

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

Alessandro Ciardi*

Oltre al lavoro clinico come Psicologo e Psicoterapeuta in ambito privato - dove incontro adolescenti e adulti - collaboro come consulente con la Neuropsichiatria dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano - IRCCS Ca' Granda, e più precisamente con l'Equipe che, entro la UONPIA, si occupa di MSNA, *minori stranieri non accompagnati*. Ho accettato volentieri l'invito a condividere qui alcune riflessioni rispetto a una situazione clinica che, in qualche modo, a mio parere, esemplifica alcuni livelli di complessità nei quali mi trovo immerso e sui quali provo a navigare, insieme con altri professionisti e agenzie del territorio, nella 'presa in carico' e fragile progettualità legata alle traiettorie di questi ragazzi.

La maggior parte di loro manifesta problematiche cosiddette esternalizzanti, caratterizzate da discontrollo degli impulsi, disregolazione neurofisiologica, livelli di reattività importanti, scarsa tolleranza alla frustrazione, difficoltà di mentalizzazione, oppositività e condotte devianti, uso di sostanze, rischio di adesione ai circuiti dell'illegalità. Questi ragazzi, quindi, sono in grado di mettere a dura prova tutti gli operatori e le agenzie educative, 'depositando' nel sistema curante e/o in parti di esso il proprio malessere e attivando proiezioni e identificazioni proiettive capaci di rimettere in scena aspetti fortemente disfunzionali e dinamiche transferali e controtransferali che, talvolta, se non elaborate, rischiano di mantenere o aggravare il sintomo.

A. è un ragazzo di origine egiziana, di 16 anni, nato in un paese a circa 100 km a sud-ovest del Cairo. La sua storia somiglia a quella di tanti. Il padre lavora saltuariamente come operaio nei cantieri, la madre è casalinga, il fratello più piccolo va ancora a scuola - ha otto anni -, la sorella più grande si è trasferita al Cairo ed è sposata. A. ha frequentato le scuole fino ai 14 anni, poi le necessità della famiglia gli hanno imposto di iniziare a lavorare,

*Psicologo Clinico, Psicoterapeuta, Sceneggiatore, Formatore, Milano, Italia.
E-mail: alessandrociardi5@gmail.com

raggiungendo, per un certo periodo, il padre in cantiere e, successivamente, trovando altri lavoretti come meccanico. Il ragazzo avrebbe riferito dei problemi di alcolismo del padre, che avrebbero portato quest'ultimo ad allontanarsi dalla famiglia, lasciando A. con la madre e il fratellino più piccolo.

La famiglia, in generale, vive a un livello minimo di sussistenza e grandi sono le difficoltà economiche. Il padre e la madre non hanno studiato, avendo dovuto provvedere a sé stessi molto presto. Lo svantaggio economico e socio-culturale, la deprivazione di stimoli a partire da un ambiente povero e il basso livello di scolarizzazione contribuiscono a definire un livello di Q.I. fluido, non verbale, di 68, border cognitivo come molti ragazzi che hanno accesso al servizio. A questo esito contribuisce anche l'evoluzione di un probabile PTSD complesso, strutturatosi nell'infanzia: A., infatti, accennerà a violenze di cui sarebbe in parte stato testimone - percosse alla madre da parte del padre - e a violenze subite - percosse dal padre e aggressività verbale.

Sappiamo bene, ad oggi, grazie al contributo di alcune teorie ed evidenze neurobiologiche, che traumi relazionali precoci e pattern di attaccamento disfunzionali contribuiscono alla strutturazione di un funzionamento e risposte neurofisiologiche fortemente disregolate.

