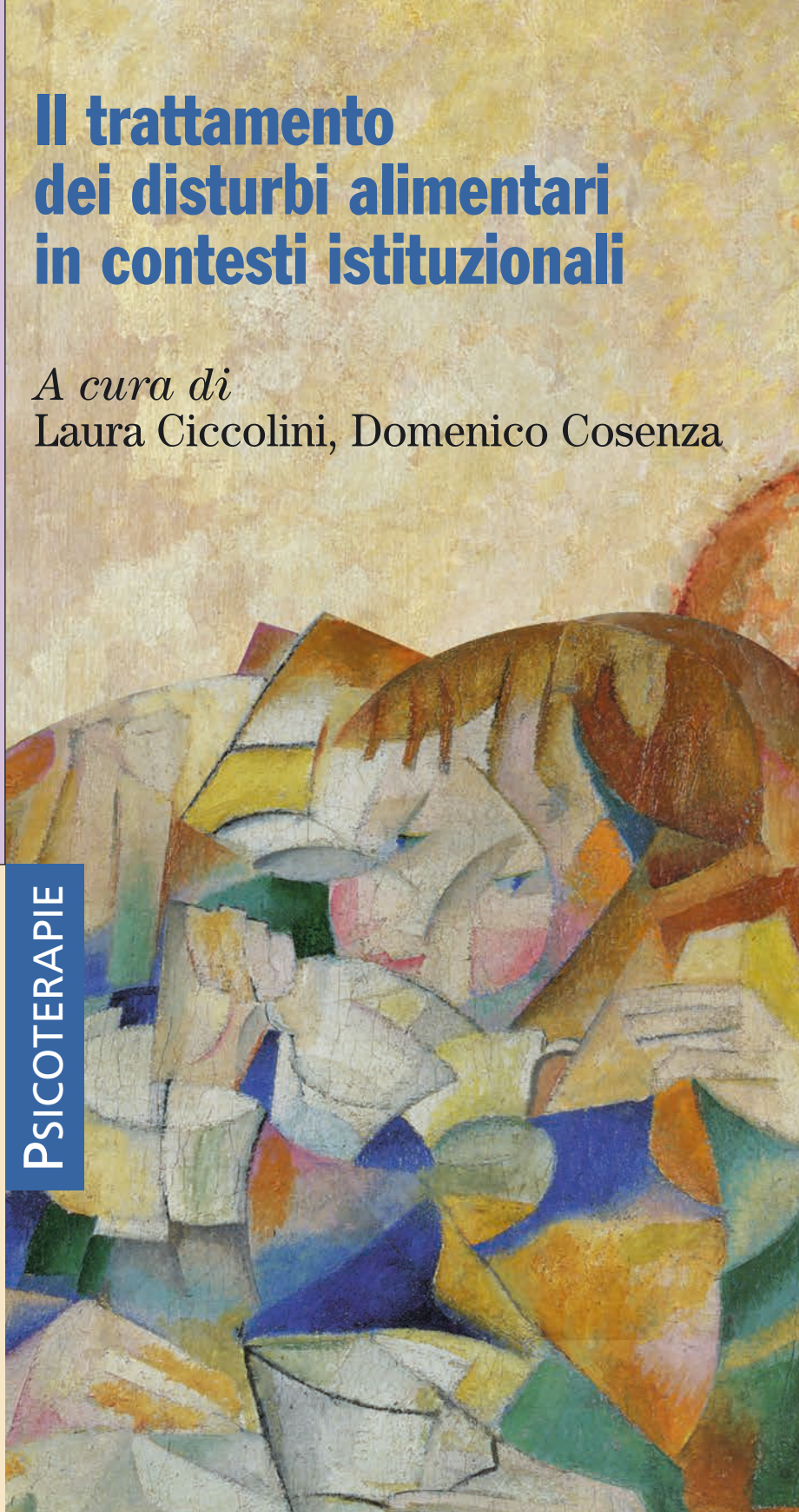


Il trattamento dei disturbi alimentari in contesti istituzionali

A cura di
Laura Ciccolini, Domenico Cosenza

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Il trattamento dei disturbi alimentari in contesti istituzionali

A cura di

Laura Ciccolini, Domenico Cosenza

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2015 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Introduzione

di *Domenico Cosenza e Laura Ciccolini* pag. 9

Prendere corpo, dare corpo

di *Giuseppe Saglio* » 21

1. La comunità terapeutica nel trattamento istituzionale dei disturbi del comportamento alimentare

di *Laura Ciccolini e Domenico Cosenza* » 23

Parte prima

I preliminari e l'avvio del trattamento

2. I Disturbi del Comportamento Alimentare: livelli di trattamento e riflessioni cliniche sull'immagine corporea

di *Laura Dalla Ragione e Lucia Giombini* » 38

3. I preliminari e l'avvio al trattamento nei Disturbi alimentari: dalla presa in carico multidisciplinare-integrata agli interventi di prevenzione

di *Maria Isabella Ferrio, Maria Paola Pinna ed Elvezio Pirfo* » 45

4. Il percorso terapeutico-diagnostico-assistenziale nella SCU di Psichiatria del Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare

di *Giovanni Abbate Daga, Carlotta De Bacco e Secondo Fassino* » 49

- 5. Il processo di entrata in Comunità: scansioni logiche e impasse**
di *Domenico Cosenza* pag. 54

