al., 2023); si segnala in proposito che una possibilità per ridurlo passa attraverso una corretta informazione circa le cause che sono implicate nella sofferenza espressa dai sintomi, al fine di promuovere atteggiamenti di comprensione empatica.

A questo scopo, se è vero che bisogna innanzitutto operare una corretta diagnosi categoriale, questa non è però di per sé sufficiente per orientare psicoterapie personalizzate, mentre è comprovata l'utilità di identificare le disfunzioni primarie che sono sottese ai quadri clinici, la loro gravità e i fattori che ne determinano lo sviluppo, tutti elementi rispetto a cui l'individuo e le persone che lo circondano sono largamente inconsapevoli.

Per quanto riguarda, ad esempio, la Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP), è stato utile fare riferimento al Vulnerability Events Personality – Psychopathological Model (VEP-PM), che si basa su contributi validati delle neuroscienze, della psicologia evolutiva e della psichiatria psicodinamica, in particolare quelli della Psicologia Individuale (Ferrero et al., 2016).

Secondo il VEP-PM, tutti i disturbi mentali diagnosticati vanno considerati come l'esito finale di quattro fattori causali additivi tutti necessari, e nessuno sufficiente:

- ✓ vulnerabilità genetica, ovvero alterate modalità di processamento di specifiche funzioni cerebrali;
- ✓ vulnerabilità psicosociale, esito di esperienze difettuali o conflittuali dell'infanzia e confermate in adolescenza;

- ✓ eventi di vita significativi, inclusi i traumi;
- ✓ la risposta dell'individuo alle condizioni patogenetiche precedenti, ovvero l'organizzazione patologica di personalità (meccanismi inconsci di difesa inconsci e modalità coscienti di coping).

In tutti questi fattori sono implicati elementi culturali, come può risultare anche solo da alcuni brevi cenni a questo proposito.

Per quanto riguarda la vulnerabilità psicosociale, la definizione della qualità dell'attaccamento sarebbe in linea con la concezione di autonomia psicologica, adattiva per la middle-class in Occidente, ma divergente rispetto ai valori culturali di molti ambienti eco-sociali rurali o non occidentali. A questo proposito, pertanto, sarebbe raccomandabile una strategia di ricerca che possa rifondare in senso culturale il concetto di attaccamento (Keller 2013).

Inoltre il vissuto degli eventi significativi della vita va compreso nella misura in cui ogni individuo risulta immerso nel proprio universo culturale pre-interpretato (Rovera e Fassino, 1979), con la necessità di una identificazione che sia anche di tipo culturale. Un esempio programmatico di applicazione di questi principi è rintracciabile nell'esperienza pilota del DSM della Valsesia, dove i progetti terapeutici sono andati a costituirsi di pari passo con l'esperienza delle minoranze culturali di molti valligiani (Mazzone 2017).

Se si considera infine l'organizzazione di personalità, va posto l'accento sulle valenze interpersonali delle difese, in quanto modalità di adattamento al contesto delle relazioni dell'individuo e non rivolte solamente verso desideri o impulsi interiori (Zeigler-Hill e Pratt 2007). A questo proposito, è anche interessante notare che quanto meno nell'eziopatogenesi del disturbo sono rilevanti gli aspetti genetici e contano maggiormente quelli ambientali, tanto più i meccanismi di difesa degli individui risultano culturalmente determinati (Sundbom et al., 1998).

Alcuni aspetti specifici della psicoterapia culturale nei DSM

In un senso molto generale, si può dire che la qualità della relazione psicoterapeutica si basa sul sentimento sociale del terapeuta (Adler, 1912), ovvero sulla sua capacità di compassione, che ne testimonia la capacità empatica ed è un modello di speranza (Fassino, 2017), ovvero ancora sulla sua “fiducia epistemica” (Fonagy e Allison, 2014), che consiste nell’attitudine a considerare come le conoscenze del paziente debbano essere preliminarmente considerate come dotate di senso e rilevanti per sé, per lo meno in quanto esprimono in modo peculiare il suo stato di sofferenza o di disadattamento. Non si tratta infatti tanto di parlare la lingua del paziente o che il paziente parli quella del terapeuta, ma di introdurre dei manuali di traduzione (Rovera e Ferrero, 1983), che rappresentino una capacità d’ascolto, riferita culturalmente anche alla famiglia e più estesamente al contesto relazionale e sociale (Rovera, 2015).