Per il resto del tempo, quando ancora in Egitto, A. fa le cose che fanno i ragazzi della sua età: gioca a calcio, fuma sigarette, si perde tra prove tecniche di virilità coi suoi amici. E sogna l'Italia. Il passaparola è uno strumento efficacissimo nel sostenere il sogno di un avvenire migliore ma anche nel propagandare l'illusione di una vita facile, ricca e accessibile, dall'altra parte del Mediterraneo. Accade così anche per A. Giungono i racconti di chi ce l'ha fatta - di chi racconta di avercela fatta, sarebbe troppo ammettere le difficoltà - di chi ha raggiunto l'Europa, l'Italia, dove c'è lavoro, si sta bene e la vita è più facile - questo immaginario viene riferito spesso dai ragazzi che, durante il percorso terapeutico, se accedono a una fase depressiva, per nulla scontata, di connessione coi propri vissuti di perdita e separazione, dichiarano l'esistenza e circolazione di queste narrazioni sull'Europa e del proprio smarrimento di fronte a ben altra evidenza. Tra l'altro, è un aspetto delle dinamiche anche tra gli adulti migranti, laddove, per evitare di ammettere davanti ai propri cari che la realtà è ben più difficile e che il guadagno non è immediato, esistono associazioni di connazionali che raccolgono denaro che viene prestato, di volta in volta, a chi torna in patria a trovare i parenti, per consentirgli di perpetuare una immagine personale di successo, la narrazione del paese delle grandi opportunità e non dover deludere chi, forse, ha bisogno di credere che esista da qualche parte un futuro migliore in cui sperare.

Così A. decide di partire. La madre, racconta, non era d'accordo. E A. aspetta. Nel frattempo, continua a raccontare alla mamma di altri ragazzi che chiamano le famiglie e che raccontano del lavoro che si trova e dei soldi che si riescono a mettere da parte. Una notte, salutata la madre, in compagnia di un amico, A. parte.

Comincia un viaggio per certi versi simile a quello di altri e diverso. Perché ogni viaggio è diverso. Ad alcuni va meglio che ad altri - non è questa la sede per dilungarsi sulle rotte differenti e i rischi che alcune traiettorie di viaggio implicano, ormai, a prescindere. Ad A. non va benissimo. Viene preso al confine con la Libia e messo in un centro di detenzione, dove starà 1 mese. Racconta di un periodo molto difficile: assiste a percosse, viene a sua volta picchiato due volte, un'altra volta gli puntano una pistola addosso.

Decide che tanto vale provare a scappare appena possibile. Ci riesce, si imbarca su una di quelle navi che intravediamo nei servizi dei telegiornali, dopo la pagina di politica interna ma prima degli scandali della corte inglese. Racconta di un viaggio durato alcuni giorni e alcune notti. Per fortuna incontra adulti che si prendono a cuore la sua esistenza - ha ancora 15 anni quando tenta la traversata - e che lo proteggono dagli atteggiamenti violenti degli scafisti. Il viaggio è costato 5.000€, ottenuti vendendo la quasi totalità di un vecchio terreno di proprietà del nucleo familiare e provocando, inevitabilmente, in chi resta - in questo caso, la madre, ulteriormente in difficoltà - , una domanda di risarcimento costante che spesso opprime A. che non sa come farvi fronte, una volta in Italia e senza lavoro per molti mesi.

L'approdo in Sicilia è la fine di un incubo e l'inizio di un'altra storia. Da lì un primo centro di accoglienza, il trasferimento a Milano nella prima comunità socio-educativa. Nel contesto comunitario che lo accoglie, a un mese dall'arrivo, l'adattamento al nuovo ambiente fatica, rallenta, si inceppa, nella difficile integrazione tra identità valoriali del paese di origine e nuove richieste del paese di accoglienza, già così diverso da come se l'era immaginato. Lentamente ma inesorabilmente, la fatica inizia a erodere la tenuta psichica e la presenza in Italia entra in crisi, costituendosi come una doppia assenza, un *non più là ma non ancora qui*. E cominciano i primi problemi. A. talvolta si isola, non ha voglia di partecipare alle attività, il sonno è disturbato; talvolta è reattivo e ha accessi di collera in cui rompe oggetti; una volta, di ritorno da una serata con amici conosciuti fuori dalla Comunità, rientra in ritardo, un educatore glielo fa notare e lui reagisce, sotto effetto dei fumi dell'alcol, brandendo un taglierino e minacciando l'educatore che ha la prontezza di non reagire ma che chiama la polizia. Accadrà un episodio simile un'altra volta: in stato di lieve ebbrezza - torna qui la familiarità e il 'legame' col padre -, al ritorno da una uscita, alza la voce con una educatrice e rompe un vetro con un pugno. L'educatrice, sconvolta, chiama l'ambulanza. In ospedale viene confermata la presenza di alcol e di sostanze psicotrope nel sangue e nelle urine.

