

Si fa presto a dire comunità: alla ricerca di un'epistemologia gruppale per la salute mentale contemporanea

di Antonino Aprea*

[Ricevuto il 24/09/2022
Accettato il 13/11/2024]

Riassunto

In questo articolo l'autore si interroga sul termine "comunità" nell'ambito della psicoterapia e della salute mentale. Declina la questione "comunità" secondo quattro prospettive: il coinvolgimento di campi terapeutici multi-personali che permettano i processi di diagnosi, cura e riabilitazione della persona sofferente; lo spazio socioculturale prossimale in cui è possibile rilevare l'incidenza dei determinanti familiari e sociali del disagio e della patologia psichica del paziente; le comunità professionali degli operatori della salute mentale; e infine la comunità come dispositivo terapeutico.

Parole chiave: Comunità, Epistemologia gruppale, COIRAG, Salute mentale.

Abstract. *It's easy to say community: the search for a group epistemology for contemporary mental health*

In this article the author questions the notion of "community" in the field of psychotherapy and mental health. He considers the question of "community" from four perspectives: the involvement of multi-personal therapeutic fields that enable the processes of diagnosis, treatment and rehabilitation of the suffering person; the

* Psicologo, psicoterapeuta, già Preside della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica della COIRAG, responsabile della Commissione Scientifica COIRAG, socio Laboratorio di Gruppoanalisi (via Rovereto, 7 – 00198 Roma); antonino.aprea@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSN^e 1972-4837), 2/2022
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19789

A PARTIRE DALLA COIRAG

proximal socio-cultural space in which the incidence of family and social determinants of the patient's distress and psychic pathology can be detected; the professional communities of mental health workers; and, finally, the community as a therapeutic device.

Keywords: Community, Group epistemology, COIRAG, Mental health.

Credo sia opportuno, forse necessario, iniziare questo mio intervento introduttivo dichiarando i rischi che appaiono inevitabilmente in agguato quando ci si confronta, anche nell'ambito della psicoterapia e della salute mentale, sui temi che sono al centro della nostra riflessione odierna, innanzi tutto quello di "comunità". I rischi sono a mio avviso quelli dello scivolamento del discorso sul piano della retorica e su quello, probabilmente più insidioso, dell'invettiva contro gli immancabili persecutori esterni.

Con ogni probabilità, nelle brevi riflessioni che mi accingo a svolgere, non sarò in grado di evitare questi pericoli, ma credo che dichiararli in partenza possa aiutare a meglio sostenere la fatica di sviluppare su questi temi un pensiero sufficientemente critico e autocritico. Un pensiero che sappia partire, e rimanere fortemente vincolato, ai fenomeni critici emergenti dalla pratica clinica quotidiana, ai suoi fallimenti, alle sue fragilità e inadeguatezze epistemologiche e procedurali e anche alle sue opacità e miserie etiche.

La questione della comunità in salute mentale può alludere almeno a quattro ambiti distinti e interrelati tra loro: 1) il coinvolgimento di reti della comunità della persona sofferente nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione. Si tratta del grande tema della costruzione, in presenza di vincoli psicopatologici e sociali specifici della situazione clinica in esame, di campi terapeutici multipersonali che permettano una co-evoluzione delle persone significative (Pontalti, 2006); 2) la comunità come spazio socioculturale prossimale del paziente in cui è evidenziabile l'azione e l'incidenza relativa dei determinanti familiari e sociali del disagio e della patologia psichica e in cui è possibile sviluppare interventi per incidere in maniera diretta o indiretta su di essi. In questa accezione la comunità è quella rete di legami in cui è visibile, nella vita individuale e relazionale, l'impatto delle grandi trasformazioni socioantropologiche sui processi di tessitura dei codici collettivi di senso che costituiscono l'ordito su cui si costruisce la trama della mente individuale; 3) le comunità professionali degli operatori della salute mentale con i loro vincoli giuridici, deontologici ed etici, con le loro tradizioni e istituzioni corporative e formative, con i loro interessi, con le loro prassi di intervento e i paradigmi scientifici a cui esse si ispirano; 4) infine, la comunità come dispositivo terapeutico frutto di una sorta di ingegneria psico-

sociale e istituzionale e anche, per esteso, modello generale di una metodologia di intervento di cura del mentale fondata su processi partecipativi a dimensioni collettive e sociali.

