

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

IL PENSIERO DI GIOVANNI JERVIS SULLA RELAZIONE
D'AIUTO: UN IMPORTANTE CONTRIBUTO NELLA
FORMAZIONE DEGLI OPERATORI IN PSICHIATRIA

ANTONIO MARIA FERRO

Dipartimento di Salute Mentale ASL 2 Savonese, Savona, I

SUMMARY

GIOVANNI JERVIS' THOUGHT ABOUT HELPING RELATIONSHIP

The author describes Giovanni Jervis' thought about helping relationship starting from considering how he received inspiration from Jervis himself in developing a way of practising psychiatry which is always careful and respectful of others and of everyday life policy.

The construction of mental wellness is a dynamic process that is pursued all life long: it concerns the way we work as well, on the one hand to overcome or at least to mitigate mental disorders, on the other hand to preserve the mental endurance of a Mental Health Department and its workers.

Institutional therapy therefore maintains with realism and without idealistic illusions this double "maturity" goal, without because of this indulging in pessimism on human nature and on incurability: these pessimisms too often have had and still have an auto-justifying function for doing nothing or doing wrong.

Nel *Manuale critico di psichiatria* Giovanni Jervis scrive:

Volevamo verificare se, e fino a che punto, fosse possibile un lavoro psichiatrico alternativo, non più nel manicomio, nell'ospedale, ma nei quartieri, nei paesi, tra la gente, nel vivo del tessuto sociale¹.

Key words: Helping relationship - Empathy - Everyday life policy - The psychiatrist's workshop

Il *Manuale* evitava risposte definitive, esaustive ai problemi che sollevava, che la psichiatria, ma soprattutto le sofferenze umane – anche nelle forme più cristallizzate della psicopatologia – sollevavano e continuano ancora oggi a sollevare.

Jervis scrive ancora:

*“Un mio scopo è stato dimostrare che dietro ai tecnicismi, dietro alle classificazioni ed alle infinite diagnosi e sottodiagnosi di malattia, si nascondono altri problemi e questi sono problemi umani”*²

di vite quotidiane dolorose, vuoi per come queste vite si sono andate strutturando dai primissimi anni di vita, vuoi per come queste abbiano avuto la sorte di incontrare, poi negli anni, gli eventi della vita. I nuclei psicopatologici più profondi probabilmente non sono molti e sono più costanti nel tempo di quanto immaginiamo, ma le loro forme espressive sono invece estremamente cangianti in funzione delle epoche e delle culture – come ricorda Xavier Pommereau, psichiatra a Bordeaux³ – e, se si fa eccezione almeno in parte per le schizofrenie e la melanconia, si plasmano in relazione proprio con la cultura, le abitudini, le sofferenze della Polis: pensate per tutti ai disturbi del comportamento alimentare, ai disturbi da attacco di panico che sono aumentati in modo esponenziale in questi anni.

A questo proposito Eugenio Borgna, commentando la prossima pubblicazione della nuova edizione del manuale diagnostico e statistico delle malattie mentali dell’A.P.A., si interroga:

*Come posso giungere alla diagnosi in psichiatria – se non riesco a fare sgorgare dalla vita interiore dei pazienti le ragioni ferite dei loro cuori [...] se non ho mai conosciuto queste esperienze umane, prima ancora che nella psicopatologia, nella mia anima o nella mia immaginazione?*⁴

È il concetto di empatia che Edith Stein – nella sua tesi di laurea del 1916 – sintetizza come “il fondamento degli atti in cui viene colto il vissuto altrui”⁵.

Allora, come ora, la psichiatria è fortemente in relazione con “problemi politici”, ovvero della Polis, del modo in cui la edifichiamo, la abitiamo o piuttosto la mortifichiamo immiserendola delle potenzialità vitali. Ricorda K. Dörner in *Il borghese e il folle*:

La psichiatria si trova nella situazione dialettica di essere nello stesso tempo al servizio dell'emancipazione dell'uomo sofferente ma anche al servizio della sua integrazione sociale [...] una dialettica continua tra promesse emancipatrici e pretese di stabilizzazione⁶.

