

MEDICINA NEI SECOLI
ARTE E SCIENZA



GIORNALE DI STORIA DELLA MEDICINA
JOURNAL OF HISTORY OF MEDICINE

Fondato da / *Founded by* Luigi Stroppiana

QUADRIMESTRALE / *FOUR-MONTHLY*

NUOVA SERIE / *NEW SERIES*

VOL. 24 - No 1

ANNO / *YEAR* 2012

Articoli/Articles

GIOVANNI JERVIS: COSCIENZA CRITICA DELLA RIFORMA
PSICHIATRICA ITALIANA

LUIGI ONNIS

La Sapienza – Università di Roma, I.

SUMMARY

*GIOVANNI JERVIS: CRITICAL CONSCIENCE OF THE ITALIAN
PSYCHIATRIC REFORM*

Giovanni Jervis, was one of the protagonist of the Italian psychiatric reform and was greatly involved in all the phases of its development, but, with his typical intellectual rigours, he was also very critical not toward the law 180 which abolished the shame of psychiatric asylums, but rather toward the ways of leading and governing the global reform process.

In this paper four aspects of Jervis critical evaluations are emphasised:

- a) the criticism toward a “totalitarian“ conception considering practices and everyday institutional management as the unique ways to research problem solutions;*
- b) the criticism toward a renewal process exclusively focused inside the psychiatric hospital, which led Jervis to organise one of the most important outside experience in the Reggio Emilia territory;*
- c) the criticism toward a sociological conception of mental illness, disregarding the subjective, psychological and relational aspects of the psychic suffering;*
- d) the criticism toward the inadequacy of the mental health workers formation, which must become the basis of a real transformation of the “public services culture”.*

Key words: Italian psychiatric reform - Law 180; Institutional transformations - Mental illness conceptions - Public services - Mental health workers formation.

Introduzione

Vorrei innanzitutto complimentarmi con gli organizzatori per l'originalità evocativa del titolo di questo Convegno: "Contro il sentito dire..." che mi sembra non solo esprimere l'esigenza di onorare la memoria di Giovanni Jervis attraverso una valutazione articolata e non rituale della sua complessa personalità, ma mi pare anche mettere a fuoco proprio quello che è l'aspetto essenziale del pensiero di Jervis, che ne accompagna tutta l'opera, attraversandone con coerenza la molteplicità delle esperienze: il rigore e l'onestà intellettuale, la tendenza a non appagarsi di spiegazioni riduttive, semplicistiche e non documentate, la fiducia illuministica nel potere della ragione. Una metodologia ispirata alla razionalità scientifica è stata per Jervis un punto di riferimento costante, a cui egli rimase sempre fedele, mostrando indipendenza di analisi e autonomia intellettuale anche quando questo lo metteva in contrasto con le mode e le correnti culturali dominanti.

A questa metodologia ispirata ad una indomabile esigenza di razionalità e di critica, Jervis non rinunciò mai, perché essa acquistava in lui una dimensione quasi etica. Ad essa egli orientò tutte le sue elaborazioni teoriche e le sue pratiche professionali.

In questo senso il titolo che egli ha voluto dare al suo ultimo libro *La razionalità negata* è quasi un testamento intellettuale e morale: esso esprime l'imprescindibilità di un coerente lavoro di scavo nell'interpretazione del reale, la attenzione ad evitare derive dogmatiche o ideologiche, la esigenza irriducibile di sottoporre a vaglio critico ogni ipotesi concettuale o proposta operativa¹.

Appare allora semplicistica e addirittura banalizzante la connotazione polemica che alcuni hanno voluto vedere in questo titolo, contrapponendolo al titolo di un libro simbolo del rinnovamento psichiatrico italiano, quello di Franco Basaglia, *L'istituzione negata*, dove, al contrario, la negazione istituzionale, a cui Jervis parteci-

pò con convinzione e con entusiasmo, appare una “affermazione di razionalità”².

Jervis fu uno dei protagonisti delle lotte e delle esperienze che portarono negli anni '60 e '70 alla trasformazione e al superamento del manicomio, istituzione troppo palesemente indifendibile nel suo carattere custodialistico e non terapeutico, perché se ne potessero conservare le tracce e giustificare le funzioni.

Non su questi aspetti della riforma psichiatrica si orientano, dunque, le valutazioni critiche di Jervis, ma sulle modalità con cui si poteva governare il processo complessivo, prima e dopo l'approvazione della legge 180, sulla inadeguatezza concettuale e pratica di molte delle soluzioni proposte o delle inadempienze rimaste irrisolte, su certe derive dogmatiche indicative di superficialità nell'affrontare i nuovi problemi e controproducenti nel favorirne positivi sviluppi.

Scopo di questa relazione è, appunto, quello di ricostruire le tappe essenziali del percorso della riforma psichiatrica, e di evidenziare come le posizioni di Jervis, che di tutte è stato partecipante attivo, si siano sempre proposte come valutazioni lucidamente critiche. Sempre stimolanti perché mai denigratorie, sempre utili perché, spesso, illuminanti e anticipatrici.

