



## **Il corpo e l'Io Culturale. Il caso del Sig. Sospeso<sup>1</sup> di Chiara Brentan**

*“Se una persona non può caricarsi adeguatamente sarà debole, poco carica e mostrerà mancanza di vitalità. Se la persona non può scaricarsi adeguatamente, resterà come appesa. Ci si appende o aggrappa ad una illusione e non si è in grado di scendere sulla terra finché l'illusione stessa non crolla. Possiamo scommettere che l'individuo appeso si trova in uno stato di sofferenza. Ma non l'avverte in modo cosciente. Si è reso insensibile ad essa, irrigidendo la propria struttura, ed ha paura di rilasciare tale rigidità perché ciò avrebbe l'effetto di evocare la sofferenza.”*

(A. Lowen, *La depressione e il corpo*, p.39)

Nell'esposizione di questo caso clinico prenderò come riferimento il costrutto transculturale dell'Io Culturale, scegliendo in particolare la sfera della corporeità, con l'intenzione di mettere in luce la connessione tra corpo, mente e cultura.

Ho incontrato il sig. “Sospeso”<sup>2</sup> dal maggio 2006 al luglio 2008 presso il Centro di Consultazione Etnopsichiatrica del CPS di zona 7, ASL Milano. Il Centro si propone come servizio psichiatrico territoriale rivolto a un'utenza immigrata; qui ho svolto il mio tirocinio di psicologa specializzanda in psicoterapia transculturale.

Sospeso è un uomo di quarantadue anni, filippino; si presenta spontaneamente al servizio, su suggerimento del sindacato che lo segue per aiutarlo nelle pratiche relative al sussidio di disoccupazione e al riconoscimento dell'invalidità psichica.

Da anni è seguito per la farmacoterapia dal CPS della sua zona di residenza, con una diagnosi di depressione.

In équipe mi viene affidato il suo caso in psicoterapia dopo l'iniziale periodo di conduzione delle sedute e di osservazione delle terapeute che collaborano con il Centro. Sospeso è la prima persona che seguo da sola: il mio primo paziente.

### **1. La formulazione culturale**

#### ***1.1. L'identità culturale del paziente***

*[inserire qui dati anamnestici e esame dello stato fisico e mentale del paziente]*

Il sig. Sospeso è nato nel 1964 in un centro rurale vicino a Manila, nelle Filippine.

E' un uomo di media corporatura. Si presenta in modo ordinato: i capelli neri, corti, pettinati con la riga da parte e un filo di gel, vestito con jeans e maglione, oppure, più elegante, in completo giacca e pantaloni. Porta sempre con sé una cartelletta di pelle.

L'abbigliamento regolare e un po' anonimo è tradito a volte da una piccola sgualcitura, una parte scucita dimenticata... I modi cortesi, posati, un po' rigidi e formali; il viso, inespressivo, è tradito a volte da uno sguardo umido, come di un bambino che avesse appena pianto, e da un timido sorriso. Nel corso della seduta la sua rigidità si scioglie e i gesti diventano più

---

<sup>1</sup> Il testo è un capitolo del libro: *Culture che curano*, a cura di M.E. Castiglioni, G. Del Rio, A. Servida, R. Teranova-Cecchini. Ed. Borla, 2018.

<sup>2</sup> Ho scelto questo nome di fantasia, Sospeso, perché questo mio primo paziente mi ha condotto con sé in una situazione interiore di ‘sospensione’ e mi ha insegnato la pazienza.

espressivi (si afferra la testa con le mani, annuisce vigorosamente...), a volte il sorriso si fa capace di ironia e nello sguardo si legge una certa presenza affettiva.

Al momento del nostro incontro nel maggio 2006, è in Italia da una decina d'anni: laureatosi nelle Filippine come ingegnere, migra per ricongiungersi alla fidanzata che poi sposa. In Italia ha lavorato per molti anni come magazziniere. Un paio di anni dopo la sua migrazione inizia a stare male con manifestazioni somatiche: comincia un lungo iter di esami medico- neurologici che terminano con la consultazione e la diagnosi psichiatrica.