Parafrasando Freud e la sua *Psicopatologia della vita quotidiana*, Giovanni scrive allora della *Politica della vita quotidiana*.

In realtà credo che per tutto il gruppo che ebbe la fortuna di essere allievo di Jervis a Reggio Emilia il “fare in psichiatria” abbia sempre comportato, pur nelle diversità culturali e caratteriali di ognuno di noi, un costante confronto con la Polis e il suo divenire così cangiante. Rileggendo dopo tanti anni la sua introduzione al *Manuale Critico*, ho compreso meglio come sia nato, dopo anni di lavoro a Savona, il progetto della “Bottega della Psichiatria”, al quale Jervis partecipò con una generosità che mi stupì, sostenendomi poi nella pubblicazione del testo *La Bottega della Psichiatria*, testo di cui accettò volentieri di essere autore con me⁷.

Il riferimento ideale era appunto la Bottega d'Arte che ebbe inizio nell'Italia dei Comuni ed ebbe il suo massimo sviluppo nel rinascimento.

Essa era un luogo di confine, sul “limite”, ma di collaborazione e confronto tra produttori e fruitori, tra molteplici conoscenze e mestieri. Nella *Bottega* risaltavano inevitabilmente le esperienze, la sensibilità e il talento individuale dell'artigiano.

Il libro evidenziava queste caratteristiche come “una conditio sine qua non” anche per l'operare psichiatrico.

Un buon operare in psichiatria avviene quando si sviluppa una prassi di lavoro clinico dove, come nella Bottega d'Arte, pratica e teoria non

procedono mai disgiunte e possono sempre confrontarsi con l'esterno, la Piazza, che in psichiatria è rappresentata di volta in volta dalla popolazione, dai fruitori dei servizi, dai modelli culturali e scientifici, dalle altre discipline mediche, dagli altri saperi "laici" non psichiatrici. Credo che questo sia stato il mio modo di comprendere e, con tutti i miei limiti, realizzare il suo insegnamento a proposito della stretta relazione tra l'operare in psichiatria e la politica della vita quotidiana.

Mettere in relazione, fare assumere a soggetto ed oggetto, ad osservato e osservatore, nuovi rapporti e nuovi modi di porsi e di comunicare; riflettere sulle procedure, sulle strategie, sulle teorie che via via utilizziamo; essere disponibili a mutare le nostre teorie e/o credenze, quando esse si rivelino non più adeguate nel confronto con la pratica clinica, di lavoro e di studio: questo ha fatto parte della *relazione d'aiuto* che io ho avuto con Giovanni Jervis.

È stato un in-segnamento discreto, talvolta così parco da apparirmi – soprattutto negli anni di Reggio Emilia – mancante. In realtà, ho compreso poi come proprio questa particolare coloritura della sua relazione d'aiuto, rispettosa, non invadente, comunque fiduciosa con discrezione realistica, abbia permesso che la nostra relazione umana perdurasse così bene nel tempo.

Credo di aver percepito sempre una dimensione di reciprocità, di genuino interesse per la mia esperienza clinica e di direttore di un Dipartimento di Salute Mentale, accettando senza alcuna difficoltà che potessi anch'io in-segnare a lui.

Richiamo ora le definizioni di "relazione d'aiuto" e "psicoterapia" proposte da Giovanni Jervis.

Egli in *Psicologia Dinamica* scrive:

Per relazione d'aiuto si intende qualsiasi rapporto fra due o più persone quando sia caratterizzato da una particolare divisione di ruoli, una delle due chiede aiuto, qualsiasi tipo di aiuto, e l'altra è disposta a fornirlo⁸.

La dimensione della reciprocità, pur nell'inevitabile asimmetria, garantisce una sufficiente salute ad una relazione d'aiuto, anche a quelle professionali, anche a quelle particolari relazioni d'aiuto che sono le psicoterapie psicodinamiche.

