

La comunità terapeutica democratica: morbida o dura con la violenza?

Kingsley Norton

Abstract

L'ambiente terapeutico ha un duplice obiettivo: impostare limiti al comportamento patologico (come quello violento) e promuovere le competenze psicosociali. Per raggiungere tali obiettivi, è richiesta *'una stabile e coerente organizzazione sociale che fornisca un ampio contesto di trattamento integrato'* (Abroms, 1969) e la Comunità Terapeutica Democratica (CTD) fa parte di tali organizzazioni.

Seguendo il pensiero di Tom Main, tuttavia, è la *'cultura'* della CTD, piuttosto che la sua *'struttura'*, a caratterizzare la natura terapeutica del setting (Main, 1983). Pertanto, in questo scritto, utilizzando degli esempi presi da un setting protetto, l'autore illustrerà come alcune delle ideologie alla base delle CTD si possono tradurre nella pratica clinica.

Il DNA della "cultura" sottostante le CTD deve quindi essere in grado di replicarsi in modo accurato giorno per giorno, in modo da evitare di riproporre uno spazio dove regni *'un'automatizzata e irriflessiva ritorsione'* - l'incontro o il fronteggiarsi di aspetti speculari - odio con odio, rabbia con rabbia o il desiderio con il desiderio (Lambert, 1981).. In tal modo, può incarnare e presentare ai suoi pazienti una *'cultura dell'indagine'* (Main, 1983) sostenibile, che può essere finalmente interiorizzata.

L'autore non ha alcun dubbio che questo approccio, se applicato con cura e precisione, possa effettivamente andare a riparare alcuni danni profondi avvenuti durante i primi anni di vita (ad esempio dovuti a negligenza e abusi) all'interno delle relazioni di attaccamento. Tuttavia, approfondire le *'cause sottostanti'*, comporta un percorso terapeutico alquanto difficile per tutti i partecipanti. Quei pazienti che accettano di essere "ammorbiditi" nel calderone emotivamente intenso ma contenitivo della CTD, possono finalmente affrontare una delle loro più ardue sfide psicologiche.

Parole Chiave: Comunità Terapeutica Democratica, Cultura dell'indagine, violenza, comportamento patologico, struttura, cultura

Tony Blair (primo ministro)

Quello che intendo con l'essere duri nei confronti delle cause del crimine è ... una strategia attentamente ponderata che si occupa delle cause sottostanti il crimine ... Se non lo si fa, allora si continua a discutere all'infinito senza mai affrontare seriamente i problemi reali.

Jonathan Dimbleby (Intervistatore Bbc):

Si ma... proprio il parlare delle *cause* del crimine ... potrebbe essere visto come un modo "alquanto morbido" di affrontare la questione.

(BBC2 TV: Intervista tra Jonathan Dimbleby e l'onorevole Tony Blair, 4 luglio 1993).

Introduzione

L'ex primo ministro britannico, Tony Blair, non è stato il primo a sostenere una *'strategia di pensiero-ponderata'* per far fronte alle persone che non obbediscono o che non riescono ad obbedire alle leggi della società. Un medico italiano, Vincenzo Chiarugi, fu uno dei primi ad istituire delle riforme umanitarie, tra il 1785 e il 1788, abolendo l'uso di catene di detenzione per i pazienti psichiatrici ricoverati all'ospedale Santa Dorotea. Allo stesso modo qualche anno prima, intorno al 1780, in Francia, Philippe Pinel, aprì la strada per condizioni più

umane nei manicomi. Mentre in Inghilterra, William Tuke nel 1796 fondava 'The Retreat'. In questo luogo trenta pazienti vivevano insieme come parte di una piccola comunità in una posizione rurale tranquilla. All'interno della comunità, i membri erano impegnati in una combinazione di momenti di riposo, di dialogo, e di lavoro manuale, in un contesto con restrizioni minime, con lo scopo di coltivare in loro il pensiero razionale e la forza morale, ovvero il cosiddetto 'trattamento morale' (Wikipedia). Tutti questi pionieri, pensatori illuminati, hanno riconosciuto che i metodi di cura, convenzionali in quel periodo, per gli emarginati sociali e morali erano in gran parte inefficaci, da qui la necessità di creare nuovi approcci, più umani e pensati.

Avanzando velocemente di 150 anni, il primo prototipo di Comunità Terapeutica Democratica (CTD) fu sviluppato nel Regno Unito, durante e dopo la seconda guerra mondiale, principalmente per il trattamento e il reinserimento del personale militare. Questo contesto umano era stato progettato per facilitare la *'piena partecipazione di tutti i suoi membri alla vita quotidiana e con lo scopo definitivo della risocializzazione del paziente per la vita nella società'* (Main, 1946). Secondo Maxwell Jones, la CTD forniva sia un ambiente basato sull'*'imparare vivendo'*, caratterizzato da un appiattimento delle tradizionali gerarchie e da una labilità dei confini tra i ruoli professionali, sia un riconoscimento delle competenze del paziente, rispetto alla conoscenza e al vissuto esperienziale delle proprie condizioni mediche e dei disturbi (Jones et al, 1952).

In seguito, si è più volte sottolineato l'importanza terapeutica del setting interpersonale - il rapporto tra il personale ed il paziente - dal momento che *'non esiste paziente "non trattabile" dal suo ambiente - esistono solo pazienti trattati bene o malati'* (Stanton, 1964). Tuttavia, secondo Talbot e Miller, l'impostazione del trattamento *'non deve essere semplicemente un santuario, un ambiente ovattato che enfatizza la fragilità, l'incompetenza, l'impotenza e la bizzarria dei pazienti, piuttosto una società sana ... che permette l'uso ottimale delle capacità integre del Sé attraverso un propria organizzazione sociale, con supporti sociali e valori della comunità'* (Talbot e Miller in Wallace S.E. "Istituzioni totali", 1966). L'ambiente terapeutico ha dunque un duplice obiettivo: di impostare limiti al comportamento patologico (come quello violento) e di promuovere le competenze psicosociali. Per raggiungere tali obiettivi, è richiesta *'una stabile e coerente organizzazione sociale che fornisca un ampio contesto di trattamento integrato'* (Abroms, 1969) e la CTD fa parte di tali organizzazioni.

Da un primo studio sui processi organizzativi delle CTD, un gruppo di antropologi sociali pubblicò i risultati in un libro ben noto e opportunamente intitolato: *'Community as a doctor'* (Rapoport, 1960). Dal quale si evincevano dei principi terapeutici - 'temi ideologici' - assunti dal personale, che sottostavano i complessi processi osservati durante quasi 3 anni di studio. In sintesi, questi temi ideologici alla base della CTD erano:

- *la democratizzazione*- un adeguato grado di condivisione del potere nel processo decisionale (rispetto a questioni cliniche ed amministrative), promosso grazie ad un (alquanto rilevante) appiattimento della gerarchia tra operatore-paziente;
- *il permissivismo*- una tolleranza verso i comportamenti angoscianti/devianti che permetta alle difficoltà emotive di venire alla luce, consentendo così l'espressione di molteplici punti di vista per la risoluzione dei problemi;
- *il comunismo*- la condivisione di spazi e servizi (ad esempio, la sala da pranzo), l'uso di un registro informale (ad esempio, l'uso di nomi propri) e la trasparenza sugli obiettivi e sui metodi di trattamento, al fine di migliorare un'inter-comunicazione;

- *il confronto con la realtà*- la presentazione ripetuta di risposte verbali agli agiti dei pazienti, per contrastare le loro difese abituali (autodistruttive) quali il diniego o l'evitamento.