Riporta problematiche socio- economiche (disoccupazione, debiti e una truffa subita alle spalle) e disturbi fisici riconosciuti come psicosomatici. Ritiene che l'origine della malattia sia connessa allo stress per l'eccessivo lavoro antecedente la disoccupazione. Il disagio si manifesta principalmente in forma corporea e mi riporta un lungo elenco di somatizzazioni: ulcere duodenali e problemi intestinali, asma allergico, psoriasi, aritmie cardiache, pressione alta, emicrania e perdite momentanee della vista, impotenza sessuale.

Progressivamente emergono problematiche emotive e relazionali, in particolare di coppia: Sospeso si lamenta della moglie, l'unica occupata, vissuta come molto aggressiva. I problemi sessuali si inseriscono in un quadro di rabbia repressa o espressa in modo indiretto, anedonia e inibizione sia dell'affettività che della sessualità.

Difficile anche la relazione transnazionale con i parenti: un figlio adolescente problematico affidato alle cure degli zii nelle Filippine, madre e sorella negli Stati Uniti, percepite come critiche e non di supporto.

L'area relazionale riconosciuta come piacevole è la comunità della Chiesa di Cristo, al cui interno ha un ruolo autorevole come guida spirituale e dove ha anche relazioni affettive di amicizia.

### ***1.2. La domanda del paziente***

La domanda di Sospeso è sostanzialmente una: aiutarlo a liberarsi delle medicine, aiutarlo a far sì che il corpo non dia più segni di dolore e quindi non siano più necessari né l'ansiolitico e l'antidepressivo, né le numerose medicine relative ai sintomi fisici.

Nella terapia di Sospeso, il corpo riveste una grande importanza: è in un certo senso il punto di partenza e il punto di arrivo. Punto di partenza in quanto primo oggetto del discorso portato in seduta: i disturbi del corpo. Questi sono il tema fondamentale, solo dopo si aggiungono la tristezza, le relazioni conflittuali ecc. L'iter del mio paziente, prima medico (analisi cliniche, esami che non danno riscontro di disturbi organici) e poi psichiatrico, parte dal corpo che smette di funzionare bene: insonnia, disturbi della vista, mal di testa, disturbi gastrointestinali, asma, aritmie cardiache...

### ***1.3. La spiegazione culturale della malattia***

In Italia Sospeso si sposa, ha una figlia e acquista casa, tuttavia la relazione coniugale diventa progressivamente sempre più conflittuale e il suo tentativo di radicarsi nel territorio incontra continue difficoltà.

Sospeso lascia le Filippine di nascosto, fuggendo da una vita che ha preso una piega marginale (dopo la laurea inizia a fare uso di droghe e abita in un night club con una convivente dalla quale ha un figlio).

Solo successivamente la moglie scopre la convivenza 'non ufficiale' avvenuta durante il loro fidanzamento e il figlio di Sospeso, rimasto nelle Filippine.

Sia l'obiettivo del suo progetto migratorio, sia le modalità con cui la migrazione è avvenuta, mi fanno pensare ad una mancata elaborazione interiore del proprio spostamento<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> "L'immigrazione può essere definita come uno spostamento geografico e psicologico. L'immigrazione è accompagnata da una serie di perdite (la lingua e la cultura). Ogni perdita richiede un lavoro psichico chiamato lut-

Sospeso, che si era proposto di stare in Italia un paio d'anni, si ritrova quarantenne in Italia dopo dieci anni di migrazione e si stupisce del tempo passato, come se in questi anni la sua mente fosse rimasta nelle Filippine in attesa che il corpo tornasse portando con sé il frutto del proprio lavoro: la ricchezza, il successo, il riconoscimento sperato.

Il disagio di Sospeso è incrementato dal vedere, d'altro canto sfumare le proprie stesse radici e confondersi il 'luogo materno' cui tornare: in dieci anni accadono molte cose; la figlia si è ben integrata nella scuola italiana e non vuole tornare nelle Filippine. Molti famigliari, tra cui la madre, sono a loro volta immigrati, negli Stati Uniti.

