

LIBRI

CRESCERE TOCCANDO
Aiutare il bambino con deficit visivo attraverso il gioco sonoro
di Maria Luisa Gargiulo, Valter Dadone
FrancoAngeli, Milano, 2009, pp. 159, € 21,00

Crescere toccando è il risultato della riflessione *condivisa* di due esperti della riabilitazione: una psicologa ed un musicoterapista, sulla loro pratica clinica. L'intento è quello di *con-*

dividere le loro esperienze e le ipotesi di lavoro che ne scaturiscono con coloro che si occupano di questo campo.

La *condivisione* è uno dei concetti chiave di questo libro. Maria Luisa Gargiulo, seguendo la teoria dell'attaccamento e le moderne teorie sullo sviluppo infantile, sottolinea l'importanza di una forma particolare di interazione, *l'attenzione condivisa* appunto, per il raggiungimento di funzioni fondamentali per l'essere umano quali il linguaggio e il comportamento cooperativo.

Ma come è possibile sviluppare questa capacità in un bambino con un grave deficit visivo? Normalmente, fin dal secondo anno di vita, la vista gioca un ruolo fondamentale nel creare un contesto di attenzione condivisa nel quale il bambino e il genitore sono concentrati su un obiettivo comune e partecipano entrambi allo stato emotivo che deriva da questa esperienza.

Questa situazione interpersonale consente al bambino di ampliare il raggio delle sue esplorazioni promuovendo le

sue competenze cognitive, affettive e relazionali. Il bambino cieco o fortemente ipovedente, invece, deve essere stimolato nell'esplorazione, nel gioco e nel movimento. Egli ha difficoltà a percepire se stesso e l'adulto con cui è in relazione contemporaneamente partecipi al raggiungimento di uno stesso obiettivo. È qui che la collaborazione con Valter Dadone, esperto di musicoterapia, ha portato all'elaborazione di un comune progetto riabilitativo, volto a facilitare la formazione di questo particolare contesto di relazione. Attraverso una *attenzione condivisa* alle problematiche specifiche dei bambini con deficit visivi, i due Autori sono riusciti a sviluppare una metodica che permette di sfruttare pienamente le potenzialità dell'uso degli strumenti sonori. Gli oggetti sonori, infatti, facilitano una regolazione reciproca fra il musicoterapista e il bambino all'interno del setting riabilitativo; quest'ultimo può imparare facilmente a comunicare secondo schemi di complementarietà, alternanza e simultaneità in una dinamica caratterizzata da una comune intenzionalità. Si viene così a creare un contesto di significati condivisi che permette al bambino di sperimentare oggetti e situazioni nuove, arricchendo il suo bagaglio di conoscenze ed evitando che la minorazione condizioni negativamente il suo sviluppo.

Il lavoro è corredato da numerosi esempi clinici che consentono al lettore di entrare dentro lo svolgersi dell'intervento riabilitativo cogliendo in modo specifico la sua funzione nel processo di crescita del bambino.

Il libro è suddiviso in tre parti che riflettono sia le diverse competenze dei due autori, sia l'integrazione delle reciproche conoscenze. La cornice concettuale, illustrata nella prima parte, si focalizza sulle caratteristiche specifiche delle forme di conoscenza proprie del bambino non vedente e della organizzazione del suo comportamento; inoltre viene sottolineata l'importanza che l'adulto, sia esso genitore o riabilitatore, costruisca una rappresentazione adeguata dei bisogni e delle intenzioni di questi particolari bambini. Nella seconda parte viene presentata la musicoterapia quale contesto di comunicazione non verbale particolarmente adatto a sviluppare funzioni e capacità presenti nei bambini con minorazione visiva. L'ultima parte, invece, descrive concretamente le integrazioni e modificazioni della metodologia operativa necessarie a rendere la musicoterapia uno strumento efficace in questo settore.

Per concludere, è utile sottolineare come il libro stesso sia la dimostrazione di quanto la capacità di cooperare insieme da parte di due esperti, pur nel rispetto delle diverse angolature, possa portare a sviluppare nuove ipotesi di intervento che arricchiscono la nostra conoscenza sulla vasta area della riabilitazione.

RIVISTE

YAIR NEUMAN • On love, hate and knowledge

ROSINE J. PERELBERG • Murdered father; dead father: Revisiting the Oedipus complex

JAMES S. GROTSSTEIN • Dreaming as a “curtain of illusion”: Revisiting the “royal road” with Bion as our guide

ALESSANDRA LEMMA • Being seen

or being watched? A psychoanalytic perspective on body dysmorphia

DANIELLE QUINODOZ • Growing old: A psychoanalyst's point of view

KAY M. SOUTER • The War Memoirs: Some origins of the thought of W. R. Bion

H. SHMUEL ERLICH, MIRA ERLICH-GINOR, HERMANN BELAND • Being in Berlin: A large group experience in the Berlin Congress

ERIKA KREJCI • Immersion in the surface

MIREILLE ELLONEN-JEQUIER • Analysis of the creation of “emptiness”, of “nothingness”, in certain types of psychosis

LESLEY STEYN • Is feminine masochism a concept worth reviving?