Ciò che tutte le CTD condividono con l'affermazione di Tony Blair è l'adozione di una 'strategia ponderata', attraverso la quale fornire un luogo sicuro, di cura e di trattamento per i pazienti, compresi anche gli utenti il cui comportamento è stato segnato da gravi forme di violenza. Tuttavia, per alcuni di questi ultimi, che necessitano di un ambiente di trattamento di 'custodia', il primo modello 'aperto' delle CTD richiede una modifica. Questo perché potrebbe essere necessario porre maggiore attenzione alla sicurezza nelle procedure (pratiche e processi, che possono essere in alcuni casi regolati dalle leggi sulla salute mentale) e alla sicurezza fisica degli ambienti (ad esempio, recinzioni, serrature e dispositivi di allarme personale che tengono le persone al sicuro).

L'ammissione e la dimissione di un paziente, da tale ambiente protetto, generalmente presuppone un processo complesso, perché può richiedere la collaborazione tra due grandi sistemi sociali, quello della Sanità e quello della Giustizia Penale, e tutto ciò comporta dei cambiamenti al modello di base delle CTD. Di conseguenza, la possibilità di delegare il potere decisionale (dallo staff degli operatori ai pazienti) in questo modo viene fortemente limitata, il che significa, per esempio, che il compito di applicare le norme nelle CTD rimane ai professionisti. Inoltre, alcuni ruoli professionali rimangono 'stabiliti' dalla norma, limitando in tal modo la "labilità" inter-professionale. Tutti questi aspetti impongono un'organizzazione più gerarchica dello staff rispetto a quanto era pensato come ottimale dai fondatori del modello, determinando un calo di senso di responsabilizzazione nei pazienti, i quali non hanno quindi nessuna 'voce' in capitolo rispetto a chi viene ammesso e quando verrà dimesso, diversamente da alcune pratiche adoperate presso le CTD a sistema aperto (vedi Norton, 1992). Sono dunque necessarie significative modifiche, per fornire un modello di CTD, all'interno di un ambiente carcerario (vedi Genders e Players, 1995).

Seguendo il pensiero di Tom Main, tuttavia, è la 'cultura' della CTD, piuttosto che la sua 'struttura', a caratterizzare la natura terapeutica del setting (Main, 1983). Pertanto, in questo capitolo, utilizzando degli esempi presi da un ambiente protetto, illustro come alcune delle ideologie alla base delle CTD si possono tradurre nella pratica clinica. Questo processo di traduzione non è sempre ben compreso o riconosciuto attendibile, anche da parte di coloro che lavorano nelle CTD.

Si prega di notare che tutti gli aspetti identificativi relativi alle persone citate in questi esempi sono stati rimossi per proteggere l'anonimato. Le situazioni ritratte, tuttavia, riflettono, nel modo più preciso che io possa articolare, quello che ho osservato. Questi sarebbero senza dubbio trattati in modo diverso in una CTD aperta, vale a dire in quelle in cui i pazienti non hanno tali storie violente pregresse e quindi non sono formalmente (legalmente) detenuti dallo Stato. In tale contesto, quantomeno durante gli orari "stabiliti" nella CTD, il gruppo di pari dei pazienti eserciterebbe un potere sensibilmente maggiore.

Tre vignette

Esempio 1: Il "Community Meeting" (Incontro assembleare della comunità) della mattina ed il "dopo-gruppo" con lo staff

Nel community meeting (CM) della mattina, Antonio (un paziente che in passato aveva commesso gravi reati, legati alla droga e ad atti violenti, residente presso la CTD per 18 mesi), si lamenta a gran voce che lo staff non riesce a gestire l'uso/abuso del telefono

comune da parte di un paziente recentemente ammesso in comunità. Antonio vede l'altro uomo, Enrico, trattato con troppa indulgenza. Quando lo stesso Antonio aveva abusato del telefono era stato punito togliendogli il diritto di usarlo del tutto. Enrico non aveva subito la stessa conseguenza; quindi secondo Antonio, lo staff aveva fallito nel suo compito. Antonio mise in guardia lo staff affermando che, se avessero continuato ad essere passivi, avrebbe distrutto il telefono comune. Inoltre, in questo caso, precisa, che questo non sarebbe stata colpa sua. Nel prendere in mano la questione, egli avrebbe fatto il lavoro che il personale non stava facendo. Secondo lui, il suo piano avrebbe portato ad un risultato più giusto e paritario, anche se tutti gli altri pazienti avrebbero sofferto della perdita del telefono.

Enrico, mancava a questo incontro, ma nessuno dei pazienti presenti smentì i racconti di Antonio sulla realtà dei fatti. Il loro silenzio veicolava un tacito accordo con i suoi punti di vista. Quanto più questi punti di vista non venivano messi in opposizione, più egli si arrabbiava. Gli altri pazienti nel corso della riunione sono rimasti spettatori, forse assaporavano segretamente lo spettacolo che si stava svolgendo davanti a loro. Due membri dello staff riuscirono a parlare nella riunione. Uno, ricordava la situazione pregressa di Antonio, dichiarando che la rottura delle regole di quest'ultimo, che riguardava il non adeguato utilizzo del telefono, era stato molto più serio e grave- in quanto aveva comportato alcune attività di commercio illegale. Il secondo membro del personale aveva detto che si dovevano prendere in considerazione i singoli casi, ma, riconosceva che per lui era stato piacevole sentire Antonio difendere la comunità contro un uso improprio di una risorsa della comunità. Antonio aveva respinto il primo punto, sostenendo che era un problema di principio, e non il dettaglio ad essere rilevante. Tuttavia, egli sembrava essere rimasto stupito sentendo questo ultimo intervento. Ciononostante aveva riacquisito la sua posizione "arrabbiata" nel sostenere la tesi che entrambi i "reati", il suo e quello di Enrico, erano simili, ribadendo i suoi argomenti ma con un tono più conciliatorio. Antonio chiaramente non si era calmato del tutto di fronte alle osservazioni proposte dai membri del personale ma aveva accettato il segnale di chiusura della riunione fatto del rappresentante del gruppo della comunità (eletto tra i pazienti più anziani) e aveva trattenuto la sua diatriba, in modo che l'incontro potesse concludersi in tempo.

Nel 'dopo-gruppo' che seguì questo CM, ampiamente monopolizzato, (il cui scopo era quello di riflettere su ciò che era accaduto nella precedente riunione), molti dello staff avevano espresso il loro fastidio per la critica ingiustificata fatta da Antonio verso di loro. Alcuni avrebbero preferito sentirsi maggiormente tenaci nel rispondere al rimprovero di Antonio, al fine di difendere e giustificare il proprio ruolo, come professionisti competenti e coscienti. Alcuni colsero l'occasione all'interno di questa riunione con il solo personale presente, per esprimere apertamente i loro sentimenti ostili verso Antonio e per articolare quello che avevano pensato ma non detto direttamente al paziente all'interno del CM. A questo punto, i due membri del personale che erano riusciti a rispondere ai rimproveri di Antonio si lamentarono dei colleghi per non averli sostenuti rimanendo passivi. Verso la fine di questo incontro di feedback, tuttavia, si arrivò ad un accordo, ovvero che non era stato poi così inutile che il personale presente fosse rimasto relativamente inattivo. Tutti provavano una certa sicurezza nell'affermare che insieme (anche se non del tutto deliberatamente o armoniosamente), l'equipe aveva fornito una risposta 'contenitiva'.