Esula dalle mie competenze e dagli obiettivi di questo intervento proporre degli approfondimenti articolati su ognuno di questi ambiti. Il mio intento è invece quello di tentare di mettere in evidenza alcune questioni a essi trasversali, questioni in primo luogo etiche ed epistemologiche che possono aiutarci a cogliere le opportunità e le difficoltà dell'incontro tra la prospettiva analitico-gruppale in psicoterapia e il particolare taglio del lavoro clinico, istituzionale e sociale che ispira la cosiddetta "salute mentale di comunità". Cerchiamo innanzi tutto di chiarire gli aspetti caratterizzanti di queste due prospettive e le loro possibili aporie interne.

Da una parte abbiamo la concezione gruppale della mente che è debitrice, prima ancora che ai padri fondatori della psicoanalisi e dell'analisi di gruppo, alla visione di quel filone della sociologia francese che va da Durkheim a Mauss che vede le istituzioni sociali come l'esito di forze impersonali che precedono gli individui condizionandone, anche se non determinandone, i comportamenti e a loro volta venendo plasmate dal loro agire. In questa prospettiva, presente prima in alcune opere di Freud e poi sviluppata, secondo Dalal (2002) non ancora compiutamente da Foulkes, i soggetti piuttosto che formare le istituzioni e le configurazioni familiari e comunitarie *ne sono formati*, sono iscritti da sempre nella loro grammatica, una grammatica concepita come continuamente aperta al mutamento. Questa apertura al mutamento delle forze impersonali sociali che permeano e plasmano la vita e la mente dei singoli e dei gruppi ha una precisa radice antropologica: l'uomo non si accontenta di vivere nella società e di riprodurla come altri animali sociali ma deve produrre società, dunque continuamente modificarla, per vivere. La prospettiva analitico-gruppale partendo da queste premesse, elabora una visione per la quale la psiche umana nasce, si sviluppa, evolve e involge, dentro e attraverso legami familiari, sociali, comunitari ed è permeata dunque di dimensioni sociali che sono sia interiorizzate a organizzare il mondo interno del singolo soggetto, sia permanenti nel suo mondo esterno come vincoli e possibilità al suo agire, al suo rappresentarsi, al suo appartenere e partecipare a una cultura, contribuendo a trasformarla. Lo studio delle articolazioni tra «lo spazio psichico del soggetto, lo spazio dei legami intersoggettivi e lo spazio psichico delle configurazioni dei gruppi, delle famiglie e delle istituzioni», che secondo Kaës (2018) è il vero compito "di estensione" di una psicoanalisi contemporanea, è però tutt'altro che compiuto. E, soprattutto, ciò che appare chiaro guardando alle discipline dalla prospettiva delle pratiche che realmente ispirano nella quotidianità del lavoro clinico, è che esse fanno fatica a "prendere sul serio", assumere fino in fondo, la prospettiva

