

Il *counseling* adleriano come intervento transculturale

DONATO MUNNO, SIMONA CESANO, SILVIA CAPORALE, GIUSEPPINA ZULLO

Summary – ADLERIAN COUNSELING AS TRANSCULTURAL INTERVENTION. The immigration increase in Europe and in the last years in Italy has underlined the problem of a specific intervention, in order to answer to the requirements of this new user, which tends to utilize not much the Mental Health Services, even if they present a great emotional and social matters which often leads to psychiatric disorders. The article proposes a technique, transcultural *counseling*, which prevalently uses communicative methods, belong to adlerian theory. The principal aims of this intervention are: promotion of patient's autonomy and monitoring of migratory phenomenon with purpose of projecting preventive measures and institutional innovations. This technique needs specifically trained operators and operators belonging to different ethnic group.

Keywords: COUNSELING, INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, IMMIGRATION

I. Considerazioni epidemiologiche

L'immigrazione come fenomeno sociale riveste profonde implicazioni di natura psichica, socioculturale, economica e politica. Negli ultimi tempi si sta caratterizzando come processo di "sedentarizzazione" soprattutto in seguito all'aumento dei ricongiungimenti familiari; le aree maggiormente interessate da questo fenomeno sono quelle urbane. Nasce, pertanto, l'esigenza di strutture adeguate che rispondano non solo ai bisogni elementari di sopravvivenza ma, soprattutto, alla crescente necessità di agenzie socio-educative e di supporto culturale e relazionale.

È necessario far fronte a questa realtà di fatto in modo più formalizzato nel rispetto dei singoli e delle comunità etniche, i cui valori possono essere un arricchimento per la società ospitante [1, 2].

I.1. *L'immigrazione in Europa*. Lo scenario migratorio in Europa, come negli altri paesi industrializzati, attesta che nell'ultimo decennio sono andati dimi-

nuendo i flussi regolari e le richieste di asilo, mentre si è verificato un incremento dei ricongiungimenti familiari e delle migrazioni temporanee.

Rispetto alla metà degli anni '80 gli immigrati sono aumentati in tutti i paesi europei, fatta eccezione per la Francia, in parte a causa del numero di naturalizzati in questo paese. Il numero complessivo di immigrati nell'unione europea al 31 dicembre 1996 era di 18 milioni e 788 unità rispetto alla popolazione complessiva di 371 milioni e 654 mila con un'incidenza del 5,1% e del 3,5% di soli extracomunitari [1, 2].

I.2. *L'immigrazione in Italia.* La presenza straniera in Italia rispetto al contesto europeo è caratterizzata da un "policentrismo": è, infatti, composta da gruppi che differiscono per *background* culturali e appartenenza religiosa, provenienti da diversi paesi di vari continenti. L'immigrazione multietnica è favorita dalla collocazione geografica della penisola italiana.

	V.A. %	FLUSSI 1998	V.A. %	STOCK 1998
Unione Europea	15.942	14,4	171.601	13,7
Europa Est	38.362	34,6	281.077	22,5
Altri paesi	1.161	1,0	28.383	2,3
EUROPA	55.465	50,0	481.061	38,5
Nord Africa	10.448	9,4	233.771	18,7
Africa Centro Orientale	3.066	2,8	39.589	3,2
Africa Occidentale	2.011	1,8	85.962	6,9
Africa Centro Meridionale	110	0,1	765	0,06
AFRICA	15.635	14,1	360.050	28,8
Estremo Oriente	8.656	7,8	123.870	9,9
Subcontinente Indiano	6.865	6,2	83.081	6,6
Vicino e Medio Oriente	6.139	5,5	29.514	2,4
Ex Urss Asia	1.747	1,6	4.766	0,4
ASIA	23.407	21,1	241.232	19,3
Nord America	5.184	4,6	58.942	4,7
America Latina	10.729	9,7	105.098	8,4
AMERICA	15.913	14,3	164.040	13,1
OCEANIA/Apolidi	546	0,5	3.832	0,3
TOTALE	110.966	100	1.250.214	100

Tabella I: le aree di provenienza

Nel 1998 sono stati concessi complessivamente circa 150.000 *permessi di soggiorno*, di cui 110.966 sono risultati validi alla fine dell'anno, con una distribuzione disomogenea nella ripartizione per sesso: 43.493 maschi (39,2%) e 67.473 femmine (60,8%).

La maggior *presenza femminile* nei nuovi flussi è determinata in larga misura dai ricongiungimenti familiari. Il maggior protagonismo dei nuovi flussi spetta all'Europa con 55.465 nuovi permessi, pari alla metà del totale, di cui 34.362 riguardano l'Europa dell'Est. L'Africa sembra essere l'area più penalizzata nel rapporto percentuale tra dati di stock (28,8%) e i nuovi flussi (14,1%). L'Asia e l'America detengono quote percentuali simili in entrambe le categorie migratorie.