Ne *Il problema delle psicoterapie nei Servizi Psichiatrici* Jervis scrive:

La psicoterapia è qualsiasi forma di trattamento, o anche di aiuto a chi è in disagio psicologico, che sia basata sulla parola e sul rapporto reciproco. Anche la psicoanalisi è una psicoterapia. [...] Potremmo dire, in una maniera un po' più precisa, che la psicoterapia è comunque un'esperienza di incontro, di incontro fra due (o più: terapie familiari e di gruppo) persone, di incontro teorizzato, ma pur sempre un incontro⁹.

In *Analisi psicologica delle risorse nella relazione d'aiuto* Jervis esaminerà come si possa strutturare una relazione d'aiuto professionale, affrontando i temi del “dono”, delle motivazioni di chi porge aiuto, delle basi neuropsicologiche dell'empatia stessa. Egli scrive:

le nostre tendenze naturali [...] sono un insieme di tendenze sia egoistiche, sia altruistiche [...] ed anzi sono più altruistiche di quanto credessimo¹⁰.

Tuttavia perché l'altruismo non si inquina, non si ammali, occorrono riconoscimenti, risarcimenti per chi porta aiuto – ricorda ancora Giovanni.

Questo tema è molto importante ed apre al delicato ma essenziale problema della formazione, del sostegno psicologico costante agli operatori impegnati in relazioni d'aiuto professionali dove spesso la dimensione della reciprocità non è evidente e la vicinanza a pazienti così gravi è fonte di rischio di non poca sofferenza per gli operatori. Questo emergeva in modo chiaro già nel Seminario “Psichiatria, Comunità, Socio Terapia” svoltosi a Milano nel 1970, un anno prima che mi laureassi. La lettura di quegli atti è stata per me una vera “illuminazione sulla via di Damasco” e lo scritto di P.C. Racamier

Verso una concettualizzazione della socioterapia, ossia della cura istituzionale degli psicotici divenne poi per me una specie di piccola Bibbia che ancora oggi consulto¹¹.

In un commento a quegli scritti Paolo Ferraresi scrive:

Sembra insomma opportuno che l'operatore sia sempre più sensibile e avvertito ai fenomeni della comunicazione ed abbia in ogni istante presente il contesto in cui viene ad inserirsi la transazione comunicativa con il fine di porre costantemente e pazientemente l'Io del paziente a confronto con la realtà che lo circonda¹².

Molto tempo prima J. Connolly nel 1856 nel *Trattato del malato di mente senza mezzi costrittivi* scriveva:

È importante che i medici dimentichino le preoccupazioni personali, allorché ha inizio la giornata, e siano pronti ad ascoltare con pazienza, ad investigare con imparzialità, a soccorrere con gentilezza, a sopprimere infine a tutte le piccole o grandi cause di insoddisfazione cosicché i pazienti si sentano tranquillizzati e il personale non si irriti o si scoraggi perdendo la gentilezza e la comprensione verso i pazienti [...] così giorno dopo giorno si avvertiranno i risultati della azione benefica di questo ritmo; giorno per giorno i disturbi mentali scompariranno e il sospetto verrà dissipato, i pensieri melanconici svaniranno, la fiducia crescerà e si rafforzerà, le propensioni naturali rinasceranno e la guarigione non sarà più lontana¹³.

Evidenzio come Connolly sia qui sorprendentemente vicino a Bion, che parla di “reverie” come quello stato mentale della madre che le permette di accogliere il terrore proiettato del neonato.

I nostri due psichiatri sono molto vicini quando Bion sottolinea come l'oggetto delle proiezioni – la madre, ma anche il terapeuta e l'istituzione di cura – deve possedere la capacità di accogliere e trasformare gli elementi proiettati senza lasciarsi travolgere, restituendoli al soggetto sotto forma di oggetti interni più stabili e funzioni mentali mature (funzione Alfa)¹⁴.

