



CONTRIBUTO DAL CONVEGNO

“ALLEANZE TERAPEUTICHE CULTURALI”

## **E' POSSIBILE UN'ANALISI CULTURALE DELLE ISTITUZIONI?**

Donato Zupin<sup>1</sup> , Tommaso Cerisola<sup>2\*</sup>

ISSN: 2283-8961

### **Abstract**

---

<sup>1</sup> Psichiatra e psicoterapeuta. Dipartimento Attività Integrata Dipendenze e Salute Mentale – Centro Collaboratore OMS ASUGI, Dirigente Medico. Sezione Speciale Psichiatria Transculturale SIP, Presidente. Board of Directors, Word Cultural Psychiatry Association, Advisor. Mail a: [donato.zupin@psiculturale.it](mailto:donato.zupin@psiculturale.it)

<sup>2</sup> Tommaso Cerisola, medico. Mail a: [tomceri8@gmail.com](mailto:tomceri8@gmail.com).

\* Il contenuto di questo paper è stato originariamente presentato dal dott. Zupin al Convegno ‘Allenze terapeutiche culturali’. Il dott.Cerisola ha contribuito alla alla stesura di questo lavoro in forma di articolo.

*In questo articolo viene presentata una ricerca qualitativa e una proposta teorica riguardo all'assistenza delle persone migranti con problemi di salute mentale. La ricerca qualitativa consiste nella ri-lettura di tre interviste di gruppo svolte con operatori dei servizi pubblici e del privato sociale coinvolti in progetti terapeutico-riabilitativi dedicati a cittadini migranti. I servizi coinvolti sono stati: Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Servizio Sociale del Comune, una cooperativa e l'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali. Per circoscrivere l'oggetto della presente ricerca ci si è concentrati sulle relazioni tra Dipartimento di Salute Mentale e Servizio Sociale del Comune all'interno del contesto grupale. Sulla base dei risultati della ricerca qualitativa viene proposta l'idea che il confronto costante e sistematico tra diverse istituzioni migliori la qualità dell'assistenza ai migranti. Si avanza l'ipotesi che tale effetto migliorativo sia da attribuirsi al confronto inter-istituzionale in quanto sede di una possibile ricomposizione di due immagini stereotipate, uguali e opposte, riguardo all'utenza migrante: stereotipo del migrante pericoloso Vs stereotipo del migrante bisognoso e senz'atetto. Si propone che queste due figure, presenti nella subcultura dei servizi pubblici, vengano tratte dall'immaginario della nostra cultura riguardo ai cittadini migranti. Proponiamo di concettualizzare tale fenomeno come scissione culturalmente indotta dell'immagine condivisa dei migranti.*

## **Introduzione**

La maggior parte della letteratura riguardante il tema della salute mentale dei migranti è incentrata sull'epidemiologia dei diversi disturbi psichiatrici (Stilo e Murray, 2010; Hogerzeil et al. 2017; Kirkbride et al., 2012), sulle barriere nell'accesso alle cure (Barsanti, 2018; Hiam et al., 2019; Geraci, 2022), sul disturbo post traumatico da stress (Hinton & Kirmayer, 2013). Sono scarsi i lavori che descrivono la pratica quotidiana dei servizi di salute mentale a favore delle popolazioni migranti e non abbiamo riscontrato contributi che analizzino la clinica transculturale in relazione alle subculture proprie dei servizi di salute mentale. In questo articolo si proporrà uno studio della cultura dei servizi pubblici che si occupano di salute mentale e migrazioni. Ci accosteremo a questo compito utilizzando un *framework* concettuale proprio della psichiatria culturale: viene perciò assunto che la cultura non sia solo una delle variabili che connotano la condizione del paziente ma per me i valori, le credenze e

l'immaginario dei professionisti della salute mentale, costituendo così la trama del campo relazionale nel quale si svolge il rapporto terapeutico.