Il Marocco e l'Albania detengono una percentuale maggiore nei flussi e negli stocks, ma relativamente ai nuovi ingressi è l'Albania a occupare il primo posto. Accanto al terzo posto della Romania si collocano la Jugoslavia, gli Stati Uniti, la Cina e la Germania. Per quanto riguarda i flussi migratori rientrano tra le prime dieci nazioni la Polonia, la Russia e l'Iraq; le Filippine, la Tunisia e il Senegal presentano, invece, un decremento.

Nazioni di provenienza	Flussi Totale	%	Maschi	Femmine	Rapporto F/M	Stock
Albania	11.246	10,1	3.519	7.727	219,6	91537
Marocco	7.329	6,6	1.807	5.522	305,6	145.843
Romania	5.875	5,3	1.948	3.927	201,6	37.114
Jugoslavia Serbia/Monten.	5700	5,1	3.269	2.431	74,4	40.848
Usa	4.685	4,2	1.859	2.826	152,0	55.839
Polonia	3.852	3,5	1.050	2.802	266,9	28.199
Cina	3.365	3,0	1.485	1.880	126,6	38.038
Germania	3.313	3,0	1.426	1.887	132,3	40.749
Russia, CSI	3.166	2,9	1.023	2.143	209,5	11.905
Iraq	2.999	2,7	2.497	502	20,1	4.410

Tabella II: le nazioni di provenienza

La distribuzione per aree geografiche degli immigrati regolari al 31 Dicembre 1998 (1.215.212) mostra una netta *prevalenza al Nord* con il 54% di permessi, seguito dal Centro con il 29,4% (di cui più della metà nel Lazio) dal Sud con l'11,2 % e dalle isole 5,5%. Nel corso dell'ultimo decennio la distribuzione ha subito un incremento accentuato al Nord, un lieve calo al Centro e al Sud ed una diminuzione più marcata nelle Isole. Negli ultimi anni sono state le Regioni del Nord Est ad avere una maggior capacità attrattiva.

	1990	1996	1997	1998
Nord	37,5	50,4	51,3	53,9
Centro	41,0	30,5	30,5	29,4
Sud	11,1	11,8	11,4	11,2
Isole	9,0	7,3	6,8	5,5
Italia	100	100	100	100

Tabella III: la distribuzione in Italia negli ultimi anni

Nello specifico il *Piemonte* si colloca al 5° posto tra le Regioni caratterizzate da un più alto insediamento di immigrati. Come mostra la Tabella IV si è verificata una lievissima flessione tra i nuovi flussi e gli stock.

	Nuovi permessi V.A.	Nuovi permessi%	Stock%
Lombardia	20.163	18,0	21,7
Lazio	16.333	14,7	19,3
Veneto	10.365	9,3	8,7
E. Romagna	8.753	7,7	8,0
Piemonte	7.254	6,5	6,8
Toscana	6.133	5,5	5,7
Campania	5.082	4,6	5,1
Sicilia	4.293	4,5	3,9
Italia	110.966	100	100

Tabella IV: classificazione delle regioni con maggior numero di immigrati

L'andamento dei nuovi flussi in Piemonte è ripartito per i *motivi di richiesta di soggiorno* in modo relativamente omogeneo, vi è, però, un'accentuazione dei ricongiungimenti familiari.

	Famiglia	Lavoro	Studio	Altri motivi
Piemonte	55,6	16,7	11,2	26,4
Italia	41,0	19,5	10,1	29,4

Tabella V: i motivi di richiesta di soggiorno

I continenti di provenienza degli immigrati in Piemonte vedono al primo posto l'*Africa* con il 40,6%, l'*Europa* con il 38,2%, l'*America* con il 10,7% e l'*Asia* con il 10,3%. La Tabella VI riporta i cinque paesi più rappresentati.

Paese	Presenze	%
Marocco	21.728	25,7
Albania	8.645	10,2
Romania	4.208	5,0
Cina	3.056	3,6
Perù	3.025	3,6

Tabella VI: i continenti di provenienza

II. *L'intervento psichiatrico rivolto alle minoranze etniche*

Nel delineare le fasi dell'intervento sulla salute mentale degli immigrati è importante non ritenere "tout-court" l'immigrazione come fattore psico-patologico, ma orientarsi a considerare tre aree eziopatogenetiche:

- eventi pre-migrazione;
- stress da transculturazione;
- emarginazione sociale.

L'intervento psichiatrico in ambito transculturale non può prescindere dal considerare che in molte culture il disagio psichico non investe solo il singolo, ma anche il gruppo circostante; per cui un intervento efficace deve coinvolgere i soggetti più rappresentativi del gruppo. Quindi, una concreta azione preventiva, si esercita attraverso una rete socio-sanitaria nel paese ospitante e soprattutto mediante una stretta collaborazione con gli stati interessati da flussi migratori in uscita [17].

