

**Commento al caso clinico: *Com'è profondo il male.*  
*Complessità e opportunità nella clinica con MSNA:*  
*un caso clinico***

Andrea Davolo\*

Il caso clinico proposto dal dr. Ciardi offre molteplici spunti di riflessione in diversi domini della relazione d'aiuto: clinico-terapeutico, educativo, sociale.

Come Ciardi sottolinea, i *minori stranieri non accompagnati* (MSNA) sovente rappresentano un importante *stress test* per la tenuta organizzativa e psicologica dei progetti d'intervento, delle strutture di accoglienza e degli operatori a questi dedicati.

Restituire opportunità di evoluzione a questi ragazzi implica innanzitutto la presenza nell'operatore di una capacità di lettura dei comportamenti che vengono da loro agiti all'interno dei contesti di accoglienza. Ogni comportamento acquista significato all'interno di una storia che il terapeuta ricostruisce insieme ad A. invitandolo a partecipare in un processo di significazione relazionale e condiviso. L'iperaurosol, le reazioni di attacco/fuga, la passività, l'isolamento non sono più letti come comportamenti disfunzionali da affrontare in una escalation simmetrica di dinamiche transferali e controtransferali, come spesso accade nel rapporto tra questi ragazzi e i loro operatori, ma diventano gli elementi di una *soggettività culturale* (Davolo & Mancini, 2017) che nasce dallo specifico intreccio tra i significati, le norme e i valori del proprio gruppo di appartenenza e l'esperienza personale e relazionale del minore.

Per molti minori il viaggio è vissuto come una sorta di 'rituale di passaggio' verso l'età adulta: un distacco dai legami e dalle sicurezze'. Oltre a dovere elaborare la separazione precoce e spesso repentina dal proprio con-

---

\*Psicologo Psicoterapeuta. UO Psichiatria e Psicologia Clinica dell'Infanzia e dell'Adolescenza, AUSL Parma. Didatta esterno della Scuola di formazione alla Psicoterapia ad orientamento Sistemico-Dialogico-Costruzionista del Centro Bolognese di Terapia della Famiglia. *European PhD on Social Representations & Communication*.  
E-mail: [adavolo@ausl.pr.it](mailto:adavolo@ausl.pr.it)

testo di origine, una volta giunti a destinazione questi minori devono fare i conti con le memorie, dal contenuto spesso cruento, accumulate nel corso del viaggio. Molti minori dichiarano spesso di non essere stati 'preparati' all'entità delle violenze sperimentata durante il loro percorso.

Il confronto con situazioni estreme, il dovere effettuare autonomamente delle scelte in tempi rapidi, induce nei ragazzi uno stato di allerta costante, essendo costretti a reagire su un registro di attacco/fuga fondato su una diffidenza maturata nei confronti dell'ambiente esterno, che permane spesso anche al loro arrivo. È possibile quindi che il rapporto con gli operatori, prime figure di riferimento in Italia, risenta della difficoltà di questi ragazzi a costruire relazioni basate sulla fiducia.

Inoltre, il concetto di 'doppia assenza' (Sayad, 2002), richiamato da Ciardi, evidenzia bene l'inquietudine che caratterizza l'esperienza migratoria dei MSNA, che avendo investito molto in questo progetto, non sono disposti ad ammetterne l'eventuale fallimento. Un fattore di rischio importante perché l'urgenza di dimostrare la propria capacità di rispondere al mandato familiare e di costruire un'immagine di sé che risulti 'vincente' almeno in patria, può esporre i minori ad abbandonare percorsi di crescita e di integrazione di lungo o medio periodo per entrare in circuiti di illegalità e/o di sfruttamento.

Il caso clinico di Ciardi ci dimostra che il modo in cui il MSNA dà senso agli eventi, alla propria esperienza, all'incontro con gli altri e ai bisogni personali è accessibile solo attraverso un atteggiamento del terapeuta che sia *decentrato*. L'etnopsichiatra Marie Rose Moro (2004) indica proprio nel decentramento del terapeuta il processo fondamentale della sua proposta di Clinica transculturale. Nell'approccio della Moro il decentramento consente di connotare la relazione di cura come una negoziazione tra diversi significati che può condurre ad una attribuzione di senso condivisa alla sofferenza. Viene in mente l'idea di dialogo presente nelle opere filosofiche di Bachtin (1981), secondo cui alla base del dialogo c'è l'*eteroglossia*, ovvero l'elaborazione congiunta dei significati tra i partecipanti ad una conversazione.

