

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E DA PERSONALIDADE

CURSO DE PSICOLOGIA

**COMPETÊNCIA INTERCULTURAL E SEUS DESAFIOS: A IMPORTÂNCIA
DE HABILIDADES INTERCULTURAIS PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE
MENTAL.**

Trabalho apresentado como requisito parcial para
Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia,
sob orientação da Prof. Dra. Lisiane Bizarro Araujo

Marcos Aurelio Coronado Mancebo
Porto Alegre, 2018

SUMÁRIO

RESUMO	3
ABSTRACT	4
 CAPÍTULO I	
INTRODUÇÃO	5
Que é competência intercultural?	5
Descrição de conceitos básicos que permeiam a psicoterapia multicultural	7
 CAPÍTULO II	
A RELEVÂNCIA DAS DIFERENÇAS CULTURAIS: DESAFIOS NO ESPAÇO TERAPEUTICO... 9	
Psicoterapia Ocidental vs. Psicoterapia Oriental	15
Tópicos transculturais e os estereótipos.....	17
Raça, identificação grupal e síndromes culturais.....	19
 CAPÍTULO III	
PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS INTERCULTURAIS PARA UM PSICOTERAPEUTA	23
 CAPÍTULO IV	
DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	5
ANEXO I - Competências Transculturais	7
REFERENCIAS.....	13

RESUMO

As competências interculturais consideradas como parte da quarta força da psicologia (psicologia multicultural) são as habilidades e conhecimentos que capacitam a pessoas ou grupos a interagir com outras culturas com efetividade. Devido ao crescente ritmo de migrações tanto no mundo como no Brasil é necessário capacitar a profissionais da área de saúde mental, em especial, psicólogos sobre a importância, necessidade e uso de competências interculturais no espaço terapêutico. O objetivo deste trabalho foi revisar criticamente a literatura sobre competências interculturais para o profissional da área da saúde, mais especificamente aquelas recomendadas para a psicoterapia multicultural. Para isso, discutiu-se os fundamentos teóricos por trás das diferenças culturais, os desafios existentes na prática de psicologia que justificam a necessidade de uma abordagem terapêutica multicultural, assim como também um breve percurso pela história até a atualidade que formatou o desenvolvimento das teorias e das competências interculturais utilizadas na atualidade. Ainda sendo um área de estudo relativamente jovem, encontramos na teoria de Competências Multiculturais de Aconselhamento (MCC) e no modelo de estrutura de Orientação Multicultural (MCO). O caminho trilhado em direção a uma teoria robusta que fortaleça as práticas psicoterapêuticas parece ser independente da linha teórica da psicoterapia.

Palavras-chave: Competências interculturais; Psicologia multicultural; Competências para psicoterapia; Humildade cultural.

ABSTRACT

The intercultural competences considered as part of the fourth force of psychology (multicultural psychology) are the skills and knowledge that enable people or groups to interact with other cultures with effectiveness. Due to the growing pace of migrations both in the world and in Brazil it is necessary to train mental health professionals, especially psychologists on the importance, necessity and use of intercultural competences in the therapeutic space. The objective of this study was to critically review the literature on intercultural competences for health professionals, specifically those recommended for multicultural psychotherapy. In order to do so, one discussed the theoretical foundations behind cultural differences, the challenges that exist in the practice of psychology that justify the need for a multicultural therapeutic approach, as well as a brief review of the history that has shaped the development of theories. Despite of being a relatively young area of study, we find in the Multicultural Counseling Competencies (MCC) theory and in the Multi-Cultural Orientation Framework (MCO) the path to follow in the direction of a robust theory that strengthens the practice of psychotherapy independent of the theoretical line practiced.

Keywords: Intercultural competences; multicultural psychology; Competences for psychotherapy; Cultural humility.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

As Competências interculturais são o conjunto de habilidades, conhecimentos, comportamentos e olhares que capacitam a pessoas ou grupos a interagirem com outras culturas de maneira efetiva e respeitando a diferenças culturais. A psicoterapia multicultural (intercultural) tem sido considerada a quarta força teórica da psicologia (Sodowsky, Kuo-Jackson, Richardson, & Corey, 1998). Os paradigmas sobre competências interculturais tomam um lugar central para a definição de um profissional da área de saúde mental considerado como interculturalmente competente. Para compreender a necessidade das competências interculturais são definidos conceitos e exemplificadas situações das quais as habilidades interculturais se fazem protagonistas como a solução do conflito. As competências interculturais trazem uma atualização das demais linhas teóricas que vem não como uma concorrente, mas, como um apoio ou acréscimo para melhorar o processo e o resultado terapêutico. O objetivo deste trabalho foi revisar criticamente a literatura sobre competências interculturais para o profissional da área da saúde, mais especificamente aquelas recomendadas para a psicoterapia multicultural.

O que é competência intercultural?

Competência Intercultural (também chamada de multicultural) é um termo amplamente discutido e que tem cobrado cada vez mais relevância. O termo pode ser definido como a capacidade de um grupo (instituição, comunidade, país) ou um indivíduo (conselheiro, médico, psicólogo, professor, vizinho...) de agir adequadamente e efetivamente apesar e respeitando as diferenças em comportamentos, atitudes e políticas para lidar ou trabalhar situações interculturais (Deardorff, 2006. Spitzberg & Changnon, 2009).

A análise, criação, estabilidade e fomentação de sociedades multiculturais tem se tornado um dos desafios mais modernos que vivemos como raça humana. No cenário atual, onde, a migração para outros países e/ou culturas tem sido cada vez mais frequente,

perceber o impacto dos hábitos, rotinas, costumes, idealização filosófica e religiosa (entre outros elementos) na maneira de produzir bem-estar e equilíbrio em sociedades industrializadas passou de ser algo desejável a ser algo praticamente obrigatório, pois, disso depende habitar em harmonia, segurança, prosperidade e respeito a mesma cidade ou país.

O multiculturalismo, por ser um tema tão abrangente que envolve política, economia, saúde, conflito bélico até o momento tem sido estudado de maneira mais profunda no seu formato macrocultural. Atualmente, a informação e os testes mais famosos que existem sobre o assunto são usados para determinação de componentes de sociedades completas como pode ser diferenciações culturais de um país a outro ou de uma região a outra, assim como também altamente usados na área de RH e psicologia organizacional. Os instrumentos mais famosos são aqueles que procedem da teoria das dimensões culturais de Hofstede que tem produzido impacto prático em negociações internacionais, comunicação internacional, administração internacional, contratação de personal estrangeiro, marketing internacional, etc. O livro Hofstede, Geert (2001). *Culture's Consequences: comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations* possui atualmente mais de 26,000 citações (ver google acadêmico) sendo que esta é a segunda edição da versão original que data do 1984 - Hofstede, Geert (1984). *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values* (2nd ed.).

Nações, empresas, times esportivos têm lidado com o tema da multiculturalidade durante anos e, mais recentemente, hospitais, escolas e espaços de prática psicológica (entre outros diversos lugares) começam a questionar a relevância de um conhecimento que possibilite homogeneidade em espaços essencialmente heterogêneos (Deardorf, 2009. Bok, 2009). Em particular, pesquisadores em psicologia têm se interessado na importância de fatores culturais para a produção de intervenções e práticas de saúde mental mais abrangentes e efetivas (Sue, Arredondo, & McDavis, 1992).

Para profissionais da área de saúde mental se apropriarem adequadamente do amplo conceito de competências interculturais é necessário compreender alguns tópicos que a atravessam e que seu desconhecimento pode supor debilidades na efetividade do serviço de saúde mental intercultural. Conceitos como o acrônimo WEIRD, psicologia

cultural, psicologia intercultural e o conceito antropológico: transcultural. Da mesma maneira é necessário que o profissional da área de saúde identifique armadilhas culturais que podem dar o falso senso de compreensão (como considerar que todos os latino-americanos são iguais) e manter a atenção aguçada para identificar e interpretar oportunidades culturais, assim como também o papel da humildade cultural e a comodidade cultural no desempenho da sessão terapêutica.

Conceitos básicos que permeiam a psicoterapia multicultural

Para entender a importância da psicoterapia multicultural e as competências interculturais, é preciso descrever alguns conceitos que atravessam esta teoria começando primeiramente pelo conceito WEIRD.

O acrônimo WEIRD acunhado para aglomerar as culturas as quais fazem alusão a grande maioria de pesquisas de psicologia no mundo pode ser um bom resumo (para os fins deste trabalho) que explica as características que atravessam a prática de psicologia ocidental: Western (Ocidentais), Educated (Educados), Industrialized (Industrializados), Rich (Ricos), Democratic (Democráticos). Países que se aglomeram neste acrônimo são os maiores pesquisadores e produtores de teorias e “pressupostos universais” do comportamento humano. Aproximadamente 80% dos participantes das pesquisas em psicologia procedem destas sociedades que representam apenas o 12% da população mundial (B. Azar, 2010). Os países que se encaixam neste acrônimo são: Estados Unidos, Canadá, Austrália, e países da União Europeia.

Diferentemente, países muito próximos, porém, que não se encaixam totalmente na descrição WEIRD e, com isso, produzindo diferenças no resultado de muita das pesquisas replicadas e diferenças a respeito de construtos dados como universais são: Japão, Coreia do Sul, Índia, Brasil...

Para poder entender a pertinência ou relevância das competências interculturais no espaço terapêutico é também necessário explicar a partir de qual perspectiva as mesmas são abordadas. Sendo um assunto interseccionado pelo estudo da psicologia e das culturas podemos pensar em alguns conceitos que acabam por ser bastante confusos para

quem desconhece: Psicologia cultural, psicologia intercultural e o conceito antropológico transcultural.

A psicologia cultural é o estudo de como a cultura com seus rituais, hábitos, tradições, crenças e expressões influenciam e formatam os processos psicológicos de seus membros (Heine & Ruby, 2010). Ou seja, é o entendimento de como a cultura interfere na formação dos conceitos básicos de subjetividade, de realidade e de mundo; como pode ser o entendimento sobre sexualidade, morte, trabalho, ética.

Por outro lado, a psicologia intercultural é aquela que busca testar os pressupostos universais da psicologia através do uso da cultura pondo à prova um construto universal (Heine & Ruby, 2010). Por exemplo, como o incesto (o qual não é completamente aceito por nenhum povo estudado) varia em suas nuances entre 2 ou mais culturas (em algumas culturas o casamento e encontros sexuais entre primos ou até entre tios e sobrinhos é permitido, enquanto em outras, o casamento entre familiares é completamente tabu).