Per l'assistenza psichiatrica transculturale sono state tracciate le seguenti linee guida:

1. affrontare i problemi più comuni della transculturazione e quelli inerenti le problematiche di rapporto dell'incontro transculturale;
2. *counseling* mirato alla discussione e risoluzione di singole evenienze cliniche e/o esistenziali;
3. accettare un rapporto clinico di tipo fenomenologico come elemento cardine di un primo confronto terapeutico;
4. riconoscere i limiti delle tecniche psicoterapeutiche specifiche delle culture occidentali;
5. favorire l'inserimento nelle scuole infermieristiche e per assistenti sociali di operatori provenienti da svariate etnie per una eventuale organizzazione di Centri Psichiatrici Multiculturali;
6. istituire centri di formazione permanente in *Igiene Mentale Transculturale* che costituiscono punti di riferimento didattico e di consulenza [4].

Nella formazione clinica si deve tenere conto dell'influenza culturale come fattore patoplastico e patogenetico: l'obiettivo di un approccio metaculturale è l'integrazione delle acquisizioni raggiunte in ambiti biologici e psicodinamici dai paradigmi "forti" della cultura medica Occidentale con la pluralità dei modelli di salute e trattamento delle culture "altre". Tale prospettiva interdisciplinare consente di acquisire una notevole elasticità, nella fase di *counseling*, nell'inquadramento diagnostico e nella scelta terapeutica, in particolare è necessario porsi in una posizione di ascolto e di conoscenza della diversità in relazione a una eventuale nuova definizione delle categorie e dei concetti. Per favorire un approccio che permetta una "lettura" della diversità in chiave metacul-

turale dovrebbero essere creati dei luoghi teorici in cui sia possibile giungere a definizioni condivise sui concetti fondamentali di salute, malattia e trattamento. In simili contesti di “formazione permanente” potrebbero essere obiettivati i fattori psicoterapeutici universalmente riconosciuti e quelli a più alta efficacia terapeutica per i soggetti di altre etnie e monitorare gli effetti specifici e la compliance ai trattamenti psicofarmacologici. Per ciò che riguarda la formazione al *counseling* transculturale, invece, essa deve comprendere anche un approccio alla psicofarmacologia che tenga conto delle differenti risposte ai farmaci influenzate dalla cultura di appartenenza e dalla biologia. Recenti studi, che hanno confrontato le risposte farmacologiche di diversi gruppi etnici, hanno confermato che esistono variazioni di risposta ai farmaci influenzate dalle differenze etniche, culturali e biologiche (*Counseling Psicofarmacologico*) [10, 19, 20].

I contesti di “formazione permanente”, a nostro avviso quasi completamente sovrapponibili tra *counseling* e psicoterapia breve, oltre a favorire l’integrazione e lo scambio esperienziale potrebbero porsi come punto di riferimento formativo per gli operatori dei servizi e delle agenzie per la salute mentale, anche attraverso canali di comunicazione telematici. L’informazione telematica potrebbe offrire un supporto formativo e di consulenza in tempo reale per affrontare situazioni nuove con “esperti” del settore, favorendo lo scambio e il circolare delle informazioni [6].

Il *counseling* può essere utilizzato in un’area neutra, mentre l’applicazione delle tecniche psicoterapeutiche prevede un’integrazione tra i modelli di psicoterapia occidentali e gli interventi transculturali (modello biculturale). L’intervento psicoterapeutico, in quest’ottica, è caratterizzato da una maggiore apertura e recettività a nuove dimensioni esperienziali e cognitive, diventando per l’operatore occasione per acquisire modi diversi di conoscere, che riducono la forza degli abituali schemi psichici e favoriscono l’approccio con l’altro [21].

La Commissione Presidenziale Americana per la Salute Mentale nel 1978 e nel 1990 ha rilevato, in uno studio sui rapporti tra la Psicoterapia e le Minoranze Etniche, uno scarso utilizzo da parte di tale fascia di popolazione dei Servizi di Salute Mentale, nonostante il fenomeno migratorio comporti rilevanti implicazioni psicologiche. È infatti emerso come spesso gli immigrati presentino un forte disagio emotivo e sociale, tale da sfociare, in alcuni casi, in disturbi psichiatrici strutturati. Va evitato, però, il rischio di sovrapporre inequivocabilmente lo *stress* da transculturazione con una patologia psichiatrica, da ciò deriva la necessità di differenziare gli interventi e i percorsi formativi.