La comunità, già appesa a un filo e in evidente stato di difficoltà, in accordo ai servizi sociali, decide per il trasferimento del ragazzo presso altra Comunità, che viene individuata in tempi rapidi - accade spesso, con questi ragazzi di cadere nella trappola espulsiva, d'altro canto sottopongono il sistema curante ad attacchi costanti e ad agiti che mettono in scena la vio-

lenza di un caos angosciante, dove mancano appigli e le capacità di pensiero e progetto sono ridotte all'angolo.

La segnalazione alla UONPIA giunge dopo il primo episodio di discontrollo.

Quando vedo A. la prima volta mi colpiscono la tristezza nello sguardo, la postura chiusa nelle spalle e un eloquio spontaneo ridotto, con un tono di voce che sembra spesso stringersi in gola, come quando si è prossimi al pianto. Il contatto visivo è scarso e sfuggente, gli occhi spesso puntati in basso, a fissare un punto imprecisato. Complessivamente emerge una tonalità depressiva. L'aggancio sarà difficile. Da un lato a causa di alcuni episodi, anche se di minore gravità, che continueranno a susseguirsi e che porteranno il ragazzo a saltare alcuni colloqui - lancio di oggetti a un compagno, sfuriata a tavola per un piatto che aveva già mangiato, richiami numerosi al rispetto degli orari, altri richiami perché il ragazzo continua a fumare canne, di nascosto ma non abbastanza per non essere notato, dato che fuma in Comunità... -; dall'altro perché, la nuova comunità è in affanno e le sta provando tutte, forse in un eccesso non consapevole di accudimento, proponendogli attività spesso ritagliate su di lui in quanto a orari e concessioni di partecipare con le modalità che egli ritiene più comode, dando vita però ad una faticosa dinamica intrapsichica, nei curanti, che li vede oscillare tra idealizzazione e senso di frustrazione e impotenza di fronte ai boicottaggi del ragazzo - va detto che A. è sempre riuscito, con la rete dei servizi, a comunicare un importante livello di vulnerabilità e fragilità personale, aspetti in grado di tenere viva l'attenzione su di sé e di suscitare una importante disponibilità nei suoi confronti.

Nel frattempo, i servizi sociali iniziano a domandarsi se non valga la pena di rivalutare la progettualità del ragazzo, poiché - ed è vero - non aderisce alle proposte: frequenta poco e male il corso di italiano, non esprime il desiderio di lavorare né di cercare una occupazione; in Comunità fa sempre più spesso quello che vuole.

Per quel che riguarda me, ai nostri colloqui viene quasi sempre. Ma non parla - ai colloqui è sempre presente una Mediatrice di lingua araba. Alla domanda: 'come stai?' la risposta è: 'bene, grazie'. E non si va molto oltre. Anche io inizio a soffrire questi vuoti - di senso e di parola -, che si ripetono identici, dopo i primi colloqui di valutazione orientati alla definizione di una diagnosi clinica e neuropsichiatrica - dove si evidenziano chiaramente problematiche esternalizzanti e ansioso-depressive, unite a disturbo dell'adattamento e a probabile PTSD.

A partire dal quadro biografico, inizio il nostro percorso con una attenzione agli effetti delle memorie traumatiche e comincio a proporgli un lavoro di consapevolezza corporea - la fase di stabilizzazione delle terapie trauma-focused, che attiva risorse di consapevolezza e connessioni coi vissuti del/nel corpo, prima di entrare nella successiva fase di elaborazione delle

esperienze traumatiche. Durante gli incontri A. sembra contento di parlare poco - e me lo dice - ed io sono maggiormente convinto che altre strade vadano prese, meno legate all'uso della parola - oggi sappiamo che la connettività tra neocorteccia e strutture sottocorticali è compromessa in caso di traumi precoci, con difficoltà a discriminare stimoli e mentalizzare esperienze; inoltre l'Area di Broca, deputata al linguaggio, è funzionalmente disattivata nella rievocazione di memorie traumatiche, non rendendo disponibile alcuna verbalizzazione degli eventi traumatici durante le sedute, almeno inizialmente.