Così Racamier scrive nel 1970:

la cura istituzionale si connota per la sua natura sia collettiva, sia psicologica: inevitabili peculiari aspetti di essa, rivolti alla collettività, derivano dal fatto che nel campo istituzionale è un insieme di persone dalle diverse competenze che amministrano la relazione col paziente, come per altro spesso i pazienti interagiscono come gruppo nella relazione con i curanti. È la comprensione psicologica dei rapporti e dei legami intersoggettivi nella cura istituzionale, con gli strumenti che la psicoanalisi ci offre, che ci permette di leggere, talvolta decifrare, i modi con cui questi nostri pazienti abitano, colorano, plasmano, trasformano il mondo e quella parte di mondo che è la realtà istituzionale con i suoi intrecci relazionali¹⁵.

Uno dei compiti della terapia istituzionale è proprio quello di rendere possibili gli spazi fisici e mentali dove ospitare i nostri pazienti e dove mettere in opera relazioni di aiuto soddisfacenti con chi si trova in una situazione di bisogno.

Edmond Jabes in *Il libro dell'Ospitalità*¹⁶ scrive della possibilità di lasciare in noi (preservare) uno spazio fisico e mentale, al tempo stesso per l'ospite e per essere ospitali: infatti l'essere ospitali è cosa che riguarda sia l'ospite che lo straniero che possono o non possono essere ospitali reciprocamente¹⁷.

Lo straniero, e per straniero qui intendo proprio i nostri pazienti più complessi e le situazioni famigliari che ci appaiono impossibili, possono presentarsi ospitali al nostro incontro e noi al nostro incontro con loro, ma possono altresì presentarsi del tutto inospitali perché l'angoscia che proviene dalla loro condizione di sradicamento e di alienazione spesso non consente loro, di esprimere la loro ospitalità, la loro possibilità di chiedere aiuto, costringendoli a rimanere chiusi, troppo estranei, talvolta irritanti. In realtà per ospitare in noi pazienti gravi come quelli psicotici, come quelli che presentano disturbi di personalità con importanti turbe comportamentali, come quelli affetti da disturbi del comportamento alimentare, da gravi melanconie o da importanti decadimenti cognitivi, è necessario rendere possibile

in noi operatori e, nelle istituzioni in cui operiamo, lo spazio, soprattutto mentale, per ospitarli.

Per evidenziare come questa non sia una prassi facile voglio farmi aiutar qui da Dostoevskij che ne *I fratelli Karamazov* fa dire ad Ivan, il secondo dei figli di Fedor Pavlovic, al più giovane Alesia:

non ho mai potuto capire come si possa amare il prossimo. È, appunto, chi ti sta vicino che, secondo me, è impossibile amare, chi è lontano forse sì [...] “Eppure vi è anche molto amore nell’uomo, ed è quasi simile all’amore di Cristo, io lo so bene, Ivan” risponde Alesia. Ivan così gli risponde: “Beh, io questo per il momento non lo so e non posso capirlo e come me l’infinita maggioranza degli uomini: l’interrogativo è questo, se dipenda dalle cattive qualità degli uomini oppure dal fatto che così è la loro natura ... noi però non siamo dei. Supponiamo, per esempio, che io possa soffrire profondamente ma un altro uomo non potrà mai sapere fin dove arriva la mia sofferenza perché lui è altro da me e soprattutto perché di rado una persona è disposta a riconoscere una sofferenza altrui ... i poveri, soprattutto i poveri per bene, non dovrebbero mai mostrarsi ma chiedere l’elemosina attraverso i giornali. Si può ancora amare il prossimo in astratto, e talvolta persino da lontano, ma da vicino quasi mai”¹⁸.