Per affrontare questa realtà è importante una formazione specifica e una sensibilizzazione del personale sanitario in chiave metaculturale. L’applicazione rigida di modelli teorici/interpretativi tradizionali/occidentali a un’utenza di di-

versa etnia può risultare inappropriata alle richieste d'aiuto che pervengono da tale fascia di popolazione.

Da numerosi studi sull'argomento emerge che un adeguamento in senso metaculturale dell'intervento prevede una *ricerca culturale di integrazione* (adesione al modello "biculturale"), la presenza di *mediatori culturali* all'interno dell'*équipe*, e infine la formazione di operatori esperti in *psicoterapie "direttive"* che, in questi casi, sembrerebbero essere più efficaci di quelle psicodinamiche [13]. A nostro avviso è più funzionale mantenere la distinzione tra *psicoterapie brevi* e *counseling*, individuando per entrambi i parametri teorici e le aree di intervento. Questo non esclude che possano verificarsi momenti di sovrapposizione e di passaggio tra un intervento e l'altro. Va inoltre ricordato che nella valutazione dei soggetti appartenenti a minoranze etniche, per evitare errori derivanti dall'applicazione di criteri diagnostici occidentali, è necessario fare riferimento alla *norma antropologica*. Il giudizio di normalità o patologia deve riferirsi all'insieme unitario costituito dall'individuo, dalla sua storia, nonché dalla sua cultura dalla quale assimila valori e norme [17].

L'applicazione di criteri diagnostici occidentali a soggetti di altre culture, più vulnerabili allo stress conseguente alla condizione esistenziale, evidenzia molti quadri di confusione mentale, di psicosi acute o deliranti. Generalmente tali quadri presentano un decorso breve e una risoluzione completa della sintomatologia con l'eliminazione dei fattori "stressanti" [3, 4].

Un aspetto importante di variabilità culturale riguarda le diverse modalità di espressione e di presentazione della sofferenza. Sulla base del riscontro di vari studi transculturali è diffusa la convinzione che nei paesi in via di sviluppo, così come nei soggetti immigrati in paesi occidentali, sia comune una modalità di presentazione psicosomatica della sofferenza psichica, piuttosto che una centrata su sintomi psicologici [17, 22].

La comunicazione, sia verbale che non verbale, è il cardine di ogni intervento metaculturale; essa, passando attraverso l'*empatia*, la ricerca di similitudini e il riconoscimento delle differenze, va al di là delle tecniche o dei modelli specifici. Per comprendere le dinamiche della comunicazione interculturale il punto basilare è proprio il riconoscere l'esistenza di somiglianze e differenze, determinate rispettivamente dalle capacità cognitive universali e dalle forme diverse di adattamento alle varie situazioni culturali e ambientali. La ricerca di caratteri comuni, che consentano di identificarsi in un certo gruppo e distinguersi da un altro, è un bisogno psicologico oltre che sociale e culturale [12].

La percezione di differenze culturali provoca sentimenti e atteggiamenti di sospetto, diffidenza e ambiguità; nelle situazioni interculturali tale percezione

può avere gravi conseguenze sulla comunicazione producendo malintesi e incomprensioni. In presenza di differenze è necessario ricercare delle similitudini che favoriscano la comunicazione. L'individuazione di similitudini viene definita "omofilia". Le caratteristiche ricercate sono l'aspetto fisico, il contesto sociale, l'atteggiamento, i valori e la personalità.

In una relazione tra soggetti che non condividono analoghi schemi culturali assume estrema rilevanza il linguaggio non verbale, che in quanto facoltà di esprimersi universale, è caratterizzato da immediatezza espressiva [5]. L'operatore che aderisce al modello biculturale deve essere particolarmente sensibilizzato a cogliere le caratteristiche della comunicazione non verbale che si manifestano nella postura, nella gestualità, nella mimica e nello sguardo (cinesica), nella percezione dello spazio (prossemica), del tempo (cronemica) e nella differente organizzazione della sequenza degli eventi (policronismo/monocronismo) [9, 18].

III. *Il counseling adleriano in ambito transculturale*

I soggetti che provengono da altre culture portano problematiche per cui è richiesta una pronta consulenza professionale mirata alla discussione e risoluzione di singole evenienze cliniche, psicopatologiche o esistenziali. Viene qui proposta una tecnica di intervento, il *counseling*, che, per le sue specificità, sembra particolarmente idonea. Il *counseling*, che si rifà all'impianto teorico della Psicologia Individuale comparata, si configura come una qualificata attività di consulenza caratterizzata da compiti specifici e da una chiara metodologia di informazione. L'intervento non consiste nel dare consigli, ma si fonda su strategie operative rappresentate da processi di incoraggiamento e di accompagnamento [16].

