

## *Il consulente filosofico nei centri di salute mentale*

di Neri Pollastri

Uno dei molti luoghi comuni sulla consulenza filosofica è che essa sia una “terapia per sani” - come diceva molti anni or sono il poi (forse non a caso) dimenticato consulente americano Peter March - ovvero che si tratti di una pratica indirizzata esclusivamente a persone non soggette a patologie. Tuttavia - anche lasciando da parte un dettaglio forse troppo spesso trascurato e invece assai rilevante, cioè cosa sia quella “cosa” che chiamiamo “patologia” - questo assunto un po’ semplicistico è stato spesso posto in discussione da molti professionisti e io stesso l’ho perfino rovesciato sostenendo più volte che, tutto al contrario, la consulenza filosofica sia una “non-terapia adatta anche a malati”. A una tale conclusione ero giunto perché alcune delle mie esperienze dagli esiti più positivi erano state condotte con persone diagnosticate di patologie non trascurabili, quali ad esempio depressioni gravi. Ma, in tempi più recenti, ho avuto l’opportunità di ribadirla sulla base di un’esperienza assai importante, svolta (e tuttora in corso) presso un centro di salute mentale del servizio pubblico della mia città. Qui ho avuto modo di lavorare con persone indubabilmente soggette a patologie di svariate tipologie e gravità, indirizzate a me dagli psichiatri titolari del processo terapeutico e con i quali ho collaborato incontrando i loro pazienti, confrontandomi con loro riguardo all’interpretazione delle situazioni problematiche e spesso elaborando alla pari delle modalità di lavoro in rete anche con altri operatori, come psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri. Nelle pagine seguenti riporterò alcuni aspetti del primo anno di quest’esperienza, traendoli e rielaborandoli da quanto ho scritto in una relazione poi apparsa sul resoconto ufficiale sull’anno 2011 dell’Unità Funzionale Salute Mentale Adulti della ASL di Firenze<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Cfr. <http://www.fimmgfirenze.org/modules/GestDoc/allegati/nxpm57k9t6gr3f-8c1hyz.pdf>.

## *Phronesis*

### **1. Inizi e ambientamento**

Avviata a settembre del 2010 presso il Modulo Operativo Multidisciplinare - M.O.M. (in seguito denominato Struttura Operativa Semplice - S.O.S.) 4 della ASL 10 di Firenze, con sede in Lungarno S. Rosa 13, l'esperienza si è formalmente conclusa nella stessa data dell'anno successivo ed è poi ripresa, previo rifinanziamento, nel febbraio del 2013. Nei sedici mesi di intervallo ho informalmente mantenuto in essere alcuni dei lavori in corso, per non interrompere la continuità. Ero (e sono attualmente) titolare del progetto, con la collaborazione e la supervisione della dott.ssa Gemma Brandi, psichiatra e psicoanalista, responsabile del S.O.S. S.M.A. 4 oltre che del progetto stesso.

Trattandosi di una sperimentazione del tutto innovativa per l'Italia<sup>2</sup>, all'inizio si decise di comune accordo di procedere in modo piuttosto prudente. Nonostante il progetto fosse stato preceduto, un anno prima, da un paio di incontri di presentazione della consulenza filosofica al gruppo degli operatori<sup>3</sup>, la figura professionale del "filosofo consulente" era in buona parte sconosciuta ai più e, soprattutto, era tutto da definire il modo in cui potesse inserirsi virtuosamente nelle attività degli altri professionisti.

La sola responsabile del servizio e della sperimentazione, preliminarmente all'avvio del progetto, ebbe modo di leggere parte della letteratura in ma-

<sup>2</sup> A parte sempre possibili esperienze non documentate, si segnalano nel nostro paese solo due precedenti di lavoro simile entro strutture psichiatriche: quelle di Antonella Sacco e Daria Di Bitonto, entrambe riportate nel libro a cura di Umberto Galimberti, Luigi Perissinotto e Annalisa Rossi, *Tra il dire e il fare. Saggi e testimonianze sulla consulenza filosofica* (Mimesis, Milano-Udine 2011). Ma si trattava in quei casi di meri tirocini di studenti del master dell'Università di Venezia, non di progetti finanziati e finalizzati alla sperimentazione di una nuova attività professionale. Inoltre, come si evince dalle relazioni, lì si scelse di operare quasi esclusivamente in gruppo e con modalità assai diverse da quella che è la forma più consolidata della "consulenza filosofica", individuale e centrata su alcune specifiche modalità del dialogo. Queste differenze rimandano alle ben note ambiguità in cui è caduta la professione nel nostro paese, che non è questa la sede per affrontare e sulle quali rimando ad altri miei scritti.

