

Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione “Riccardo Massa”

Dottorato di Ricerca in Antropologia Culturale e Sociale - XIX Ciclo

IL FAUT BIEN MANGER: etnografia di un centro per disturbi alimentari

MOLINARI ANGELA

Matricola N. 716382

Tutor: Prof. MALIGHETTI ROBERTO

Coordinatore: Prof. FABIETTI UGO

ANNO ACCADEMICO 2016/2017

Indice

INTRODUZIONE: “BISOGNA PUR MANGIARE”	3
I. ATTRAVERSARE I CONFINI DISCIPLINARI	
1. Il campo	9
2. Interpretazione e incorporazione	14
2.1 Dal testo all’incorporazione	16
2.2 Partecipazione radicale e teoria “pratica” della conoscenza	19
2.3 Il corpo e la scrittura	21
2.4 Costruttivismo epistemologico e limite della conoscenza	23
3. Il corpo proprio, il corpo dell’altro	23
4. Una clinica cartesiana	28
5. Il modello bio-psico-sociale	34
II. IL CIBO COME SINDROME CULTURALE	
1. L’uomo e il cibo: un rapporto innaturale	37
2. Incorporazione e <i>habitus</i> alimentare	41
3. I “tre corpi” della malattia e la questione di genere	43
4. Scoprirsi esotici: il rapporto tra clinica e cultura	47
5. “Non si parla con la bocca piena”: la pulsione e la norma	55
6. Cibo e postmodernità tra Convivio e Ortoressia	63
III. DARE DA MANGIARE	
1. L’anima ha bisogno di un luogo: “Palazzo Francisci”	69
2. Una casa a forma di ospedale	75
3. Una giornata tipo: dal punto di vista dell’antropologo	80
4. Terapie culturalmente fondate: integrare pillole e parole	95
5. Il modello terapeutico	99
5.1 Un’ <i>équipe</i> “eclettica”	99
5.2 Corpi in cerca d’autore	102
5.3 La natura medica	106
5.4 Cronopolitiche della cura	115
6. Gli operatori e il cibo	120
IV. UN’ÉQUIPE TRANSDISCIPLINARE	
1. Multidisciplinare, interdisciplinare, transdisciplinare	129
2. Il peso del corpo	132
2.1 C’è vita oltre la bilancia	132
2.2 Nutrire attraverso il sapere	139
2.3 Terapie incorporate	144
3. Il dietista, una “figura ambigua”	147
4. Lo psicologo ibrido	157
5. Da imputati a “farmaci”: il ruolo dei familiari	169
6. Nutrire l’ <i>équipe</i>	171
CONCLUSIONI: PER “BEN” MANGIARE	183
EPILOGO	189
BIBLIOGRAFIA	190
APPENDICE: I principali Disturbi Alimentari nel DSM V	201
Elenco delle interviste.	204

Il mio primo ringraziamento è per il Professor Tullio Seppilli, che ha contattato per me la dottoressa Laura Dalla Ragione, Direttrice Responsabile della rete per Disturbi Alimentari della USL Umbria 1. La sua figura eminente nel campo dell'antropologia medica italiana resta un brillante esempio di dedizione scientifica e di spessore umano. L'insegnamento e il consiglio del prof. Roberto Malighetti, insieme a quello del compianto Prof. Ugo Fabietti, mi accompagnano fin dai primi tempi della formazione antropologica. La stesura congiunta di un manuale universitario sulla problematizzazione epistemologica della pratica etnografica è stata una premessa, fortunatamente non solo teorica, della presente ricerca. Ringrazio i miei interlocutori, in primo luogo la dottoressa Laura Dalla Ragione, il cui pensiero clinico, passione e intraprendenza rappresentano l'architrave di un'esperienza di cura innovativa che a partire dai centri di Todi si è diffusa in tutto il territorio nazionale. Un sentito grazie a tutti i membri delle équipes di "Palazzo Francisci" e "Nido delle Rondini", la cui disponibilità riflettere sulla propria esperienza ha articolato, insieme alle competenze antropologiche, l'ipotesi di lavoro. Esprimo una particolare riconoscenza a Mariella Venturi, presidentessa dell'Associazione "Mi fido di te" per l'esemplare testimonianza, e alla dottoressa Silvia Ferri, che oltre alla competenza professionale, mi ha offerto la sua generosa ospitalità. Molte persone mi hanno supportato nella costruzione di una competenza adeguata ad accostare l'enigma dei DCA. Tra loro, il dottor Leonardo Mendolicchio, Direttore Sanitario della comunità terapeutica Villa Miralago (VA), Domenico Cosenza e Angelo Villa, che mi hanno introdotto nella complessità, raffinatezza e potenza della clinica lacaniana. Senza il sostegno pratico della mia famiglia, in primo luogo di mia nipote Chiara, che si è occupata amorevolmente di mia figlia Luna, insieme a Letizia, gli altri nipoti e i miei genitori, mia mamma e mio padre che purtroppo è mancato durante la fase di scrittura, nulla di ciò che ho vissuto e prodotto sarebbe stato possibile. La presenza di Claude, così appassionato del mio lavoro, e l'amicizia di Luisa sono una costante di cui non potrei fare a meno. Ringrazio infine Paola Turroni per il dono della poesia in esergo. Le fotografie presenti nel testo sono state scattate dalle pazienti. Grazie anche a loro.

INTRODUZIONE: “BISOGNA PUR MANGIARE”

La vita non è pensiero e materia. La vita è fame. *Il faut bien manger.*

Questa espressione francese, che lascio volutamente non tradotta, riassume il senso di una ricerca etnografica svolta in un centro residenziale per la cura dei cosiddetti “disturbi del comportamento alimentare” (DCA). La denominazione indica una costellazione di fenomeni morbosi di natura psicopatologica in cui l’atto di cibarsi, da dimensione abituale, relativamente spontanea e irriflessa, diventa fonte di sofferenza, di dipendenza e in certi casi addirittura di morte.

Lo spunto viene da uno scritto di Derrida, *“Il faut bien manger” ou le calcul du sujet* (Derrida, 1989)*. Il filosofo definisce l’atto del mangiare come una “metonimia dell’introiezione”, quale processo fondamentale per la genesi della soggettività. Introiettare, assimilare, incorporare *altro*, poco importa se in senso materiale o simbolico è imprescindibile per il soggetto, che diviene tale all’interno di un legame. *Il faut bien...* è un modo di dire difficile da rendere in italiano. Nell’uso corrente la particella “bien” è un pleonasma rafforzativo dell’espressione impersonale *il faut* (“bisogna”). La formula esprime il senso di una necessità che ha la forza di una constatazione: “bisogna pur mangiare”.

L’espressione consente tuttavia un’ulteriore possibilità di lettura. Una significazione doppiamente inaudita, che non solo resta inavvertita al primo ascolto, ma sposta il ragionamento in una direzione eccentrica e francamente inattuale. In evidente contrasto con la deriva ortoressica dell’odierno discorso scientifico e mediatico sull’alimentazione, Derrida sostiene che la frontiera etica, rispetto al mangiare, non concerne il *che* o il *che cosa*: se, cioè, “bisogna mangiare o non mangiare, mangiare questo e non quello, il vivente o il non vivente, l’uomo o l’animale” (Derrida, 1989, p. 41). Visto che bisogna pur [*bien*] mangiare, e che mangiare è Bene, la domanda si concentra su *come* si debba *ben mangiare*. L’enfasi sulla funzione avverbiale del *bien* [bene] include una valenza etica nella dietetica. Allude al fatto che l’introiezione implichi, e non possa non implicare, il *rapporto* con l’alterità e le diverse declinazioni della sua “concezione-appropriazione-assimilazione” (*ibidem*). Si diventa soggetti assimilando altro, ma concepito e introiettato *come*? E se l’introiezione che costituisce il soggetto è più esattamente una *eterogenesi*, “in rapporto a chi, nei confronti di quale altro, il soggetto è innanzitutto gettato o esposto” (*ibidem*, p. 40) per essere a sua volta introiettato? Solo la reciprocità, ossia ciò che Derrida definisce come la legge dell’ospitalità infinita può garantire l’atto del mangiare. La regola del *ben mangiare* è che “non si mangia mai da soli” (*ibidem*, p. 42). Una massima che racchiude entrambi i significati del *bien*.

Il tema del “ben mangiare” è divenuto il problema centrale della mia ricerca. E’ una metafora dell’oggetto specifico dell’etnografia, cioè il *modello terapeutico* di un centro residenziale per la cura dei DCA: “Palazzo Francisci” a Todi, in Umbria. Nei disturbi alimentari è chiaramente riconoscibile un mangiar “male”. Sul cibo si polarizza l’aspetto più evidente di un profondo malessere esistenziale, che attiene al meccanismo dell’introiezione, cioè alla relazione con se stessi, gli altri e col mondo. Può trattarsi di un rifiuto spinto ai limiti dell’autoconsunzione, come nell’anoressia. Oppure di un fagocitare irrefrenabile eventualmente compensato da

vomito, iperattività, abuso di diuretici o lassativi come, rispettivamente, nella bulimia o nel disturbo da alimentazione incontrollata (*binge eating*). Sono le forme più note di un panorama molto articolato, oggetto di costante ampliamento e ridefinizione.

I disturbi alimentari si collocano nell'intersezione fra due oggetti classici di riflessione antropologica, quali l'alimentazione e la malattia. Entrambi "fatti sociali totali", secondo la definizione di Marcel Mauss (1965), si annodano nella *corporeità*, una dimensione che a partire dagli anni Settanta ha acquisito un ruolo altrettanto centrale nella disciplina. Tullio Seppilli (1994) ha individuato nell'antropologia dell'alimentazione il riferimento concettuale unitario di tutte le discipline che valorizzano il versante sociale dell'alimentazione umana (economia, sociologia, antropologia, storia, psicologia, psicoanalisi, semiotica, linguistica). Al di là dell'interesse specifico, questo campo di ricerca presenta un rilievo metodologico importante, investendo il tema della reciproca autonomia, e insieme i rapporti di integrazione, fra il biologico e il sociale, i due livelli "ai quali si colloca e va indagata la condizione umana". Definire l'alimentazione come "una risposta sociale a un bisogno biologico" (*ibidem*, p. 8) riconosce, da un lato, l'imprescindibilità della funzione nutritiva, dall'altro, valorizza l'intervento che la comunità umana esercita su di essa nella varietà delle sue forme. Le inibizioni, canalizzazioni e modifiche imposte dal sistema sociale ai processi biologici della nutrizione, finiscono per retroagire su questi stessi processi, riconfigurandoli. Non solo la risposta, ma anche il bisogno risulta correlato al contesto storico-sociale. Pur essendo necessaria ai fini della sopravvivenza, la nutrizione umana non è, a rigore, un processo propriamente naturale. Perfino il latte materno è imbevuto di simboli. La varietà delle pratiche di allattamento e di svezzamento rende evidente l'ingerenza del culturale nel punto di massima vicinanza a un ipotetico stato di natura.

In generale, il cibo non è mai "dato". Non esiste a prescindere da un complesso lavoro di *umanizzazione* che a molti livelli, non solo quelli legati al modo di produzione e alla configurazione del territorio, ritaglia entro il vasto campo del commestibile – l'uomo è onnivoro (Fischler, 1990) – quello inevitabilmente più ristretto dell'appetibile. Ciò che la moderna scienza dell'alimentazione può obiettivare quantitativamente in un sistema universalizzato di valori nutritivi, nella contingenza delle diverse realtà socio-culturali precipita su altri generi di fattori prima di poter assegnare a un nutriente un effettivo valore alimentare. Il sistema degli interdetti legati alla sfera del sacro, come nelle grandi religioni, o in bilico fra scienza e ideologia, come nelle odierne "società del rischio", esplicita la connessione tra la dimensione del consumo e quella del valore. Sul piano teorico si può affermare, com'è stato fatto autorevolmente, la priorità dei fattori materiali (Harris, 1985) oppure simbolici (Levi-Strauss, 1974; Douglas, 1970) nel condizionare le scelte alimentari. Nella pratica, ogni società tratta gli eventi fisiologici alla stessa stregua di eventi metaforici. I regimi alimentari e le tecniche culinarie, oltre a dipendere dalle circostanze, adeguano la pratica alimentare in base allo status, al genere e al ciclo di vita. Perfino la dimensione del gusto, apparentemente idiosincratica, è funzione di una "distinzione" collettiva (Bourdieu, 1995).

Diventare uomini e donne, lungi dall'essere un processo naturale e privato, è l'esito di una forgiatura culturale giocoforza intersoggettiva. Un processo che trova proprio nelle pratiche alimentari la sua forma primigenia. L'ordine sociale, come ricorda Pierre Bourdieu, si trasmette agli individui innanzitutto nelle modalità "ineffabili" ma anche indelebili dell'educazione corporea. L'educazione primaria, incentrata sui dettagli in apparenza banali del contegno, dell'atteggiamento, dei modi corporei e verbali, "tratta il corpo come un promemoria", operando la "transustanziazione" dei principi fondamentali della società nella forma performativa e semplificata di un esercizio tecnico fondato sulla ripetizione e la mimesi: "tutta una cosmologia, un'etica e una metafisica passano attraverso ingiunzioni tanto

insignificanti quanto “stai dritto” o “non tenere il coltello con la sinistra” (Bourdieu, 1972, p. 245).

Una volta fatta corpo, l'arbitrarietà culturale perde il suo carattere artificiale, intrinsecamente variabile, per rivestire i panni della necessità. Tende a farsi, o almeno viene vissuta, come “natura”. L'apparente spontaneità e immediatezza con cui compiamo certi gesti, le abilità depositate nelle membra e nelle mani, come arrotolare gli spaghetti sulla forchetta, sono il risultato di un faticoso apprendimento, automatismi coltivati fin dall'infanzia e cresciuti insieme a noi. Il gioco semantico dell'espressione francese *il faut bien manger* sintetizza in termini speculativi ciò che per l'antropologia è un'evidenza etnografica: l'alimentazione umana è un “fatto sociale” e “il cibo non è mai soltanto cibo” (Caplan, 1997). La pratica alimentare è a pieno titolo una performance culturale, cioè si apre per il soggetto entro un orizzonte comunitario. In un senso profondo e sostanziale, non banalmente fenomenologico, l'essere umano non mangia mai da solo.