In accordo alle teorie neurobiologiche sul trauma (teoria polivagale) e al buon senso (clinico) so che per chi non ha potuto usufruire di esperienze di sicurezza interiore, la *sicurezza diventa il trattamento*. Decido quindi di 'limitarmi' a creare le condizioni affinché A. possa cominciare a fidarsi di ciò che sente nella relazione terapeutica e allentare la tensione. È un lavoro che richiede fiducia, forse persino fede. Nel tempo, di seduta in seduta, qualche parola si aggiunge spontaneamente ai suoi resoconti, lo sguardo si fa più presente e compare qualche accenno di sorriso. Col passare delle sedute A. inizia a richiamare in colloquio alcuni frammenti e dettagli di alcune esperienze vissute. Entriamo così, naturalmente, nella fase di elaborazione delle memorie, laddove si cerca di tracciare una linea cronologica nel racconto, per mettere in ordine ciò che dilaga caoticamente ed irrompe in forma di pensiero intrusivo e flashback.

Entro il quadro eziologico del trauma, alcune modalità di funzionamento di A. ritrovano una loro logica - sia i momenti di iperarousal, con reazioni attacco/fuga tipiche di una sua certa reattività sia le fasi di ipoarousal, con componenti di evitamento passivo, impoverimento energetico, senso di distacco e isolamento. Cercherò di riportare puntualmente ai servizi - Comunità e Assistente sociale - questo quadro di funzionamento, per consentire loro di dare un senso ai comportamenti del ragazzo ed evitare, il più possibile, di entrare in una dinamica frontale di escalation.

Non ritengo significativo entrare nel dettaglio del trattamento trauma-focused adottato - il riferimento specifico è alla NET, *narrative exposure therapy*, un protocollo che lavora sulla rievocazione di alcuni eventi traumatici, guidata dal terapeuta, nel tentativo di lavorare sulla distinzione, annullata dall'esperienza traumatica, tra il qui ed ora e il là ed allora del trauma. Si tratta di un protocollo e, pertanto, va applicato con rigore e attenzione come altre tecniche trauma focali. Ma il punto per me è un altro.

Al di là dell'evidente opportunità, infatti, di maneggiare tecniche e protocolli di lavoro sul trauma, credo sia indispensabile lavorare sulla 'postura' terapeutica, basata su un ascolto sottile e su una posizione del terapeuta di *resa al vuoto*, cioè di *disponibilità a stare con quel che non si capisce e a farvi ugualmente spazio*. Con questi ragazzi imparo ogni volta quanto sia importante che il terapeuta sappia, in particolare nell'incontro col paziente

gravemente traumatizzato, creare un 'campo relazionale' e di contenimento aperto e sicuro - il che ha poco a che vedere col sapere cosa dirò o a quale tecnica potrò riferirmi ma prevede, come requisito strutturale, la necessità di un *radicamento* del terapeuta in sé stesso, a una propria *fonte di stabilità interna* che crea una modalità di ascolto fiduciosa e, per questo, riparativa, costituendosi cioè il terapeuta stesso come base sicura.

Credo poi sia fondamentale avere sempre ben chiaro che ogni psicoterapeuta lavora entro la propria cultura e i suoi significati e che incontriamo l'altro che, a sua volta, si forma nella sua cultura e nel suo orizzonte di significati. *Decentrarsi*, quindi, diventa essenziale, assumendo su di sé un'apertura alla complessità e a rendersi consapevoli delle categorie di pensiero all'opera nell'incontro - l'idea di salute e malattia, di giusto e sbagliato, di terapeutico e non terapeutico. La provocazione che tiene viva la mia attenzione mi spinge a dirmi che è nella nostra matrice occidentale che pensiamo che la sofferenza si curi attraverso la conoscenza esplicita e la narrazione della propria storia - non ovunque è così e mi viene spesso ribadito da questi ragazzi come presso alcune delle culture da cui provengono non si cura parlando ma si cura facendo. Il che mi fa pensare allo psicoterapeuta occidentale semplicemente come a un professionista della cura che ha elaborato teorie e atti terapeutici che funzionano in alcuni casi e non in altri. Decentrarsi, in fondo, significa allearsi con altri potenziali terapeutici presenti nella cultura delle persone, senza credere di aver elaborato la migliore di tutte le pratiche di cura.

