Esercitare la leadership dal basso?
Decisioni, responsabilità e creatività come dinamica di gruppo

R.D. Hinshelwood

Abstract
L'istituzione tende ad organizzare la persona attraverso modalità standardizzate e l'individualità diventa sacrificabile di fronte alle richieste organizzative dell'istituzione. Probabilmente i pazienti psichiatrici che necessitano di ospedalizzazione sono maggiormente sensibili a queste influenze coercitive.
Un tipo di autorità è "top-down" quando un gruppo abbastanza piccolo o un unico leader ai vertici della gerarchia dell'organizzazione prende decisioni e quelli più in basso devono eseguire. Per circa 50 anni si sono verificati nelle società occidentali tentativi di invertire questa struttura con quella che viene chiamata autorità "bottom-up". La comunità terapeutica è stata uno di questi esperimenti, essendo destinata a un approccio diverso. Invece della totale abolizione di tutte le istituzioni psichiatriche, sembrava valere la pena sperimentare strutture e culture diverse.
Oggi sembra che le comunità abbiano perso una visione chiara delle proprie origini e l'impeto iniziale che ne animò la nascita. Questo è un rischio continuo. Non siamo di certo facilitati da un ambiente che privilegia un'autorità di tipo top-down. Ciononostante dobbiamo ricordare che l'avvio delle CT avvenne proprio all'interno di un sistema di disciplina fortemente top-down, ovvero nell'Esercito durante la guerra. Abbiamo dunque bisogno di leaders che continuamente propongano nuove modalità di pensiero soprattutto rispetto a vecchi modi di fare.

Parole Chiave: top-down, bottom-up, comunità terapeutiche, leadership, autorità, istituzioni, responsabilità, creatività, dinamiche di gruppo

Circa settanta anni fa ebbe inizio la lunga e complessa critica rivolta alle istituzioni psichiatriche e alla loro particolare cultura. "Così, isolato e dominato, il paziente tendeva a rimanere schiacciato dalla macchina ospedaliera[…]" In quel contesto la salute e la sopravvivenza venivano spesso cedute in cambio della "desocializzazione". Pertanto il paziente, da solo e non supportato, prima o poi, doveva affrontare il difficile compito di ritornare in quella società nella quale aveva perso la sua stabilità. Questo non è un compito facile per una persona "desocializzata" qualunque sia il livello di sanità raggiunto. (Main 1946, ed.it. 1986, p.2)
In questo articolo, il termine "comunità terapeutica" coniato da Tom F. Main viene inizialmente adoperato in senso allargato. La socializzazione è, secondo l'autore, importante quanto la salute.

Inoltre la capacità di trovare il proprio posto in un gruppo sociale è una possibilità che varia con il contesto. È noto da tempo che la folla, ad esempio, "ha una sorta di mente collettiva che fa sentire, pensare e agire [le persone che ne fanno parte] in un modo completamente diverso da come loro stessi sentirebbero, penserebbero e opererebbero stando invece da soli" (Le Bon, 1895, ed.it., 2004, p. 49). Infine, considerando che questo tipo di cambiamento nel modo di sentire, pensare ed agire del singolo individuo si verifica tanto nella folla quanto nelle organizzazioni più strutturate, potremmo anche utilizzare il termine 'cultura', invece di 'mente collettiva'.

Per diversi decenni, le comunità terapeutiche hanno approfondito le caratteristiche delle organizzazioni che possono portare a questo tipo di "desocializzazione". Anche i sociologi se ne sono occupati: Goffman (1961) ha definito queste organizzazioni come "istituzioni totali", individuando quattro criteri che definiscono '*totale'* un'istituzione. Tutti gli aspetti della vita si svolgono:

- nello stesso luogo e sotto la stessa autorità,
- in un gran numero di persone a stretto contatto gli uni con gli altri,
- in programmi serrati ed imposti dall'alto,
- al fine di adempiere agli scopi dell'istituzione.

L'istituzione organizza la persona attraverso modalità standardizzate e l'individualità diventa sacrificabile di fronte alle richieste organizzative dell'istituzione. Probabilmente i pazienti psichiatrici che necessitano di ospedalizzazione sono maggiormente sensibili a queste influenze. Questo potere coercitivo dei gruppi è stato studiato, e riconosciuto, negli anni 30 (es. si veda Asch 1946).

Un tipo di autorità è "top-down" quando un gruppo abbastanza piccolo o un unico leader ai vertici della gerarchia dell'organizzazione prende decisioni e quelli più in basso devono eseguire. Per circa 50 anni si sono verificati nelle società occidentali tentativi di invertire questa struttura con quella che viene chiamata autorità "bottom-up". La comunità terapeutica è stata uno di questi esperimenti.