Secondo il modello di Sow (1977), il corpo è l'involucro che racchiude in sé il principio di vitalità fisiologica (connesso alla comunità), il principio di vitalità psicologica (connesso al biolignaggio) e il principio spirituale (sostanza ancestrale). I disequilibri che colpiscono questi strati interni dell'Io, attraversano tutti l'involucro corporeo.

In particolare in disequilibri che colpiscono l'asse esistenziale si esprimono spesso con gravi patologie psicosomatiche, ma anche le patologie inibitorie proprie dell'asse significante si esprimono attraverso stati depressivi che comprendono per esempio l'impotenza sessuale.

Ricollegandomi all'asse esistenziale che connette Ancestro e biolignaggio, mi appare importante l'evento di disequilibrio accaduto a Sospeso da bambino nel rapporto con la mamma: "Allora mia madre mi ha scoperto e, per punizione, mi ha messo chiuso dentro in un sacco, con una corda e una carrucola, lo tirava su e poi mi picchiava con un cinturone... mi sentivo staccato dal ... (mette la mano sul petto)... staccato dal cuore..." (seduta del 24/07/06).

#### ***1.4. I fattori culturali legati all'ambiente psicosociale del paziente***

Il presente di Sospeso è un lungo elenco di traversie burocratiche, truffe, eventi che si ostacolano a vicenda impedendogli ogni movimento e trasmettendo prima a lui, e poi a me, un grande senso di impotenza; di volta in volta è l'uno o l'altro filo a essere identificato come il capo del groviglio, quello risolutore di ogni problema: il reperimento di un lavoro, la carta di soggiorno della moglie, il ricongiungimento col figlio, il mutuo agevolato, ecc...ma non appena lo si prende in mano o si arriva ad una risoluzione, accade qualcosa che inficia il risultato raggiunto in una qualunque direzione.

non vi è in Sospeso un'apertura a stimoli culturali nuovi, provenienti dalla realtà italiana e milanese in cui si è inserito. Al di fuori della comunità della Chiesa, che ha le sue radici nella tradizione del suo Paese, le Filippine e dove vi è pace- accoglienza e percezione di senso, la realtà presente non ha senso ed è indefinita, di fatto esiste nella forma dello stress e lo stress sembra essere l'unico canale di comunicazione con la realtà esterna.

Il corpo diviene il portatore di questo tentativo di comunicazione. E' l'oggetto di attenzioni da sottoporre a diversi medici specialisti, ma la risposta del medico, il farmaco, è vissuta non come una reale risposta ma come un veleno. Le medicine: le porta sempre con sé in un pesante contenitore, di cui non può fare a meno, ma le teme come oggetto di dipendenza e oggetto che lo danneggia attraverso gli effetti collaterali. Inoltre sono il segno- simbolo, l'artefatto, che lo incastra in un'identità di malato... "Eh queste sono le mie medicine, quante sono! - Mi sembra che senta come un peso questa scatola di medicine nella sua borsa, perché le sente così come una cosa negativa quando di fatto sono un sostegno, una cosa che la aiuta?- Le medicine sono sempre medicine, vuol dire che non posso vivere una vita normale, perché senza medicine..." (seduta del 20/10/06)

Il corpo di Sospeso si lamenta e si fa oggetto che richiede attenzioni; l'affettività, così come le attenzioni, è accolta con piacere (per esempio le carezze della figlia). La grande difficoltà è

---

to e definito come uno spostamento di investimenti. La psiche ha un lavoro da compiere, è una necessità." (Castiglioni, 2007a).

farsi non oggetto, ma soggetto: il corpo soggetto di piacere, il corpo soggetto intenzionale, sono temi che innescano l'emersione dell'angoscia ...

Nelle relazioni familiari prevale un vissuto di pesantezza e di assenza di piacere, i rari momenti di svago condivisi sono spesso vissuti con senso di rabbia e di impotenza perché non realizzano le loro promesse di gratificazione, e quindi svalutati.