Finalmente o conceito antropológico transcultural é importante de ser avaliado porque também nós empresta um conhecimento necessário para compreender a diferença nos campos anteriormente mencionados. A transculturalidade trata de conceitos que são universais a qualquer sociedade independente dos elementos culturais que nos diferenciam, dessa maneira, todas as culturas possuem esses conceitos ainda que se correspondam a uma porção da definição (como o caso do incesto que existe como conceito mas difere nas suas regras e práticas em cada cultura) (Brink, 1994). Estes conceitos são importantes para entender perguntas subjacentes a este trabalho: Quão importante é a influência da cultura para que as terapias formais produzam bem-estar e saúde? Quais são as habilidades e capacidades necessárias para produzir saúde utilizando a própria cultura como um recurso de bem-estar?

Para contextualizar em um exemplo o foco principal deste estudo deixo as seguintes perguntas: como lida a psicoterapia ocidental com o desejo de suicídio de um japonês, quando este assunto, tem raízes ligadas ao honor e um final nobre? Como lida um psicoterapeuta com a aparente irritação do cliente muçulmano, quando na verdade ele está passando pelo mês de jejum do ramadã? quem forma um par?: panda, banana, macaco? (Ji et al, 2004) (ocidentais e orientais respondem diferente)

CAPÍTULO II

A RELEVÂNCIA DAS DIFERENÇAS CULTURAIS: DESAFIOS PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL

Entender, reconhecer e respeitar que existe mais de uma visão do mundo é de extrema relevância para enxergar as potencialidades e os perigos do encontro com novas culturas. O encontro de diferentes culturas significa cumplicidade em determinados assuntos e o enfrentamento direto em outros. Se comparamos pontos de vista entre oriente e ocidente (para fins de compreensão englobamos as diversas culturas existentes em apenas estes dois hemisférios), descobriremos que ambas partes dialogam e se preocupam sobre os mesmos assuntos, mas, chegando em ocasiões (em muitas ocasiões) a conclusões completamente diferentes e que em alguns casos podem resultar ofensivas para um lado ou para o outro. (Ex: O consumo de carne de gado no oeste visto por um indiano tradicional ou o tratamento que sofrem as mulheres no Oriente Médio visto por uma brasileira).

A melhor maneira de demonstrar como diferenças culturais afetam a maneira em que vemos, interpretamos e nos relacionamos com a realidade é explicando como ambos hemisférios vêem a vida sob diferentes perspectivas a níveis fundamentais. Arriscando ser extremamente simplista, na continuação será explicada a configuração filosófica por trás do *modus operandi* das sociedades do leste e oeste do planeta. Esta explicação sendo importante para compreender com maior clareza as diferenças fundamentais entre uma pessoa de oriente e uma pessoa de ocidente e como estas diferenças nos aproximam a entender a necessidade de fomentar as habilidades interculturais. Deve ser ressaltado que estas diferenças subjazem a maneira em que se produz saúde mental através de técnicas ocidentais na psicoterapia e através das técnicas orientais vindas da filosofia e ideologias espirituais de oriente.

Partindo de uma filosofia mais pragmática, funcionalista e individualista, o indivíduo ocidental encara a vida e vive em sociedade sendo ensinado que é um ser único dentro do todo e entendendo assim que nem todas as regras, etiquetas e protocolos, serão adequados para ele; o que leva ao ocidental a aprender a conviver com as regras que

possibilitam a vida em coletivo, enquanto trilha o caminho pessoal, único e individual à felicidade. Uma felicidade que diz respeito de si, que só pode ser conquistada e vivenciada pelo próprio indivíduo e a qual mantendo sua essência de singularidade terá que se encaixar na lógica da sociedade e seu coletivo. Desta maneira, a economia, a filosofia, a fantasia, a história e o dia a dia reforçam, incentivam e premiam a realização do “eu”, a conquista e o destaque individual da essência do um (1). O exemplo mais simples possível para demonstrar a individualidade ocidental é o jantar em família num restaurante, o comum é que cada membro da família peça seu próprio prato e não dividi-lo.

Em contrapartida, a filosofia oriental parte de uma lógica que envolve nos seus fundamentos o espiritualismo vê a realização do ser (do indivíduo) na sua integração perfeita ao coletivo. É agindo e servindo às necessidades do social onde uma pessoa se realiza e constitui; felicidade vem do reconhecimento dos outros e da sensação de pertinência e homogeneidade dentro de sociedades que valorizam como elementos pilares a harmonia, respeito pelos outros e visando como o maior ato de amor o sacrifício dos desejos individualistas pelo bem-estar grupal. O exemplo mais simples possível para demonstrar o coletivismo oriental é o jantar em família num restaurante. O comum é pedir diversos pratos que são colocados no centro da mesa e a família toda come dos diferentes alimentos colocados sobre a mesa.

A artista chinesa Yang Liu que viveu até seus 13 anos em Beijing e depois emigrou a Berlin na Alemanha ilustra o conceito de diferenças entre ocidente e oriente no livro de arte **East Meets West** (Liu, 2015). A continuação apresento algumas imagens de seu trabalho:

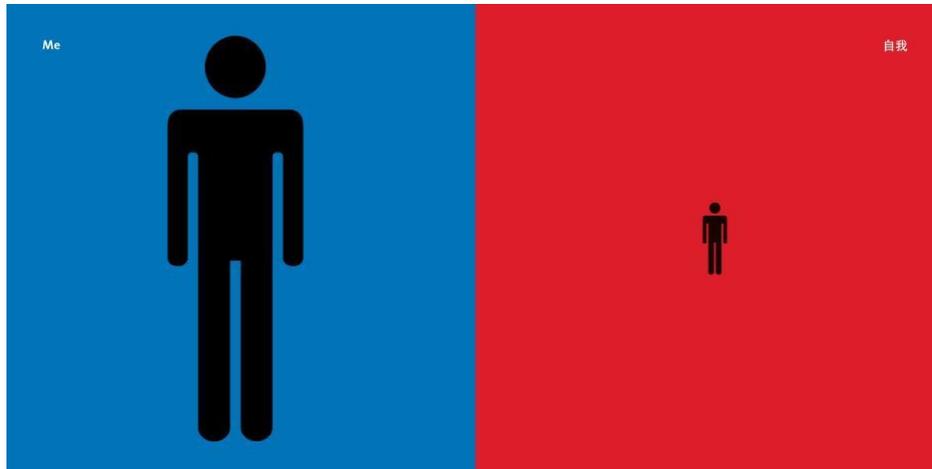


Figura 1. Representação do eu em fundo azul e vermelho. “Me” por Y. Liu, 2015, East Meets West.

Esta imagem ilustra a identificação do Eu ou, usando da psicanálise, como é percebido o ego. No ocidente como mencionado anteriormente a figura própria aparece grande indicando ser o centro, inclusive estando inserido em um ambiente ou contexto (o plano azul) a figura mais importante sempre será o próprio indivíduo. Em contrapartida, do lado direito da imagem identificamos uma figura diminuída e que aparenta se pertencer mais ao próprio ambiente no qual está inserido, como se fosse, parte do todo que cria a imagem. A redução da figura “egocêntrica” no oriente indica uma disposição e um trabalho ativo e consciente em limitar os desejos próprios que por vezes costumam a ser corruptos e danosos à sociedade, em favor de pertencer e fazer parte da harmonia do coletivo.

A seguinte ilustração mostra os diferentes modelos de hierarquias e de interação com a figura do líder ou chefe, mas isto também, aplica para a figura do professor, do pai, do polícia.

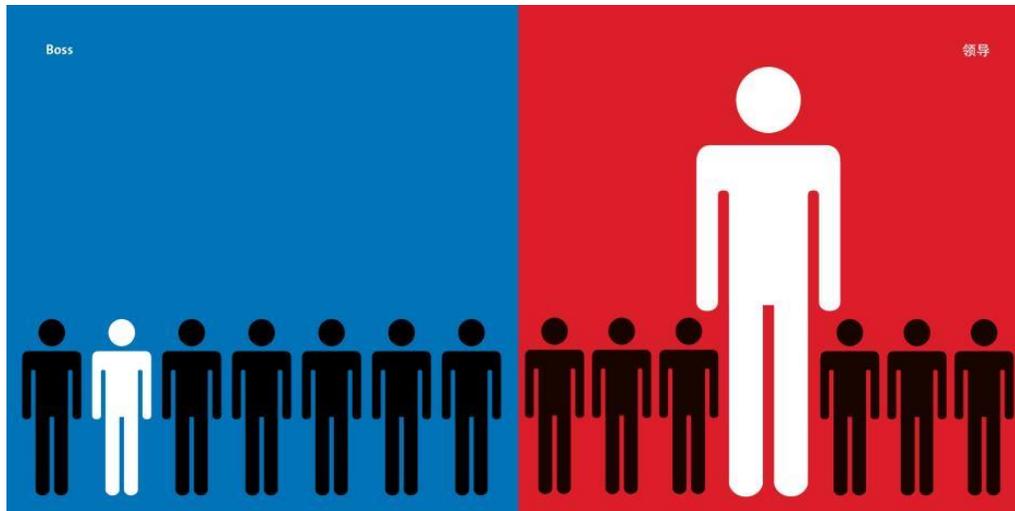


Figura 2. Trabalhadores e chefe em fundo azul e vermelho. “Boss” por Y. Liu, 2015, East Meets West.

No ocidente, a perspectiva em relação a indivíduos que detêm autoridade é de igualdade, considerando-o mais um colaborador, mais um colega ou mais um membro do grupo. Esta perspectiva está nas bases da democracia onde se entende que nossos governantes nada mais são que cidadãos eleitos para responder as vontades, diretrizes e necessidades do povo (ainda que na prática se vivenciem outras situações).

Por sua vez, no oriente há uma relação e um sistema de hierarquias bem definidos, existe um respeito e veneração por aquele em uma posição de autoridade, pois, entende-se que os méritos, habilidades, experiências e inclusive a idade capacitam a esta pessoa de um senso comum e visão de liderança que não devem ser questionados. Muitos países no oriente ainda vivem sob sistemas totalitaristas que vão desde a configuração dos governos até a configuração da matriz da família.