Commenti

È possibile che questo esempio possa essere letto in termini di permissivismo e confronto con la realtà, osservando come questi due temi culturali emergono attraverso il comportamento verbale e non verbale di Antonio e degli altri. Il primo si esplica nell'ampia e non comune tolleranza nei confronti dell'intervento di Antonio durante la riunione, che ha dato voce al

suo pensiero in modo apertamente ostile ed aggressivo, in merito ad una questione che aveva generato discordia interpersonale all'interno del sistema dei pazienti. Il secondo si rivela nei commenti dei due membri dello staff (coraggiosi o abili) che erano riusciti ad inserirsi nel suo monologo "arrabbiato", anche se in maniera relativamente calma, per poter sostenere i punti ragionevoli emersi, ovvero la mancanza di somiglianza tra i due 'reati' relativi all'abuso del telefono e la necessità del personale di valutare sempre la particolarità del contesto per ogni singolo paziente. Se viene presa in considerazione solo una prospettiva a breve termine, pare vi sia una vittoria del permissivismo sul confronto con la realtà, con questi due temi ideologici apparentemente su fronti opposti. Tuttavia, il trattamento nella CTD sembra molto più una maratona che uno sprint. Il vero impatto può essere compreso solo molto più avanti lungo il percorso!

L'atmosfera tollerante in questo incontro ha permesso ad Antonio di sentire che non stava parlando a vuoto, ma che la sua presa di posizione (in un certo senso onnipotente e grandiosa) non veniva accolta completamente. Il 'confronto' adottato dai due membri dello staff che presero parola non colluse con l'aggressività di Antonio rispondendo con la propria; essi non stavano cercando di costringerlo alla resa. Piuttosto, cercavano di trovare una risposta adeguata che potesse essere accolta da lui e dagli altri pazienti presenti, evitando che la situazione degenerasse e di provocare in lui un comportamento violento - ovvero la concreta distruzione del telefono in comune (o peggio). La combinazione di entrambi i temi culturali, nella loro rappresentazione all'interno del gruppo, potenzialmente, ha attivato quella funzione terapeutica di 'contenimento' (Gunderson, 1978). Gunderson ha definito questo come una funzione di 'protezione' per evitare le aggressioni e ridurre al minimo il deterioramento fisico e la pericolosità di coloro il cui criterio di giudizio è al momento carente. Per lui, un contenimento riuscito rafforza, almeno temporaneamente, le capacità di controllo interne dei pazienti, in modo da aiutarli a confrontare con la realtà le loro onnipotenti credenze circa la propria distruttività.

Il concetto psicologico di contenimento deriva dalla psicoanalisi (vedi Bion, 1963). Esso è stato applicato in particolare nel contesto in cui vi era la necessità di integrare gli impulsi aggressivi di un paziente (Perera, 1988). All'interno del setting analitico, il rituale dell'essere presenti e partecipi - stesso tempo, luogo e persone - influenza l'efficacia della funzione di contenimento. Il programma di trattamento delle CTD, con un insieme ancora più elaborato e comprensivo di rituali strutturali (ad esempio, i CM regolari), contribuisce a favorire in modo simile la funzione di contenimento. Secondo Perera, il 'rituale' evoca sia l'eccitazione che il contenimento, attraverso la sua strutturazione prevedibile del tempo-spazio. Per l'autrice, il contenimento comporta (a livello interpersonale) "l'incontro dell'aggressione con un'altra pulsione di base". In questo caso, il conflitto emotivo del paziente è costellato *intrapсихicamente*, piuttosto che a livello interpersonale. Il conflitto interpersonale è spesso perpetrato da un'automata ed impensabile rappresaglia, data da un 'incontro tra simili' (Lambert, 1981). L'assenza di un'attesa risposta di rappresaglia accende nel paziente la possibilità di vivere una nuova esperienza, facilitando così l'accettazione piuttosto che la lotta' (Perera, 1988).

Nel caso di Antonio, la cui espressione ostile avrebbe ottenuto reazioni opposte in altri ambienti sanitari, gli è stato offerto un modello di relazione diverso, grazie all'attenzione del personale a 'non comportarsi come chiunque altro nel mondo del paziente' (Gabbard, 1988). Attraverso un'accurata empatia verso gli accesi sentimenti e i bisogni di Antonio, il personale che si era coinvolto aveva misurato il proprio intervento con criterio. L'idea era che fosse possibile attenuare il suo stato sovraeccitato con il minor input possibile proveniente dello staff. Non era necessario agire per mitigare (ad esempio allontanandolo o dandogli sedativi).

L'intervento del secondo membro del personale, che ha valorizzato la posizione di Antonio, a nome della comunità più ampia, ha avuto chiaramente un impatto emotivo su Antonio, che si è mostrato meno violento e prepotente nei toni e non ha dovuto sfidare i limiti di tempo dell'incontro.

Seguendo il pensiero di Bion, per uno sviluppo psicologico sano durante l'infanzia, il caregiver si adatta al bisogno più urgente del neonato o del bambino, 'estraendolo (questo) da un groviglio di sofferenza' (Bléandou, 1994). Con le risposte sufficientemente accurate (metabolizzate), il bambino interiorizza questo processo interpersonale ed è in grado di pensare per sé, con una conseguente, maggiore capacità di calmarsi da solo. In modo analogo, il sotto-sistema dello staff che opera nella CTD può svolgere una funzione terapeutica di contenimento per i pazienti come Antonio. Tuttavia, nella pratica clinica, questo può essere un compito intellettualmente ed emotivamente difficile da svolgere.

A prima vista, ciò che accade nel "dopo-gruppo" tra il personale, sembra essere simile a ciò che si osserva nel community meeting della mattina. Circola rabbia tra i vari membri dell'équipe multidisciplinare (che comprende tutti i livelli gerarchici che esistono all'interno dello staff), in particolare tra quelli che avevano parlato e quelli che avevano preferito rimanere in silenzio. Tuttavia si presentano alcune importanti differenze. Molte persone presero parola, esprimendosi apertamente, senza che nessuno dominasse l'altro. I 'discorsi' erano più brevi e si rispettava il turno dell'altro invece di monopolizzare singolarmente la scena, con l'approvazione di una risoluzione tra le due posizioni opposte. La nascita di un punto di accordo tra di loro, aveva permesso di contenere la situazione, senza portare Antonio ad agire comportamenti violenti né ad incitare gli altri pazienti (ugualmente violenti) a stare dalla sua parte mettendosi contro lo staff.

Questa capacità di risoluzione emersa durante la riunione del personale, alquanto movimentata, è in grado di generare una maggiore fiducia e coesione tra i colleghi, sentendosi così autorizzati a poter essere in disaccordo (in questa occasione anche in maniera accesa), ma trovando sempre un modo per superarlo. L'incontro non si è concluso con due fazioni opposte ('giusto' o 'sbagliato'), ma è importante che i membri possano sostenere le loro reazioni intense verso un paziente e comunicarle *apertamente* tra di loro, senza respingerle, minimizzarle o negarle (Rosenbluth, 1991).