Così è per la sfera sessuale in cui prevalgono i vissuti di mancanza di desiderio e di piacere, il senso di impotenza e di passività, il vissuto di essere oggetto- preda dell'altro che usa il corpo come desidera e poi 'lo getta' abbandonandolo affettivamente.

### ***1.5. Elementi culturali della relazione paziente-clinico***

Se mi soffermo sulla qualità delle emozioni prevalenti che ho sentito nella relazione terapeutica col sig. Sospeso, la prima è la tenerezza, a cui seguono impotenza, irritazione, rassegnazione e infine un nuovo contatto.

Nel mio controtransfert giocano aspetti sia culturali che psicologici.

Secondo la tradizione orientale, il sig. Sospeso si è sempre rivolto a me con la massima deferenza e rispetto; il suo viso apparentemente apatico, una maschera con pochissime espressioni (una leggera increspatura degli occhi e degli angoli della bocca che si declinano a seconda dei casi in un sorriso dolce oppure amaro), mi è apparso come un guscio sottile e trasparente, dal quale guardando con attenzione era possibile intravedere attese e timide aspettative, forse esaltate dagli occhi.

Il suo sguardo e la sua gentilezza hanno mosso in me tenerezza e compassione.

Da buona occidentale mi sono sentita animata da spirito salvifico e volontà di fare. E mi sono scontrata con l'immobilità della sua situazione: diversa velocità orientale forse, oppure condizione sospesa di chi è disorientato e ha perso le radici, oppure ancora palude connessa al suo stato depressivo e più probabilmente, le tre cose insieme.

Mi sono sentita arrabbiata e insofferente nell'impotenza e irritata dalla sua aggressività indiretta celata dietro i sorrisi amari. Finché non ho ceduto, non ho lasciato andare lasciandomi galleggiare accanto a lui, accettando di fare entrare in me un po' della sua sfumata disperazione per fargli compagnia lì, nel punto esatto in cui Sospeso si trovava...

## **2. Il decorso clinico**

Dare spazio al racconto dei propri eventi di vita offre a Sospeso una prima occasione di rielaborare la propria vicenda migratoria, delineare il filo rosso della propria storia e dare continuità al senso di sé.

Offre anche la possibilità di una sosta in cui fermarsi; forse, più che a riflettere, fermarsi a sentire...

Per esprimere la difficoltà che sente ad affrontare i problemi mi dice: " sento il cervello che mi si piega". Oppure mi dice "l'altro giorno ero al telefono con mio figlio, ho sentito una brutta notizia e mi si è bloccata la respirazione..."

Mi colpisce in particolare la percezione del corpo come una membrana tra interno ed esterno che si sia otturata, in cui lo scambio e la comunicazione tra mondo interno e mondo esterno sia occlusa. Il cervello non solo si piega contraendosi rispetto agli stimoli esterni, ma è altresì definito "una spugna secca, non può prendere più nulla..." L'aria del mondo esterno, carica di brutte notizie, non può essere accolta all'interno, la rabbia è una lava che ribolle nelle vene senza trovare una via di uscita - un canale di espressione, esattamente come il piacere.

Spesso Sospeso si rammarica di non riuscire più a sudare attraverso l'attività fisica...

In senso bioenergetico la possibilità di comunicare con l'esterno per caricarsi- scaricarsi di energia appare bloccata: "Se una persona non può caricarsi adeguatamente sarà debole, poco

carica e mostrerà mancanza di vitalità. Se la persona non può scaricarsi adeguatamente, resterà come appesa ...” (Lowen, 1980, p.39.)

Inizio allora ad accompagnarlo verso i vissuti e gli stati interiori cercando di soffermarmi sulle emozioni e dar loro voce; Sospeso mi porta allora la concretezza del corpo: un corpo dolente, che esprime nella carne stati d’animo.