La finalità ultima dell'intervento è quella di favorire il passaggio da una condizione di disagio ad una di benessere in un tempo relativamente breve. L'istanza di cambiamento può riferirsi oltre che ad una situazione di disagio ad un'abitudine o addirittura ad una caratteristica dello stile di vita. Lo scopo principale del *counseling* è la promozione dell'autonomia del paziente; da questo discende che gli obiettivi generali sono quelli di promuovere, agevolare e offrire opportunità, senza mai porsi in condizioni relazionali coattive o caratterizzate da assertività [14]. Questa impostazione che mira a favorire le potenzialità dell'individuo, sembra rispondere alle esigenze di possibili pazienti transculturali, in quanto ne rispetta le esigenze e facilita la messa in atto di risorse che si inseriscono nel sistema di valori della cultura di origine. In questa prospettiva diventa infatti fondamentale entrare in contatto con il modo di vedere del paziente, senza lasciarsi fuorviare da prerappresentazioni ideologiche. Attraverso

l'uso di tecniche prevalentemente comunicative, il *counselor* dovrebbe perseguire lo scopo di dare al paziente l'opportunità di esplorare, scoprire e chiarire modalità di vivere più adattive, stimolando nell'individuo risorse che lo aiutino ad ottenere un più elevato grado di benessere. Si tratta quindi di promuovere nell'individuo un funzionamento sano, non secondo parametri terapeutico-riabilitativi che aderiscono al modello occidentale, ma secondo una modalità che rispetta l'individualità e l'articolazione fra culture.

Il *counselor* mira a promuovere nel paziente la definizione della "situazione problema" attraverso l'esplorazione, comprensione e chiarificazione, sempre tenendo conto dei suoi obiettivi, rispettandone i valori, risorse personali e capacità di autodeterminazione. Questa prospettiva, differenziandosi da quella psicoterapeutica, che è più orientata a promuovere dei cambiamenti "interni", pone l'obiettivo del cambiamento sostanzialmente al di fuori della relazione d'aiuto: l'attenzione non è tanto focalizzata sui significati inconsci dei problemi quanto sugli stili affettivi di affrontarli.

Attraverso l'esplorazione e l'autocomprensione dei problemi il *counseling* dovrebbe aiutare il paziente a raggiungere il livello dell'azione costruttiva, che comporta il raggiungimento della capacità di progettare e realizzare azioni. Un approccio rivolto al cambiamento pragmatico risulta importante in ambito transculturale soprattutto in quelle situazioni in cui i problemi portati dal paziente coinvolgono anche bisogni basilari. In questi casi l'intervento non può prescindere dall'affrontare, attraverso l'offerta di informazioni e l'invio ad agenzie competenti, anche gli aspetti concreti della problematica portata.

Nonostante l'intervento sia rivolto all'area del conscio, il *counselor* è chiamato a riconoscere le dinamiche inconsce del paziente e la loro influenza sul comportamento. Tali dinamiche consentono di cogliere, dietro la formulazione del problema, i conflitti e le motivazioni di fondo.

Un altro obiettivo più ampio del lavoro di *counseling* transculturale è l'attivazione di uno spazio di ascolto formalizzato che può essere utile per "fotografare" il fenomeno migratorio e aumentarne la comprensione. Tale comprensione può costituire un'utile premessa per la progettazione di interventi di prevenzione e di innovazione istituzionale.

L'intervento del *counselor* può, inoltre, consentire di filtrare il disagio psicosociale, segnalare i problemi per favorire risposte istituzionali adeguate. Nei casi in cui ci siano le condizioni e la motivazione, può precludere a un percorso psicoterapico metaculturale, che prevede un'integrazione tra i modelli di psicoterapia occidentale e gli interventi etnopsichiatrici.

III. 1. *Contesto di attuazione del counseling transculturale.* La forma di counseling che meglio si adatta al contesto transculturale è quella della relazione interpersonale “*vis a vis*”. La sua applicazione consente di sperimentare un rapporto duale senza cadere nella logica terapeutico-riabilitativa con la minimizzazione del rischio relativo agli effetti negativi, come la dipendenza che questo comporta.

Ciò che distingue il colloquio di *counseling* da una seduta di psicoterapia o da un semplice scambio di opinioni, è la posizione dell’operatore che deve saper condurre la conversazione in modo attivo, mantenendola costantemente collegata al problema focalizzato [8, 16].

La componente psicoterapeutica implicita è limitata a livello di superficie: l’espressione dei sentimenti e la discussione dei problemi attuali permette al paziente di prendere e portare avanti decisioni valide e appropriate. Chi esercita il *counseling* interviene per favorire il processo di apprendimento e di crescita: viene valorizzata la capacità di trovare soluzioni personali adeguate ai problemi presentati [7, 16].

Sono le competenze comunicative del *counselor* a conferire alla relazione un carattere di professionalità; essa si concretizza nella capacità di riconoscere i meccanismi spontanei e di gestire la dinamica del colloquio.

