

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

Alessandro Ciardi*

Ho letto con piacere e interesse i commenti dei colleghi al mio intervento. In occasioni come queste, e grazie ad esse - quando c'è l'opportunità di un confronto aperto -, mi sento grato per questa circolarità virtuosa di idee che rende il nostro lavoro, spesso faticoso, più ricco e vitale - e la realtà un posto più bello in cui stare. Dunque, anzitutto, ringrazio i colleghi per gli spunti che hanno condiviso, integrando le mie impressioni e annotazioni di viaggio, spunti rispetto ai quali, a mia volta, e in modo del tutto non conclusivo, provo a dire qualcosa.

La clinica con le persone migranti, più in generale, e il lavoro clinico coi MSNA, in particolare, sollecita senz'altro un tema fondamentale e trasversale alla psicoterapia, che giustamente richiama De Lorenzo: il ruolo svolto dalle rappresentazioni e variabili culturali nella configurazione del soggetto, della persona - provocatoriamente, ricordo, quindi, anche del clinico -, nonché il rapporto peculiare che quella persona ha con i propri *item* culturali e i propri 'mandati'. Come scriveva lo psicoanalista ungherese Géza Róheim 'noi siamo, al tempo stesso, creature e creatori di Cultura', viviamo immersi entro narrazioni, atti linguistici, credenze che costruiscono, orientano il nostro modo di vedere e abitare la realtà. Al punto che, in ambito etnopsichiatrico, si parla di *culture-bound syndrome*, cioè di sindromi 'ordinate' dalla cultura, come sottolineano e traducono Cardamone e Inglese - forme e modi culturalmente specifici attraverso cui si esprime il malessere psichico. Sindromi ordinate dalla Cultura proprio nella doppia accezione di *ordinato* come *imposto* ma anche come *messo in ordine*. La cultura 'imporrebbe' al soggetto un pool di comportamenti socialmente accettati e decodificabili entro il proprio gruppo di apparte-

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

nenza per esprimersi, le necessarie coordinate simboliche per vivere alle proprie latitudini; d'altro canto, come ogni 'struttura', anche la cultura da un lato consente di costruire, di uscire dall'indifferenziato e manifestarsi, dall'altro impone un perimetro e dei limiti.

Se però è vero che la cultura rappresenta l'universo simbolico entro il quale ci collochiamo e siamo collocati, il lavoro della cura non necessariamente deve ricondurre la persona alla sua cultura di appartenenza, nell'illusione terapeutica che solo entro il proprio contenitore culturale il soggetto rintracci le risorse utili a sciogliere il proprio malessere - per quel che ne so e vedo, talvolta è proprio vero il contrario. In questo senso, trovo puntuale il richiamo di De Lorenzo al diritto, a maggiore ragione dell'adolescente, di individuarsi e soggettivarsi cercando di trovare un buon compromesso tra cultura di origine e cultura di accoglienza. Già Georges Devereux, acutamente, definiva la salute mentale come 'differenziazione per arricchimento', intendendo il benessere della persona come profondamente legato alla capacità di integrare in sé elementi diversi, incrementando la complessità e la ricchezza dell'universo di significati personali.

Il rischio, sottolineato anche dal collega Davolo, ribadito da un dibattito in corso in Francia ormai da diverso tempo nell'ambito della psichiatria culturale - si veda la querelle tra l'antropologo Didier Fassin e lo psicoanalista Tobie Nathan -, consiste nel pensare che le leve terapeutiche cui riferirsi nella clinica con i pazienti siano necessariamente da rintracciare nell'universo culturale di origine - atteggiamento che ha attirato, su Tobie Nathan, l'accusa di atteggiamento clinico neocolonialista.

Detto in altri termini, la persona può farsene ciò che vuole delle proprie eredità e decidere dove collocarsi, nell'universo dei significati della propria cultura di riferimento, ricavandosi una posizione originale e singolare.

A complicare questo processo di individuazione e di autonomizzazione dalla famiglia, come rileva De Lorenzo, c'è la peculiarità dei MSNA che, per portare a termine questo processo, pagano un prezzo troppo alto, a volte, fatto di incertezza, precarietà, rinunce. Con l'aggravante di molte famiglie che, in ragione del debito contratto per fare partire il figlio, incombono con un mandato che, a distanza, incatena ulteriormente i ragazzi. C'è un concetto, caro all'etnopsichiatria francese, cui mi fa ripensare l'intervento del collega, secondo cui i processi di individuazione di certi adolescenti di seconda generazione (talvolta credo ben si adatti anche alle traiettorie evolutive dei MSNA) consistano nella ricerca attiva e inconscia di situazioni con potenziale traumatico per svolgere, in qualche modo, un rito di passaggio all'età adulta. Purtroppo, però, nel caso dei MSNA, le esperienze traumatiche cui vanno incontro sono psicologicamente ben al di là delle 'prove' che certi adolescenti fanno alle nostre latitudini quando, come scriveva Miguel Benasayag, 'fanno l'Edipo con la Polizia'.