Parte seconda
La logica della cura tra standard e soggettività

- 6. Il trattamento dei disturbi alimentari in istituzione, tra standard e soggettività**
di *Massimo Cuzzolaro* » 62
- 7. La funzione simbolica dell'équipe tra interventi standard e individualizzati**
di *Laura Ciccolini* » 70
- 8. L'incontro tra scienza e unicità del paziente in una comunità terapeutica per DCA**
di *Maurizio Fadda* » 78
- 9. L'esperienza di Villa Pia**
di *Antonio Sarnicola* » 82
- 10. Ricominciare daccapo: osservazioni empiriche sul fenomeno del "revolving cure" nei DCA**
di *Giancarlo Di Pietro e Simone Di Pietro* » 87

Parte terza
**Il termine della cura in istituzione:
tra interruzioni e conclusioni**

- 11. La comunità, risorsa individuale e familiare**
di *Paola Morosini* » 94
- 12. Difese, assenze e interruzioni nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare**
di *Flaminia Cordeschi* » 98
- 13. Il termine della cura tra interruzioni e conclusioni**
di *Marialaura Ippolito* » 104

- 14. L'intervento nutrizionale**
di *Massimo Labate* pag. 113
- 15. Decorso e outcome nell'Anoressia Nervosa**
di *Leonardo Mendolicchio, Giovanni Antonelli, Eugenia Dozio, Lucilla De Luca e Michela Di Iorio* » 119

Parte quarta
Verso un'autonomia sostenibile:
strategie di proseguimento della cura dopo l'istituzione

- 16. Verso un'autonomia sostenibile: preliminari al trattamento post istituzionale**
di *Giuliana Capannelli* » 128
- 17. Il ritorno del paziente dalla comunità al territorio. Problematiche cliniche, terapeutiche e istituzionali**
di *Silvia Ferraris* » 133
- 18. Quale destino per i pazienti DCA dopo l'istituzione?**
di *Rosanna Saragò* » 140
- 19. Fare rete**
di *Elisabetta Spinelli* » 145
- 20. Il trattamento riabilitativo in casa di cura**
di *Loriana Murciano* » 151

Appendice

- 1. Osservazioni epidemiologiche sulla casistica di pazienti con disturbo alimentare trattati presso la Comunità "La Vela"**
di *Maurizio Fadda* » 156
- 2. La funzione educativa in una comunità per disturbi del comportamento alimentare**
di *Rossana Vercellone e Paola Meo* » 162

- 3. Logica ed esperienza del gruppo teatro con pazienti anoressiche e bulimiche**
di *Rossana Vercellone e Paola Meo* pag. 167

- 4. Onoterapia e arte terapia nel trattamento dei disturbi alimentari**
di *Stefania Porrino* » 172

Introduzione

di *Domenico Cosenza** e *Laura Ciccolini***

1. Due piani di lettura

Questo libro si presenta come un lavoro caratterizzato da due piani di lettura imprescindibili. Un primo piano, più semplice da intendere, è dato dal fatto che questo testo raccoglie e ordina gli scritti scaturiti da un convegno, organizzato a Torino il 7 ottobre 2011 dall'équipe della comunità terapeutica "La Vela", dal titolo *Il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare in istituzione*. Titolo che abbiamo voluto mantenere sostanzialmente anche per il libro, e che nel convegno era accompagnato dal sottotitolo: *Scansioni-chiave e problemi aperti nella pratica clinica*. Stando a questo primo livello di lettura, questo libro si presenta come un tentativo di tracciare lo stato dell'arte del trattamento istituzionale, in particolare nelle sue forme residenziali, dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare, avendo come riferimento il contesto nazionale. Per questa ragione l'invito è stato esteso a molti colleghi attivi da anni in Italia nell'esperienza di cura di questi pazienti in un contesto di ricovero, di cui troverete in queste pagine la testimonianza scritta. Senza alcuna pretesa di esaustività, l'intento realizzato era quello di coinvolgere in un momento di dibattito serrato gli addetti ai lavori attorno ai fondamenti del processo terapeutico in istituzione con pazienti anoressico-bulimiche, per provare a far emergere le specificità interne a tale esperienza e i nodi problematici che maggiormente la caratterizzano ostacolandone l'efficacia.

Allo stesso tempo, pochi mesi prima della fase conclusiva della redazione del libro, un conflitto non sanabile tra l'équipe medico-psicologica della comunità terapeutica "La Vela" e la proprietà ci ha condotto alla decisione sofferta di dimetterci dalla nostra funzione di responsabili e terapeuti, e di interrompere la

* Psicoterapeuta-psicoanalista, membro SLP; è stato Direttore scientifico dell'ABA e della comunità terapeutica "La Vela". Vicepresidente di FIDA e Responsabile di Kline-FIDA Milano.