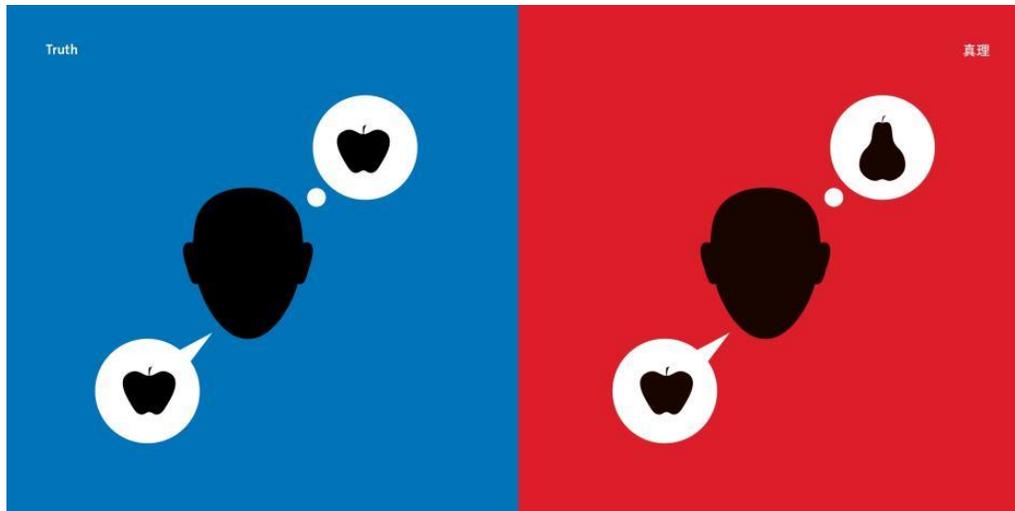


Figura 3. Contando a verdade em plano azul e vermelho. “Truth” por Y. Liu, 2015, East Meets West.

A maneira de se comunicar é provavelmente a diferença mais notável entre as culturas ocidentais e orientais. Ocidente possui um estilo direto e econômico de comunicação, onde, as coisas são ditas das maneiras que se pensam e/ou desejam. Isto é muito particular na hora de dizer verdades. O ocidental, terá a tendência de dizer o que pensa, pois, a sua opinião e sua verdade dizem respeito da expressão da sua individualidade e é praticamente inegociável deixar de expressar o verdadeiro eu em favor dos outros. Entende-se que ainda que a verdade possa ser dura, esta vai dar uma oportunidade para o outro de te conhecer melhor e saber como interagir de uma maneira mais adequada, por outro lado, a verdade segundo o conceito ocidental, dá a oportunidade de crescer e fazer diferente.

Do lado oriental tudo isso não poderia ser mais diferente do que já é. Para culturas orientais, analisar o que será dito é importante porque sempre se leva em conta os sentimentos do outro, sempre é levado em conta não quebrar a harmonia do grupo ou do par. Isto escala a situações de muita relevância, mas também, para situações pequenas como quando um amigo pergunta se sua nova camiseta é bonita. Orientais inclusive escolheriam deixar de falar com outra pessoa a causa de algo que não gostaram em lugar de confrontar e gerar uma situação constrangedora. Um claro exemplo é o Japão, que tem uma cultura tão arraigada com a harmonia que resolveram criar duas palavras

representativas do estilo de comunicação: Honne e Tatemae. Segundo D. Watts (2017):

“...No Japão, é claro, isso não é comumente feito, foi formalizado em um par de conceitos opostos que descrevem perfeitamente essa realidade social: Honne (ou “som verdadeiro”) é a palavra para o que é realmente pensado, ou disse em particular; tatemae (ou “fachada”) é o oposto, a “mentira branca” construída que evita sentimentos de mágoa e suaviza o funcionamento social.

Em um país tão densamente povoado e, portanto, preocupado com a harmonia social e a coesão de grupo como o Japão, a vida sem esse construto verbal seria de fato difícil. Fiel ao estilo japonês, essa dicotomia tornou-se consagrada na cultura. ”

Expressões e comportamentos não verbais também são formas de comunicação, pelo qual, a explicação anterior aplica perfeitamente na ilustração da Figura 4.

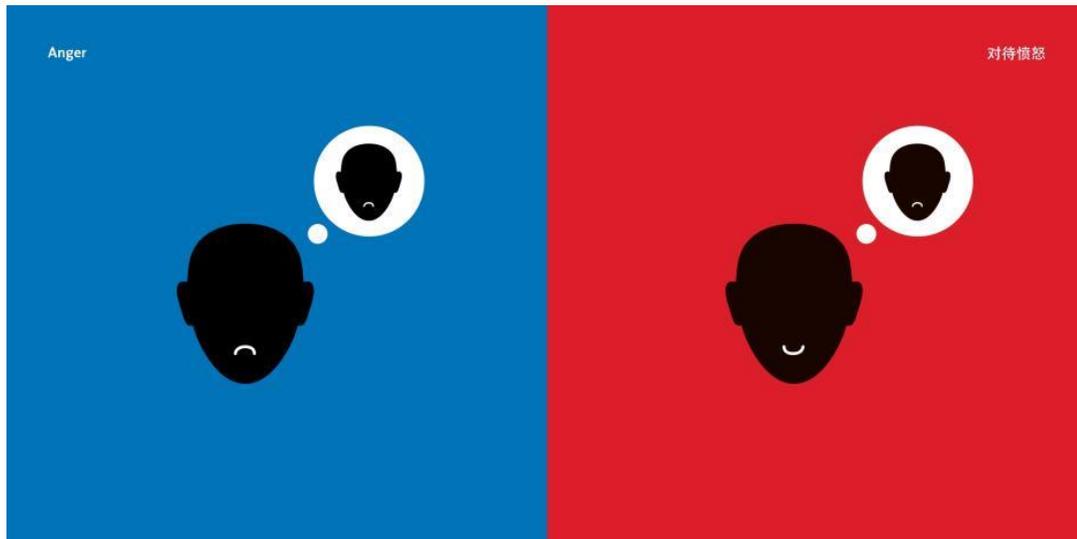


Figura 4. Expressando sentimentos em plano azul e vermelho. “Truth” por Y. Liu, 2015, East Meets West.

Psicoterapia Ocidental vs. Psicoterapia Oriental

Estas diferenças entre uma cultura e outra podem afetar a qualidade de comunicação, empatia e aliança terapêutica. Para cristalizar em um exemplo, que seria mais bem uma pergunta: Como um psicoterapeuta brasileiro lida com o sofrimento de uma jovem indiana que está prometida em casamento, porém, decidida a levar em diante o compromisso familiar? Sugere vias de quebrar o compromisso? Sugere vias de tolerar o dever familiar?

Neste caso, entender o sistema de castas da Índia e ainda mais entender a importância do respeito e hierarquia familiar é fundamental para demonstrar empatia e sugerir estratégias que preservem os valores pessoais da cliente. Neste ponto então surge uma pergunta, quais são as diferenças da psicoterapia ocidental e oriental?

O primeiro é necessário definir o conceito de psicoterapia e compreender o modelo de produção de saúde ocidental, pois, é este modelo o qual foi espalhado pelo mundo e que atravessa a disciplina da psicologia, a qual nasceu em e sob parâmetros ocidentais. Por este motivo sua aplicação era no seu início simplesmente inexistente (ou muito básica) em culturas orientais.

A psicoterapia, do grego psyche (alma) e therapia (atender, tratamento médico), é um nome usado pela primeira vez na Europa por Walter Cooper Dendy (1853) pode ser descrita como o tratamento do sofrimento psíquico, emocional e mental através da implementação de técnicas que promovem um retorno ao equilíbrio e bem-estar. Desta maneira a psicoterapia ocidental faz ênfases no uso de técnicas e teorias principalmente cognitivas e de viés pragmático baseadas no modelo biomédico que se desenvolveu rapidamente entre os 1800's e 1900's a causa dos avanços da ciência e tecnologia (Gielen, Draguns, Fish, Draguns, & Fish, 2008). Este modelo substituiu a visão holística (mais usada em oriente). O modelo biomédico enfocou-se muito mais no estudo aprofundado das doenças entrando assim no campo celular e na compreensão médica que hoje temos sobre os órgãos do corpo humano e passou a restar importância a fatores psicológicos e sociais. No entanto, antes deste modelo a visão médica era holística e integrava tanto os sintomas como o estado anímico do paciente, a relação médico-paciente, o ambiente no qual estava inserido (família, comunidade, vínculos afetivos,

estado espiritual). Era acreditado que estes elementos biopsicossociais interagiam entre eles para produzir a doença. Na maior parte de oriente o modelo holístico se manteve (e ainda se mantém) até a penetração das novas técnicas e tecnologias ocidentais, mas, nunca o substituindo por completo, mais veio a complementar aquele modelo. Sendo assim encontramos como elementos comuns na terapia ocidental a cura através do diálogo e reestruturação cognitiva através da modificação comportamental e o uso de substâncias químicas para efeito terapêutico.

Já no oriente foi mais comum um trabalho introspectivo no qual confabulam técnicas milenares como a meditação, a filosofia e ideologias espirituais como o budismo, entrar em harmonia e equilíbrio cuidando em mesmo grau o corpo e a mente como indica o yoga, assim como também, técnicas que misturam essas filosofias com anatomia como é a acupuntura (Gielen, Draguns, Fish, Draguns, & Fish, 2008).

Por outro lado, temos as culturas não ocidentalizadas como são as tribos indígenas brasileiras ou as tribos africanas, onde, a cura é realizada por um xamã ou guru capaz de se comunicar com entidades e espíritos superiores o que implica que a cura também possui um elemento místico dependente do nível de crença e do merecimento (de acordo com aquelas divindades) (Wolfgang G., Jilek & Juris G Draguns 2008 Scorsolini-Comin, Fabio 2015)

). Inclusive temos dentro da própria cultura ocidental terapias alternativas através de crenças como a espiritista. Evidenciando que existem diferentes métodos e crenças sobre como se produz um tratamento e uma cura, pode-se concluir que, em uma psicoterapia entre pessoas de diferentes culturas podem existir expectativas diferentes do que significa um processo e resultado terapêutico.

Estas diferenças podem ser explícitas ou apenas nuances quase imperceptíveis. Por exemplo, duas áreas diferentes podem supor desafios (ou facilidades?) Para estabelecer *rapport* entre terapeuta e cliente: tópicos transculturais e estereótipos.

Tópicos transculturais e os estereótipos

Tópicos transculturais são a própria essência de todas as terapias, sem importar as diferenças ou similitudes entre cliente e terapeuta estes assuntos são do interesse e da problemática do ser humano. Estes tópicos são conceitos centrais que definem e formatam a vida e subjetividade individual do ser humano em qualquer sociedade. Alguns destes conceitos centrais são: a morte, família, sexualidade, crime, lazer.... Agora bem, o fato de que todas as sociedades se preocuparem, refletirem, produzirem critérios e operacionalizarem estes assuntos, não quer dizer que, todas tenham chegado a mesma conclusão, justamente aqui é onde podem aparecer os desafios.