Tuttavia la questione più importante che la psichiatria poneva era che se queste grandi istituzioni avevano degli effetti negativi – come la desocializzazione e la dipendenza cronica dall'ospedale – allora si doveva eliminare la causa, ossia gli stessi ospedali. In Gran Bretagna nel 1960, il Ministro della Salute Enoch Powell dichiarò che tutti i grandi ospedali per la salute mentale dovevano chiudere entro dieci anni, avviando così un importante rinnovamento che spostava il focus della cura all'interno delle comunità di origine del paziente. Questa previsione temporale si dimostrò in realtà fin troppo ottimista e l'obiettivo si raggiunse circa 25 anni più tardi. "In Italia, lo stesso processo fu compiuto ma in modo diverso" (vedi Freschi, 1986).

La comunità terapeutica era destinata ad un approccio diverso. Invece della totale abolizione di tutte le istituzioni psichiatriche, sembrava valere la pena sperimentare strutture e culture diverse. Negli anni cinquanta, la tradizione britannica delle comunità terapeutiche era sufficientemente avanzata al punto che l'antropologo Robert Rapaport fu incaricato di effettuare uno studio su tale cultura. Egli approfondì la comunità terapeutica sviluppata da Maxwell Jones all'interno dell'Ospedale Henderson, e giunse alla conclusione che questo particolare tipo di comunità era caratterizzato da quattro tipi di elementi che favorivano il trattamento: il comunitarismo, la democrazia, il permissivismo e il confronto con la realtà (Rapaport 1960).
Probabilmente il più difficile tra questi atteggiamenti era proprio il permissivismo: quest'ultimo infatti proveniva dalla comune formazione dello staff della CT e si ispirava al principio psicoanalitico delle libere associazioni - al paziente era richiesto di parlare liberamente di *tutto ciò* che gli passasse per la mente. Nella CT infatti il paziente aveva la possibilità di esprimere i suoi problemi in relazione agli altri; quei problemi venivano quindi esaminati all'interno della comunità stessa e la persona si poteva confrontare con la realtà delle cause e delle conseguenze dei suoi comportamenti. Tuttavia, il movimento delle CT si è diffuso nel corso degli anni sessanta quando era la società stessa in uno stato rivoluzionario che autorizzava l'essere se stessi. Era uno stato di libertà sostenuto da tutti che però non considerava le conseguenze di questa libertà sugli altri. Alcuni autori di psicoanalisi e non, sono stati chiamati a sostegno di questo principio rivoluzionario (Reich 1933 [1946], Marcuse 1955, Foucault 1967, Laing 1960, e Cooper 1967). I due significati possibili del termine 'permissivismo' vennero accostati al punto da essere troppo spesso confusi (e probabilmente equiparati - vedi Baron 1987). Una delle principali conseguenze fu che la CT apparve come anti-autoritaria, se non addirittura come un'anti-cultura e velocemente fu appellata come 'anti-istituzione' (Punch 1974). L'antitesi tra autorità bottom-up e quella top-down fu inflazionata dalla retorica della guerra fredda nei discorsi sul concetto di democrazia.

Come lo zelo rivoluzionario degli anni sessanta e settanta si attenuò e le autorità top-down ripresero il sopravvento agli inizi degli anni ottanta, il termine 'permissivismo' acquistò un significato sospetto e addirittura negativo. È sopravvissuto solo in forma teorica, quando ad esempio per motivi di ripianificazione sanitaria si chiedono le opinioni degli «utenti», ossia gli ex-pazienti, ai quali è richiesto di raccontare la loro esperienza. Questo "stare al di sopra" ha una forma radicalmente diversa dal principio per cui i pazienti, o utenti, partecipano al reale funzionamento della comunità nella quale sono ricoverati. Nel contesto psichiatrico, dare un ruolo di responsabilità ai pazienti equivale essere un autorità di tipo bottom-up.

L'autorità bottom-up da parte dei pazienti nella CT non si riferisce esattamente al "permissivismo". In Gran Bretagna, l'autorità bottom-up è diventata secondaria non appena il permissivismo è stato superato da parte delle autorità top-down all'interno della psichiatria (e la maggior parte delle altre organizzazioni) nel mondo occidentale contemporaneo.

Una questione urgente per le CT riguarda il ruolo della leadership in quelle organizzazioni che vogliono offrire un modello di leadership top-down con standard alternativi. All'interno di un'autorità top-down è generalmente accettato che il potere si trovi al di sopra e l'obbedienza al di sotto, una disposizione che notoriamente rischia di generare una potenziale desocializzazione dei pazienti/utenti. E come potrebbe essere presa in considerazione una leadership se il potere e l'autorità dei suoi *followers* sono riconosciuti e accettati? Che tipo di equilibrio si può raggiungere tra il permesso di essere se stessi e l'obbedienza ad un'autorità superiore?