** Psicologo-psicoterapeuta, socio ASP; è stata Responsabile clinico della comunità terapeutica "La Vela". Presidente di FIDA e Responsabile del Centro CPF-FIDA Torino.

collaborazione più che quindicinale con la comunità di cui abbiamo contribuito in modo deciso e appassionato alla nascita e allo sviluppo. Questo evento ha ovviamente inciso anche sul valore e la prospettiva che questo libro stava assumendo per noi, collocandolo in una posizione inedita che non avremmo immaginato prima. Non si trattava più ora soltanto per noi di raccogliere gli atti di un convegno, ma in qualche misura insieme di avviare anche una rilettura complessiva della nostra esperienza istituzionale, essendosi essa di fatto conclusa in una modalità non preventivata. Ovviamente, questa rilettura troverà qui soltanto un suo punto d'avvio, e avrà bisogno di altre occasioni per articolarsi in un discorso compiuto. Però in qualche misura è in questo libro che questa rilettura di fatto comincia per noi, dopo il termine di questa avventura comunitaria, e l'inizio possibile di nuove esperienze clinico-istituzionali. Tra esse *in primis*, l'esperienza comune all'interno della Federazione Italiana Disturbi alimentari (FIDA), come centri di riferimento in alcune delle più importanti città d'Italia¹.

2. L'insegnamento di un'esperienza istituzionale

Si tratta dunque ora, a bocce ferme, di provare ad abbozzare ciò che in questa esperienza clinica comunitaria è accaduto di essenziale. In altri termini, di verificare se nell'arco di tempo che va dalle prime progettazioni immaginarie (scaturite da esigenze reali di cura che diverse pazienti anoressico-bulimiche gravi comportano), risalenti a una ventina di anni fa, ai tempi complessi della fondazione e apertura (il 7 aprile 1997), ai momenti di crisi e al consolidamento, fino alla fine di questa avventura istituzionale, qualcosa di nuovo si sia depositato con l'esperienza de "La Vela" di questi anni.

Dobbiamo anzitutto dire che dall'epoca della fondazione del nostro lavoro a "La Vela", oltre 16 anni fa, la rete istituzionale di riferimento per il trattamento dei disturbi alimentari in Italia si è molto articolata. Agli inizi in effetti, era forte la sensazione di stare dando vita a un'esperienza istituzionale di tipo pionieristico, rispetto a cui i punti di riferimento a cui appoggiarsi erano scarsi. Ciò in particolare per la specifica esigenza fondazionale che ci muoveva: dare vita a una comunità residenziale per pazienti anoressiche e bulimiche gravi, che funzionasse però diversamente dalle esperienze istituzionali che conoscevamo in questo campo nel contesto italiano, caratterizzate quasi tutte da un approccio comportamentista, o tutt'al più cognitivo-comportamentale al disturbo anoressico e bulimico. Eravamo giovani analisti in formazione, provenivamo tutti dall'esperienza istituzionale dell'ABA, che aveva il merito di avere intro-

¹ FIDA è presente, in ordine alfabetico, nelle seguenti città: Alessandria, Ancona, Firenze, Milano, Napoli, Roma, Salerno, Torino e Verona. Il Presidente è Laura Ciccolini, il Vicepresidente Domenico Cosenza, e il Segretario Maria Laura Ippolito.

dotto in Italia all'inizio degli anni Novanta un approccio analitico al trattamento psicoterapico, individuale e di gruppo, di queste pazienti in un contesto consultoriale. Cercavamo però una via per trattare quei casi così refrattari al trattamento ambulatoriale da necessitare un nuovo contesto di vita, per un tempo determinato ma non breve, che funzionasse di per sé come importante luogo della cura. Da qui nacque l'idea di una comunità terapeutica per pazienti anoressiche e bulimiche gravi, costruita su principi di funzionamento tratti dalla tradizione analitica applicata alle istituzioni di cura. Gli scritti relativi ai primi anni della comunità hanno una chiara impronta programmatica che va in questa direzione (Cosenza 2000). Era chiaro comunque per noi fin da subito che non si trattava affatto di applicare qualcosa di già pronto e collaudato, ma che si trattava d'inventare un dispositivo funzionante che rendesse operative e sostenibili le nostre esigenze iniziali: trattare l'anoressia e la bulimia grave, mettendo al centro della cura la singolarità del soggetto e della sua invenzione sintomatica, come ci ha insegnato la tradizione psicoanalitica in cui ci siamo formati. Gli oltre 16 anni di vita di questa esperienza sono stati un continuo tentativo di messa in atto, con decine e decine di pazienti ricoverate, di questa scommessa clinica volta al trattamento e all'emergenza di una soluzione soggettiva meno invalidante dell'anoressia e della bulimia. Come è capitato a quegli psicoanalisti che più seriamente si sono cimentati in passato in questo ambito della cura, è il caso di Hilde Bruch e della giovane Mara Selvini *in primis*, l'esperienza istituzionale con queste pazienti ci ha costretto a rivedere criticamente una modalità inadeguata con cui molti psicoanalisti si sono cimentati maldestramente in questo campo, vuoi non tenendo in dovuto conto il reale del corpo di queste pazienti, vuoi sottovalutando la spinta al godimento che le anima leggendone le manifestazioni sostanzialmente sul registro dell'isteria, come delle provocazioni o dei messaggi inconsci da interpretare semanticamente. Senza nulla togliere all'importanza del quadro clinico dell'anoressia e bulimia isterica, non si è trattato e non si tratta della tipologia di pazienti anoressico-bulimiche che più solitamente incontriamo nei casi gravi ricoverati in comunità o in ospedale. È di una clinica tendenzialmente al di là dell'isteria e della nevrosi che qui si tratta. I primi anni di vita del nostro lavoro a "La Vela" erano caratterizzati da un certo ottimismo terapeutico legato alla possibilità di rendere soggetti inaccessibili al trattamento psicoterapico, dopo l'esperienza in comunità, in condizioni di sostenere una vera e propria psicoterapia quando non addirittura un'analisi. L'esperienza con le nostre pazienti, sempre più gravi, ci ha insegnato dopo poco tempo che solo una parte di loro potrà beneficiare dopo la comunità di un trattamento che si esaurisce essenzialmente in una terapia di parola; la gran parte di loro infatti dovrà accompagnare a essa un trattamento farmacologico da parte di uno psichiatra e una presa in carico medico-nutrizionale per un tempo prolungato. Nei casi più gravi, l'uscita dalla comunità comporterà il passaggio ad altre strutture residenziali o semiresidenziali,