<sup>3</sup> Ciò avvenne nel contesto del ciclo di attività di aggiornamento e autoformazione annualmente approntate per iniziativa della responsabile dott.ssa Gemma Brandi, inizialmente senza nessuna intenzione finalizzata all'avvio della sperimentazione. Fu anzi l'interesse destato negli operatori dalla presentazione a far emergere l'importanza di quest'ultima, a riprova del fatto che il principale ostacolo allo sviluppo della professione è il fatto che essa è ignorata o fraintesa dal pubblico.

## *Phronesis*

teria e di confrontarsi puntualmente con me su alcune delle specificità della consulenza filosofica, avviando una prima progettazione dei modi in cui valorizzarla nella collaborazione con psichiatri, psicologi, educatori, operatori sociali e infermieri, ossia con coloro che operano stabilmente nel servizio. Era tuttavia anche necessario che i singoli operatori fossero messi in grado di conoscere meglio le specificità del mio lavoro. E ciò non attraverso indicazioni “teoriche”, bensì concretamente e personalmente, così da trovare assieme le occasioni di una possibile collaborazione. Contemporaneamente era necessario che io stesso acquisissi la conoscenza delle strutture, delle modalità di lavoro individuale e collettivo degli operatori, la tipologia di utenti del servizio, in modo da poter ipotizzare quali situazioni fossero più adatte al mio intervento.

Per queste ragioni, dedica i primi due mesi del progetto in prevalenza alla partecipazione ai gruppi di lavoro (dei medici e del S.O.S.<sup>4</sup>, oltre che alle supervisioni sui casi critici), con atteggiamento in primo luogo osservativo. Già qui, comunque, emerse un primo dato positivo, di per sé non scontato: la buona accoglienza da parte degli operatori, interessati alla nuova figura e alle possibilità che essa poteva aprire a livello sia di comprensione critica, sia di collaborazione con i pazienti. Un interesse che ha ampiamente superato le comprensibili perplessità che la figura di un filosofo poteva destare in un contesto non ad esso tradizionalmente vocato.

Al termine del secondo mese, grazie a una prima familiarizzazione con il servizio, cominciai anche la mia concreta collaborazione: gli psichiatri iniziarono a inviarmi alcuni pazienti, dandomi anche delle sommarie indicazioni del tipo di lavoro che si sarebbero aspettati da me. Vista l'assenza di esperienze precedenti, la scelta delle persone avvenne sulla base di loro caratteristiche in prima approssimazione adatte a una possibile interazione con il profilo di un filosofo:

- di buona cultura e/o desiderose di un confronto culturalmente ricco;
- necessitanti di un lavoro di comprensione e rielaborazione dell'identità;

<sup>4</sup> La riunione settimanale dei medici prevede la partecipazione degli psichiatri, titolari degli interventi terapeutici, e degli psicologi, che in genere agiscono a loro supporto, così come ho fatto io stesso. La riunione del S.O.S. prevede invece la partecipazione di tutti gli operatori, tranne quelli di servizio essenziale.

## *Phronesis*

- bisognose di avere un ulteriore interlocutore, oltre il curante, capace di fornir loro ulteriori elementi di “ancoraggio” alla realtà circostante (anche nel caso di pazienti sono psicotici e/o tendenti a un’elaborazione delirante).

È interessante notare che, fin dall’inizio, non sia stato dirimente il grado di “gravità” delle patologie: ho infatti ricevuto, su *input* dei medici, persone con le più diverse diagnosi, da disturbi dell’umore a bipolari, fino a schizofrenici e psicotici.