Dal canto loro le patologie alimentari sembrano incarnare la contraddizione di questi assunti. L'atto alimentare si consuma in una solitudine completa e imperativa. Si ammanta di una clandestinità che lo distanzia da altre forme di autoesclusione alimentare per altri versi affini, come il digiuno religioso. Sovvertono, o meglio, invertono la direzione dei processi di mediazione che fanno del cibo il termine di un rapporto – il cibo come cosa buona-da-mangiare – per ricondurlo nell'orizzonte amorfo di una sostanza elementare a valenza persecutoria. L'alimentazione anoressica, secondo l'esemplificazione di Domenico Cosenza, si riduce “a un'infirmità liquido-melliflua che rende per lo più superflua la cottura degli alimenti” (Cosenza, 1998, pp. 131-132), mentre quella bulimica, passando senza soluzione di continuità dalle abbuffate incontrollate alle crisi di vomito, si appaga di un automatismo deprivato da qualsiasi interesse per il contenuto, le combinazioni, il gusto. Eppure l'organizzazione del pasto catalizza ogni pensiero. Soprattutto, paradossalmente, la sua non-assunzione o eliminazione colpevole. Se l'alimentazione umana appare contrassegnata, al di là delle variazioni contestuali, da un'alternanza strutturale tra la pulsione e la norma, tra cibo e *logos*, nei disturbi alimentari questa polarità si contrae fino agli estremi di un *logos* senza cibo (anoressia) e di un cibo senza *logos* (iperfagia). Uno scarto che mi è sembrato *antropologicamente* prima ancora che psicopatologicamente significativo.

Considerate patologie endemiche dei paesi occidentali, espressioni eclatanti degli effetti iatrogeni del benessere, appaiono all'etnografo profondamente “esotiche”, esperienze estranianti nel loro porsi ai limiti dell'umano. A interrogare il ricercatore non è tanto l'aspetto spettacolare dell'emaciazione o l'enormità dei corpi quanto la “poietica” che ne sottende la trasformazione. Coniugando le suggestioni di Francesco Remotti (2013) e di Michel Foucault (1992) ci si chiede quale “forma di umanità” queste aberranti “tecnologie del sé” intendano costruire. La loro contestualizzazione socio-culturale appare dunque necessaria proprio a partire dalla loro fenomenologia apparentemente trasgressiva. I disturbi alimentari sono figure in bassorilievo dell'estrema complessità di un'operazione per nulla banale e naturale qual è quella di mangiare. Enfatizzano la peculiare fisionomia del problema alimentare là dove il cibo non solo non manca, ma abbonda. Le trasformazioni che hanno caratterizzato il nostro rapporto col cibo a partire dal secondo dopoguerra – la liberazione, almeno in linea di principio, dall'atavica paura della fame, ma soprattutto i processi di omogeneizzazione e di livellamento conseguenti ai progressi dell'industrializzazione (Camporesi, 1989) – hanno prodotto una profonda alterazione in un ordine alimentare secolare, spingendo alcuni autori a parlare di “morte del Convivio” (Cosenza, 1998; Recalcati, 2000; Fischler, 2013).

In un contributo sul tema dell'anoressia, René Girard (1996) ha osservato che, dato il “rapporto disordinato” che la nostra cultura ha col cibo, “la cosa stupefacente non è l'emergere dei disordini alimentari, quanto il fatto che così tante persone mangino in maniera più o meno normale” (Girard, 1996, p. RIF). Capovolgendo la suggestione di Girard, lo

scienziato sociale è stimolato a interrogare, attraverso la lente dei disturbi alimentari, l'Ordine alimentare della società contemporanea. Gli *eating disorders* sono una declinazione importante di una società che Guido Nicolosi ha definito "ortoressica", cioè ossessionata dal cibo "sano" (da *orthos*, corretto, giusto) e dagli imperativi della salute e della magrezza (Nicolosi, 2007). La nozione antropologica di incorporazione (*embodiment*) esprime su questo fronte tutta la sua portata euristica (Csordas, 1990). Il corpo, sottratto a una visione limitativa che lo riduce a *oggetto*, così della scienza come della "cultura", dispiega la sua forza creativa ed eversiva anche attraverso l'esperienza del malessere. L'antropologia medica contemporanea, rielaborando un'intuizione originaria della psicoanalisi, ritiene che il corpo non sia semplicemente *soggetto-a* ma anche *soggetto-di* malattia. La sofferenza del corpo rappresenta un vettore di significati esistenziali prima ancora che patologici.

E' un fatto palmare come i corpi-soggetti a/di disordini alimentari siano soprattutto femminili. L'intersezione con la questione di genere è l'asse portante della maggioranza dei contributi socio-antropologici sul tema. Anche per ragioni storiche, molti di questi studi risentono di una forte componente ideologica, inserendosi nel solco del movimento femminista (Margherita, 2013). Li accomuna la serrata opposizione alla *medicalizzazione* del disagio alimentare. La denominazione *eating disorders* deriva dalla clinica psichiatrica. Pur essendo controversa, spesso apertamente contestata, è nondimeno egemonica. Come tale sarà impiegata anche nel presente lavoro.

Personalmente, ho percorso una strada diversa da quella dei *gender studies*. Ho inteso, cioè, riconoscere nel paradigma medico una possibile modalità di "costruzione" di queste forme di disagio, rinunciando a esprimere su di esso un giudizio di verità. Il discorso medico non è meno legittimo della prospettiva socio-culturale-femminista, per il semplice fatto l'anoressia non esiste "in sé", né come patologia, né come forma di protesta contro un mondo globalmente ostile alle donne (Orbach, 1978). La tensione critica e anti etnocentrica immanente allo sguardo antropologico non deve far dimenticare che nemmeno esso è "puro". Più interessante e produttivo mi è sembrato, nel caso specifico, utilizzare entrambe le prospettive (medica e femminista) in senso comparativo, non al fine di elaborare una teoria generale sui DCA, ma per dare un rilievo euristico al loro confronto. Seguendo il suggerimento di Geertz, ho considerato i due modelli in controluce, l'uno *attraverso* l'altro, interrogandomi su ciò che la loro sovrapposizione lascia filtrare.

Più in generale, ho problematizzato il modello medico *etnograficamente*, a partire cioè dalla versione contestualizzata e specifica dell'esperienza terapeutica incontrata sul campo. Fin dai tempi della prima ricognizione teorica e documentale, la clinica dei disturbi alimentari mi è apparsa alquanto eterogenea. La sola prospettiva psicoterapeutica racchiude in sé una molteplicità di orientamenti, che muovono da visioni del sintomo e del processo di cura affatto distanti. Alcuni, come la psicoanalisi, si pongono ai margini del paradigma biomedico. Altri, come la scuola cognitivo-comportamentale, spesso rappresentano "il braccio terapeutico delle posizioni biologiche e psicofarmacologiche" (Civita, 1998, p. 297).

Le patologie alimentari sono riconosciute dagli specialisti come malattie gravi e pericolose, potenzialmente letali, nonché molto difficili da trattare. Probabilmente proprio lo scacco della clinica, incapace di fronteggiarne l'incremento, ha scardinato inveterati capisaldi e stimolato l'apertura a una considerazione più allargata del fenomeno. Quando un ragazzo, una ragazza sviluppa un disturbo alimentare, *che cosa* esattamente si ammala? Il corpo? La psiche? Gli esperti dicono la relazione fra i due. Eppure proprio questa terra di mezzo rappresenta un vuoto per la medicina. Se l'esperienza di sofferenza fa collassare il dualismo, il sistema medico è organizzato in Occidente secondo la nota ripartizione cartesiana.

Attualmente l'ipotesi patogenetica più accreditata per i DCA è l'eziologia multifattoriale. Insieme alla cosiddetta "vulnerabilità individuale" (psicologica o genetica), si riconosce l'influenza familiare e sociale nell'insorgenza del disturbo. Questa sorta di sguardo olistico

forzato è di per sé interessante nel panorama di una scienza medica sempre più settoriale e specializzata. Naturalmente l'approccio medico continua ad affrontare il problema dall'angolatura che gli è propria, ossia l'impatto deleterio dei disturbi alimentari sul piano della salute. La comprensione della psicopatologia alimentare è vincolata alla ricerca della causa, e quest'ultima alla produzione di effetti: l'eradicazione del male e/o la sua prevenzione. L'*ars sanandi* è il "limite" della medicina, nel senso kantiano di orizzonte (positivo) di possibilità. A sua volta, l'oscillazione tra il "curare" e il "prendersi cura", tra una connotazione tecnica e una più umanistica del termine, non è sospesa a una pura disamina teorica, ma è fortemente imbricata nella salute come spazio politico (Fassin, 1996).

Nella ricerca, ho messo in tensione un modello preconstituito, con le peculiarità contestuali di una realtà terapeutica "di eccellenza" che accoglie casi gravi e offre un intervento di riabilitazione intensivo. Nel rispetto delle direttive regionali, nazionali e internazionali, la proposta di cura si delinea secondo il modello del *team-approach*, che a partire dagli anni Novanta si è affermato come forma elettiva di trattamento. Di fronte a patologie troppo complesse per una medicina "semplice", la cura ingaggia molte discipline in una collaborazione programmatica e in un certo senso aprioristica. L'approccio "multidisciplinare integrato" prevede la sinergia di figure professionali diverse, afferenti all'area psichiatrica e psicoterapica (comunque prioritaria), all'area medico-internistica e nutrizionale, a quella riabilitativa ed educativa. Il lavoro può essere organizzato contemporaneamente o in successione, ma è comunque pensato per affrontare il problema "a 360 gradi". Secondo un'ipotesi unanimemente condivisa, i disturbi alimentari sono le malattie *mentali* con il peggiore impatto sul *corpo* e la sua biologia.

Il problema del trattamento mette a dura prova le logiche abituali dell'intervento medico, incanalato nei binari paralleli di "psiche" e "soma". Soprattutto, interpella la *relazione* terapeutica, le modalità di approccio al paziente e di erogazione della cura, che non sono le stesse nei due ambiti. La necessità di integrare gli interventi, oltre che dall'aspetto "olistico" della malattia, è incentivata dal problema grave e fondante della "non osservanza" da parte dei pazienti. Idealmente si tratta di un'eventualità che può presentarsi in ogni situazione terapeutica, soprattutto di tipo psichico. Nelle forme di dipendenza, e nei disturbi alimentari in particolare, tuttavia, la resistenza alla cura è una sorta di a priori. La tenacia dell'attaccamento al sintomo è straordinaria e acquista un valore identitario: "sono anoressica", spesso è tutto ciò il soggetto ha da dire - e in fondo è già stato detto dal suo corpo emaciato. La sfida terapeutica è pressante.

Esiste un livello letterale del bisogna *pur* mangiare che corrisponde alla necessità di soddisfare il bisogno fisiologico della sopravvivenza. Per questo l'intervento medico, ivi compreso l'aspetto nutrizionale, appare imprescindibile. Gli effetti di una malnutrizione protratta sono tanto più gravi quanto minore è l'età del paziente, giacché potenzialmente irreversibili. Come si riesce, però, a *far* mangiare chi rifiuta il cibo, oppure mangia male? Che cosa significa mangiare *bene*? A fronte di un recupero sul piano organico, è difficile ipotizzare un reale miglioramento senza l'apporto simultaneo di un nutrimento sul piano della relazione. Independentemente che si tratti di cibo, "pillole o parole" (Nielsen, 1998) la terapia deve farsi pensare come *buona da mangiare*.

Il modello multidisciplinare e l'integrazione delle competenze professionali è stato ipotizzato per il trattamento di tossicodipendenza e alcolismo (Colombo, Cosenza, Cozzi, *et al.*, 2001). In questi casi il processo terapeutico si fonda sull'esclusione della "sostanza" e sulla graduale costruzione della possibilità di farne a meno. Coi DCA accade l'opposto: la presenza del cibo è costante e non offre alternative. La cura, cioè il peggiore dei mali, è una sofferenza che si rinnova ogni giorno e a ogni pasto, independentemente dalla contingenza del momento, e tale resta per tutto il tempo del faticoso smontaggio dei meccanismi soggettivi soggiacenti al disagio. Dal canto loro, le attività terapeutiche consistono nella designificazione e

risignificazione della dimensione alimentare nel suo ampio significato nutrizionale, psicologico, simbolico, identitario. L'etnografia ha esplorato la complessità di questa costruzione. Nel traslare la proposta delle antropologhe mediche Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes (1987), l'analisi è stata rivolta ai "tre corpi" della cura: il corpo *individuale*, cioè l'équipe nel suo insieme e nel posizionamento dei singoli operatori; il corpo *sociale*, cioè il modello di cura propriamente detto; il corpo *politico*, ossia il rapporto tra esperienza terapeutica e sistema sanitario nazionale.

Nei documenti ministeriali sulle "buone pratiche" di cura e di prevenzione per i DCA (Ministero della Sanità, 1998) si parla di "appropriatezza", "tempestività" e "correttezza" degli interventi. La carenza o il malfunzionamento dei servizi, l'impreparazione dei professionisti, i casi di malasanità sono denunciati a gran voce, spesso inutilmente, da familiari e pazienti. Gli operatori aggiungono anche questo carico alle difficoltà intrinseche del processo terapeutico. Malgrado la gravità, questi problemi non esauriscono l'aspetto *biopolitico* della cura. In Occidente, mangiare non è soltanto, come dovunque, una spinta vitale potentissima, ma anche un "dovere". Nei paesi in cui la salute è un diritto positivo, lasciarsi morire di fame è un affronto intollerabile. La questione del Trattamento Sanitario Obbligatorio per l'anoressia è molto delicata e apre uno scenario complesso, che i vari paesi gestiscono autonomamente (Cuzzolaro, 2014; Scoppetta, 2017). A prescindere da quest'evenienza, il decesso può sopravvenire per gli effetti collaterali del vomito, o per le complicanze di una malnutrizione per eccesso. C'è tuttavia un altro aspetto, forse più sottile, da considerare. A fronte della ragazza in pericolo di vita che viene salvata, molte anoressiche continuano a "vivere di fame" sostando per molti anni sul crinale della sopravvivenza. Chi soffre di bulimia può tranquillamente mangiare e vomitare all'ombra di un corpo che "non si vede" perché resta in qualche modo a norma ("normopeso", appunto). L'obeso può incorporare cibo e stigma come condizione identitaria permanente, in mancanza di una seria revisione delle logiche globali del consumo. I disturbi alimentari disvelano la radice politica della cura soprattutto nel mostrare come la salute non possa coincidere con la *nuda vita* (Agamben, 1995). Certamente anche la scelta di non curarsi è una responsabilità in molti sensi onerosa. Tuttavia andrebbe sempre controbilanciata con la praticabilità oggettiva di condizioni esistenziali alternative alla patologia. Una questione che, riguardando in modo massiccio le nuove generazioni, è *a fortiori* un problema sociale e politico.