Psicodinamiche nel setting interpersonale

Nell'ambito della psichiatria è forse naturale per coloro che si trovano al vertice della gerarchia, come ad esempio i medici, supporre di avere la risposta ai problemi del paziente, o almeno averne un'idea, "il medico, educato a esercitare un ruolo di prestigio tra i malati, trova delle difficoltà nel rinunciare al suo potere e nell'assumersi delle responsabilità sociali in un ospedale, nel farsi sincero garante della indipendenza e maturità dei suoi pazienti. Ma tutto questo non è che sia più semplice per il resto del personale." (Main 1946, p. 4).

È naturale, sia per i pazienti che per le altre persone assumere che i medici abbiano tutte le risposte trovando così un grande sollievo nel sentire che qualcuno abbia le risposte ai problemi che gli hanno procurato sofferenza. Pertanto è opportuno tenere in considerazione questo aspetto nelle dinamiche presenti nella cultura ospedaliera.

Main più avanti tratterà questo argomento: "Coloro che offrono aiuto richiederanno inconsciamente agli altri di essere deboli, i deboli richiederanno agli altri di essere loro di aiuto. Operatori e pazienti diventano così, in un certo senso, inevitabilmente creature gli uni degli altri" (Main 1975, pag. 61). L'autore ha descritto così una dinamica sociale inconscia e sottolinea: "[...] solo i ruoli di salute o malattia vengono messi in gioco; lo staff può essere solo sano, sapiente, gentile, potente ed attivo, mentre i pazienti possono essere solo malati, sofferenti, ignoranti, passivi, obbedienti e grati [...]" (Ibidem).

In questo processo che produce 'creature l'uno dell'altro' siamo in grado di riconoscere il fenomeno descritto tempo fa da LeBon (1895) per cui l'individuo non è più se stesso quando sta per conto proprio. Questo possibilmente può spiegare anche i fenomeni di cronicità e passività che si trovano nelle istituzioni totali, quali gli ospedali psichiatrici (Hinshelwood 1998), e le prigioni (Hinshelwood 1993).

Questa distorsione delle singole personalità è ora intesa come un processo inconscio derivante dall'identificazione proiettiva. Le parti del sé di una persona scompaiono e finiscono nella personalità di un altro. Forse questo è comprensibile in persone con gravi disturbi, soprattutto per

coloro che soffrono di schizofrenia le cui menti sono divise e frammentate. Ma in questo caso Main sta descrivendo una dinamica psichica che coinvolge persone non-psicotiche, come il personale ed i medici oltre che i pazienti con un disturbo. Questo punto non è semplice da comprendere e occorrerebbe approfondirlo nel dettaglio, sebbene qui non è possibile farlo (vedi anche Hinshelwood 2015). Tuttavia, se ne può dare una breve illustrazione: Conran (1985) contrappone due pazienti, uno con un'appendicite, e uno che soffre di psicosi. Entrambi, il paziente chirurgico con una buona salute mentale ed il paziente gravemente disturbato mostrano la perdita di una funzione psicologica con il ricorso a terzi per sostituire tale perdita. Il primo è il paziente mentalmente sano con l'appendicite che 'si è messo nelle mani' del suo chirurgo: "[Egli] fu colto da nausea nel primo pomeriggio sul suo posto di lavoro… [Egli] si sentì troppo malato per continuare [ma] fu in grado di guidare fino a casa, dopodiché si mise a letto e chiese alla moglie di chiamare il medico e di andare a prendere la borsa dell'acqua calda. A letto si rannicchiò ansiosamente tentando di rifugiarsi nel sonno, distogliendosi da ciò che non conosceva… Il dottore rimase ai piedi del letto e disse piuttosto allegramente: 'Ebbene, amico mio, ha una appendicite acuta. Ora, questo è quello che possiamo fare…' Il medico poi illustrò al paziente le diverse possibili alternative circa la scelta dell'ospedale e del chirurgo… L'uomo si rese conto di non poter partecipare a questa ragionevole discussione di pro e contro. Poteva sentire quello che il medico diceva, ma era ancora troppo preoccupato per se stesso per poter raggiungere un livello di comunicazione con il medico. Alla fine interruppe il medico e disse: 'Mi dispiace, posso solo ascoltare quello che sta dicendo. Queste sono decisioni che deve prendere lei per me'." (Conran 1985, p. 32-33)
Il consenso del paziente non fu accettato, dal momento che il suo stato mentale si era impoverito, con lo spostamento della sua angoscia su chi lo circondava rendendolo incapace di raggiungere un livello adulto di comunicazione o di presa di decisione. Con l'angoscia, 'la capacità di badare a se stesso e prendere decisioni per se stesso" (Conran 1985, pag. 33) si è esaurita. Così, l'ospedale, attraverso il suo personale, riceve e contiene "le parti" del paziente fino a quando egli non è in grado di riprendersele, riassumere la propria responsabilità e accettare la dimissione.
Il personale dell'équipe chirurgica si assunse, in modo intuitivo, la funzione razionale di decision-making. Definiremmo la "perdita" del paziente come una proiezione di una parte di se stesso che viene separata e scissa, e che a suo volta il personale ospedaliero introietta, assumendo su di sé il processo di decision-making e le parti responsabili del paziente. La 'normalità' del processo che si verifica nel paziente con appendicite appare familiare, e possiamo facilmente riconoscerci in quella situazione, coinvolgendoci in un processo normale in cui ci sentiamo, pensiamo, e agiamo diversamente da altre situazioni.