Altrettanto interessante è il fatto che, fin dall’inizio, in alcuni casi sia stato invitato a lavorare con *parenti* dei pazienti, ipotizzando un loro significativo concorso nello stato dei pazienti stessi e a fronte di una difficoltà a svolgere con essi un percorso terapeutico. Qui, come in altri casi, la particolare figura del filosofo - che anche agli occhi dagli utenti appare investita di un significato diverso, più “amichevole”, rispetto a quella del terapeuta - ha mostrato di poter essere uno strumento d’intervento aggiuntivo rispetto a quelli attualmente attivi presso un centro di salute mentale<sup>5</sup>.

Questa prima fase è stata anche per me fonte di scoperta e positiva inquietudine - per usare una classica parola legata alla filosofia, di *meraviglia* - perché le prime persone incontrate manifestavano problematiche e atteggiamenti propri di “pazienti” di un servizio psichiatrico e non era immediato mettere a fuoco quale lavoro *filosofico* fosse opportuno e utile fare con esse, talvolta neppure se per un filosofo fosse davvero possibile lavorare con loro. Ma proprio a partire da quella *meraviglia* s’è avviata la prima definizione delle modalità d’interazione plurale che poteva legare filosofo, psichiatra, paziente e, in alcuni casi, parenti e altri operatori. Quella modalità d’interazione che s’è poi via via perfezionata e oggi, pur non definitiva, appare abbastanza chiara e praticabile sistematicamente.

<sup>5</sup> La questione del lavoro possibile con i parenti dei pazienti psichiatrici è uno dei nodi problematici del servizio e anche uno nei quali l’innovativa figura del filosofo può essere particolarmente importante. I parenti sono infatti persone “formalmente” sane, con le quali raramente è pensabile (o comunque avviabile) un percorso terapeutico; ciononostante le patologie dei pazienti sono strettamente connesse alle loro problematiche, non affrontare le quali rischia di vanificare ogni intervento terapeutico.

### **2. Avvio del lavoro**

A partire dall'inizio del 2011 il mio lavoro ha iniziato a essere regolare e - nei limiti dell'orario ridotto<sup>6</sup> - ben integrato all'interno del servizio, in piena interazione con gli altri operatori nei casi assegnatimi. Oltre a prendere parte alle riunioni del S.O.S., ho complessivamente seguito una dozzina di persone, instaurando con quasi tutte rapporti continuativi con cadenze di caso in caso diverse; ho inoltre avuto contatti con altri pazienti prendendo parte a un gruppo terapeutico diretto da uno degli psichiatri, con il quale ho collaborato in parte nella conduzione del gruppo, ma soprattutto nelle riflessioni sul lavoro svolto. Infine, ho interagito con frequenza con gli infermieri del servizio, confrontandomi anche con loro in merito alle problematiche quotidiane e alla gestione delle non infrequenti situazioni di crisi.

Grazie a questo cooperativo "lavoro sul campo", ho anche potuto rafforzare il ruolo giocato all'interno dei gruppi di coordinamento, apportando un maggior numero di contributi sia nella condivisione delle strategie terapeutiche, sia riguardo alle riflessioni epistemologiche.

Buona parte delle relazioni individuali instaurate con gli utenti hanno dato origine a interazioni virtuose con quelle in corso con altri operatori, in taluni casi - pur nella brevità dei tempi della sperimentazione - producendo incoraggianti effetti sui pazienti. Al termine formale del primo anno di sperimentazione:

- due delle persone seguite erano in dimissione dal servizio, con evoluzione positiva anche sorprendentemente rapida della loro vicenda esistenziale;
- due manifestavano un significativo cambiamento della criticità, con riduzione delle somministrazioni farmacologiche e importanti miglioramenti nel modo di condurre la vita;
- in un caso, iniziato in tempi tardi rispetto alla scadenza del progetto, era in corso un incoraggiante sviluppo;
- un caso particolarmente critico e complesso presentava un interessante cambiamento di rapporti tra parenti del paziente ed équipe terapeutica, che ha in seguito prodotto imprevisti - anche se faticosi - esiti positivi;

<sup>6</sup> Il progetto prevedeva circa otto ore la settimana per un anno.