Para algumas culturas a homossexualidade é vista como algo errado, como exemplo disso temos países árabes e a Rússia (Presse, 2013). Já a tribo Etoro de Nova Guiné pratica ritos pedofílicos e homossexuais (no olhar do mundo “civilizado”). O rito consiste em fazer meninos a partir dos 7 até os 17 anos engolir o sêmen de homens adultos para tornar-se adultos guerreiros poderosos, a crença é que o sêmen contém força vital da vida (Henrich, Heine, & Norenzayan, 2010).

A diferença em como estes temas centrais da vida humana são pensados podem gerar claras diferenças na expectativa do processo psicoterapêutico. A dificuldade de se relacionar com formas tão diferentes de interpretar conceitos que atravessam diversas culturas é devida ao etnocentrismo. Segundo a descrição do sociólogo Paulo Silvino Ribeiro podemos entender que etnocentrismo é o conceito antropológico que define um comportamento de superioridade individual ou de um grupo que pertence a uma mesma cultura ao interagir com uma outra cultura. É o pensamento, perspectiva e ideologia de se pertencer a um grupo que possui a razão, a força e a verdade enquanto outras culturas são consideradas como inferiores ou primitivas. Pensamentos etnocêntricos podem ser completamente imperceptíveis, posto que, estes estão embutidos em nossas crenças e valores centrais como indivíduo ou grupo cultural. Um perfeito exemplo seria o julgamento de um ocidental como errado ou opressor o fato de mulheres de meio oriente terem que usar burcas ou véus para ocultar o rosto. Com isso se emite uma comparação na qual se discrimina que na sociedade ocidental há maiores avanços no tema da

igualdade de gênero e por consequência as sociedades do oriente médio possuem um atraso que conseqüentemente precisam modificar, evoluir ou adaptar aos conceitos ocidentais que seriam mais avançados ou superiores.

Estes valores etnocêntricos também podem fazer presença na sala de terapia tanto de parte do terapeuta como do cliente e se associam e fortalecem com o seguinte ponto que possibilita ou dificulta a interação entre duas culturas (ou subculturas), este são os estereótipos (Cardwell & Marcousě, 1999).

Em psicologia social, o estereótipo é uma crença generalizada sobre uma categoria particular de pessoas. Segundo a perspectiva de função cognitiva os estereótipos ajudam a fazer sentido do mundo. São uma forma de categorização que ajuda a simplificar e sistematizar. Desta forma, a informação é facilmente identificada, retomada, predita e favorece a reação ante a mesma (Tajfel, Henri. 1981). Convém adicionar que os estereótipos existem para categorizar e identificar pessoas ou objetos em uma discriminação de diferentes qualidades, dentre as mais importantes: bom ou ruim, bonito ou feio, inteligente ou tonto, rápido ou lento, prestativo ou preguiçoso... os estereótipos podem estar tão profundamente encarnados que chegam a limitar o conhecimento sobre o outro e a empatia. Num exemplo da minha própria vivência, eu me encontrava uma vez no parque com amigos (todos brancos) e o assunto de insolação surgiu, eu apontei que precisava de protetor solar para evitar uma insolação na pele ao que uma moça parte do grupo, muito surpresa e ingênua, perguntou: “a pele negra também queima? ” Depois de que respondi afirmativamente a dúvida outra moça do grupo aproveitou e perguntou se a pele negra também criava hematomas quando batia no corpo...

Estereótipos encarnados produzem sistemas de crenças e valores que junto com o etnocentrismo podem supor uma gigantesca barreira invisível entre o cliente e o terapeuta. Um exemplo dentro do espaço terapêutico seria o terapeuta predispor uma postura defensiva porque o cliente a ser atendido é do movimento gótico (roupas escuras, piercings, tatuagens...) o que causa estranhamento e dispara uma série de preconceitos associados: é uma pessoa bizarra, deve sofrer de transtorno de humor, deve ser um paciente difícil de lidar, violento, racista... Prestar atenção a todos estes pensamentos e julgamentos automáticos, assim como, identifica-los no próprio cliente é fundamental

para estabelecer um compromisso terapêutico funcional entre pessoas de diferentes grupos culturais. Para ir ainda mais profundo podemos pensar tópicos dentro do espaço terapêutico nos quais habilidades interculturais se fazem necessárias: Raça, a questão de identificação grupal e um curioso tipo de depressão, Hikikomori.

Raça, identificação grupal e síndromes culturais

Como é cada vez mais do comum, pessoas estão formando famílias com pessoas de outras raças, nacionalidades e culturas. É o caso da minha própria família onde tenho uma irmã domínico-francesa, uma irmã domínico-taiwanesa e um sobrinho domínico-francês/alemão nascido na Inglaterra e uma sobrinha domínico-colombiana nascida nos Estados Unidos. Com uma mistura de perfis tão alta a identificação cultural pode se tornar um desafio. Este é o caso de uma querida amiga que chamaremos de L. O caso dela é igual ao de muitos imigrantes ao redor do mundo, de ascendência mexicana de terceira geração morando nos Estados Unidos. A mãe de L de pais mexicanos casou-se com um estadunidense, deste casamento nasceu L com pele muito branca cabelos e olhos escuros nome americano e sobrenome hispano. Ela cresceu com o inglês como primeira língua, de fato, só entende espanhol, mas mal consegue falar e apenas visitou o México em férias. L relata sofrer certa dificuldade em se sentir pertencente a uma cultura (e com isso dificuldades tanto a nível de ideologia política, socialização, religião, etc.) pois entre seus amigos estadunidenses ela é considerada como hispana e entre os demais grupos hispânicos ela é considerada estadunidense. Esta falta de definição da própria identidade se produz devido ao sistema utilizado por ambos grupos raciais para categorizar a raça de um indivíduo.

O sistema de classificação racial dos Estados Unidos é Hipodscendente, isto quer dizer que, a pessoa nascida de pais de diferentes raças será categorizada como pertencente ao grupo racial “de menor status” (Marvin Harris 1964). Então uma criança nascida nos Estados Unidos, porém, de mãe mexicana e pai americano será segundo a classificação usada nos Estados Unidos considerada hispânica ou latina. Cabe ressaltar que na prática, apesar do exemplo ser real esta é uma colocação puramente teórica, pois este sistema é muito mais confuso e fluido, ou seja, é um sistema que evolui e se

reinventa e depende muito da pessoa aplicando as categorias e dos novos tensionamentos políticos ligados à migração, raça e a recente tendência do politicamente correto.

O modelo de categorização utilizado no Brasil, no México e em grande parte da Latino América se relaciona mais com a aparência física. Marvin Harris (1964, 1970) e Degler (1971) elaboram a maior profundidade a discussão sistêmica. Como resultado por L ser branca de pele e cabelos lisos seus amigos e conhecidos latino-americanos a consideravam estadunidense. Estas diferenças de categorias podem se dar entre o próprio terapeuta e o sistema usado pelo cliente, causando assim, um possível conflito na terapia.

O entendimento de transtornos mentais pode sofrer importantíssimas mudanças quando é considerado o peso da cultura na equação. A configuração de uma população entorno de suas regras, leis, costumes, cotidiano, crenças religiosas, atividades de lazer, clima, oportunidades socioeconômicas e mais... Podem dar lugar ao desenvolvimento de determinados transtornos que serão quase exclusivos (mais comuns) a determinadas culturas, ou que pela constituição social as maneiras de expressar os sintomas possam sofrer importantes variações que afetam a compreensão da doença.

O termo para estes transtornos é síndrome cultural. Estes são uma combinação de sintomas psiquiátricos e somáticos que são considerados exclusivos de uma cultura ou sociedade e que são identificados como gatilhos destes transtornos os efeitos do cotidiano e tradições da cultura (Roldán-Chicano et al., 2017).

Um exemplo de síndrome cultural é o Susto ou espanto, muito comum na Latino América (Trotter, R. 1982). Segundo Razzouk et al. (2011), o “susto” (ou espanto) é a designação de um padecimento somático crônico, relacionado a acontecimentos emocionalmente traumatizantes ou a ser testemunha dos mesmos acontecimentos com outras pessoas que se “assustam”. Os sintomas incluem agitação psicomotora, anorexia, insônia, febre, diarreia, confusão mental, apatia, depressão e introversão. Fazendo uma análise mais profunda, o susto poderia ser considerado sob a visão médica ocidental como uma variante da síndrome do pânico ou de transtornos de ansiedade e depressão. Estas considerações não chegando a ser conclusivas devido à falta de padronização dos estudos a fim de lançar uma hipótese concreta, mesmo assim, a literatura mostra que existe uma forte correlação entre estes transtornos mentais e os fatores culturais latino-americanos. Há pesquisas que apontam que o “susto” e o “ataque de nervios” seriam uma

categoria diagnóstica diversa dos transtornos ansiosos e depressivos, enquanto outros afirmam que os sintomas do “susto” são variações culturais da expressão dos sintomas do ataque de pânico (Razzouk et al. 2011). Por outro lado, é inegável a influência da cultura como fator ambiental para tornar o susto um mal muito mais predominante em culturas hispânicas e para manifestar sintomas mais característicos do “susto” do que dos transtornos anteriormente citados.

Outro exemplo que está se transformando numa epidemia no Japão e que é um debate mais vivo e atual é sobre a maneira em como classificar os hikikomori. Os hikikomori (reclusos sociais) são indivíduos que se isolam da sociedade durante pelo menos 6 meses. Estes indivíduos não frequentam nenhuma escola ou universidade e também não trabalham (Saito T, 1998). Em 2011 o número de hikikomoris ascendia a mais de 1,6 milhões sendo a maioria homens em idade entre 15 a 59 anos, porém, outras fontes indicam que em 2016 o número é próximo de meio milhão de hikikomoris em idade dos 15 aos 39 anos de idade (Gushiken 2014). Isto indica uma falta de organização no registro e estudo deste fenômeno dentro da comunidade japonesa, inclusive no resto do mundo. O governo de Japão emitiu um guia de 141 páginas sobre como identificar, diagnosticar e tratar um paciente que sofre de Hikikomori. O critério estabelecido para definir a psicopatologia envolve identificar e avaliar um estilo de vida centrado na reclusão dentro de casa; falta de interesse e desejo de ir na escola, faculdade ou trabalhar; sintomas persistentes por mais de 6 meses; eliminar a possibilidade de que a pessoa sofra de transtornos como esquizofrenia, retardo mental, e de eliminar aqueles sem interesse ou vontade de ir na escola ou trabalho, mas que mantêm relações interpessoais (amigos, namoros). As suspeitas de porque este mal se está propagando entre os jovens japoneses têm ligações tanto da cultura tradicional japonesa como de movimentos econômicos no país (Butet-Roch, 2018).