Matrici storico-culturali della riforma psichiatrica

La riforma psichiatrica italiana non nasce, come è ben noto, con la legge 180 del 1978, che ha stabilito la chiusura dei manicomi: questa legge ha semplicemente rappresentato l'epilogo e la definizione giuridica di un processo di rinnovamento dell'assistenza psichiatrica avviata in Italia da almeno due decenni di sperimentazioni, di lotte, di iniziative condotte da un ampio movimento di forze che è abitualmente indicato come “movimento di psichiatria alternativa”, di cui Psichiatria Democratica è stata la forma organizzata più rappresentativa.

La nascita di questo movimento, che data all'inizio degli anni '60, ha i suoi precedenti in un quadro storico culturale segnato da una crisi. La repressione ideologica esercitata durante il fascismo aveva provocato negli anni '50 una divaricazione profonda fra la cultura psichiatrica italiana, quasi del tutto chiusa all'influenza del nuovo, e quella degli altri paesi più sensibili, come l'Inghilterra, agli stimoli fecondi della fenomenologia esistenzialista europea o, come la Francia, agli influssi della psicoanalisi o, ancora, come gli Stati Uniti, alle riflessioni sociologiche sugli aspetti psichiatrici della devianza e dell'esclusione.

Il decennio '50-'60 è testimone dei tentativi generosi compiuti dagli psichiatri italiani più aperti, per colmare questa drammatica distanza culturale, tentando di favorire l'introduzione, anche in Italia, di alcuni degli orientamenti più moderni, dalla psicoanalisi, alla fenomenologia, alla antropologia culturale.

Ma si tratta di un processo assolutamente frammentario e, spesso, confuso, che non riesce né ad acquistare consistenza rinnovatrice, né, tanto meno, a scalfire la solida cultura psichiatrica ufficiale, arroccata sulle tradizioni della scuola positivista tedesca.

A questa situazione di arretratezza culturale si associa in Italia una congenita arretratezza nell'organizzazione dei servizi pubblici.

Cardine dell'assistenza psichiatrica e suo pilastro indiscusso e, allora, esclusivo, è il manicomio, luogo di ogni violenza e di ogni inganno, istituzione troppo palesemente contraddittoria per non svelare, al primo vaglio critico, le proprie funzioni di segregazione e di custodia.

Scrive Basaglia:

Ci si domanda se i fatti "insignificanti" che spesso fanno crollare interi sistemi teorici (nel nostro caso i malati che vegetano negli asili) non siano da troppo tempo entrati in conflitto con la teoria cui la psichiatria si appella e se non sia il caso che la teoria ceda il passo per lasciar parlare i fatti³.

E i fatti si identificano con la realtà tragica dell'internato che, anziché essere curato come "malato", risulta l'oggetto di una violenza istituzionale che agisce a tutti i livelli: la disgregazione, la depersonalizzazione, l'annullamento progressivo del ricoverato, che verranno mistificati come la conseguenza del suo stato morboso, sono invece, soprattutto, il prodotto dell'azione distruttiva del manicomio. Sono la "malattia da istituzione", che Basaglia ebbe il grande merito storico di individuare e di denunciare. Sotto le croste di questa malattia istituzionale rimane sepolto, fino talora a scomparire, il nucleo della sofferenza originaria del paziente, quella che si collega alle radici lontane della sua esistenza e della sua storia.

E, così, oltrepassate le mura manicomiali, il malato viene espropriato due volte: viene espropriato della sua dignità personale e del senso del suo dolore, del significato della sua vicenda umana. Su tutto cade il silenzio e l'oblio⁴.

La nascita della psichiatria alternativa in Italia è legata, dunque, alla convergenza, in un preciso momento storico che è collocato all'inizio degli anni '60, tra queste due componenti: la delusione e la insoddisfazione, favorite dal maturare di nuovi fenomeni critici, per una scienza classificativa e oggettivante, capace di catalogare ma non di *comprendere*, e la verifica pratica degli orrori e delle miserie della realtà manicomiale, che di quella scienza demistificano definitivamente le caratterizzazioni ideologiche, arbitrarie e sostanzialmente ascientifiche.

Ma se la psichiatria asilare si rivela solo come emarginazione e anientamento dei malati e se alla domanda "Che cos'è la psichiatria" non si può che rispondere che essa è non scienza, non cura, ma pura gestione della follia e della diversità, allo psichiatra che lavora nel manicomio non rimane che un'unica scelta possibile: quella di cambiare il segno di quella gestione, tentando la via del rovesciamento istituzionale. Ecco perché il movimento di psichiatria alternativa in Italia, emergendo dalla crisi degli operatori manicomiali, inizialmente

te si sviluppa, con indiscutibile coerenza, all'insegna della negazione⁵: negazione di una istituzione che segrega e distrugge, negazione di un ruolo e di un mandato che reprimono, *non certo negazione della malattia* e della sofferenza di cui, anzi, si tenta, sotto le croste istituzionali, di ritrovare le tracce.