scientifico della struttura gruppale della mente. Infatti, finanche per gli psicoanalisti di gruppo che possono organizzare il loro lavoro nel contesto privato la costruzione dei dispositivi di cura non riesce sempre a essere vincolata adeguatamente ai presupposti teorici ed epistemologici del loro orientamento scientifico. A dispetto, dunque, delle elaborazioni teoriche che potremmo definire “larghe”, ispirate all’epistemologia della complessità e a prospettive scientifiche che valorizzano il tema della strutturale pluralità relazionale inscritta nel soggetto, le prassi operative, le azioni e le scelte concretamente messe in campo nella cura, possono tradire un certo grado di riduzionismo e automatismo “individualistico”. La risultante è quella di campi di intervento che rimangono ancorati al dialogo duale tra il clinico e il paziente designato o che, già precocemente, frammentano in spazi rigidamente separati di riflessione ciò che nella vita è connesso, stabilmente emergente¹ dal dinamismo di un sistema relazionale complesso: l’interazione tra i membri di una stessa comunità familiare. La risultante di questo processo è la tendenza diffusa a frammentare il campo diagnostico e terapeutico in una pluralità di interventi gestiti da professionisti diversi che lavorano tendenzialmente in percorsi paralleli con interlocutori del mondo familiare del paziente. Lo spazio psichico proprio delle configurazioni gruppali e familiari, *i mondi delle appartenenze*, vengono tendenzialmente esplorati nel perimetro del mondo interno del soggetto che esprime il disagio o in configurazioni di incontro con le persone significative caratterizzate da una certa fissità e concepite precocemente a compartimenti stagni. Emerge da queste riflessioni un interrogativo di fondo: al di là delle petizioni di principio, spesso verbose e magniloquenti, quanto le metodologie di intervento che guidano le pratiche reali di comprensione diagnostica e intervento psicoterapeutico ispirate alla prospettiva analitica di gruppo riescono a far emergere e rendere esplorabili, a fondo e precocemente, i tre piani dello psichico a cui fa riferimento Kaës?

È una questione critica, di rilevanza centrale, che attraversa anche la prospettiva della salute mentale di comunità. Nel testo *Sulla povertà della psichiatria* Benedetto Saraceno, autorevole psichiatra già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e abuso di sostanze dell’OMS, afferma che occuparsi di salute mentale significa:

¹ Utilizzo, in questo contesto, il concetto di “emergente” così come elaborato dall’Epistemologia della complessità. Scrive a questo proposito Morin «L’organizzazione sistemica produce qualità o proprietà ignote a partire dalle parti concepite isolatamente: *le emergenze*. Così le proprietà dell’essere vivente sono ignote alla scala delle sue costituenti molecolari isolate: queste emergono in questa organizzazione e attraverso questa organizzazione, e retroagiscono sulle molecole costitutive di questa organizzazione» (Morin, 2000, p. 42).

«avventurarsi nella dimensione di quello che l'antropologo americano Arthur Kleinmann chiama "social suffering", (...) confrontarsi con l'ossimoro rappresentato dalla sofferenza urbana» (Saraceno, 2017, p. 9).

Si riferisce con questo lemma all'incontro e alla reciproca interconnessione tra il privato delle storie e sofferenze individuali con i temi e i fenomeni propri della dimensione pubblica e collettiva. Ma il tema chiave anche qui appare essere quello del *come* realizzare questo incontro e questa interconnessione non sul piano astratto e concettuale dell'elaborazione teorica ma sul terreno concreto della metodologia della pratica clinica.

Per chiarire meglio la questione dobbiamo articolare più nel dettaglio alcuni aspetti caratterizzanti dell'approccio della salute mentale di comunità. Nei suoi principi ispiratori e nelle sue prassi operative essa è debitrice del fermento culturale e sociale dei grandi movimenti politici di affermazione dei diritti umani, civili e sociali degli anni '60 e '70 e delle loro battaglie giuridiche e professionali confluite (anche) nella costruzione dell'architettura del sistema sanitario nazionale, concepito con una forte articolazione territoriale e con una vocazione alla strutturale sinergia con i servizi sociali. È in questa temperie culturale e politica che prendono vita, in uno scambio fertile e dialettico con pratiche ed elaborazioni concettuali internazionali, le esperienze di intervento di quel movimento che lo storico John Foot (2014) riunisce sotto la dizione di psichiatria critica (o radicale), preferendola a quella più comunemente usata di "psichiatria antistituzionale". La scelta terminologica non è casuale. L'analisi, ovviamente qui impossibile ma di grande interesse anche per le questioni odierne di riorganizzazione del sistema sanitario, di quanto realizzato a Gorizia, Parma, Perugia, Reggio Emilia, Arezzo prima e poi in molti altri contesti territoriali e istituzionali della psichiatria italiana, mette in evidenza azioni e sperimentazioni, elaborazioni concettuali, battaglie giudiziarie, mobilitazioni politiche e associative, pratiche di sensibilizzazione, accomunate da quella che il filosofo Roberto Esposito chiamerebbe "prassi istituyente" la cui logica:

«implica una continua tensione tra interno ed esterno: ciò che è fuori delle istituzioni prima di istituzionalizzarsi anch'esso, modifica l'assetto istituzionale precedente – sfidandolo, dilatandolo, deformatandolo» (Esposito, 2021, p. 19).

La sfida fondativa di quella che oggi chiamiamo salute mentale di comunità è stata quella di ri-storicizzare non solo i pazienti ma anche, e ancor prima di essi, le istituzioni della cura del mentale, estrarle con una forza d'urto dirompente da una concezione statica, di "stato", evidenziarne i mandati sociali impliciti incongrui di cui erano portatrici, riconoscerne le logiche economiche, di potere e corporative intorno a cui si erano strutturate, e re-

stituirle alla loro natura di continuo divenire. Istituzioni in continuo divenire, dunque, come condizione per restituire le persone imprigionate nella cronicità della sofferenza psichica a un divenire esistenziale. Da questa impostazione conseguono non azioni antistituzionali ma pratiche di deistituzionalizzazione, da intendere come tentativi di distruzione dell'inerzia delle istituzioni e come costruzione di soggettività, singolarità, partecipazione, socialità libera, emancipazione, acquisizione ed esigibilità di diritti, possibilità di vita, autonomia. Potremmo dire che la prospettiva della salute mentale di comunità è stata, e continua a essere, ispirata dalla duplice tensione a mettere in crisi sia una *clinica orizzontale*, che guarda al malato nel suo letto (o lettino), sia i paradigmi scientifici che la legittimano e le politiche che la estendono e la perpetuano. E ciò a vantaggio della costruzione di una sorta di *clinica verticale*, una clinica cioè rivolta a un uomo che sta in piedi, vivo, che si muove nelle sue ambientazioni sociali reali, che partecipa alla tessitura delle sue relazioni comunitarie e alle loro produzioni di senso e cultura. Risulta evidente che nella salute mentale di comunità i determinanti sociali non possono essere visti solo come componenti del modello eziologico ma devono divenire parte delle strategie di intervento a livello "micro-individuale" e familiare. Ciò significa che anche da questo versante il punto chiave sembra essere la necessità di elaborare saperi e competenze procedurali per costruire campi terapeutici e riabilitativi in grado di rendere visibili e analizzabili quei fenomeni familiari e sociali che sono annodati nella fitta matassa della sofferenza mentale espressa dal singolo e per incidere evolutivamente su di essi. Potremmo dire, dunque, che l'intervento sul disagio psichico necessiti non di azioni sociali isolate, azioni che è sempre possibile immaginare e praticare a margine, o comunque in parallelo, rispetto al lavoro dialogico, riflessivo e biografico della cura della parola e della costruzione di senso. La cura sembra necessitare di saperi e dispositivi per rendere rappresentabili e pensabili nel dialogo clinico i fenomeni fattuali, simbolici e affettivi, che ineriscono le dimensioni collettive nelle quali il paziente è iscritto e alle quali, consapevolmente o meno, partecipa. Formuliamo dunque un quesito di fondo: come è possibile restituire al campo mentale individuale e familiare in una forma cognitivamente accessibile e psichicamente elaborabile i contenuti dei piani socio-antropologici e relazionali che, anche se potentemente incidenti nella fenomenologia psicopatologica, appaiono inaccessibili alla coscienza nel loro darsi in forma implicita e impersonale?