Ora, la donna con la schizofrenia; ha allarmato il suo comportamento scandaloso, ovvero esser trovata "senza vestiti a camminare lungo Piccadilly, in mezzo alla strada nel senso opposto al traffico" (Conran 1985, pag. 40).
I sentimenti suscitati nel medico e negli infermieri riguardavano il dover gestire e controllare la natura selvaggia e imprevedibile della donna, e soprattutto, fermare il flusso incessante di frasi incomprensibili. Nel linguaggio comune, si erano sentiti chiamati a *'farla tacere'*... Possiamo osservare che qualsiasi fossero le ansie e le opinioni di coloro al di fuori dell'ospedale, ora queste dovevano trovare una risoluzione dentro l'ospedale..."la paziente non soffre il suo dolore, piuttosto l'angoscia intollerabile di trovarsi privi di autocontrollo viene proiettata sul personale dell'ospedale che si impegna a soffrire per lei. È il personale poi a farsene carico... come meglio riesce, in genere ignorando del tutto le fonti di angoscia del paziente - anzi, a malapena riconoscendo l'angoscia come tale" (Conran 1985, pag 37).
Il personale e l'ospedale si fanno carico di un paziente che non è più in grado di controllare o di prendersi cura di se stesso. Così, occuparsi di lei significava un carico piuttosto oneroso di cura. In tal senso, la cura diventa letteralmente il modo per compensare la perdita della capacità di autocontrollo e cura di sé del paziente.

Analogamente la paziente ha perso la capacità di prendere decisioni realistiche e di assumersi la responsabilità per se stessa. Le sue funzioni di auto-cura erano, a tutti gli effetti, trasferite sul personale di cura. Questa trasmissione tra persone, effettuata senza parole, è una comunicazione radicale. Tali processi dinamici hanno effetti e conseguenze significative. Il trasferimento del processo di decision-making e di responsabilità tra leader e *followers*[1] (1) è un processo importante da cogliere in relazione alla leadership in tutte le organizzazioni sociali, come le istituzioni psichiatriche e le CT. La dinamica in gioco è che le loro decisioni e responsabilità sono trasferite sulla leadership e i *followers* (del leader) si ritirano in un'obbedienza e rinuncia alla propria responsabilità.

La posizione di responsabilità (e di irresponsabilità)

Paragonabile alla dinamica di aiuto discussa in precedenza, una dinamica simile esiste nella società più in generale per quanto riguarda le diverse posizioni all'interno del processo decisionale e nella divisione delle responsabilità: il leader, da un lato, e i *followers* acquiescenti, dall'altro. Essi si spartiscono così responsabilità e obbedienza. Ci sono vantaggi molto evidenti in questo tipo di divisione del lavoro, e, probabilmente, la società e le sue conquiste umane senza risulterebbero impoverite.

Tuttavia, in una certa misura, le due posizioni possono esercitare delle pressioni l'una sull'altra e polarizzarsi via via in maniera più estrema. Tali posizioni vanno oltre l'ottimizzazione dell'efficienza del lavoro di gruppo, ed esasperazioni in questo senso derivano dal fatto che vi è un guadagno personale per entrambi nella polarizzazione: da un lato vi è un senso di potere e di status che gonfia l'autostima del leader e che fa leva sul suo narcisismo; anche se, d'altra parte, quando le sue decisioni risultano erronee, è il leader che deve fare i conti con la catastrofe causata da un'eccessiva sicurezza del proprio punto di vista. D'altro lato, il *follower* rinunciando alle sue responsabilità, finisce per sottrarsi al rischio di un proprio fallimento e senso di colpa, ma deve comunque fare i conti con la propria sottomissione.