L'équipe "sana" che lavora presso una CTD sviluppa anche una tolleranza al 'non sapere con certezza' se le loro percezioni, giudizi e azioni sono in realtà 'corrette', che è l'essenza di una 'cultura dell'indagine'. Tom Main indicò questo stato collettivo delle menti nelle CTD come fondamentale per l'efficacia del metodo, essendo questo più influente rispetto alla disposizione strutturale del particolare programma di trattamento (Main, 1983).

I membri dello staff utilizzano gli incontri di supervisione individuale e gli spazi di riflessione di gruppo previsti dal programma, per pensare più approfonditamente le ragioni che li hanno portati a parlare o a restare in silenzio in una determinata riunione e per ripensare se, per loro personalmente (considerando il loro ruolo ed anzianità) una tale risposta sia stata ottimale o meno (Scanlon, 2012). All'interno di questi spazi protetti nella settimana di lavoro si esaminano aspetti delle loro reazioni emotive nei confronti di Antonio. È quindi importante notare che questa stretta interconnessione, tra il community meeting e il suo dopo-gruppo, rappresenta uno dei pilastri alla base dell'organizzazione di una CTD. Essa costituisce la base strutturale di tutto il programma di trattamento, compreso il tempo-spazio per la socializzazione. Il community meeting, isolato, non ha intrinseche proprietà terapeutiche. Anche per lo staff presente, spesso non è chiaro cosa sta succedendo, o se ciò

che sta accadendo essenzialmente faccia bene a livello psicologico. Pertanto, vi è la necessità di 'abbinare' a ciascuna attività programmata uno spazio di riflessione e di indagine per elaborare quanto è appena avvenuto, ossia per fare ipotesi (intellettualmente) e "metabolizzare" (emotivamente). Le intuizioni e le idee derivanti da questi incontri arricchiscono di informazioni le successive sedute terapeutiche rispetto a tutto il programma del trattamento. Questo è il mezzo attraverso il quale viene mantenuta la "cultura dell'indagine" (Norton, 1992)

Esempio 2: Incontro di "revisione" sull'andamento dei nuovi pazienti in CTD

Durante quello stesso giorno, la riunione del personale del pranzo fu un'occasione di 'revisione'. In questo incontro settimanale il personale era invitato a discutere sull'andamento di alcuni pazienti neo ammessi in comunità. Carlotta, un'infermiera senior che era appena arrivata per il suo turno pomeridiano (non si era presentata a lavoro per due giorni), raccontava ai suoi colleghi di esser stata attaccata verbalmente da uno dei nuovi pazienti, Enrico. Si lamentava che Enrico aveva usato un linguaggio osceno e sessista nei suoi confronti mancandole di rispetto due giorni prima. Aggiunse che lei gli aveva chiesto cosa stesse facendo affermando, "Non dovresti camminare su e giù e sbirciare attraverso la finestra dell'ufficio del personale". E che lui le aveva risposto, "Non puoi dirmi cosa fare". Carlotta poi disse che finì per urlare contro ad Enrico, "Zitto e non parlarmi in questo modo!". Secondo lei, lui aveva poi detto, in un modo spaventosamente calmo, "Sei grassa ..., barbona e ... puttana".

Dopo quello spiacevole scontro Carlotta non era più tornata a lavoro, questa riunione era quindi la sua prima occasione per poterne parlare con l'équipe di lavoro, per esprimere la sua indignazione per il modo in cui era stata trattata. Lei non perse tempo e volle esprimere il suo profondo dolore e la rabbia per l'attacco (sessista e razzista) che aveva subito. Lasciando poco spazio agli altri affinché potessero rispondere, Carlotta concluse il suo intervento con un attacco verbale al suo diretto responsabile (che era presente alla riunione e che pensava essere a conoscenza dei fatti) dicendo che avrebbe dovuto prendere una posizione a riguardo e punire Enrico. Senza aspettare la risposta del responsabile, aveva poi criticato gli altri suoi colleghi per essere stati troppo indulgenti con i pazienti, esortandoli a essere molto più severi, specialmente nei confronti di Enrico.

Carlotta aveva poi continuato a sostenere con forza la sua tesi, "Enrico dovrebbe pagare per la sua cattiva condotta". Ricevendo scarse risposte (sia da parte di colleghi che dal suo diretto responsabile), sostenne che il suo capo la stava tacitamente criticando, da un lato, e che era stata verbalmente attaccata dai suoi pazienti, dall'altro. Proseguì dicendo che si trattava di una situazione 'totalmente ingiusta e iniqua' e che non aveva altra scelta se non quella di interrompere le interazioni con i pazienti, solo così avrebbe evitato di sbagliare. Prima di fermarsi in una posizione di silenzio ed ostilità, esclamò ancora, "Insegnategli che il suo comportamento è sbagliato, altrimenti, perché si trova qui?". Finalmente, in questa riunione di revisione, seguì una discussione più ampia sul ruolo del personale e su ciò che poteva costituire una 'punizione'. Tuttavia rimanendo in silenzio, Carlotta sembrava ascoltare quello che i suoi colleghi stavano dicendo. Ciò ha permesso il suggerimento da parte del suo diretto responsabile che qualcuno dello staff (diverso da Carlotta) sarebbe dovuto andare a parlare con Enrico e che avrebbe contattato la consulente (medico e legale) che era la responsabile generale del trattamento, per informarla, sia della segnalazione di Carlotta, circa la situazione con Antonio, che dell'altra situazione raccontata da Antonio durante il CM della mattina.

Commenti

In questo esempio, prima di tutto, vediamo la presentazione di diversi frammenti di informazioni, prodotti in una parte non-programmata dell'agenda della CTD. Attraverso la discussione, un'informazione è associata a quella proveniente da altre fonti per costruire un'immagine e una narrazione, in relazione ad un particolare paziente, in questo caso Enrico. In secondo luogo, vediamo misteriosamente il riproporsi di dinamiche di gruppo simili a quelle apparse nel CM del mattino, anche se non erano presenti i pazienti che potevano innescarle!

Secondo la teoria dei sistemi (von Bertalanffy, 1973), questo fenomeno di somiglianza delle dinamiche, tra due o più diversi "sottosistemi" di un "sovra-sistema" onnicomprensivo di un'organizzazione, se avviene nello stesso periodo, viene definito come "isomorfismo sistemico". Esso riflette l'idea che, in qualsiasi momento, ci può essere un tema dinamico predominante, che risuona in tutta la gerarchia dei sistemi, più o meno contemporaneamente. Questo fenomeno può essere usato clinicamente, dal momento che un tema osservato, dominante in un dato sistema è in grado di far luce su un altro rimasto nascosto in un altro sistema, ad esempio, un tema ben delineato che emerge durante un incontro tra responsabili senior di una CTD, una volta riconosciuto come tale, può servire a sottolineare il suo operare altrove nella gerarchia dei sistemi, ad esempio all'interno del sistema dello staff della CTD.

Nel giorno in questione, nella CTD non vi erano dubbi sul fatto che il tema predominante delle dinamiche fosse la preoccupazione riguardante l'attuazione delle norme da parte del personale, ovvero l'ipotesi che erano stati troppo lassisti, con il conseguente rischio di incorrere in comportamenti potenzialmente gravi e pericolosi. All'interno della stessa giornata, sia il community meeting del mattino che la riunione dello staff all'ora di pranzo avevano mostrato le seguenti simili caratteristiche:

- un protagonista;
- l'accesa convinzione di un singolo individuo di aver subito un torto,
- un punto di vista rigido che vede la situazione come del tutto ingiusta, non di loro responsabilità,
- la ferma convinzione che gli altri presenti debbano adottare misure correttive per sostenerle,
- un ultimatum sul fatto che senza il dovuto aiuto, la persona avrebbe preso estremi provvedimenti.