Ma perché uno spazio dialogico possa effettivamente aprirsi, Ciardi ci ricorda che è necessaria la *capacità riflessiva* del terapeuta, cioè la capacità di riflettere sulle proprie premesse e sulle proprie azioni, sottoponendo il processo di cura ad una costante valutazione ricorsiva (Fruggeri *et al.*, 2020). Quello che il terapeuta di A. ha compiuto però non è stata semplicemente una riflessione su quello che lui conosce od osserva, ma ricorda piuttosto l'invito di Bateson ad interrogarci sul *come* conosciamo ed osserviamo: '*How knowing is done*' (Bateson & Bateson, 1989). Infatti, il terapeuta si è interrogato sull'uso che stava facendo in terapia dei propri criteri e sistemi di riferimento individuando nell'uso della parola e nella narrazione, gli strumenti che ostacolavano l'incontro terapeutico con A. D'altro canto è usuale per ogni clinico che svolge la propria pratica con i migranti prendere

consapevolezza del fatto che alcuni dei pregiudizi taciti che intervengono quasi automaticamente nell'incontro terapeutico possono includere i propri strumenti tecnici e professionali. Potremmo in tal senso parlare di pregiudizi che derivano da un 'dettato scientifico'. Mettere a fuoco tramite l'autoriflessività ciò che trasferiamo nella pratica clinica, consente quindi al terapeuta di valutarne le conseguenze nella relazione di cura e comprendere così quell'impasse e quei i circuiti di frustrazione e di impotenza che possono generarsi nel rapporto con il paziente e che troppo sbrigativamente possono essere etichettati come 'resistenze' o 'difese' del paziente.

Ciardi, pur definendo, correttamente a mio avviso, il terapeuta occidentale come un 'professionista della cura che ha elaborato teorie e atti terapeutici che funzionano in alcuni casi e in altri no', non ha tuttavia avvertito l'obbligo di adottare un dispositivo di tipo etnopsichiatrico. L'atteggiamento del terapeuta e gli strumenti utilizzati non hanno infatti richiamato le pratiche che rappresentano la risposta collettiva e sociale alla sofferenza mentale elaborata dal gruppo di appartenenza culturale del minore. Il rischio insito in tale approccio risiede nella possibilità che il disagio di A. venisse interpretato e quindi reificato in un corredo di caratteristiche altrettanto rigide tanto quanto quelle del terapeuta occidentale 'non riflessivo', impedendo di cogliere le dinamiche di cambiamento e di trasformazione legate all'esperienza specifica di A., alla sua migrazione, ai suoi processi di acculturazione (Berry & Sabatier, 2010). Questo avrebbe inevitabilmente generato un nuovo stato di impasse.

Al contrario di tutto questo, attraverso la *competenza dialogica* fondata sull'*autoriflessività*, il terapeuta è partito da una posizione ancora fondata sulla propria cultura e ha 'selezionato' fra le tecniche occidentali delle terapie trauma-focused, quella che maggiormente avrebbe permesso di aprire e consolidare lo 'spazio dialogico' con il paziente. D'altro canto, il terapeuta non può fare a meno di essere un individuo 'culturalmente situato' (Pearce, 1998). Tutte le persone si impegnano inevitabilmente in scambi di comunicazione a partire dalla propria posizione specifica. La differenza riguarda se essi rispondono all'eterogeneità culturale con rispetto e curiosità oppure no. Nel primo caso, il posizionamento del terapeuta è processuale e dialettico e consente di garantire una visione più dinamica e flessibile delle differenze culturali e del ruolo che esse possono giocare nella relazione di cura. Nel secondo caso, lo scambio diventa un esercizio di potere per conto di un membro di un gruppo dominante sugli altri (Davolo & Fruggeri, 2016).

Un'ultima considerazione vorrei farla sulla necessaria sensibilità del terapeuta nei confronti del contesto in cui è situato il suo intervento. Ciardi osserva come 'prendersi cura di questi ragazzi significhi avere *cura del sistema curante* e di come, esso, talvolta, agisca il malessere di cui viene investito dai ragazzi. Lo sguardo clinico, dunque, va allargato ai contesti e ai sistemi su cui si appoggia il ragazzo, sistemi che, di volta in volta, pos-