essendo il soggetto non in condizione di portare avanti in piena autonomia la propria esistenza. La metafora che all'epoca impiegavamo della comunità come traghettamento del soggetto verso l'analisi si rivelerà per buona parte di questi casi un po' ingenua e poco fondata. Piuttosto in questa clinica dei disturbi alimentari gravi, come del resto per altri ambiti della psicopatologia, è più opportuno parlare, per la gran parte delle situazioni, di orientamento analitico di un'équipe multidisciplinare integrata, piuttosto che di trattamento analitico in senso classico.

In questa direzione è infatti leggibile lo spostamento di asse che l'orientamento analitico subisce per forza di cose, con queste pazienti, rispetto al suo funzionamento tradizionale: spostamento dalla dimensione del senso e dell'interpretazione semantica, alla dimensione del godimento e dell'interpretazione come atto (Cosenza 2008, p. 11). Le pazienti anoressiche e bulimiche sono sorde all'interpretazione di senso. Rispondono invece all'intervento con cui l'operatore e l'équipe curante tagliano il suo godimento sintomatico, mettendo il soggetto alle strette, chiamandolo a una decisione che solo lui può prendere. Ovviamente, si tratta di qualcosa che è possibile fare a condizione che un legame transferale, seppure immaginario, verso l'équipe curante si sia in qualche modo installato nel soggetto.

Mettere al centro di questa clinica il godimento sintomatico, cioè la spinta del soggetto verso una soddisfazione autodistruttiva che s'incarna nel corpo, nelle forme singolari che il sintomo alimentare prende in questi pazienti, costringe di fatto gli operatori di formazione analitica, se vogliono avere un'efficacia con i disturbi alimentari gravi, a reinventare un'alleanza di lavoro con i medici, tanto più necessaria quanto più la sintomatologia dei pazienti si radicalizza. La spinta alla morte che s'incarna nel sintomo alimentare infatti in questi casi non è affatto sotto il controllo del soggetto, ma lo surclassa, prende la deriva del senza limite, che non è arginabile affatto soltanto con un intervento che si muova sul piano di un'ermeneutica del senso. Prendere atto di questo, come a "La Vela" abbiamo fatto fin da subito, significa anche reimpostare il rapporto tra psicoanalisi e medicina come una relazione essenziale nel lavoro con pazienti con disturbi alimentari. I medici permettono agli analisti di non delirare nel loro lavoro con queste pazienti, di non dimenticarsi del reale del corpo come dimensione asemantica che richiede un intervento in grado di introdurre un limite alle derive estreme del sintomo alimentare, attraverso gli strumenti che la medicina fornisce, dal ricovero ospedaliero alla dieta al trattamento farmacologico. Gli analisti permettono ai medici che lavorano con queste pazienti di non dimenticare la singolarità del caso e la struttura soggettiva che sostiene la costruzione singolare del sintomo alimentare, aiutandoli a calibrare il loro intervento sul corpo alle possibilità effettive che la struttura consente e che il momento della cura rende opportuno.

Un ulteriore insegnamento che ha caratterizzato la nostra esperienza comu-

nitaria è dato dal dare il suo giusto peso alla dimensione sintomatica del disturbo alimentare, senza limitarci a invitare il paziente a parlarci d'altro. Questa pratica, più facilmente sostenibile con pazienti meno compromesse e in una dimensione consultoriale, è poco sostenibile con pazienti molto gravi che richiedono un trattamento residenziale. Certo che occorrerà che ci parlino di altro oltre che del disturbo alimentare di cui patiscono, ma occorrerà anche che non si lasci scivolare nel silenzio la dinamica del disturbo. Essa infatti, nella sua singolarità, è già una costruzione singolare se sappiamo ascoltarla bene, e ci parla con precisione di qualcosa che riguarda l'intimità del modo di essere del soggetto. Occorre dunque che gli analisti che lavorano con queste pazienti non banalizzino la dimensione del disturbo ma che la considerino piuttosto a tutti gli effetti come una costruzione soggettiva seppur desoggettivata, che semmai starà a noi permettere al soggetto di riconoscere come propria. Occorrerà in altri termini permettere al paziente di cogliere il rito che fonda il suo disturbo alimentare come sistema di pratiche materiali volte a organizzare il suo godimento.

