Cognitivismo clinico (2025) **22**, 2, 197-209

BACKGROUND CULTURALE E PSICOPATOLOGIA: ADATTAMENTI CULTURALI DELLA CBT TRA SPERIMENTAZIONE E NECESSITÀ

Marzia Albanese[1,2], Daniele Lagatta[3], Antea Basaglia[4], Sabina Arcieri[5], Andrea Gobbo[4], Annalisa Di Salvo[8], Edoardo Fossati[6], Sofia Cerù[7], Maria Grazia Foschino Barbaro[3]

[1] Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Roma
[2] Medici per i Diritti Umani
[3] Centro Clinico AIPC Bari
[4] Scuola di Psicoterapia Cognitiva APC Verona
[5] Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Grosseto
[6] Associazione Psicoterapia Cognitiva APC Roma
[7] Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Ancona
[8] Scuola di Psicoterapia Cognitiva IGB Palermo

Corrispondenza
E-mail: albanese@apc.it

Riassunto

I recenti e continui cambiamenti nei sistemi politici, economici e sociali nel mondo spingono molte persone a lasciare il proprio paese di origine per raggiungere nuove realtà in cui poter trovare un rifugio o, più in generale, una nuova prospettiva di vita.
Secondo i dati del Dipartimento della pubblica sicurezza il numero di migranti giunti in Italia nel 2024 è pari a 60.617 (IOM, 2024). Tra questi, diverse persone sviluppano quadri psicopatologici come il Disturbo da Stress post-traumatico (PTSD), psicosi, depressione e disturbi somatoformi.
Si tratta allora di una vera e propria sfida per i paesi ospitanti chiamati a garantire una precoce individuazione delle vulnerabilità delle persone accolte e una successiva presa in carico attraverso percorsi di cura adeguati. Ma siamo davvero in grado di fornire servizi clinici equi, appropriati ed efficaci?
Affinché questo sia possibile la pratica clinica non può più non tener conto del background culturale delle popolazioni cliniche coinvolte, sottolineando la necessità di approcci terapeutici culturalmente sensibili. Infatti, sebbene l'efficacia della CBT sia ampiamente dimostrata, alcuni autori nel corso del tempo si sono interrogati su una eventuale necessità di proporre adattamenti culturali che ne massimizzino l'efficacia anche con popolazioni differenti e, più in generale, all'interno dei contesti transculturali.
Il presente lavoro di revisione della letteratura e di profonda riflessione su un tema fin troppo trascurato, mira allora ad indagare lo stato dell'arte sugli adattamenti culturali attualmente presenti nell'ambito della CBT e ad approfondire il ruolo della cultura sulla manifestazione sintomatologica a supporto di tale eventuale necessità.

Parole chiave: CBT, cultura, adattamento, etno-cbt

DOI: 10.36131/COGNCL20250204
Ricevuto il 15 Giugno 2025, accettato il 12 Dicembre 2025

© Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

CC25-02.indd 197 13/03/2026 18:55:34

CULTURAL BACKGROUND AND PSYCHOPATHOLOGY: CULTURAL ADAPTATIONS OF CBT BETWEEN EXPERIMENTATION AND NECESSITY

Abstract

Recent and continuous changes in political, economic and social systems around the world are pushing many people to leave their country of origin to reach new realities where they can find refuge or, more generally, a new perspective on life.
According to data from the Department of Public Security the number of migrants arriving in Italy in 2024 is 60,166. Among them, several people develop psychopathological pictures such as Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), psychosis, depression and somatoform disorders.
It is then a real challenge for host countries to ensure early identification of the vulnerabilities of the persons received and subsequent care through appropriate treatment pathways. But are we really able to provide fair, appropriate and effective clinical services?
For this to be possible, clinical practice can no longer disregard the cultural background of the clinical populations involved, emphasising the need for culturally sensitive treatment approaches. Indeed, although the efficacy of CBT is widely demonstrated, some authors over time have questioned the possible need to propose cultural adaptations that maximise its efficacy even with different populations and, more generally, within transcultural contexts.
The present work of literature review and in-depth reflection on a topic that is far too neglected, therefore aims to investigate the state of the art on cultural adaptations currently present in CBT and to investigate the role of culture on the symptomatological manifestation in support of this possible need.

Key words: CBT, culture, adaptation

Background culturale e psicopatologia

Come sappiamo, nella terapia cognitivo-comportamentale (CBT) l'esplorazione e la ristrutturazione delle credenze fondamentali dell'individuo sono considerate alla base della sua sofferenza. Tuttavia, poiché le credenze, le ipotesi sottostanti e persino il contenuto dei pensieri automatici possono variare a seconda della cultura di appartenenza (Aisenberg, 2008) è fondamentale per noi cognitivisti esplorare il legame tra background culturale e psicopatologia affinché sia possibile offrire trattamenti efficaci all'interno di società sempre più multiculturali.

Nel corso degli anni, del resto, il ruolo da attribuire alla dimensione culturale e agli aspetti patoplastici o patogenetici nei disturbi mentali ha preso sempre più spazio, tanto da portare ad un importante cambiamento nel passaggio dal DSM-IV al DSM-5.

Nella precedente versione del manuale l'appendice delle *Culture Bound Syndromes* (CBS) includeva un elenco di sindromi legate alla cultura intese come schemi locali di comportamento anomalo ed esperienze disturbanti che erano considerate uniche di specifici gruppi culturali, senza però interrogarsi circa una comprensione più ampia di come la cultura influenzi in realtà la percezione e l'espressione della sintomatologia relativa alla salute mentale (American Psychiatric Association: APA, 2013).

Nell'attuale versione è stato dunque introdotto il concetto di *Cultural Concept of Distress* (CCD) che finalmente riconosce come la cultura possa influenzare il modo in cui le persone vivono, esprimono e comprendono i problemi di salute mentale, inserendo le seguenti categorie:

- Espressioni culturali della sofferenza. Si tratta di modalità specifiche attraverso cui una cultura esprime la sofferenza, spesso tramite espressioni verbali o non verbali. Un esempio

CC25-02.indd 198 13/03/2026 18:55:34

di concettualizzazione culturale di sofferenza è il termine *Kufungisisa, ovvero* l'esperienza del "pensare troppo" associata a un disagio psicologico generale e a disturbi mentali comuni in Zimbabwe (Abas & Broadhead, 1997).