Allora sostenere la mente di chi, individuo e/o gruppo, fornisce aiuto è fondamentale perché il nostro lavoro clinico non rimanga prigioniero dell’oggettivazione del paziente, dove egli non esiste più come persona, come “altro in relazione con noi” ma solamente come un insieme di sintomi, privo di una storia individuale, per la quale peraltro non si ha più interesse. Fa parte quindi del nostro lavoro tutelare le nostre menti di operatori anche perché, come ricorda Jervis,

il sentirsi esistere [...la] presenza di sé a se stessi [...] il sentimento dell’unità dell’Io, [...] non sono una facoltà psicologica garantita una volta per sempre, ma sono un’acquisizione precaria, ogni giorno faticosamente costruita dalla cultura¹⁹.

Insomma, chi è ingaggiato in una relazione d’aiuto professionale è perennemente assediato dalla minaccia di essere riassorbito in una dimensione di precarietà dove prevale il sentimento di “non essere” .

“La costruzione del benessere psichico è processo dinamico che prosegue per tutta la vita”, scrive Jervis²⁰.

Questo riguarda il superamento dei disturbi mentali, ma anche la tenuta mentale di un D.S.M. e dei suoi operatori.

La Terapia Istituzionale, mantiene quindi questo doppio obiettivo “maturativo”, con realismo e senza illusioni idealistiche ma anche senza indulgere a pessimismi sulla natura umana e sulla inguaribilità, pessimismi che, se assoluti, e posti come verità indiscutibili, hanno sempre avuto una funzione autogiustificatoria per il non fare nulla o fare male.

Luc Ciompi mi ricordava come fattore fondamentale di guarigione, o comunque di cambiamento, sia la capacità individuale ed istituzionale di preservare nelle nostre menti di operatori lo spazio della speranza, una speranza che non chiede risarcimenti o riscontri grandiosi ma che continua ad esistere ed è tutelata, in questa sua funzione, da un lato dalle conoscenze scientifiche che sono peraltro in mutamento continuo e dall'altro, dalla nostra capacità di tenuta, tenuta paziente, tollerante, che sa riconoscere i nostri limiti umani ma che non si inquina nell'esercizio di un giudicare senza apprendere e conoscere²¹. Ricordo qui come Diego Napolitani abbia analizzato due possibili dimensioni della relazione di aiuto: quelle del “prevedere con” e del “provvedere a”, entrambe presenti anche in quelle particolari relazioni d'aiuto che sono gli interventi terapeutici ed assistenziali in psichiatria e nelle psicoterapie²². Per Napolitani “pre-vedere” indica una capacità di vedere ciò che è davanti a se stessi in termini spaziali e in termini di sviluppo temporale dell'evento, all'interno della gestione della propria personale esistenza, mentre provvedere indica una capacità di distinguere le cose “a favore di” o “al posto di” qualcun altro. La dimensione del “pre-vedere con il paziente presuppone un processo terapeutico di bi-conoscenza, in cui non c'è un livello gerarchico di importanza nell'attenzione data alle dinamiche transferali e contro-transferali che si sviluppano nei due sensi della relazione²³.

Trovo utile qui richiamare ancora P.C. Racamier che da un lato evidenziava la natura comunque psicologica di ogni forma di aiuto in psichiatria, non solo in psicoterapia e dall'altro invitava a ridurre al minimo, anche temporalmente – quando clinicamente corretto – la dimensione “provvidenziale” nella cura, per restituire prima possibile il volante e la guida della propria vita ai pazienti.

Se riflettiamo quindi ancora sulla relazione di aiuto professionale resta una certa innaturalità in questa “disponibilità quotidiana” che, soprattutto nei pazienti affetti da patologia di lenta risoluzione o croniche, può divenire senza tempo o rischiare di essere legata al tempo angoscioso del morire.

È facile quindi che nell'operatore nasca un “costo psicologico” per la sua mente. Gli antidoti più semplici a questa sofferenza restano quelli che avevo appreso già tanti anni fa lavorando con Jervis a Reggio Emilia: a) la possibilità di lavorare in gruppo (è utile agli operatori ed ai curati in egual misura); b) una costante attività di formazione ed aggiornamento che aiuti a tollerare il patimento che nasce inevitabilmente dall'empatia nella relazione di cura.