Questa critica contro il carattere segregante dell'istituzione, che diventa *pratica* di trasformazione e di superamento del manicomio, amplificandosi e rafforzandosi nel clima delle contestazioni anti-istituzionali del '68-'69, rende ragione di alcune peculiari caratteristiche della psichiatria alternativa italiana rispetto a fenomeni analoghi in altri paesi⁶. A differenza che nei paesi anglosassoni e, in parte, in Francia e in Germania, il movimento italiano non ha mai cercato di costituire piccole contro-istituzioni autonome (quali, per esempio, la comunità anti-psichiatrica inglese creata da Ronald Laing e David Cooper⁷). Lo sforzo portato avanti ovunque è stato, al contrario, quello di incidere sul sistema delle istituzioni pubbliche della salute mentale, coinvolgendo tecnici e utenti nella comune esigenza di un processo di rinnovamento. Gorizia è, nel 1961 la sede della prima esperienza di psichiatria alternativa italiana. Essa si realizzò all'interno dell'Ospedale Psichiatrico locale come tentativo di realizzare quel processo di "negazione" e di superamento istituzionale di cui si è detto, sotto la guida di Franco Basaglia e con l'impegno di un gruppo di psichiatri, molti dei quali saranno protagonisti, in seguito, del proliferare di iniziative analoghe.

Jervis e l'esperienza goriziana: la critica alla "totalizzazione" della "pratica"

Jervis è tra questi: arriva a Gorizia nel 1966 e vi rimane fino al 1968, per due anni che considera, per citare le sue parole, "*tra i più ricchi e più belli della mia vita, ma anche fra i più faticosi*"⁸.

Ma che cosa induce Jervis a partecipare con passione alla esperienza goriziana? Ce lo dice egli stesso nelle belle pagine autobiografiche, tra le poche che egli scrisse, che introducono *Il Buon Rieducatore*:

Cercavo nel lavoro di Gorizia da un lato il significato umano, finalmente recuperato, del fare “decentemente” della psichiatria e, dall’altro, la sperimentazione e verifica di ipotesi politiche e culturali⁹.

Sono qui evidenziati due aspetti importanti della personalità di Jervis:

- il primo umanistico-antropologico, formatosi attraverso la grande lezione dell’incontro con Ernesto De Martino, i cui concetti, quale quello di “destorificazione della crisi”¹⁰, hanno importanti implicazioni per la psicopatologia e sembrano trovare proprio nei malati manicomiali una chiara evidenza;
- l’altro aspetto, non necessariamente in contrasto col precedente, è ispirato a un’esigenza razionalistica di scientificità, in particolare nella ricerca documentata dei meccanismi sociali della definizione della devianza e dell’esclusione, di cui l’istituzione manicomiale appariva l’espressione emblematica.

Gli interessi di Jervis si orientavano, infatti, allora, prevalentemente verso la psichiatria sociale, come evidenzia con chiarezza lo splendido saggio introduttivo che egli scrisse per un altro dei libri “mitici” di quell’epoca: *Classi sociali e malattie mentali*, di Hollingshead e Redlich, in cui egli afferma:

Ciò che qui viene messo in valore è, in primo luogo, l’esigenza di studiare il disturbo mentale non più in astratto, ma nella particolare realtà sociale che ne domina, se non l’insorgenza, certamente l’evoluzione e in molti casi la prognosi¹¹.

In quella fucina di idee e di pratiche rinnovate che fu l’esperienza di Gorizia, certamente questi interessi e queste esigenze di Jervis trovarono molte possibilità di sviluppo.

Di fatto Gorizia, scrive lo stesso Jervis,

Luigi Onnis

finì per essere qualcosa di più che una copia di modelli stranieri di comunità terapeutica: divenne un tentativo di depsiichiatrizzare il rinnovamento manicomiale, fu un luogo di elaborazione di importanti proposte politiche e culturali e, infine, assunse una importanza centrale per il rinnovamento della psichiatria istituzionale italiana¹².

Ma all'interno del gruppo goriziano, la posizione di Jervis, nonostante la sua piena e competente dedizione alla pratica assistenziale quotidiana, era quella del ricercatore, dello studioso, dell'intellettuale: e questa posizione era, da un lato, valorizzata, dall'altro vista con diffidenza.

Posso riferire, a proposito del primo di questi aspetti, un ricordo personale: ebbi la fortuna, ancora studente in medicina, di andare in viaggio di studio a Gorizia, insieme ad alcuni compagni e al mio professore, Terzian; fu in quella occasione, per me molto emozionante, che conobbi il gruppo goriziano e per la prima volta incontrai Jervis; partecipammo a molte riunioni in forma assembleare, con gli infermieri e con i pazienti, e ad una più ristretta, di carattere scientifico, riservata ad alcuni dei medici: fu in quella occasione che a Jervis venne affidato il delicato compito di raccogliere, di rivedere, e di integrare i contributi di quello che era destinato a diventare un libro storico: *L'istituzione negata*.