A mio modo di vedere l'incontro fin qui mancato, o solo lambito, tra l'analisi di gruppo e la prospettiva comunitaria in salute mentale ha a che fare con la possibile elusione, su entrambe le sponde, di questa questione radicale che è insieme epistemologica, procedurale e, come vedremo, anche etica.

Senza vincolare la sua ricerca a questo quesito di fondo la psicoterapia analitico-gruppale perpetua l'illusione che il mondo interno del singolo paziente o il dispositivo relazionale del gruppo terapeutico siano in grado di ricapitolare *sempre* e dare *piena* rappresentazione al mondo delle appartenenze familiari, comunitarie e culturali. Analogamente, senza l'ancoraggio a questo necessario processo di traduzione dei determinanti sociali a livello dell'intervento di cura individuale e familiare, la salute mentale di comunità consegna nelle mani dei suoi operatori uno strumento tanto ampio quanto velleitario. Uno strumento reso cioè inerte dalla frammentazione del lavoro di cura psichica e sociale in ambiti tra loro sostanzialmente separati, dalla possibile deriva degli interventi sociali, che senza le opportune mentalizzazioni condivise con il paziente e le persone per lui significative, rischiano di scivolare sul mero versante assistenziale, e, infine, dalla vaghezza e dal sovradimensionamento del compito affidato ai singoli professionisti, che già schiacciati dalle responsabilità e complessità della clinica, sarebbero chiamati a incidere, *non si sa bene come*, anche su fenomeni sociali generali. Dunque, sostengo la tesi che ciò che rischia di perdersi nella traduzione mancata tra prospettiva epistemologica e pratica in analisi di gruppo da una parte, e piano macro-sociale e campo micro-clinico in salute mentale di comunità dall'altro, sia in ultima analisi l'efficacia clinica, soprattutto nelle situazioni ad alta complessità psicopatologica e sociale.

Per rendere meglio comprensibili i possibili punti di cedimento di questo ponte ancora fragile o inagibile tra la prospettiva analitico-gruppale in psicoterapia e quella della salute mentale di comunità mi servo di alcune riflessioni sviluppate dagli ospiti delle nostre giornate scientifiche o da figure a loro collegate da storie scientifiche e collaborazioni professionali.

Partirò ancora dalle parole di Benedetto Saraceno, animatore, tra l'altro, del Centro Studi sulla Sofferenza Urbana e ispiratore delle attività dell'area Psichiatrica e Psicosociale della Casa della Carità di Milano, qui rappresentata oggi dalla Direttrice sanitaria, Laura Arduini e dalla dott.ssa Silvia Landra. Proseguirò poi con quelle di Gilberto di Petta e Fabrizio Starace, anche loro nostri graditissimi ospiti.

Iniziamo dunque dal modo in cui Saraceno argomenta la sua scelta di non sottoscrivere il Manifesto per la Salute Mentale, recentemente elaborato e promosso da molte importanti realtà professionali:

«La vera questione che io sento non affrontata [nel documento] è che la Psichiatria è maestra nel negare nella pratica ciò che afferma nelle sue dichiarazioni. Da quanti anni le associazioni professionali degli psichiatri evocano e retoricamente evocano l'etichetta dei diritti umani ma sono complici delle pratiche che li violano? (...) Credo sia tempo di mettere in questione tutta la psichiatria, la sua incongruenza

diagnostica, la sua inesistenza prognostica, la sua ambiguità terapeutica e sia tempo di capire meglio quali siano quelle pratiche che hanno restituito senso, possibilità di vita e diritti di cittadinanza ai malati forse grazie, o proprio grazie, alla decostruzione del discorso della psichiatria e alla promozione di percorsi di legittimazione della produzione di senso delle persone, anche di quelle che sembrano non produrre senso. Ecco perché io ritengo urgente sviluppare un pensiero sul non sapere delle discipline psichiatriche e psicologiche. Per l'istante possiamo solo dire che la psichiatria fa male non perché è biologica ma perché è normativa e perché produce gravi asimmetrie di potere. È urgente dirlo ed è urgente agire di conseguenza» (Saraceno, 2021).