In merito al *framework* concettuale da cui partiamo, ricordiamo il capitolo introduttivo del manuale di psichiatria culturale di Bhugra e Bhui (2007). Qui si sottolinea come la cultura non caratterizzi solamente i gruppi etnici minoritari ma piuttosto: "... (è) costituita anche da flussi transnazionali di conoscenze e di pratiche condivise da gruppi di esperti e professionisti (Hannerz, 1992, 1996). La psichiatria stessa è una di queste istituzioni culturali transnazionali con varianti locali e subculture..." (Kirmayer, 2007). Ne consegue che anche la nostra identità professionale di operatrici dei servizi pubblici può essere studiata in ottica transculturale. Un esempio di questo approccio si riscontra in "Pathologies of the West" di R. Littlewood (2001), il cui primo capitolo è significativamente intitolato "Psychiatry's culture". Nello specifico, l'analisi di Littlewood si incentra sulla relazione tra la cultura occidentale e l'impalcatura teorica e concettuale che ha sostenuto lo sviluppo della psichiatria negli ultimi due secoli. La ricerca che proponiamo è in continuità con altre pubblicate in questa Rivista in cui, coerentemente con la *mission* dell'IMT e della World Cultural Psychiatry Association, s'intende mettere sotto la lente d'ingrandimento del ricercatore non solo la cultura dei migranti o dei popoli lontani ma anche la stessa cultura occidentale, compresa quella degli psichiatri (Bartocci, 2013; Bartocci & Zupin, 2016; Rovera 2017; Armando, 2017; Tseng et al., 2014). Il presente articolo intende svolgere un'analisi sul campo, andando a indagare quali valori, credenze e immaginari condivisi caratterizzino le subculture dei diversi servizi pubblici che si occupano dei percorsi di salute mentale per migranti. In virtù dei risultati ottenuti dalla ricerca qualitativa viene proposta una elaborazione teorica.

Questo lavoro si articola dunque in due fasi. La prima fase è costituita da una ricerca qualitativa che consiste nella rilettura di tre interviste di gruppo svolte con operatori di enti pubblici e del privato sociale che hanno partecipato al progetto Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI), finanziato dal Ministero dell'Interno. La ricerca viene svolta in una città italiana caratterizzata da un'impostazione dei servizi fortemente orientata alla territorialità e da un elevato flusso di migranti di primo ingresso. Nella seconda parte dell'articolo i risultati empirici vengono analizzati secondo un *framework* di interpretazione teorica di psichiatria culturale.

**Metodi:**

La ricerca è stata svolta in due fasi:

**Metodi, prima fase – ricerca qualitativa:**

Nella prima fase è stata eseguita una ricerca qualitativa che consiste nella rilettura delle registrazioni di tre interviste di gruppo (d'ora in avanti denominati *focus group*) realizzati con la partecipazione di circa una ventina di operatori dei servizi pubblici e del privato sociale coinvolti nei percorsi di salute mentale per persone migranti. I profili coinvolti sono stati psichiatri, psicologi, assistenti sociali, riabilitatori psichiatrici, educatori professionali, mediatori culturali, sociologi, coordinatori della cooperativa.

Questi *focus group* sono stati realizzati all'interno del progetto finanziato dal Ministero dell'Interno e denominato Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (d'ora innanzi indicato come FAMI) a favore di cittadini di paesi extracomunitari con problemi di salute mentale e/o dipendenze. Si tratta di un progetto nazionale che è stato declinato diversamente nelle varie realtà locali che hanno partecipato al bando del Ministero. Nello specifico la presente ricerca è stata condotta in una città del nord-est italiano caratterizzata da un modello organizzativo fortemente improntato alla territorialità, nonché punto di snodo della rotta balcanica. Gli enti coinvolti nella realizzazione di questo progetto FAMI sono stati: Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Servizio Sociale del Comune, una cooperativa per il privato sociale e l'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali. All'interno del progetto, operatori di queste cinque istituzioni hanno partecipato a tre *focus group*, i quali non erano stati pensati a fini di ricerca ma erano stati originariamente condotti per la reportistica del progetto. Si è circoscritto lo scopo della ricerca alle riflessioni espresse dagli operatori durante i *focus group* in merito alle interazioni tra Dipartimento di Salute Mentale e Servizio Sociale del Comune.

**Metodi, seconda fase – ricerca teorica**

Nella seconda fase i risultati emersi da questo studio qualitativo sono stati analizzati attraverso una chiave interpretativa di psichiatria culturale. È stata quindi proposta un'interpretazione teorica secondo i principi di ricerca propri della psichiatria culturale ed espressi nell'introduzione di questo articolo.

### **Risultati:**

I risultati della nostra ricerca vengono esposti separatamente: prima i risultati della ricerca qualitativa e successivamente quelli della ricerca teorica. A loro volta i risultati della ricerca qualitativa vengono suddivisi, per chiarezza espositiva, in quelli che riguardano le iterazioni tra istituzioni prima e durante/dopo il progetto FAMI.