Ma la posizione "intellettuale" di Jervis cominciò ad essere vista con diffidenza, non certo per una ostilità verso la persona di Jervis, ma per l'amplificarsi di una ideologia comunitaria che attribuiva "valore di per sé esemplare e totalizzante alla quotidiana pratica assistenziale propria dell'ospedale aperto"¹³. La prassi coerente di "negazione istituzionale" andava trasformandosi, per usare le parole di Jervis, "in un modo tutto pratico e operativo di costruire al tempo stesso nuova scienza e nuova politica attraverso lo smantellamento del manicomio"¹⁴. Ma questa "totalizzazione" della pratica, pur ispirandosi ufficialmente alla valorizzazione sartriana del "sapere pratico", rischiava spesso di ripiegarsi in una pratica senza sapere.

Jervis è lucidamente critico su questi limiti e su questi aspetti, su cui ho voluto soffermarmi perché evidenziano l'esistenza, fin dal-

le origini, di due anime del movimento italiano di psichiatria alternativa, che, come vedremo, si riproporranno ancora nelle fasi successive, quando l'impatto con le problematiche territoriali farà emergere molti nodi irrisolti: un'anima tendente all'assistenzialismo volontaristico come valore in sé, spesso promosso da una generosa disponibilità umana, ma non sempre sostenuto da rigore metodologico, dal possesso di strumenti teorici e operativi, da una indicazione più chiara di percorsi e di obiettivi; l'altra anima propensa, invece, a ritenere che il valore della pratica si isterilisca se essa non è supportata da competenze, anche tecniche, che presuppongono l'acquisizione di saperi, di conoscenze, di capacità di verifica dei progetti e dei risultati.

Jervis respira, ovviamente, con questa seconda anima e ritiene che il prevalere della prima abbia segnato, insieme a tutta una serie di difficoltà politico-amministrative, la sospensione dell'esperienza goriziana (sia detto, per inciso, che, come è ben noto, anche Basaglia non intravvide possibilità di prosecuzione e preferì riavviare nell'ospedale psichiatrico di Trieste, la nuova esperienza che porterà a compimento, alla vigilia della legge 180).

Scriva Jervis sulle vicende di Gorizia:

È possibile che l'esperienza goriziana avrebbe avuto la possibilità di progredire ulteriormente, oltre la fase volontaristica dell'"ospedale aperto", solo se all'interno dell'equipe si fosse cessato di voler ignorare la necessità di un confronto con problemi tecnico-scientifici di tipo più specificamente psichiatrico, come quelli di natura psicodinamica, o attinenti alle dinamiche di gruppo, oppure se l'istituzione avesse avuto la possibilità di aprirsi all'esterno, di legarsi ai problemi della popolazione locale, di portare "nel territorio" le contraddizioni, i problemi, le proposte che venivano gestiti invece esclusivamente all'interno delle sue mura¹⁵.

Ecco, quest'ultimo è un altro dei punti in cui le posizioni critiche di Jervis sono fortemente anticipatrici di un dibattito che attraversa una lunga fase del processo di rinnovamento della assistenza psichiatrica in Italia: la dialettica "interno-esterno": si può compiere un percorso di trasformazione limitandolo alla sola "negazione istituzionale", alla sola lotta intra-manicomiale?

*La critica a una lotta esclusivamente anti-manicomiale:
l'esperienza di Reggio Emilia*

La risposta di Jervis è l'avvio, nel 1969, subito dopo Gorizia, di una delle più significative esperienze di lavoro psichiatrico "esterno", quella che forse è più legata al suo nome, l'esperienza di Reggio Emilia. È un'esperienza molto ricca di implicazioni e di significati, compiuta da piccole équipes, dislocate nelle varie zone della provincia e il cui personale, specialmente paramedico, viene selezionato non solo sulla base della specifica competenza professionale, ma anche su criteri di capacità di rapporti umani e di omogeneità culturale con la gente del luogo (e in questa scelta, nella valorizzazione degli aspetti culturali, ancora è presente l'influenza del grande insegnamento antropologico di De Martino).

Una delle caratteristiche importanti di questa esperienza "sul territorio" è che l'intervento, oltre che rispondere alla domanda assistenziale, si ripropone anche finalità preventive, tendendo a promuovere nei luoghi di lavoro, nel quartiere, nella scuola un coinvolgimento di gruppo intorno alla sofferenza del singolo, e a favorire la crescita di strutture assistenziali che potessero prevedere una più diretta partecipazione degli utenti.

Credo che l'esperienza di Reggio Emilia che ho avuto la possibilità di seguire direttamente per alcuni mesi, sia il tentativo più compiuto con cui Jervis cerca di mettere in pratica i propri riferimenti teorici alla psichiatria sociale, alla necessità dunque, di cogliere il senso

della sofferenza del paziente nell'ambito delle condizioni sociali ed esistenziali che lo coinvolgono e lo accompagnano.

Già qualche anno prima, nel saggio introduttivo a *Classi sociali e Malattie mentali*, Jervis dichiarava il suo interesse per una

*prospettiva della vita quotidiana del malato, nei rapporti con la sua famiglia e col suo medico, non più secondo una dinamica psicologica astratta e immutabile, ma nella ideologia culturale e nel modo di vivere dei rispettivi personaggi del dramma*¹⁶.