- Modelli esplicativi della sofferenza. Riguardano l'insieme di credenze culturali relativamente alle cause della malattia o della sofferenza che possono basarsi su concetti mente-corpo, credenze spirituali o tradizioni locali. Tornando all'esempio del *Kufungisisa*, il pensare troppo è infatti considerato sia un sintomo di sofferenza che una causa di altri problemi di salute psicologica e fisica in quanto in grado di provocare dolore e sensazioni di pressione sul cuore (Abas & Broadhead, 1997). Inoltre, in alcune culture la malattia sembra essere attribuita alla perdita dell'anima o dello spirito, oppure all'azione di forze soprannaturali. Ne è un esempio il *rootwork*: un insieme di interpretazioni culturali che attribuiscono la malattia a fatture, magie, stregonerie, o all'influenza malefica di qualche altra persona. I sintomi possono comprendere ansia generalizzata, problemi gastro-intestinali (per es. nausea, vomito, diarrea), astenia, vertigini, la costante paura di essere avvelenato o assassinato. Tale paura sembra persistere fino a che la "radice" non sia stata "tolta" attraverso l'opera di un *root doctor*, ovvero un guaritore tradizionale.
- Le sindromi culturali. Si tratta di insiemi di sintomi che tendono a presentarsi insieme in specifici gruppi culturali e che, all'interno di quella cultura, vengono espressi e interpretati in modo specifico (Lewis-Fernández & Kirmayer, 2019). Un esempio di sindrome culturale è la *fright* presente in alcune culture latine, che si manifesta con sintomi come ansia, paura e disturbi digestivi spesso legati a credenze di entità soprannaturali.

Appare dunque sempre più evidente come il background culturale sia di fondamentale importanza in moltissimi aspetti della salute mentale, influenzando non solo il modo in cui una persona esperisce ed esprime le emozioni (Aragona et al., 2024; Soheilian et al., 2014) ma anche le convinzioni che ha sul benessere, sulle cause delle malattie e la loro cura, sui comportamenti di ricerca di aiuto, sui sistemi di guarigione e persino sui guaritori (Altweck et al., 2015; , 2006; Bhugra & Bhui, 1998; Hagmayer & Engelmann, 2014).

All'interno di questo ambito si deve a Draguns e Tanaka-Matsumi (2003) un'importante revisione che documenta i progressi nella ricerca su psicopatologia e cultura conseguiti negli ultimi trent'anni. Come si osserva al suo interno, sebbene i disturbi d'ansia siano presenti ovunque, variano per manifestazioni così come i disturbi dissociativi che appaiono modellati dalla cultura assumendo significati spirituali o sociali specifici (ad es. possessione, stati di trance). Analogamente, gli autori sottolineano anche come sebbene la depressione sia presente in tutte le culture, la sua espressione e i significati implicati varino enormemente.

Infatti, sebbene il senso di colpa appaia un'emozione centrale del disturbo depressivo in occidente, in alcuni paesi (Africa e Asia, in particolare) risulterebbe meno esperito e, laddove presente, questa emozione viene concettualizzata ed espressa in modo diverso rispetto a quanto avviene in Europa o in America. Tra gli africani, ad esempio, le segnalazioni spontanee di senso di colpa sono rare a causa dell'attribuzione di persecuzioni esogene (Sow, 1985).

Molte culture inoltre, esprimerebbero il disagio psicologico attraverso sintomi fisici, questo fenomeno è comune in Asia, Africa, America Latina e non solo. Infatti, dalla letteratura (Hofstede et al., 2001; Hui et al., 1991; Hofstede, 2001; Markus & Kitayama, 1991; Gross & John, 2003) emerge che nei contesti socio-culturali che valorizzano l'espressione emotiva individuale i sintomi tendono a presentarsi in forma diretta e verbalizzata, mentre in culture caratterizzate da orientamenti collettivisti, la sofferenza psichica può essere interiorizzata o espressa tramite canali somatici e comportamenti indiretti.

CC25-02.indd 199 13/03/2026 18:55:34

Secondo Hofstede e colleghi (2001) nelle culture che enfatizzano l'interdipendenza e la coesione sociale (come quelle orientali) viene incoraggiata una modalità di repressione espressiva rispetto alle culture occidentali, al fine di raggiungere obiettivi prosociali (ad es. la repressione della rabbia per preservare l'armonia del gruppo) (Hui et al., 1991). Al contrario, nelle culture occidentali, la repressione espressiva può scontrarsi con valori come l'indipendenza e l'espressione delle emozioni (Hofstede, 2001; Markus & Kitayama, 1991) portando alla preferenza di altre strategie di regolazione emotiva (Gross & John, 2003).

Sembrerebbe inoltre che anche la manifestazione dei sintomi post-traumatici possa risentire della cultura di riferimento. In un interessante studio condotto da Aragona e collaboratori (2024) sulle diverse modalità con cui gli immigrati esprimono il disagio psicologico attraverso sintomi somatici al fine di differenziarne fenomenologicamente le diverse forme di somatizzazione, vengono descritti cinque profili clinici distinti, ognuno con caratteristiche specifiche legate a fattori culturali, traumatici o di adattamento post-migratorio: ipocondria ansiosa, somatizzazione con caratteristiche culturali patogenetiche (dove elementi culturali specifici contribuiscono all'insorgenza dei sintomi), somatizzazione modellata culturalmente (in cui la manifestazione dei sintomi è influenzata dalla cultura del paziente),somatizzazione come reazione di adattamento a difficoltà migratorie (dove i sintomi somatici sono una risposta a stress legati alla migrazione) e somatizzazione come reazione a stress post-traumatico, derivante da esperienze traumatiche precedenti alla migrazione.