Existem duas palavras-chave para a compreensão de reclusos sociais são “vergonha” e “conflito” Os hikikomori sentem um profundo sentimento de vergonha por não poderem trabalhar em um trabalho como pessoas comuns. Eles pensam em si mesmos como inúteis e desqualificados para a felicidade. Quase todos sentem remorso por terem traído as expectativas dos pais. Ao mesmo tempo, eles são cercados por um conflito interno entre o eu que não pode sair para o mundo e o eu que constantemente

condena seu fracasso em fazê-lo. Muitos dizem que querem desaparecer ou que desejam não ter nascido. Alguns ficam tão exaustos por essa luta interna que nem conseguem sair da cama. E o tormento pode continuar por anos ou mesmo décadas. Cerca de 60% dos hikikomori teriam experiência no mercado de trabalho. Muitos lutavam com cargas de trabalho escandalosamente pesadas, gastando mais de 200 horas extras por mês, ou eram submetidos a abuso de poder por parte dos superiores. Isso fez do trabalho um objeto de terror e rejeição fisiológica (S. Hiroshi 2017).

Como pode ser compreendido, o assunto está profundamente ligado ao sistema social japonês, o que não exclui a possibilidade de um transtorno de fobia social com uma demarcada variação cultural nos sintomas. Até o momento transtornos catalogados no DSM V e CID parecem explicar apenas parcialmente o fenômeno. (Teo & Gaw, 2010).

Outros exemplos que podem ser citados de síndromes associadas a cultura de acordo com o DSM V 5ta. Edição (2014, pág. 833-837) os seguintes exemplos são:

Tabela 1.

Síndromes Culturais ao Redor do Mundo

Nome	Localização geográfica/População
Ataque de nervios	Hispanofalantes e Filipinas
Síndrome de dhat	Índia
Khyâl cap	Camboja
Taijin kyofusho	Japão
Kufungisisa	Zimbábue
Maladi moun	Haiti
Nervios	Latino América y latinos nos Estados Unidos
Shenjing shuairuo	China
Susto	Latino América e latinos nos Estados Unidos

CAPÍTULO III

AS PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS INTERCULTURAIS PARA UM PSICOTERAPEUTA

Um dos maiores desafios para um psicoterapeuta é realizar uma análise precisa das condições culturais que influenciam na determinação de certo comportamento do cliente como pode ser um sintoma de uma psicopatologia ou um traço ligado a costumes culturais. Isto pode levar alguns terapeutas a serem sensíveis na hora de produzir diagnósticos patológicos ou pelo contrário a passar por alto muitas evidências de sintomas por considerar estes como elementos culturais (López, 1997, 1989; López e Hernandez, 1986). Por outro lado, existe evidência de que psicoterapeutas atingem melhores resultados quando trabalham com pessoas da sua própria etnicidade, como psicoterapeutas brancos atendendo clientes brancos ou atendendo minorias étnicas (Drinane, Owen, & Kopta, 2016; Hayes, Owen, & Bieschke, 2015; Imel et al., 2011; Owen, Imel, Adelson & Rodolfa, 2012). Isto apenas demonstra o quão limitada e pouco abrangente é a preparação e formação de um psicoterapeuta baseado em estudos e cânones do saber culturalmente WEIRD.

Para além das classificações e debates acadêmicos, um psicoterapeuta com habilidades interculturais deve estar atento a esses elementos culturais que transformam a própria experiência e a maneira em que se expressa um transtorno ou sofrimento. Tendo sido extensivo na exemplificação de casos nos quais as diferenças interculturais podem ameaçar uma intervenção psicoterápica, resta definir quais são as competências consideradas necessárias para se considerar um profissional da área de saúde mental com competências interculturais.

Para tornar-se interculturalmente capacitado Hook & Watkins (2015); Waters & Asbill (2013) consideram que desenvolvimento de competências culturais é um processo de compromisso e reflexão ao longo da vida. É manter um questionamento saudável sobre nossas próprias crenças e uma curiosidade para entender a nova cultura e contexto apresentado.

Dentre das competências necessárias, existem algumas com maior evidência de impacto no serviço terapêutico com qualidade intercultural por parte do psicoterapeuta. Competências como empatia cultural, atitude (abertura), conhecimento de mais de uma língua são pilares que fundamentam uma prática intercultural. A atitude, a humildade cultural e a empatia cultural predizem o nível de competência cultural autorelatado pelo próprio psicoterapeuta e a percepção do cliente sobre estas competências (mais adiante abordaremos sobre essas competências) (Lee & Tracey, 2008; Owen et al., 2016; Tummala-Narra, Singer, Li, Esposito, & Ash, 2012b).

De acordo com Repetto (2002) existem 5 pressupostos que em linha com o pós-modernismo científico abrangem o modelo multicultural:

1. O multiculturalismo aceita a existência de muitos pontos de vista, nenhum dos quais é considerado bom ou ruim, correto ou incorreto.
2. Envolve o construcionismo social, de forma em que as pessoas constroem seus mundos através de processos sociais (experiências históricas, culturais e sociais) que contêm símbolos e metáforas culturais.
3. É contextualista no sentido em que a conduta só pode ser entendida dentro do contexto em que ocorre. Isso desafia as teorias psicológicas e de aconselhamento que surgem de um contexto cultural específico.
4. Oferece diferentes abordagens para o mundo, porque cada perspectiva captura uma abordagem diferente e válida.
5. Defende um sentido relacional com a linguagem, e não apenas representacional, porque a linguagem tem uma alta correlação com a cultura e com a percepção da realidade. A abordagem relacional permite que verdades e realidades sejam vistas além das tradições científicas ocidentais.

Esta análise de Repetto (2002) é alinhada às definições da teoria desenvolvidas nos anos 1980 sobre competências multiculturais (interculturais) que dizem que as Competências Multiculturais de Aconselhamento - Multicultural Counseling Competencies (MCC) se referem a efetividade na qual um psicoterapeuta ou conselheiro fornece seus serviços a clientes cuja cultura, visão de mundo e grupo cultural de afiliação são diferentes do terapeuta (Sue et al., 1982; Carney e Kahn, 1984; Ivey et al., 2014; e Arredondo como citado em Ivers et al. 2016).

As competências necessárias estão organizadas em 3 categorias ou dimensões que facultam um aconselhador (counselor) como culturalmente hábil, estas categorias são: Atitudes e crenças: Relacionadas com raça, minorias étnicas, estereótipos, desenvolvimento de uma orientação positiva ao multiculturalismo; conhecimento relacionado à compreensão da própria cultura, e da própria visão de mundo e sobre os grupos culturais com os quais trabalha e compreensão das influências sociopolíticas que o atravessam; e habilidades relacionadas a técnicas e estratégias aplicáveis no processo psicoterapêutico. Estas, por sua vez, configuram as capacidades de interagir tanto com indivíduos como com instituições.

Devido à proximidade entre aconselhamento e psicoterapia, o psicólogo trabalha em ambas direções. Por isso, utilizaremos material pensado tanto para aconselhamento como para psicoterapia como úteis no desenvolvimento de habilidades interculturais.

Sue e Sue (1998) elencam como competências do aconselhador multicultural conhecer as próprias teorias, valores e preconceitos; compreender as diferenças culturais dos clientes; desenvolver estratégias de intervenção e técnicas apropriadas; ser capaz de definir uma organização que seja eficiente do ponto de vista multicultural; e compreender como organizações e instituições podem intensificar ou rejeitar o desenvolvimento de competências multiculturais. De maneira mais ampla, destacam-se três competências do aconselhador multicultural: entender sua própria visão de mundo, entender a visão de mundo do cliente e desenvolver estratégias terapêuticas culturalmente sensíveis.

Para entender sua própria visão de mundo, o aconselhador buscará ativamente entender e atender a sua visão sobre comportamento humano, vieses, preconceitos, as próprias limitações, percepção de microagressões, diferenças religiosas e/ou espirituais, assim como o posicionamento político.

Para entender a visão de mundo do cliente, através da sua perspectiva cultural sem julgamentos, é crucial que o aconselhador veja desde o posicionamento do cliente que possui valores culturais diferentes daqueles do terapeuta. É necessário conseguir fazê-lo com respeito, apreciação e consideração, legitimando esta perspectiva sem necessariamente estar em acordo ou em apropriação da mesma.

Para desenvolver estratégias terapêuticas culturalmente sensíveis, o aconselhador deve buscar, estudar, desenvolver e praticar constantemente habilidades e estratégias

terapêuticas culturalmente sensíveis. A qualidade da terapia melhora quando o psicoterapeuta utiliza técnicas e estabelece objetivos consistentes com a experiência de vida do cliente assim como também com seus valores culturais (Sue & Sue, 1998).

Cada uma dessas três competências mais gerais haviam sido organizadas anteriormente de acordo com as crenças, conhecimentos e as habilidades em uma matriz 3 x 3 (Sue, Arredondo & McDavis, 1992). Existiriam, portanto, 9 grandes competências que por sua vez estão separadas em 31 partes que compõem um psicoterapeuta ou conselheiro culturalmente adequado. A Tabela 2 sumariza a matriz 3x3:

Tabela 2.

Matriz 3x3 das Competências Interculturais

Matriz 3x3	I. Consciencia de valores culturais propios e vieses	II. Consciencia da visão mundial do cliente	III. Estrategias de intervenção culturalmente adequadas
Atitudes e Crenças	-conselheiros culturalmente qualificados estão cientes de como sua própria cultura origens e experiências e atitudes, valores e preconceitos influenciam processos psicológicos	-Os conselheiros culturalmente habilitados estão cientes de suas reações emocionais negativas em relação a outros grupos raciais e étnicos	-Os conselheiros culturalmente qualificados respeitam as religiões e / ou crenças e valores porque elas afetam a visão de mundo, o funcionamento psicossocial e expressões de angústia do cliente -Os conselheiros culturalmente qualificados valorizam o bilinguismo
Conhecimento	Conselheiros culturalmente qualificados possuem conhecimento específico e informações sobre o grupo com o qual estão trabalhando. -Conselheiros culturalmente qualificados entendem como raça, cultura, etnia... podem afetar a formação da personalidade, escolhas, manifestação de distúrbios psicológicos, adequação ou inadequação de abordagens de aconselhamento.	-conselheiros culturalmente qualificados estão cientes dos estereótipos e noções preconcebidas que eles podem ter	-Conselheiros culturalmente qualificados têm conhecimento da estrutura das famílias das minorias: composição, hierarquias, valores e crenças -Conselheiros culturalmente qualificados têm conhecimento do viés potencial nos instrumentos de avaliação e procedimentos de uso e interpretação de resultados
Habilidades	-conselheiros culturalmente qualificados estão constantemente buscando entender eles mesmos como seres raciais e culturais e estão ativamente buscando uma identidade não racista	-Os conselheiros culturalmente qualificados devem familiarizar-se com pesquisas relevantes e as últimas descobertas sobre saúde mental e transtornos mentais de vários grupos étnicos e raciais -Conselheiros culturalmente qualificados se envolvem ativamente com minorias fora do contexto de aconselhamento	-Conselheiros culturalmente qualificados são capazes de se envolver em uma variedade de respostas de ajuda verbal e não verbal. -Conselheiros culturalmente qualificados são capazes de exercer habilidades de intervenção em nome de seus clientes.