Considero, inoltre, quanto 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, possono essi stessi diventare zavorre che aggravano i sintomi o potenti leve terapeutiche - gli ambienti e le relazioni in cui si trovano a vivere i ragazzi possono svolgere una fondamentale funzione regolativa del sistema nervoso dei ragazzi, costituendosi come spazi sicuri per nuovi apprendimenti. Ma diventa importante anche avere *cura di sé*, come operatori, perché possiamo accompagnare i nostri pazienti solo laddove riusciamo ad arrivare anche noi, dove continuiamo a sentire che possiamo occuparci di noi, continuare ad avere consapevolezza di ciò che il paziente smuove dentro di noi, nel momento in cui viene preso in carico.

A questo proposito, confesso di non apprezzare un granché l'espressione 'presa in carico' - come in molti casi, la necessità di dover comunicare ci porta a ricorrere a formule standard che, lungi dall'essere neutri strumenti comunicativi, definiscono un campo di significati e significanti, producendo narrazioni della relazione di aiuto che ne limitano proprio il potenziale di cura. L'espressione 'presa in carico' prevede una 'presa' e un 'carico'.

La sensazione nel quotidiano, nel delicato lavoro con questi ragazzi, è

che la loro traiettoria meriti una definizione, un approccio e una intenzione differenti e più rispettosi, laddove al posto della *presa* preferisco pensare all'accompagnamento e al *carico* preferisco la parola responsabilità, come desiderio di rispondere, pur nella complessità, alla domanda di aiuto. L'espressione, quindi, diventerebbe qualcosa di più simile a: ti accompagno assumendomi la mia responsabilità e sostenendoti nell'assumere su di te la tua. Credo che in questo equilibrio risieda una sfida importante, nel cercare cioè di rispondere a legittime e fisiologiche fasi regressive dei ragazzi, a bisogni di contenimento ed emergenze che richiedono presidi sanitari e psicologici importanti, senza però prendere il crinale dell'assistenzialismo e (pro)ponendosi costantemente in una posizione 'genitoriale'. Oltre che essere abitati da angosce e vissuti complicati e invalidanti, legati ad alcune terribili esperienze, questi ragazzi chiedono, dal mio punto di vista, che sia al contempo riconosciuta, apprezzata e sollecitata la loro parte adulta e che questo è possibile cercando di trovare una formula di compromesso alla tentazione di un *maternage* istituzionale, talvolta necessario ma che corre il rischio di invalidare una parte progettuale e risorse più adulte.

Non va dimenticato che il *modo* in cui definiamo un tema *può diventare* il problema e che, di conseguenza, la definizione di *minore straniero non accompagnato*, se, da un lato, ne tutela efficacemente la progettualità e i diritti, consentendo l'accesso di questi ragazzi a percorsi di sostegno alle loro difficili traiettorie, dall'altro non esaurisce la complessità di questi adolescenti - dobbiamo ricordarcelo - e può farci correre il rischio di non vedere quello che c'è in termini di risorse, volontà, desiderio, progetti. Cerco, quindi, dal canto mio, sbagliando spesso e volentieri, di ricordarmi che sviluppare una *sensibilità culturale* all'altro significa essere consapevoli dei propri bias culturali. Da qui l'importanza di esplorare e frugare con curiosità proprio le nostre sicurezze e ciò che le fa vacillare - spesso con reazioni di fastidio -, perché proprio il mio sguardo potrebbe tradirmi, le mie consuetudini rendere più faticoso il percorso, il mio linguaggio ostacolare definizioni più complesse e terapeutiche dell'esistenza dei pazienti.

In quanto ad A., oggi sta meglio. È uscito dalla progettualità per minori, lavora, abita con alcuni amici in un appartamento alla periferia di Milano. Fuma ancora sigarette, gioca ancora a calcio. Non ha smesso di sognare un futuro migliore.

BIBLIOGRAFIA

- Altan Tullio, C. (1995). *Ethnos e civiltà. Identità etniche e valori democratici*. Milano: Feltrinelli.
- Devereux, G. (2007). *Saggi di etnopsichiatria generale*. Roma: Armando Editore.
- Inglese, S. & Cardamone, G. (2011). *Dejà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*. Milano: Colibri.
- Porges, S. W. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Ed. Giovanni Fioriti.
- Sclavi, M. (2003). *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milano: Ed. Bruno Mondadori.

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: 12 ottobre 2022.

Accettato per la pubblicazione: 28 ottobre 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:730

doi:10.4081/rp.2022.730

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.