### **Risultati, fase 1 – ricerca qualitativa:**

#### Risultati, fase 1.1 – La situazione prima del progetto FAMI

Dall'analisi dei *focus group* emerge che la collaborazione inter-istituzionale favorisce un'evoluzione temporale dell'immaginario della figura del migrante condivisa nella subcultura di ciascuna istituzione. Molti partecipanti hanno sottolineato come nelle riunioni inter-istituzionali precedenti al progetto FAMI ciascuna istituzione assumesse nei confronti delle altre un atteggiamento difensivo, creando un clima di forte rigidità. Tali atteggiamenti difensivi apparivano legati ai vissuti, opposti e speculari, degli operatori dei due servizi (DSM e SSC).

Gli operatori del Servizio Sociale del Comune all'inizio del progetto portavano con sé l'immagine dei migranti con problemi di salute mentale come persone pericolose, che avevano bisogno di essere controllate. Immaginavano che questo pericolo fosse legato al disturbo psichiatrico e dunque eliminabile con gli psicofarmaci, ma che gli utenti avrebbero rifiutato le cure. Temevano di doversi trovare a fronteggiare da soli questa pericolosità, legata a un disturbo psichiatrico non trattato e di cui il soggetto migrante non aveva consapevolezza. Nelle interviste questo viene espresso riferendo che: «*la volontarietà delle cure è un problema*». Immaginando che uno psichiatra potesse esercitare l'obbligo alle cure e dunque ridurre i pericoli, ritenevano che il progetto

FAMI rappresentasse «*un enorme passo avanti*» perché dava la possibilità di “*avere uno psichiatra presente durante i colloqui presso il Servizio Sociale*”. Descriveremo più avanti questo immaginario come lo “stereotipo del migrante pericoloso”.

D'altro canto, gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale immaginavano che il bisogno principale degli utenti migranti sarebbe stato quello abitativo, che i migranti si trovassero in questa condizione di emergenza abitativa per motivi sociali e non psicopatologici. Temevano di non poter rispondere a questa esigenza dell'utenza, immaginavano perciò che avrebbero avuto bisogno del supporto del Servizio Sociale del Comune e che questo servizio avrebbe potuto non collaborare. Il timore espresso era di dover ricoverare in modo improprio gli utenti migranti, non tanto per necessità cliniche ma principalmente per non lasciarli nella condizione di senzatetto, trovandosi poi nella difficile situazione di aver esaurito i posti letto nelle strutture psichiatriche e quindi scoprirsi sguarniti di fronte a crisi psicopatologiche propriamente dette. Descriveremo più avanti questo immaginario come lo “stereotipo del migrante bisognoso e senzatetto”.

### Risultati, fase 1.2 – La situazione durante e dopo il progetto FAMI

I partecipanti ai *focus group* raccontano che questa situazione si è modificata grazie al fatto che il progetto FAMI prevedesse delle riunioni a cadenza stabile in cui tutte le istituzioni partecipanti erano sempre rappresentate. Nei *focus group* viene sottolineata l'importanza del fatto che queste riunioni non riguardassero solo la cooperazione su un determinato caso clinico, ma permettessero di porre al centro della discussione la questione della salute mentale nelle persone migranti come un problema della cittadinanza e delle istituzioni tutte, che poteva finalmente essere affrontato a livello sistemico.

Nell'analisi dei *focus group*, colpisce come la polarizzazione di questi rispettivi immaginari così astratti, rigidi e bidimensionali (lo stereotipo del migrante pericoloso Vs stereotipo del migrante bisognoso) si riduca gradualmente con l'avanzare del progetto. Con il progredire della collaborazione tra diversi enti, il campo del confronto inter-istituzionale si sgombra, nel gruppo si fa spazio un senso di sollievo e di

collettività, comincia a comparire un senso di appartenenza a un gruppo di lavoro trasversale. Si riduce dunque la paura degli operatori per il doppio rischio percepito: rischio del “migrante pericoloso” e rischio del “migrante bisognoso e senzatetto”. Riappare nel dialogo di gruppo l'attenzione per le storie individuali degli utenti. Questo emerge in particolare dai resoconti dei casi clinici, che acquistano tridimensionalità ed escono dalla dimensione del già noto. Il gruppo di lavoro respira il senso di una nuova apertura dell'orizzonte terapeutico. La costruttività del percorso viene esplicitamente riconosciuta dai partecipanti come risultato del confronto e dell'amalgamarsi delle culture dei rispettivi servizi.