JORGE CANESTRI • Education Section

KAREN GILMORE • The status of developmental curriculum in North American psychoanalysis

STANLEY SCHNEIDER, JOSEPH H. BERKE • On: Can you push a camel through the eye of a needle?

JON MILLS • On: Life and death in Freudian metapsychology

FATIMA CAROPRESO, RICHARD THEISEN SIMANKE • On: The comments of Dr Jon Mills

Essere visti o guardati? Una prospettiva psicodinamica sulla dismorfia corporea Alessandra Lemma

Il presente lavoro prende in esame soggetti che presentano un'eccessiva preoccupazione nel rapporto con il loro corpo, e desiderano modificarne/nascondere alcune parti, che vengono da loro percepite come brutte e inaccettabili. Queste difficoltà vengono lette come sintomi di un disturbo di narcisismo soggiacente. L'autrice suggerisce che sia l'identificazione pervasiva con un super-io la diretta responsabile del grado di gravità del disturbo (fomentando la compulsione a modificare e/o nascondere le parti del

corpo ripudiate) e che ciò si ripercuota anche sulle possibilità di stabilire un rapporto con tali pazienti nel trattamento analitico. È essenziale dunque, per poter aiutare questi pazienti, comprendere le varie esperienze vissute nello sviluppo del sé-corporeo al tempo dei primi rapporti con l'“oggetto del desiderio”, in quanto le identificazioni che ne conseguono vengono rivissute nel transfert.

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOANALYSIS

Balliere Tindall, London

(Trimestrale)

Volume 90, n. 4, 2009

**THE PSYCHOANALYTIC
QUARTERLY**
377 W. 11th St. 2D, New York
N.Y. 10014
(*Quadrimestrale*)
Volume LXXIX, n. 1, 2010

HENRY F. SMITH • Being and the
Death Drive: The Quality of Green's
Thinking
ANDRE GREEN • Sources and
Vicissitudes of Being in D.W.
Winnicott's Work
ILSE GRUBRICH-SIMITIS • Reality
Testing in Place of Interpretation: A
Phase in Psychoanalytic Work with

Descendants of Holocaust Survivors

HUGO BLEICHMAR • Rethinking Pathological Mourning: Multiple Types and
Therapeutic Approaches

CHARLES LEVIN • The Mind as a Complex Internal Object: Inner Estrangement

ALESSANDRA LEMMA • Copies Without Originals: The Psychodynamics of
Cosmetic Surgery

DONALD B. MOSS • Like Drives, Cultural Products Exert a "Demand on the
Mind of Work": An Introduction to Two Exemplary Essays

STEPHEN DOUGHERTY • Computing the Unconscious

ADAM ROSEN-CAROLE • Menu Cards in Time of Famine: On Psychoanalysis
and Politics

**Ripensare il lutto patologico:
tipologie multiple
e approcci terapeutici differenziati**
Hugo Bleichmar

Vengono descritti differenti tipi di lutto patologico, con l'idea che una ridefinizione della nosologia psicoanalitica in questo settore possa contribuire ad un miglioramento degli interventi più adeguati per ciascun tipo. Viene differenziata la fissazione primaria all'oggetto – già esistente prima della perdita – dalla fissazione secondaria, che si verifica quando la sofferenza attuale induce l'idealizzazione di un oggetto che solo allora viene percepito come realmente perduto.

Vengono inoltre considerati il ruolo del narcisismo, del senso di colpa e delle ansie paranoide nel processo del lutto patologico. Viene presentato materiale clinico che illustra alcune di tali considerazioni.

MARIAN J. BAKERMANS-KRANENBURG, MARINUS H. van IJZENDOORN •

The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups

JEAN FRANFOIS BUREAU, M. ANN EASLERBROOKS, KARLEN LYONS-RUTH

• Attachment disorganization and controlling behavior in middle childhood: maternal and child precursors and correlates

BRENT FINGER, SYDNEY L. HANS, VIETOR J. BERNSTEIN, SUZANNE M. COX • Parent relationship quality and infant mother attachment

ANDREAS SEHINDLER, RAINER THOMASIU, KAY PETERSEN, PETER-MIEHAEL SAEK • Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers

ATTACHMENT & HUMAN DEVELOPMENT

Taylor and Francis Ltd.

Rankine Road Basingstoke, Hampshire RG248PR (England)
(*Quadrimestrale*)

Volume 11, n. 3, 2009

I primi 10.000 Adult Attachment Interview: distribuzione delle rappresentazioni dell'attaccamento dell'adulto in gruppi clinici e non clinici