3. I contributi di questo libro

Veniamo ora a ciò che troverete nei testi di questo libro che raccolgono l'esperienza del convegno *Il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare in istituzione*, tenutosi a Torino il 7 ottobre 2011.

In apertura dei lavori troverete un breve intervento di Giuseppe Saglio, direttore della struttura complessa di psichiatria dell'ASL di Vercelli, servizio territoriale di riferimento della Comunità "La Vela" di Moncrivello.

"Prendere corpo/dare corpo", con questa duplice espressione egli sottolinea il rifiuto di prendere corpo proprio al soggetto che soffre di un disturbo alimentare, e la disponibilità a dare corpo come apertura progettuale a un possibile cambiamento. Ciò necessita della disponibilità a un incontro con un altro come soggetto della cura, che spesso diventa possibile quando si può abitare uno spazio che consente di diventare un corpo. Questo spazio inedito da abitare per ritrovare la propria soggettività può essere l'istituzione come laboratorio del cambiamento possibile.

Laura Ciccolini e Domenico Cosenza espongono, nel loro intervento introduttivo "La comunità terapeutica nel trattamento istituzionale dei disturbi del comportamento alimentare", le caratteristiche fondamentali (tipologia d'utenza, fasi della cura, principi di funzionamento dell'istituzione) della comunità terapeutica per DCA "La Vela" per come è stata impostata dai primi anni della sua fondazione, fino a oggi. Tra le caratteristiche che hanno contraddistinto il funzionamento de "La Vela" nel panorama delle comunità per DCA è indubbiamente un approccio integrato analiticamente orientato, e la durata medio-lunga dei trattamenti (minimo un anno di ricovero) trattandosi di casi che uniscono a un di-

sturbo alimentare importante un'estrema gravità psicopatologica di funzionamento, e che dunque richiedono un tempo di cura in comunità più lungo per ottenere degli effetti apprezzabili di cambiamento. La prima parte del libro, intitolata "I preliminari e l'avvio del trattamento", raccoglie quattro contributi.

Il testo di Laura Dalla Ragione e Lucia Giombini "I disturbi del comportamento alimentare: livelli di trattamento e riflessioni critiche sull'immagine corporea", ci offre un inquadramento metodologico aggiornato sulle modalità di trattamento delle pazienti affette da DCA, che fa leva sull'interdisciplinarietà degli interventi di cura e sulla loro integrazione in rete. Mettendo in evidenza i quattro livelli di trattamento essenziali nella costruzione di una rete di servizi in grado di offrire in questo campo una continuità assistenziale – ambulatorio, day-hospital, ricovero ospedaliero e riabilitazione residenziale –, viene qui messo in evidenza il rischio di un abuso di ricoveri ospedalieri impropri per queste pazienti e valorizzato il contributo specifico che la comunità residenziale può offrire nel processo della loro cura, e ne vengono indicate le caratteristiche più adeguate nell'esperienza degli autori. A ciò viene unito un interessante contributo sulla problematica, centrale nella psicopatologia dei DCA, dell'immagine corporea e sui possibili trattamenti.

Il contributo di Ferrio, Pinna e Pirfo "I preliminari e l'avvio al trattamento dei disturbi alimentari: dalla presa in carico multidisciplinare-integrata agli interventi di prevenzione" ci introduce alla dimensione più precoce d'intervento in questo campo: all'azione che parte dal disagio giovanile nelle scuole e intercetta i primi segni di presenza di un disturbo alimentare nei giovani. Alla luce dell'esperienza di costruzione di un'équipe interdisciplinare finalizzata alla prevenzione primaria e secondaria nelle scuole superiori del loro territorio, gli autori sottolineano l'importanza di un intervento precoce sulle prime manifestazioni del disturbo alimentare, più efficace e risolutivo rispetto a interventi che si producono a sintomo ormai conclamato e cristallizzato.

Il testo di Abbate Daga, De Bacco e Fassino "Il percorso terapeutico-diagnostico-assistenziale nella SCU di Psichiatria del Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare" delinea, nel quadro di un modello d'intervento biopsicosociale, multifattoriale e di rete, le caratteristiche specifiche e le difficoltà, legate all'egosintonia sintomatica e alla refrattarietà alle cure delle pazienti con DCA, di un approccio *ad personam*, "calibrato sulle esigenze del singolo caso clinico". In tale prospettiva il progetto terapeutico punta al raggiungimento dei suoi obiettivi, tanto di quelli nutrizionali quanto di quelli psicodinamici, con un programma d'intervento personalizzato e concordato con il paziente. L'alta frequenza di comorbilità con disturbi di personalità, così come di *drop out* precoce nel trattamento, rendono ancora più evidente l'importanza di un intervento personalizzato, che includa anche la famiglia nel progetto della cura, cosa particolarmente efficace con pazienti giovani con esordio sintomatico recente.