## *Phronesis*

- una persona, pur avendo interrotto dopo alcuni incontri la frequentazione del filosofo, non era più ricorsa alle cure del servizio;
- un solo caso di quelli seguiti con continuità, dopo una fase di miglioramento del proprio modo di gestire l'esistenza, era receduto alla fase precedente l'intervento, che era stato comunque utile per l'interazione prodottasi con il curante.

### **3. Aspetti del lavoro del filosofo**

In queste pagine non è mia intenzione descrivere in dettaglio e dare ragione del tipo di lavoro svolto nel corso della sperimentazione; ciò richiederebbe spazi più ampi e riflessioni più approfondite, ragioni per le quali rinverò la cosa a un ulteriore lavoro. Qui cercherò solo di indicarne alcuni aspetti particolarmente caratteristici.

Come accennavo in apertura, uno dei principi da cui mi sono mosso per prendere posizione all'interno di un servizio istituzionalizzato e dalle professionalità ricche di esperienza qual è un centro di salute mentale, è proprio il rovesciamento della diffusa, ma grossolana idea che la consulenza filosofica sia "una terapia per sani": ho cioè cercato di mettere alla prova in questo contesto l'approccio filosofico cercando di dimostrare che esso sia una *pratica non terapeutica adatta anche a malati*.

Detto diversamente: per non ripetere, inutilmente e immotivatamente, modalità d'intervento proprie di altri operatori, ho cercato di instaurare con gli utenti del servizio - così come sono solito fare nelle attività con non malati - un dialogo (idealmente) paritetico, lasciando da parte il loro essere affetti da patologie o, al massimo, occupandomi di queste solo per dar loro un senso. Ciò per tener fede, anche in questo contesto terapeutico, alla *specificità finalità della filosofia*, che è precipuamente quella di *chiarire, arricchire e rendere coerenti le visioni del mondo* - in questo contesto, quelle degli ospiti. Certo, gli *ospiti* inviati al filosofo dagli psichiatri del centro di salute mentale erano di fatto anche *malati*, ragione per cui potrebbe esser lecito pensare che la loro visione del mondo fosse necessariamente disturbata e distorta da problematiche complesse, in quanto il corretto funzionamento delle loro capacità di elaborazione intellettuale era ostacolato dalle loro "patologie". Va tuttavia osservato che una tale lettura:

- è già subordinata all'assunzione di un più o meno determinato concetto di "normalità" o, comunque, di "salute" e "malattia";

## *Phronesis*

- anche quando ragionevolmente accettabile, è fatta *dall'esterno* del modo di pensare dell'ospite e perciò è per lui di difficile comprensibilità e accettazione;
- non facilita il recupero della stima dell'ospite e la sua riassunzione di dignità e responsabilità.

Inoltre, ogni persona, anche quando affetta da patologie gravi come psicosi o schizofrenia, ha comunque una visione del mondo ed è quasi sempre capace di coglierne inconsistenze, duplicità, incoerenze<sup>7</sup>.

È per queste ragioni che ho sperimentato un lavoro dialogico “libero” dal pre-giudizio eziologico, nel corso del quale - per riprendere le parole di Gerd Achenbach, ideatore della consulenza filosofica - *prendere sul serio le parole dell'ospite*. Un lavoro portato avanti da me, in quanto filosofo, *accanto* a quello svolto dagli psichiatri, in quanto terapeuti, che si configura come un *complemento* di quest'ultimo e che può talvolta essere un importante *catalizzatore* per lo sviluppo della persona e per il suo superamento di uno stato patologico<sup>8</sup>. Un lavoro che - come hanno evidenziato già le prime riflessioni fatte assieme ai singoli psichiatri con cui vi è stata collaborazione diretta - presenta anche altre interessanti differenze di sguardo, che si riflettono nel tipo di *relazione* che si instaura tra utente e professionista, nel *rilievo* dato ad alcuni *aspetti della persona* e nelle concrete *modalità di lavoro*.