Sospeso sembra utilizzare le nostre sedute per depositare i pensieri. Ben presto inizio ad avvertire un forte senso di impotenza e una punta di noia: ogni seduta si ripete lo stesso giro di lamentele; il mio paziente lascia la stanza più sollevato per tornare la volta successiva di nuovo carico degli stessi pesi da depositare. Mi sento ‘incastrata’ e ‘senza via di uscita’: di fronte alle difficoltà concrete portate in seduta, non troviamo lo spazio per pensare a possibili soluzioni, né l’energia per delineare un progetto o una linea d’azione.

A poco a poco abbandono l’ansia di aiutare Sospeso a uscire dalle sue difficoltà. Forse è troppo presto; forse queste difficoltà vogliono essere non solo accolte nella loro concretezza, ma anche lette come segno di qualcosa di più profondo che si è ingarbugliato nella vita del mio paziente.

Perennemente imbrigliato in una ragnatela di difficoltà burocratiche e pratiche, anche il suo corpo appare imbrigliato e sospeso: non ha mai realmente scelto di stare in Italia e forse non ci ha mai realmente messo i piedi, continuando a oscillare con la mente tra un qui e ora infelice e inchiodante e un passato pieno di rimpianti, un là dove si trovano gli affetti dei familiari, che sembra però impossibile sia raggiungere, sia far venire qui e farsi raggiungere.

Dopo circa un anno di terapia ci sono alcune novità concrete, nel reale: Sospeso ha trovato un lavoro part-time. Dall’altro lato non muta la sua condizione di insoddisfazione, né si placa il dolore espresso attraverso il corpo, o la conflittualità in famiglia.

Ho condiviso con lui il mio senso di impotenza, la percezione della sua tensione alla immobilità. Ferito nell’orgoglio, per un po’ ha reagito lasciando da parte la sequela di lamentele vittimistiche e portandomi in ogni seduta piccoli eventi positivi, con un certo senso di sfida.

Poi è di nuovo sprofondato nella disperazione, ma in questo mi sembra emergano nuove consapevolezza.

Innanzitutto l’emergenza di un presente affettivo: progressivamente in seduta è la relazione di coppia nel qui e ora a pervadere lo spazio.

Ci sono alcuni accenni a un’individuazione rispetto alla moglie, con la quale il rapporto seppur conflittuale è di dipendenza: Sospeso inizia a coltivare un pensiero proprio in cui l’armonia, il benessere nelle relazioni, è più importante del successo economico e lo distingue dal pensiero della moglie, mostrando anche una certa preoccupazione per lo stress e il carico lavorativo cui quest’ultima si sottopone.

Avverto pian piano un’espansione della possibilità di sentire e di esprimere le emozioni.

La descrizione del dolore progressivamente passa dal corpo all’espressione emotiva: “La scorsa settimana ho pianto spesso, mi sentivo molto triste, neanche io so come mai. Piango con le lacrime, da solo, è uno sfogo per me...”

Non più quindi ‘mi si piega il cervello’, ma ‘mi sento triste, e piango...’

Infine mi sembra di veder nascere una maggiore tolleranza dell’angoscia. In una seduta mi sorprende enunciando: “La vita è bella!”...

“La vita è bella! Dal film di Benigni, che non ho visto, ma ha un bel titolo... - Perché la vita è bella?, gli chiedo - Perché è un’avventura!”

### **3. Discussione del caso con riferimenti teorici**

Questa pervasività del corpo mi rimanda alla lettura fenomenologica: “Nella depressività psicotica (...) si smarrisce il mondo come orizzonte intenzionale: il mondo si esaurisce, e si conclude, nel corpo che risucchia in sé, imprigionandolo, l’io.” (Borgna, 2002, p70).

Borgna distingue il corpo oggetto (*Korper*) come entità biologica, dal corpo vissuto (*Leib*), soggetto intenzionale che abita nel mondo: “Proprio perché può chiudersi al mondo, il corpo è anche ciò che mi apre al mondo mi mette in situazione. Il movimento di esistenza verso l’altro, verso l’avvenire, verso il mondo, può riprendersi così, come un fiume in disgelo. Il malato ritroverà la propria voce, non in virtù di uno sforzo intellettuale o di un decreto astratto della volontà, ma in virtù di una conversione nella quale si raccoglie tutto il corpo. (...) lo spessore del corpo è l’unico mezzo che ho per andare al cuore delle cose.” (Merleau-Ponty, 1945, cit. in Borgna, 2002, p73).