Vi è pertanto la necessità che all’interno della coppia terapeutica si operi una identificazione culturale reciproca e, a questo proposito, si può distinguere ulteriormente (Rovera et al., 2014) tra una prospettiva di tipo “inter-culturale” della psicoterapia, che si riferisce alla possibile interazione tra due diverse culture, quella del terapeuta e quella del paziente, che dispongono di un’area intermedia di comprensibilità, e una prospettiva “sub-culturale”, caratterizzata da un sotto-insieme di elementi culturali che connota una variante differenziata o specializzata di una minoranza sociale.

Di fatto, all’interno della relazione, ogni paziente interpreta la vicinanza o la distanza del terapeuta in ragione della propria esperienza presente e passata (Ferrero, 2018).

La vicinanza può essere percepita attraverso il rispecchiamento, la commozione, il consenso ma anche il confronto (come segno di partecipazione); la lontananza, invece, può essere percepita attraverso il disinteresse, ma anche in base alla contrapposizione di punti di vista differenti, o per il fatto che il terapeuta propone un cambiamento.

La relazione terapeutica è caratterizzata da continue e reciproche imitazioni e simulazioni. E’ verosimile che le modificate modalità espressive, attraverso cui il terapeuta rilegge le esperienze del paziente e viceversa, svolgano un ruolo decisivo in terapia in funzione di regolare le emozioni (Fassino, 2016)

Sotto questo aspetto, il semplice abbinamento culturale non migliora invariabilmente il trattamento (Abbate Daga et al., 2020); piuttosto, la cultura è un aspetto essenziale nel campo delle dinamiche inter-individuali tra lo stile del terapeuta e lo stile del paziente (Rovera 2015), sia sotto l'aspetto del registro esistenziale reale, che del registro transferale.

Psicoterapia culturale nei DSM: obiettivi, problematiche e prospettive

Analizzando, infine, lo specifico contesto di cura nei DSM, la psicoterapia deve rispondere ad alcune caratteristiche (Ferrero, 2018):

- ✓ deve essere accessibile per gli utenti che ne hanno bisogno secondo indicazioni precise e pertanto, vista la relativa scarsa disponibilità di psicoterapeuti rispetto alle necessità cliniche, deve configurarsi per lo più come trattamento a tempo limitato;
- ✓ deve essere duttile, cioè basarsi su una tecnica che possa essere declinata in modo differente per una vasta gamma di disturbi;
- ✓ deve essere specifica, cioè basata sulla psicopatologia e capace di riconoscere e considerare gli aspetti culturali del vissuto; sotto questo aspetto, crescenti difficoltà sono state segnalate in merito alla scarsa e disuguale disponibilità di mediatori culturali la cui presenza, anche quando è possibile, è spesso limitata nel tempo e riguarda per lo più solamente le culture più rappresentate (ad esempio, araba o cinese); tendenzialmente, invece della mediazione culturale, si utilizza l'interpretariato, per poter effettuare colloqui in inglese o francese;
- ✓ deve essere inserita in un complessivo piano di cura, prima, durante e dopo il trattamento; a questo scopo, particolare attenzione va posta alle difficoltà preliminari di compliance di un certo numero di pazienti, specie stranieri, a causa della reticenza a raccontare la loro sofferenza in caso di esperienze traumatiche; più facilmente, in molti casi, c'è una richiesta di messa in sicurezza o di soccorso in ragione di una condizione socio-economica compromessa (es.: alloggio, lavoro); la frequenza alle sedute, infine, può essere compromessa a causa di un limitato o impossibile accesso al servizio.

In definitiva, ai fini di provvedere un'adeguata psicoterapia culturale nei DSM, risulterà cruciale che vi sia una maggiore sensibilizzazione al problema da parte dei DSM, e non solo quando sono eventualmente coinvolti dall'Autorità Giudiziaria.

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM) propone una riorganizzazione dei servizi di salute mentale che, “fermo restando l'assetto dipartimentale, sia funzionale all'adozione di una metodologia fondata sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura”.