Dobbiamo quindi saper valorizzare:

1. il sentire di essere membri di una squadra che può fare bene;
2. l'aver un forte senso della propria professionalità percependo come ogni ruolo di una equipe sia necessario per creare una relazione di aiuto integrata, necessaria ormai nella maggior parte delle nostre terapie con pazienti gravi;
3. ottenere il riconoscimento, per quanto si fa positivamente, attraverso premi e miglioramenti della propria professionalità;
4. infine sentire di lavorare in una istituzione efficiente ed efficace per sentire noi stessi di poter essere efficienti ed efficaci.

Avere il senso della propria efficacia e sentire che essa è riconosciuta dagli altri colleghi di staff è essenziale per sostenere la relazione di

aiuto che forniscono di rado risultati felici o che comunque non li forniscono in tempi brevi.

Penso allora a relazioni d'aiuto che tollerino di non essere mai esaustive, pur nell'attenzione empatica al paziente ed eventualmente al suo entourage, che mirino quindi a permettere ai nostri pazienti di muoversi più liberi e meno sofferenti nel mondo.

Per fare questo, ripeto ancora, ho imparato da Jervis come sia necessario che un responsabile di staff eviti nel lavoro istituzionale lo squilibrio percepito tra il "dare" e il "ricevere".

Questa è una funzione etica, di sostegno e protezione mentale, non solo per i collaboratori, ma anche per gli assistiti, i pazienti che devono essere preservati dalle azioni iatrogene di una errata relazione di aiuto.

Insomma, ricordava ancora Jervis nella sua relazione al Convegno sulla "Relazione d'Aiuto" a Savona nel 2003, l'operatore deve essere aiutato a riconoscere quando rischia di non subordinare più i propri bisogni a quelli della persona che sta aiutando ed a riconoscere quando tende a gratificarsi di un proprio potere sul paziente: ad esempio essere aiutato a riconoscere quando rischia di essere aggressivo, quando manifesta grosso fastidio o addirittura maleducazione nei confronti dei pazienti²⁴.

Harold Searles nel 1979 scrive:

nella relazione con il paziente schizofrenico il terapeuta stesso può contribuire a fare impazzire [...] o comunque a mantenere piccolo, dipendente, persino non pensante il paziente [...]. Si tratta dell'induzione nel paziente di pensieri ed azioni o della sottomissione del paziente ad un pensiero, un progetto non condiviso, di cui non è a conoscenza, sebbene gli operatori o lo psicoterapeuta coinvolti ritengano invece di intervenire con modalità terapeutiche²⁵.

Sandor Ferenczi, riflettendo sulla complessità di questi movimenti emotivi che esistono in psicoanalisi, ma anche nel lavoro

istituzionale ed in ogni relazione di aiuto, definiva allora il controtransfert come

l'insieme dei movimenti psicologici immaginari del terapeuta relativi all'esperienza psicologica che il paziente trasferisce su di lui, esperienza peraltro influenzata da ciò che il terapeuta gli trasmette²⁶.

Vivere allora le esperienze di essere aiutati ed anche di essere curati, introiettare e metabolizzare bene queste esperienze, permette poi relazioni d'aiuto professionali non astratte, non fredde o dannosamente provvidenziali, per poter anche vivere e lavorare meglio.

Queste mie riflessioni originano tutte, comunque, dall'esperienza personale nell'essere stato aiutato da Giovanni Jervis a sviluppare le mie competenze professionali.

Posso dire che questo "imprinting tardo" ha informato il mio stile di lavoro, il mio modo di strutturare relazioni d'aiuto professionali e modelli organizzativi di operare in psichiatria.

P.C. Racamier avrebbe scritto di "azioni parlanti" che sono in grado di promuovere cambiamenti creativi, proprio a partire dalle "azioni relazionali vissute"²⁷.