Domenico Cosenza, in “Il processo d’entrata in comunità: scansioni logiche e impasse” affronta alla luce dell’esperienza de “La Vela” le peculiarità del processo d’entrata delle pazienti in comunità residenziale. L’autore sottolinea una difficoltà specifica di molti pazienti nel processo di entrata: la messa in atto di un progetto immaginario di ripristino della potenza del sintomo anoressico, che si accompagna nei fatti alla loro richiesta di avvio del trattamento e ai loro primi passi in istituzione. Ciò che interrompe questo progetto immaginario del ricovero come ripristino del controllo anoressico sulla pulsione è la riemersione del sintomo bulimico. È in questo punto di crisi che si gioca per l’autore la prima vera partita che determinerà l’entrata effettiva del soggetto nel progetto di cura, oppure la sua interruzione precoce o un percorso senza punti di crisi contrassegnato da una posizione di falso Sé fondamentale. Il trattamento del punto di crisi diviene quindi un passaggio essenziale nel processo d’entrata effettiva del soggetto nella cura.

La seconda parte del libro è intitolata “La logica della cura tra standard e soggettività”, ed è composta da cinque contributi.

Massimo Cuzzolaro presenta nel suo contributo un inquadramento chiaro e accurato della tensione tra le due polarità in gioco in questa sessione rispetto alla cura dei DCA: gli standard e la soggettività. Al di là di posizioni unilateralmente ideologiche mostra, per esempio attorno al problema della diagnosi e delle linee guida in questo campo, l’esigenza di una posizione che ne avvalora l’utilità senza trasformarne lo statuto in precetti da applicare rigidamente, correndo così il rischio di perdere il contatto con la singolarità del paziente. Non c’è cura possibile che non tenga insieme, in un nodo da costruire, standard e soggettività. Altro esempio illuminante riguarda la considerazione del contratto sul peso nel trattamento, dove è importante la modalità in cui viene inserito nella logica della cura – non in una logica di conflitto immaginario nutrizionista paziente, ma nel senso dell’introduzione di un limite rispetto alla deriva sintomatica del corpo –, per permettere al soggetto di lavorare nella terapia sulla dimensione relazionale in gioco nella costruzione del disturbo.

Sulla scia dell’impostazione del problema data da Cuzzolaro, Laura Ciccolini indica nel lavoro peculiare di accoglimento nel setting comunitario da parte dell’équipe curante, e nella flessibilità del trattamento caso per caso del rapporto tra regole istituzionali e particolarità soggettiva il filo conduttore del lavoro istituzionale presso la comunità “La Vela”. L’importanza della funzione simbolica svolta dall’équipe è mostrata come condizione che permette il trattamento delle dinamiche transferali e controttransferali che si producono nel corso del ricovero in comunità, così come i suoi vacillamenti si rivelano come condizioni che infiammano lo stato sintomatico della paziente e del gruppo. Attraverso alcune vignette cliniche, Ciccolini mostra degli esempi di flessibilità nella presa in carico del paziente, d’introduzione calcolata di un’eccezione soggettiva che ha consentito lo sviluppo di un percorso terapeutico.

Partendo dalla medesima esperienza istituzionale, Maurizio Fadda approfondisce la prospettiva mettendone in luce la declinazione attorno al problema della presenza del cibo in istituzione, e del trattamento al singolare della dieta praticata a “La Vela”. Messo in evidenza come l’obiettivo centrale del ricovero in comunità sul piano nutrizionale non sia tanto l’eliminazione del sintomo alimentare quanto una sua più realistica perdita di centralità nella vita della paziente, che liberi energie per aspetti vitali della vita relazionale, viene esposto il metodo d’intervento dietistico praticato in comunità. Sua peculiarità consiste, a differenza dell’alimentazione meccanica, figlia di una logica dello standard rigido, nel tenere conto anche del valore simbolico del cibo, dell’importanza del ripristino del rituale del convivio e del rapporto singolare del paziente con gli alimenti. In questo senso si tratta di un intervento clinico-nutrizionale minimalista, che cerca di tener conto per quanto possibile della dieta soggettiva nel rispetto dei valori nutrizionali necessari all’organismo della paziente.

Antonio Sarnicola presenta su questo tema un contributo affine relativo all’esperienza comunitaria di Villa Pia, mettendo in evidenza in modo efficace l’importanza che l’istituzione si doti di regole sostenibili dal soggetto, in grado cioè di fargli posto nella vita comunitaria. È a queste condizioni che l’istituzione può svolgere per lui quella funzione di holding e di contenitore psichico che gli permette di ritrovare un proprio modo di stare nel legame con l’altro e di sviluppare un proprio pensiero dentro il campo istituzionale. In questo “movimento bilanciato tra accoglienza e normatività” l’istituzione potrà lasciare al soggetto quello spazio insaturo entro cui potrà produrre la propria risposta.

Il contributo di Giancarlo e Simone Di Pietro sviluppa una prospettiva critica ed empirico-sperimentale rispetto ai sistemi di classificazione dei DCA e alle linee guida per il trattamento, mettendo in evidenza, con l’ausilio di esempi clinici tratti in particolare da casi cosiddetti cronici, come non di rado l’adattabilità alla realtà clinica di tali griglie diagnostico-terapeutiche si riveli parziale e problematica. Allo stesso modo, questi casi mettono in scacco i canoni ortodossi delle strategie psicoterapiche del modello psicodinamico-relazionale, mostrando anche qui una realtà clinica che eccede ai quadri di un modello predefinito.