*Relazione* - Sono stati i dialoganti stessi a riconoscere che la *relazione* instaurata con me fosse diversa, meno “obbligata”, più “amichevole” e perciò talvolta più aperta e trasparente di quella usualmente in atto con i terapeuti. Questa differenza è stata capace di produrre poi effetti positivi anche sulla relazione tra paziente e psichiatra, perché ha favorito nel paziente la comprensione del senso e il riconoscimento del valore dei “percorsi disciplinari” propri della terapia, nonché

<sup>7</sup> Tra i numerosi “pazienti” con i quali ho avuto contatti, a questo punto almeno una quarantina, *uno solo* mi è apparso realmente incapace di tener conto dei propri pensieri; per tutti gli altri si poteva al massimo ipotizzare che fossero soggetti, nei loro momenti critici, a delle *temporanee interruzioni* della loro coerenza e consapevolezza. Ma questo, al di là dell'intensità con cui accade, non è quel che succede a ciascuno di noi, anche quando sia “sano”?

<sup>8</sup> Torno comunque a ricordare che urge, per i filosofi consulenti ma anche per chiunque altro si muova nell'ambito della “salute mentale”, una ridiscussione e ridefinizione di cosa sia sensato chiamare “patologia mentale”.

## *Phronesis*

la loro effettiva convergenza con i suoi più intimi desideri e valori, facilitando anche il loro “allineamento” alla sua volontà.

*Attenzione agli aspetti della persona* - Nel mio lavoro, l'attenzione in generale è diretta peculiarmente verso la *visione del mondo*, le *costellazioni valoriali* e la *struttura identitaria* degli ospiti, laddove altri operatori si occupavano prioritariamente di aspetti psicofisici e affettivo-relazionali - cosa, anche questa, emersa più volte nelle riflessioni fatte con gli psichiatri e psicoterapeuti. Una tale differenza è in realtà solo il risultato di modi diversi di leggere e interpretare il medesimo fenomeno, vale a dire la difficoltà di adeguata interazione delle persone con il mondo circostante; proprio l'interazione multidisciplinare di modalità interpretative diverse ha in più circostanze favorito letture più complete (anche da parte mia, sia chiaro) e aperto nuove opzioni d'intervento.

*Le concrete modalità di lavoro* da me messe in atto sono state di fatto quelle di un dialogo aperto, libero tanto di accogliere le idee più bislacche che l'interlocutore poteva presentare, quanto di contestarle, obbligando l'ospite a farsi carico della loro *giustificazione*, ovvero di assumersi la responsabilità di quel che affermava, senza tuttavia pregiudicarle come in sé insostenibili. Ciò ha sovente favorito nei consultanti una maggiore reattività e una crescita della consapevolezza, permettendo comunque di accompagnarli in modo diverso e, come osservato, complementare a quello di altri operatori.

Le esperienze condotte e le riflessioni sviluppate nel corso del primo anno della sperimentazione hanno messo in rilievo l'importanza rivestita dalla possibilità di rendere operanti e far interagire contemporaneamente più letture e interpretazioni - cioè di un allargamento di quella *interdisciplinarietà* che sta a cuore ai più attenti operatori del settore. L'approccio filosofico è infatti apparso un'utile opportunità non solo per gli utenti del servizio (che grazie ad esso hanno avuto a disposizione un maggior numero di stimoli di attivazione, l'uno rafforzante l'altro), ma anche per gli stessi operatori, anch'essi stimolati e arricchiti dal confronto con una diversa lettura dei fenomeni.



### **4. Il filosofo e gli altri operatori**

Quest'ultimo aspetto del lavoro del filosofo nel centro di salute mentale, quello svolto cioè con gli operatori, era l'altro importante versante che il progetto si proponeva di esplorare, accanto al lavoro con i pazienti. Tale esplorazione si è di fatto concretizzata negli interessanti confronti con i singoli psichiatri con i quali vi è stata collaborazione diretta e nella partecipazione alle riunioni dei gruppi di lavoro o alle supervisioni su casi particolarmente delicati, nel corso delle quali ho potuto offrire il mio punto di vista. Tuttavia, la riflessione critica prodotta è apparsa a questo primo stadio della sperimentazione soprattutto un utile preludio all'apertura di un più ampio lavoro di confronto tra le teorie e le prassi dei diversi professionisti del servizio, progettabile in futuro all'interno o a margine delle riunioni di gruppo come momento di formazione e/o supervisione epistemologica. Un tale lavoro è stato finora appena accennato in alcune occasioni, a causa della già citata necessità preliminare di calarmi adeguatamente all'interno della complessità del servizio e di acquisire una maggiore esperienza nell'interazione con gli altri professionisti. È infatti apparso evidente fin da subito che una riflessione epistemologica che prescindesse dal mio personale lavoro concreto sui casi di competenza del servizio e dalla mia diretta collaborazione con gli altri operatori avrebbe rischiato di rimanere astratta e perciò poco utile alla loro crescita di consapevolezza critica.