Nota. Tabela criada a partir das informações encontradas em Sue, Arredondo & McDavis, 1992

Um documento aprovado em 1991 pela Associação para Aconselhamento e Desenvolvimento Multicultural (*Association for Multicultural Counseling and Development* - AMCD) e pela *American Counseling Association* ACA, está em anexo numa tradução do documento original que pode ser encontrado em: https://www.counseling.org/Resources/Competencies/CrossCultural_Competencies_and_Objectives.pdf. Este guia oficial tornou-se referência e ponto de partida na hora de produzir um abordagem multiculturalmente (interculturalmente) aceita.

O guia foi revisto a partir de setembro 1994. A intenção dessa revisão foi trazer clarificação adicional às competências listadas e especificar critérios que servissem de evidência para as recomendações desse guia. O principal instrumento utilizado para avaliar o guia foi o modelo das dimensões pessoais da identidade (PDI - *Personal Dimensions of Identity*). O PDI seria o mais flexível para examinar a intersecção dos grupos multiculturais e outras dimensões da diversidade humana que fazem um indivíduo único (Arredondo et al., 1996). O modelo sugere que existem 4 dimensões que sustentam a importância das competências interculturais. (1) Todos somos seres multiculturais; (2) todos possuímos uma identidade, pessoal, política e histórica-cultural; (3) todos somos afetados por eventos socioculturais, políticos, ambientais e históricos; (4) o multiculturalismo se intersecta com múltiplos fatores da diversidade individual. (Arredondo & Glauner, 1992).

A análise destas dimensões levou a uma evolução no paradigma da teoria MCC. Como foi antes mencionado, o desenvolvimento de competências culturais é um processo de compromisso e reflexão ao longo da vida. É manter um questionamento saudável sobre nossas próprias crenças e uma quantia adequada de curiosidade por entender a nova cultura e contexto apresentado (Hook & Watkins Jr., 2015, Sue & Sue, 1990, Tervalon & Murray-García, 1998). Esta nova proposta desafia os pressupostos antigos da competência cultural que sugeriam que as competências podiam ser aprendidas e certificadas em seminários e cursos como se fossem uma habilidade. A nova visão diz mais respeito a um estilo de ser e entender as diversidades culturais, um compromisso real em abandonar paradigmas e crenças em favor de um novo entendimento e relação com a própria cultura e a dos outros.

Apesar da proposição central das competências multiculturais estarem decretadas, a teoria Competências Multiculturais de aconselhamento - Multicultural Counseling Competencies (MCC) tem encontrado dificuldades para achar literatura empírica que suporte os 3 enunciados principais propostos pela MCC (Davis et al. 2018). A teoria explica que existe um grupo de competências que predizem o resultado da psicoterapia, que podem ser claramente evocadas e adquiridas pelos psicólogos treinados; pode-se diferenciar confiavelmente entre um terapeuta com competências multiculturais e outro que não.

Para conseguir quantificar adequadamente o resultado de um processo psicoterápico em termos de competências interculturais, o modelo de estrutura de orientação multicultural (Multicultural Orientation Framework - MCO) foi proposto (Owen, Tao, Leach & Rodolfa, 2011; Owen 2013).

O MCO pode ser considerado uma extensão do modelo MCC desenhado para examinar como dinâmicas culturais influenciam o processo psicoterápico, sendo também um modelo complementar para terapias existentes (cognitivo-comportamental, sistêmicas, psicodinâmicas (Davis et al. 2018). Este modelo permitiu articular o que no estado da arte são as principais competências necessárias para ser um psicoterapeuta interculturalmente adequado. As características principais são (1) uma maneira de atuar em sessão psicoterapêutica (Humildade cultural); (2) uma maneira de identificar e reagir a marcadores culturais na sessão (Oportunidades culturais); (3) uma maneira de entender e perceber a si mesmo nesses momentos (Comodidade cultural). Utilizando estes 3 construtos o MCO propõe maneiras mais claras de identificar e quantificar de maneira mais fiel os processos de impacto positivo ou negativo numa sessão terapêutica intercultural.

A humildade cultural é o constructo organizador de toda a teoria MCO (Davis et al., 2018) e pode ser definido como uma subcategoria do valor de humildade, que envolve a habilidade de manter uma postura interpessoal que tem foco no outro (ou abertura ao outro) em relação a aspectos de identidade cultural e que são muito importantes para o cliente (Hook, Davis, Owen, Worthington & Utsey, 2013). Se comparada com a visão clássica das competências culturais, podemos organizar numa pequena tabela as

diferenças transcendentais que produz operar as competências interculturais sob o modelo de humildade cultural:

Tabela 2.

Competência Intercultural vs. Humildade Cultural

	Competencia intercultural	Humildade cultural
Objetivos	Produzir uma compreensão de outras culturas e da própria cultura que possibilite uma psicoterapia de maior qualidade	Promover uma reflexão e atualização contínua relacionada a cultura para melhorar a qualidade de serviço psicoterapêutico
Método	Conhecimento Treinamentos	Reflexão e crítica contínua aprendizado construído grupal e experiencialmente
Aspectos positivos	Promove o desenvolvimento de habilidades atenta a um objetivo específico plausível de ser mensurado	Promove uma atitude de aprendizado ao longo da vida Reduz dinâmicas de poder entre cliente e terapeuta colocando-os numa relação mais horizontal
Aspectos negativos	Baseado em evidência teórica em lugar de empírica. Acredita nas certificações de conhecimento sobre uma cultura (o que convida ao profissional a não questionar e atualizar com suficiente frequência seu conhecimento)	Dificuldade de explicar o conceito de aprender com e através do cliente Não possui um final definido é mais bem um "mindset" do que a construção específica de capacidades no profissional

Nota. Tabela criada a partir de Tervalon & Murray-García, 1998.

As oportunidades culturais são marcadores que acontecem em terapia nos quais as crenças culturais, valores e outros aspectos da identidade cultural do cliente podem ser exploradas (Owen et al., 2016). As oportunidades culturais acontecem como uma consequência de uma disposição de humildade cultural, pois, tendo um olhar atento e disposto à escuta do outro e dos problemas inerentes a sua cultura, raça ou etnicidade pode se flagrar elementos da sua cultura que poderiam acrescentar a descrever melhor a história do indivíduo, assim como, detalhar seu contexto e assim achar um possível processo que resulte terapeuticamente efetivo. A humildade cultural parece ser um bom preditor do resultado final das terapias, além de reduzir o impacto negativo na terapia pela perda de oportunidades culturais (Owen et al. 2016).

A comodidade cultural seria a capacidade de se sentir aberto, tranquilo e confortável frente à diversidade trazida pelo cliente. (Owen et al., 2017. Davis et al., 2018.) Ela está relacionada aos pensamentos e sentimentos do terapeuta antes, durante e depois de discutir a identidade cultural ou assuntos focados na cultura do cliente. A comodidade cultural prediz as discrepâncias raciais que levam ao encerramento da terapia ainda na primeira sessão (Owen et al., 2017).

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Competências Multiculturais de aconselhamento - Multicultural Counseling Competencies (MCC) é uma teoria ainda em desenvolvimento sendo estudada a profundidade apenas desde a década dos 1980. Na medida que processos migratórios se tornam cada vez mais fáceis e frequentes assim como o acesso de minorias a recursos educativos e de saúde temos evidenciado um crescente interesse pelo desenvolvimento de abordagens politicamente corretas e que melhorem as intervenções psi fazendo uso dos componentes culturais do cliente que possibilitem o ato e efeito psicoterapêutico.

O desenvolvimento do modelo de estrutura de orientação multicultural (Multicultural Orientation Framework - MCO) formata e cria um caminho que deve ser continuado para o desenvolvimento teórico e empírico a través de testes, avaliações e entrevistas que permitam continuar investindo na determinação das melhores competências para um tratamento multicultural. Decorrendo destes estudos a prática psicoterápica clássica poderia sofrer importantes mudanças e evoluções (como já tem sido atualmente com técnicas como *mindfulness*) se aproveitando de práticas vindas de culturas minoritárias que possam produzir novas possibilidades de cura e diminuição do sofrimento.

A avaliação e documentação adequada das habilidades multiculturais não são apenas importantes para produzir dados quantitativos e qualitativos sobre como produzir melhores psicoterapias e melhores psicoterapeutas, mas também, como um movimento que ajude a reestruturar o panorama científico WEIRD sob o qual se rege a prática da psicologia.

Sendo assim, existe ainda a necessidade de um investimento e desenvolvimento mais profundo da teoria MCO e suas aplicações de nível microcultural em relações individuais, educação, relação entre o profissional da área da saúde e o cliente assim como na produção de leis que deem conta das necessidades de sociedades cada vez mais diversificadas.

Este trabalho iniciou por construtos teóricos, explicando as filosofias de ocidente e oriente, exemplificando situações que representam um perigo potencial para a adesão ao

tratamento tanto para o cliente como para o psicoterapeuta, o apontamento de sofrimentos ligados à cultura até finalmente chegar no leque de competências necessárias para lidar de maneira efetiva com esses desafios, buscou-se contribuir com um panorama geral e abrangente sobre a importância que possuem as competências interculturais e os desafios que ainda precisa enfrentar a teoria para se estabelecer sólida e formalmente como parte do treinamento e desenvolvimento de quaisquer psicólogo/aconselhador/psicoterapeuta/psiquiatra sem importar a sua linha teórica.

É destacável que há poucos trabalhos publicados no Brasil sobre o desenvolvimento de habilidades multiculturais, mesmo quando, a clínica ampliada é um dos grandes diferenciais do sistema único de saúde (SUS). No Brasil a necessidade de integrar capacidades multiculturais nos profissionais da área de saúde será um tópico cada vez mais relevante por conta das minorias cada vez mais empoderadas e em uso de serviços e espaços assim como também pela chegada ao país de africanos, haitianos e venezuelanos, para além dessas razões as diferenças regionais no Brasil por si só justificariam o desenvolvimento de pesquisas e habilidades multiculturais de psicoterapeutas e outros profissionais de saúde.