Il fatto che Carlotta non era presente al precedente incontro (anche se lei avrebbe ricevuto una sintesi degli eventi rilevanti dei due giorni precedenti, a seguito della sua assenza dal posto di lavoro), illustra l'inconscio, ovvero il non intenzionale emergere di una dinamica 'isomorfica' sul tema.

Nonostante le somiglianze tra l'incontro della mattina e l'incontro del pranzo siano sorprendenti, le differenze sono alquanto significative e di rilevanza terapeutica. Nella prima parte della riunione del pranzo, Carlotta non riusciva a rimanere in una posizione riflessiva presa dalla sua rabbia, risentimento e delusione. Tuttavia, avendo dato libero sfogo ai suoi sentimenti, si tacque. A differenza di Antonio, che divenne sempre più animato nel corso dell'incontro, lei rimase un po' sottotono, ma allo stesso tempo attenta a ciò che gli altri dicevano. Il cambiamento di atteggiamento di Carlotta ha coinciso con l'impegno dell'équipe di proporre collettivamente una discussione seria sulla natura della punizione e l'importanza della coerenza tra i membri dello staff nell'applicazione delle regole mantenendo l'ambiente il più sicuro possibile. Così l'effetto auspicato dello sfogo di rabbia di Carlotta era quello di

inviare un messaggio che fosse ricevuto dai suoi colleghi. La loro risposta riflessiva, a sua volta, ha permesso a Carlotta di sentirsi ascoltata e presa in considerazione. Anche se non era stata rispettata, era autorizzata a sollevare una questione seria, a cui avrebbe partecipato il suo diretto superiore.

La schiettezza di Carlotta, tra cui la critica verso il suo diretto superiore, rappresenta un aspetto importante del lavoro nella CTD, ovvero l'esperienza di una 'gerarchia appiattita' all'interno dell'équipe di professionisti che lavora presso una CTD (Jones et al, 1952). Tuttavia, questa frase apparentemente semplice è alcune volte fraintesa. Questo non significa che la gerarchia tra lo staff è trascurata convenientemente o negata consapevolmente. Significa piuttosto che essa dovrebbe essere *il meno* evidente possibile, per favorire quanto più una partecipazione attiva di tutto il personale, indipendentemente dal loro ruolo o dal livello. Questo perché ogni persona ha una prospettiva unica e chiunque può inserire il 'pezzo mancante' di informazioni che dà un senso più ampio all'immagine della CTD, in qualsiasi momento. È dunque di cruciale importanza l'attivazione di una totale partecipazione da parte dello staff, soprattutto quando si lavora in un ambiente ad alto rischio e potenzialmente pericoloso. Una gerarchia appiattita non è una gerarchia 'piatta'.

Esempio 3: La risposta collettiva dello staff alla discordia interpersonale

Più tardi nello stesso pomeriggio, il diretto responsabile di Carlotta parlò al telefono con la consulente di Enrico, che non era stata presente a nessuna delle riunioni svolte fino a quel momento. Tuttavia, come è stato poi riportato, non aveva espresso alcuna sorpresa per quello che gli era stato comunicato. Aveva valutato il paziente, quando era in prigione e dunque era ben a conoscenza dei dettagli dei suoi trascorsi di vita.

(Ancora nei suoi primi vent'anni, Enrico era stato condannato per l'omicidio di uno dei partner di sua madre, sotto l'effetto dell'alcool. Sua madre aveva una lunga storia pregressa di dipendenza da eroina, che aveva significativamente segnato la sua infanzia, estremamente instabile e insoddisfacente. Egli non aveva conosciuto suo padre biologico. La madre aveva avuto una serie di uomini come partner sessuali, alcuni dei quali avevano vissuto a casa. Alcuni di questi abusarono di lui sessualmente o fisicamente. Enrico era diventato antisociale e violento, sia a casa che a scuola, venne preso in carico dai servizi (sociali), ci furono dei tentativi di inserimento (falliti) presso famiglie affidatarie e finì in un carcere minorile. Aveva così collezionato una serie di precedenti penali, principalmente per furto e per alcuni comportamenti violenti, prima di commettere l'omicidio. La sua vittima aveva tentato di approcciarlo sessualmente, durante una delle rare visite a casa della madre. Questo aveva scatenato l'omicidio e la violenta aggressione con un coltello da cucina).

Due membri più anziani dello staff decisero di fare l'incontro con lui quanto prima. La consulente si offrì di far parte dell'importante confronto. Sugerendo, però, di far partecipare anche qualcuno che era stato presente in entrambi gli incontri. Il responsabile suggerì Giovanni, che come Enrico era (relativamente) nuovo nella CTD. Conosceva abbastanza bene il paziente, avendo trascorso con lui molto tempo, condividendo la comune passione per lo sport e avendo pari abilità a ping pong, al quale giocavano tutte le volte che il programma di trattamento lo consentiva. Quando incontrò il diretto responsabile di Carlotta (anche il suo), accettò l'invito, anche se esprime alcune reticenze per il fatto di non sapere se ne valeva la pena. L'incontro si svolse quello stesso pomeriggio.

Enrico parlò per primo, come se avesse organizzato lui l'incontro. Ignorando la sua consulente, iniziò a parlare con Giovanni di una partita di calcio che aveva visto in tv la sera precedente. Giovanni, che aveva visto la partita (autonomamente), rispose con entusiasmo.

La consulente (che aveva riferito ai suoi colleghi di questo incontro fuori programma, la mattina seguente prima del community meeting), lasciò procedere la chiacchiera apparentemente fuori tema, pensando che questa avrebbe permesso di ridurre l'ansia (in Enrico e, forse, anche in Giovanni). Notò un chiaro affetto tra i due giovani uomini, così come il loro genuino entusiasmo per il calcio! Con sua grande sorpresa, però, dopo pochi minuti di conversazione sportiva, Enrico aveva cambiato argomento di discussione. Ancora una volta, prendendo lui l'iniziativa, dicendo ad entrambi che aveva notato 'qualcosa di insolito' su di sé. Questo si era verificato solo da quando era stato ammesso alla CTD ossia 'ogni volta che il personale mi diceva qualcosa di bello!' Descrive questa sensazione affermando che i suoi 'occhi cominciavano a riempirsi di lacrime'. Alquanto presi alla sprovvista da questa inaspettata (ma benvenuta) auto-rivelazione, i due membri del personale accolsero la sua profonda osservazione e la riutilizzarono per discutere con Enrico dei modi diversi con cui le persone possono influenzarsi a vicenda. Avevano poi affrontato la questione del suo linguaggio offensivo senza però soffermarsi troppo a lungo, dal momento che Enrico era evidentemente impegnato nel tentativo di comprendersi meglio. Essi hanno inoltre colto l'occasione per parlare del suo uso del telefono eccessivo, nello specifico sugli effetti che questo gesto potesse avere sugli altri membri della CTD.