Io credo di avere imparato questo modo di essere d'aiuto ai pazienti ed alle tante équipes con le quali ho lavorato negli anni, accettando peraltro di essere continuamente aiutato da loro, riflettendo – via, via mi sembra con maggiore chiarezza – su come Jervis avesse mantenuto sempre una speranza realistica sulla mia possibilità di migliorare... dai tempi in cui mi conobbe a Reggio Emilia, allora medico ventisettenne, forse troppo certo delle mie poche conoscenze, fino ai giorni odierni. Anche a distanza, egli mi ha sempre aiutato modulando distanza e presenza, in un modo mai esaustivo, e senza occupare mai in modo pre-potente il mio spazio mentale.

Mi stupisce ancora, dopo tanti anni di lavoro, come, nonostante la mia frequente inconsistenza, i miei inconsapevoli meccanismi di difesa rispetto allo spazio dell'incontro empatico con i pazienti, sia riuscito

e riesca, comunque, non di rado, ad aiutarli e ad accettare di essere aiutato da loro, garantendo quella vicinanza, talvolta anche intimità, che, soprattutto con i pazienti gravi, è difficile e spesso dolorosa.

Si tratta di rimanere “presenti”, ovvero continuare a sentirsi di esistere nella vicinanza spesso bruciante o paralizzante (la medusa) con l'altrui esistere, ancor più se è un esistere sofferente, addirittura molto sofferente come nelle psicosi, nella melanconia ed ora nell'incontro con la sofferenza di giovani turbati da gravi disturbi di personalità.

C'è di che demoralizzarsi: eppure la storia della psichiatria è fatta anche di sorprendenti e positive “relazioni di aiuto”, positive perché se non danno la felicità o la guarigione, sono comunque in grado di lenire il dolore, di attutire o trasformare le nostre, pur presenti, spinte egoistiche ed aggressive.

Scriva P.L. Scapicchio:

dobbiamo quindi augurarci che chi ha la funzione di aiutare posseda anche la funzione del comprendere, che significa capire assumendosi il carico dell'Altro perché l'assenza del com-prendere rende false le relazioni d'aiuto e potenzia la nostra tendenza all'egoismo²⁸.

Per noi operatori della psichiatria si tratta, allora ed oggi, di accettare quella “condizione erratica del camminante sine cammino” che si muove ai limiti di più campi disciplinari trasgredendo frontiere e lavorando terreni che altri hanno trascurato o usato come discarica per liberarsi di problemi che appaiono non risolvibili e quindi non scientifici.

Si tratta di essere come il *Cavaliere del secchio* di Kafka di cui così ci parla Italo Calvino:

Uscire alla ricerca di un po' di carbone, in una fredda notte del tempo di guerra, si trasforma in “quiete” di cavaliere errante, in traversata di carovana nel deserto, volo magico, al semplice dondolio del secchio vuoto: ma l'idea di questo secchio vuoto che ti solleva dal livello dove si trova l'aiuto e anche l'egoismo degli altri [...] apre la via a riflessioni senza fine²⁹.