Questo studio permette una comprensione clinica più sfumata e culturalmente sensibile delle somatizzazioni, evidenziando la complessa interrelazione tra fattori socioeconomici, migratori, culturali e valutativi nella costruzione della somatizzazione tra gli immigrati. Tali differenze sono utili per migliorare la comprensione e la gestione clinica del fenomeno, suggerendo l'importanza di un approccio personalizzato e culturalmente sensibile a partire dalla diagnosi sino al trattamento.

Adattamenti culturali e CBT

La CBT è ampiamente diffusa ma, per le ragioni appena descritte, la sua forma standard potrebbe ad oggi non risultare pienamente adeguata per le popolazioni con background culturali diversi da quelli occidentali (Naeem, 2019).

Nel panorama cognitivista ne consegue un crescente interesse verso la proposta di adattamenti culturali dove l'etnopsicoterapia e, più nello specifico l'etno-CBT, rappresentano un ambito di ricerca emergente mirato alla modificazione di alcuni aspetti della CBT al fine di renderla più adatta sia a minoranze etniche in contesti occidentali sia a popolazioni di culture non occidentali. L'obiettivo è quello di rimuovere, attraverso modifiche mirate, ostacoli culturali che possono interferire con l'assessment, il coinvolgimento della persona assistita e l'efficacia del trattamento. Affinché questo sia possibile, Naeem e colleghi (2019) sottolineano quanto sia imprescindibile da una parte conoscere il contesto culturale del paziente e adattare la forma della terapia, dall'altra evitare generalizzazioni nel processo di adattamento tenendo conto che non si può presumere che tutti gli individui appartenenti a una stessa cultura condividano gli stessi valori o comportamenti.

Resnicow e colleghi (1999) distinguono due possibili dimensioni di adattamento culturale: strutture superficiali e strutture profonde.

- La struttura superficiale (*surface structure*), che si riferisce al livello di adattamento degli interventi a una cultura specifica ed implica l'abbinamento di materiali e messaggi di intervento a caratteristiche osservabili e "superficiali" di una popolazione target. Esempi

CC25-02.indd 200 13/03/2026 18:55:34

concreti riguarderebbero perciò la traduzione del materiale terapeutico nella lingua madre del paziente; l'uso di nomi, luoghi, metafore, immagini e esempi culturalmente familiari; il possibile coinvolgimento di terapeuti della stessa etnia o cultura; l'utilizzo di persone, luoghi, lingua, musica, cibo e abbigliamento familiari e preferiti dalla popolazione clinica di riferimento.

- La struttura profonda (*deep structure*), che implica l'incorporazione di valori, norme culturali, credenze, pratiche e significati fondamentali per la cultura di riferimento del paziente. Esempi concreti potrebbero riguardare l'integrare valori religiosi, spirituali o etici rilevanti; modificare la struttura del trattamento per riflettere il concetto collettivista del sé (ad es. enfatizzando il benessere della famiglia più che dell'individuo); integrare la visione culturale della sofferenza e della guarigione (es. guarigione come equilibrio spirituale e non solo come riduzione sintomatologica); modificare gli obiettivi terapeutici per riflettere priorità culturali (es. armonia sociale vs. auto-espressione).

Mentre la struttura superficiale generalmente aumenta la "ricettività", l'engagement iniziale o l'accettazione del trattamento per il paziente ma senza modificare i concetti teorici fondamentali, la struttura profonda ne trasmette la salienza, rendendo l'intervento intrinsecamente congruente con la visione del mondo del paziente, migliorando l'efficacia a lungo termine, l'aderenza e il cambiamento interno.

Altri autori hanno invece osservato la necessità di proporre adattamenti culturali specifici per patologia da trattare. Nasce così, dal lavoro di Hinton e colleghi (2012), un modello per il trattamento del trauma nei rifugiati e nei pazienti appartenenti a minoranze etniche: la Terapia Cognitivo-Comportamentale Culturalmente Adattata (CA-CBT).

La CA-CBT presenta dodici elementi chiave per guidare il trattamento di queste popolazioni e alcune delle modifiche chiave e rappresentative alla CBT standard sono le seguenti:

- La comprensione delle credenze culturali sul trauma, il corpo e la mente. Ciò significa dare spazio alla comprensione delle credenze che quella specifica persona ha relativamente alla sua cultura di appartenenza e al suo sistema di valori.
- L'integrazione di elementi religiosi o spirituali nel trattamento, quando rilevanti. Le esperienze riferite vanno osservate alla luce della cultura di appartenenza e, laddove possibile, dovranno essere utilizzate anche come strategia di *coping* funzionale. Ad esempio nella CA-CBT l'esposizione interocettiva è associata a giochi tradizionali o immagini familiari e, alla fine del trattamento, i pazienti vengono incoraggiati a mettere in atto rituali culturali di purificazione o di passaggio presenti nella propria cultura di appartenenza (come i bagni di vapore praticati tra rifugiati cambogiani, vietnamiti o alcune popolazioni native americane) per simboleggiare un senso di chiusura e trasformazione positiva.
- La gestione dei sintomi somatici, spesso predominanti in queste popolazioni come discusso nella fase iniziale del nostro articolo, attraverso cui esprimerebbero sintomi di natura psichica che non vanno incontro a condivisione emotiva.
- L'adattamento linguistico e simbolico dei concetti terapeutici, adattandoli rispetto alla cultura di provenienza attraverso l'uso di metafore ed espressioni tipiche. In questo campo specifico potrebbe assumere un ruolo cruciale la figura del mediatore linguistico culturale (MLC).
- L'uso di tecniche di regolazione emotiva e di mindfulness adattate anch'esse culturalmente mediante il ricorso ad immagini, simboli religiosi e musiche legate alla cultura di appartenenza del paziente. Nella CA-CBT vengono ad esempio incorporate pratiche spirituali

CC25-02.indd 201 13/03/2026 18:55:34

tipiche della cultura di appartenenza come ad esempio la meditazione buddista, la recita del rosario, o il *dhikr* islamico.

In uno studio condotto da Kananian e collaboratori (2021) mediante l'utilizzo della CA-CBT con la popolazione afgana rifugiata in Germania in seguito ad esperienze traumatiche nel paese di origine, si è inoltre osservata una grande validità della stessa.