Tale percorso è espresso nelle parole di una partecipante: “...siamo riusciti a fare questo lavoro di integrazione tra servizi perché ogni servizio porta la sua cultura, la cultura del servizio, la sua visione degli altri perché tutti noi abbiamo dei pregiudizi reciproci, Il Comune pensa alcune cose (“alcune cose” viene pronunciato con un tono carico di significati sottintesi, per fare capire che “alcune cose” sono dei giudizi negativi) dell'area sanitaria, l'Azienda Sanitaria pensa altre cose (idem) del Comune. Vederci con regolarità ci ha permesso di avvicinarci e conoscerci anche meglio, di capire anche i limiti. E questo è già un grandissimo risultato che noi abbiamo ottenuto...”.

In questa atmosfera più morbida e creativa compaiono alcune idee, che vengono condivise dal gruppo e che intendiamo usare come traccia per la riflessione teorica che seguirà nel resto dell'articolo. Negli ultimi *focus group* i partecipanti ipotizzano:

1. che il confronto stabile tra servizi con culture diverse sia, già di per sé stesso, una sorta di psicoterapia di gruppo;
2. che l'incontro tra servizi sia un incontro transculturale;
3. che il miglioramento della collaborazione inter-istituzionale avvenuto durante il progetto FAMI non si sia limitato al numero delle persone migranti a cui è stata data una risposta abitativa grazie alle risorse finanziarie del progetto, ma si sia esteso a tutta l'utenza migrante presa in carico in modo condiviso da due o più partner di progetto.

Riguardo ai punti 1) e 2): sebbene queste idee vengano proposte con il tono dello scherzo, si desume come la forma ironica sia un espediente per poter comunicare in maniera sicura un contenuto che altrimenti verrebbe vissuto come pericoloso: che anche l'operato dei servizi pubblici può diventare patogeno per l'utenza migrante di salute mentale, nel caso che le istituzioni non collaborino e non sciolgano in un confronto costante le proprie rispettive angosce.

Riguardo al punto 3): i migranti a cui è stata data una risposta abitativa grazie alle risorse finanziarie del progetto sono stati un numero limitato: 16 utenti. Gli operatori nei *focus group* riferiscono che la collaborazione interistituzionale ha permesso di dare una migliore assistenza a tutti i migranti coinvolti nel progetto: 41 utenti. Il beneficio quindi si è esteso anche a coloro i quali non avevano avuto una risposta ai bisogni abitativi. Inoltre gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale, nel clima di ritrovata collaborazione interistituzionale con gli altri Servizi, hanno dichiarato di si sono sentiti più a loro agio nell'assistenza a tutti gli utenti migranti in carico all'epoca al DSM: circa 500 unità.

In conclusione si può affermare che la collaborazione inter-istituzionale sviluppatasi all'interno del progetto FAMI ha mitigato i due stereotipi che dominavano l'immaginario dei rispettivi servizi, quello del "migrante pericoloso" e quello del "migrante bisognoso e senz'altro". Questo ha avuto una ricaduta positiva aumentando la qualità dell'assistenza per tutti i cittadini di paesi terzi con bisogni di salute mentale. Il miglioramento della qualità dell'assistenza socio-sanitaria integrata si è esteso al di là dei confini del progetto, per sua natura limitato nella quantità e nel tempo, aumentando la serenità delle operatori del Dipartimento di Salute Mentale nel loro lavoro quotidiano con l'interessa dell'utenza migrante, comprendendo anche pazienti che non presentavano bisogni sociali rilevanti o non usufruivano di una presa in carico integrata tra diverse istituzioni.

### **Risultati, fase 2 – ricerca teorica:**

Abbiamo appena descritto una separazione rigida e dicotomica di due opposti stereotipi riguardo ai migranti, lo stereotipo del migrante pericoloso Vs stereotipo del

migrante bisognoso e senz'altro. Si tratta di stereotipi che suscitano nella popolazione e negli operatori dei servizi sentimenti di tipo opposto: rispettivamente sentimenti di repulsione e ostilità (stereotipo del migrante pericoloso) e sentimenti di attaccamento e accudimento (stereotipo del migrante bisognoso e senz'altro). Questo sottocapitolo esplora l'ipotesi che tali sentimenti dicotomici traggano origine dalla cultura corrente della popolazione generale della nostra società, per poi manifestarsi negli operatori dei servizi pubblici. I prossimi paragrafi danno una descrizione di questo fenomeno di polarizzazione e stereotipizzazione dell'immagine dei migranti partendo da una prospettiva macro - quella sociologica - per scendere via via verso una prospettiva micro, quella della psichiatria generale e infine quella della psichiatria transculturale.