Commenti

Quando, il mattino seguente, l'équipe di operatori apprese della nascente capacità di Enrico di riconoscere i propri segnali interni riguardo alla reazione emotiva che stava vivendo, molti membri ne rimasero sorpresi. Poiché lo avevano fino a quel momento visto solo come una presenza solitaria e un po' intimidatoria. Tuttavia, l'équipe rimase colpita dalle sue osservazioni profonde e dal collegamento con le cose positive che gli erano state dette. 'Giorno diverso: stessa merda!' è uno slogan che una volta ho letto su una maglietta indossata da un paziente i cui primi anni di vita, come quelli di Enrico, erano stati segnati da gravi abusi e abbandoni con molteplici trasferimenti di case.

Un lascito dell'aver vissuto in tali ambienti è una visione rigida (catastrofica) che il mondo rimarrà sempre lo stesso; gli altri non sono affidabili e nulla di positivo potrà mai succedere. Il paziente viene così 'imprigionato', dalla profonda convinzione pessimistica che avvelena le sue prospettive e capacità di pensare, in modo tale che nega qualsiasi evidenza nell'esame di realtà che possa contraddirlo (Norton, 1997a). Enrico, chiaramente, si era trovato di fronte e sperimentava aspetti di gentilezza e di convalida (da parte di Giovanni e di uno o due membri del personale) percependoli con precisione dentro di sé anche senza capire o definire la reazione (emozionale) vissuta come nuova ed inaspettata.

Tra tutti gli esempi, il terzo illustra l'importanza degli aspetti sociali del programma di trattamento nella CTD, dal momento che tutte le interazioni hanno un potenziale valore terapeutico, non solo quelle che si verificano durante le sedute di terapia - ovvero dal lunedì al venerdì (Whiteley e Collis, 1987). La sollecitazione della terapia nei suoi aspetti più formali spesso evoca alti livelli di ansia, che rinforzano le difese e gli atteggiamenti 'anti-autorità'. Al di fuori del programma di terapia formale, come nel 'tempo libero', i livelli di ansia dei pazienti tendono ad essere più bassi, generando così una maggiore capacità di rilassarsi e di essere aperti ad accogliere i punti di vista degli altri. Ed è esattamente ciò che avviene tra Enrico e Giovanni. L'interazione tra la vita sociale nella CTD ('socio-terapia') e il suo programma di trattamento formale ('psicoterapia') è, idealmente, di tipo complementare (Whiteley, 1986). Combinati, pertanto, offrono un ciclo ripetitivo di interazioni sociali, esplorazione psicologica e sperimentazione sociale (e così via), durante l'intero percorso di trattamento.

Per far sì che i pazienti imparino nuove lezioni dalla loro vita, devono incontrare ‘nuovi modelli di relazione’, più volte, in modo tale da risultare abituali ed essere assimilati (Norton, 1997b). È importante affidare dunque un’ampia serie di compiti e responsabilità agli stessi pazienti, affinché possano contribuire alla vita sociale quotidiana della CTD ed adempiere ai propri compiti sviluppando le loro capacità e motivazioni (autostima). Questa crescente responsabilizzazione dei pazienti (che richiede parimenti la rinuncia di una parte di potere da parte dello staff) permette loro di diventare sempre più coinvolti- come “agenti” influenti - anche in aspetti del processo decisionale della CTD, in relazione sia a questioni cliniche che amministrative.

Tale partecipazione al funzionamento quotidiano della loro comunità (ad esempio, poter a turno presidiare il community meeting) favorisce nuove riflessioni su se stessi, grazie al fatto che i pazienti assumono posizioni di responsabilità e anche di autorità che erano, fino a quel momento, a loro sconosciute. In questo modo essi sperimentano per la prima volta l’essere beneficiari degli atteggiamenti ‘anti-autorità’ dei propri pari, ottenendo, quindi, (indirettamente) una prospettiva diversa sugli atteggiamenti simili propri. Acquisiscono una maggiore comprensione circa il limite che gli operatori professionali sanitari sono tenuti a salvaguardare per mantenere la linea di confine che separa la persona dal proprio ruolo. Adempiere a tali ruoli fornisce a tutti, almeno potenzialmente, una ricca esperienza di 'democratizzazione'. (NB Come riportato precedentemente, questo processo è facilitato dall’appiattimento della gerarchia classica “operatore-paziente” e dalla labilità dei confini di ruolo, ma solo nella misura in cui questo avviene in un ambiente protetto quale è la CTD).

L’acquisizione dei pazienti di nuove forme di apprendimento è associata allo stretto legame 'stimolo-risposta', in accordo con le teorie sull'apprendimento, da Pavlov in poi. Eppure, nelle CTD, questo non è sempre facile da realizzare. Tuttavia, l'obiettivo di membri dello staff è quello di costruire un programma organizzato di attività e di incontri che si articolano nel corso della giornata, con l'obiettivo di creare dei ponti per il passaggio di informazioni pertinenti tra personale e pazienti tra i vari turni di lavoro del personale che opera nell’arco delle 24 ore. Questo complesso insieme di interazioni e il circolare di informazioni permettono di identificare le questioni principali relative alla sicurezza e alla terapia, quando queste diventano evidenti.

Nel caso di Enrico, tuttavia, alcune gravi discordie interpersonali non erano state registrate completamente dal personale, come dichiarato sia da Antonio che da Carlotta. Il ritardo nel rispondere al suo comportamento avrebbe potuto avere un costo, in termini di possibile escalation di violenza all'interno del sotto-sistema dei pazienti. In linea di principio, tale comportamento discordante, agito inter-personalmente, dovrebbe essere compreso al più presto, in modo da venire gestito da tutta la comunità. Se è possibile attendere, gran parte di queste riflessioni si svolgono durante i community meeting o, in caso di urgenza, in una riunione appositamente convocata dalla comunità (Jones et al, 1952, Norton, 2003). Tuttavia, ogni CTD, è da considerare necessariamente entro i limiti della sua particolare tipologia di utenza e setting all’interno del quale sviluppa la propria specificità, anche se influenzata dal modello ideologico sotteso a tutte le CTD (Rapoport, 1960).

“Duri” con le cause della violenza

Le radici della distruttività umana crescono in un terreno intriso di dolore emotivo (De Zulueta, 2006). Da questo punto di vista, il bambino, incontrando il mondo delle relazioni (interpersonali), deve affrontare una serie unica di esperienze che inizialmente dipendono da come i propri bisogni vengono accolti dall’ambiente umano. Coloro i cui bisogni vengono

ignorati o comunque non soddisfatti dai caregiver primari saranno portati a sviluppare una 'base insicura' di attaccamento, che si rispecchierà nella formazione di un 'modello operativo interno' che prevede una totale sfiducia verso gli altri e verso di sé (Bowlby, 1973). Associato a questo sviluppo mal-adattivo troviamo una scarsa capacità di autoregolazione degli stati emotivi interni, e a volte anche un conseguente ricorso a metodi fisici (tra cui comportamenti violenti), con i quali vengono regolate le emozioni intense (sia positive che negative).

Visto che le relazioni umane non hanno mostrato un'adeguata affidabilità nella regolazione degli stati di intensa eccitazione emotiva, il soggetto è portato a fare ricorso a sostanze esterne quali droghe, alcol, alimentazione (eccessiva/ minima), e a fare uso di sé e degli altri come oggetti inanimati, diventando vittima o aggressore (sessuale o non sessuale). A causa della 'diffusione d'identità' presente in questi pazienti (Kernberg, 1984), i comportamenti e le spinte sessuali o violente non possono essere chiaramente differenziate e il target di tale violenza può essere l'altro come il sé. Infatti, in un determinato momento, può essere legato a circostanze casuali su chi viene diretta e, alcune volte, può coinvolgere entrambi.