Nello specifico, rispetto all'adattamento della struttura superficiale della terapia, gli autori hanno fornito una spiegazione di tutti gli interventi che si sarebbero svolti mediante brevi dispense scritte in persiano e, per migliorare la comprensione di queste informazioni, le dispense sono state anche audioregistrate nel rispetto della sensibilità culturale considerando la specificità dei concetti culturali di disagio, genere o aspetti religiosi che avrebbero potuto essere in conflitto con i valori presenti nella società afghana.

Successivamente, riguardo agli adattamenti relativi alla struttura profonda, gli autori hanno deciso di ricorrere nello specifico all'uso di metafore più adatte di quelle tipicamente utilizzate nel trattamento di questi pazienti.

Un ulteriore e prezioso contributo in termini di adattamento di uno specifico intervento CBT viene fornito dal lavoro di Dawood e collaboratori (2023) che presentano una terapia culturalmente adattata per pazienti musulmani con depressione, basata sul modello di attivazione comportamentale (BA) in cui si vanno ad integrare elementi religiosi e culturali rilevanti.

Elementi chiave di questo adattamento riguarderebbero:

- La Componente spirituale e religiosa**.** Persone di origine musulmana spesso usano il *religious coping*, ovvero strategie a carattere religioso per affrontare la sofferenza. Nel trattamento di questi pazienti i terapeuti, consapevoli di tale tendenza culturalmente definita, incoraggiano quindi un coping religioso positivo evitando visioni punitive della sofferenza ("Dio mi sta punendo") e promuovendo invece insegnamenti islamici di speranza, misericordia e responsabilità personale (pazienza attiva = *sabr*). L'adattamento prevede altresì la creazione di un manuale per terapeuti e un libretto di auto-aiuto per i pazienti con riferimenti islamici coerenti con gli obiettivi terapeutici dell'attivazione comportamentale.
- I valori e significati personali. La terapia inizia con una valutazione dei valori personali del paziente (es. famiglia, religione, comunità, lavoro). Ciò aiuterebbe a motivare i comportamenti attivi, aumentando il senso di coerenza e significato del trattamento proposto. Ad esempio il terapeuta deve essere formato per creare uno spazio sicuro dove i pazienti possano esprimere o meno la propria religiosità ma anche saper cogliere se la religione non ha un peso significativo nella vita di quella persona, cercando quindi di essere accogliente e neutrale.
- La riduzione dello stigma e accessibilità. Il modello di adattamento culturale della BA affronta inoltre lo stigma, rendendo la terapia culturalmente familiare e spiritualmente valida, aumentando così la disponibilità a cercare aiuto. Ciò avverrebbe attraverso un'azione di riconoscimento dello stigma verso la salute mentale presente nelle comunità musulmane e la collaborazione con moschee e leader religiosi per aumentare la fiducia e l'accesso al servizio.
- L'approccio flessibile e comunitario. La terapia è offerta sia individualmente che in gruppo anche nelle moschee, grazie anche alla collaborazione con leader religiosi locali (es. *imam*) che all'interno di questo studio hanno aiutato gli autori ad aumentare la fiducia e la partecipazione delle persone coinvolte. Inoltre, il modello si presta a svariate situazioni e contesti, anche quelli a basso costo o di emergenza (es. campi rifugiati per richiedenti asilo) e questo lo rende estremamente flessibile.

Numerose pubblicazioni dimostrano quindi che l'adattamento culturale della CBT migliora

CC25-02.indd 202 13/03/2026 18:55:34

l'accessibilità, l'ingaggio terapeutico e l'efficacia del trattamento proposto ai pazienti di diversa provenienza culturale, tanto che, nel corso degli anni, si sono susseguiti interessanti studi di approfondimento in relazione ad adattamenti culturali ancora più specifici nel panorama del cognitivismo. Ne sono un esempio le seguenti ricerche di interesse:

Adattamenti culturali e Dialectical Behavior Therapy (DBT)

La DBT si presenta come una delle terapie evidence-based con maggiore potenziale per l'adattamento transculturale, grazie alla sua filosofia dialettica di accettazione e cambiamento e all'integrazione di pratiche occidentali e orientali (Linehan, 1993).

Nonostante la sua diffusione globale e l'efficacia dimostrata in molteplici contesti clinici, rimane però ad oggi scarsa la ricerca che ne indaga l'applicabilità a popolazioni culturalmente minoritarie e non occidentali.

Originariamente sviluppata da Marsha Linehan per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità (BPD), la DBT si è evoluta includendo popolazioni transdiagnostiche grazie alla sua struttura modulare e ai principi flessibili di accettazione e cambiamento. Tuttavia, la maggior parte delle ricerche empiriche si concentra su popolazioni femminili bianche, con un'esigua presenza di studi randomizzati controllati (RCT) su gruppi culturali specifici (DuBose et al., 2019). Tuttavia, modifiche strutturali come l'adattamento dei materiali alle esigenze locali, si sono rivelate efficaci in diversi contesti transculturali come nel caso di donne nepalesi con ideazione suicidaria (Ramaiya et al., 2018) mostrano che DBT può essere culturalmente adattata con successo.

Nonostante ciò, è ancora evidente ad oggi una mancanza sistematica di considerazione per i fattori culturali nei manuali e nelle linee guida DBT, inclusa l'assenza di riferimenti alla competenza culturale, intesa come l'insieme di comportamenti, atteggiamenti e conoscenze che permettono di lavorare efficacemente in contesti transculturali, riconoscendo e integrando valori, codici comunicativi e pratiche delle culture di appartenenza dei partecipanti nello Skills Manual (Linehan, 2015) sollevando la necessità urgente di includere nei futuri studi RCT gruppi culturalmente specifici, come rifugiati, migranti o minoranze etniche al fine di legittimare l'applicabilità globale della DBT.

Inoltre, un'efficace implementazione della DBT nei contesti transculturali richiede necessariamente l'investimento nella formazione di terapeuti culturalmente competenti, nell'adattamento dei materiali e delle pratiche alle esigenze linguistiche e culturali e nello sviluppo di sistemi di valutazione della sostenibilità e dell'efficacia a lungo termine dei programmi DBT (Comtois & Landes, 2019).