Secondo Crawley e Skleparis (2018) la divisione tra migrante economico e rifugiato politico rappresenterebbe una sorta di "feticismo categoriale" che divide artificialmente le persone in due macrocategorie che non sono coerenti con le realtà migratorie, poiché gli individui possono cambiare *status* o rientrare contemporaneamente in due o più categorie preesistenti. Secondo questi studiosi i rifugiati verrebbero dipinti nei media e nel discorso pubblico come migranti involontari, carenti di ogni bene materiale (es. smartphone), in fuga con la famiglia e che mostrano segni palesi di violenze e persecuzioni. Questi aspetti stimolano sentimenti d'empatia, alla luce dei quali il sostegno delle popolazioni ospitanti viene percepito come un dovere etico. La posizione di valore sociale del rifugiato si baserebbe dunque sulla sua vulnerabilità percepita (Szczepanik, 2016; Verkuyten et al., 2018)

I lavori che stiamo citando mettono in luce come i migranti economici verrebbero descritti nei media e nel discorso pubblico come viaggiatori volontari, che lasciano il proprio paese da soli e godono di una relativa stabilità economica, proveniente da Paesi sicuri. La percepita volontarietà della migrazione susciterebbe dunque nella società ospitante rabbia, racchiudendo il soggetto migrante in una categoria immorale non meritevole di sostegno (*ibidem*). Nessuna tra queste due categorie dominanti (migrante economico Vs rifugiato politico) riuscirebbe a cogliere adeguatamente la complessa relazione tra fattori politici, sociali e culturali della migrazione o il loro

significato mutevole per gli individui nel tempo e nello spazio (Koser & Martin, 2011; Collyer & de Haas, 2012; Mainwaring & Brigden, 2016).

In base a questa divisione artificiosa varierebbe anche il livello di minaccia percepito nelle società ospitanti. Il migrante economico verrebbe percepito come una minaccia sia materiale (al benessere fisico o alla stabilità finanziaria, nonché al potere economico e politico) che culturale (differenze percepite rispetto a valori, moralità, comportamenti e credenze), mentre il rifugiato rappresenterebbe una minaccia solo per l'integrità culturale del paese ospitante (Stephan & Renfro, 2002).

Analizzando il tipo di assistenza che i paesi ospitanti offrono verso questi soggetti, si è visto che quest'ultima è molto influenzata dal tipo di pericolo percepito (*ibidem*). Soprattutto per quanto riguarda il rischio economico si è evidenziato che le società ospitanti tendono ad offrire un'assistenza *dependency-oriented*, ovvero che non fornisce strumenti per promuovere l'indipendenza dei nuovi cittadini, ma piuttosto tende a mantenere una dipendenza dal gruppo ospitante (Wyszynski 2020; Nadler, 2012). Questo può essere visto come una sorta di meccanismo di difesa da parte dei membri della società ospitante per impedire l'integrazione e l'acquisizione di indipendenza da parte dei nuovi arrivati. In questo caso si può notare come tale meccanismo, operata più o meno consapevolmente dalla nostra cultura, abbia l'effetto di raggiungere nel concreto il fine che nelle dichiarazioni pubbliche si sostiene di voler evitare: la dipendenza e la mancanza di autonomia dei migranti. Si configura dunque la ripetitività irriflessa del sintomo culturalmente determinato che, causando da una parte ciò che dall'altra si dichiara di voler evitare, senza riconoscere in ciò la propria *agency*, pone le basi per l'eterno ripetersi dell'identico.

Un tipo di aiuto "*autonomy-oriented*", sarebbe invece basato sulla fornitura di conoscenze, competenze e strumenti che possano aumentare le possibilità dei migranti di creare percorsi autonomi di integrazione e cittadinanza (Nadler, 2015).

La separazione dicotomica dei sentimenti di accudimento ed espulsione esperiti nella società occidentale riguardo ai cittadini migranti non si esplica solo nella coppia di opposti culturalmente co-costituiti migrante economico Vs rifugiato politico. Lo stesso tipo di scissione delle immagini e dei sentimenti culturalmente condivisi si manifesta

anche all'interno della categoria migranti *tout-court* (Gaucher, 2020; La Spina, 2019; Szczepanik, 2016). Questo assorbimento del reale in un immaginario già dato diviene infine una forma di de-umanizzazione, in quanto si va a perdere la singolarità del migrante, assimilandolo necessariamente ad una categoria o un gruppo, ed una de-storicizzazione, perché non viene tenuto conto delle caratteristiche sociali, temporali e geopolitiche che rendono un movimento migratorio diverso da un altro (Szczepanik, 2016.; Malkki, 1996).