Nell’esperienza quotidiana il corpo oggetto e il corpo vissuto si alternano dialetticamente; nell’esperienza depressiva il corpo si ‘cosifica’, è l’esperienza del corpo pietrificato, il corpo che tace: lo sguardo è rivolto verso l’interno e si allontana dal mondo, il corpo smette di essere soggetto vivente nel mondo e rimane come involucro ingombrante. Nell’espressione del dolore attraverso sintomi e patologie psicosomatiche, il corpo si trasforma “da oggetto di intenzioni a oggetto di attenzioni” (Galimberti, 1983, cit. in Borgna, 2002, p75).

Nel trauma infantile del maltrattamento mi sembra di individuare le radici di un corpo ‘appeso’, un corpo-cosa distanziato dalla terra, dalla possibilità di essere soggetto intenzionale che abita il mondo, distanziato dal cuore.

In bioenergetica si potrebbe dire che il corpo di Sospeso manca di *grounding*:

“Il procedimento secondo cui si fanno arrivare le sensazioni nel ventre in modo che una persona possa sentire le proprie viscere e nelle gambe in modo che possa sentirle come radici mobili, viene definito con l’espressione: ‘fornire di grounding’, ossia di base, l’individuo. La persona in tal modo radicata sente di avere il solido appoggio della terra sotto di sé ed il coraggio di stare in piedi o muoversi su di essa come desidera. Avere ‘grounding’ significa essere in contatto con la realtà.” (Lowen, 1980, p.34.).

Non definirei il corpo di Sospeso un corpo pietrificato, un corpo che tace. E’ piuttosto l’unico canale di espressione del disagio: impedito il contatto col cuore, con le emozioni, queste non si fanno sensazione-pensiero e poi parola per essere comunicate, ma si ‘cosificano’ nel corpo rendendosi sintomi concreti...

“L’uomo parla il linguaggio del corpo in forme particolarmente chiare quando l’autentico strumento espressivo della comunicazione (il linguaggio della parola) si spegne a causa di una rinuncia alla comunicazione e a causa di una retrocessione del proprio io; quando cioè, anche la fantasia immaginativa tace e si resta davvero muti in una straziata condizione di vita.” (Binswanger, 1935, cit. in Borgna, 2002, p74).

E davvero il corpo di Sospeso a volte parla un linguaggio particolarmente chiaro tanto da farmi pensare a un ‘corpo- metafora’.

Per descrivere la rabbia mi dice che sente alzarsi la pressione del sangue e che è come un vulcano che bolle e ha paura che esploda...

Le attività ripetitive gli provocano dolore agli occhi descritto come la sensazione che gli occhi escano dalle orbite (proprio come in italiano per indicare un’attività o un evento noioso e ripetitivo si dice “mi esce dagli occhi”).

Gli stessi disturbi sessuali di cui soffre mi sembrano l’altra faccia del problema relazionale con la moglie: come nelle discussioni con lei si ritira in un silenzio rabbioso, o non riesce a proporre in modo incisivo la propria scelta, così nel rapporto sessuale non riesce ad arrivare all’orgasmo ...

Ripartendo dall’Io culturale, possiamo dire che l’involucro corporeo non è più sentito come una superficie porosa, ma una barriera che impedisce lo scambio tra il proprio interno (le emozioni, l’affettività, i pensieri - ma potremmo anche dire con Sow la spiritualità, la vitalità psicologica e fisiologica) e il mondo esterno.

Si può pensare che la stimolazione esterna soverchi le possibilità di elaborazione interna del mio paziente.

