INTRODUZIONE

Massimo Recalcati, Michele Angelo Rugo

Quando l'incidenza dei cosiddetti disturbi alimentari è talmente invasiva al punto da rendere invivibile la vita del soggetto e quella delle persone con il quale esso intrattiene dei legami affettivi, diviene necessario un trattamento istituzionale-residenziale. La gravità delle condizioni del corpo provocata dalla coazione a ripetere di pratiche nocive e antivitali non può essere contenuta dal solo lavoro della parola o dall'azione chimica dei farmaci, ma esige di trovare un limite nell'istituzione e nella sua vita comunitaria. Lo ricordava già a suo modo Charles Lasègue nel suo celebre *L'anorexie hystérique*: con i casi gravi è fondamentale ai fini del trattamento l'allontanamento del soggetto dalla famiglia d'origine.

Questo libro nasce dall'esperienza ventennale nel campo del trattamento dei disturbi alimentari da parte dei due curatori del volume, che hanno svolto in diverse istituzioni dedicate al trattamento dei casi di disturbi alimentari gravi il ruolo di supervisore e di direttore sanitario, occupandosi entrambi sia della formazione dell'équipe sia dell'orientamento della cura. Più in particolare, esso riporta le procedure della cura e i suoi risultati terapeutici in una nuova esperienza in corso da quattro anni presso la Residenza Gruber[1] di Bologna, situata sulle belle colline che circondano la città. Il suo tema specifico è, dunque, quello della cura dei disturbi gravi dell'alimentazione in istituzione residenziale.

Il caso definito *grave* dal lessico psichiatrico considera il disturbo alimentare come associato inevitabilmente al disturbo psichico. La cura

1. La Residenza Gruber ospita fino a venti pazienti in regime residenziale e otto in regime di centro diurno e opera in sussidiarietà con il SSN, la Regione Emilia-Romagna e la AUSL di Bologna. La Residenza è parte di un progetto più ampio sui disturbi dell'alimentazione promosso dalla Fondazione Gruber – che si sviluppa anche con attività ambulatoriali, di formazione e di ricerca – ed è parte di una holding di fondazioni filantropiche private, non profit e onlus che realizzano e sostengono organizzazioni e iniziative sia in ambito sanitario sia in ambito socioculturale.

delle persone che manifestano un quadro particolarmente compromesso di anoressia, bulimia e BED – teoria condivisa dalle principali linee guida accuratamente descritte da Massimo Cuzzolaro nel capitolo I –, prevede come ipotesi di trattamento l'approccio multidisciplinare in contesto residenziale. In questo libro si è cercato di descrivere un modello di intervento come quello che abbiamo sperimentato in questi anni di lavoro che pur rispettando l'indicazione della multidisciplinarità sapesse anche tenere conto della singolarità irriducibile del soggetto come elemento centrale di ogni progetto di cura.

Questo modello prevede innanzitutto che ciascun percorso terapeutico sia declinato specificamente per ogni paziente poiché è sempre a partire da questo piano di assoluta singolarità che l'équipe dei curanti orienta il suo intervento. Il che significa che l'ideale normativo della normalizzazione del disturbo alimentare deve essere subordinato alle caratteristiche individuali del paziente, alle sue necessità più profonde come alle sue risorse. Di qui la centralità che assumono le molteplici vignette cliniche che il lettore troverà disseminate in tutto il libro: a testimoniare che il riferimento centrale e imprescindibile della pratica della cura che si svolge nella nostra Residenza è quello del soggetto nella sua più propria particolarità. I nomi propri dei pazienti sono, infatti, sempre irriducibili ai numeri, alle statistiche, alle cifre.

Nel nostro lavoro in Residenza il disagio alimentare viene affrontato attraverso differenti livelli di intervento: psico-nutrizionali, educativi, di riabilitazione sociale, familiari e alimentari. Nondimeno, il disturbo alimentare non viene mai considerato come un'alterazione che deve essere ricondotta alla sua funzione cosiddetta "normale", ma viene sempre interrogato e sezionato a partire dal significato inevitabilmente soggettivo che il paziente vi attribuisce.

Ogni membro dello staff curante ha partecipato alla stesura dei diversi capitoli che compongono questo lavoro: infermieri, psichiatri, educatori, chinesiologi, OSS, dietisti, medici nutrizionisti, psicoterapeuti e personale amministrativo hanno l'arduo compito, giorno dopo giorno, di *alimentare il desiderio* nelle vite dei nostri ospiti. I linguaggi utilizzati riflettono formazioni e teorie di riferimento differenti che solo attraverso l'esperienza clinica hanno potuto trovare un punto di convergenza fecondo. Il presupposto generale che li accomuna è che i nostri pazienti non sono tali solo perché rifiutano il cibo (nella loro posizione anoressica), o lo rincorrono in una passione irrefrenabile (nella loro posizione bulimica), ma perché hanno ridotto drasticamente tutte le loro possibilità di vita a causa di questa dipendenza patologica. Si tratta, dun-

que, nella direzione della cura, di provare a riaprire nuovamente queste possibilità, di separare il soggetto dalla servitù oppressiva nei confronti dell'oggetto-cibo, di consentire, insomma, la ripartenza della sua vita.