La coppia delle opposte immagini del migrante buono Vs migrante cattivo, con le implicazioni che comporta sentimenti di empatia Vs sentimenti di ostilità, è stata sin qui esaminata alla luce delle ricerche nel campo delle scienze politiche e della sociologia.

Questa coppia di immagini e sentimenti opposti che riguardano l'Altro etnicamente caratterizzato è rinvenibile anche all'interno dell'impalcatura concettuale della psichiatria. Questo è particolarmente evidente nella branca della psichiatria che si è occupata di studiare le popolazioni non occidentali, cominciando dalla psichiatria coloniale e arrivando sino alla moderna psichiatria transculturale.

Un caso esemplificativo nella storia della psichiatria coloniale è quello di Porot, direttore della scuola psichiatrica di Algeri, che pubblicò degli studi dove sosteneva che i nativi del luogo fossero "intellettualmente infantili" e "normalmente anormali" (Porot & Arrii, 1932 cit. in: Keller, 2001). Con espressioni simili la psichiatria dell'epoca intendeva che la mentalità algerina fosse meno sviluppata di quella europea e quindi da una parte incline all'impulsività e alle credenze bizzarre, ma dall'altra naturalmente protetta rispetto a malattie mentali che venivano ritenute appannaggio delle menti e delle civiltà evolute. Questo tipo di impostazione, lungi dall'essere scomparsa col tramonto del sistema di dominio imperiale in cui era stato sviluppato, si ritrova ancora decenni dopo all'interno della psichiatria transculturale. Ancora alle soglie degli anni Novanta un ricercatore noto e stimato come Leff condivise con molti autorevoli colleghi l'ipotesi che il senso di colpa, tipico dell'occidente cristiano, non potesse essere provato dai popoli indigeni dei territori colonizzati e che dunque questi fossero naturalmente protetti dall'esperienza della depressione melanconica (Leff, 1988, cit. in: Beneduce, 2020 [2007]).

Lucas e Barrett (1995) hanno tematizzato questa separazione tra due immagini opposte e coesistenti dell'Altro etnicamente connotato, affettivamente connotate in senso positivo Vs negativo, all'interno dello sviluppo concettuale della psichiatria. Questi studiosi hanno poi tracciato le propaggini di una simile concettualizzazione in seno alla psichiatria transculturale, proponendo i termini Arcadico e Barbarico per connotare le due prospettive. Nella proposta di Lucas e Barrett l'approccio Barbarico è quello che equipara la società cosiddetta primitiva alla degenerazione, alla disgregazione e alla patogenesi, mentre quello Arcadico la considera invece come incontaminata, armoniosa e naturalmente sana. Lucas e Barrett hanno proposto che questa separazione dell'Altro, razzializzato e ipostatizzato nelle due forme dell'Arcadico e del Barbarico, fosse uno strumento di autocomprensione con cui l'Occidente definiva sé stesso. Allo stesso tempo l'Altro diveniva un soggetto/oggetto esotico di una terra lontana, pericoloso e desiderabile al tempo stesso e oscuramente presente all'interno stesso del *cultural self* occidentale (*ibidem*).

#### CONCLUSIONI:

Adottiamo qui la prospettiva di Lucas e Barrett per proseguire l'analisi teorica. Ciò che intendiamo mettere in luce in questo lavoro è il modo in cui le prospettive arcadiche e barbariche sono state distanti dal presunto oggetto di cura e ricerca: le differenze transculturali in salute mentale. In questo modo specifico, separando l'Altro esotizzato in due immagini appiattite, opposte e irrealistiche, ricercatori come Porot e Leff allontanavano ciò che avrebbero voluto conoscere: l'accadere psichico dei pazienti non occidentali. Ci interessa mettere in luce come le ipotesi che venivano formulate dalla psichiatria coloniale e dalla prima psichiatria transculturale rappresentassero un Altro razzializzato che era contemporaneamente naturalmente sano e costitutivamente patologico. Questa costituzione scissa dell'Altro che si immagina contemporaneamente sia naturalmente sano che costitutivamente patologico rappresenta un'operazione che la psichiatria (generale e transculturale) non creava ex-nihilo ma attingeva da un repertorio culturale già presente.