La terza parte del volume ha come vettore tematico “Il termine della cura in istituzione: tra interruzioni e conclusioni”, e include al suo interno cinque contributi.

Paola Morosini ci offre una prospettiva sul tema dell’esito della cura con le pazienti con DCA in cui confluiscono il suo lavoro di neuropsichiatra infantile del servizio pubblico e la sua esperienza di terapeuta familiare. Mettendo in evidenza come si debba evitare di ridurre il buon esito di un trattamento alla remissione sintomatica, l’autrice dà rilievo alla nozione di rete di cura e di mente collettiva come fattore essenziale per la continuità del lavoro terapeutico con queste pazienti nei loro vari passaggi istituzionali. Dal punto di vista della

terapia familiare sottolinea come la disponibilità della famiglia costituisca un elemento predittivo positivo nella cura, e quanto sia essenziale un lavoro terapeutico con la famiglia che produca un cambiamento nelle relazioni intrafamiliari nella prospettiva di una dimissione “protetta” della paziente.

Flaminia Cordeschi mette nel suo intervento l’accento sull’approccio analitico alla cura dei DCA e sul modo di affrontare e leggere l’esperienza dell’assenza e dell’interruzione nel lavoro con queste pazienti. Sottolinea come sia necessario con loro declinare il setting e la posizione dell’analista in una modalità che tenga conto del deficit d’identità e della dipendenza adesiva proprio di queste pazienti; dando maggiore peso alla partecipazione dell’analista nella relazione terapeutica, contrastando le assenze dalla seduta senza tuttavia tradurle nel trattamento in interpretazioni di transfert; e mettendo in evidenza l’opportunità di trattare anche per l’analista queste pazienti in un contesto istituzionale nel quadro di un’équipe multidisciplinare integrata.

Marialaura Ippolito affronta, alla luce della sua esperienza a “La Vela” come psicoterapeuta a lavoro con i familiari delle pazienti, la questione del termine del trattamento, facendo leva sulla dimensione del transfert e sul tempo della separazione, vero elemento critico nella clinica dei disturbi alimentari. È alla luce della drammatizzazione messa in atto in comunità da parte della paziente della scena ripetitiva che caratterizza il suo modo di relazionarsi con l’altro, che l’équipe curante può infatti operare una lettura della singolarità del caso e predisporre le modalità d’intervento adeguate a esso. Questa prospettiva fondata sul transfert permette di discriminare i tentativi d’interruzione della cura in istituzione, a seconda che essi si producano in assenza di un transfert attivato (dove il paziente rivela di non essere mai veramente entrato), nel corso della cura, oppure come anticipazione della conclusione volta ad aggirare l’esperienza della perdita dell’oggetto comunitario.

Massimo Labate inquadra l’intervento nutrizionale con le pazienti con DCA nel quadro dell’approccio terapeutico in équipe. Sulla base della sua esperienza di nutrizionista in ospedale e nella comunità terapeutica “La Vela”, mette in evidenza l’importanza di evitare interventi standardizzati, di tenere conto nell’intervento nutrizionale anche delle condizioni psicopatologiche e relazionali del paziente, e di optare per un intervento individualizzato in accordo con l’équipe. Sottolinea l’importanza di un approccio realistico al termine del percorso comunitario della paziente con DCA che non punti necessariamente alla scomparsa del sintomo ma indubbiamente al miglioramento delle sue condizioni clinico-nutrizionali, che permetteranno un più sostenibile proseguimento della terapia nutrizionale dopo il ricovero. Labate mette in luce anche l’importanza per il nutrizionista di assumere i limiti del proprio intervento con queste pazienti, e di essere avvertito sulle loro modalità psicodinamiche di relazione.

Leonardo Mendolicchio ci offre una review sugli outcome nella cura del-

l'anoressia tratta da 25 studi scientifici recenti (periodo 1999-2011) selezionati nel motore di ricerca PUBMED, traendone tre gruppi principali di variabili di valutazione: psichiatriche-psicopatologiche, biomarker e di qualità della vita. Tra i dati emersi di particolare interesse l'alta incidenza di comorbidità in asse I e II e la peggiore qualità di vita proprio per questi casi, in particolare laddove vi siano condotte di eliminazione. Interessante anche il dato sugli esiti nelle psicoterapie, secondo cui "i migliori esiti si ottengono a seguito di trattamenti psicologici e aspecifici" (McIntosh *et al.* 2005).

La quarta parte infine, "Verso un'autonomia sostenibile: strategie di prosecuzione del trattamento dopo l'istituzione", presenta cinque interventi. In ciascuno di essi il problema è affrontato dalla prospettiva del rapporto tra la comunità e le altre strutture della rete dei servizi in gioco nella cura del paziente: servizi di psichiatria territoriale che inviano il paziente e che poi lo riaccolgono sul suo territorio, centri privati di presa in carico ambulatoriale specializzati nella cura dei DCA, case di cura in cui può avvenire un passaggio del percorso della paziente da o verso la comunità.