M.J. Bakermans-Kranenburg,
M.H. van Ijzendoorn

Nel corso degli ultimi 25 anni sono stati fatti più di 200 studi di ricerca sull'attaccamento dell'adulto con la somministrazione e la relativa classificazione di più di 10.500 interviste sull'attaccamento dell'adulto (AAI). In questo studio gli autori hanno esaminato tutti questi dati e hanno comparato il campione normativo composto da madri nordamericane, composto da 23% di distanzianti (dismissing), 58% sicure, 19% preoccupate e 18% non risolte (unresolved) per perdite o altri traumi, con altri gruppi di età e gruppi culturali di padri, soggetti a rischio di patologie, e campioni di patologie psichiatriche allo scopo di esaminare le deviazioni da questo pattern normativo con analisi statistiche. I risultati non mostrano differenze di genere tra le strategie distanzianti e

preoccupato e la distribuzione dell'AAI è largamente indipendente da variabili come la lingua e il paese di origine. I soggetti del campione "clinical" ovvero con patologie, mostrano una maggiore frequenza di rappresentazioni dell'attaccamento di tipo insicuro o non risolto rispetto al gruppo normativo. In particolare, i disturbi con una dimensione interiorizzata (ad es. i disturbi borderline di personalità) sono associati prevalentemente ad attaccamento di tipo preoccupato o non risolto, mentre i disturbi con una dimensione esteriorizzata (ad es. disturbi di personalità antisociale) mostrano più frequentemente un attaccamento di tipo distanziante e preoccupato. La sintomatologia depressiva è associata all'insicurezza nell'attaccamento ma non correla significativamente con i traumi e le perdite mentre la maggior parte degli adulti con esperienze di abuso o PTSD mostrano un attaccamento del tipo "non risolto".

**JOURNAL OF COGNITIVE
PSYCHOTHERAPY**

Sprinter, New York
(Trimestrale)

Volume 23, n. 4, 2009

BRUCE A. FERNIE, MARCANTONIO
M. SPADA, ANA V. NIKCEVIE,
GEORGE A. GEORGIOU, GIOVANNI
B. MONETA • Metacognitive Beliefs
About Procrastination: Development and
Concurrent Validity of a Self-Report
Questionnaire

SABINE WILHELM, GAIL STEKETEE, JEANNE M. FAMA, ULRIKE BUHL-
MANN, BETHANY A. TEACHMAN, ELANA GOLAN • Modular Cognitive
Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Wait-List Controlled Trial
FREDERICK G. GRIEVE, NATALIE TRUBA, SANDY BOWERSOX • Etiology,
Assessment, and Treatment of Muscle Dysmorphia
NEIL HARRINGTON, CHARLES PICKLES • Mindfulness and Cognitive
Behavioral Therapy: Are They Compatible Concepts?
RUTH A. BAER, SHANNON SAUER • Mindfulness and Cognitive Behavioral
Therapy: A Commentary on Harrington and Pickles
NEIL HARRINGTON, CHARLES PICKLES • Mindfulness and Cognitive
Behavioral Therapy: A Rebuttal
BRIAN J. COX, FAN P. CLARA, MURRAY W. ENNS • Self-Criticism,
Maladaptive Perfectionism, and Depression Symptoms in a Community Sample: A
Longitudinal Test of the Mediating Effects of Person-Dependent Stressful Life
Events
DAVID M. FRESCO, MICHAEL T. MOORE, LISA WALT, LINDA W. CRAI-
GHEAD • Self-Administered Optimism Training: Mechanism of Change in a
Minimally Supervised Psychoeducational Intervention

**Etiology, assessment and treatment of
muscles dysmorphia**

F.G. Grieve, N. Truba, S. Bowersox

La dismorfia muscolare è una nuova categoria diagnostica che identifica uomini molto preoccupati della loro immagine corporea e convinti di aver una massa muscolare molto più piccola di quella che hanno in realtà. Con caratteristiche simili ai disturbi alimentari i pazienti con dismorfia muscolare hanno sintomi comportamentali e distorsioni cognitive che mantengono i loro disturbi. Sul piano cognitivo temi di bassa autostima e perfezionismo sono prevalenti. È presente una evidente distorsione dell'immagine corporea. L'articolo propone una interessante rassegna e una ampia bibliografia sull'argo-

mento, molto sentito particolarmente negli Stati Uniti. Il problema è esaminato anche sotto un profilo dimensionale in quanto sono evidenti i livelli subclinici del disturbo nella popolazione anche su base sociale. La terapia cognitivo-comportamentale è considerata la terapia di elezione soprattutto per la correzione della distorsione dell'immagine corporea.

FAMILIES, SYSTEMS & HEALTH

F.M.S. Inc. 149 East 78th
N.Y. 10014
(Trimestrale)
Volume 27, n. 3, 2009

JOHN P. ZUBIALDE, JAMES MOLD,
DANIEL EUBANK • Outcomes That
Matter in Chronic Illness: A Taxonomy
Informed by Self-Determination and
Adult-Learning Theory
ALLISON WERNER-LIN, DANIEL S.
GARDNER • Family Illness Narratives
of Inherited Cancer Risk: Continuity and
Transformation

MARA BUCHBINDER, JEFFREY LONGHOFER, KATHLEEN McCUE •
Family Routines and Rituals When a Parent Has Cancer
JAEHEE YI • Cultural Influences on the Survivorship of Families Affected by
Childhood Cancer: A Case for Using Family Systems Theories
TZIPORAH ROSENBERG, CLEVELAND G. SHIELDS • The Role of Parent-
Adolescent Attachment in the Glycemic Control of Adolescents With Type 1
Diabetes: A Pilot Study
VICTORIA A. MILLER • Parent-Child Collaborative Decision Making for the
Management of Chronic Illness: A Qualitative Analysis
VICTORIA B. MITRANI, NOMI S. WEISS-LAXER, CHRISTINA E. OW,
MYRON J. BURNS, SAMANTHA ROSS-RUSSELL, DANIEL J. FEASTER •
Examining Family Networks of HIV+ Women in Drug Recovery: Challenges and
Opportunities