sono essi stessi diventare zavorre che aggravano i sintomi o potenti leve terapeutiche'. In questo passaggio, l'autore ci invita ad allargare l'orizzonte delle competenze psicoterapeutiche includendo la dimensione sociale della psicoterapia, che si esprime attraverso la capacità di costruire reti e di considerare la collocazione sociale delle persone come fattore che influisce sullo sviluppo del disagio. L'autore propone dunque un approccio specifico alla relazione di aiuto con i MSNA, non più espressa nei termini di 'presa in carico', ma come un *accompagnamento* in cui ciascun contesto d'intervento (la psicoterapia, la comunità educativa, il servizio sociale, la scuola, ecc..) è abitato da professionisti che si assumono la responsabilità di rispondere alla domanda di aiuto, senza annullare la complessità. È quindi necessaria una metodologia che non sia prettamente organizzativa e quindi coincidente con la sola riunione di tutti gli operatori coinvolti. Il senso di sicurezza di cui hanno bisogno questi ragazzi per poter tornare a padroneggiare la propria esistenza, ci ricorda Ciardi, deriva innanzitutto dalla sicurezza degli operatori e dei servizi. Al contrario, interventi settoriali, parcellizzati, giustapposti o peggio discordanti tra professionisti oltre a minare il senso di sicurezza degli operatori, indotti ad arroccarsi in posizionamenti difensivi, ripropongono la scissione dell'esperienza vissuta dal minore tra il 'qui e l'altrove'. Accade, ad esempio, quando la comunità decide unilateralmente per la dimissione del minore, eludendo la complessità degli obiettivi della progettualità condivisa con i servizi, o al contrario quando i servizi mancano di considerare le caratteristiche specifiche di una struttura di accoglienza in relazione alle caratteristiche del ragazzo e del suo progetto.

Infine, l'autore ci mette in guardia dal pericolo di un ricorso a pratiche latenti di istituzionalizzazione dei MSNA quando ci invita a 'trovare una formula di compromesso alla tentazione di un *maternage* istituzionale', che inevitabilmente fallirebbe nell'incontro con ragazzi che già si pensano e si vivono come adulti. D'altro canto, nella mia esperienza di pratica clinica con i migranti, e non solo con minori migranti, mi è capitato spesso di lavorare insieme a servizi di accoglienza che definivano i bisogni dell'utente, talvolta prescindendo dal suo punto di vista, partendo così dalla premessa che quel MSNA o quel migrante ha una scarsa consapevolezza o competenza nel definire i suoi problemi e le sue risorse. Va dunque riconosciuta una capacità di agency e di auto-determinazione a questi ragazzi e occorre sottrarsi dalla tentazione di considerarli incompetenti perché vulnerabili, o peggio ancora manipolativi, nel parlare di sé, dei propri desideri, dei propri progetti. Ritengo che questo *riconoscimento della competenza del paziente* sia una pre-condizione a qualsiasi intervento 'terapeutico', genericamente inteso, con i Minori Stranieri Non Accompagnati, perché in grado di contribuire al tentativo di rendere questi ragazzi persone attive in grado di guardare al proprio futuro e trasformare la doppia assenza (*né qui, né là*) in doppia presenza (*sia qui, sia là*).

## BIBLIOGRAFIA

- Bachtin, M. M. (1981). *The dialogical imagination. Four Essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bateson, G., & Bateson, M. C. (1989). *Dove gli angeli esitano*. Milano: Adelphi.
- Berry, J. W., & Sabatier, C. (2010). Acculturation, discrimination and adaptation among second generation immigrants youth in Montreal and Paris. *International Journal of Intercultural Relations*, 4(3), 191-207.
- Davolo, A., & Fruggeri, L. (2016). A systemic-dialogical perspective for dealing with cultural differences in psychotherapy. In: McCarthy, I. & Simon G. (Eds.), *Systemic therapy as transformative practice*. Dublin: Everything Is Connected Press.
- Davolo, A., & Mancini, T. (2017). *L'intervento psicologico con i migranti*. Bologna: Il Mulino.
- Fruggeri, L., Balestra, F., & Venturelli, E. (2020). *Le competenze psicoterapeutiche*. Bologna: Il Mulino.
- Moro, M. R. (2004). *Seminario introduttivo alla clinica transculturale*. Bobigny: Association Internationale d'Ethno-Psychanalyse.
- Pearce, B. W. (1998). *Comunicazione e condizione umana*. Milano: Franco Angeli.
- Sayad, A. (2002). *La doppia assenza*. Milano: Raffaello Cortina.

---

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 22 novembre 2022.

Accettato per la pubblicazione: 29 novembre 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:741

doi:10.4081/rp.2022.741

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*