La divisione di queste posizioni è dettata dalle esigenze di lavoro e varia a seconda del tipo di compito da svolgere. Per esempio, la polarizzazione in un'unità militare risulta notevolmente maggiore considerata la necessità di disciplina. Oppure può risultare in contrasto nei rapporti più egualitari tra un preside e il suo team di docenti, ad esempio, in cui tutti devono utilizzare una buona dose di iniziativa personale e di creatività. Infine, in ogni coppia sposata cambia molto la distribuzione al suo interno dei processi decisionali e delle responsabilità.

Tuttavia, queste due posizioni possono finire per essere esagerate e troppo polarizzate senza che nessuno possa leggerlo come un malfunzionamento del sistema. La divisione dei ruoli non accresce di molto la performance del gruppo, dell'equipe o dell'organizzazione come accade nel manicomio. Qui, infatti, l'ingresso di un disturbo in ospedale influenza significativamente non solo la suddivisione del lavoro ma anche la sua adeguatezza. Nella citazione di cui sopra, colui che presta aiuto ostacola i propri obiettivi, spingendo i deboli ad essere ancora più indifesi - e viceversa, la persona indifesa spinge chi offre assistenza verso una posizione più idealizzata, portando a vedere se stessi come casi senza speranza. Così sia i leader che chi viene guidato spingono l'un l'altro in posizioni esagerate di responsabilità e irresponsabilità.

Trovare una via d'uscita

[1] Nota dei Curatori: abbiamo scelto di non tradurre il termine *follower* né con "seguace" né con "sostenitore" per non indurre in fraintendimenti a proposito della specifica e complessa funzione della *followership* in rapporto alla *leadership*.

Le origini delle CT sono da rintracciare durante la seconda guerra mondiale all'interno di due principali esperimenti.
In tempi di guerra sono state spesso ricercate e sperimentate diverse forme di tecnologie militari, lo stesso è successo con la psichiatria durante la seconda guerra mondiale. Il primo esperimento ha riguardato la ricerca di un nuovo metodo per effettuare la selezione degli ufficiali mentre, il secondo esperimento, la gestione di un reparto ospedaliero per la riabilitazione di soldati che riportavano forti disagi e nevrosi dopo aver prestato servizio militare.

La selezione degli ufficiali nel "War Office Selection Board": L'esercito britannico doveva essere riformato dopo la sconfitta di Dunkerque nel 1941. In quegli anni, in Gran Bretagna, la leadership si basava sul sistema gerarchico tradizionale dell'esercito e non aveva affatto promosso gli ufficiali migliori. L'idea era, quindi, di creare un nuovo metodo di selezione raggruppando circa 6-8 candidati che aspiravano a diventare Ufficiali; dare loro un compito pratico da svolgere, come la costruzione di un ponte ad esempio, e lo psicologo avrebbe dovuto osservare chi, nel gruppo, fosse emerso come leader. La riuscita personale di ciascun partecipante dipendeva dalla capacità di collaborazione con gli altri membri del gruppo. La capacità richiesta all'ufficiale era semplicemente quella, secondo le parole di Bion "di mantenere rapporti personali in situazioni di tensione tali da spingerlo a trascurare gli interessi dei compagni in nome dei propri" (Bion 2014 [1946], p 35).
Spiega Bion che i candidati, oltre la selezione, provavano la tensione data dal fatto che il proprio vantaggio personale fosse strettamente connesso al collaborare con gli altri per il successo di tutto il gruppo. Il test valutava quindi come le persone gestivano questo 'campo emozionale' in cui l'individuo doveva competere cooperando. Il fattore chiave era "come qualsiasi uomo possa far conciliare le proprie ambizioni personali, speranze e paure con le esigenze pretese dal gruppo per raggiungere il successo" (Bion 2014 [1946], p. 36).