**Family illness narratives
of inherited cancer risk:
continuity and transformation**

Allison Werner-Lin, Daniel S. Gardner

Le storie delle famiglie affette da malattie genetiche raccontano di eredità transgenerazionali di malattie, provocano aspettative di future diagnosi e di anticipazioni della perdita, e promuovono continuità e coerenza. Eppure le famiglie della nostra epoca con storie di malattie genetiche affrontano meglio la sfida, integrando i timori con la speranza che il progresso scientifico possa trattare e sconfiggere la malattia.

Gli autori raccomandano di seguire in terapia queste famiglie con metodi innovativi che: a) integrino prospettive di competenze in una storia più globale dell'esperienza di malattia; b) adattino i racconti sulla trasmissione transgenerazionale della malattia ai progressi della

scienza così da rendere possibili nuove aspettative ecc.) identifichino percorsi per sostenere la salute fisica e psichica attraverso la capacità di accedere alle valutazioni mediche.

FAMILIES, SYSTEMS & HEALTH

F.M.S. Inc. 149 East 78th

N.Y. 10014

(Trimestrale)

Volume 27, n. 4, 2009

C.J. PEEK, MACARAN A. BAIRD,
ELI COLEMAN • Primary Care for
Patient Complexity, Not Only Disease
LYN KRATZ, NANCY UDING, CRI-
STINE M. TRAHMS, NANCI VILLA-
REALE, GAIL M. KIECKHEFER •
Managing Childhood Chronic Illness:
Parent Perspectives and Implications for
Parent-Provider Relationships

STEPHANIE J. MITCHELL, MARISA E. HILLIARD, LAUREN MEDNICK,
CELIA HENDERSON, FRAN R. COGEN, RANDI STREISAND • Stress Among
Fathers of Young Children With Type 1 Diabetes

CARMEL PARKER WHITE, MARK B. WHITE, MELISSA A. FOX • Maternal
Fatigue and Its Relationship to the Caregiving Environment

GEORGE W. BITAR, PAUL SPRINGER, ROBERT GEE, CHAD GRAFF,
MANUEL SCHYDLOWER • Barriers and Facilitators of Adolescent Behavioral
Health in Primary Care: Perceptions of Primary Care Providers

SHIRISH K. BALACHANDRA, JENNIFER K. CARROLL, COLLEEN T.
FOGARTY, ELIZABETH G. FINIGAN • Family-Centered Maternity Care for Deaf
Refugees: The Patient-Centered Medical Home in Action

**Primary Care for Patient Complexity,
Not Only Disease**

C.J. Peek, Macaran A. Baird,
Eli Coleman

lizzano solo sulla malattia, è necessaria,
perciò una attenzione alle specifiche
caratteristiche del paziente, come perso-
na nella sua complessità.

La medicina di base si sta sempre più orientando verso protocolli standardizzati per affrontare le comuni malattie croniche, combinazioni di problemi relative alla salute fisica e psichica, e aspetti comportamentali ad essi collegati. Eppure, nonostante le équipe della medicina di base siano spesso integrate, i pazienti non rispondono come si sarebbe auspicato. Gli Autori sostengono che, quando questo avviene, evidentemente l'intervento non è "centrato sul paziente" e sulla "complessità". Per complessità si intende il modo in cui il paziente affronta la gravità dei suoi sintomi o l'incertezza della diagnosi, le emozioni con cui vive la perdita della sicurezza sociale, le eventuali difficoltà che questo venga recepito nella relazione medico-paziente. Più che protocolli che si foca-

CONVEGNI

**CONTRO
IL "SENTITO DIRE":
OMAGGIO ALLA
MEMORIA
DI GIOVANNI JERVIS
Roma
26-27 aprile 2010**

La memoria di persone la cui attività ha segnato, fuori dal clamore e dalla demagogia, dei momenti significativi della

vita collettiva e la possibilità di diffondere e mantenere vivo il senso di un insegnamento culturale costituiscono tra gli aspetti più lacunosi del clima culturale che ci avvolge. Il dibattito culturale nel nostro Paese sembra soffrire di un emorragico impoverimento di contenuti e dell'assenza di aree di reale confronto dialettico e, di fatto, opportunità di progresso. Giovanni Jervis ha per molti anni costituito una delle figure che con maggiore rigore e costanza si è opposta a questa tendenza. Con il desiderio di ricordare questo impegno e il patrimonio di idee che ne è scaturito Gilberto Corbellini, Massimo Marraffa ed io abbiamo organizzato un convegno in memoria di questo grande intellettuale italiano. Il convegno che si è tenuto presso la Facoltà di Psicologia a Roma lo scorso Aprile, ha cercato di ricostruire il lungo e articolato percorso intellettuale di Jervis che ha toccato a partire dai suoi esordi, molto precoci al fianco dell'antropologo Ernesto De Martino, terreni diversissimi: la psichiatria e la psicoanalisi, l'antropologia e la sociologia, la filosofia e la biologia evolucionista, la filosofia politica e le più recenti tematiche delle scienze cognitive, fin'anche la critica letteraria. Le due giornate si sono svolte in un clima di affettuoso e partecipato ricordo, ma soprattutto con la intenzione da parte di pubblico e relato-