* Devo la scoperta del testo di Derrida al dottor Leonardo Mendolicchio, direttore sanitario di Villa Miralago (VA) e organizzatore del convegno "Mangiare (il) Bene" (Milano EXPO, 19 ottobre 2015).

I. ATTRAVERSARE I CONFINI DISCIPLINARI

1. Il campo

La scoperta di “Palazzo Francisci”, e più in generale dell’esistenza di strutture residenziali per la cura dei DCA, è stata in buona parte casuale. Cercando su internet della letteratura di settore, mi sono imbattuta in una pubblicazione dal titolo insolitamente evocativo per una pubblicazione scientifica, *L’anima ha bisogno di un luogo* (Marucci, Dalla Ragione, 2007). Fatto ancora più sorprendente, la Prefazione era stata redatta da Tullio Seppilli, figura eminente dell’antropologia medica italiana. L’antropologia medica era stata il punto d’esordio e l’architrave della mia formazione antropologica. Il corso di perfezionamento frequentato all’università di Milano-Bicocca nel 2007/2008 aveva arricchito la professione di insegnante di filosofia che svolgevo da alcuni anni. Il desiderio di approfondire le questioni metodologiche ed epistemologiche sollevate da quell’esperienza mi aveva spinto a iscrivermi al corso di Laurea Magistrale in Scienze Antropologiche ed Etnologiche l’anno seguente.

Le parole di Seppilli corrispondevano al mio stupore: “sembrerà strano, forse, che la presentazione di un libro come questo sia affidata a un antropologo” (*ibidem*, p. xvii). L’imbarazzo si dissolveva nel riferimento a un “approccio integrato” ai disturbi alimentari in cui il contributo dell’antropologia poteva affiancarsi, senza soluzione di continuità, a una medicina già sensibilizzata a una comprensione olistica della sofferenza umana. Il riconoscimento dell’importanza dei fattori socioculturali sul funzionamento del corpo e quindi nell’insorgenza e nel decorso delle malattie era anzi indicato come “l’unica strada non irrazionale per costruire progressivamente, su un terreno epistemologicamente coerente, l’apertura all’integrazione operativa dei vari saperi di cura in un orizzonte unitario” (*ibidem*, p. xix). Proprio l’idea di *cura*, nel senso più umanistico e meno tecnico del termine, era indicata come l’anima del luogo di cui il libro raccontava l’esperienza. Situata all’interno di una villa cinquecentesca nel cuore di Todi, un incantevole borgo medioevale in provincia di Perugia, Palazzo Francisci è stata in Italia la prima struttura pubblica extraospedaliera interamente dedicata al trattamento dei DCA.

Quella lettura dischiuse uno scenario impreveduto. L’idea di svolgere una ricerca etnografica sui disturbi alimentari trovava nella dimensione residenziale le garanzie di continuità e intensità che corrispondono ai tempi lunghi del lavoro antropologico. Grazie all’interessamento del professor Seppilli presi contatto con l’ideatrice e responsabile del centro, la psichiatra Laura Dalla Ragione. In un certo senso fu lei a venirmi incontro. La conobbi personalmente a Varese, vicino al luogo dove vivo e lavoro, in occasione di un convegno, nel novembre 2014. Anche in questo caso fu una congiuntura favorevole – più prosaicamente un altro “nodo” generato dalla rete – a farmi scoprire l’esistenza di Villa Miralago, una comunità terapeutica per DCA attiva dal 2009 a Cuasso al Monte (VA). Il convegno era stato organizzato dal Direttore Sanitario della struttura, il dottor Leonardo Mendolicchio, e la dottoressa vi avrebbe partecipato come relatrice. Con una certa titubanza chiesi di potermi iscrivere a un evento riservato ai professionisti della salute. Era l’occasione

ideale per esplicitare alla dottoressa le mie intenzioni etnografiche. Di quell'incontro ricordo l'ansia – la interrompi nel bel mezzo di una discussione – e la vivida impressione che mi fece la sua persona. Il colloquio fu breve, direi quasi spiccio. Fui invitata a Todi per l'inizio del mese successivo. Per il pernottamento non avrei dovuto preoccuparmi, la dottoressa mi avrebbe ospitata a casa sua. Quasi non riuscii a ringraziare: mi voltò le spalle e tornò alla sua interlocutrice.

Il convegno fu un'esperienza arricchente. Toccava il tema delicato della guarigione. I disturbi alimentari contano, fra le malattie psichiatriche, uno dei maggiori tassi di cronicizzazione, di ricadute e di interruzioni non concordate dei percorsi terapeutici (*drop out*). Trattandosi di sintomi cosiddetti "egosintonici", cioè vissuti senza la percezione soggettiva di malattia – in antropologia medica si parlerebbe di un caso eclatante di *desease* senza *illness* – la resistenza al trattamento è molto alta e questo aspetto è di grande impedimento a una prognosi favorevole. La domanda se sia possibile guarire e, soprattutto, sul significato da attribuire alla parola "guarigione" rimandava, sul piano clinico-teorico, al confronto tra i tipi di intervento (medico, psicologico, educativo, nutrizionale) e di approccio terapeutico. Sul piano pratico, mi offriva uno spaccato inedito sulle misure istituzionali con cui il nostro paese aveva inteso affrontare il dilagare epidemico di queste forme di disagio.

Le prime indicazioni ministeriali specifiche per i disturbi alimentari risalgono al 1998. Un'apposita commissione di studio istituita dal Ministero della Salute aveva elaborato un modello organizzativo articolato in quattro livelli di trattamento, a seconda delle necessità di intervento correlate alla gravità e alla fase di sviluppo della patologia. Ai due estremi si collocano, rispettivamente, l'ambulatorio, deputato all'inquadramento diagnostico e considerato terapia elettiva nella maggioranza dei casi, e il ricovero ospedaliero in reparti specializzati, riservato ai casi di emergenza. I livelli intermedi sono rappresentati, rispettivamente, dal *day hospital* (o semi-residenza), che prevede attività riabilitative e l'assistenza ai pasti, e dal ricovero vero e proprio, da effettuarsi preferibilmente in ambiente extraospedaliero. Il passaggio da un livello a un altro, pur in assenza di una sequenzialità obbligatoria, è considerato la normalità entro un percorso di cura comunque di lunga durata (non meno di due anni). La riforma del titolo quinto della Costituzione demandava alle singole Regioni la traduzione operativa delle indicazioni ministeriali. La realizzazione di una Rete di intervento completa e ben integrata era considerata la condizione indispensabile per garantire l'appropriatezza delle cure e l'ottimizzazione delle risorse.

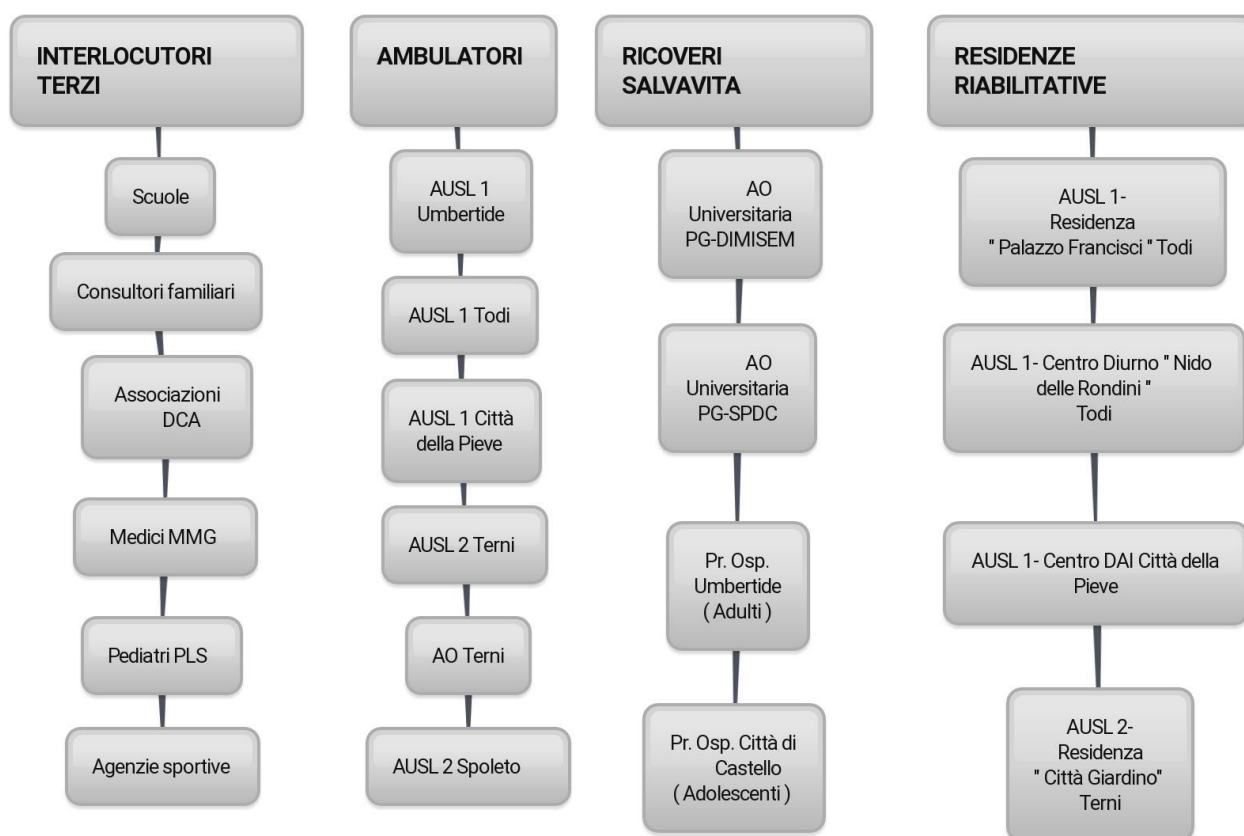
Su questo punto il convegno restituiva una situazione drammatica. Il problema dell'accessibilità ai servizi e la continuità dell'assistenza resta a tutt'oggi un'emergenza dai costi familiari e sociali enormi. Dall'efficace espressione dell'organizzatore del convegno appresi che "i DCA sono la Cenerentola del servizio sanitario nazionale". Compresi meglio più avanti le ragioni *cliniche* di tale marginalizzazione. All'epoca riuscii almeno a dare un senso alla presenza massiccia e agguerrita di parecchie Associazioni di familiari e pazienti provenienti da tutto il territorio nazionale. Il rapporto con le istituzioni emerse subito come un tema sensibile. La formalizzazione dei criteri di accesso ai servizi, le differenze tra le tipologie di intervento, i passaggi tra i diversi livelli assistenziali rispondono ai dettami di una *clinical governance* che deve mediare tra le esigenze economico-organizzative di contenimento della spesa pubblica e l'offerta di una risposta adeguata ai bisogni della salute pubblica. Lo scollamento tra la purezza cristallina delle linee programmatiche e la torbida complessità delle situazioni concrete è come sempre molto ampio. Molte realtà locali sono afflitte da carenze strutturali e situazioni endemiche di disservizio. La mappatura dei servizi presenti sul territorio nazionale (www.disturbialimentarionline.it) evidenzia dei buchi spaventosi: in regioni come Sicilia e Sardegna le strutture sono pochissime, il Molise non ve n'è alcuna. Molte famiglie affrontano veri e propri "viaggi della speranza" per curare i loro figli e non sempre i loro sforzi sono coronati dal successo. Per contenere le spese, molte ASL

rifiutano di concedere l'autorizzazione per i ricoveri extra-regione. Numerosi ostacoli burocratici procrastinano decisioni già urgenti in partenza. Le maglie strette dei criteri di smistamento creano molti casi di esclusione programmatica, che vagano tra un servizio e l'altro fino a inabissarsi nella solitudine delle mura domestiche. La comorbilità psichiatrica grave (un DCA associato, per esempio, a un disturbo dell'umore o di personalità) gioca a sfavore del ricovero residenziale, benché la "doppia diagnosi" sia così frequente che molti clinici accolgono il distinguo con malcelata ironia. Spesso ho sentito dire che le forme "pure" di anoressia e bulimia oramai esistono solo nei manuali.

Sullo sfondo di una piattaforma nazionale alquanto zoppicante, la realtà umbra si stagliava come un'isola felice. Nel 2001 la Regione aveva licenziato le proprie Linee Guida e l'apertura di Palazzo Francisci nel 2003 aveva realizzato per intero la Rete dei servizi a soli cinque anni dalle indicazioni del Ministero.

Fra il 9 e il 13 dicembre 2014 feci il mio primo viaggio esplorativo nei luoghi dove avrei stabilito il mio campo. Venni affiancata ai responsabili di un centro per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario (CEFPAS) di Caltanissetta. All'ombra della "delegazione siciliana" visitai le tre strutture principali per DCA afferenti alla USL Umbria 1: "Palazzo Francisci", dedicato alla cura di anoressia e bulimia (prevalentemente in età adolescenziale) che sarebbe divenuto il contesto privilegiato della ricerca; "il Nido delle Rondini", centro semi-residenziale situato in un'ala dell'ex ospedale di Todi; il centro "DAI" di Città della Pieve, dedicato all'obesità e al "nuovo" Disturbo da Alimentazione Incontrollata. La rete dei servizi include i poli ambulatoriali di Umbertide, Todi e Città della Pieve, mentre i ricoveri sono previsti, nel caso di pazienti adulti, al reparto di Medicina dell'Ospedale di Umbertide e, nel caso di pazienti adolescenti, alla Pediatria dell'Ospedale di Città di Castello.