Pur nei limiti con cui questo versante è stato affrontato, è possibile distinguere almeno tre diversi piani sui quali sarebbe interessante e utile muoversi in un futuro sviluppo della sperimentazione:

1. La progettazione e gestione della prassi terapeutica;
2. Il confronto nelle riunioni multidisciplinari;
3. La riflessione epistemologica.

#### 4.1 Filosofia e terapia

Il primo piano è quello se si vuole più "ordinario", ma al tempo stesso anche decisivo per il servizio: quello del confronto tra professionalità diverse nella progettazione e gestione della terapia. Infatti, benché il filosofo non sia un terapeuta, come già detto la sua lettura può essere assai utile ad aprire strade o a individuare strategie terapeutiche diverse, oppure a far

## *Phronesis*

meglio intendere e dialogare approcci diversi e perfino curanti e pazienti o loro parenti.

Tra i diversi piani, questo è quello che è stato maggiormente indagato nel primo anno della sperimentazione, in quanto quello sul quale - forse non casualmente - ci si è più frequentemente mossi nelle interazioni con gli psichiatri che hanno chiesto la mia collaborazione. Qui sono stati particolarmente interessanti casi di una certa complessità e nei quali vi era la partecipazione di più medici e di altri operatori (come nel caso di un paziente con doppia diagnosi, tossicodipendente e perciò seguito anche dal Sert e da un educatrice professionale), nei quali è apparso che lo sguardo trasversale e meno vincolato a certe responsabilità di ruolo proprio del filosofo consulente possa talvolta cogliere aspetti che rimangono sullo sfondo della lettura terapeutica, oppure costruire interpretazioni originali degli eventi, delle personalità coinvolte (a tutto tondo e non solo sul mero piano affettivo-relazionale) e della cultura da essi condivisa, così da cambiare le carte in tavola e riaprire vicende apparentemente senza altre prospettive. Va forse aggiunto che un lavoro filosofico svolto sul sistema - paziente, servizio, parenti, ambiente, ecc. - pur coinvolgendo anche l'intervento propriamente filosofico-consulenziale<sup>9</sup>, esorbita questo ambito e si prospetta come una forma di pratica filosofica a se stante, di genere organizzativo, di cui ancora sono da mettere con più precisione a fuoco i principi, le linee guida e il perimetro.

### 4.2 L'approccio filosofico nelle discussioni delle riunioni dei medici del S.O.S.

La mia presenza in quanto filosofo consulente mi è apparsa importante anche quando, nelle riunioni dei medici o in quelle allargate agli altri operatori, sono emerse differenze linguistico-concettuali, di sguardo, di approccio teorico o pratico. In questi casi le competenze filosofiche permettono di comprendere e tradurre gli uni negli altri gran parte degli universi concettuali e delle *Weltanschauung* coinvolte, facendo sì che il filosofo

<sup>9</sup> Idealmente, cioè, il lavoro di esplorazione critica, messa alla prova e ristrutturazione della visione del mondo dell'ospite, in linea di massima un singolo individuo: questo lavoro fa parte di quello sistemico perché lo si svolge su almeno alcuni dei membri del sistema.

## *Phronesis*

possa svolgere un ruolo di “revisore critico” del discorso e di tessitore di una trama collegiale che superi, integrandole, le differenze<sup>10</sup>. Questo lavoro, va detto, nel centro ove effettua la sperimentazione è di fatto già svolto molto bene dai responsabili del servizio, ma potrebbe essere reso più completo e sistematico se, da filosofo, mi occupassi specificamente di questo piano: sarebbe in tal modo possibile anticipare l'emergere delle differenze, raccogliendone traccia negli incontri ordinari e dal personale confronto con gli operatori, progettando e strutturando un lavoro su di esse, per poi affrontarle in incontri di gruppo opportunamente calendarizzati quali momenti di alta (auto)formazione.