ri di andare al cuore degli interrogativi che Jervis con il suo ampio e critico sguardo sapeva porre agli studiosi, quale fosse la loro provenienza disciplinare. Ciò che i diversi interventi sono stati ancora una volta in grado di mostrare è stata, difatti, la capacità, propria dei grandi intellettuali del Novecento (come correva il titolo della relazione introduttiva di Luciano Meccacci), di Jervis di cogliere dei nuclei essenziali di grandi questioni che, di fatto, hanno attraversato il dibattito culturale italiano e internazionale a partire dal secondo dopoguerra: il marxismo, le libertà individuali, il problema della coscienza e dell'autodeterminazione, l'ermeneutica, le implicazioni della rivoluzione darwiniana per lo studio della mente, l'epistemologia e il rapporto con la scienza, la psicoanalisi e il problema della malattia mentale. Rimane, peraltro, un dato che come più volte messo in evidenza da molti degli interventi del convegno che Jervis fu non solo un intellettuale, ma anche e, forse, primariamente un medico psichiatra e, successivamente, uno psicoanalista impegnato in prima linea nel trattamento della sofferenza mentale. Questo dato, che rende il profilo di Jervis atipico rispetto a quello di altri intellettuali della sua generazione, spiega l'esigenza avvertita da Jervis in modo così pressante e, al tempo stesso, produttivo di riportare le grandi questioni culturali sul piano degli aspetti di vita concreta (la psicologia concreta, come egli soleva definirla) e delle implicazioni per quella che un tempo si sarebbe chiamata la "prassi", sia in ambito psichiatrico che politico-culturale.

È proprio il ritorno a questa dimensione concreta che ha permesso a Jervis di

arricchire lo sfondo culturale della psichiatria e della psicologia italiane contemporanee, rendendo tematiche apparentemente così distanti ed eterogenee molto pregnanti per i professionisti della salute mentale.

La struttura del convegno ha cercato di rispettare questo doppio filo ispiratore del percorso di Jervis e di presentarne le sfaccettature nei diversi ambiti disciplinari da lui affrontati.

Una parte consistente degli interventi hanno ripercorso il periodo pionieristico del lavoro di Jervis come psichiatra a Gorizia con Basaglia e della esperienza come direttore dei Servizi Psichiatrici Territoriali della provincia di Reggio Emilia. Negli interventi di Mistura, Onnis, Nahon e Antonio Maria Ferro è riecheggiata forte l'influenza che Jervis con il suo lavoro e con la pubblicazione del Manuale critico di Psichiatria (1975) ha avuto su almeno due generazioni di psichiatri e operatori della salute mentale. Mi sia permesso di aggiungere che queste comunicazioni hanno suscitato in me, che sono di almeno due generazioni più giovane di quei protagonisti, un senso di acuta nostalgia per un'epoca di grande impegno collettivo, che, certamente non privo di eccessi e distorsioni ideologiche, riusciva a convogliare le migliori risorse intellettuali del Paese e l'anelito al rinnovamento della società in ambiziosi progetti di riforma.

Indipendentemente dallo sfondo della personale e umanissima rottura tra Jervis e Basaglia è stato, inoltre, posto una volta per tutte in evidenza la posizione di Jervis nel confronto di quel periodo di grandi fermenti culturali e politici. Jervis sostenne sempre l'intenzione riformatrice delle istituzioni psichiatriche che portò da ultimo alla promulgazione della legge 180. Egli aveva particolar-

mente a cuore l'esigenza di fornire agli operatori della salute mentale una prospettiva di lavoro che fosse diversa da quella (mortificante per medico e paziente) custodialistica tipica dell'assistenza manicomiale. D'altra parte, come medico e psichiatra, si oppose da subito alle deformazioni ideologiche proposte dal cosiddetto movimento dell'antipsichiatria e alle strumentalizzazioni politiche che se ne fecero, soprattutto da parte della sinistra italiana, poiché negavano la realtà biologica della patologia mentale e miravano allo spontaneismo terapeutico. Egli ritenne quasi da subito che la Legge 180 fosse in qualche modo figlia anche di questo clima culturale e ne criticò alcune (ma certamente non tutte) implicazioni.

Come è noto questo è stato tema di approfondimento retrospettivo nell'ultimo libro-intervista pubblicato da Jervis con Gilberto Corbellini (2008).