Sotto questo profilo l'esperienza reggiana, diffusa nel territorio e aperta al "sociale" è esemplare, ma ha un limite di cui Jervis è perfettamente consapevole: si tratta della presenza di un massiccio ospedale psichiatrico (il "San Lazzaro") su cui gli operatori reggiani non riescono ad avere presa.

Si ripropone, dunque, la dinamica "esterno-interno", "lavoro extraistituzionale / intraistituzionale", in una prospettiva ora rovesciata. È evidente che nessuno dei due poli può costituire la scelta alternativa, perché il processo di trasformazione può nascere solo da una integrazione e complementarità dei due poli.

Scriverà, in anni successivi, Franca Ongaro Basaglia in *Crimini di pace*:

*si presuppone che esistano un dentro e un fuori delle istituzioni come posizioni nettamente separate e antagoniste. Ma il dentro e il fuori sono creati come poli opposti e incomunicabili proprio dal sistema sociale che si fonda sulle divisioni a tutti i livelli; quindi accettando questa premessa noi siamo già all'interno del gioco. È dall'unione dentro-fuori che si dovrebbe tentare di agire, perché la realtà è un dentro e fuori costantemente collegato*¹⁷.

E infatti tutte le esperienze più significative sorte all'inizio degli anni '70 sono espressione nelle modalità del loro sviluppo, della necessità di operare parallelamente ai due livelli, quello intraistituzionale e quello territoriale, se la finalità che ci si prefigge è realmente quella di un radi-

cale rinnovamento della pratica psichiatrica e dell'organizzazione dei servizi ad essa connessi (si vedano l'esperienza di Arezzo, guidata da Pirella, e quella che Basaglia realizza e porta a compimento a Trieste). Ma l'esperienza anticipatrice di Jervis a Reggio Emilia ha un grande rilievo, perché mette in evidenza due problematiche che avranno riflessi di particolare importanza sugli sviluppi successivi della riforma psichiatrica italiana.

La prima riguarda l'evidente impossibilità di una piena trasformazione dell'assistenza psichiatrica senza un superamento e un'abolizione dei manicomi; questa esigenza, poi recepita dalla legge 180, costituisce la peculiarità della situazione italiana che, perciò, si impone all'attenzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Essa si basa anche sulla verifica del fallimento di esperienze di altri paesi (vedi Francia, Inghilterra, Stati Uniti), in cui il tentativo di istituire strutture extra-ospedaliere senza intaccare il nucleo manicomiale, che continuava inesorabilmente ad assorbire la maggior parte dell'assistenza, non aveva portato ad una riduzione del numero dei ricoveri, non aveva modificato la natura stessa dell'internamento, aveva determinato soltanto un'amplificazione complessiva dell'utenza psichiatrica.

La seconda problematica che si evidenzia nell'esperienza di Reggio Emilia è di non minore importanza e ha implicazioni ancora più profonde sull'evoluzione del processo di riforma. Essa riguarda il riemergere dell'esigenza di strumenti di intervento più definiti e specifici, quando il centro del lavoro si sposta dall'interno dell'istituzione psichiatrica, al "luogo sociale" in cui la sofferenza si origina e si manifesta; nuovi bisogni di conoscenza e di competenze professionali e tecniche che gli operatori avvertono nel momento in cui, in un contesto cambiato, verificano inadeguate le vecchie prassi assistenziali. Scrive Jervis a questo proposito:

Quella interpretazione della "cura" come semplice e disarmato "prendersi cura", quell'orientamento puramente sociologico ma al tempo stesso di

buon senso con cui si era ritenuto a Gorizia di poter sostituire le tecniche curative e che ancora aveva un significato quando si era trattato soprattutto di scardinare la vecchia istituzione e liberare i ricoverati, qui a Reggio Emilia mostrava tutti i suoi limiti, al confronto con i “casi” spesso drammatici di cui ci dovevamo occupare nei paesi, nei quartieri, nelle famiglie¹⁸.

È la testimonianza più evidente di come proprio nell'incontro col sociale, interpretazioni esclusivamente sociologiche della sofferenza non bastano più.

La critica a una concezione sociologica della malattia mentale

Troviamo qui una terza importante valenza critica, dopo quelle su una concezione “totalizzante della pratica” e sulla insufficienza di una “lotta esclusivamente intraistituzionale”, che caratterizza la posizione di Jervis rispetto agli sviluppi della riforma psichiatrica italiana.

Proprio il decentramento dell'assistenza nel territorio, laddove avviene, mostra che esso non può rappresentare *di per sé* l'alternativa, mostra che le strutture territoriali rischiano di rimanere vuote di reali innovazioni, se non vengono riempite da una nuova “cultura dei servizi”, atta a proporre definizioni e risposte nuove alla malattia mentale.