Adattamenti culturali e Mindfulness

Negli ultimi anni gli interventi basati sulla mindfulness (MBIs) hanno guadagnato popolarità come trattamenti efficaci per la gestione dello stress, dell'ansia e della depressione. La mindfulness, definita come la consapevolezza intenzionale del momento presente con atteggiamento non giudicante (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003) ha infatti trovato applicazione in diversi ambiti clinici attraverso protocolli standardizzati come MBSR e MBCT (Chiesa & Serretti, 2009; Hofmann et al., 2010). Tuttavia, la maggior parte delle ricerche è stata condotta su campioni omogenei composti prevalentemente da persone occidentali, istruite e benestanti trascurando le esigenze delle popolazioni etno-razziali minoritarie (Proulx et al., 2017) e, sebbene i concetti alla base della mindfulness possano essere universalmente applicabili, secondo Aisenberg (2008) la forma e la modalità degli interventi manualizzati potrebbero non essere adatte a tutti i contesti

CC25-02.indd 203 13/03/2026 18:55:34

culturali.

Alla luce di questo proposto da Bernal e collaboratori (2006), secondo cui l'adattamento culturale consiste nel modificare sistematicamente un intervento evidence-based per renderlo compatibile con i modelli culturali, i significati e i valori del gruppo target attraverso la variazione di elementi linguistici, simbolici, relazionali, metodologici e contestuali, gli interventi adattati (Bernal & Sáez-Santiago, 2006; Hytman et. al, 2025) mostrano come la lingua rappresenti un elemento chiave per il successo della mindfulness in contesti culturalmente eterogenei.

In diversi studi (Abercrombie et al., 2007; Blignault et al., 2021, 2023; Lopez-Maya et al., 2019; Roth & Robbins, 2004; Trombka et al., 2021) è stata infatti adottata la lingua madre dei partecipanti, come lo spagnolo, l'arabo, il bangla e il portoghese per facilitare la comprensione dei concetti e promuovere una maggiore aderenza al trattamento. Questo tipo di adattamento linguistico ha mostrato un impatto positivo sull'engagement aumentando l'efficacia percepita dell'intervento.

Parallelamente, l'adeguamento del profilo dei facilitatori mediante la selezione di operatori che condividessero il background etno-culturale dei partecipanti (Blignault et al., 2021, 2023; Lavrencic et al., 2021; Trombka et al., 2021) ha migliorato il senso di fiducia e l'identificazione dei partecipanti con il gruppo. Anche l'uso di riferimenti simbolici e narrativi tratti dalla cultura dei partecipanti ha avuto un ruolo rilevante: alcuni programmi (Blignault et al., 2023; Lavrencic et al., 2021; Ortiz, 2015) hanno integrato concetti tradizionali come la "ruota della medicina" o "i quattro elementi" nelle comunità indigene, oppure versetti del Corano nelle comunità musulmane, rendendo le pratiche di mindfulness più comprensibili e culturalmente significative.

Nel programma di mindfulness rivolto alle comunità indigene nordamericane, Blignault e collaboratori (2023) riportano l'uso di un esercizio di *body scan* meditativo che è stato adattato includendo la lingua locale e i "quattro venti" in riferimento alla tradizione della "ruota della medicina". Durante questa pratica i partecipanti vengono guidati a sdraiarsi e portare attenzione, parte per parte, al proprio corpo (dalle dita dei piedi fino al capo) nominandone sia il termine in inglese sia il corrispettivo nella lingua della comunità. Alla fine della scansione viene introdotto un esercizio di respirazione in cui i partecipanti sono invitati a visualizzare i "quattro venti" o le "direzioni" come portatori di connessione agli antenati e alla natura, integrando il respiro con il ricordo del legame con la creazione e le forze culturali più profonde.

Inoltre, sono stati incorporati testi di autori locali, pratiche spirituali specifiche, alimenti tradizionali per le esercitazioni sull'alimentazione consapevole (Blignault et al., 2021, 2023; Lavrencic et al., 2021; Ortiz, 2015; Trombka et al., 2021) e tutti questi interventi hanno contribuito a rendere l'esperienza più rilevante per i partecipanti portando a un miglioramento dei sintomi d'ansia, stress e depressione.

In alcuni casi, anche gli obiettivi terapeutici sono stati rivisitati con il coinvolgimento diretto della comunità nella progettazione degli interventi (Abercrombie et al., 2007; Lavrencic et al., 2021) favorendo l'integrazione di valori collettivi e visioni della salute e della guarigione propri della cultura di riferimento.

Per quanto riguarda la metodologia del trattamento gli adattamenti proposti hanno incluso l'accorciamento delle sessioni, l'organizzazione di gruppi omogenei per genere, lo svolgimento degli incontri in spazi familiari (come centri religiosi) per arginare eventuali barriere alla partecipazione (Blignault et al., 2021, 2023; Lavrencic et al., 2021; Ortiz, 2015).

Infine, alcuni studi (Blignault et al., 2021, 2023; Lavrencic et al., 2021; Ortiz, 2015) hanno posto particolare attenzione alle esperienze traumatiche legate alla migrazione, sottolineando l'importanza di adattare culturalmente anche i percorsi psicoeducativi rivolti a rifugiati e richiedenti asilo per avere, come dimostrato, un impatto positivo nella riduzione di drop out e nell'aumento del senso di sicurezza e riconoscimento culturale (Blignault et al., 2021, 2023; Lavrencic et al., 2021;

CC25-02.indd 204 13/03/2026 18:55:34

Ortiz, 2015).