MAPPA DEI SERVIZI PER I DISTURBI ALIMENTARI E DEL PESO REGIONE UMBRIA



Acronimi: AO, Azienda Ospedaliera; AUSL, Azienda Unità Sanitaria Locale; DIMISEM, Diagnosi, Medicina Interna, Scienze Endocrine e Metaboliche; MMG, Medici di Medicina Generale; PLS, Pediatri di Libera Scelta; SPDC, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Il trattamento residenziale riguarda condizioni patologiche di particolare gravità. E' indicato qualora altre forme di trattamento siano ritenute insufficienti, si siano rivelate tali, o siano sconsigliate in partenza. Il criterio anagrafico è una variabile importante. In linea generale l'età di esordio di anoressia e bulimia è più bassa rispetto a quella di DAI e obesità. Palazzo Francisci, che accoglie pazienti anche al di sotto dei 14 anni, per una degenza media che varia dai 3 ai 5 mesi, può rappresentare il proseguimento di una degenza ospedaliera, oppure l'alternativa (in sé preferibile) all'ospedalizzazione. In molti casi è consigliato quando si ritenga opportuno separare il paziente da un contesto familiare particolarmente problematico.

Il programma semi-residenziale rappresenta, nella maggioranza dei casi, una fase di transizione successiva al ricovero allo scopo di facilitare il rientro del paziente a casa, oppure un progetto terapeutico specifico per individui che hanno alle spalle una lunga storia di malattia. L'età media dei pazienti è più alta rispetto alla residenza e la durata del percorso varia dai 6 ai 12 mesi. Nel centro DAI, aperto dal 2008, sono presenti tre livelli di trattamento (ambulatorio, semi-residenza e residenza). Si rivolge a utenti di almeno 14 anni, per una durata media che oscilla dalle 8-10 settimane per il trattamento residenziale (nel caso dell'ambulatorio, un giorno intero, una volta a settimana) ai 6 mesi per la semi-residenza.

In tutti e tre i centri venne sottolineato come il sintomo alimentare non rappresentasse, di per sé, il vertice del trattamento. Significativamente ciò fu tanto più chiaro a proposito del centro DAI, il primo che visitai. Come ci spiegò la dottoressa Dalla Ragione,

la maggior parte dei centri per la cura dell'obesità, in Italia e nel mondo, sono centri dimagranti. Una dieta restrittiva abbinata all'attività fisica sono i soli interventi proposti. Per questo quando si esce tutto torna come prima. Sul *binge eating*, poi, non esiste alcun trattamento specifico.

Nei paesi occidentali a capitalismo avanzato e in quelli che si avvicinano a tale modello, il problema alimentare si presenta più nella forma dell'eccesso che del difetto. Oggigiorno "il 65% della popolazione mondiale vive in Paesi in cui sovrappeso e obesità uccidono più che il sottopeso" (Banchieri, Dalla Ragione, 2016, p. 200). Anche nel nostro paese interessano una fascia di individui sempre più giovani. Correlati alla dimensione della salute "fisica", questi problemi vengono affrontati essenzialmente dal punto di vista medico. Il trattamento dietoterapico e farmacologico, tuttavia, sono ben lontani dall'essere sufficienti. La medicalizzazione sistematica e grossolana è ritenuta anzi corresponsabile della disorganizzazione del comportamento alimentare e dell'equilibrio psichico di molte persone in forte sovrappeso, oltre a pianificare "una moralizzazione-normalizzazione dell'individuo che ha ben poco di scientifico" (Bosello, Cuzzolaro, 2006, p. 10). Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata è stato riconosciuto come sindrome psichiatrica a se stante nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali del 2013 (DSM V).

Nel centro DAI, l'attenzione agli aspetti psicologici del comportamento alimentare abnorme è al cuore di un modello di intervento fondato sull'imprescindibilità di un "approccio olistico" al disagio. L'obiettivo primario non è la perdita di peso in se stessa, ma l'acquisizione di un nuovo atteggiamento personale verso il cibo e il corpo da tradurre in un cambiamento complessivo dello "stile di vita", nel senso originario della parola "dieta". La terapia non è disgiunta dalla riabilitazione e, contrariamente al modello medico classico, i due momenti si svolgono non in sequenza ma contemporaneamente. La "riabilitazione psiconutrizionale" non è concepita per sostituire una "disabilità" o rimpiazzare delle abilità perdute. E' concepita allo scopo di incrementare le "opportunità di scambio tra risorse mentali ed esistenziali", dal momento che solo all'interno di una dinamica interattiva è possibile attivare un cambiamento

duratura (Dalla Ragione, 2005, p. 29). Il principio di fondo comune ai tre centri risiede nell'appropriazione della terapia anziché nella delega della cura.

La consapevolezza della *doppia natura* del problema alimentare – insieme fisica e mentale, organica e psicologica – emergeva chiaramente dalle parole dei professionisti. La necessità di operare un intervento mirato ma al tempo stesso congiunto è infatti al cuore del modello “multidisciplinare integrato” attualmente privilegiato per la cura di queste patologie (Garner, Garfinkel, 1997). Fin dai primi contatti coi centri, e nei successivi approfondimenti teorici sul tema, ho potuto appurare che la clinica dei disturbi alimentari è “multi”. Termini come multifattoriale, multidimensionale, multiprofessionale, multidisciplinare ricorrono in tutte le Linee Guida e nelle raccomandazioni operative, a livello nazionale e internazionale. In ciascuno dei quattro livelli di intervento dovrebbe essere garantita la presenza di specialisti di diverse discipline. Il *team approach* (intervento di squadra) è unanimemente considerato come la strada migliore per affrontare con qualche probabilità di successo una patologia complessa e refrattaria al trattamento (Cuzzolaro, 2014).

Durante la visita al centro DAI ebbi modo di partecipare alla riunione di équipe, che si svolge ogni settimana e casualmente cadeva proprio in quel giorno. La discussione partiva dal percorso terapeutico dei singoli ospiti, ma faceva emergere delle questioni più generali di grande interesse. Ad esempio, si parlava delle “due velocità” del trattamento, rispettivamente, per la parte “bio” e quella “psi”. La seconda era indubbiamente “più lenta” e questo andava a discapito di condizioni di urgenza “organica”. La prima era costretta a “fermarsi” correndo il rischio di diventare prescrittiva, quindi meno efficace sul lungo periodo. A Palazzo Francisci ebbi occasione di assistere a un vivace confronto, rispettivamente, tra la conduttrice dei gruppi di pratica filosofica e il medico internista, a proposito delle diverse declinazioni della parola “nutrimento”. La difficoltà, per le pazienti anoressiche, di accettare di “dover” mangiare era concepita e affrontata in modi dissimili. Da un lato vi erano ragioni biologico-razionali: “Il cervello è un organo. Senza nutrimento non c’è materia per costruire i pensieri”. Da un altro, motivazioni di carattere filosofico-esistenziale: “Rifiutando il cibo, che cosa impediamo al nostro corpo di vivere?”.

Già queste prime esperienze di osservazione, insieme ad altri fattori, contribuirono a orientare il mio interesse verso il gruppo dei curanti. Idealmente, si stabiliva che i diversi professionisti contribuissero al trattamento, ciascuno nei limiti e nelle forme proprie del loro campo di competenza. Nutrizionisti, dietisti, internisti, pediatri, psichiatri, psicoanalisti, psicoterapeuti, educatori, fisioterapisti, danza-movimento-terapeuti, filosofi, infermieri, endocrinologi, ginecologi, chirurghi bariatrici avrebbero lavorato insieme, nello stesso momento o in fasi diverse della malattia, a seconda di strategie imposte o suggerite dal quadro clinico. Nella pratica, la costruzione di un approccio unitario secondo una regia armonica e ben coordinata mi sembrava tutt’altro che scontata. I saperi disciplinari sono specifici e settoriali, allignano in concezioni dell’uomo, del corpo, della malattia, della guarigione e della relazione molto distanti. Il lavoro di équipe coinvolge soggettività diverse, ruoli diversi, gerarchie di potere. Deve ottemperare a una molteplicità di esigenze, sia interne che esterne alla struttura. E’ obbligato a rispondere a pressioni che prescindono o difficilmente collimano coi percorsi individuali dei pazienti. La gestione di situazioni di palese gravità comporta tutti i rischi annessi all’intervento d’urgenza. A partire dal giorno della sua apertura, come si espresse Dalla Ragione, “abbiamo avuto tutta l’Italia addosso”. Mi fu subito chiaro come Palazzo Francisci non fosse soltanto un luogo di cura innovativo, ma a pieno titolo uno spazio politico.

Lo studio etnografico del modello mi avrebbe consentito di comprendere se, come, con quali limiti e con quali spazi di creatività si realizzasse, nell’operatività concreta e quotidiana di una comunità terapeutica, la convergenza che veniva supposta in teoria. Il focus dell’indagine etnografica è divenuta dunque *l’esperienza della multidisciplinarietà*, per come viene concepita,

appresa, interpretata, vissuta e modellata dai soggetti che la praticano nella quotidianità. In prima istanza, l'équipe terapeutica, nelle sue dinamiche interne di sapere/potere e nelle relazioni coi pazienti, i genitori, i servizi, la comunità. L'ipotesi di una proficua restituzione alla comunità ospitante è stata parte integrante del progetto. Un contributo inedito alla mole di studi clinici, epidemiologici, statistici e sociologici sulle patologie alimentari, dalla prospettiva trasversale propria dell'antropologia e del suo contributo riflessivo in campo medico.

Il lavoro di campo, durato poco più di un anno, si è strutturato come un'esperienza prolungata non continuativa, alternando cioè soggiorni quindicinali di ricerca con altrettanti periodi di studio e revisione a casa. Ho cominciato dalla conoscenza olistica e dalla parallela familiarizzazione etnografica con Palazzo Francisci. Ho appreso le regole, esplicite e implicite, che presidono al suo funzionamento istituzionale. Ho ricostruito la storia della sua fondazione tenendo conto della specificità del caso umbro nel panorama italiano della riforma della salute mentale (Legge 180). Ho seguito la vita quotidiana della comunità, partecipando alle attività terapeutiche di gruppo (non ai colloqui individuali, se non in qualche caso) e assistito regolarmente alla "terapia nutrizionale". Durante questa fase, che è durata un paio di mesi, ho intervistato alcuni pazienti. Successivamente, anche grazie a una definizione più precisa dell'oggetto di ricerca, mi sono concentrata sull'équipe. Al confronto diretto attraverso l'osservazione e le interviste individuali, si sono aggiunte le occasioni di scambio tra i professionisti previste dal regolamento o provocate dal ricercatore, come le riunioni settimanali e le supervisioni trimestrali del *team*, i colloqui informali con terapeuti singoli o in coppia, le attività dedicate ai genitori, i convegni di carattere scientifico. Da questo punto di vista sono stata favorita dall'evento di Milano EXPO, che ha contribuito ad ampliare il dibattito sulla questione alimentare.

Per buona parte del mio soggiorno di ricerca ho potuto contare sulla generosa ospitalità della dott.ssa Dalla Ragione. La stanza del figlio, assente per motivi di studio, è divenuta temporaneamente "la camera dell'antropologa", mentre la magnifica e tranquilla cucina è stata un luogo di studio ideale e l'occasione di scambi estemporanei e preziosissimi. La morbida presenza della gatta Asia ha costituito una fonte di plus-calore nelle fredde serate perugine, un favore che ho ricambiato concedendole la mia valigia come giaciglio. I viaggi da Perugia a Todi (45 Km circa) sono avvenuti per lo più sfruttando i passaggi di qualche operatore benevolo, consapevole della non facile situazione dei mezzi pubblici. Gli spostamenti in auto si sono rivelati un'occasione proficua per raccogliere informazioni, condividere opinioni, sciogliere dubbi e trascorrere momenti piacevoli. Dopo l'estate mi sono stabilita direttamente a Todi, a casa della dott.ssa Silvia Ferri, la coordinatrice di Palazzo Francisci, che mi ha offerto non solo un punto di osservazione privilegiato e ben documentato sul funzionamento della struttura, ma anche le sue invidiabili capacità culinarie e tutte le forme di nutrimento che derivano da un'amicizia.

2. Interpretazione e incorporazione

L'ambito dei disturbi del comportamento alimentare mi ha permesso di sviluppare in senso etnografico alcune questioni metodologiche affrontate nel lavoro di tesi Magistrale. Confluite, successivamente, in una riflessione più ampia sull'epistemologia della pratica etnografica (Malighetti, Molinari, 2016), costituiscono l'architettura del mio posizionamento teorico e quindi un preliminare necessario. Insieme, esplicitano un bagaglio di nozioni, suggestioni e piste di indagine, guadagnate in seno alla disciplina antropologica, e in particolare all'antropologia medica, che nella ricerca ho fatto reagire con i saperi e le pratiche incontrate sul campo.

Interessata agli aspetti metodologici della ricerca antropologica e colpita dalla condizione multiparadigmatica propria della disciplina (Fabietti, 1999) avevo elaborato un confronto tra due modelli alternativi del lavoro sul campo. Da un lato, gli approcci interpretativi, riflessivi e dialogici emersi dal dibattito statunitense a partire dagli anni Settanta. Dall'altro, un insieme di orientamenti relativamente meno definito e più recente incentrati sulla nozione di incorporazione (*embodiment*). Nella comune opposizione al modello positivista, tali proposte possono ritenersi due declinazioni del ruolo attribuito alla *soggettività etnografica* nel processo di costruzione della conoscenza antropologica. Tale riconoscimento rappresenta il contributo originale dell'etnografia al dialogo interdisciplinare sul metodo della ricerca. Non solo smarca le scienze umane dall'adozione mimetica degli standard elaborati dalle scienze della natura, ma supera la stessa contrapposizione tipologica tra le scienze.