ANEXO I

Competências Transculturais

I. Conselheiro Consciente de Valores Culturais Próprios e Vieses

A. Atitudes e Crenças

1. Conselheiros culturalmente qualificados deixaram de ser culturalmente desconhecedores a ser conscientes e sensíveis da sua própria herança cultural e valorizar e respeitar as diferenças com as outras.
2. Conselheiros culturalmente qualificados estão cientes de como sua própria cultura origens e experiências e atitudes, valores e preconceitos influenciam processos psicológicos.
3. Conselheiros culturalmente qualificados são capazes de reconhecer os limites de suas competências e conhecimentos.
4. Os conselheiros culturalmente qualificados estão confortáveis com as diferenças que existem entre si e os clientes em termos de raça, etnia, cultura e crenças.

B. Conhecimento

1. Conselheiros culturalmente qualificados têm conhecimento específico sobre seu próprio patrimônio cultural e racial e como isso pessoalmente afeta profissionalmente suas definições de anormalidade e de normalidade e o processo de aconselhamento.
2. Conselheiros culturalmente qualificados possuem conhecimento e compreensão sobre como a opressão, o racismo, a discriminação e os estereótipos afeta-os pessoalmente e em seu trabalho. Isso permite que eles reconheçam suas próprias atitudes, crenças e sentimentos racistas. Embora este padrão se aplique a todos os grupos, para os conselheiros brancos isso pode significar que eles entendem como eles podem ter-se diretamente ou indiretamente beneficiado de recursos individuais, institucionais e culturais do

racismo (modelos de desenvolvimento de identidade branca).

3. Conselheiros culturalmente habilidosos possuem conhecimento sobre seu impacto social nos outros. Eles estão bem informados sobre diferenças no estilo de comunicação, como seu estilo pode colidir ou fomentar o processo de aconselhamento com os clientes minoritários, e como antecipar o impacto que pode ter sobre os outros.

C. Habilidades

1. Os conselheiros culturalmente capacitados procuram aconselhamento educacional, consultivo, e experiência de treinamento para melhorar sua compreensão e eficácia no trabalho com populações culturalmente diferentes.

Sendo capaz de reconhecer os limites de suas competências, eles (a) procuram consulta, (b) buscam mais treinamento ou educação, (c) buscam conhecimento em pessoas ou recursos mais qualificados, ou (d) envolver-se em uma combinação destes.

2. Conselheiros culturalmente qualificados estão constantemente buscando entender eles mesmos como seres raciais e culturais e estão ativamente buscando uma identidade não racista.

II. Consciência da Visão Mundial do Cliente

A. Atitudes e Crenças

1. Os conselheiros culturalmente habilidosos estão cientes de suas reações emocionais negativas em relação a outros grupos raciais e étnicos que poderia prejudicar a relação com seus clientes no aconselhamento. Eles estão dispostos a contrastar suas próprias crenças e atitudes com as de seus clientes culturalmente diferentes de uma forma não crítica.

2. Conselheiros culturalmente qualificados estão cientes dos estereótipos e

noções preconcebidas que eles podem ter respeito outras raças e grupos étnicos minoritários.

B. Conhecimento

1. Conselheiros culturalmente qualificados possuem conhecimento específico e informações sobre o grupo específico com o qual estão trabalhando. Eles estão cientes das experiências de vida, herança cultural e história de seus clientes culturalmente diferentes. Esta competência está fortemente ligada à modelos de desenvolvimento de identidade das minoria disponíveis na literatura.

2. Conselheiros culturalmente qualificados entendem como raça, cultura, etnia, e assim por diante, podem afetar a formação da personalidade, escolhas, manifestação de distúrbios psicológicos, comportamento de busca de ajuda, e adequação ou inadequação de abordagens de aconselhamento.

3. Conselheiros culturalmente qualificados entendem e têm conhecimento sobre as influências sociopolíticas que afetam a vida das minorias étnicas. São entendidos de que questões de imigração, pobreza, racismo, estereótipos, e impotência deixam cicatrizes importantes que podem influenciar o processo de aconselhamento.

C. Habilidades

1. Os conselheiros culturalmente qualificados devem familiarizar-se com pesquisas relevantes e as últimas descobertas sobre saúde mental e transtornos mentais de vários grupos étnicos e raciais. Eles devem procurar ativamente experiências educativas que promovam seu conhecimento, compreensão e habilidades transculturais.

2. Conselheiros culturalmente qualificados se envolvem ativamente com minorias fora do contexto de aconselhamento (comunidade eventos, funções sociais e políticas, celebrações, amizades, grupos de vizinhança, e assim por diante) para que sua perspectiva de

minorias seja mais do que um exercício acadêmico ou de ajuda.

III. Estratégias de Intervenção Culturalmente Adequadas

A. Atitudes e Crenças

1. Os conselheiros culturalmente qualificados respeitam as religiões e / ou crenças e valores espirituais, incluindo atribuições e tabus, porque elas afetam a visão de mundo, o funcionamento psicossocial e expressões de angústia do cliente.
2. Conselheiros culturalmente qualificados respeitam práticas de ajuda indígenas e respeitam as redes de ajuda intrínsecas da comunidade minoritária.
3. Os conselheiros culturalmente qualificados valorizam o bilinguismo e não veem outra língua como impedimento ao aconselhamento (monolinguismo pode ser o culpado).

B. Conhecimento

1. Conselheiros culturalmente qualificados têm um conhecimento claro e explícito e compreensão das características genéricas do aconselhamento e da terapia (suas conexões com cultura, classe e monolíngue) e como elas podem colidir com os valores culturais de vários grupos minoritários.
2. Os conselheiros culturalmente qualificados estão cientes das barreiras institucionais que impedem que as minorias utilizem os serviços de saúde mental.
3. Conselheiros culturalmente qualificados têm conhecimento do viés potencial nos instrumentos de avaliação e procedimentos de uso e interpretação de resultados tendo em mente as características culturais e linguísticas dos clientes.
4. Conselheiros culturalmente qualificados têm conhecimento da estrutura das famílias das minorias: composição, hierarquias, valores e crenças. Eles são conhecedores das características da comunidade e dos recursos na comunidade e na família.

5. Os conselheiros culturalmente capacitados devem estar cientes das práticas discriminatórias a nível social e comunitário que pode estar afetando o bem-estar psicológico da população sendo servida.

C. Habilidades

1. Conselheiros culturalmente qualificados são capazes de se envolver em uma variedade de respostas de ajuda verbal e não verbal. Eles são capazes de enviar e receber mensagens verbais e não verbais com precisão e adequadamente. Eles não estão amarrados a apenas um método ou abordagem para ajudar, mas reconhecem que os estilos de ajuda e abordagens podem ser ligadas à cultura. Quando eles sentem que seu estilo de ajuda é limitado e potencialmente inadequado, eles podem antecipar e reduzir seu impacto negativo.

2. Conselheiros culturalmente qualificados são capazes de exercer habilidades de intervenção em nome de seus clientes. Eles podem ajudar os clientes determinar se um problema deriva de racismo ou preconceito em outros (o conceito de paranóia da saúde) para que os clientes não personalizem problemas inadequadamente.

3. Conselheiros culturalmente qualificados não são avessos a buscar consulta com curandeiros tradicionais e líderes religiosos e espirituais e praticantes no tratamento de clientes culturalmente diferentes quando apropriado.

4. Conselheiros culturalmente qualificados assumem a responsabilidade de interagir no idioma solicitado pelo cliente e, se não for viável, fazer encaminhamento adequado. Um sério problema surge quando as habilidades de um conselheiro não correspondem ao idioma do cliente. Sendo assim, os conselheiros devem (a) procurar um tradutor com conhecimento e formação profissional adequada e (b) referir para um conselheiro bilíngüe experiente e competente.

5. Conselheiros culturalmente qualificados têm treinamento e experiência no uso de instrumentos tradicionais de avaliação e teste. Eles não só compreendem os aspectos técnicos dos instrumentos, mas também são cientes das limitações culturais. Isso permite que eles usem o teste e instrumentos para o bem-estar dos diversos clientes.

6. Os conselheiros culturalmente capacitados devem participar, assim como eliminar preconceitos e práticas discriminatórias. Eles devem estar cientes dos contextos sociopolíticos na condução da avaliação e prestação de intervenções e devem desenvolver sensibilidade a questões de opressão, sexismo, elitismo e racismo.

7. Conselheiros culturalmente qualificados assumem a responsabilidade de educar seus clientes aos processos de intervenção psicológica, tais como objetivos, expectativas, direitos legais e orientação do conselheiro.

REFERÊNCIAS

- About creation / notification of 'Hikikomori' correspondence guideline (final version) (2003). *Guidelines for community mental health activities surrounding "hikikomori" centered around teens and 20s*. Tokio, Japão: Ministerio de saude, trabalho e bemestar social. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/07/tp0728-1.html>.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.*, pp. 833–837
- Arredondo, P., & Glauner, T. (1992). *Personal Dimensions of Identity Model*. Boston, MA: Empowerment Workshops.
- Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the Multicultural Counseling Competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 24*(1), 42–78. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.1996.tb00288.x>
- B. Azar (2010, Maio). “*Are your findings ‘WEIRD’?*”, Acesso em 05 de Outubro de 2018, de: <https://www.apa.org/monitor/2010/05/weird.aspx>)
- Bok, D. (2009). *Our Underachieving Colleges: A Candid Look at How Much Students Learn and Why They Should Be Learning More - New Edition*. Princeton University Press.
- Cardwell, M., & Marcousě, I. (1999). *Dictionary of psychology*. Chicago : Fitzroy Dearborn. Recuperado de <https://trove.nla.gov.au/version/10920596>
- Brink, P. J. (1994). *Transcultural versus cross-cultural*. Acesso em 18 de outubro de 2018, de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/019394599401600401>
- Butet-Roch, L. (2018, Fevereiro 14). *Pictures Reveal the Isolated Lives of Japan's Social Recluses*. Acesso em 09 de setembro de 2018, de: <https://www.nationalgeographic.com/photography/proof/2018/february/japan-hikikomori-isolation-society/>
- Carney, C. G., & Kahn, K. B. (1984). Building Competencies for Effective Cross-Cultural Counseling: A Developmental View. *The Counseling Psychologist, 12*(1), 111–119. <https://doi.org/10.1177/0011000084121010>