Quando dalla “gestione” della follia si passa ad affrontare il “problema” della follia¹⁹, quando dall'incontro con la maschera deformata che il manicomio ha impresso al disagio umano occultandolo sotto le croste dell'istituzionalizzazione, si passa all'incontro con la sofferenza psichica nel luogo esistenziale e sociale in cui nasce e si manifesta, diventano insufficienti categorie sociologiche generali quali “l'esclusione”, diventano sterili gli atteggiamenti di indiscriminata diffidenza verso le tecniche, perché ora si impone uno sforzo interpretativo più rigoroso del significato profondo di quella sofferenza, della sua natura, delle sue ragioni. E per questa nuova impresa gli operatori necessitano di strumenti più adeguati e di conoscenze nuove.

All'indomani dell'approvazione della legge 180, sollevavamo questi problemi, insieme a Giuditta Lo Russo, in un libro dal titolo indicativo *Dove va la psichiatria?*, che Jervis, con molta generosità, incoraggiò e sostenne²⁰. Jervis nel rispondere, insieme ad altri protagonisti del movimento di riforma psichiatrica alle nostre questioni, fu molto critico nel sottolineare quale discrepanza vi fosse tra quell'importante laboratorio di nuove esperienze che si andava diffondendo in gran parte d'Italia, e la povertà della produzione di una nuova cultura che consentisse rinnovate modalità di interpretazione e di intervento sulla malattia mentale.

Ciò che sembra prevalere, notava criticamente Jervis, “è un approccio populistico, scioccamente spontaneistico e paternalistico assistenziale al problema della sofferenza psichica”²¹. E “l'esportazione della logica manicomiale all'esterno dell'istituzione” (come allora si diceva) non si basa, per Jervis, soltanto sul rischio della riproduzione nel territorio di meccanismi più sottili di controllo sociale, ma anche sulla riproposizione piatta e acritica di pratiche e di atteggiamenti che, se potevano avere giustificazione all'interno dell'istituzione, diventavano del tutto inadeguate o addirittura controproducenti nella realtà esterna. È il manicomio che sopravvive nella mente dell'operatore e ne influenza i modi di pensare e di agire; ideologismi che continuano a vedere con sospetto le tecniche e le professionalità, pratiche puramente riabilitative o psico-educazionali che non lasciano spazio ad approcci più approfonditi e più utili di tipo psicoterapeutico, semplificazioni sociologiche che, rimandando al “sociale” ogni forma di disagio umano, ne vanificano, però, la specificità, e finiscono per perderne, di nuovo, il senso.

E questa *specificità*, sulla quale Jervis ha sempre insistito molto, va recuperata, non certo ignorando le inevitabili connessioni con i contesti socio-culturali di riferimento, ma ripercorrendo pazientemente tutte le mediazioni, relazionali, psico-emozionali e anche biologiche, che portano all'emergere della malattia mentale.

Ma per un tentativo di questo genere occorrono strumenti specifici, occorrono competenze adeguate, occorrono conoscenze nuove e critiche.

Se è vero che esiste una stretta connessione tra il luogo della massima emarginazione sociale – il manicomio – e l'ideologia pseudo-scientifica della massima destoricizzazione della sofferenza – la tradizione psichiatrica positivista – è altrettanto vero che la fine del primo non si accompagna con la scomparsa della seconda; anzi il modello medico-biologico della malattia continua ad essere largamente diffuso e rappresenta il principale veicolo culturale di sopravvivenza del manicomio.

La cosiddetta “depsichiatrizzazione” o “demedicalizzazione” della malattia mentale, se ha senso, allora, allo scopo di evitare questa deriva, non può, però, implicare il misconoscimento delle peculiarità della sofferenza psichica e della necessità di proporre più adeguate categorie interpretative.

Così come il rifiuto dello “scientismo”, come tentativo ideologico di destoricizzare il disagio umano e di occultarne il senso, non può, però, tradursi in un rifiuto della scienza come metodo conoscitivo del reale. Su questo aspetto Jervis torna a più riprese nell'arco della sua opera e della sua vita, perché questo rappresenta, forse, il filo conduttore più continuo e coerente a cui egli fa riferimento: quell'ispirazione a un metodo e a una razionalità scientifica che non può non essere la guida, e al tempo stesso, la verifica, di ogni esperienza umana.

Perciò egli ripropone il timore che la riforma psichiatrica, nella fase successiva all'approvazione della legge, svuotati e aboliti i manicomi, impresa degna di una società civile, non riesca però ad arginare un rischioso “svuotamento scientifico-culturale”.

E ancora nel rispondere alle questioni che gli proponevamo in *Dove va la psichiatria*, egli manifestava preoccupazione per la tendenza a “ignorare il problema della terapia, consegnando l'attività psichiatrica da un lato alla pratica socio-assistenziale più paternalistica,

dall'altro alla pratica medica"²². Per questo Jervis non si stancò mai di farsi promotore di un rinnovamento culturale che valorizzasse la diffusione nei servizi di un approccio o, almeno, di una sensibilità psicoterapeutica, sottolineando sempre l'importanza della formazione degli operatori.

Il valore della formazione degli operatori

Alla formazione degli operatori Jervis ha dedicato gran parte della sua vita, con passione, rigore, impegno, proprio perché riteneva che questo fosse il veicolo essenziale per quella trasformazione della "cultura dei servizi" che, insieme e, forse, più ancora della carenza delle strutture, era uno dei pilastri mancanti della riforma psichiatrica italiana.