L'affermazione provocatoria di Carlotta, come la domanda, in relazione a Enrico, 'Insegnategli! Altrimenti perché si trova qui?' era una sua accusa intrisa di rabbia verso i colleghi. Lei li aveva visti troppo morbidi e così li voleva spingere ad essere più duri. Per lei, essere duri con Enrico significava riportarlo in prigione. Tuttavia, in un ambiente carcerario, egli non avrebbe avuto modo di confrontarsi con stili di relazione diversi, a lui del tutto sconosciuti. Non li avrebbe vissuti come una novità e di conseguenza, non avrebbero generato in lui né ansia né curiosità. Non avrebbe avuto bisogno di modificare le sue difese abituali o le strategie di coping violente. In effetti, anche se a volte è fisicamente doloroso ed emotivamente povero o spaventoso, questo ambiente avrebbe rinforzato i suoi meccanismi (disadattivi) di coping pre-esistenti, consolidandoli ulteriormente.

La conoscenza di Enrico e l'atteggiamento verso se stesso e gli altri non sarebbero stati fondamentalmente messi in discussione, non si sarebbe compiuto nessun importante cambiamento nella sua comprensione o visione del mondo. Avrebbe continuato a sperimentare il mondo in termini di 'bianco o nero', noi e loro, ad esempio, 'detenuti' e 'secondini' (ovvero la polizia penitenziaria). Non ci sarebbero state nuove "sfumature di grigio", nemmeno spazi dove esprimere dubbi o richieste. Anche se si fossero instaurate relazioni "positive" (ad esempio con altri detenuti e forse anche con qualche 'secondino'), si sarebbero basate su una collusione o su un atteggiamento anti-autoritario di cospirazione, con poca o nessuna tolleranza verso il disaccordo o le differenze (Norton e Dolan, 1996). Molti troverebbero l'ambiente carcerario duro, ma per Enrico, pur essendo sgradito, sarebbe stato un ambiente 'familiare', in altri termini non 'duro'.

Gli studiosi delle CTD mostrano una concordanza su ciò che caratterizza un trattamento residenziale efficace. Secondo Gunderson, negli Stati Uniti, le funzioni terapeutiche includono 'contenimento, supporto, struttura, convalida e coinvolgimento' (Gunderson, 1978). Per Haig, nel Regno Unito, riguardano 'l'attaccamento, il contenimento, la comunicazione, la partecipazione e il senso di agentività' (Haigh, 1999). Il trattamento nelle CTD richiede chiaramente condizioni umane (ed umanizzanti), che offrano ai suoi pazienti nuove esperienze di rispettosa intimità e la possibilità di influenzare almeno alcuni aspetti del loro ambiente (in modo da fornire un'esperienza di agentività, attraverso il loro autentico coinvolgimento nella realtà, nel processo decisionale quotidiano) e il supporto per lasciarla e andare avanti (Norton, 1998).

La sfida per lo staff che lavora in una CT è pertanto quella di trovare un modo di non adottare gli stili di relazione che rischiano di rinforzare le difese 'disadattive e autodistruttive' dei pazienti, come ad esempio ha fatto Carlotta con Enrico rimproverandolo. In questo 'incontro tra pari' (Lambert, 1981), Carlotta anche se non volutamente si è messa in una posizione di potere (difensiva) nei confronti di Enrico! Questo non vuol dire che la sua sia stata una risposta innaturale, avendolo fatto, d'altronde, ha anche permesso successivamente ulteriori approfondimenti all'interno dell'equipe. Tuttavia, tale espressione emotiva diretta, con le urla e all'interno della CTD in una situazione di non-emergenza, rappresenta un varcare la linea di confine tra il 'personale' e il 'professionale'.

Mentre un tale 'attraversamento di confine' non necessariamente causa danni permanenti, in questo caso, però avrebbe potuto provocare in Enrico reazioni violente, che avrebbero potenzialmente comportato conseguenze molto gravi sia per lei che per lui, data la sua storia pregressa di violenza omicida. È sempre più risaputo che i membri dello staff hanno maggiore probabilità di oltrepassare i confini quando vivono situazioni di disagio, malattia o perdita di una persona all'interno della rete di sostegno personale o sociale (Perkins, 2012). Per fronteggiare tali situazioni stressanti a livello personale, tutto lo staff deve poter utilizzare i sistemi di supervisione e di supporto, tra cui la pratica riflessiva, che sono previsti dal programma della CT per mantenere tali ambienti sicuri e terapeutici (Moore, 2012).

Conclusioni

All'incirca nello stesso periodo in cui i pionieri europei, citati nell'introduzione, apportarono modifiche nei rispettivi manicomi, Benjamin Franklyn (1705-1790), uno dei 'padri fondatori' degli Stati Uniti, affermava: **“Raccontami e io dimenticherò; insegnami e potrei ricordare; coinvolgimi e io imparerò!”**. Egli aveva quindi previsto, più di 200 anni fa, che un approccio basato sul 'raccontare' (per non parlare dell'approccio basato sul 'rimprovero', come Carlotta) non è sufficientemente efficace per produrre un cambiamento duraturo del comportamento. Secondo lui, ci si potrebbe aspettare che il solo 'insegnamento', che è stato ormai incorporato nei programmi psico-educativi di molte carceri, possa produrre un cambiamento, soprattutto in coloro che mostrano rimorso per il loro comportamento violento e sono veramente motivati a partecipare. Tuttavia, molte persone restano in carcere (sia donne che uomini) per cui solo un approccio che li 'coinvolga' veramente, in modo autentico, può penetrare profondamente e riuscire raggiungere e riparare il danno sottostante le fondamenta della loro personalità.

Riuscire a 'fare i conti con i problemi reali', come suggerisce Tony Blair, con coloro che hanno trovato nel comportamento violento una necessaria strategia di sopravvivenza, richiede del tempo, così come la cura e le competenze. Per far fronte a questi problemi molto concreti, sono spesso necessari degli interventi intensi e a lungo termine, quindi piuttosto costosi. Questo è inevitabile, se si vuole prevenire uno stato di 'continuo scontro'. In un'epoca di austerità, tuttavia, la tentazione dei dirigenti sanitari delle CTD è quella di risparmiare al fine di tagliare i costi. Purtroppo questo si traduce spesso in riduzioni del personale o del grado di anzianità, che comporta un elevato rischio di danneggiare il nucleo del percorso terapeutico che prevede e promuove una 'sicurezza relazionale', ovvero una profonda attenzione per la qualità delle interazioni umane (dinamiche individuali e di gruppo) all'interno del setting terapeutico (DoH, 2010). Per raggiungere e mantenere questa funzione, tuttavia, il personale ha bisogno di una serie di condizioni di supporto che salvaguardino loro e le persone prese in carico, nel mantenere un equilibrio tra gli aspetti terapeutici e di custodia creando un collegamento tra il Permissivismo ed il Confronto con la realtà.

I responsabili delle attività di gestione delle CTD, idealmente, comprendono e rispettano anche le 'strategie ben ponderate', adottate nelle CTD senza confondere queste con un approccio 'alquanto morbido'! Questo è il risultato di una lunga esperienza ed evoluzione verso l'attuazione di processi sicuri ed efficaci per la cura ed il trattamento. Il DNA della "cultura" sottostante le CTD deve quindi essere in grado di replicarsi in modo accurato giorno per giorno, in modo da evitare di riproporre uno spazio dove regni 'un'automatica e irriflessiva ritorzione' - l'incontro o il fronteggiarsi di aspetti speculari - odio con odio, rabbia con rabbia o il desiderio con il desiderio (Lambert, 1981). In tal modo, può incarnare e presentare ai suoi pazienti una 'cultura dell'indagine' (Main, 1983) sostenibile, che può essere finalmente interiorizzata.