### 4.3 Temi epistemologici

Proprio questi ultimi possono rappresentare il momento più importante del lavoro che un filosofo consulente può svolgere con gli operatori, se messo in condizione di coordinare, rendere unitari e omogenei i molteplici piani problematici che si stratificano all'interno di un servizio complesso e delicato come un centro di salute mentale: la traduzione linguistico-concettuale dei molteplici universi nei quali si muovono i diversi operatori può essere infatti pienamente possibile solo grazie a un lavoro di riflessione epistemologica sui principali temi che sovrintendono al servizio stesso. Tra questi, alcuni sono emersi chiaramente nel corso del primo anno di sperimentazione e in certi casi, quando le urgenze del servizio l'hanno permesso, sono anche stati parzialmente affrontati. Tra essi possono essere ricordati:

- il modo di interpretare la relazione terapeutica;
- il senso da dare al ricovero in pronto soccorso psichiatrico;
- il rapporto tra intervento fisico-farmacologico e dialogico-psicoterapeutico;
- la relazione tra tempi della terapia e tempi del servizio;
- il concetto di tempo;
- il confine tra cura e coercizione nei pazienti gravi e non *compliance*;

<sup>10</sup> “Revisore critico” mi sembra una definizione assai più appropriata a un filosofo dell'abusata formula “facilitatore”: un filosofo “complessifica”, non “facilita”, anche quando l'esito finale sia quello di rintracciare una comprensione reciproca tra le parti in gioco - anche questa una cosa da distinguere con cura dal semplice “accordo”.

## *Phronesis*

- i limiti imposti agli operatori dai ruoli e dalle strutture istituzionali e i deficit che causano alla cura.

Questi (e molti altri) temi potrebbero e dovrebbero essere presi utilmente in esame non solo a scopo di sperimentazione, ma anche a regime e sistematicamente - seppur con una periodicità da stabilire in funzione delle risorse disponibili - meglio se uniti ad attività di formazione pratico-riflessiva che si potrebbero svolgere con gli psicologi del servizio (per meglio comprendere l'interazione complementare con il loro operato) e con gli infermieri (spesso, specie per quelli operanti in pronto soccorso psichiatrico, soggetti a disagi personali, *burn out* e difficoltà a fronteggiare le frequenti urgenze).

### **5. Prime conclusioni dell'esperienza: un ruolo per il filosofo**

In questo scritto - vuoi per esigenze di sintesi, vuoi perché il necessario lavoro di riflessione è ancora in corso - non approfondirò ulteriormente l'analisi, concludendo con uno schematico sunto di quanto a oggi sembra sensato indicare quale *possibile ruolo* del filosofo all'interno di un servizio come quello della salute mentale. Un ruolo che si compone di molteplici funzioni che la nuova figura può svolgere nei diversi ambiti del servizio.

A. Con i "pazienti" il filosofo può

- occuparsi del loro modo di *pensare il mondo*, cercando di rendere migliore (più ricca, coerente e congruente alla realtà) la loro *Weltanschauung*, confidando sul fatto poco contestabile che *pensare meglio è un presupposto necessario per poter vivere meglio*;
- lavorare come "ragionatore", "chiarificatore" del pensiero del paziente-ospite, cioè *occuparsi specificamente del suo pensiero*, laddove gli altri professionisti si prendono cura del suo stato di salute, delle sue difficoltà relazionali, dei suoi deficit affettivi, della sua rieducazione;
- svolgere - se mi si passa la metafora - il ruolo di "poliziotto buono" che spiega e dà ragione dell'intervento terapeutico dei medici (deontologicamente e istituzionalmente più direttivo), rendendolo meglio comprensibile, più vicino alle esigenze dei pazienti e perciò loro più praticabile;
- presentarsi come "figura altra", libera di avere una relazione più di-