Penso infine che l'eroe di questo racconto di Kafka non sia dotato di poteri sciamanici o stregoneschi, né che il regno al di là delle montagne di ghiaccio sia quello in cui il secchio vuoto potrà trovare di che riempirsi, tanto più che se fosse pieno non permetterebbe di volare.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. JERVIS J., *Manuale critico di psichiatria*. Milano, Feltrinelli, 1975, p. 11.
2. JERVIS J., op. cit. nota 1, p. 15.
3. POMMEREAU X., *Quand l'adolescent va mal*. Parigi, JC Lattes, 1997.
4. BORGNA E., *Il Sole* 24 Ore 2010; 11 aprile.
5. STEIN E., *L'Empatia (1916)*. Milano, Franco Angeli, 1985.
6. DÖRNER K., *Il borghese e il folle*. Roma-Bari, Laterza, 1975.
7. FERRO A.M., JERVIS G., *La Bottega della Psichiatria*. Torino, Bollati Boringhieri, 1999.
8. JERVIS G., *Psicologia dinamica*. Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 181-209.
9. JERVIS G., *Il problema delle psicoterapie nei servizi psichiatrici*. In: FERRO A.M., JERVIS G., op. cit. nota 7, pp. 17-31.
10. JERVIS G., *Analisi psicologica delle risorse nella relazione d'aiuto*. In: FERRO A.M., PARODI C., *La relazione d'aiuto, una speranza per il vivere quotidiano*. Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2007, pp. 3-18.
11. RACAMIER P.C., *Verso una concettualizzazione della socioterapia, ossia della cura istituzionale degli psicotici*. In: DI MARCO G., NOSÈ F., *La clinica istituzionale in Italia*. Rovereto, Stella, 2008, pp. 381-402.
12. FERRARESIP., *Comunicazione, apprendimento e socializzazione in una comunità terapeutica*. In: DI MARCO G., NOSÈ F., op. cit. nota 11, pp. 325-336.
13. CONNOLLY J., *Trattato del malato di mente senza mezzi costrittivi (1856)*. Torino, Einaudi, 1976.
14. BION W.R., *Apprendere dall'esperienza (1962)*. Roma, Armando Ed., 1979.
15. RACAMIER P.C., *Verso una concettualizzazione della socioterapia, ossia della cura istituzionale degli psicotici*. In: DI MARCO G., NOSÈ F., op. cit. nota 11, pp. 381-402.
16. JABES E., *Il libro dell'Ospitalità*. Milano, Cortina Ed. 1991.
17. FERRO A.M., *Lo straniero ti permette di essere te stesso facendo di te uno straniero: alcune riflessioni sul pensiero di Edmond Jabes*. In: FERRO A.M., PARODI C., op. cit. nota 10, pp. 43-47.

Jervis e la relazione d'aiuto

18. DOSTOEVSKIJ F., *I fratelli Karamazov* (1880). Milano, Mondadori, 1994.
19. JERVIS G., *Alcune intuizioni psicologiche di Ernesto de Martino*. La Ricerca Folklorica 1986; 13: 67.
20. JERVIS G., *L'idea di guarigione nella tradizione psicodinamica*. Psicobiettivo 1993; 13(2): pp.11-18
21. CIOMPI L., *L'intervento in situazione di crisi*. In: Ferro A.M., Jervis J., *La Bottega della Psichiatria*. Torino, Bollati Boringhieri, 1999, pp. 87-105.
22. NAPOLETANI D., *Gruppi, gruppaltà: l'individuo dentro, di fronte ed attraverso il gruppo*. FERRO A.M., JERVIS J., *La Bottega della Psichiatria*. Torino, Bollati Boringhieri, 1999, pp. 143-154; IDEM, *Mente e universi relazionali*. Rivista Italiana di Gruppoanalisi 1991; 6(1/2): 15-47.
23. FERRO A.M., MORETTI D., PORAZZO S., *La cura in psichiatria tra i due poli del provvedere a e del prevedere con*. Rivista Italiana di Gruppoanalisi 1991; 6(1/2): 113-121.
24. JERVIS G., *La relazione d'aiuto e la salute mentale*. Relazione presentata alla Conferenza regionale sulla psichiatria, Bologna, 29 ottobre 2007.
25. SEARLES H., *Le Contre – Trasfert*. Parigi, Gallimard, 1988.
26. FERENCZI S., *Diario Clinico (1932)*. Milano, Cortina, 1988.
27. RACAMIER P.C., TACCANI S., *Curanti e pazienti: un lavoro comune*. Trento, CeRP, 1999.
28. SCAPICCHIO P.L., *La relazione d'aiuto una speranza del vivere quotidiano*. Introduzione. Roma, C.I.C. Ed. Internazionali, 2007.
29. CALVINO I., *Lezioni americane*. Milano, Garzanti, 1988.

Correspondence should be addressed to:

Antonio Maria Ferro, Direttore Dipartimento Salute Mentale Provincia di Savona,
Via Cesare Battisti 4/10, 17100, Savona.