Nella seconda metà del Novecento l'antropologia è stata al centro di un importante movimento di crescita di autoconsapevolezza epistemologica, che ha fatto collassare i fondamenti sui quali si era costituita come scienza delle "società primitive" rinnovando profondamente la pratica etnografica. Una serie di fattori interni ed esterni alla disciplina ha portato alla repentina decostruzione del paradigma struttural-funzionalista dominante e, con esso, della pretesa olistica della ricerca etnografica. Nozioni disciplinari specifiche, come etnia, tribù, comunità, identità, razza, parentela sono contestate nella loro natura etnocentrica ed essenzialista. Viene ripensato criticamente il concetto stesso di cultura, paradossalmente proprio nel momento in cui inizia la sua esportazione, semplificata e strumentalizzata, in numerosi contesti extradisciplinari. La critica propriamente epistemologica dell'oggettività conoscitiva si salda, significativamente, alla contestazione delle implicazioni etiche e politiche di tale ideale. La riflessione sul potere incorporato nello sguardo etnografico disvela impietosamente la collusione tra i modelli di autorità e autorialità scientifica, ispirati al paradigma naturalistico, e la dominazione coloniale. La consapevolezza della simmetria tra l'ideologia visualista del discorso referenziale e le ideologie e le pratiche di dominio dell'Occidente conduce a una critica scrupolosa e disincantata delle formule scritturali dell'etnografia moderna, culminata nel testo *Scrivere le culture* (Clifford, Marcus, 1986).

Il mutamento paradigmatico inaugurale della cosiddetta "antropologia postmoderna" è rappresentato dall'*antropologia interpretativa* di Clifford Geertz (Malighetti, 2008). L'apertura della disciplina all'ermeneutica ha prodotto una complessa forma di problematizzazione della pratica etnografica e dei suoi riflessi sulla conoscenza antropologica. Il "comprendere" non indica semplicemente un modo di conoscere, ma la condizione originaria dell'uomo in quanto essere storico e linguistico (Heidegger, 1927; Gadamer, 1960). All'ideale positivistic del rispecchiamento dei fatti, subentra la consapevolezza del legame circolare tra gli oggetti e le loro condizioni di conoscenza. Il metodo non è un processo estrinseco, ma converge con l'oggetto e implica il soggetto. La potenza eversiva della proposta geertziana considera la cultura dal punto di vista del "significato" e non del "dato". E' intesa come un testo da interpretare più che una realtà da rispecchiare. La conoscenza antropologica è un processo di traduzione.

La scrittura acquista un ruolo epistemologico centrale ed è valorizzata come attività trasversale a tutte le fasi della ricerca. Letteralmente incorporata nell'antropologia come pratica scientifica, l'*etnografia* (letteralmente "scrittura dei popoli") è indispensabile per organizzare l'esperienza dell'antropologo sul campo e trasformarla in un prodotto intellettuale. La testualizzazione è un'attività poetica, non meramente riproduttiva. Grazie alla qualità oggettivante del testo scritto, che "fissa" il significato predisponendolo alla comunicazione intersoggettiva, l'antropologo modella ciò che fa conoscere. Una "finzione", intesa non come falsità o pura fantasia, ma come "qualcosa che è stato fatto o formato" (Clifford, 1986, p. 31), anche attraverso l'utilizzo di specifiche convenzioni formali e retoriche.

2.1 Dal testo all'incorporazione

La cifra dell'antropologia postmoderna risiede in un massiccio spostamento verso la testualizzazione, un movimento speculare e contrario al carattere sostanzialmente irriflesso dell'etnografia tradizionale. Alcune forme sperimentali di scrittura, tuttavia, hanno estremizzato la dimensione dell'*autorialità* esponendosi all'accusa di soggettivismo. Sono state criticate per aver compromesso la vocazione scientifica della disciplina, sommergendola con le ansie di una soggettività debordante dal punto di vista sia metodologico sia scritturale. La metafora testuale sarebbe stata "presa alla lettera" (Csordas, 1999, p. 22) lasciando irrisolta la questione centrale della referenzialità. Nell'antropologia positivista l'altro era ridotto a oggetto. In quella postmoderna diventa una traccia testualizzata. Per quanto diverse, entrambe queste posizioni "astraggono" dall'incontro effettivo con l'altro. L'identificazione tra soggettività e autorialità può concorrere a una forma di *sublimazione* dell'esperienza di campo in modo analogo alla sua *rimozione* da parte dell'antropologia positivista, che si era limitata all'adozione mimetica degli standard di scientificità elaborati dalle scienze della natura.

Geertz ha preso esplicitamente le distanze dalle nuove forme sperimentali di scrittura (Geertz, 1988). Tuttavia, un punto critico immanente all'*interpretativ turn* giustifica l'ipotesi di una continuità. Da più parti è stato osservato che, applicando alla cultura le strategie dell'interpretazione proprie dei testi verbali e scritti, Geertz avrebbe ereditato un presupposto idealistico e logocentrico. Riprodurrebbe, cioè, l'ottimismo cognitivo gadameriano, fondato sulla concezione del confronto intersoggettivo nel dialogo come "fusione di orizzonti" e su un'idea di interpretazione come "innalzamento a un'universalità superiore" (Gadamer, 1960, p. 355). In questo modo dà per scontato che il testo culturale sia sempre traducibile e sia sempre linguistico. L'esperienza effettiva dell'interazione tra l'antropologo e i suoi interlocutori non corrisponde però a questo modello, che si rivela astratto e contemplativo. Nel contesto pragmatico e vitale dell'incontro l'interazione non solo non è per forza linguistica, ma nemmeno cooperativa per definizione. Lo spazio/tempo della mediazione interpretativa non si dischiude automaticamente, e tantomeno è un processo lineare e intellettualmente garantito di approssimazione al senso. Considerato sotto il profilo comunicativo, lo scambio dialogico è un *atto linguistico* pragmatico e strategico, opacizzato da malintesi, effetti di distorsione, reticenze e manipolazioni reciproche, che dicono qualcosa della relazione prima ancora che della "cosa". Nell'escludere l'empatia come strumento di conoscenza, Geertz avrebbe eluso la radice *passionale* della comprensione in quanto ostacolo alla perfezione ideale del suo modello di traduzione.

Alcune proposte metodologiche degli ultimi anni del Novecento hanno raccolto in chiave critica e originale le stimolazioni prodotte dalla svolta interpretativa, affiancando o contrapponendo all'identificazione tra soggettività e autorialità, una riflessione sull'etnografia come esperienza vissuta, insistendo sulla dimensione pratica e interagentiva della ricerca. La soggettività dell'antropologo è pensata sotto il profilo dell'*incorporazione*, sulla scorta di riferimenti teorici che hanno alla base la revisione della concezione cartesiana della corporeità e delle teorie della conoscenza di stampo intellettualistico.

Tali proposte recepiscono come il soggetto conoscente non sia un osservatore onnisciente e imparziale ma una presenza viva, individuale e idiosincratca, compromessa e posizionata nella realtà del campo sotto il profilo cognitivo e politico. Tuttavia, respingono la focalizzazione dell'interesse analitico sulla dimensione discorsiva e logocentrica e sull'elaborazione testuale. La consapevolezza delle strategie di rappresentazione dell'altro diventa l'analisi delle modalità effettive con cui lo si incontra sul campo, nella pienezza di una soggettività concepita in termini non solo intellettuali, ma anche sensoriali e percettivi. L'opera di mediazione da cui emerge la conoscenza viene pensata non soltanto dal punto di

vista ermeneutico, come scambio di *significati*, ma come impatto fra comportamenti e vissuti, come incontro fra *corpi*.

A partire dagli anni Novanta, il concetto di *embodiment* ha guadagnato una posizione centrale in seno alla riflessione antropologica (Bourdieu, 1972; Fabian, 1983; Scheper-Hughes, Lock, 1987; Csordas, 1990; Bloch, 1991; Wikan, 1992; Ingold, 2001; Scheper-Hughes, 1994; Strauss, Quinn, 1994). L'attenzione che gli è stata riservata non sintetizza un semplice interesse per le dimensioni socioculturali della corporeità. Aspira, piuttosto, a farsi cardine di un generale riordinamento paradigmatico della disciplina. Più che un ambito di ricerca ancora da esplorare, rappresenta un modello teorico ed epistemologico da cui far scaturire un nuovo modo di fare antropologia. Sulla nozione di incorporazione si fonda la possibilità di un'antropologia *dal* corpo quale complemento e integrazione dell'antropologia *del* corpo già presente nella tradizione.

Gli studi etnografici sulla variabilità storica e culturale del concetto di corpo e sulla corporeità come oggetto privilegiato di costruzione culturale sono molteplici. Il loro momento fondativo è considerato il breve saggio pionieristico di Marcel Mauss sulle *tecniche del corpo* (Mauss, 1936). In questi approcci la nozione di incorporazione indica i processi di plasmazione sociale e politica della corporeità. Se ogni cultura può esser vista come uno specifico "progetto di umanità", l'*antropopoiesi* (Remotti, 2013) si manifesta *in primis* a livello somatico, come *somatopoiesi*. La cultura iscrive cioè sul corpo, modellandone i tratti, i gesti e i comportamenti, la sua definizione dell'essere umano. Il corpo diventa il simbolo incarnato della società (Douglas, 1970). L'importanza di queste prospettive analitiche consiste nell'aver contribuito a de-naturalizzare il corpo, liberandolo da un'esclusiva concettualizzazione biologica. Ciononostante, nel fare del corpo un ricettacolo sostanzialmente inerte e passivo di pratiche e poteri socioculturali, sono rimaste ancorate a una concezione oggettivistica della corporeità, all'idea del corpo come substrato materiale della persona. L'antropologia *del* corpo presuppone e riproduce l'etno-psico-fisiologia dell'Occidente moderno, ovvero la visione cartesiana dell'uomo come mente pensante innestata su un meccanismo corporeo (Scheper-Hughes, Lock, 1987). La decostruzione di tale nozione negli anni Settanta, ha potuto operare una rottura epistemologica grazie alla quale la riflessione sul corpo ha intrapreso nuove strade.

Il riconoscimento del carattere "innaturale", ossia culturale, della corporeità ha prodotto una definizione del corpo sottratta al riduzionismo organicistico. Su questo punto l'apporto della tradizione filosofica esistenzialista e fenomenologica del primo Novecento è stato determinante. L'interesse teoretico è spostato dal dualismo mente/corpo alla correlazione originaria fra corpo e mondo. La categoria del "vissuto" soppianta il corpo organico ridotto a "cosa". In questo modo il corpo si riappropria della *soggettività* e della costruzione attiva del senso, ricomponendo la frattura tra l'esperienza corporea e la sua rappresentazione. La "fine del corpo" moderno (Martin, 1992) dischiude la possibilità teorica di un'antropologia *dal* corpo. L'uomo esiste come corpo: ciascuno è il corpo che *ha*. Come spiega Csordas, "l'incorporazione è una condizione esistenziale in cui il corpo è la fonte soggettiva e il terreno intersoggettivo dell'esperienza" (Csordas, 1999, p. 19). La soggettivazione del corpo capovolge la prospettiva sul rapporto corpo-cultura. Non solo i corpi sono plasmati culturalmente, ma a loro volta producono significati ed esperienze. Il corpo diviene il fondamento della cultura e dell'azione sociale.

In generale il tema dell'incorporazione è un aspetto di un più ampio interessamento per le dinamiche che valorizzano la dimensione agentiva delle soggettività. Consolida l'apertura della ricerca antropologica verso nuovi scenari, che vedono proprio i corpi come protagonisti: dagli sviluppi delle biotecnologie alla mercificazione dei fluidi e degli organi corporei, dalle pratiche di modificazione somatica alle questioni identitarie sollevate dal trattamento politico dei corpi dei migranti e dei rifugiati. L'attenzione analitica dell'etnografia si rivolge alle

dimensioni soggettive, fluide e indeterminate dell'azione sociale, allo studio del modo in cui i significati culturali vengono riprodotti, trasformati o contestati a livello delle esperienze individuali e collettive. In questo scenario, il corpo è il *locus* di soggettivazione privilegiato. Attraverso l'uso e il vissuto del proprio corpo l'individuo esprime un concorso attivo all'elaborazione dei significati culturali.

Non a caso, un contributo determinante nel profilare questo nuovo significato dell'incorporazione è derivato dall'antropologia medica. In aperta opposizione alla matrice cartesiana della biomedicina, Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock (1987) identificano un corpo pensante (*mindful body*), cosciente e consapevole, che si relaziona attivamente al mondo sociale. Esaminata attraverso il costrutto euristico dei "tre corpi" – corpo individuale, corpo sociale e corpo politico – la malattia non è più "uno scontro sfortunato con la natura", o qualcosa che semplicemente capita all'individuo. Piuttosto "è qualcosa che gli esseri umani fanno in modi originali e creativi. La malattia è una forma di prassi del corpo, di azione corporea" (Scheper-Hughes, 1994, p. 284). Il disagio del corpo può essere studiato sia come una forma incarnata di egemonia e degli effetti iatrogeni del sistema sociale, sia come una critica politica incarnata, l'espressione di un riposizionamento soggettivo rispetto al mondo sociale inscritto nei corpi.

Per cogliere e valorizzare la complessità di questi aspetti occorrono nuovi strumenti analitici. La tradizionale antropologia *del* corpo non è in grado di cogliere l'aspetto propriamente agentivo della corporeità. Essa ha opacizzato la dimensione individuale, soggettiva e vissuta, interpretandola come mera funzione della collettività. Inoltre, ha ereditato dalla filosofia occidentale moderna un'idea di corpo interamente consegnata alla "natura". Il corpo è ridotto a *oggetto* di plasmazione socioculturale, o a inerte materia organica. Per questo il più autorevole teorico dell'incorporazione, Thomas Csordas, insiste a rimarcare la differenza tra *corpo* e *incorporazione* (Csordas, 1990, 1993, 1994b, 1999), nonché la predilezione per il secondo termine. L'esplicitazione dell'incorporazione come "terreno metodologico indeterminato, definito dall'esperienza percettiva e dalle forme di presenza e di impegno nel mondo" (Csordas, 1999, p. 21), iscrive immediatamente la corporeità nel registro della *soggettivazione*. La connessione tra corpo e soggettività innesca parallelamente una trasformazione e rielaborazione del sapere antropologico. Apre la strada a una considerazione della corporeità in cui il corpo diventa uno strumento metodologico, ossia *soggetto* e non solo *oggetto* di ricerca. In quanto "condizione esistenziale dell'uomo", l'incorporazione riguarda anche il ricercatore.