Controverso fu anche il rapporto di Jervis con la psicoanalisi, soprattutto con un certo modo di fare e intendere la psicoanalisi. Come hanno ben illustrato Nino Dazzi, Giorgio Bartolomei e Paolo Migone e Vincenzo Cretti, Jervis rifugiava i dogmatismi e aborrisce le chiusure ideologiche della psicoanalisi, ponendosi il problema di far avanzare alcune delle tematiche psicoanalitiche sul versante del confronto con le discipline scientifiche confinanti: le scienze cognitive, la psicologia dello sviluppo, la ricerca in psicoterapia, l'etologia. Della psicoanalisi Jervis manteneva l'approccio critico, fondato sul materialismo biologico freudiano, volto al disvelamento degli autoinganni della mente. Di chi fosse Jervis come clinico ha presentato un frammento commovente il suo allievo, Stefano Meacci. Cardini dei suoi insegnamenti erano il distanziamento rispettoso, l'ade-

sione all'osservazione a-teorica del paziente, l'enfasi sul tema delle identità negate nelle relazioni primarie, la comprensione del paziente come processo ermeneutico.

Con altrettanta dovizia di approfondimento sono stati affrontati i temi della ricerca intellettuale a più ampio spettro di Jervis. Sono alcune di queste incursioni in ambiti non strettamente clinico-psichiatrici ad avere destato l'interesse per il lavoro di Jervis nel corso degli ultimi venti anni.

Dal punto di vista della ricerca intellettuale i diversi interventi hanno permesso di evidenziare che nel pensiero di Jervis siano presenti alcuni tratti importanti di continuità, ma anche alcuni netti spostamenti di accento se non veri e propri cambiamenti di orientamento.

L'incontro di Jervis con Ernesto De Martino fu certamente decisivo in questo senso, spostando da subito l'interesse di Jervis verso il tema dell'identità e della sostanziale fragilità esistenziale dell'essere umano. Peraltro, le elaborazioni in questo ambito di Jervis apparvero sin dall'inizio originali e in una tensione dialettica con le tematiche esistenzialiste proposte da De Martino rispetto alla patologia mentale e al ruolo della cultura. Così dagli interventi dei diversi relatori (da Marramao a Miegge, da Corbellini a Leoni, da Panini a Dazzi) emergono due filoni dell'interesse jervisiano che di fatto sono presenti sin dall'inizio in modo intrecciato: il pensiero critico come attività che definisce il dominio esistenziale dell'uomo; il naturalismo e l'orientamento scientifico come unico antidoto contro l'idealismo. Ciò che ha modificato il pensiero di Jervis negli anni sembra essere l'enfasi posta sull'uno piuttosto che sull'altro dei due orientamenti. Negli anni, e questo

gli fu rimproverato a partire dagli anni '80, Jervis abbandona l'idea di poter coniugare questi due elementi essenziali. Soprattutto, Jervis approda a una prospettiva che vede nell'impianto epistemologico del positivismo logico e nel metodo delle scienze naturali l'unica fonte di conoscenza accettabile e utile per la nostra esistenza. Come è stato sottolineato da alcuni autori, questa posizione non è priva di contraddizioni e motivi critici che egli stesso aveva contribuito ad analizzare. In particolare, chiara emerge la tensione tra un'impostazione che delegando all'analisi scientifica il riconoscimento degli aspetti illusori della coscienza di sé si spinge quasi verso una visione nichilista dell'identità e utilitarista delle relazioni sociali. Ma in Jervis rimangono contemporaneamente presenti spinte che si oppongono a questa dissoluzione: l'interesse per la clinica gli impedisce ad esempio di dimenticare che se l'identità è costruzione illusoria, nella concretezza dell'esperienza personale essa è imprescindibile e si fonda sulla possibilità di catturare nel modo il più attendibile e pregnante la nostra personalità che, da ultimo, ha il suo fondamento nel corpo e nella storia individuale. Per la stessa ragione, se non è concepibile un libero arbitrio come quello proposto dalla filosofia cartesiana e, in una certa misura, dalla psicoanalisi freudiana, dove è possibile rintracciare le fonti della responsabilità individuale che per Jervis rimane cardine della conquista civile dell'occidente? Come evitare che questa visione scettica dell'autocoscienza e dell'identità non si trasformi in un relativismo e in un post-modernismo che egli non aveva mancato in più occasioni di avversare pubblicamente? Questo è il patrimonio maggiore che Jervis ci ha consegnato. Un insieme di

domande e di contraddizioni attraverso cui la sua unica capacità di sintesi aveva saputo portare a contatto elementi culturali che erano destinati a rimanere sconnessi e dispersi. Se appare difficile raccogliere questa eredità nel suo complesso, innumerevoli possono essere gli stimoli che essa fornisce agli studiosi e ai ricercatori.

Jervis nacque a Firenze nel 1933, si laureò in medicina nella stessa città per poi specializzarsi in psichiatria alla "Sapienza" nel 1956.

Già nel periodo immediatamente successivo alla specializzazione Jervis indirizzò i suoi interessi verso gli aspetti sociali e antropologici della psichiatria, entrando a far parte dell'equipe multi-disciplinare che Ernesto De Martino aveva creato per studiare il fenomeno del tarantismo in Salento. Al ritorno dalla spedizione pugliese Jervis iniziò la sua attività di psichiatra clinico presso il servizio pubblico dell'Ospedale Forlanini di Roma, dove rimase fino al 1965. In quell'anno prese la decisione di raggiungere Franco Basaglia a Gorizia, dove il noto psichiatra veneziano stava iniziando la sperimentazione per il trattamento dei pazienti psichiatrici rinchiusi in manicomio.