Ho trovato molto bello il concetto richiamato di 'fantasia di recupero

maturativo' e mi trovo molto d'accordo con l'idea che propria dell'essere umano - se così posso generalizzare - sia una spinta a cercare equilibri e soluzioni, talvolta paradossali e disfunzionali, ma pur sempre rispondenti a una logica del vivente orientata all'evoluzione - qui si potrebbe aprire un ampio dibattito, intorno a questa affermazione, mi rendo conto. Compito, allora, del clinico è sviluppare uno sguardo capace di valorizzare questa tensione - consapevole o meno ne sia il ragazzo -, questa intenzionalità implicita, questo propendersi e sbilanciarsi, nei modi più originali che si offrono come sintomi, per afferrare qualche appiglio lungo un difficile crinale. Importante, dunque, diventa, come si dice, bonificare il proprio sguardo di clinico - e sostenere le agenzie educative e i Servizi nel fare altrettanto - per tentare di vedere e riconoscere, pur nella disfunzionalità, una forma di intelligenza all'opera.

Mi trovo senz'altro molto d'accordo con Zito, quando richiama il senso della parola 'patologia' come 'sentimento di vita impedita' e, quindi, la difficoltà di cogliere e sentire la sofferenza dell'altro se ricondotta a categorie quantitative. Sempre Zito richiama le parole di Correale, che ho avuto il piacere di ascoltare più volte, rendendomi conto ogni volta di come l'esistenza e il malessere di un paziente ritrovano consistenza e senso solo in una narrazione che, proprio in quanto tale, prova, nel suo svolgersi, ad articolare traiettorie e ipotesi, rianimando diagnosi che, a stento, dicono qualcosa. La vita, insomma, la conosciamo in quanto narrata e, così, non si dà comprensione della sofferenza se non entro uno sforzo narrativo - penso qui alla bella definizione di Eugène Minkowski di psicopatologia come *psicologia del patologico* e non come patologia dello psichico.

Mi ha molto sollecitato una espressione di Davolo, quando sottolinea l'importanza del riconoscimento della competenza dei pazienti, affermando che 'occorre sottrarsi alla tentazione di considerarli incompetenti perché vulnerabili'. Trovo che questo sia un tema capitale e che sollecita riflessioni a più livelli. Da un lato evoca l'idea, come già detto, che il paziente, comunque sia, è in cerca di soluzioni, anche se estreme, disfunzionali o controproducenti; il sintomo, quindi, andrebbe visto e 'valorizzato' come ricerca del senso, non come ciò che lo ostacola. Dall'altro, quanto sia di per sé terapeutico - e lo sottolinea molto bene la psichiatria culturale ma anche certa psicoanalisi - rivolgersi alla parte adulta e competente del paziente, alle sue risorse, alle sue intuizioni.

Confidare nel processo, dunque, anche quando si avanza senza avere chiara la direzione, avere fiducia nelle competenze e capacità dell'altro è il requisito fondamentale perché qualcosa si schiuda e accada - come coi bambini, quando apprendono: essi riescono a farlo fundamentalmente perché qualcuno crede in loro ed è convinto che ciò sia possibile; senza questo tipo di sguardo, ogni apprendimento diventa performance ripetitiva, priva di senso e vita.

Infine, trovo che l'attenzione rievocata da Davolo al *come conosciamo* sia attitudine imprescindibile del clinico. Ciò che vediamo non ci informa su ciò che c'è ma, tipicamente, su come guardiamo. Credo che il clinico possa provare a coltivare lo stesso tipo di approccio che ritrovo nelle pratiche contemplative, quando impariamo a riportare e tenere una attenzione focalizzata su un oggetto e, allo stesso tempo, a mantenere una consapevolezza periferica di ciò che accade intorno a noi; il che, a mio modo di vedere, significa, nella clinica, non solo dare attenzione ai processi - senza perdersi nei contenuti - ma avere consapevolezza che ciò che vedo non è *il mondo* ma solo *il mio mondo*; la persona con cui entro in contatto, prima di diventare eventualmente una diagnosi, è un territorio sconosciuto da esplorare, in cui la guida, prima di qualsiasi altra mappa o illustre vademecum in nostro possesso, è l'altro.

Come diceva l'orientalista Louis Massignon, 'per comprendere l'altro non bisogna annetterlo ma farsi suo ospite'.

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: 7 dicembre 2022.

Accettato per la pubblicazione: 13 dicembre 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:743

doi:10.4081/rp.2022.743

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.