Dunque, per Saraceno due temi sembrano essere centrali. Da una parte la decostruzione del discorso ufficiale della psichiatria, e forse potremmo aggiungere insieme a esso, dei “discorsi pubblici” delle discipline della salute mentale, con le loro affermazioni di principio, le dichiarazioni declamatorie di intenti, le formulazioni di protocolli e linee guida; dall'altra lo sviluppo di un pensiero sul “non sapere” di tali discipline, riferimento a mio avviso cruciale per promuovere una seria riflessione sullo statuto epistemologico delle stesse e anche forse per connetterle.

Proseguiamo con le parole di Gilberto Di Petta, tratte da un testo che non finisce di pungolarci e direi perfino di assillarci, soprattutto come riferimento etico nell'esercizio del compito, che assumiamo come associazione scientifica, di formare nuove generazioni di psicoterapeuti. Sono parole tratte da una lettera idealmente indirizzata dall'autore a un/a giovane Specializzando/a in psichiatria ed estendibili, a mio avviso, a tutti gli operatori sanitari e sociali che si affacciano sui panorami desolati delle istituzioni della salute mentale:

«Troverai, mia/o giovane amica/o, al tuo imminente sbarco sulla “Omaha beach” del territorio, un mondo che non conosci, un mondo difficile assai, dove le diagnosi si fanno a occhio, senza nessuna scala, o, spesso, non si fanno proprio; tanto l'una vale l'altra e, tanto, nella notte psicotica tutte le vacche saranno nere; dove i farmaci si usano come estintori, le terapie diventano prima o poi tutte uguali, e si usano i farmaci che si trovano, non quelli che vorresti usare; dove la psicoterapia è un'ideologia del passato, e la riabilitazione una chimera; dove i colleghi sono stanchi, anziani, demotivati e sotto organico; dove gli infermieri ti diranno cosa è giusto che tu faccia, e cosa non è giusto; dove, spesso, avrai l'impressione che tutti e tutto siano contro di te. Un mondo dove coloro che ti hanno insegnato in questi anni, in genere, non mettono mai piede (li rivedrai ai convegni, sempre perfetti, sorridenti, senza occhiaie, compiaciuti e circondati dai giovani Specializzandi che prenderanno il tuo posto).

(...) Incontrerai pazienti che ti passeranno davanti come in una quintana, che tu dovrai, in qualche modo, curare, o tentare di curare, per quel pezzetto che loro sono affidati a te o che tu sei affidato a loro. Pazienti che, a volte, vedrai per un istante

soltanto, prima di dileguare in un altro Servizio, o prima che loro stessi passino, come su una catena di montaggio, in un altro Servizio (CSM, SPDC; SRA; SRI; CDR; CPS; CIM). Le cose che ti scrivo, se hai la pazienza almeno di conservartele, possono tornarti utili, se non altro per capire il vicolo cieco che hai imboccato, e la complessità di cui hai bisogno per sopportarlo» (Di Petta, 2021).