Tuttavia, sebbene la letteratura esistente mostri degli effetti positivi delle MBIs adattate culturalmente per le minoranze etno-razziali, sarebbe auspicabile condurre studi comparativi tra MBIs standard e versioni adattate, al fine di valutare in maniera rigorosa l'efficacia degli adattamenti introdotti affinché, in un contesto di crescente diversità culturale e globale, costruire interventi mindfulness culturalmente sensibili rappresenti una priorità per una psicologia clinica più equa ed efficace (Hytman et al., 2025)

Adattamenti culturali e Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

L'adattamento culturale dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Masuda et al., 2021) sottolinea la necessità di una comprensione funzionale e contestuale dei problemi presentati dal paziente, del suo funzionamento complessivo e degli obiettivi terapeutici ed è stata adattata con successo prevalentemente per comunità migranti, come quella turca in Inghilterra (Perry et al., 2019), grazie all'uso di simboli culturali rilevanti e alla valorizzazione dei valori personali.

L'obiettivo centrale dell'ACT è infatti promuovere la flessibilità psicologica, intesa come capacità di condurre una vita significativa e orientata ai propri valori, con apertura emotiva. Tuttavia, è fondamentale riconoscere che le modalità in cui la flessibilità psicologica si manifesta possono variare notevolmente in funzione dei fattori socio culturali che influenzano i comportamenti e i valori individuali (Spencer & Masuda, 2020). Ad esempio, in contesti individualisti la flessibilità psicologica può assumere la forma di autonomia, autoaffermazione e ricerca della giustizia, mentre in contesti collettivisti essa può esprimersi attraverso il rispetto dell'armonia sociale e l'adesione ai valori comunitari (Markus & Kitayama, 1991). Queste differenze richiedono ai clinici una costante sensibilità verso la natura contestuale della flessibilità psicologica e una riflessione attenta sui propri bias culturali.

Anche i terapeuti, infatti, sono influenzati dalla propria storia culturale e le loro concezioni di comportamento adattivo possono non essere universali (Spencer & Masuda, 2020). Un'errata interpretazione del comportamento del paziente (ad esempio considerare l'assertività come adattiva in senso assoluto) può generare incomprensioni cliniche: ciò che in una cultura è visto come forza, in un'altra può apparire come aggressività o mancanza di rispetto.

L'ACT, che valorizza una relazione terapeutica collaborativa e orizzontale, può richiedere adattamenti di stile: pazienti di cultura collettivista, ad esempio, possono trarre maggiore beneficio da un approccio più strutturato e direttivo, che trasmetta rispetto e autorevolezza. Diventa quindi essenziale che i clinici valutino con attenzione se e come gli elementi chiave dell'ACT siano applicabili ai pazienti che trattano, adattando linguaggio, tecniche e simboli al contesto socioculturale. Sebbene la ricerca sull'efficacia degli adattamenti culturali dell'ACT sia ancora agli inizi, cresce l'interesse verso l'integrazione dei suoi principi in lingue e culture non occidentali. La vera sfida per l'ACT non è solo mantenere la sua coerenza teorica, ma renderla rilevante e trasformativa per pazienti inseriti in narrazioni culturali complesse e uniche. Solo attraverso questa prospettiva flessibile e relazionale l'ACT può diventare un intervento veramente universale, capace di favorire una vita ricca e significativa per ogni individuo, nel rispetto della sua storia, cultura e umanità.

Adattamenti culturali della Schema Therapy (ST)

La Schema Therapy si è dimostrata utile nel lavoro con individui e famiglie provenienti da contesti collettivisti, grazie alla sua attenzione ai bisogni emotivi insoddisfatti e ai pattern relazionali

CC25-02.indd 205 13/03/2026 18:55:34

disfunzionali (Young et al., 2003).

La ST, pur essendo diffusa a livello globale, presenta ancora criticità rispetto alla sua adeguatezza per pazienti provenienti da contesti culturali diversi (Martin et al., 2024). Un'indagine qualitativa con undici terapeuti ha fatto emergere due dimensioni principali: l'adattamento al contesto culturale e la competenza culturale del clinico. È emersa una forte incongruenza tra l'enfasi della ST sull'espressione emotiva e le norme di molte culture collettiviste, in particolare asiatiche, dove la soppressione delle emozioni è spesso incoraggiata come forma di forza e dignità. Tuttavia, molti clinici hanno riscontrato che, nonostante le difficoltà iniziali, la ST può offrire un contesto sicuro e trasformativo per esplorare vissuti emotivi profondi, soprattutto quando mediata da tecniche indirette come l'uso di metafore, arte o sogni (Martin et al., 2024).

Ulteriori complessità sono emerse nella gestione di modalità disfunzionali come il "Sottomesso" o il "Protettore Distaccato", spesso considerate adattive in culture che valorizzano l'umiltà, la resilienza emotiva e la deferenza familiare (Martin et al., 2024).

Il concetto stesso di "Adulto Sano" sembrerebbe richiedere una riformulazione culturalmente contestualizzata per evitare che i pazienti interiorizzino giudizi negativi o sentimenti di inadeguatezza rispetto ai propri valori culturali (Young et al., 2003). In particolare, il familismo ha mostrato di rappresentare una sfida significativa nella rielaborazione delle modalità genitoriali, in quanto molti pazienti esitano a mettere in discussione le figure parentali per via del rispetto tradizionalmente attribuito alla famiglia.

In questi casi alcuni autori hanno suggerito di usare figure sostitutive (come i nonni) nelle tecniche immaginative, per mantenere l'efficacia clinica rispettando al contempo la sensibilità culturale (Mao et al., 2022).

Dal punto di vista della competenza culturale dei terapeuti, sono stati riferiti livelli variabili di fiducia (Gülüm & Soygüt, 2022): chi trattava pazienti con background culturali simili al proprio si sentiva generalmente più sicuro, mentre altri esprimevano dubbi su come adattare le tecniche senza deviare dal modello. Si è così osservato quanto i valori personali del terapeuta influenzano l'intervento e quanto sia importante da una parte mantenere una postura riflessiva e centrata sul paziente evitando di imporre schemi valoriali esterni e, dall'altra, ricorrere a strategie specifiche come la creazione di materiali formativi adattati, modelli di supervisione culturalmente informati e momenti di confronto professionale tra colleghi (Soheilian et al., 2014).