La speranza risiede nel fatto che i costi indicativi per un'adeguata dotazione di risorse psicoterapeutiche, al fine di poter contare su un organico iniziale stabile, e per una loro adeguata formazione non dovrebbe superare la quota di 1/30 dell'attuale spesa annuale per convenzioni sostenuta dai DSM.

REFERENCES

Abbate Daga, G., Porliod, A., Fassino, S. (2020). Verso una formazione per sé psicodinamica dello psichiatra nell'era delle neuroscienze? *Rivista di Psicologia Individuale*, 87: 151-197.

Adler, A. (1912) *Über den nervösen charakter. Grundzüge einer vergleichenden individual psychologie und psychoterapie*, trad. it. *Il temperamento nervoso. Principi di psicologia individuale comparata e applicazioni alla psicoterapia*. Roma, Astrolabio, 1971.

Cloninger, C.R., Svrakić, D.M., Pryzbeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50: 975–990.

Eife, G. (2019). *The development of Alfred Adler's Individual Psychology. Theory of personality, psychopathology, psychotherapy (1912-1937)*. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.

Fassino, S. (2016). Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente. *Rivista di Psicologia Individuale*, 79: 27-43.

Fassino, S. (2017). Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica. *Rivista di Psicologia Individuale*, 82: 29-53.

Ferrero, A. (2018). *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP). A psychopathology-based treatment*. London, Adlerian Society UK Institute for Individual Psychology.

Ferrero, A., Simonelli B., Fassina, S., Cairo, E., Abbate-Daga, G., Marzola, E. Fassino, S. (2016). Psychopathological Functioning Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatment: a qualitative research project. *BMC Psychiatry*, 16, 253-273.

Keller, H. (2013). Attachment and culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44 (2): 175-194.

Martens, W.H.J. (2010). Schizoid personality disorder linked to unbearable and inescapable loneliness. *European Journal of Psychiatry*, 24 (1): 38-45.

Mazzone, M. (2017). Progetto terapeutico e vissuto culturale: l'esperienza del dipartimento di salute mentale nel territorio valsesiano. *Rivista di Psicologia Individuale*, 81: 57-67.

Pellegrini, P. (2014). Considerazioni sulle prospettive della salute mentale in Italia: appunti di lavoro. *Psicoterapia e scienze umane*, 48 (3): 493-505.

Rovera, G. G. (2015). Lo stile terapeutico. *Rivista di Psicologia Individuale*, 78: 19-85.

Rovera, G.G., Fassino, S. (1979). Problemi sul transculturalismo, In: Il sistema aperto della Psicologia Individuale. *Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale*, 4, Torino, Cortina.

Rovera, G. G., Ferrero, A. (1983). A proposito di interpretazione e comunicazione in psicoterapia. In: Rossi, R. (a cura di) *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, Torino, MS.

Rovera, G.G., Lerda, S., Bartocci, G. (2014). Psicoterapia dinamica culturale. *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 2, n. Supplementare: 1-12.

Scalabrini, A., Mucci C., Northoff, G. (2018). Is our Self related to personality? A neuropsychodynamic model. *Frontiers of Human Neurosciences*, 12: 346-354.

Schwartz, S.J., Pantin, H. (2006). Identity development in adolescence and emerging adulthood: the interface of self, context, and culture. In: Prescott AP, editor. *The*

concept of self in psychology. p. 45-85. Hauppauge, New York, Nova Science Publishers.

Stricker, J., Jacob, L., Pietrowsky, R. (2023). Association of continuum beliefs with personality disorder stigma: correlational and experimental evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi.org/: 10.1007/s00127-023-02543-8.

Sundbom, E., Jacobsson, L., Kullgren, G. & Penayo, U. (1998). Personality and defenses: across-cultural study of psychiatric patients and healthy individuals in Nicaragua and Sweden. *Psychological Reports*, 83 (2): 1331-1347.

Zeigler-Hill, V. & Pratt, D. (2007). Defense styles and the Interpersonal Circumplex: the interpersonal nature of psychological defense. *Journal of Psychiatry, Psychology and Mental Health*, 1(2): 1-15.