Infine, attualmente vi sono molti risultati di ricerca provenienti da studi su una vasta gamma di CTD che sono a favore della loro efficacia (vedi Lees e Manning, 2004). Non ho alcun dubbio che questo approccio, se applicato con cura e precisione, possa effettivamente andare a riparare alcuni danni profondi avvenuti durante i primi anni di vita (ad esempio dovuti a negligenza e abusi) all'interno delle relazioni di attaccamento. Tuttavia, approfondire le 'cause', a cui Tony Blair allude nell'intervista, comporta un percorso terapeutico alquanto difficile per tutti i partecipanti. Quei pazienti che accettano di essere ammorbiditi nel calderone emotivamente intenso ma contenitivo della CTD, possono finalmente affrontare una delle loro più ardue sfide psicologiche.

Bibliografia

Abroms, GM (1969) Defining milieu therapy. *Archives of General Psychiatry*, 21, 553-555.

Bion, WR (1963) *Elements of psychoanalysis*. London: Heinemann.

Bleandou, G (1994) *Wilfred Bion: his life and works (1897-1979)*. London: Free Association Books.

Bowlby, J (1973) *Attachment and loss, Vol 2. Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Department of Health (2010) *Your guide to relational security: see, think, act!* London: Crown Copyright.

De Zulueta, F (2006) *From pain to violence: the traumatic roots of destructiveness (second edition)*. London: Wiley-Blackwell.

Gabbard, GO (1988) A contemporary perspective on psychoanalytically informed inpatient treatment. *Hospital, Community and Psychiatry*, 39, 1291-1295.

Genders, E and Player, E (1995) *Grendon: a study of a therapeutic prison*. Oxford: Clarendon Press.

Gunderson, JG (1978) Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41, 327-335.

Haigh, R (1999) The quintessence of a therapeutic environment: five universal qualities. In: *Therapeutic communities past, present and future, Vol 2*. Eds: Campling, P and Haigh, R. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Jones, M, Baker, A and Freeman, T (1952) *Social Psychiatry: a study of therapeutic communities*. London: Tavistock Publishers.
- Kernberg, O (1984) *Severe Personality Disorders*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Lambert, K (1981) In: *Analysis, repair and individuation*. London: Academic Press.
- Lees, J and Manning, N (2004). A culture of enquiry: research evidence and the therapeutic community. *Psychiatric Quarterly*, Vol. 75, No. 3, 279-294.
- Main, T (1946) The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10 (3), 66-70.
- Main, T (1983) The concept of the therapeutic community: variations and vicissitudes. In: *The evolution of group analysis*. Ed: Pines, M. London: Routledge and Kegan Paul.
- Moore, E (2102) Personality disorder: its impact on staff and the role of supervision. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18 (1) 44-55.
- Norton, KRW (1992) A culture of enquiry: its preservation or loss. *Therapeutic Communities*. Vol 13(1), 3-26.
- Norton, KRW and Dolan, BM (1995) Acting out and the institutional reponse. *Journal of forensic psychiatry*. Vol 6(2), 317-332.
- Norton, KRW (1997a) In the prison of severe personality disorder. *Journal of forensic psychiatry*. 8, 2, 285-298.
- Norton, KRW (1997b) Inpatient psychotherapy- integrating the other 23 hours. *Current medical literature- Psychiatry* 8, 2, 31-37.
- Norton, KRW (1998) Joining and leaving: processing separation, loss and re-attachment. In: *TCs: past, present and future*. Eds: Haigh, R and Campling, P. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Norton, KRW (2003) Henderson Hospital: greater than the sum of its sub-groups. *Groupwork*, Vol 13 (3), 65-100.
- Norton, KRW (2005) Promoting psychological development: the essence of the residential democratic TC. *Therapeutic communities*. Vol 26 (3), 273-284.
- Perera, SB (1989) Ritual integration of aggression in psychotherapy. In: *The borderline personality in analysis*. Eds: Schwartz-Salant, N and Stein, M. Illinois: Chiron Publications.
- Perkins, D (2012) Boundaries and working with serious offenders who also have severe personality disorder in a high-security setting. In: *Professional and therapeutic boundaries in forensic mental health*. Eds: Aiyegbusi, A and Kelly, G. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rapoport, R (1960) *Community as doctor*. London: Tavistock Publishers.
- Rosenbluth, M (1991) New uses of countertransference for the inpatient treatment of borderline personality disorder. *Canadian journal of psychiatry*. 36, 280-284.
- Scanlon, C (2102) The traumatised-organisation-in-the-mind: opening up difficult conversations in difficult places. In: *The therapeutic milieu under fire- security and insecurity*

in forensic mental health. Eds: Adlam, J, Aiyegbusi, A, Kleinot, P, Motz, A and Scanlon, C. London: Jessica Kingsley Publishers.

Stanton, AH (1964) Foreword to Ego and Milieu (Cumming, J and Cumming, E). New York: Atherton Press.

Talbot, E and Miller, SC (1966) The struggle to create a sane society in the psychiatric hospital. *Psychiatry*, 29, 365-378

Tucker, L, Banner, SF, Wagner, S Harlam, D and Sher, I (1987) Long-term hospital treatment of borderline patients: a descriptive outcome study. *American journal of psychiatry*, 114, 1443-1448.

Whiteley, JS (1986) Sociotherapy and psychotherapy in the treatment of personality disorder. Discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79, 721-725.

Whiteley, JS and Collis, M (1987) Therapeutic factors applied to group psychotherapy in a therapeutic community. *International Journal of Therapeutic Communities*, Vol 8(1), 21-31.

Kingsley Norton è psichiatra e psicoanalista junghiano, membro del Royal College of Psychiatrists e della Society of Analytical Psychologists di Londra. Ha alle spalle una carriera in ambito psichiatrico, in grana parte all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (NHS). Dal 1989 al 2006 è stato Direttore Clinico dell'Henderson Hospital, una delle più note comunità terapeutiche democratiche inglesi, fondata da Maxwell Jones nel 1947. All'Henderson, si è occupato anche della ricerca sugli esiti del trattamento nelle Comunità Terapeutiche Democratiche (DTC)

In seguito si è occupato della ambulatoriale di pazienti con disturbi di personalità in un servizio di salute mentale di Londra e, nel settore privato, si è occupato di avviare una unità residenziale a bassa protezione, per pazienti donne autolesioniste, molte delle quali autrici di reato.

Dal 2006 ha continuato la sua attività clinica nel trattamento di pazienti ambulatoriali con disturbi di personalità, una parte dei quali con concomitante abuso di sostanze (presso i Servizi di Salute Mentale pubblici di West e South-West London).

Attualmente lavora con un'equipe comunitaria che tratta sul territorio pazienti con "problematiche complesse" e, a East London, si occupa anche della formazione di operatori che lavorano con pazienti con disturbi di personalità borderline e/o antisociale in contesti carcerari o in regime di libertà vigilata.

Email: Krwnorton@hotmail.com

Traduzione di Saba Gnechi-Ruscione