Giuliana Capannelli sottolinea l'importanza di un lavoro integrato tra i servizi invianti, la paziente e i familiari, e l'équipe comunitaria, lungo tutto l'arco del processo terapeutico che precede l'entrata e che segue alle dimissioni. Più la rete d'intervento è integrata, più si mette al lavoro la paziente e i familiari rispetto alla propria domanda, maggiore sarà l'esito positivo e la possibilità di avvio di un reinserimento sociale della paziente. L'accento viene posto sull'effetto di perdita di godimento che consegue al periodo comunitario laddove abbia dato i suoi effetti, come qualcosa con cui occorre lavorare insieme alla paziente, già nella fase finale in comunità e senz'altro dopo le dimissioni a livello territoriale, per permettere un effettivo processo di separazione non solo dalla comunità ma soprattutto dalla piena identificazione sintomatica all'anoressia-bulimia.

Silvia Ferraris ci offre una disamina, dalla prospettiva dello psichiatra del servizio pubblico, delle potenzialità dell'intervento comunitario con pazienti con disturbi alimentari, come momento intensivo determinato lungo il *continuum* del trattamento terapeutico, che troverà nel ritorno sul territorio il suo momento ineludibile dopo il percorso in comunità. Posto il rischio di attivazione, effettivo con queste pazienti, di una dipendenza istituzionale e di un uso tossicomano dell'istituzione comunitaria (con gli effetti iatrogeni di cronicizzazione e la sensazione di "tempo sospeso" correlativi), è ancora più essenziale l'integrazione degli interventi tra comunità e servizi per consentire la messa in funzione di tutte le potenzialità trasformative di cui la comunità terapeutica è foriera. In questo quadro Ferraris sottolinea l'importanza di uno sviluppo dell'articolazione dei servizi per DCA sul territorio, per permettere alle pazienti un dopo comunità meno traumatico dando vita a un effettivo *continuum* residenziale nelle cure.

Elisabetta Spinelli mette l'accento in particolare sulla funzione della co-

munità come luogo in grado di regolare, per diverse pazienti con disturbo alimentare inviate dal suo servizio di psichiatria, il rapporto con l'angoscia, che si presenta perlopiù in queste pazienti (soprattutto le anoressiche) come spostata sull'altro familiare. La comunità è un dispositivo che permette, quando funziona virtuosamente, di disangosciare l'Altro genitoriale, permettendo al contempo alla paziente di riappropriarsi della propria angoscia e di soggettivare di più il proprio rapporto con il sintomo. Presentandosi come un Altro regolato, la comunità permette alla paziente, grazie al lavoro di partnerariato dell'équipe curante, di diluire un transfert spesso troppo invasivo da trattare nella relazione terapeutica. I rischi maggiori del percorso comunitario, quando non riesce a funzionare adeguatamente, si presentano dopo la comunità in un eccesso di idealizzazione della comunità da parte della paziente, che fa da ostacolo al processo di affidamento successivo.

Rossana Saragò ci offre un quadro, nella prospettiva non solo dell'invio ma anche del "riaggancio" terapeutico della paziente dopo il ricovero in ospedale o in struttura riabilitativa, dell'intervento territoriale interno alla sua struttura di psichiatria, articolato a livello sia ambulatoriale che di Centro Diurno. Questa duplice modulazione, funzionale a trattare i DCA a seconda della loro gravità o della fase del percorso terapeutico, fa da pendant per non pochi casi ai ricoveri in ospedale, in casa di cura o in comunità terapeutica, nei quali il livello d'intensità terapeutica s'intensifica per un periodo di tempo delimitato. In questo quadro, il Centro Diurno si presenta come un dispositivo terapeutico che riduce i fenomeni regressivi che possono accentuarsi nel ricovero, permettendo alla paziente di muoversi quotidianamente con maggiore autonomia tra l'istituzione e il suo luogo di vita.

Loriana Murciano ci presenta l'esperienza del trattamento riabilitativo in casa di cura in un reparto specialistico per DCA da lei diretto. Rivolto a pazienti rivelatisi non trattabili in un contesto ambulatoriale, è finalizzato ad agire in particolare sugli aspetti clinici e sintomatologici per arrestare la progressione della malattia e ricondurre le condizioni fisiologiche entro un range di minore gravità. Per raggiungere tale finalità viene messo in atto un programma riabilitativo che include sia un intervento nutrizionale strutturato, sia un lavoro psicoterapico di supporto. Essenziale si rivela per la buona riuscita dell'esperienza la condivisione del progetto di ricovero in casa di cura con la struttura inviante, visto l'impatto destabilizzante che può avere l'intensificazione delle cure in particolare sugli aspetti sintomatologici.

Infine, il volume presenta nella sua parte finale quattro appendici tratte dalla nostra pratica istituzionale. La prima, a cura di Maurizio Fadda, ci restituisce un quadro epidemiologico della casistica trattata a "La Vela" per più di un decennio. La seconda, scritta da Rossana Vercellone e Paola Meo, affronta il problema della funzione educativa e del lavoro degli educatori in una comunità per disturbi alimentari analiticamente orientata come "La Vela". Le stesse au-