Perché il percorso di cura sia efficace è indispensabile l'ascolto della verità singolare che ogni paziente porta con sé. Per questa ragione nel nostro lavoro non consideriamo mai come esclusivi indicatori di successo terapeutico i parametri quantitativi dell'aumento di peso, della riduzione del vomito, della cessazione dell'iperattività e del rientro nella norma dei valori ematici. Piuttosto questi valori tendono a normalizzarsi solo quando la vita del soggetto si rimette in moto, solo quando il desiderio del soggetto viene riabilitato.

In questa prospettiva generale è stata impostata una ricerca che prevede l'analisi qualitativa degli effetti terapeutici del trattamento a tre anni dall'apertura della nostra struttura. Il lettore potrà consultare a proposito il testo di Vittorio Lingiardi. Il suo complesso studio sul rapporto tra diagnosi differenziale ed effetti terapeutici fornisce dei primi risultati incoraggianti aprendo a ulteriori riflessioni sui benefici del trattamento in istituzione che potrà essere ampliata successivamente.

La prima parte di questo lavoro descrive l'impianto teorico a validazione del metodo di cura; si tratta, come si è già affermato, di un metodo fondato sulla natura irripetibilmente singolare della soggettività unitamente alla differenziazione diagnostica della sua specifica struttura di personalità. In primo piano non è l'applicazione di un paradigma teorico di riferimento (cognitivo-comportamentale o psicodinamico) ma l'uso delle risorse interne ai differenti paradigmi teorico-clinici a partire dalla convinzione condivisa che non esiste trattamento protocollare, ma che ogni paziente – a partire dalle sue risorse soggettive e dalla struttura di personalità che lo concerne – viene considerato come unico e trattato proprio a partire da questa unicità.

La seconda parte del libro affronta invece gli interventi e gli strumenti messi operativamente in atto nella cura in Residenza. Ciascun membro dell'équipe dei curanti ha offerto il proprio contributo partecipando a un lavoro collettivo, illustrando come non è mai il singolo intervento a incidere sul sintomo del paziente, ma solo la capacità dell'équipe intera di essere sincrona riguardo alla strategia clinica del trattamento e al progetto terapeutico-riabilitativo nel suo significato più ampio.

È dunque il gruppo dei curanti ad alimentare il desiderio del soggetto; un desiderio bandito, offeso, coartato, rifiutato, rigettato, di cui il rifiuto o la divorazione illimitata del cibo sono le espressioni patologiche più eloquenti. In questo contesto si può sperimentare una nuova allean-

za terapeutica: quella che lega l'équipe dei curanti al desiderio del soggetto. Di qui l'importanza, per coloro che prima del ricovero vivevano in condizioni regressive, in isolamento sociale o dominati da una dipendenza infernale, della condivisione, del vivere insieme, del ricostruire una nuova vita comunitaria che reintroduca il soggetto in un legame fecondo con l'Altro. L'ostinata persistenza del sintomo alimentare si diluisce così in una intersoggettività positiva a cui il soggetto viene introdotto gradualmente. Si tratta di una riapertura non sempre tollerabile, ma che costituisce un passaggio necessario e fondamentale della cura: abbandonare o ridurre il legame con il proprio sintomo incentivando i legami sociali con l'Altro.

I capitoli finali riguardano infine gli esiti del trattamento: la valutazione dell'efficacia della cura viene stabilita attraverso la lettura dei dati emersi in maniera non solo quantitativa, ma anche qualitativa. L'utilizzo dello strumento SWAP-200 nel contesto dei disturbi dell'alimentazione rappresenta un'innovazione e una nuova ipotesi di ricerca per il futuro. I quattro casi clinici riportati nel capitolo finale del libro ribadiscono, infine, la partecipazione dell'intero staff all'attività di supervisione che delinea l'impostazione del lavoro multidisciplinare e i suoi effetti terapeutici sulla vita del soggetto.

Gli autori ringraziano:

Fondazione Gruber.

Chiara Gibertoni e Angelo Fioritti, AUSL Bologna.

I Professionisti che rendono possibile l'assistenza e l'integrazione di tutti i livelli di cura nella Rete regionale dei Disturbi Alimentari.

Équipe Multidisciplinare, Residenza Gruber.

Team di segreteria amministrativa e di accoglienza, Residenza Gruber.