Può forse essere utile fare echeggiare queste ultime parole di Di Petta: «la complessità di cui hai bisogno per sopportare questo vicolo cieco che hai imboccato». Non un labirinto, ma un vicolo cieco. Un vicolo del quale imparare a “sopportare” la mancanza di sbocchi, senza far vincere la tentazione di tornare indietro sui propri passi, per uscirne. Di Petta non evoca la necessità di inoltrarsi nella complessità, dei temi, delle epistemologie, dei saperi, come percorso finalizzato a grandi trasformazioni. C’è nelle sue parole un realismo dolente e consapevole ma non affatto rassegnato. Ovviamente è una complessità che approfondita, meditata, tradotta in azione resistente quotidiana ha la sua forza generativa, fosse anche solo nel campo del singolo incontro clinico, nel “corpo a corpo” tra il curante e la persona sofferente che ha di fronte, e molte volte addosso e contro. Mi sembra che la complessità a cui Di Petta si riferisce sia innanzi tutto quella che l’operatore può mettere a servizio della «capacità di tenere sospeso il valore di ogni enunciato, così da mantenere le idee tenere all’urto dell’esperienza» (Mortari, 2008, p. 32). Questo è il modo in cui la filosofa Luigina Mortari definisce l’epistemologia della fragilità. Torna, con accento diverso, il tema del “non sapere” delle discipline evocato da Saraceno. Ma questo non sapere non è idealizzato, non si traduce in una forse sterile, perché abusata e banalizzata, idolatria del dubbio del clinico e della sua capacità, sempre necessaria e misteriosamente risolutiva, di “sostare in esso”. Si tratta della complessità dei saperi da padroneggiare e interconnettere per potersi sporgere su quello che Kaës chiama “il resto da conoscere”, l’ampio spettro di fenomeni che rimane escluso dal campo osservativo che ogni procedura di setting delimita e istituisce come ambito esplicativo e trasformativo della sofferenza psichica.

Infine, citiamo un’intervista rilasciata da Fabrizio Starace al “Il Sole 24 Ore”. Starace affronta il delicato tema delle riforme strutturali necessarie per rispondere in maniera efficace, in Salute Mentale, alle gravi criticità evidenziate nella fase della crisi pandemica. Tra le “riforme di sistema” da lui citate c’è quella che:

«riguarda il sistema delle cure extra-domiciliari. La riforma di cui c’è bisogno deve partire dal capovolgere la consuetudine, che relega le cure domiciliari in un’area marginale della medicina territoriale e della salute mentale e di tanto in tanto ne invoca il rafforzamento. Occorre invertire l’onere della prova di appropriatezza e chiedersi – sempre – perché quella cura, quella pratica terapeutico-riabilitativa, si

svolgono in un contesto differente dal domicilio della persona o in prossimità dello stesso» (Starace, 2020).

Articolando poi lo stesso tema sul piano della formazione, Starace si chiede, riprendendo il tema dello iato tra pratica clinica e impianto teorico delle discipline della salute mentale:

«Quanti sono i docenti – anche quelli che vantano curricula illustri – che si cimentano sul piano didattico con le attività territoriali, o con le visite domiciliari? E come attendersi che il mondo dell'accademia fornisca competenze idonee ai giovani medici, ai giovani infermieri, se si tiene distante dal mondo reale?» (Starace, 2020).

Mi sono riferito a due punti di possibile cedimento del fragile ponte sospeso tra analisi di gruppo e salute mentale di comunità. Il punto di cedimento etico sembra riferibile allo scarto tra la dimensione pubblica delle discipline della salute mentale e la dimensione privata/occultata delle loro pratiche reali, cliniche e formative. Siamo nel regno del «si dice ma non si fa e del si fa ma non si dice» (Aprea, 2020, p. 55), o, detto in altri termini, di teorie e norme senza prassi e di prassi senza ricerca e, di conseguenza, senza teorie e norme. Il punto di cedimento epistemologico è trasversale alle discipline della salute mentale che si muovono all'interno di un panorama scientifico caratterizzato dalla prevalenza di paradigmi ispirati a un radicale riduzionismo. Un riduzionismo che ha il suo fedele corollario nel progressivo restringimento del campo dei fenomeni ritenuti rilevanti per rendere ragione, conferire senso e permettere l'evoluzione del disagio psichico. I fenomeni estromessi dal campo non richiedono di essere indagati, non determinano la riflessione sullo sviluppo di metodologie adeguate alle loro specifiche caratteristiche, non necessitano dell'elaborazione di pratiche adatte a incidere con efficacia su di essi. Ciò costituisce un danno per le discipline della salute mentale che in questo modo erodono progressivamente la possibilità, e a volte anche l'interesse, di esplorare ambiti al confine del loro dominio di competenza. In tal modo esse rischiano di perdere l'opportunità per problematizzare e affinare le loro stesse concettualizzazioni.