Il Reparto di Riabilitazione (o di Addestramento) presso il Northfield Hospital: L'idea sopra descritta di selezione del personale militare probabilmente proveniva da Bion e quasi certamente dalle discussioni con John Rickman. Entrambi, successivamente, lavorarono insieme nel reparto di riabilitazione, dove introdussero la stessa idea. Bion, come ben descrive nelle sue note inedite, respirava lungo i corridoi dei reparti, "un'atmosfera ricca di vissuti di impotenza e di inutilità da parte dei pazienti ed una notevole "barriera" tra loro ed il personale sanitario" (Bion 2014 [1943], p. 28). Secondo Bion, questa specifica barriera - creata dalla consueta divisione tra chi aiuta e chi è impotente e inutile - doveva rompersi, e propose che:
"[...]Se si volevano raggiungere dei risultati migliori allora era necessario mostrare ai pazienti che le loro nevrosi erano un problema collettivo e non semplicemente qualcosa che riguardava una piccola parte della comunità - ovvero degli ufficiali o medici, per esempio" (Bion 2014 [1943], p. 28).
Egli stava affrontando l'atmosfera di impotenza e di inutilità, piuttosto che le nevrosi di ognuno. "Nella cura del singolo la nevrosi è considerata come un problema individuale. Nella cura di un gruppo deve essere spiegata come problema del gruppo "(Bion 2014 [1943], p. 27).
Sicuramente vi era l'influenza di Rickman nel pensare a un livello gruppale, ma il contributo di Bion era specifico su come poter intervenire. Invece dell'inutilità della cultura, lo "scopo comune [doveva] essere sostituito all'obiettivo specifico del soldato di combattere per sconfiggere il nemico" (Bion 2014 [1943], p. 27).
E lo trovò, "Non fu difficile individuare un pericolo comune [da combattere]; stravaganze nevrotiche di tutti i tipi ostacolano di continuo il lavoro dello psichiatra o di qualunque istituzione creata per curare i disturbi nevrotici. Il pericolo comune nel reparto di riadattamento era l'esistenza di nevrosi come malattia della comunità" (Bion 1943b [2014], p. 107).
Egli aveva creato un approccio radicalmente diverso al trattamento istituzionale del disturbo psichiatrico. Era necessario contrastare i vissuti di impotenza endemica e d'inutilità, almeno in un

ospedale militare, cooperando insieme per risolvere il problema affrontato da tutti. Si è rivelato un progetto sociale per risolvere un problema comune causato dalla "barriera" tra aiutanti e aiutati.
Main che scrisse a proposito della desocializzazione dei pazienti in trattamenti top-down, e sulla polarizzazione nella relazione aiutante-aiutato, era un collega di Bion a Northfield, e nei suoi lavori possiamo notare l'influenza di Bion. L'idea che fosse necessario mettere il processo di socializzazione al centro della psichiatria è risultata fondamentale nei lavori degli altri leader di CT.
Maxwell Jones iniziò la sua attività durante la guerra e probabilmente era a conoscenza del lavoro di Bion e Rickman, dal momento che era stato pubblicato nel 1943. Inoltre, David Clark, il quarto grande esperto tra coloro che contribuirono allo sviluppo delle CT in Gran Bretagna, e che iniziò dopo le esperienze di Bion, Main, e Jones, probabilmente ebbe accesso al loro materiale di studio.

Guidare "le truppe"

Se l'obiettivo prefissato era quello di affrontare le dinamiche di aiuto desocializzanti, di decision-making e di responsabilità, come poteva un leader svolgere tale compito senza cadere inevitabilmente nella trappola di una eccessiva e paternalistica disponibilità definendo ciò che i suoi *followers* avrebbero dovuto fare? Il rischio è quello di ricadere nuovamente in una posizione di 'comfort-per-tutti' alla quale i *followers* aderiscono. Qui potremmo considerare ancora una volta l'esempio di Bion e chiederci: che tipo di leader era lui?

Eric Trist, che ha lavorato prima con Bion presso il comitato di selezione Ufficiali e successivamente, dopo la guerra, come psicoterapeuta in alcuni dei suoi gruppi terapeutici presso la Tavistock Clinic, ha fornito una descrizione ben dettagliata dello "stile molto caratteristico" adoperato da Bion. Tirst sottolinea come egli fosse distaccato ma caldo, imperturbabile ed inesauribilmente paziente. Dava un senso di immensa sicurezza - come dalla Rocca di Gibilterra. Ma la Rocca di Gibilterra – osserva Tirst - è anche potente e quindi dalla sua persona si sprigionava un senso di potenza, essendo egli, oltretutto, un uomo "grande e grosso". I pazienti non lo temevano; piuttosto era dotato di un particolare tipo di autorità che gli faceva prestare maggiore attenzione. Essi erano diventati consapevoli di avere come terapeuta una persona molto eccezionale. Egli rappresentava un fattore X, di cui – afferma Tirst – "non riuscivo a comprendere gli effetti" (Trist 1985, pag. 30)
Ebbene, un fattore X crea un mistero intorno al carisma che potesse avere Bion. Forse, però, tale presenza carismatica è di fondamentale importanza. Secondo la mia esperienza, avendo conosciuto personalmente molti di questi leader fondatori delle prime CT, essi tendevano ad avere una presenza significativa che fosse sì potente, ma mai dominante. Si potrebbe dire che rendevano possibile il processo decisionale piuttosto che assumerlo come proprio. In qualche modo la loro presenza sollecitava negli altri la presa di decisioni. A parte le mie impressioni, Bion confermò:

"...sembrava meglio non adoperare un tipo di obbedienza formale e sistematica, piuttosto puntare ad un tipo di disciplina che avrebbe potuto caratterizzare un buon reggimento in azione o in uno scenario di guerra. Come sanno tutti coloro che hanno combattuto, l'incontro con il nemico comporta una sorta di rilassamento nella disciplina che è analogo a quella differenza che si può osservare tra l'accuratezza studiata di un allenatore che mostra un colpo di tennis e lo stesso colpo effettuato da un giocatore esperto durante una partita…Non è senza senso insistere su questo dettaglio, tuttavia la disciplina nel suo complesso è rigorosa fino all'eccesso, parola per parola risulta vincolante, ma è necessario il mantenimento del suo spirito" (Bion 2014 [1943], p. 27).

Come disse Bion, citato precedentemente, il leader deve possedere la capacità di far conciliare le proprie ambizioni personali, speranze e paure con le esigenze pretese dal gruppo per raggiungere il successo.

Lo slittamento in un sistema gerarchico
Indipendentemente dal fatto che quello che è stato fin qui scritto riesca a descrivere accuratamente ciò che occorre per svolgere il ruolo di leader, è un quadro che riguarda situazioni e contesti passati. Oggi, sono necessari ulteriori prerequisiti.
L'opportunità dell'autorità top-down di ammorbidirsi risultando una presenza carismatica e facilitante appare lontana a causa delle pressioni da parte del contesto culturale esistente al di fuori della CT. La cultura alla quale attingono, sia i pazienti che i membri dello staff, è ad oggi meno libera, meno aperta alla sperimentazione e fondamentalmente top-down. È una cultura che si aspetta la stesura di protocolli sui metodi nelle CT, prove sull'efficacia, e standardizzazioni da diffondere tra le diverse CT esistenti. Si tratta di un contesto nettamente top-down, e il rischio è di creare quella "barriera" di cui parla Bion, tra coloro che hanno autorità nelle gerarchie psichiatriche ed amministrative, e gli operatori ed i pazienti che aderiscono a tale modello.

Questo slittamento in formulazioni standardizzate che richiedono delle disposizioni esterne dalla tradizione, è descritto in un valido contributo elaborato nel 1967, ancora una volta da Main. Egli dimostrò che anche all'interno di una CT avviene uno slittamento da un "ethos" ad una autorità maggiormente di tipo top-down. Main lo definì una "promozione gerarchica dall'Io al Super-Io". Le idee e teorie ritenute buone diventano oggetti mentali nelle menti dello staff (e dei pazienti naturalmente), ma sono gradualmente soggette ad una particolare distorsione. Egli prese come esempio il permesso di uscita nel fine settimana, pratica che inizialmente viene accordata insieme al paziente quando è pronto a sostenere un weekend a casa. In un secondo momento, questa 'novità' diventa un''usanza' ("è così che si fa"). Le decisioni diventano rigide, non pensate, simili a prassi. La memoria del "perché" iniziale viene dimenticata, spesso anche velocemente, con supponenza: "Noi facciamo così" prende il posto della decisione concreta condivisa in principio con ciascun paziente.

Main considera questa distorsione come una 'promozione gerarchica'. L'idea cambia collocazione dall'Io al Super-io ed il ricordo lascia il posto al moralismo. Partendo dalle aree pensanti dell'Io, come soluzioni a problemi specifici - tornare a casa nel weekend come parte della riabilitazione - successivamente assume la forma di una moralità rigida propria del Super-Io: "è così che le cose andrebbero fatte". In altre parole, non è più una soluzione verosimile e diventa un rituale non pensato. Pratiche utili diventano convinzioni morali e possono ostacolare ulteriormente il pensiero creativo e nuove soluzioni. Il rischio è che nell'attuale clima culturale top-down, si possa standardizzare un protocollo di CT che affermi proprio "è così che si fa". Saremmo, quindi, guidati non più da leader carismatici ma da qualcosa che somiglia ad un manuale di istruzioni (Hinshelwood, 2011)

Conclusioni
Sembra che le comunità abbiano perso una visione chiara delle proprie origini e l'impeto iniziale che ne animò la nascita. Questo è un rischio continuo. Non siamo di certo facilitati da un ambiente che privilegia un'autorità di tipo top-down. Ciononostante dobbiamo ricordare che l'avvio delle CT avvenne proprio all'interno di un sistema di disciplina fortemente top-down, ossia nell'Esercito durante la guerra. Abbiamo dunque bisogno di leaders che continuamente propongano nuove modalità di pensiero soprattutto rispetto a vecchi modi di fare.