Passando dall'incorporazione come oggetto di analisi all'incorporazione come metodo di ricerca, si studia la cultura non solo a partire dai corpi che la fanno, ma anche dal corpo che si è. La costruzione di un'antropologia dal corpo acquisisce, quindi, un senso specificamente etnografico. Già negli anni Sessanta George Devereux (1967) rimarcava come il corpo del ricercatore fosse la prima occasione di riflessività, oltre che fonte di angoscia. Con le emozioni che incarna, il corpo costringe l'osservazione a farsi metaosservazione, condotta nella consapevolezza di essere "controsservati". Le rigide prescrizioni metodologiche di quelle che chiamava "le scienze del comportamento" gli apparivano come compensazioni razionali, mosse difensive di fronte alla presenza dell'altro. Collocandosi sulla scia di queste indicazioni pionieristiche, gli odierni paradigmi fondati sul concetto di *embodiment* sanciscono, all'opposto, il superamento di alcuni capisaldi della teoria e della pratica antropologica.

Conoscere *dal* corpo significa confutare tanto il postulato della neutralità del soggetto conoscente quanto i paradigmi classici della teoria della conoscenza. In antitesi a quello che Nietzsche chiamava il "dogma dell'Immacolata Concezione", e Bourdieu il postulato positivistico di una "scienza senza scienziati" (Bourdieu, 1977, p. 163), la corporeità del ricercatore colloca inevitabilmente l'osservatore nell'osservazione. Non solo sotto il profilo del suo posizionamento teorico (precomprensioni, linguaggio, orientamenti di pensiero, ruoli

istituzionali e non), ma soprattutto al livello basico della sua presenzialità *fisica*. La circolazione dei significati quale condizione di conoscenza è attivata da una intenzionalità *corporea* prima ancora che *conoscitiva*. In questo senso il corpo del ricercatore diventa lo spazio liminale della comprensione, il suo veicolo e il suo vincolo. Alla rimozione del corpo dello scienziato quale garanzia dell'obiettività della visione, subentra un'ottica in cui i sensi, i sentimenti, le emozioni, il dolore, le opacità della comunicazione diventano occasioni di riflessione e fonte di conoscenza. Nello stesso tempo, la biografia del ricercatore, la storia personale che egli porta incisa sul proprio corpo – l'età, il genere, la conformazione, la mimica – rappresentano selettori originari e invalicabili che condizionano le ricerche e ne orientano le direzioni analitiche (Abu-Lughod, 1986).

2.2 Partecipazione radicale e teoria "pratica" della conoscenza

Le diverse prospettive che valorizzano il ruolo metodologico del corpo si trovano solidali nel criticare il *logocentrismo* della tradizione occidentale e la sua visione idealistica della conoscenza. Considerano come sia l'antropologia geertziana, sia quella postmoderna, pur nella ricerca di nuove modalità di produzione e restituzione della conoscenza, di fatto confermino il primato conoscitivo del linguaggio e della rappresentazione (Csordas, 1999, p. 28). La dimensione verbale della comunicazione e la riflessività come forma di scrittura sono comunque sbilanciate sull'antropologo, sulle modalità di interazione e di apprendimento a lui culturalmente più congeniali, ma che non necessariamente corrispondono a quelle dei suoi interlocutori. Il "punto di vista del nativo" potrebbe non essere intelligibile sul piano dei concetti e nondimeno essere comprensibile in forma non discorsiva.

Fin dalla metà degli anni Ottanta, l'antropologia esperienziale di Victor Turner (1985) raccomandava la "partecipazione radicale" del ricercatore al contesto di ricerca, orientando la stessa attività conoscitiva in senso prassiologico. Il coinvolgimento diretto dell'etnografo nelle performance rituali era contrapposto all'"ermeneutica del comportamento" suggerita da Geertz, "che descrive le azioni di qualcun altro come se stesse assistendo a uno spettacolo" (*ibidem*, p. 5). Alla base della proposta di Turner c'è la convinzione che la partecipazione sia un vettore di conoscenza nella misura in cui produce una trasformazione dell'antropologo come persona. Non si può capire senza partecipare, senza sapere cosa *si prova* nel fare una certa esperienza. La ricerca sul campo diventa, in senso forte, un'esperienza di iniziazione (Favret-Saada, 1977).

Nella contemporaneità molti gli antropologi (e soprattutto antropologhe) restituiscono un'immagine della pratica di campo come un'esperienza di intenso coinvolgimento sul piano autobiografico ed emotivo. Alcuni usano tonalità che non hanno alcuna esitazione a definire *empatiche* per rendere patente e intenzionale il contrasto con la prospettiva interpretativa. Secondo l'antropologa femminista Judith Okely la "conoscenza incorporata dell'esperienza etnografica" (Okely, 1992, p. 1) si acquisisce per adesione spontanea, immediata e involontaria, dando poco spazio alla mediazione strettamente cognitiva. E' evidente la sua propensione a considerare epistemologicamente rilevante l'impegno sensoriale, emozionale e pratico nel lavoro sul campo, che puntualizza nel senso letterale del termine: "*work in fields*" (*ibidem*, p. 17). L'antropologa norvegese Unni Wikan introduce la nozione balinese di *keneh* (risonanza) allo scopo dichiarato di andare "oltre le parole" e creare con i suoi interlocutori una forma di "feeling-pensiero" che renda "viva" la conoscenza dell'altro (Wikan, 1992). La comprensione non avviene, a suo avviso, nello scambio dialettico tra concetti vicini e concetti lontani dall'esperienza, come per Geertz, bensì "nell'occuparsi degli aspetti mutevoli dell'essere nel mondo e dell'agire sul mondo dai quali unicamente i concetti prendono vita" (*ibidem*, p. 118).

Alcuni orientamenti etnografici giustificano la centralità euristica dell'interazione corporea mediante il ricorso a specifiche teorie della cognizione, alternative a quelle classiche di stampo intellettualistico. L'antropologia cognitiva di ispirazione connessionista, per esempio, applica all'etnografia l'assunzione di fondo secondo cui la cognizione umana non sarebbe organizzata come un linguaggio. La revisione del modello classico dell'intelligenza artificiale attraverso i concetti di "schema" e di "rete neuronale" (Strauss, Quinn, 1994) affida all'esperienza incorporata degli esseri umani nel loro ambiente di vita un ruolo centrale nella formazione dei concetti. La mente viene radicata basilamente nel corpo (Lakoff, 1998, p. 117). L'immersione spontanea e interattiva in un altro contesto di vita produce un ampliamento degli schemi culturali del ricercatore fino a condividere coi propri interlocutori un vasto sapere implicito (Bloch, 1991; Piasere, 2002). L'esperienza etnografica è concepita come un processo di apprendimento "informale" ottenuto attraverso la condivisione della quotidianità degli altri. Ciò che l'antropologia psicologica americana definisce *internalization* (D'Andrade, 1995) non è qualcosa di programmabile a tavolino, deliberato con uno sforzo cosciente, o estrapolato con un atto puramente cognitivo. Sul campo gli antropologi acquisiscono le informazioni più rilevanti spesso attraverso modalità sottratte al controllo consapevole, come la *serendipity*, l'impregnazione (Olivier de Sardan, 1995), l'"attenzione fluttuante" alias "distrazione ricettiva" (Bion, 1962; Devereux, 1967). L'etnografo non necessariamente trova quando cerca, anzi, talvolta ottiene qualcosa quando rinuncia a selezionare in anticipo le informazioni che gli servono e lascia vagare la sua mente.

Un altro filone di ricerca giunge a conclusioni analoghe a partire dalla centralità epistemologica riscossa dal concetto di *pratica*. Già durante gli anni Sessanta e Settanta la cosiddetta "svolta pratica" aveva innescato un ripensamento complessivo delle teorie della società, della conoscenza e del significato, in opposizione all'orientamento cognitivista e strutturalista. In tempi più recenti, il dibattito è confluito nella *practice theory* (Schatzki, Knorr-Cetina, Von Savigny, 2001) una riflessione interdisciplinare sul problema della conoscenza il cui interesse analitico si appunta su dimensioni che hanno un'evidente implicazione corporea, come le tecniche, le abilità, le conoscenze tacite e i processi di apprendistato. L'antropologia ecologica di Tim Ingold si riconosce in queste premesse. Propone una visione complessa delle relazioni fra l'uomo e il suo ambiente di vita che articola, in una sintesi originale, le teorie sistemiche (Bateson, 1972, 1979; Maturana, Varela, 1984), la biologia antidarwiniana dello sviluppo (Goodwin, 1984) e la teoria della percezione di James J. Gibson (Gibson, 1979). Il corpo diventa il perno di una visione della cultura e della conoscenza che si costruisce a partire da un organismo *attento e in movimento* (Ingold, 2000, p. 171), implicato nell'azione a prescindere da processi strettamente cognitivi. Poiché il significato è considerato *immanente* all'impegno concreto degli organismi nel loro habitat (*ibidem*, p. 168) – e non il risultato di un processo interpretativo – l'etnografo può apprendere un'altra forma di vita "abitandola" allo stesso modo dei suoi interlocutori (Ingold, 2001, p. 73). La pratica etnografica viene a profilarsi come una forma di *apprendistato corporeo*. La comprensione antropologica consiste nella graduale sintonizzazione percettiva e operativa da parte del ricercatore col contesto socio-ambientale oggetto di ricerca. Ingold definisce questo processo col termine di *enskilment* (da *skill*, "abilità"), in opposizione all'usuale *enculturation*. Il legame emotivo che deriva dal coinvolgimento pratico e dalla condivisione dell'esperienza detiene un preciso valore epistemologico. Come accade all'interno di ogni comunità, ciascuno impara non solo per conoscere, ma anche per appartenere. L'apprendimento di un'abilità è un processo di socializzazione.

Gli antropologi che enfatizzano la valenza euristica della corporeità si oppongono manifestamente alle metodiche etnografiche classiche, più direttive e asimmetriche, dell'intervista o del dialogo. Su un punto, però, la convergenza delle varie proposte è netta e

lampante: la marginalizzazione della scrittura come perno epistemologico della comprensione e restituzione di un universo culturale distante.

2.3 Il corpo e la scrittura

Eleggendo il corpo a strumento di conoscenza, l'antropologia *dal* corpo esplicita la correlazione tra metodo e soggettività. Sottolinea come l'incontro etnografico sia un'esperienza reale, vissuta. Pone l'interazione partecipativa e l'intreccio tra processi conoscitivi e dinamiche relazionali come condizioni della negoziazione dei significati. L'incorporazione *incarna* la tensione dialogica e polifonica dell'etnografia, tentando di attuarla in termini pratici e interagentivi. Non si esime da una presa di posizione etica, né sottovaluta la collusione tra l'ideale scientifico moderno e il rapporto di dominio dell'Occidente. La dichiarazione di tale sensibilità, tuttavia, non sempre si coniuga compiutamente con l'ideale conoscitivo sotteso a queste proposte.

E' significativo come, nelle metodologie esperienziali e partecipative, l'attenzione alle dinamiche di costruzione dell'*autorità etnografica* sia poco analitica, laddove la partecipazione del ricercatore assume, all'opposto, una connotazione fortemente realistica. La condivisione della quotidianità e la qualità eminentemente pratica dell'interazione sembrano implicare un'integrazione immediata e naturale nella comunità ospitante, quasi che il semplice desiderio di partecipazione dell'antropologo fosse anche condizione del suo esaudimento. In questo modo la complessità del posizionamento dell'etnografo sulla scena sociale si stempera nella celebrazione idealizzata di un generico senso di appartenenza alla collettività. Produce un'immagine ingenua del lavoro di campo fondata sull'opposizione di stampo positivista fra un'omogenea realtà degli altri e un antropologo "invisibile" nel suo ruolo di apprendista.

Soprattutto, la valorizzazione analitica del corpo non si accompagna a una chiarificazione preliminare di natura *epistemologica* – non solo metodologica e teorica – della conoscenza incorporata. In generale le antropologie *dal* corpo si appoggiano all'esistenza di meccanismi neurologici universali, sul comune radicamento ecobiologico degli esseri umani, su una dimensione "più originaria" del livello simbolico, intellettuale e categoriale, che viene individuata nel *corpo*. Non si tratta del corpo meccanico della tradizione cartesiana, né di un'idea fondazionista dell'antropologia. In ogni caso si fa riferimento a un livello di "datità". Ciò che l'antropologo trova, provocando l'interlocutore o lasciando fluttuare l'attenzione, è già là, in una sorta di ordine naturale comunque inteso. L'antropologia connessionista utilizza la teoria della mente incarnata allo stesso modo in cui, alla fine dell'Ottocento, si invocava l'unità psichica del genere umano. Il corpo *mindful* è un insieme di caratteristiche bioecologiche universalmente condivise, e ciò garantisce la possibilità della comunicazione interculturale. Alla base della pratica ecologica dell'"educazione dell'attenzione" (Ingold, 2000) ci sono le teorie naturalistiche della percezione diretta e dell'immanenza del significato. Entro questo modello, "osservare" significa sintonizzarsi sulle medesime invarianti ambientali, dunque per ciò stesso partecipare. La comprensione antropologica diventa una questione di apprendimento, di competenza e appartenenza empatica a un mondo della vita vissuta.

Queste metafore delineano un ideale conoscitivo che potrebbe definirsi di *approssimazione mimetica all'alterità*. In un certo senso, il *going native* diventa un imperativo metodologico: bisogna imparare a vedere e a fare come gli altri. Naturalmente si qualifica l'aspirazione con espressioni cautelative. Non si diventa realmente nativi, l'immedesimazione è impossibile, l'empatia non è identificazione. Eppure l'impregnazione totale resta una sorta di ideale regolativo.

Le teorie dello sviluppo, dell'apprendimento e della cognizione alla base dell'incorporazione, se offrono una visione circostanziata della meccanica ecologica della conoscenza, danno anche una visione edulcorata dei suoi limiti. A loro fondamento vi è un'ontologia dell'identità. L'altro è un essere umano *uguale a me* e posso conoscerlo mediante un processo di mimesi pratica. Corporeità e pratica diventano i luoghi di una "pura" ostensione del senso, di un accesso diretto e idealmente senza residui all'alterità. Tuttavia, la pretesa che l'altro *si mostri* attraverso l'incorporazione etnografica è una forma di sublimazione rovesciata e speculare all'idealizzazione del linguaggio propria dell'antropologia interpretativa e dialogica. Se l'altro è irriducibile a un testo, non per questo diventa trasparente nella prassi. Sotto il profilo fenomenologico, il vissuto che accompagna e manifesta la corporeità dell'altro *come altro* non è l'empatia, ma l'angoscia (*Angst*). E l'angoscia è un indice di *opacità*, non di trasparenza.