Si tratta di anni particolarmente fecondi che permettono a Jervis di coniugare il suo spiccato interesse per le tematiche intellettuali della filosofia del XX secolo e la sua professione di psichiatra, divenendo, tra l'altro consulente editoriale della casa Editrice Einaudi. In questo ambito maturano le idee che avrebbero portato Jervis alla pubblicazione di due volumi che lo resero uno degli intellettuali di riferimento del pensiero critico italiano negli anni '70: *Il Manuale critico di psichiatria* (1975, Feltrinelli), *Il buon rieducatore* (1977, Feltrinelli).

Dell'esperienza maturata a Gorizia Jervis

fece tesoro nel successivo passaggio della sua carriera, quando divenne direttore dei servizi psichiatrici territoriali della Provincia di Reggio Emilia (1969-1975). Va sottolineato che la sua tendenza alla riflessione critica e all'elaborazione teorica avevano permesso a Jervis di interpretare in modo lucido e mai demagogico alcune delle questioni poste dal movimento di rinnovamento dell'assistenza psichiatrica in Italia. Benché fosse del tutto partecipe ad alcuni orientamenti di critica sociale e politica in materia di psichiatria, i suoi scritti del tempo non ci dicono che già allora egli non potesse essere collocato nell'area dell'antipsichiatria per come essa si era sviluppata nel nostro paese negli anni '70. Terminata l'esperienza a Reggio Emilia Jervis ritorna a Roma. Qui riprende per alcuni anni il suo lavoro ospedaliero, fino a quando nel 1982 diviene professore ordinario di Psicologia Dinamica presso la Facoltà di Psicologia della Sapienza. Sono questi anni in cui Jervis approfondisce ulteriormente la sua ricerca, dedicandosi al tema dei fondamenti filosofici e scientifici della psicologia e, in particolare, della psicoanalisi.

Testimonianza viva ne sono alcune pubblicazioni quali *Presenza e identità* (1984, Garzanti), *La psicoanalisi come esercizio critico* (Garzanti, 1988), *Fondamenti di Psicologia dinamica* (1993, Feltrinelli), *La conquista dell'identità* (1997, Feltrinelli), *Il secolo della psicoanalisi* (2001, Bollati Boringhieri).

Negli anni 2000 Jervis sposta ancora il fuoco della sua indagine, dedicandosi a tematiche psicologiche classiche nel loro intreccio con la riflessione antropologica, sociologica, politica (*Individualismo e cooperazione*, *Contro il relativismo*, Feltrinelli, 2006; *Pensare dritto, pensare storto*, Bollati Boringhieri).

Il percorso di Jervis è stato lungo e precocemente segnato da una lucidità critica che ne hanno sempre distinto il contributo. La sua ricerca intellettuale mostra una continuità sorprendente, resa possibile dalla non comune capacità di sintesi concettuale che gli ha consentito di attraversare esperienze e campi del sapere disparati con eguale rigore. Con asprezza e tenacia ha criticato le mentalità, individuali e collettive, inclini agli accomodamenti e alle semplificazioni. Con equilibrio e misura ha parlato e insegnato agli studenti la complessità e del mestiere di clinico che ha continuato a esercitare fino a pochi giorni prima della sua scomparsa.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Jervis G. (1961) *Considerazioni neuropsichiatriche sul tarantismo*, in E. De Martino, *La terra del rimorso*, Il Saggiatore, Milano 1961
Jervis G. (1977), *Il buon rieducatore*, Feltrinelli, Milano

Jervis G. (1984) *Presenza e identità*, Garzanti, Milano

Jervis G. (1988) *La psicoanalisi come esercizio critico*, Garzanti, Milano

Jervis G. (1993) *Fondamenti di psicologia dinamica*, Feltrinelli, Milano

Jervis G. (1997) *La conquista dell'identità*, Feltrinelli, Milano

Jervis G. (1999) Il problema della psicoterapia nei servizi psichiatrici, in A.M. Ferro, G. Jervis (a cura di), *La Bottega della psichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino

Jervis G. (2001) *Psicologia Dinamica*, Il Mulino, Bologna

Jervis G. (2003) *Individualismo e cooperazione*, Laterza, Bari

Jervis G. (anno???) *Contro il relativismo*, Feltrinelli, Milano

Jervis G. (2007) *Pensare dritto pensare storto*, Bollati Boringhieri, Torino

Jervis G., Corbellini G. (2008) *La razionalità negata*, Bollati Boringhieri, Torino

Riccardo Williams

NOTIZIE

**WCBCT 2010 WORLD CONGRESS
OF BEHAVIORAL AND COGNITIVE
THERAPIES CO-SPONSORED BY
BOSTON UNIVERSITY AND THE
ASSOCIATION FOR BEHAVIORAL
AND COGNITIVE THERAPIES (ABCT)**

Boston, Massachusetts, USA

2-5 giugno 2010

Sede: Boston University

Info: www.wcbct2010.org

wcbct2010@partners.org

**IDO ISTITUTO DI ORTOFONOLOGIA
E EDIZIONI MAGI**

**Il limite come esperienza adole-
scenti oggi**

Roma, 9 ottobre 2010

Sede: Festival delle Giovani Idee

Palazzo dei Congressi

Info: eventi@magiedizioni.com

tel. 06 99703800/808

http://www.magiedizioni.com/immagini/hi-res/limite_come_esperienza_1.jpg .

