

## PER UNA PSICHIATRIA INTEGRATA, INTEGRANTE E INTEGRA

RICCARDO DALLE LUCHE

È mio il compito di concludere questo incontro di studio che ha voluto riproporre uno stile convegnistico divenuto inusuale in tempi di grandi congressi completamente gestiti dall'industria farmaceutica e da quelli di noi che si offrono come suoi maggiori interlocutori. Abbiamo scelto qui di riscoprire il gusto di organizzare "in casa" un incontro che facesse il punto su un tema centrale dell'attuale realtà psichiatrica, prendendoci la libertà di scegliere liberamente chi potesse parlarci con competenza ed accogliendo fraternamente chi per sua scelta è voluto venire ad ascoltare.

Abbiamo creduto in questo modo di esorcizzare la grande noia che ormai troppo frequentemente ci prende nel partecipare lussuosamente ma del tutto passivamente a congressi accademici grandiosi, sempre più simili ad eventi politico-propagandistici o addirittura fieristici, di riscoprire il gusto per le prospettive inconsuete, per le riflessioni nate direttamente sul campo, per il gusto di riappropriarci dei fenomeni che nella prassi continuano a meravigliarci e a turbarci attraverso percorsi non dogmatici ma dialogici e dialettici; di sollecitare insomma, ancora, comunque, la pratica della riflessione psicopatologica, generale e clinica, di una psicopatologia che si apre a temi e metodi nuovi, ad orizzonti concettuali e linguistici innovativi.

La nostra generazione, che ormai si avvia ad essere di mezzo nella posizione ideale di avere sulle spalle un già lungo cammino di formazione ed esperienza, e di poter gestire un sia pure limitato potere di trasformare modelli e metodi di lavoro senza averne consolidato ed istituzionalizzato la pratica e senza goderne (ancora, si spera) i frutti di potere – deve poter accettare questa sfida, se non vuole forse essere l'ultima generazione di psichiatri col problema del senso della propria identità e del proprio agire. Da qui nasce l'impegno etico di creare una rete scientifica nazionale e la voglia di produrre forme non accademiche di formazione per i colleghi più o meno giovani cresciuti nel rigore, ma anche nella povertà ideo-affettiva, della psichiatria del decennio delle neuroscienze e dei manuali diagnostici: la vera rivoluzione che abbiamo vissuto, ma che a molti di noi continua ad apparire una involuzione teorica e pratica. Abbiamo quindi deciso di evitare l'atteggiamento opportunistico di attendere che questa rivoluzione affondi nelle contraddizioni che genera – ad esempio il proliferare e il vorticare delle diagnosi multiple (la cosiddetta comorbilità) o l'accettazione della cronicità di tutti i disturbi e, quindi, della fruttuosissima (in termini di mercato industriale) psicofarmacoterapia interminabile – e di divenire propositivi.

Ma veniamo ai temi del congresso, che a questo punto non possono che guardare al futuro, sebbene sulla base di solide conoscenze della storia delle nostre idee e delle nostre pratiche.

Mi sembra che quanto è stato detto sia uno specchio di una realtà che rifiuta le affermazioni olistiche, apodittiche, ideologiche ma anche solo socio-antropologiche, già sentite nei decenni scorsi, sulla bontà in sé dell'accostamento e dell'utilizzo di tecniche polivoche e poliedriche di fronte alla "complessità" della fenomenica della follia; inevitabilmente, la psichiatria di oggi deve elaborare il lutto per la perdita dell'onnipotenza di prassi e pensieri di trasformazione sociale e individuale e di ribaltamento del valore della follia; quindi anche per la rinuncia ad un linguaggio intriso di parole-chiave *passé-partout*, categorie reificate, allusioni universalizzanti, soluzioni sicure, e invece seriamente inoltrarsi nel tentativo di creare un *corpus* di conoscenze teorico-pratiche per quanto attiene la loro effettiva integrazione. A tutt'oggi manca, infatti, una cultura

empirica dell'integrazione che possa sostenere la combinazione e la contaminazione di paradigmi diversi (che avvalorino qualcosa che ancora fa scandalo, come ad esempio la somministrazione di farmaci e di psicoterapia dinamica da parte dello stesso terapeuta, oppure l'utilizzazione simbolica dei farmaci nel contesto di un reparto per acuti). Queste realtà contaminate e talora anarchiche, che spesso è la natura stessa, sfuggente, originale, resistente ed imprevedibile della follia – non tanto nelle sue manifestazioni, quanto nelle sue incarnazioni reali in questo o quel malato, in questa o quella situazione – a imporre o a stimolare, non possono più essere considerate scorrettezze o agiti come avviene da prospettive rigorosamente monoparadigmatiche; tuttavia manca ancora un loro razionale, manca, cioè, una vera cultura terapeutica integrata (composta da più parti), integrante (che avvicina e non separa dal mondo della follia), integra (non parziale, non mancante). Questa cultura forse c'è, ciascuno di noi talora la pratica, ma non ha ancora una sua formalizzazione nei manuali, che continuano ad essere impostati disgiuntivamente; le varie voci che si sono ascoltate in questo convegno rappresentano percorsi individuali orientati nella direzione di una sua definizione e concettualizzazione. Il circolo ermeneutico tra riflessione teorica e declinazioni pratiche è chiaramente emerso come lo strumento comune che sostiene l'oscillazione della distanza affettiva e allo stesso tempo dell'atteggiamento teoretico nella relazione terapeutica, accennata da Ballerini. La circolarità ermeneutica così intesa non si pone in alternativa al fare, non implica una riflessione distanziata e contemplativa, anzi noi oggi sappiamo con certezza che anche la massima apertura interpersonale dell'incontro col malato si iscrive in ultima analisi nell'area virtuale e artificiale della tecnica (salvo nel controtransfert aprirsi ad altre più trascendentali dimensioni, ma questo può anche non essere un problema strettamente professionale). In questa direzione viene meno anche la domanda se la psicoterapia e le prassi riabilitative sono solo ormai trattamenti di seconda scelta in pazienti resistenti al trattamento farmacologico, oppure sono ancora paradigmi esplorativi e conoscitivi di per sé insostituibili, perché le due alternative in realtà coincidono.

Evitando le disgiunzioni si evita di incorrere nei riduzionismi e nel rassegnato nichilismo che è l'altra faccia dell'onnipotenza monoparadigmatica; sappiamo che la psichiatria oggi può tamponare, arginare, limitare il potenziale devastante dei disturbi psichici, e che questo può avvenire soprattutto attraverso una riformulazione di tecniche di intervento che rendano finalmente desueta la distinzione tra psichiatrie *brainless* e *mindless*, entrambe destinate alla sterilità. Si va verso una definizione esatta delle aree in cui i due paradigmi fondanti, il neurochimico e il relazionale, si sovrappongono, ed in cui la giustapposizione dello sguardo fenomenologico, della gestione degli effetti farmacologici, delle ingiunzioni comportamentali e della capacità di soppesare il valore affettivo e linguistico della relazione col malato costituirà il bagaglio tecnico di ogni psichiatra.

*Intervento conclusivo all'incontro di studio "Tecniche integrative in psichiatria: psicofarmacologia e relazione", Lido di Camaiore, 19-20-6-98.*