In conclusione, la Schema Therapy, pur mostrando efficacia su molteplici quadri psicopatologici, necessita di un adattamento culturale sistematico e continuo per risultare accessibile, rilevante e rispettosa nei confronti dei pazienti provenienti da contesti culturali non occidentali. Di conseguenza, la riflessione clinica e la ricerca empirica devono accompagnare questi processi per rafforzare l'aderenza, l'efficacia e la sostenibilità di questo approccio in un mondo terapeutico sempre più multiculturale.

Discussioni

La cultura, come emerso, è un aspetto fondamentale della vita di ogni persona e ha un impatto estremamente significativo sulla sua percezione del mondo, sulle sue esperienze e sulle sue interazioni sociali. Ne consegue che il background culturale ha inevitabilmente un ruolo fondamentale anche in molti aspetti della salute mentale: modalità di manifestazione del problema, credenze associate, modalità di espressione emotiva e, in qualche modo, anche le aspettative di come il contesto sociale reagirà in merito all'espressione di determinati sintomi piuttosto che di altri in quanto alcuni potrebbero essere ritenuti accettabili o addirittura essere valorizzati in specifici contesti culturali mentre in altri potrebbero costituire motivo di stigma e diagnosi clinica.

CC25-02.indd 206 13/03/2026 18:55:34

Nella psicoterapia allora, la considerazione della cultura del paziente è di vitale importanza per un trattamento che possa essere efficace e rispettoso. Dalla valutazione psicodiagnostica all'intero trattamento, il clinico è quindi chiamato a tenere conto delle variabili culturali del paziente non solo sul piano relazionale, ma anche su quello pratico mediante un adattamento del modello di trattamento utilizzato affinché possa essere evitato il rischio di diagnosi errate o culturalmente distorte e garantito il diritto a una cura adeguata ad ogni essere umano in qualsiasi parte del mondo.

Per questo, sebbene la letteratura esistente mostri come l'adattamento culturale della CBT in varie forme possa offrire benefici concreti in termini di benessere psicologico per le minoranze etno-razziali, persiste purtroppo una scarsità di studi che possano avere un elevato rigore metodologico rivelando la necessità di ulteriori ricerche. Futuri studi dovrebbero quindi evitare un approccio prescrittivo preferendo invece la costruzione di protocolli flessibili che potrebbero proporre la collaborazione attiva con i membri delle comunità target per garantire che gli interventi siano realmente rappresentativi e rispondenti ai loro bisogni.

Inoltre, per le ragioni appena viste, in una società sempre più multiculturale come la nostra sarebbe auspicabile l'aumento di contesti di formazione specifica per gli psicoterapeuti che possano permettere di conoscere i fattori di vulnerabilità e i bisogni specifici di particolari popolazioni cliniche (come ad esempio quella dei rifugiati e richiedenti asilo) soprattutto se si lavora in contesti di accoglienza, servizi del terzo settore o all'interno di istituzioni e strutture del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), dove questa tipologia di utenza è estremamente frequente.

Del resto, se ci soffermiamo qualche istante in più su queste pagine e ci fermiamo a riflettere sulla pratica clinica con i nostri pazienti migranti o, più in generale, con persone provenienti da un'altra cultura di riferimento che per qualsiasi ragione hanno avuto accesso alla nostra stanza di terapia, tutto quello che l'esplorazione della letteratura ci ha qui rivelato non potrà che risuonarci familiare. Ripenseremo alle difficoltà che abbiamo avuto nel restituire una diagnosi e nel condividere il funzionamento con il paziente, nelle difficoltà a comprenderne un determinato stato d'animo, nell'attenzione a non interpretare erroneamente dei sintomi riportati aderendo automaticamente ed unicamente alla nostra cultura di riferimento. Perché la verità è che, spesso, lavorare con persone provenienti da altre parti del mondo ci pone in un setting terapeutico che richiede uno spazio ancora più grande del solito, uno spazio dove non ci sono solo terapeuta e paziente nella stanza: siamo in due, eppure, abbiamo sulle spalle tanti bagagli provenienti da posti lontani. Contengono cose diverse, ma hanno lo stesso identico peso.

Bibliografia

Abas, M. A., & Broadhead, J. C. (1997). Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine, 27*(1), 59–71. https://doi.org/10.1017/S0033291796004163

Abercrombie, H. C., Giese-Davis, J., Sephton, S., Epel, E., Turner-Cobb, J., & Spiegel, D. (2007). Flattened cortisol rhythms in metastatic breast cancer patients. *Psychoneuroendocrinology, 29*(8), 1082–1092. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2003.11.003

Aisenberg, E. (2008). Evidence-based practice in mental health: Implications for ethnic minority populations. *Social Work, 53*(4), 289–298. https://doi.org/10.1093/sw/53.4.297

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Aragona, M., Ferrari, F., Cavallo, M., Pierconti, S., Pajno, C., Coletta, P., Barbarossa, G., Nicolella, G., & Laurendi, G. (2024). Phenomenology of somatization in immigrants: An idealtypical approach. *Psychopathology, 57*(5), 399–411. https://doi.org/10.1159/000538460

Bernal, G., & Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology, 34*(2), 121–132. https://doi.org/10.1002/jcop.20096

CC25-02.indd 207 13/03/2026 18:55:34

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241. https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077

Blignault, I., Le Ha, C., McCarthy, S., & Ponzio, V. (2021). Supporting mental health in refugee populations: Implementation of a culturally adapted MBSR program. *Mindfulness, 14*(3), 675–688.

Blignault, I., Saab, H., Woodland, L., & O'Callaghan, C. (2023). Cultivating mindfulness: Evaluation of a community-based mindfulness program for Arabic-speaking women in Australia. *Current Psychology, 42*(10), 8232–8243. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02146-z

Bhugra, D. (2006). Severe mental illness across cultures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 17-23.

Bhugra, D., & Bhui, K. (1998). Psychotherapy for ethnic minorities: Issues, context and practice. *British Journal of Psychotherapy, 14*(3), 310-326.

Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 15*(5), 593–600. https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495

Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dissemination and implementation of DBT. *Cognitive and Behavioral Practice, 26*(4), 832–846.