Questa stessa situazione si può descrivere anche in questi termini: il corpo è l'involucro che contiene in sé la memoria implicita della cultura ancestrale, i significati trasmessi nelle generazioni della famiglia e i significati condivisi con la comunità: in una parola la cultura intrasomatica. Esso è anche l'area di scambio e di interazione, luogo transculturale, tra cultura intrasomatica e cultura extrasomatica.

La difficoltà, il disequilibrio nel rapporto tra interno ed esterno, si esprime nel corpo che diviene barriera rigida, separazione, anziché luogo di scambio attraverso i processi di selezione psicologica ed evoluzione.

### **Riferimenti bibliografici**

- Berry J. W., Poortinga Y.H., Segall M. H., Dasen P. R. (1994), *Psicologia transculturale*, Guerini, Milano
- Binswanger L. (1935), *Über Psychotherapie*, in: "Ausgewählte Vorträge und Aufsätze, vol. I, Zur Phänomenologischen Anthropologie", Francke, Bern, 1947
- Borgna E. (2002), *Malinconia*, Feltrinelli, Milano.
- Castiglioni M. (2007a), *Cultura e depressione. La depressione nella migrazione, Appunti dalle lezioni*, Corso di Specializzazione in Psicoterapia Transculturale, Istituto Transculturale per la Salute – Fondazione Cecchini-Pace, Milano.
- Castiglioni M (2007b), *Il genogramma transculturale, Appunti dalle lezioni*, Corso di Specializzazione in Psicoterapia Transculturale, Istituto Transculturale per la Salute – Fondazione Cecchini-Pace, Milano.
- Castiglioni M. (2007c), *Psicologia clinica transculturale, Appunti dalle lezioni*, Corso di Specializzazione in Psicoterapia Transculturale, Istituto Transculturale per la Salute – Fondazione Cecchini-Pace, Milano.
- Castiglioni M.E., Servida A. (a cura), *Psicoterapia transculturale: casi clinici*, "Passaggi. Rivista Italiana di Scienze Transculturali", numero monografico, 13- 2007
- De Cordova F. (2007), *Psicologia transculturale*, Appunti dalle lezioni, Corso di Specializzazione in Psicoterapia Transculturale, Istituto Transculturale per la Salute – Fondazione Cecchini-Pace, Milano, 2007.
- Freud S. (1917), *Lutto e Melanconia*, in OSF, vol. VIII Boringhieri, Torino, 1976.
- Freud S. (1929), *Il disagio della civiltà*, in OSF, vol. X Boringhieri, Torino, 1978.
- Galimberti U (1983), *Il corpo*, Feltrinelli, Milano.
- Inghilleri P., Terranova Cecchini R. (1991), *Avanzamenti in psicologia transculturale- nuove frontiere della cooperazione*, Franco Angeli, Milano.
- Lowen A. (1972), *La depressione e il corpo. La base biologica della fede e della realtà*, Astrolabio, Roma, 1980.
- Merleau-Ponty M (1945), *Fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore, Milano, 1965.
- Schutzenberger A.A. (2005), *La sindrome degli antenati*, Di Renzo, Roma.
- Servida Vento A. (2006), *Il linguaggio del corpo e dei gesti nelle culture*, appunti dalle lezioni, Corso di Specializzazione in Psicoterapia Transculturale, Istituto Transculturale per la Salute – Fondazione Cecchini-Pace, Milano.
- Sow I (1977), *Psychiatrie dynamique africaine*, Payot, Paris.
- Terranova Cecchini R. (2007), *Psicopatologia e Io culturale, Appunti dalle lezioni*, Corso di Specializzazione in Psicoterapia Transculturale, Istituto Transculturale per la Salute – Fondazione Cecchini-Pace, Milano.
- Terranova Cecchini R., Inghilleri P. (a cura) (2005), *I nuovi significati di "cultura"*, *Cultura e Modernità*, "Passaggi. Rivista Italiana di Scienze Transculturali", numero monografico, (5) 10.
- Terranova Cecchini R., Tognetti Bordogna M. (1992), *Migrare*, Franco Angeli, Milano.