

# Prefazione

di *Massimo Recalcati*

## Nota introduttiva

Con questo libro la Comunità scientifica di Jonas, che ha sempre dedicato sin dalla sua nascita nel 2003 un interesse particolare ai cosiddetti DCA, aggiunge un tassello importante alla sua ricerca. Si tratta, infatti, di una tra le prime trattazioni sistematiche del trattamento dei DCA gravi nell'ambito della comunità terapeutica ad orientamento psicoanalitico. È questa la posta in gioco del libro: di fronte alla diffusione e alla egemonia dei modelli cognitivo-comportamentali nel trattamento istituzionale dei DCA, è possibile utilizzare la psicoanalisi come bussola capace di orientare in modo diverso le strategie della cura? Domanda decisiva e controcorrente in un campo che sembra considerare con sufficienza, se non con diffidenza o con aperto disprezzo, le applicazioni terapeutiche della psicoanalisi in generale e quelle istituzionali con pazienti gravi in particolare. La psicoanalisi viene giudicata inefficace se non addirittura controindicata nel trattamento di queste patologie. Anche per questa ragione la domanda che attraversa questo libro resta per noi decisiva: la psicoanalisi è in grado di orientare il lavoro clinico in una comunità terapeutica per DCA?

Non esiste nella letteratura scientifica un libro come questo che, con abbondanza di esempi e situazioni cliniche, sostiene l'utilità della psicoanalisi nel lavoro clinico-istituzionale con pazienti gravi. La proposta di Rugo e Minazzi, i quali hanno una lunga esperienza di lavoro in comunità in generale e per il trattamento dei DCA in particolare, è che non si tratta di introdurre la presenza della psicoanalisi a fianco o, addirittura, in alternativa alle altre pratiche mediche (psichiatrica, nutrizionistica, internistica, ginecologica, farmacologica). La presenza della psicoanalisi non è concepita come una presenza che si aggiunge alle altre o come la sola a poter curare. Essa non è uno strumento specialistico che si aggiunge agli altri. Portare la psicoanalisi in istituzione non squalifica gli altri saperi, né significa, tanto meno, praticare la psicoanalisi dell'uno per uno della seduta psicoanalitica. La psicoanalisi in istituzione non coincide con portare il divano dello psicoanalista nell'istituzione. La logica a cui si ispirano gli autori di questo libro è un'altra: la psicoanalisi non si applica in istituzione ma diventa la bussola che orienta l'istituzione. Cosa significa? Per esempio che il transfert non deve cristallizzarsi in relazioni individuali strette ma diluirsi su tutta la Comunità perché il soggetto della cura non è lo psicoanalista ma l'équipe. Per esempio evitare i protocolli rigidi e standardizzati per includere nella

strategia della cura le particolarità soggettive. Nondimeno, nessuna illusione: gli autori conoscono bene il carattere infernale e ingovernabile dei DCA che non può essere regolato attraverso il solo potere della parola. Sanno bene che per limitare l'impeto maledetto del sintomo anoressico o di quello bulimico è necessario strutturare un argine diverso da quello della parola. Si tratta di un argine fatto anche di mura, di stanze, di una regolazione del tempo e dello spazio e di una limitazione del rapporto diretto col cibo. Rugo e Minazzi sanno bene che i DCA gravi mostrano i limiti più che la potenza della parola. È questa la funzione primaria dell'istituzione: mettere, come direbbe Lacan, un freno al godimento della pulsione di morte.

Pensare alla psicoanalisi in istituzione non significa allora fare all'interno dell'istituzione delle sedute analitiche, non significa assumere analisti che seguano i loro pazienti come se si trattasse di un semplice trasloco del setting privato in uno pubblico. Piuttosto il contrario: applicare la psicoanalisi in istituzione significa mettere in valore le singolarità irrinunciabili dei pazienti contro la tendenza diffusa a ridurre la clinica a parametri quantitativi, numeri, cifre, protocolli standard, induzioni statistiche. In questo contesto il contributo prezioso e insostituibile della psicoanalisi è quello di mantenere vivo l'incontro del clinico con la natura singolarissima del sintomo.

I pazienti con DCA gravi hanno vissuto l'impatto traumatico con l'Altro che ha rifiutato il riconoscimento del loro desiderio. Hanno fatto esperienza di un Altro che non ha saputo accogliere la vita. Per questo il primo movimento – quello più essenziale – della cura consiste nel fare in modo che la Comunità incarni una diversa versione dell'Altro. Non più l'Altro traumatico che ha rifiutato la singolarità della vita, ma un Altro Altro, un Altro che può dire di "Sì!" al soggetto, che può dare prova di affidabilità e costanza. Questo nuovo Altro dell'istituzione non opera con il sapere, ma con la sua mancanza. Nel lavoro clinico istituzionale non si applica ai pazienti un sapere specialistico, ma si cerca di farsi indicare dai pazienti stessi quel sapere che manca all'Altro. È il lavoro delicatissimo che consiste nel rintracciare il talento, la vocazione, il desiderio proprio del soggetto per poterlo sostenere. È solo su questo fondamento che si può costruire una vera alleanza terapeutica. Non si tratta di guarire l'appetito, di recuperare peso, di normalizzare l'alimentazione alterata. Quello che davvero cura è la riabilitazione del desiderio singolare del soggetto. Ed è proprio a questa riabilitazione che punta lo sforzo dell'équipe come soggetto curante.