Dawood, S., Mir, G., & West, R. M. (2023). Randomized control trial of a culturally adapted behavioral activation therapy for Muslim patients with depression in Pakistan. *World Journal of Psychiatry, 13*(8), 551–562. https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i8.551

Draguns, J. G., & Tanaka-Matsumi, J. (2003). Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour research and therapy, 41*(7), 755-776.(

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348–362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348

Gülüm, İ. V., & Soygüt, G. (2022). Limited reparenting as a corrective emotional experience in schema therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research, 32*(2), 263–276. https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1921301

Hinton, D. E., Rivera, E. I., Hofmann, S. G., Barlow, D. H., & Otto, M. W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (Ca-cbt). *Transcultural Psychiatry, 49*(2), 340–365. https://doi.org/10.1177/1363461512441595

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169–183. https://doi.org/10.1037/a0018555

Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations* (2nd ed.). Sage Publications.

Hui, C. H., Triandis, H. C., & Yee, C. (1991). Cultural differences in reward allocation: Is collectivism the explanation? *British Journal of Social Psychology, 30*(2), 145–157. https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1991.tb00931.x

Hytman, L., Amestoy, M. E., Ueberholz, R. Y., & Fiocco, A. J. (2025). Cultural adaptations of mindfulness-based interventions for psychosocial well-being in ethno-racial minority populations: A systematic narrative review. *Mindfulness, 16*(1), 21–41. https://doi.org/10.1007/s12671-024-02501-8

International Organization for Migration. (2024, December). *DTM Europe – Impacts of environmental changes on mixed migration Europe: Insights from flow monitoring surveys in Italy, Malta and Spain*. Regional Office for Europe.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144–156. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016

Kananian, S., Starck, A., & Stangier, U. (2021). Cultural adaptation of CBT for Afghan refugees in Europe: A retrospective evaluation. *Clinical Psychology in Europe, 3*(Special Issue), e5271. https://doi.org/10.32872/cpe.5271

Lavrencic, L. M., McMurrick, L., & Menzies, R. G. (2021). Incorporating Indigenous wisdom into psychological practice: Challenges and opportunities. *Australian Psychologist, 56*(2), 112–119.

CC25-02.indd 208 13/03/2026 18:55:34

Lewis-Fernández, R., & Kirmayer, L. J. (2019). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: Understanding symptom experience and expression in context. *Transcultural Psychiatry, 56*(4), 786–803. https://doi.org/10.1177/1363461519861795

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.

Lopez-Maya, E., Franco, C., & Cangas, A. J. (2019). Mindfulness-based interventions in multicultural populations: A systematic review. *Psychology Research and Behavior Management, 12*, 365–386.

Mao, A., Brockman, R., Neo, H. L. M., Siu, S. H. C., Liu, X., & Rhodes, P. (2022). A qualitative inquiry into the acceptability of schema therapy in Hong Kong and Singapore: Implications for cultural responsiveness in the practice of schema therapy. *Clinical Psychologist, 26*(1), 1–10. https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2052273

Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review, 98*(2), 224–253. https://doi.org/10.1037/0033-295X.98.2.224

Martin, I. R., Stewart, S. E., Tchernegovski, P., & Devenish, B. D. (2024). Cultural suitability of schema therapy: A qualitative exploration of clinician views. *Australian Journal of Psychology, 76*(1), Article 2412012. https://doi.org/10.1080/00049530.2024.2412012

Masuda, A., Morgan, L., Spencer, S. D., Qina'au, J., & Jo, D. (2021). *Cultural adaptations of acceptance and commitment therapy.*

Naeem, F. (2019). Cultural adaptations of CBT: A summary and discussion of the special issue on cultural adaptation of CBT. *Cognitive Behaviour Therapist, 12*, e40. https://doi.org/10.1017/S1754470X19000278

Ortiz, J. A. (2015). *Bridging the gap: Adapting mindfulness-based stress reduction for Latino populations* (Doctoral dissertation, The University of New Mexico).

Perry, A., Gardener, C., Oliver, J. E., Taş, Ç., & Özenç, C. (2019). Exploring the cultural flexibility of the ACT model as an effective therapeutic group intervention for Turkish-speaking communities in East London. *Cognitive Behaviour Therapist, 12*, e2. https://doi.org/10.1017/S1754470X18000041

Proulx, J., Jacelon, C. S., & Duffy, M. E. (2017). Mindfulness intervention for the treatment of chronic pain in older adults: A qualitative approach. *Holistic Nursing Practice, 31*(6), 354–360.

Ramaiya, M. K., McLean, C., Regmi, U., Fiorillo, D., Robins, C. J., & Kohrt, B. A. (2018). A dialectical behavior therapy skills intervention for women with suicidal behaviors in rural Nepal: A single-case experimental design series. *Journal of Clinical Psychology, 74*(7), 1071–1091. https://doi.org/10.1002/jclp.22588

Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S., & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: Defined and demystified. *Ethnicity & Disease*, *9*(1), 10–21.

Roth, B., & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: Findings from a bilingual inner-city patient population. *Psychosomatic Medicine, 66*(1), 113–123. https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000097337.00754.09

Soheilian, S. S., Inman, A. G., Klinger, R. S., Isenberg, D. S., & Kulp, L. E. (2014). Multicultural supervision: Supervisees' reflections on culturally competent supervision. *Counselling Psychology Quarterly, 27*(4), 379–392. https://doi.org/10.1080/09515070.2014.961408

Sow, F. (1985). Muslim families in contemporary Black Africa. *Current Anthropology, 26*(5), 563-570.(da rivedere in APA)

Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Acceptance and commitment therapy as a transdiagnostic approach to treatment of behavioral health concerns: A concurrent multiple baseline design across participants. *Clinical Case Studies, 19*(3), 163-179.

Trombka, M., Creedon, T. B., Demarzo, M., Cuoco, L. T., Smith, L., Oxnard, A. C., Rozembaque, A. T., Hirayama, M. S., Moreno, N. B., Comeau, A., Gawande, R., Griswold, T., Cook, B. L., Rocha, N. S., & Schuman-Olivier, Z. (2021). Mindfulness training for primary care for Portuguese-speaking immigrants: A pilot study. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 664381. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.664381

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

CC25-02.indd 209 13/03/2026 18:55:34