## *Phronesis*

- retta e amichevole rispetto a quella dei terapeuti;
  - svolgere un ruolo di interprete tra servizio terapeutico e utenti, tanto nella figura dei pazienti, quanto in quella dei loro parenti, ai quali spesso i curanti non hanno la possibilità di dedicare tempo e attenzione necessari a un più funzionale coinvolgimento nella vicenda terapeutica; un ruolo, si badi, ben diverso da quello già svolto dallo psicologo, che si occupa dei parenti per quanto riguarda il loro coinvolgimento psicologico e le loro relazioni affettive con i pazienti, mentre il filosofo avrebbe il compito di occuparsi della loro personale visione del mondo (con particolare riguardo al modo in cui pensano i loro parenti malati e le strutture che di loro si occupano) e della loro *identità* (personale e/o collettivo-familiare);
  - rappresentare un “jolly” pronto a effettuare interventi individualizzati in situazioni pre-critiche (aspetto preventivo) e/o iper-critiche (aspetto emergenziale, essendo in fondo la filosofia nient’altro che la “disciplina della crisi”, in quanto a essa ci si rivolge quando fanno bancarotta le “scienze speciali”).
- B. Nel gruppo terapeutico il filosofo può:
- mettere a disposizione dei colleghi il proprio sguardo critico (né eziologico, né psicologico) sulle vicende dei pazienti, sulla loro identità, sul loro modo di pensare il mondo;
  - produrre una mediazione linguistico-concettuale tra le diverse interpretazioni della prassi terapeutica dei medici, favorendo la creazione congiunta di una lettura multidisciplinare integrata;
  - condurre un’analisi critica collettiva delle dinamiche istituzionali, spesso (necessariamente e involontariamente) condizionate dai ruoli e dalle costrizioni imposte dalla limitatezza delle risorse.
- C. Come supervisore e/o formatore critico-epistemologico il filosofo può:
- condurre e facilitare periodici (ma sistematici) confronti epistemologici attorno alle prassi terapeutiche e ai loro presupposti teorici e concettuali;
  - realizzare periodiche (ma sistematiche) attività di formazione critica

## *Phronesis*

a vantaggio degli operatori; un'attività non "d'aula", bensì dialogata e a partire dalle reali esigenze (che perciò presuppone una reale partecipazione del filosofo al lavoro con gli utenti);

- produrre periodicamente una restituzione delle problematiche istituzional-organizzative da egli stesso vissute all'interno del servizio.

### **6. Una suggestiva definizione finale**

Per concludere questo scritto, vorrei riassumere con una breve e suggestiva definizione la positiva esperienza di un anno di lavoro sperimentale che ho fin qui descritto a scopo prevalentemente informativo.

Come abbiamo visto, sono numerose le cose che il filosofo consulente - in quanto tale e senza invadere le altrui competenze - può fare all'interno di una struttura qual è un centro di salute mentale. Prese assieme, tutte quelle cose possono forse essere interpretate come le azioni grazie alle quali egli cerca di realizzare un compito specifico e ben preciso: *apportare libertà* - tanto agli utenti, quanto agli operatori - esplorando gli scenari che portano al disagio con uno sguardo al tempo stesso serio e aperto, critico e comprensivo, privo dell'urgenza della "guarigione" ma egualmente certo del fatto che favorire un pensiero migliore porti necessariamente a vivere una vita migliore anche a chi sia portatore di patologie psichiche. Una tale *libertà* sarebbe per i pazienti l'occasione di tornare a *sentirsi persone* - oltre che "malati" - e a (ri)assumersi alcune delle responsabilità che la malattia tende a giustificare di alienarsi, mentre agli operatori essa offrirebbe la possibilità di guardare con occhio diverso, più complesso, multiforme e integrato il proprio lavoro e le persone-pazienti, ovvero coloro che lo rendono al tempo stesso difficile e avvincente.

Chi ha lavorato a contatto con la patologia psichica (e, più in generale, chiunque abbia avuto a che fare con sistemi operativi complessi) sa quanto questo tipo di libertà sia importante, tanto per far 'sì che chi vi opera possa anche farlo sentendosi vivo e partecipe piuttosto che "macchina teleguidata", sia per favorire la qualità degli interventi e la creatività di fronte a quelle situazioni operative nelle quali gli strumenti d'intervento standard non sono disponibili o sufficienti. Promuoverla sistematicamente attraverso l'intervento di una figura - il filosofo consulente - che proprio a essa specificamente si dedichi appare cosa di grandissimo rilievo sociale e organizzativo.