- Chan, L. (2010). Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society, by Allen E. Ivey, Mary B. Ivey and Carlos P. Zalaquett. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 1(2), 186–187. <https://doi.org/10.1080/21507686.2010.493204>
- D. Watts (2017, jan 17). “*Honne vs. Tatema*”. Acesso em 18 de outubro de 2018, de: <http://japanology.org/2017/01/honne-vs-tatema/>
- Davis, D. E., DeBlaere, C., Owen, J., Hook, J. N., Rivera, D. P., Choe, E., ... Placeres, V. (2018). The multicultural orientation framework: A narrative review. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(1), 89–100. <https://doi.org/10.1037/pst0000160>
- Deardorff, D. K. (2006). Identification and Assessment of Intercultural Competence as a Student Outcome of Internationalization. *Journal of Studies in International Education*, 10(3), 241–266. <https://doi.org/10.1177/1028315306287002>
- Deardorff, D. K. (2009). *The SAGE Handbook of Intercultural Competence*. SAGE.
- Degler, C. N. (1971). *Neither Black nor White: Slavery and race relations in Brazil and the United States*. New York: Macmillan
- Dendy, W. C. (1853). Psychotherapeia, or the Remedial Influence of Mind. *Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology (London, England : 1848)*, 6(22), 268–274.
- Gielen, U. P., Draguns, J. G., Fish, J. M., Draguns, J. G., & Fish, J. M. (2008). *Principles of Multicultural Counseling and Therapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203893302>
- Gushiken, Yuji, & Hirata, Tatiane. (2014). Processos de consumo cultural e midiático: imagem dos 'Otakus', do Japão ao mundo. *Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*, 37(2), 133-152. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-584420146>
- Harris, M. (1964). *Patterns of race in the Americas*. New York: Walker.
- Harris, M. (1970). Referential ambiguity in the calculus of Brazilian racial identity. *Southwestern Journal of Anthropology*, 26(1), 1–14.
- Hayes, J. A., Owen, J., & Bieschke, K. J. (2015). Therapist differences in symptom change with racial/ethnic minority clients. *Psychotherapy*, 52, 308–314. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037957>

- Heine, S. J., & Ruby, M. B. (2010). Cultural psychology. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, *1*(2), 254–266. <https://doi.org/10.1002/wcs.7>
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences*, *33*(2–3), 61–83. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0999152X>
- Hiroshi, S. (2017, dezembro 13). *Islands of Solitude: A Psychiatrist's View of the "Hikikomori"*. Acesso em 09 setembro de 2018, de: <https://www.nippon.com/en/column/g00455/>
- J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington, E. L., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(3), 353–366. <https://doi.org/10.1037/a0032595>
- Hook, J. N., & Watkins Jr., C. E. (2015). Cultural humility: The cornerstone of positive contact with culturally different individuals and groups? *American Psychologist*, *70*(7), 661–662. <https://doi.org/10.1037/a0038965>
- Imel, Z. E., Baldwin, S., Atkins, D. C., Owen, J., Baardseth, T., & Wampold, B. E. (2011). Racial/ethnic disparities in therapist effectiveness: A conceptualization and initial study of cultural competence. *Journal of Counseling Psychology*, *58*, 290–298. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023284>
- Interventions by Traditional Healers - *Their Impact and Relevance Within Their Cultures and Beyond*. In Uwe P. Gielen, Juris G. Draguns, Jefferson M. Fish (Eds.), *Principles of Multicultural Counseling and Therapy* (pp.353-371). New York, NY
- Ivers, N. N., Johnson, D. A., Clarke, P. B., Newsome, D. W., & Berry, R. A. (2016). The Relationship Between Mindfulness and Multicultural Counseling Competence. *Journal of Counseling & Development*, *94*(1), 72–82. <https://doi.org/10.1002/jcad.12063>
- Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Zalaquett, C. P. (2014). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Ji, L.-J., Zhang, Z., & Nisbett, R. E. (2004). Is It Culture or Is It Language? Examination of Language Effects in Cross-Cultural Research on Categorization. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 87(1), 57-65. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.87.1.57>
- Kiyoshi I. (2017, Julho 19). “*Hikikomori*”: *Social Recluses in the Shadows of an Aging Japan*. Acesso em 09 de setembro de 2018 de: <https://www.nippon.com/en/currents/d00332/>.
- Lee, D., & Tracey, T. (2008). General and multicultural case conceptualization skills: A cross-sectional analysis of psychotherapy trainees. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 45, 507–522. <https://doi.org/10.1037/a0014336>
- Liu, Y. (2015). *Yang Liu: East meets West* (Bilingual edition). Köln, Germany: Taschen.
- López, S.R. (1989). Patient variable biases in clinical judgment: Conceptual overview and methodological considerations. *Psychological Bulletin*, 6, 183-203.
- López, S., & Hernandez, P. (1986). How culture is considered in evaluations of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 598-606.
- López, S. R. (1997). Cultural competence in psychotherapy: A guide for clinicians and their supervisors. In *Handbook of psychotherapy supervision* (p. 570–588). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Owen, J., Imel, Z., Adelson, J., & Rodolfa, E. (2012). ‘No-show’: Therapist racial/ethnic disparities in client unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 314-320. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027091>
- Owen, J. (2013). Early career perspectives on psychotherapy research and practice: psychotherapist effects, multicultural orientation, and couple interventions. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(4), 496–502. <https://doi.org/10.1037/a0034617>
- Owen, J., Drinane, J., Tao, K. W., Adelson, J. L., Hook, J. N., Davis, D., & Fookune, N. (2017). Racial/ethnic disparities in client unilateral termination: The role of therapists’ cultural comfort. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(1), 102–111. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1078517>
- Owen, J. J., Tao, K., Leach, M. M., & Rodolfa, E. (2011). Clients’ perceptions of their psychotherapists’ multicultural orientation. *Psychotherapy*, 48(3), 274–282. <https://doi.org/10.1037/a0022065>

- Owen, J., Tao, K. W., Drinane, J. M., Hook, J., Davis, D. E., & Kune, N. F. (2016). Client perceptions of therapists' multicultural orientation: Cultural (missed) opportunities and cultural humility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 30–37. <https://doi.org/10.1037/pro0000046>
- Owen, Jesse & Wampold, Bruce & Kopta, Mark & Rousmaniere, Tony & Miller, Scott. (2016). *As Good as It Gets? Therapy Outcomes of Trainees Over Time*. *Journal of counseling psychology*. [63. 12-19. 10.1037/cou0000112](https://doi.org/10.1037/cou0000112).
- Presse, F. (2013, junho 11). Rússia aprova lei que pune 'propaganda gay' e ofensa a religiosos. *Folha de S. Paulo*. Acesso em 04 setembro de 2018, de: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2013/06/1293230-russia-aprova-lei-que-punepropaganda-gay-e-ofensa-contrareligiosos.shtml>
- Racial/Ethnic disparities in psychotherapy: *Does the outcome matter? Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 23, 531-544.
- Razzouk, D., Nogueira, B., & Mari, J. de J. (2011). A contribuição dos estudos transculturais dos países latino-americanos e caribenhos para a revisão da CID-10: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(supl 1), s5–s12. <https://doi.org/10.1590/S151644462011000500003>
- Repetto, E. (2002). Cross-cultural counseling: problems and prospects. *Orientación y Sociedad*, no. 3. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10915/13842>
- RIBEIRO, Paulo Silvino. "Etnocentrismo"; *Brasil Escola*. Acesso em 04 de setembro de 2018. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/etnocentrismo.htm>>.
- Roldán-Chicano, M. T., Fernández-Rufete, J., Hueso-Montoro, C., García-López, M. del M., Rodríguez-Tello, J., & Flores-Bienert, M. D. (2017a). Culture-bound syndromes in migratory contexts: the case of Bolivian immigrants. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1982.2915>
- Roldán-Chicano, M. T., Fernández-Rufete, J., Hueso-Montoro, C., García-López, M. del M., Rodríguez-Tello, J., & Flores-Bienert, M. D. (2017b). Culture-bound syndromes in migratory contexts: the case of Bolivian immigrants. *Revista*

- Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1982.2915>
- Sodowsky, G. R., Kuo-Jackson, P. Y., Richardson, M. F., & Corey, A. T. (1998). Correlates of self-reported multicultural competencies: Counselor multicultural social desirability, race, social inadequacy, locus of control racial ideology, and multicultural training. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 256–264. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.256>
- Saito T. *Shakaiteki hikikomori: owaranai shishunki (Social withdrawal: a neverending adolescence)* PHP Shinsho; Tokyo: 1998.
- Scorsolini-Comin, Fabio. (2015). Elementos do aconselhamento multicultural aplicados à psicoterapia em contexto etnopsicológico. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 587-607. Recuperado em 19 de novembro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200009&lng=pt&tlng=pt.
- Sue, D., E. Bernier, J., Durran, A., Feinberg, L., B. Pedersen, P., J. Smith, E., & E. Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position Paper: Cross-Cultural Counseling Competencies. *The Counseling Psychologist*, 10, 45–52. <https://doi.org/10.1177/0011000082102008>
- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDAVIS, R. J. (1992). Multicultural Counseling Competencies and Standards: A Call to the Profession. *Journal of Counseling & Development*, 70(4), 477–486. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1992.tb01642.x>
- Sue, D. W., Carter, R. T., Casas, J. M., Fouad, N. A., Ivey, A. E., Jensen, M., ... Vazquez-Nuttall, E. (1998). *Multicultural Counseling Competencies: Individual and Organizational Development*. SAGE Publications.
- Sue, D. W., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice, 2nd ed.* Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Teo, A. R. (2010). A New Form of Social Withdrawal in Japan: A Review of Hikikomori. *The International journal of social psychiatry*, 56(2), 178–185. <https://doi.org/10.1177/0020764008100629>
- Tajfel, Henri (1981). "Social stereotypes and social groups". In Turner, John C.; Giles, Howard. *Intergroup behaviour*. Oxford: Blackwell. pp. 144–167. ISBN 978-0-631-11711-7.

- Teo, A. R., & Gaw, A. C. (2010). Hikikomori, a Japanese Culture-Bound Syndrome of Social Withdrawal?: A Proposal for DSM-5. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 444–449. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e086b1>
- Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117–125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
- Trotter, R. (1982). Susto: The Context of Community Morbidity Patterns. *Ethnology*, 21(3), 215-226. doi:10.2307/3773728
- Tummala-Narra, P., Claudius, M., Letendre, P. J., Sarbu, E., Teran, V., & Villalba, W. (2018). Psychoanalytic psychologists' conceptualizations of cultural competence in psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 46–59. <https://doi.org/10.1037/pap0000150>
- Waters & Asbill, (2013, agosto). *Reflections on cultural humility*. Acesso em 28 setembro de 2018, de:
<https://www.apa.org/pi/families/resources/newsletter/2013/08/cultural-humility.aspx>