Wilkinson e Spurlock [22] sottolineano come un approccio non direttivo possa risultare inappropriato con soggetti che provengono da altre culture, in particolare se appartenenti alle fasce socio-economiche più deboli. I silenzi e l’atteggiamento neutrale del terapeuta possono non essere compresi e limitare la spontaneità, poiché un tale atteggiamento contrasta con le aspettative di ritrovare “l’esperto” riconosciuto dalla collettività. Va qui ricordata l’importanza che assumono gli elementi suggestivi nei trattamenti “tradizionali” delle diverse culture. Il *counselor* deve, pertanto, assumere una posizione supportivo-attiva nel rapporto.

III. 2. *Strutturazione dell’intervento.* La flessibilità del *counseling*, che consente una strutturazione diversificata dell’intervento, appare assai utile nel lavoro con soggetti immigrati, in particolare in quelle situazioni in cui vi è una certa resistenza a rivolgersi ai servizi: il *counselor* si può “muovere” sul territorio, intervenendo nel contesto del paziente.

III. 3. *Il fattore tempo.* Il *counseling* è considerato di per sé un processo di breve durata che non supera i quattro/sei incontri, ciascuno della durata massima di 30/40 minuti [16]. La strutturazione temporale del processo di *counseling* non dovrebbe, però, attenersi a criteri di rigidità. Alcune variabili come il tipo

di esigenze o di situazione, la modalità organizzativa dell'istituzione e gli obiettivi da perseguire incidono, infatti, sull'intervento.

Questa flessibilità non elimina, però, la durata limitata dell'intervento. Il termine prestabilito consente al paziente di non trovarsi invischiato in una condizione di dipendenza continua, oltre ad "incentivare" le capacità e il dinamismo del cambiamento. Tale approccio sembra dimostrarsi congeniale in tutte quelle situazioni in cui la richiesta di intervento dipende da un disagio legato a un problema specifico o a un momento di crisi, perché "va incontro" alle aspettative dei pazienti transculturali.

III. 4. *Competenze del "counselor transculturale"*. Le competenze e le modalità di intervento utilizzate nel counseling sembrano rispondere al tipo di intervento attuabile in ambito transculturale, in cui, come è stato prima evidenziato, l'intervento orientato all'insight risulta poco indicato.

Le principali metodiche utilizzate sono:

- ascolto;
- osservazione;
- comprensione e chiarificazione;
- offerta di informazioni;
- facilitazione-orientamento;
- supporto-incoraggiamento;
- rispetto-accettazione: sospensione del giudizio;
- responsabilizzazione.

In conclusione si può affermare che il *counselor* transculturale dovrebbe essere preparato ad affrontare ogni genere di situazione problematica e ogni richiesta consultiva presentate da soggetti di altre culture, senza per questo essere lo specialista di tutti i campi o fenomeni. Considerata la complessità del suo intervento il *counselor* può svolgere molteplici funzioni anche a livello sociale:

- esplorare e approfondire le problematiche legate alla migrazione;
- filtrare il disagio;
- agevolare il contatto con le strutture competenti, svolgendo così una funzione preventiva.

IV. Conclusioni

Le nostre considerazioni derivano dalla ricerca-intervento effettuata a Torino presso l'*Associazione Interculturale delle donne di Alma Mater*, un luogo di aggregazione spontanea in cui osservare il fenomeno, accostarsi ai bisogni emergenti, alle iniziative messe in atto per rispondervi. È stato preso in considerazione un campione di cinquanta donne (composto da venticinque donne italiane

non patologiche e da venticinque donne immigrate con disagio psico-sociale), per focalizzare l'attenzione sulla migrazione femminile. Sono stati valutati e confrontati i seguenti aspetti: il vissuto emotivo del problema emergente in relazione alla provenienza, le indicazioni di un intervento in chiave analitica, psicoterapica o di *counseling* (*CSI: The Coping Indicator*), il vissuto della malattia mentale e dei suoi trattamenti in una prospettiva antropologica che tenga conto dell'insieme unitario costituito dall'individuo, dalla sua storia, dalla sua cultura di appartenenza (*SEMI: The Short Explanatory Model Interview*) [15].

Il *CSI* è una scala di valutazione multidimensionale che isola tre strategie fondamentali di *coping* in relazione alle basilari reazioni agli eventi stressanti:

1. "problem solving": ricerca di una soluzione razionale, che deriverebbe dalla primitiva tendenza all'attacco;
2. "ricerca di supporto sociale": ricerca attiva di contatto sociale e di condivisione del problema, indipendentemente da un aiuto concreto;
3. "evitamento": tendenza ad evadere dai problemi attraverso una "fuga" nella fantasia e l'isolamento.