Proponiamo qui che la cultura europea e nord-americana del ventesimo secolo sia stata l'humus in cui si è generata questa operazione di scissione dell'*imago* del migrante. Proponiamo come ipotesi di ricerca che tale separazione sia giunta sino ai giorni nostri, dando forma alla cultura dei professionisti dei servizi pubblici che si occupano di salute mentale e migrazioni, generando gli effetti che abbiamo descritto nella prima parte dell'articolo.

Ipotizziamo dunque una dimensione collettiva culturalmente co-costituita di rapporto con l'Altro etnicizzato, che proponiamo di chiamare scissione culturalmente indotta.

Utilizziamo il termine scissione, proveniente dalla clinica, in quanto ci sembra di rilevare che la scissione culturalmente indotta dell'*imago* del migrante abbia le seguenti caratteristiche che la rendono analoga alla scissione intrapsichica che si può rilevare nel trattamento psicoterapeutico di alcuni pazienti.

- La coesistenza delle due immagini stereotipate: l'immagine del migrante bisognoso e quella del migrante pericoloso è, per l'appunto, simultanea.
- La coesistenza delle due immagini stereotipate nella cultura occidentale è, oltre che dichiarata esplicitamente, anche vissuta in modo inconsapevole
- L'inconsapevolezza della ripetizione delle due immagini migrante bisognoso e migrante pericoloso intrappola la società ospitante (o i servizi pubblici, come caso specifico) in un'inefficacia rispetto ai suoi stessi scopi.
- Questa inefficacia è sproporzionata rispetto alle difficoltà reali che l'incontro transculturale presenterebbe.
- Queste due immagini non entrano spontaneamente in un processo dialettico che porta il ricercatore, o l'operatore del servizio pubblico, a sintetizzarle in un percorso di conoscenza dell'Altro concreto in carne ed ossa.
- Un processo attivo (ad esempio il confronto costante e sistematico tra servizi pubblici, nel caso della nostra ricerca qualitativa) può moderare la scissione delle immagini del migrante bisognoso e pericoloso.
- Amalgamare queste due immagini (nell'esempio della nostra ricerca qualitativa) porta a una liberazione di risorse già presenti nella comunità
- Questo processo attivo ha alcune delle caratteristiche della psicoterapia: il confronto costante e sistematico, la creazione di un luogo altro (nel caso della nostra ricerca i

*focus group*) dove gli attori in gioco possono confrontarsi sul tema per cui collaborano (la salute mentale delle popolazioni migranti) a livello sistemico e non essendo costrette alla realizzazione di un compito pratico immediato.

*Si ringrazia il dott. Federico Bianchi e tutto il personale dell'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali del Friuli Venezia Giulia per aver realizzato e condiviso le interviste di gruppo da cui sono nate le riflessioni esposte in questo articolo.*

## **BIBLIOGRAFIA**

Armando, L.A. (2017). Ancora su desiderio e cultura. *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 5(1), 224-242.

Barsanti, S. (2018). Hospitalization among migrants in Italy: Access to health care as an opportunity for integration and inclusion. *The International Journal of Health Planning and Management*, 10.1002/hpm.2516. Advance online publication.

Bartocci, G. (2013). Réflexions sur spiritualité, religion et psychiatrie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Psychiatrie*, 108(1), 1-9.

Bartocci, G., & Zupin, D. (2016). Tecniche di trascendenza, deliri culturali e deterioramento dell'Io. In: Pellizzari, E., & Maniscalco, M. (Eds.), *Deliri culturali. Sette, fondamentalismi, pratiche educative e genocidi*. Torino, Harmattan Italia.

Bhugra, D., & Bhui, K. (2007). *Textbook of Cultural Psychiatry*. New York, Cambridge University Press.

Collyer, M., & de Haas, H. (2012). Developing Dynamic Categorisations of Transit Migration. *Population, Space and Place*, 18(4), 468-481.

Crawley, H., & Skleparis, S. (2018). Refugees, migrants, neither, both: categorical fetishism and the politics of bounding in Europe's 'migration crisis'. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44(1), 48-64.

Gaucher, M. (2020). Keeping Your Friends Close and Your Enemies Closer: Affective Constructions of "Good" and "Bad" Immigrants in Canadian Conservative Discourse. *Canadian Ethnic Studies*, 52(2), 79-98.

Geraci, S. (2022). Oltre il Covid. Governare l'emergenza, governare sempre (l'accesso dei migranti ai servizi socio-sanitari). *Dossier Statistico Immigrazione 2022*. Roma, Centro Studi e Ricerche IDOS.

Hannerz, U. (1992) *Cultural complexity: studies in the social organization of meaning*. New York, Columbia University Press.