Per la costruzione e il consolidamento di questo ponte di epistemologia grupppale e comunitaria che può connettere e dare nuovo fondamento a prospettive scientifiche ed etiche affini in salute mentale, appare opportuno non solo riconvocare sulla scena clinica una pluralità di discipline delle scienze umane e sociali ma forse ancor più elaborare un sapere che permetta di articolare, connettere, e organizzare tra loro le conoscenze provenienti da tali ambiti diversi. Conoscenze e competenze sviluppatasi, da un certo momento in poi, all'interno di confini disciplinari progressivamente più rigidi e ispes-

siti. A mio avviso questo sapere di connessione e organizzazione non può che venire lentamente elaborato e poi trasmesso, all'interno di percorsi formativi che sappiano opporsi, nella concretezza dei loro ordinamenti didattici e dei loro insegnamenti prevalenti, al processo che porta i giovani a perdere la capacità di contestualizzare i saperi, a integrarli nei loro insiemi. Si tratta al contrario, come sostiene Morin (2000), di sviluppare la capacità della mente di contestualizzare e integrare, piuttosto che atrofizzarla precocemente.

Tra tutte le comunità da ricostruire nella società dei “legami senza conseguenze” (Bauman, 2003) e dello “sciame” (Byung-Chul Han, 2015) formulo l'ipotesi che quella di cui abbiamo maggiore bisogno nel nostro ambito possa essere composta da generazioni diverse di professionisti che, partendo liberatamente proprio dall'analisi rigorosa, e forse anche spietata, dalle gravi criticità della clinica reale, sappiano trovare accomunamento intorno all'improcrastinabile esigenza di rinnovamento necessario dei loro saperi e delle loro pratiche. Un rinnovamento utile a riguadagnare efficacia clinica e consapevolezza della valenza politica del loro agire professionale. Il mio augurio è che queste giornate scientifiche possano contribuire anche a questo scopo.

Riferimenti bibliografici

- Aprèa A. (2020). Saper estendere: la formazione alla psicoterapia nell'epoca dei riduzionismi. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 3: 47-66.
DOI: 10.3280/RSF2020-003004
- Bauman Z. (2003). *Voglia di comunità*. Bari: Laterza.
- Byung-Chul Han (2015). *Nello sciame. Visione del digitale*. Milano: Nottetempo.
- Dalal F. (2002). *Prendere il gruppo sul serio. Verso una teoria gruppoanalitica post foulkesiana*. Milano: Raffaello Cortina.
- Di Petta G. (2021). Lettera a una/un giovane Specializzanda/o in psichiatria. Testo disponibile al sito: <http://www.psychiatryonline.it/node/7247>
- Esposito R. (2021). *Istituzione*. Bologna: Il Mulino.
- Foot J. (2014). *La “Repubblica dei matti”. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*. Milano: Feltrinelli.
- Kaës R. (2018). “Cosa può la psicoanalisi di fronte al malessere psichico nelle civiltà ipermoderne”. Relazione alla Scuola COIRAG, Palermo 2018.
- Morin E. (2000). *La testa ben fatta*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mortari L. (2008). *A scuola di libertà. Formazione e pensiero autonomo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pontalti C. (2006). Prospettiva multipersonale in psicopatologia. Connessione o lacerazione dei contesti di vita? In: Lo Coco G. e Lo Verso G., *La cura relazione. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Saraceno B. (2017). *Sulla povertà della psichiatria*. Roma: Derive e Approdi.

- Saraceno B. (2021). Intervento al Convegno di presentazione del Manifesto per la salute mentale. Napoli, 4 dicembre. Video disponibile al sito: <https://www.youtube.com/watch?v=yJ41z2OBOM8>
- Starace F. (2020). “Governance, ricerca e formazione per rinnovare il servizio sanitario”. Articolo pubblicato sul quotidiano *Il sole 24 ore* il 22 dicembre.