L'antropologia *dal* corpo lascia dunque aperto il problema di come combinare l'impegno *fisico* del ricercatore con la finalità più generale della partecipazione etnografica, che è di natura *intellettuale* e non pratica: dopotutto l'antropologia resta un sapere *discorsivo*. Esistono dati etnografici intrinsecamente opachi al linguaggio, che vengono raccolti unicamente *dal* corpo del ricercatore. Il punto è come *dirli*. Invero, per i teorici dell'incorporazione la scrittura è più un bersaglio polemico che un problema. Investito il maggior sforzo nel denunciare gli eccessi del testualismo postmoderno, la domanda su come possa iscriversi nel testo la conoscenza incorporata non viene posta. Semplicemente si dà per scontato che lo sia. Csordas, per esempio, postula la complementarietà fra ciò che chiama "riflettività" e l'attitudine "riflessiva" (Csordas, 1999, p. 23), ma non chiarisce in che modo l'implicazione viscerale, preriflessiva, sensoriale del ricercatore sul campo possa *innalzarsi* all'autocoscienza metodologica (*ibidem*, p. 28), coniugando due dimensioni che presuppone come distinte e irriducibili. Similmente Unni Wikan, dopo aver suggerito che la comprensione antropologica è una faccenda di risonanza e non di "infioresciture esteriori", non dice nulla su come trascrivere "ciò che conta davvero" in modo pubblicamente intelligibile (Wikan, 1992, p. 99). Resta dunque qualche dubbio sull'effettiva capacità del concetto di risonanza di sostituirsi all'analisi antropologica del significato (Fabietti, 1999, p. 50). Per parte sua, Ingold dichiara la sua totale estraneità al dibattito sulla scrittura e al postmodernismo, che giudica sostanzialmente irrilevante per l'avanzamento della disciplina da lui stesso auspicato.

Queste prospettive leggono nella "svolta retorica" una forma di riduzionismo rovesciato di matrice antiscientista, un appiattimento delle distinzioni fra antropologia e letteratura, quasi che la stigmatizzazione della natura oggettivante dell'etnografia classica prospettasse come unica alternativa la dissoluzione di un referente esterno al discorso. Agli esordi della svolta interpretativa, in un clima di imperante positivismo, il termine "finzione" restituiva meglio di "costruzione" il senso provocatorio del riferimento alla critica letteraria. Non si trattava, comunque, di ridurre la scienza a epifenomeno della retorica o di farsi paladini di un nuovo fondazionalismo scritturale (Miceli, 1990). In discussione non era la necessità del lavoro sul campo quanto l'idea di "cultura" intesa come realtà *empirica* piuttosto che *etnografica*. Per Geertz il testo culturale non è affatto un oggetto, qualcosa che l'antropologo "trova". Esso *consiste* nell'interpretazione, cioè nella dinamica della sua costruzione empirica, teorica e retorica. In quanto sede privilegiata di strategie di oggettivazione, la scrittura resta una pratica costitutiva e un problema epistemologico per l'antropologia. Se possibile, l'inclusione della corporeità come strumento di acquisizione della conoscenza lo complica ulteriormente, perché aggiunge un nuovo elemento teorico, più che un ormeggio empirico.

2.4 Costruttivismo epistemologico e limite della conoscenza

La domanda “etnografica” di Geertz sulle condizioni di produzione della conoscenza antropologica – che cosa fanno quelli che praticano una scienza (Geertz, 1973, pp. 11-12) – si colloca all’interno di un’epistemologia costruttiva in teoria della conoscenza. Il riconoscimento della valenza significativa e non meramente fattuale dell’espressione culturale mette in gioco la questione più sottile, e al tempo stesso generale, relativa ai processi di costruzione scientifica della realtà. Ripropone ciò che Bachelard (1940) ha chiamato “fenomenotecnica” (tecnica di produzione di fenomeni) e Borutti il “problema dell’oggettivazione” (Borutti, 1999). Nessun sapere, compreso quello naturale, poggia su un regime oggettuale di evidenza e di presenza tematica. L’oggetto scientifico non è una “cosa” ma un costruito simbolico, il risultato di una messa in forma che si produce all’interno di peculiari sistemi di riferimento. Oggetti newtoniani, oggetti statistici, oggetti indeterministici, oggetti psicoanalitici, oggetti antropologici, oggetti sociologici non sono realtà semplicemente presenti.

Queste assunzioni sulla natura e la legittimazione del sapere si intrecciano con la questione del senso e della sua origine. Rappresentano il corollario epistemologico di un’ontologia dell’infondato dell’uomo. La condizione di originaria incompletezza dell’animale umano, giustificata filosoficamente (Borutti, 1999; 2003) o biologicamente (Remotti, 2003), spinge a interpretare l’attività simbolica come elaborazione *suppletiva* di una mancanza radicale. La forma non è un semplice sostituto dell’oggetto, ma il simbolo della sua assenza in quanto oggetto in sé. La forma è “copia senza originale”, un oggetto “per noi” (Borutti, 1999, p. 97). C’è un doppio legame tra finitezza umana e produzione del senso.

La considerazione dell’implicazione soggettiva dell’etnografia, avanzata da Geertz e ripresa dai teorici dell’incorporazione, contiene un’indicazione genuinamente epistemologica, che non concerne tanto i dilemmi delle “scienze dello spirito” quanto le condizioni e i limiti della attività intellettuale di ideazione, modellizzazione e simbolizzazione. Entro questa cornice l’ipotesi di contrapporre *interpretazione* e *incorporazione* perde la sua ragion d’essere. L’incremento conoscitivo dell’antropologia potrebbe risiedere non tanto nella correzione delle metafore esplicative della comprensione etnografica (pratica vs traduzione; corpo vs testo) quanto nell’assunzione convinta del carattere supplementare della conoscenza umana. Il processo di avvicinamento a un contesto estraneo, la conoscenza dell’altro, sconta un limite che non è semplicemente conoscitivo, ma ontologico. L’*opacità dell’altro* (Borutti, 1993, 1999, 2003a; 2003b; Borutti, Fabietti, 2005) è tanto una frontiera per la dialogia quanto per l’accesso pratico o empatico all’alterità.

Assumere ciò che Borutti definisce come un “pessimismo epistemologicamente fondato” è un modo per attenuare la tensione, immanente al progetto antropologico, tra la “*volontà epistemica* di oggettivazione” e la “*volontà etica* di rispettare la differenza” (Borutti, 1993, p. 121; 1999, p. 169). La sfumatura etica che può mitigare, senza abolirla, la violenza intrinseca alla volontà di sapere deriva meno dal ricorso all’empatia o a una teoria dell’uguaglianza che da un ideale conoscitivo fondato sulla mancanza di evidenza e sul “diritto all’opacità” (Glissant, 1996). E’ un’opzione epistemologica, prima ancora che un modo di stare sul campo. In ogni caso, il suo luogo di visibilità resta la scrittura.

3. Il corpo proprio, il corpo dell’altro

Sul campo il corpo c’è sempre. L’ipotesi di accordare un privilegio particolare alla conoscenza incorporata come strumento di comprensione etnografica può essere una scelta metodologica legittima, influenzata dalla tipologia dell’oggetto di ricerca o dalla peculiare

predisposizione dell'etnografo. Il carattere implicito e mimetico dell'apprendistato corporeo suggerisce, tuttavia, un'attenta valutazione dei vincoli, oltreché dei vantaggi, del suo utilizzo. Stabilire fino a che punto un'etnografia possa farsi carnale è una domanda che riguarda non solo i limiti propriamente fisici del ricercatore, l'intensità del suo coinvolgimento o la qualità delle sue performance, ma anche i rischi epistemologici di una "partecipazione osservante". L'öic Wacquant, che l'ha sperimentata di persona in una ricerca sui pugili del ghetto nero di Chicago (Wacquant, 2000), dava a se stesso la seguente raccomandazione: "vai avanti, diventa nativo, ma torna sociologo!" (Wacquant, 2009, p. 16). Da un lato, sostiene che il concetto di *habitus*, mediato dal maestro Bourdieu, gli era servito come "uno scudo contro la tentazione del soggettivismo, che trasforma l'analisi sociale in una semplice narrazione". Dall'altro, ammette di aver sfiorato il rischio opposto: "Per tre anni mi fusi con l'ambiente sociale e fui preso io stesso nel gioco. [...] Fui risucchiato nella polpa fisica e morale del pugilato, al punto che considerai perfino seriamente di lasciar perdere la carriera accademica e di diventare un pugile professionista" (*ibidem*, p. 15).

Il *going nativ*, cui le metodiche esperienziali e partecipative facilmente si espongono, può rappresentare il riflesso capovolto dello scivolamento autoreferenziale proprio delle etnografie iper-riflessive: è difficile valutare la consistenza *antropologica* della descrizione di un'esperienza di trasformazione personale. In certi casi, il ritorno comunicativo con l'universo concettuale di riferimento potrebbe essere addirittura precluso. Come osserva Simonetta Grilli, l'esperienza di sofferenza è forse "il limite in molti casi invalicabile nel quale si muove l'analisi sociale dell'esperienza corporea" (Grilli, 2013, p. 25). Esperienza palingenetica, che trasforma il soggetto e struttura l'identità, ma anche dimensione intima e incommensurabile, che separa chi l'ha provata da chi non ne è stato toccato (Scarry, 1985; Le Breton, 2010). Non si torna indietro dalla tortura, non ci si impegna in un parto per osservarsi, né ci si ammala a proprio piacimento.

Nell'incipit del resoconto di un viaggio immaginario in quello che definisce il "tribalismo alimentare" contemporaneo, Marino Niola afferma che "non si può fare un'antropologia dell'uomo a dieta senza sentire sulla pelle che cosa significa veramente stare a dieta" (Niola, 2015, p. 9). Durante l'esperienza di ricerca, molti operatori mi hanno confermato che è sufficiente iniziare una cura dimagrante "per capire che ci vuole un attimo a sviluppare un'ossessione". Nel mio caso, la compartecipazione col disturbo alimentare è stata molto più profonda. Eppure non ho mai pensato che ciò sarebbe stato automaticamente un vantaggio. Mi sono anzi interrogata sulla presunta autorità generalmente conferita al sapere per esperienza diretta. Più interessante è stato chiedermi se e in che modo la memoria incorporata di certi vissuti avesse influenzato lo svolgimento dell'etnografia.

Come antropologa, non credo nel valore euristico dell'empatia. Al limite considero questa condizione come il correlato "psicologico" del "relativismo" inteso nell'accezione metodologica delucidata da Fabietti, cioè come assunzione intenzionale di una disposizione intellettuale a comprendere l'alterità culturale nei suoi propri termini, senza ridurla alla replica ingenua e irriflessa delle categorie dell'osservatore (Fabietti, 1999, p. 25). La conoscenza antropologica è una pratica della differenza, non dell'identità. L'antropologia interpretativa, attraverso l'ermeneutica, ha espresso la vocazione della disciplina come "apertura allo sguardo dell'altro come terzo" (Borutti, 1999, p. 168), orientata a una forma di conoscenza che procede "secondo una concezione contrastiva, in ultima analisi asimmetrica, non narcisistica, dell'identità" (*ibidem*). La tensione conoscitiva al punto di vista dei nativi non si esaurisce in un'identificazione. E' piuttosto uno sforzo cosciente e riflesso di simulazione e di traduzione, ovvero, come è stato detto a proposito delle lingue, "un modo pur sempre provvisorio di venire a patti con l'estraneità" (Benjamin, 1955, p. 45). Anche se nella contemporaneità la distanza tra gli universi di senso dell'antropologo e quello dei suoi interlocutori sembra viepiù approssimarsi, la distinzione dei rispettivi saperi resta necessaria,

identificando la specifica autorità professionale dell'etnografo. La qualità della sua interpretazione si misura precisamente nello scarto che la separa da quella dei nativi.

La preoccupazione di non riprodurre le prospettive dei miei interlocutori è stata una costante nella mia ricerca, sia durante che dopo la conclusione dell'esperienza di campo. La percezione dei disturbi alimentari come "malattie psichiatriche", diffusa fra gli specialisti ma anche nel senso comune, mi ha esposta al rischio di farmi risucchiare dalla prospettiva "psi" (psichiatrica, psicologica, psicoterapeutica, psicoanalitica), non solo per ragioni di prossimità culturale con l'universo di appartenenza del ricercatore, ma perché il confronto con questa prospettiva, invero alquanto articolata al suo interno, ha rappresentato uno strumento indispensabile per orientarmi nella complessità del fenomeno. Ugualmente, ho dovuto sorvegliare un senso critico istintivo, acquisito attraverso la formazione in antropologia medica, nei confronti del paradigma biomedico. Un contropregiudizio che non corrispondeva alla medicina "riflessiva" che mi sono trovata di fronte.

L'atmosfera di disponibilità, cortesia e sincero interessamento che gli interlocutori hanno sempre dimostrato nei miei confronti ha agevolato non poco il lavoro di campo. Come ricercatrice ho beneficiato di una condizione di autentico privilegio rispetto agli aneddoti che costellano i resoconti etnografici. Ospitata dalla Dirigente della struttura, accompagnata in automobile quando possibile, considerata una presenza discreta e volenterosa che tutti cercavano di aiutare: qualche volta sono arrivata perfino a dubitare di essere una "vera" antropologa. Strada facendo, mi sono accorta di quanto la facilità delle condizioni di lavoro avrebbe potuto ostacolare uno sguardo più disincantato sul funzionamento di una struttura che la bellezza del luogo e i "miti dell'origine" ammantavano di un alone di magia. Sul mio lavoro si andavano addensando aspettative e curiosità che avrei potuto deludere. Certe informazioni andavano gestite con accortezza, non sarebbe stato semplice barcamenarmi tra il voler dire e il non poterlo fare per ragioni di opportunità e di etica professionale.