Già nel periodo immediatamente post-reggiano, agli operatori e a tutto il personale in formazione è rivolta la stesura del *Manuale critico di psichiatria* in cui rimette in discussione l'impianto metodologico della psichiatria tradizionale, a cominciare dalla diagnosi che è "più finalizzata a rinchiudere i pazienti in caselle deresponsabilizzanti che a comprendere il significato della loro sofferenza"²³. Perciò una rilettura della psicopatologia poteva fornire categorie interpretative più utili ad affrontare la complessità del problema della malattia mentale.

Successivamente, attraverso l'insegnamento universitario e la periodica supervisione di équipes dei servizi pubblici, Jervis mostra sempre grande attenzione alle esigenze della formazione, preoccupandosi di trasmettere un sapere non dogmatico, che potesse favorire una consapevolezza critica e stimolare uno spirito di ricerca.

Jervis sottolineò costantemente la necessità che gli operatori dovessero seriamente fornirsi di competenze specifiche. E perciò fu sempre un fiero avversario della tendenza all' "antitecnicismo", anche quando questo pareva dominare nel movimento di psichiatria alternativa.

Già nell'introduzione al *Manuale critico*, Jervis scrive:

... affrontare e discutere i casi della persone assistite pone ad ogni momento problemi tecnici e in psichiatria problemi tecnici sono in genere tutte le nozioni e i vari "saper fare" specifici di questa disciplina; in senso più particolare sono le tecniche terapeutiche, principalmente le tecniche psicoterapeutiche individuali, l'uso degli psicofarmaci, e le tecniche di interpretazione e di conduzione dei piccoli gruppi²⁴.

A distanza di oltre trent'anni, nel suo ultimo libro *La razionalità negata*, Jervis ritorna su questi concetti, sottolineando quanto, nella formazione degli operatori qualità e disponibilità umane debbano sempre associarsi a competenza e sapere scientifico, perché queste condizioni sono per altro il miglior antidoto al fenomeno del burn-out degli operatori:

Occorre che nell'animo dei curanti esista un forte senso di dignità del proprio operare. È importante che si crei una "soddisfazione di efficacia" per un lavoro ben svolto e questa serena soddisfazione è inscindibile dalla consapevolezza della propria competenza tecnica²⁵.

E competenza tecnica significa per Jervis possesso di strumenti specifici che permettano un approccio alla malattia mentale, capace di alleviarne la sofferenza, ma anche di restituirla ai suoi significati e di reintegrarla, come "corpo non più estraneo" nella traiettoria esistenziale dell'individuo.

Una dimensione e una attitudine psicoterapeutica, dunque, che deve permeare la formazione degli operatori e farsi veicolo di rinnovamento culturale che possa investire servizi, professionisti, utenti.

È peraltro essenziale e auspicabile che questa esigenza di nuova cultura che trova la sua matrice proprio nel processo di profonda trasformazione che caratterizza la riforma psichiatrica italiana possa ricongiungersi ad essa, diventando uno dei pilastri fondamentali della sua piena realizzazione²⁶.

Conclusioni

In questo tentativo necessariamente limitato e di certo carente di ricostruzione storica, ho cercato di collocare nel tempo le valutazioni critiche di Jervis, ancorandole ai momenti di svolta e alle transizioni più rilevanti del processo di riforma della psichiatria italiana.

Ma è ben evidente quante di esse siano ancora di straordinaria attualità e siano state riproposte da Jervis fino alla fine della sua vita in una sorta di bilancio complessivo di ciò che la “nuova psichiatria” italiana, e la legge che ne è conseguita, ha realmente rinnovato e di ciò che è rimasto incompiuto.

L'ultimo libro di Jervis, scritto in collaborazione con Corbellini, *La razionalità negata*, ha certamente un respiro interdisciplinare e di revisione epistemologica, che va ben al di là dello specifico psichiatrico. Ma per quanto riguarda la riforma psichiatrica italiana, di cui pure dà una valutazione globalmente positiva (“malgrado errori e ritardi la situazione attuale – egli scrive – è enormemente migliore di quella di trent’anni fa e il popolo italiano è stato il primo a trarne vantaggio”)²⁷, Jervis non cessa di sottolinearne le persistenti carenze e le incompiutezze, ricercandone puntigliosamente le origini nelle derive culturali, ideologiche, politiche dell’epoca, e indicandole soprattutto, ancora una volta, in due aspetti: mancanza strutturale di servizi, ma soprattutto, inadeguatezze culturali e metodologiche nella trasmissione e diffusione di competenze e di saperi scientifici. Ci si potrebbe, a questo punto domandare, se le posizioni critiche di Jervis fossero isolate, quelle di una “*vox clamans in deserto*”. Certamente no!

Come si accennava precedentemente, Jervis rappresentava un’anima del movimento riformatore, quella più ancorata ad atteggiamenti razionalistici e a metodologie scientifiche che mettessero al riparo da cadute troppo marcatamente ideologiche.