**ICSAT ITALIAN COMMITTEE FOR THE
STUDY OF AUTOGENIC THERAPY
VII CONVEGNO NAZIONALE**

Simbolo o sintomo

quando la psiche prende

la via progressiva del simbolo

o quella regressiva del sintomo

Ravenna, 23-24 ottobre 2010

Sede: Sala convegni Albergo Cappello
via IV novembre 41- Ravenna

Info: lopez soc. Coop eventi e congressi

Via Croce 39 - 48026 Godo (Ra)

cell. 348 2250683 fax 0544 419492

e-mail lina@lopezcongressi.it

sito www.icsat.it

in collaborazione con Edizioni Magi

www.magiedizioni.com

XII CONGRÈS D'EFTA

60 ans de Thérapie Familiale

20 ans d'EFTA... et après?

Nouvelles perspectives pour

la pratique systémique

**60 years of Family Therapy
20 years of EFTA... and after?
New ways for systemic practice**

Parigi, 29-31 ottobre 2010

Sede: Palais des Congrès

Info: www.eftaparis2010.com

Secretariat EFTA PARIS 2010

1, Le Hameau - BP 11

F-77590 Chartrettes (France)

phone.: + 33 (0)1 64 87 10 13

fax: + 33 (0)1 60 66 39 46

e- mail:

joelle.guieze@eftaparis2010.com

inscription@eftaparis2010.com

**1° CONVEGNO MONDIALE DI
TERAPIA BREVE STRATEGICA
E SISTEMICA
CENTRO DI TERAPIA STRATEGICA
DI AREZZO**

**Dall'arte alla tecnologia
del cambiamento**

Cianciano Terme, Siena

10-14 novembre 2010

Sede: Palamontepaschi di Chianciano
Terme (Siena)

Info: Strategic Therapy Center

P.zza S. Agostino, 11 – Arezzo

tel. 0575 354853 fax 0575 350277

e-mail: secretary@bsst.org

sito <http://www.bsst.org>

**3° CONVEGNO INTERNAZIONALE
SULLA QUALITÀ DEL WELFARE**

La tutela dei minori.

Buone pratiche e innovazioni

Riva del Garda (TN)

11-13 novembre 2010

Info: Segreteria organizzativa Centro

Studi Erickson

Via del Pioppeto, 24 – Trento

tel. 0461 950747

fax 0461 956733

e-mail: formazione@erickson.it

SITI WEB

Atti del Congresso Nazionale “L’Alleanza Terapeutica”

<http://www.psychiatryonline.it/ital/padova2004/index.htm>

Nel 2004, l’associazione del Gruppo di Studio sulle Psicoterapie Brevi ha scelto come tema del Congresso l’Alleanza Terapeutica. Segnaliamo la presenza di queste pagine, nonostante siano passati ormai quasi 6 anni, per la ricchezza dei contenuti, i riferimenti bibliografici presenti e gli spunti di ricerca e riflessione, sempre molto attuali.

Working Alliance Inventory (WAI)

<http://www.educ.sfu.ca/alliance/allianceA/>

Uno dei più noti strumenti di valutazione dell’alleanza terapeutica, il “Working Alliance Inventory” (WAI, Horvath e Greenberg, 1989) è stato sviluppato con lo scopo di studiare l’alleanza come fattore terapeutico comune a tutti i tipi di trattamento tramite una definizione basata su un modello generale di terapia. Questo strumento misura la qualità dell’alleanza terapeutica instaurata con un paziente all’interno di una o più sedute di terapia.

La “Faculty of Education at SFU” ha dedicato un’intera sezione del proprio sito da cui è possibile scaricare le tre versioni WAI-C (Client), WAI-T (Therapist) e WAI-O (Observer) disponibili sia per PC, Mac e PDF.

Jeremy D. Safran

<http://www.newschool.edu/nssr/faculty.aspx?id=10402>

Il lavoro di alcuni autori di stampo cognitivista, tra cui spicca quello di Jeremy Safran, ha cambiato il modo di

guardare all’alleanza terapeutica. Jeremy D. Safran, docente e direttore del training clinico in Psicologia Clinica della New School for Social Research di New York, docente al Beth Israel Medical Center e al corso di specializzazione in Psicoterapia e Psicoanalisi della New York University, membro dello “Stephen A. Mitchell Center for Relational Studies”, del Consiglio direttivo dell’“International Association for Relational Psychotherapy and Psychotherapy” e del Comitato editoriale di *Psychotherapy Research* e *Psychoanalytic Dialogues* e dal 2008 President-Elect dell’“International Association for Relational psychoanalysis and Psychotherapy” (IARPP).

Dalla pagina personale sul sito della New School for Social Research di New York si può scaricare gratuitamente una buona selezione di articoli sull’Alleanza Terapeutica.

Il professor Safran fa parte del Comitato Scientifico Internazionale della rivista *Psicobiattivo*.