Il *SEMI* esplora i diversi modelli interpretativi di salute, malattia mentale e trattamento. Lo strumento ha la finalità di cogliere, in una prospettiva antropologica, le differenze nelle convinzioni e nelle aspettative rispetto alla malattia e al suo trattamento. Attraverso un'intervista semistrutturata vengono esplorate le seguenti aree:

- background personale e culturale;
- area problematica;
- comportamento di ricerca di aiuto;
- interazione con il professionista (medico o psicologo clinico);
- opinioni rispetto ai disturbi mentali.

L'applicazione del *CSI* ha evidenziato che i vissuti psicologici legati alla migrazione sono indipendenti dall'etnia e dalla condizione socio-economica; non sono inoltre emerse differenze degli stili cognitivi e comportamentali tra i due campioni. In ambito transculturale il *CSI* si è dimostrato un utile filtro in grado di segnalare le tre diverse strategie di *coping*, evidenziate dalla scala stessa, a ciascuna delle quali corrisponde una specifica modalità di intervento:

1. il *counseling* sembra essere maggiormente indicato per i soggetti che ricercano una soluzione razionale dei problemi e che hanno quindi ottenuto un punteggio alto nel "problem solving";
2. la *psicoterapia* sembra essere, invece, più adatto per i soggetti che ricercano attivamente un supporto psico-sociale;
3. l'*analisi*, infine, sarebbe utile ai soggetti che tendono a "fuggire" dai loro problemi o conflitti e che andrebbero però prima sensibilizzati a questo percorso.

La Tabella VII mette in luce le differenti strategie di *coping* utilizzate dai due campioni: mentre il campione delle donne straniere tende maggiormente (72%) alla ricerca di un supporto psico-sociale e, quindi, sembrerebbe più adatto un intervento psicoterapico, il 52% del campione delle donne italiane evita i problemi e, perciò, necessiterebbe di un intervento analitico, anche se non si rileva una grande differenza con le altre due strategie di *coping*. Per quanto riguarda, invece, la strategia di *problem solving* e quindi l'indicazione al *counseling* non si evidenziano differenze tra i due gruppi (italiane 48%; straniere 52%).

	Campione straniere		Campione italiane	
	Val. assoluto	Val. %	Val. assoluto	Val. %
Sopra soglia				
Problem-solving	13	52%	12	48%
Ricerca di supporto	18	72%	11	44%
Evitamento	16	64%	13	52%
Sotto soglia				
Problem-solving	0	/	0	/
Ricerca di supporto	5	20%	3	12%
Evitamento	2	8%	2	8%

Tabella VII: le strategie di *coping*

Le aree del *SEMI* prese in considerazione sono state l'*area problematica* e il *comportamento di ricerca di aiuto*, ritenute più pertinenti al confronto con i dati del *CSI*. Considerando l'*area problematica* è emersa una differenza significativa nei due gruppi per gli *stressor* interpersonali e personali. Le donne straniere hanno evidenziato una maggiore vulnerabilità (44%) per le problematiche personali, a differenza delle donne italiane le quali hanno invece una vulnerabilità maggiore (48%) per le problematiche interpersonali (Tabella VIII).

La vulnerabilità per le problematiche personali delle donne straniere può essere letta come espressione del fenomeno migratorio che implica minor presenza di una rete relazionale e una particolare situazione di crisi. Le donne italiane, invece, rimangono a livello "superficiale", riportando per lo più problematiche interpersonali, data forse l'unicità dell'incontro finalizzato alla sola somministrazione delle scale e la mancanza di una situazione di crisi manifesta o la capacità maggiore di gestirla autonomamente.

Attualmente l'indagine è ancora in corso per un ulteriore confronto con un campione patologico di donne italiane ed un campione patologico di immigrate, presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino.

<i>Stressor</i>	Campione	Controllo	Totale
<i>Lavorativi</i>	5 (20%)	8 (32%)	13 (26%)
<i>Interpersonali</i>	5 (20%)	12 (48%)	17 (34%)
<i>Personali</i>	11 (44%)	3 (12%)	14 (28%)
<i>Eventi naturali</i>	4 (16%)	2 (8%)	6 (12%)
<i>Stressor</i>	X2 Pearson	Df	Significatività
<i>Lavorativi</i>	NS	/	NS
<i>Interpersonali</i>	4,36720	1	0,03
<i>Personali</i>	6,3492	1	0,01
<i>Eventi naturali</i>	NS	/	NS

Tabella VIII: l'area problematica

Per quel che riguarda il *comportamento di ricerca di aiuto* il SEMI ha rilevato che il 76% del campione delle donne straniere si è rivolto ad altri per ricevere aiuto e consigli, contro il 56% del campione di donne italiane. In dettaglio il 44% di entrambi i campioni ha risposto di aver chiesto consigli ad amici o familiari, il 16% delle straniere e l'8% delle italiane si sono recate in ospedale, percentuali trascurabili dei due campioni si sono rivolte al farmacista ed infine solo alcune donne immigrate hanno fatto riferimento a dei guaritori alternativi. Va tuttavia evidenziato che tra le donne straniere non è infrequente la combinazione di trattamenti alternativi con quelli occidentali, tali trattamenti vengono però elargiti da amici o conoscenti connazionali che rivestono un ruolo significativo e suggestivo per il soggetto.