Hannerz, U. (1996). *Transnational Connections: Culture, People, Places*. London, Routledge.

Hiam, L., Gionakis, N., Holmes, S. M., & McKee, M. (2019). Overcoming the barriers migrants face in accessing health care. *Public Health*, 172, 89-92.

Hinton, D.E., & Kirmayer, L.J. (2013). Local responses to trauma: Symptom, affect, and healing. *Transcultural Psychiatry*, 50(5), 607-621.

Hogerzeil, S.J., van Hemert, A. M., Veling, W., & Hoek, H. W. (2017). Incidence of schizophrenia among migrants in the Netherlands: a direct comparison of first contact and longitudinal register approaches. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(2), 147-154.

Kirmayer, L.J. (2007). Cultural psychiatry in historical perspective. In: Bhugra, D., & Bhui, K. (Eds.), *Textbook of Cultural Psychiatry* (pp. 5-11). New York, Cambridge University Press.

Kirkbride, J.-B., et al. (2012). Incidence of Schizophrenia and Other Psychoses in England, 1950–2009: A Systematic Review and Meta-Analyses. *PLoS ONE*, 7(3), e31660.

Koser, K., & Martin, S. (Eds.) (2011). *The Migration-Displacement Nexus: Patterns, Processes and Policies*. Oxford, Berghahn Books.

La Spina, E. (2019). “Good/bad” migrant families and their integration in the European Union. *Migraciones Internacionales*, 10, e2025.

Leff, J. (1988). *Psychiatry Around the Globe: a Transcultural View*. Gaskell, Royal College of Psychiatrists. Cit in: Beneduce, R. (2020). *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*. Fano, Carocci Editore [2007].

Littlewood, R. (2002). *Pathologies of the West*. London, Continuum.

Lucas, R.H., & Barrett, R.J. (1995). Interpreting culture and psychopathology: primitivist themes in cross-cultural debate. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19(3), 287-326.

Mainwaring, C., & Brigden, M. (2016). Beyond the Border: Clandestine Migration Journeys. *Geopolitics*, 21(2), 243-262.

Malkki, L. (1996). Speechless Emissaries: Refugees, Humanitarianism, and Dehistoricization. *Cultural Anthropology*, 11(3), 377-404.

Nadler, A. (2012). From help-giving to helping relations: Belongingness and independence in social interaction. In: Deaux, K., & Snyder, M. (Eds.), *Oxford Library of Psychology. The Oxford Handbook of Personality and Social Psychology* (pp. 394-418). New York, Oxford University Press.

Nadler, A. (2015). The other side of helping: Seeking and receiving help. In: Schroeder, D. A., & Graziano, W. G. (Eds.), *Oxford Library of Psychology. The Oxford Handbook of Prosocial Behavior* (pp. 307-328). New York, Oxford University Press.

Porot, D.C., & Arrii, D.C. (1932). De l'Impulsivité criminelle chez l'indigène algérien. Ses facteurs. *Annales Medico-Psychologiques*, II, 588-611. Cit in: Keller, R. (2001). Madness and Colonization Psychiatry in the British and French Empires, 1800-1962. *Journal of Social History*, 35(2), 295-326.

Rovera, G.G. (2017). Culture e deliri. Note cliniche e psicopatologiche. *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 5(1), 13-117.

Stephan, W. G., & Renfro, C. L. (2002). The role of threat in intergroup relations. In: Mackie, D. M., & Smith, E. R. (Eds.), *From Prejudice to Inter-group Emotions: Differentiated Reactions to Social Groups* (pp. 191-207). New York, Psychology Press.

Stilo, S. A., & Murray, R. M. (2010). The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 305-315.

Szczepanik, M. (2016). The 'Good' and 'Bad' Refugees? Imagined Refugeehood(s) in the Media Coverage of the Migration Crisis. *Journal of Identity and Migration Studies*, 10, 23-33.

Tseng, W.-S., Bartocci, G., Rovera, G.G., et al. (2014). The future of cultural psychiatry. *WCPRR*, April, 27-39.

Verkuyten, M., Mepham, K., & Kros, M. (2018). Public attitudes towards support for migrants: The importance of perceived voluntary and involuntary migration. *Ethnic and Racial Studies*, 41(5), 901-918.

Wyszynski, M.C. (2020). Good refugees, bad migrants? Intergroup helping orientations toward refugees, migrants, and economic migrants in Germany. *Journal of Applied Social Psychology*, 00, 1-12.