Bibliografia
Asch, Solomon (1952) *Social Psychology*. New Jersey: Prentice-Hall.

Baron, C. (1987) *Asylum and Anarchy*. London: Free Association Books

Bion, W.R. 1943 On group work. In *The Complete Works of W.R. Bion* (2014), pp. 25-30. London: Karnac.

Bion, W.R. 1946 The leaderless group project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10: 87-91. And re-published in *The Complete Works of W.R. Bion* (2014), pp. 35-40. London: Karnac.

Bion, W. R. and Rickman, J. (1943) 'Intra-Group Tensions in Therapy'. In W. R. Bion (1961) *Experiences in Groups and Other Papers*. London: Routledge, pp. 11-26. And re-published in *The Complete Works of W.R. Bion* (2014), pp. 105-117. London: Karnac.

Clark, David (1964) *Administrative Therapy*. London: Tavistock.

Conran, Michael (1985) The patient in hospital. *Psychoanalytic Psychotherapy 1*:31-43.

Cooper, D. (1967) *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Penguin.

Foucault, Michel (1967) *Madness and Civilisation*. London: Tavistock

Freschi, M (1986) The Italian strategy for community care: An historical perspective. *International Journal of Therapeutic Communities* 7: 39-50.

Goffman, Erving (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* New York: Doubleday.

Hinshelwood, R.D. (1987) The psychotherapist's role in a large mental institution. *Psycho-Analytic Psychotherapy 2*: 207-215.

Hinshelwood, R.D. (1993) Locked in role. *Journal of Forensic Psychiatry 4*: 427-440.

Hinshelwood, R.D. (2011) Manual or matrix: How can we know our outcomes? *Therapeutic Communities* 31: 328-337.

Hinshelwood, R.D. (2015) Inrojection and projection; The uses of Paternalism, and its abuses. *The Oxford Handbook of Psychiatric Ethics*. Oxford Oxford University Press.

Jones, Maxwell (1952) *Social Psychiatry.* London: Tavistock.

Laing, R.D. (1960) *The Divided Self*. London: Tavistock.

LeBon, Gustav (1895) *Psychologie des Foules*. Paris: Seuil. (English translation, (1955 *The Crowd*. New Jersey: Transaction Publishers.

Main, T.F. (1946) The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10: 66-70. Republished (1989 in T.F. Main, *The Ailment and Other Psychoanalytic Essays,* London, Free Association, pp. 7-11.

Main, T. (1975) Some psychodynamics of large groups. In Kreeger, L. (ed) The Large Group: 57-86. London: Constable. Republished (1989 Main, T.F. *The Ailment and other Psychoanalytic Essays*. London: Free Association Books.

Marcuse, Herbert (1955) *Eros and Civilisation*. New York: Beacon Press.

Punch, Maurice (1974) The sociology of the anti-institution. *British Journal of Sociology* 25: 312-321.

Rapoport, Robert (1960) *Community as Doctor*. London: Tavistock.

Reich, W. (1933) *Die Massenpsychologie des Faschismus*. Copenhagen/Prague/Zurich: Verlag für Sexualpolitik.Eblish Translation *Mass Psychology of Fascism*. (1946). New York: Orgone

Institute.

Trist, E. (1985) Working with Bion in the1940s: The group decade in M. Pines (Ed.) *Bion and Group Psychotherapy*, pp. 1-46.. London: Routledge and Keegan Paul.

(1) Nota dei Curatori: abbiamo scelto di non tradurre il termine *follower* né con "seguace" né con "sostenitore" per non indurre in fraintendimenti a proposito della specifica e complessa funzione della *followership* in rapporto alla *leadership*.

Robert Hinshelwood è Psichiatra e Psicoanalista, membro della British Psychoanalytical Society e del Royal College of Psychiatrists. Esponente di spicco del movimento delle comunità terapeutiche inglesi, è stato fondatore dell'International Journal of Therapeutic Communities, del British Journal of Psychotherapy e della rivista Psychoanalysis and History, nonché presidente dell'Association of Therapeutic Communities. Dal 1993 al 1997 è stato direttore clinico del Cassel Hospital. Attualmente è Professore di Psicoanalisi presso il Centro di Studi Psicoanalitici dell'Università dell'Essex. Tra le numerose pubblicazioni ricordiamo *Che cosa accade nei gruppi*, il *Dizionario di Psicoanalisi Kleiniana*, *Il Modello Kleiniano*, *Osservare le organizzazioni*.

Traduzione di Saba Gnecchi-Ruscone