Ma certamente in Jervis, anche per quella che era la sua personalità, queste posizioni emergevano con particolare rilievo, per la lucidità e

la profondità intellettuale che le caratterizzava, per la chiarezza ammirevole con cui venivano espresse, per il rigore metodologico che le accompagnava. E anche per una incisività sobria, sempre scevra da enfasi retoriche.

Anche per questo di lui alcuni hanno detto che incarnava la figura dell' "anti-maestro" e questo forse è vero per il rifiuto di ogni dogmatismo, che uccide il sapere anziché promuoverlo; ma se c'era un termine a cui Jervis era assolutamente allergico era proprio quell' "anti", troppo evocatore di opposizioni radicali e a-dialettiche per essere accolto in quella dimensione di complessità a cui Jervis preferiva orientare l'esplorazione della realtà.

In questo senso non amava la denominazione di "antipsichiatria" (*Il mito dell'antipsichiatria* fu uno dei suoi scritti più noti già negli anni '70) e ancor meno gradiva essere chiamato "antipsichiatra", ricordando spesso una presa di posizione di Laing, che pure era considerato il padre dell'antipsichiatria inglese, quando disse: "Non posso consentire che il termine psichiatra rimanga monopolio di coloro che trattano i loro pazienti senza competenza, carità e amore".

Certamente Jervis ha incarnato, meglio di chiunque altro, il ruolo di "coscienza critica" della riforma psichiatrica italiana. Le sue posizioni perciò sono a molti apparse "scomode", proprio perché non accomodanti, mai compromissorie, mai strumentali; così in sintonia con quella spigolosità schiva, anche se aperta a impreviste e calde manifestazioni affettive, che caratterizzava la sua figura.

Jervis si è enormemente prodigato nel "fare" e si è speso generosamente nel "dare", (di tutto ciò sono stato testimone), ma non ha mai abbandonato la veste che soprattutto lo caratterizzava: quella di "intellettuale critico".

Aggettivo che dovrebbe essere pleonastico se non assistessimo, nella cultura italiana di oggi, a quello che alcuni hanno, non senza ragione, chiamato "il grande silenzio".

Ecco perché la sua voce ci mancherà.

E il vuoto che Gianni lascia, insieme all'affetto che tutti noi gli serbiamo, si accompagna a un sentimento di immenso rimpianto.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. CORBELLINI G., JERVIS G., *La razionalità negata*. Torino, Bollati Boringhieri, 2008.
2. BASAGLIA F. (a cura di), *L'istituzione negata*. Torino, Einaudi, 1968.
3. BASAGLIA F. (a cura di), *Che cos'è la psichiatria*. Torino, Einaudi, 1973, pag. 4.
4. Cfr. ONNIS L., *Oltre le mura del silenzio*. Roma, EdUP, 1996.
5. BASAGLIA F., op. cit. nota 2.
6. Cfr. ONNIS L., LO RUSSO G., *La ragione degli altri*. Roma, Savelli, 1979.
7. LAING R., *La politica dell'esperienza*. Feltrinelli, Milano 1968; COOPER D., *Psichiatria e antipsichiatria*. Roma, Armando, 1967.
8. JERVIS G., *Il buon rieducatore*. Milano, Feltrinelli, 1977, p. 20.
9. JERVIS G., op. cit. nota 8, p. 22.
10. DE MARTINO E., *La terra del rimorso*. Milano, Il Saggiatore, 1961.
11. JERVIS G., *Introduzione*. In: HOLLINGSHEAD A.B., REDLICH F.C., *Classi sociali e malattie mentali*. Torino, Einaudi, 1966, p. XI.
12. JERVIS G., op. cit. nota 8, p. 20.
13. JERVIS G., op. cit. nota 8, p. 22.
14. *Ibidem*.
15. JERVIS G., op. cit. nota 8, p. 23.
16. JERVIS G., op. cit. nota 11, p. XII.
17. BASAGLIA F., ONGARO basaglia f., *Crimini di pace*. Torino, Einaudi, 1975, p. 72.
18. JERVIS G., op. cit. nota 8, pp. 28-29.
19. Cfr. ONNIS L., LO RUSSO G., *Dalla gestione della follia al problema della follia*. *Giornale Italiano di Psicologia* 1976; 3(3): 339-350.
20. ONNIS L., LO RUSSO G., *Dove va la psichiatria?* Milano, Feltrinelli, 1980.
21. ONNIS L., LO RUSSO G., op. cit. nota 20, p.87.
22. ONNIS L., LO RUSSO G., op. cit. nota 20, p. 92.
23. JERVIS G., *Manuale critico di psichiatria*. Milano, Feltrinelli, 1975, p.18.
24. JERVIS G., op. cit. nota 23, p. 12.
25. CORBELLINI G., JERVIS G., op. cit. nota 1, p. 154.

Jervis: coscienza critica della riforma psichiatrica

26. ONNIS L., *Riforma psichiatrica italiana e psicoterapia sistemica*. *Psicobiettivo* 2008; 28, 3: 42-65.
27. CORBELLINI G., JERVIS G., op. cit. nota 1, p. 139.

Correspondence should be addressed to:

luigi.onnis@uniroma1.it