Il *counseling*, per la sua intrinseca versatilità, potrebbe, in conclusione, essere proposto come:

1. strumento di indagine psico-sociale e di approccio alla persona in "crisi";
2. fattore integrante della emarginazione considerata;
3. fase di passaggio propedeutica ad altre modalità di intervento.

Si precisa, inoltre, che la versatilità e la fruibilità del *counseling* è anche dipendente dalle diverse figure di operatori che ne fanno uso (assistente sociale, psicologo, psicoterapeuta o psichiatra). Il *counseling*, per le sue caratteristiche esposte, offrirebbe, quindi, ai soggetti di altre culture, la possibilità di essere applicato in diversi ambiti: all'interno di una dimensione più istituzionalizzata o in contesti meno formalizzati.

Bibliografia

1. AA.VV. (1998, a cura di), *Immigrazione-Dossier statistico '98*, Caritas diocesana di Roma, Anterem, Roma.
2. AA.VV. (1999, a cura di), *Immigrazione-Dossier statistico '99*, Caritas diocesana di Roma, Anterem, Roma.
3. BARTOCCI, G. (1992), Le reazioni psicogene acute, in LALLI, N. (a cura di), *Manuale di psichiatria e psicoterapia*, Liguori, Napoli.
4. BARTOCCI, G. (1992), *Linee orientative ed organizzative per l'assistenza psichiatrica nell'ambito dei Servizi Pubblici*. Medicina e migrazioni. Presidenza del Consiglio dei Ministri (GERACI, S., a cura di), Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma.
5. DODD, C. H. (1991), *Dynamics of Intercultural Communication*, Brown, Dubuque.
6. ESPOSITO, G. (2001), Il counseling psicologico-psichiatrico in internet: un'esperienza italiana, *L'altro*, 1: 2-3.
7. FULCHERI, M., ACCOMAZZO, R. (1999), Il counseling: un Giano bifronte, *Riv. Psicol. Indiv.*, 45: 57-83.
8. FUSARO, E. (1985), La comunicazione nella relazione di counseling, *Riv. Psicol. Indiv.*, 20-22: 44-53.
9. GARCEA, E. A. (1996), *La comunicazione interculturale*. Armando, Roma.
10. KEH-MING LING, M. D., M. P. H. (1996), Psychopharmacology in Cross-cultural Psychiatry, *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 5-6: 283-284.
11. MCLEOD, J. (1993), *An Introduction to Counseling*, Open University.
12. MORUZZI, L. (1989), *Rappresentazioni dal mondo. Cultura e cognizione fra antropologia e psicologia*, Angeli, Milano.
13. MUNNO, D., KORNMULLER, A. M. (1999), *Lo psicologo clinico ed il counseling*, Atti "La creatività nelle relazioni d'aiuto", Novara 1999.
14. MUNNO, D., CESANO, S., KORNMULLER, A. M., CAPORALE, S. (in press), *Il counseling transculturale in psicologia clinica*, Atti XLII Congresso Nazionale SIP, Torino 2000.
15. MUNNO, D. ET ALII (in press), *Lineamenti di psicoterapia transculturale*, Atti "Comunità multiethniche: le mani della città", Torino 1999.
16. PAGANI, P. L. (1996), *Il counseling adleriano*, Dispense a cura dell'Istituto Alfred Adler di Milano.
17. PANCHERI, P., CASSANO, G. ET ALII (1999), *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milano.
18. RICCI BITTI, P. (1987), *Comunicazione e gestualità*, Angeli, Milano.
19. SMITH, M. W., MENDOZA, R., P. (1996), Ethnicity and Pharmacogenetics, *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 5-6: 285-290.
20. SRAMEK, J. J., PHARM, D., EDMOND, H. (1996), Ethnicity and Antidepressant Response, *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 5-6: 320-325.
21. TURRA (2000), Il rapporto fra Ecologia, Psicoterapia e Salute Mentale in una prospettiva transculturale, *Ecology Psychiatry & Mental Health*.

80 Donato Munno, Simona Cesano, Silvia Caporale, Giuseppina Zullo

22. WILKINSON, C. B., SPURLOCK, J. (1986), *Ethnic Psychiatry (Critical Issue in Psychiatry)*. Plenum Publishing Corporation, New York.

Donato Munno
Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria
Via Cherasco, 11
I-10125 Torino