Fin dai primi contatti col centro, l'idea di relazionarmi coi pazienti mi metteva profondamente a disagio. Il tratto evidente, inaggirabile della loro sofferenza, unito al desiderio di trovare una pista di ricerca originale, mi sospingevano "quasi naturalmente" verso gli operatori. Sulla malattia mi sembrava di non poter dire nulla di nuovo. La letteratura di settore mi sembrava più che esaustiva, ed era incanalata in orientamenti in cui non riuscivo a identificarmi totalmente: da un lato, la medicalizzazione del disagio, egemonica ma non per questo risolutiva; dall'altro, la lettura socio-antropologica, focalizzata sulla questione di genere e sui disturbi alimentari come "forme di protesta" tipicamente femminili.

Avevo la sensazione che coi pazienti non sarei riuscita a stabilire una relazione significativa. La gravità della loro condizione, la differenza anagrafica, il tempo comunque esiguo del ricovero, il mio stesso andare e venire, mi sembravano ostacolare l'instaurarsi di un contatto non superficiale. La proiezione delle *loro* supposte difficoltà relazionali, dovute alla patologia, sul rapporto che avrebbero avuto anche con me, pregiudicava ai miei occhi la qualità e sincerità dei nostri scambi. Qualche volta mi sentivo trasparente, consegnata a una totale indifferenza, nello stile "fase raffica-di-vento" dei primi contatti di Geertz coi balinesi (Geertz, 1973, p. 384). In altri casi accadeva l'opposto, venivo accerchiata da un'insistente curiosità, anche sulla mia vita privata, che mi spaventava e faticavo a gestire. Avevo letto che la disponibilità un po' manierata di chi soffre di un disturbo alimentare poteva mascherare un rifiuto invalicabile o un bisogno esasperato di conferma. Queste precomprensioni agivano come un filtro che restringeva ai miei occhi la possibilità di aver accesso al loro mondo. Contemporaneamente, mi portava a diffidare dei risultati di esperienze di ricerca analoghe alla mia, in centri specializzati o mediante contatti stabiliti su internet. Mi lasciava perplessa il fatto che i miei colleghi non fossero neppure sfiorati dalle mie preoccupazioni. Come persona/ricercatrice, ero sospesa tra i dilemmi personali e la necessità di autorizzare la mia presenza sul campo.

La conferma che la situazione fosse più complessa e articolata di quanto mi apparisse è arrivata pochi mesi più tardi, quando una maggiore familiarità con la struttura mi ha incoraggiata a chiedere un'intervista ai pazienti. Con un gruppo, in particolare, durante un paio di soggiorni avevo stabilito un contatto più intenso. Oltre ad assistere regolarmente ai pasti, avevo partecipato alle attività terapeutiche e trascorso parecchio tempo chiacchierando con loro nella sala comune o nel parco della villa. Per correttezza, avevo fatto loro una richiesta generalizzata, senza selezionare in anticipo le persone con cui avrei preferito parlare. Ho fatto girare un foglio sul quale, chi avesse voluto, avrebbe segnato il proprio nome. Dopo due giorni mi è stato restituito con 17 firme per un totale di 19 ospiti.

I miei timori non erano infondati. Soprattutto quando il percorso di cura era agli inizi o la paziente era molto giovane, faticavo a portare il discorso al di là della triade cibo-peso-corpo. Certe risposte lasciavano chiaramente trasparire il desiderio di capire che cosa volessi sentirmi ripetere. Le considerazioni sulla struttura e il percorso ripetevano parola per parola le descrizioni e i giudizi che avevo letto su qualche pubblicazione. In altri casi, invece, l'esperienza è stata diversa. Mi ha offerto uno spaccato più personalizzato ed eventualmente critico sulla conduzione della cura e l'immagine della struttura. Con alcune ospiti si è stabilita una sintonia particolare, non saprei dire se "sana". Una di loro durante il pasto si rivolgeva sempre a me perché "nessuno mi versa l'acqua come fai tu" (in effetti, a seguito dell'ammonizione di un'operatrice, avevo imparato a versare il liquido fino all'orlo, esattamente nello stesso punto. Evidentemente la ragazza vedeva riflessa in me la sua stessa ossessione). Un'altra ha chiesto proprio a me di accompagnarla a cenare fuori dalla struttura, com'è incoraggiato a fare chi si trova a un buon punto di autonomia nella gestione dei pasti. Una terza mi ha confidato con evidente commozione un episodio traumatico "che non aveva mai raccontato a nessuno", evocando in me analoghe reminiscenze. In breve, mi sono affezionata. Nel rivedere le pazienti dopo due settimane di assenza facevo loro festa, sentendomi a disagio perché forse non avrei dovuto volere che fossero ancora lì. Sapevo benissimo del carattere effimero del reciproco investimento affettivo, esposto alle turbolenze della loro condizione e al carattere mirato e transitorio della mia presenza. Ho affrontato la situazione con relativo distacco, esercitando quella peculiare forma di "ironia" che Geertz ha riconosciuto come parte integrante del mestiere dell'antropologo. Le relazioni tra i soggetti coinvolti nella ricerca, per quanto sincere possano sembrare, si fondano su un'intrinseca differenza di finalità. Sono "finzioni parziali", mai pienamente intelligibili da entrambe le parti (Geertz, 2000, p. 48).

Dal confronto con gli operatori è emerso come le mie difficoltà incontrate coi pazienti sul piano *etnografico* riproducano analoghe problematiche sul piano *terapeutico*. In entrambi i casi l'instaurarsi di una relazione è una preconditione irrinunciabile del lavoro. Stabilire un contatto, sostenere un confronto, affrontare un conflitto, regolare l'asimmetria: queste dinamiche, che l'etnografo deve imparare a gestire nel rapporto con gli interlocutori, si ritrovano amplificate al cuore dei disturbi alimentari. Nelle prospettive teorico-cliniche non focalizzate sul sintomo, il problema col cibo diventa l'emblema di una difficoltà nel rapporto con l'altro. Dal canto loro, le etnografie *dal* corpo hanno reso evidente la coincidenza, in antropologia, tra il problema epistemologico del metodo e il problema umano della relazione. Il lavoro di campo, la processualità della ricerca prende avvio dalla materializzazione del ricercatore sulla scena sociale e dalla "perturbazione" che la sua presenza inevitabilmente produce. Si è dunque realizzata una singolare convergenza tra l'oggetto specifico dell'etnografia e il problema generale della metodologia della ricerca antropologica.

L'antropologia interpretativa, sopravvalutando le possibilità ermeneutiche del linguaggio, ha offerto un'immagine idealizzata della dinamica dell'interazione umana. Il suo ottimismo cognitivo trascura la dimensione opaca e incarnata del senso, cioè "l'altro come affetto, opacità, passione, distanza incolmabile, corpo vivente inconoscibile nell'informe della sua

sofferenza, della sua pulsione, del suo desiderio, della sua felicità” (Borutti, 1999, p. 163). All’opposto i paradigmi dell’incorporazione si sono proposti di superare i limiti della metafora testuale, ma sono ricaduti in una sorta di “sublimazione pratica” dell’incontro con l’alterità. La pratica dell’“osservazione dell’attenzione” suggerita da Ingold, è certamente utile per stabilire una sintonia operativa tra il ricercatore, gli interlocutori e il contesto. Tuttavia, non considera altri aspetti della dinamica del “vedere” sul campo, che invece un’analisi fenomenologica del concetto di “sguardo” mette in luce. Nell’incontro antropologico, la visione diventa uno sguardo che si incontra con un altro sguardo e ne è modificato: è vedere ed essere visti. Un vedere intenzionale e a un tempo disorientato, abitato da emozioni, che tiene a distanza mentre avvicina (Affergan, 1987; Borutti, 2003a). Senza considerare questi aspetti l’osservazione antropologica rischia di approssimarsi a una visione naturalistica, che contempla “in terza persona” ciò che si vive “in prima” e allora il corpo percipiente, per quanto attivo e situato, torna a essere quello anonimo e impersonale della tradizione.

Lo sguardo che ci altera, il corpo che ci perturba non sono evidentemente lo stesso corpo di cui parlano l’antropologia ecologica e il connessionismo. Roberto Beneduce, sulla scia di Devereux, invita a considerare il peso dell’affettività nella ricerca scientifica e, in particolare, a riconoscere il ruolo in essa esercitato dall’inconscio, “un ruolo che continua a rimanere solitamente trascurato, ancora oggi, da buona parte dell’etnografia” (Beneduce, 2007a, p. 126). Anche per questo motivo la corporeità del ricercatore come strumento di conoscenza aggiunge un nuovo elemento teorico, più che un ormeggio empirico, all’interpretazione antropologica. L’ingresso del “corpo pulsionale” sul campo rappresenta probabilmente l’antidoto più efficace all’ottimismo cognitivo e alla presunzione di oggettività. Valorizzare il ruolo dell’inconscio nell’etnografia significa infatti *reduplicare* la dimensione dell’opacità, che non è più solo quella dell’altro ma anche la propria. In tal senso, e non per una banale inversione di polarità, è forse la reazione d’angoscia e non l’empatia la disposizione più adatta per conservare “il sentimento dell’altro” (Borutti, 2003a).

Quanto ha influito l’inconscio del ricercatore nella definizione dell’oggetto di ricerca?

In contrasto con le mie difficoltà personali, gli operatori di Palazzo Francisci mi hanno spesso riconosciuto una particolare delicatezza nell’entrare in contatto coi pazienti. Hanno apprezzato la mia discrezione, l’essermi avvicinata in punta di piedi, a differenza di altri ricercatori in cerca di “dati sperimentali” e facilitati da contatti più fugaci. Questo atteggiamento è stato in parte condizionato dalla mia formazione antropologica. Il senso di superiorità intellettuale, morale e politica di gran parte delle etnografie del passato suona oggi imbarazzante, oltreché anacronistico. Le “precondizioni strutturali per l’antropologia” (Asad, 1973), cioè le relazioni asimmetriche di potere fra etnografo e nativo, sono profondamente cambiate, talvolta invertite. L’antropologo, com’è stato il mio caso, può trovarsi a lavorare con interlocutori economicamente e politicamente più potenti di lui, a maggior ragione quando il terreno di ricerca si trova in contesti culturalmente vicini.

Altre dinamiche, più soggettive, sono intervenute nell’orientare la ricerca. La scelta di focalizzare l’attenzione sul modello terapeutico, il desiderio di esplorare la teoria e la pratica della multidisciplinarietà, è dipesa non solo dalle mie resistenze nei confronti dei pazienti, ma anche da un aspetto più profondo del mio vissuto. Il venir meno degli aspetti direttamente sintomatici del sintomo alimentare – reso possibile, tra altri fattori, da un’esperienza di analisi personale tutt’ora in corso – ha fatto sì che il mio interesse si spostasse impercettibilmente dall’universo della patologia a quello della cura. Ho preso la decisione di lavorare sugli operatori perché “sentivo” di poter valutare meglio il mio processo di guarigione più per differenza dai “normali” che per prossimità ai sofferenti. Naturalmente questa consapevolezza è arrivata solo al momento della scrittura. Agli esordi dell’esperienza etnografica, con tutto il suo carico d’ansia, una maggiore familiarità nel maneggiare i concetti piuttosto che i soggetti, le teorie in luogo delle esperienze, ha agito come fattore di autoprotezione. Ho studiato un

modello terapeutico che conciliava “in astratto” dimensioni ancora in frizione nel mio vissuto. Si è articolata in questi termini, opachi nella temporalità del campo, l’interferenza tra la componente personale e quella disciplinare della ricerca.

Per ragioni deontologiche, ho ritenuto opportuno condividere queste informazioni con la dottoressa Dalla Ragione. E’ accaduto in un pomeriggio di primavera, sfruttando il suo invito per una passeggiata. A dispetto dei miei timori, non si è scomposta minimamente, né ha speso parola sul “problema alimentare”. Al contrario, ha accolto la notizia dell’analisi con sereno distacco: “Questa è la miglior garanzia per l’esperienza che stai facendo. Così distingui meglio ciò che è tuo da quello che appartiene all’altro. Io ne ho fatte tre”. Detto questo, ha ripreso i suoi esercizi di ginnastica.

L’esperienza di analisi personale, che ha preceduto di qualche anno l’avvio del Dottorato di ricerca, è entrata come un terzo ingrediente nella circolarità ermeneutica tra metodo antropologico e oggetto dell’etnografia. In questo senso l’andirivieni tra campo e casa, che inizialmente vivevo come una limitazione, si è rivelato insospettatamente produttivo. A suo modo, ha garantito una continuità di focalizzazione sull’oggetto: ho portato il campo in analisi e l’analisi sul campo. A proposito della soggettività etnografica Mondher Kilani (Kilani, 1994, p. 70), riprendendo Levi-Strauss (Levi-Strauss, 1958, p. 409), ha sostenuto un famoso parallelismo tra il ruolo della ricerca sul campo per l’antropologo e l’analisi personale per il futuro psicoanalista. Tali esperienze, entrambe necessarie alla legittimazione professionale, possono ritenersi dei “riti di passaggio” in cui la formazione al mestiere si intreccia con la trasformazione della persona. Non escludo che la mia *Bildungsgeschichte* – dall’iniziale formazione filosofica, all’interesse epistemologico per le scienze umane, la medicina e la psicoanalisi – sia stata guidata, in una sorta di “eterogenesi dei fini”, dall’intimo disegno di una sofferenza prolungata i cui contorni hanno iniziato ad affiorare anche attraverso l’incontro con l’antropologia, le sue questioni, i suoi metodi. In tal senso il lavoro di campo ha rappresentato, fra le altre cose, un’importante occasione terapeutica. Si tratta certamente di una condizione particolare, che non ambisce a diventare un’indicazione metodologica generalizzata. L’esplorazione del vissuto personale non garantisce *di per sé* la rilevanza antropologica di una ricerca. Tuttavia, può contribuire a quel processo di chiarificazione che anche Geertz anteponeva all’illusione di una conoscenza priva di presupposti. Il punto di vista del nativo, diceva, viene percepito “attraverso un vetro oscurato che è l’autore, tuttavia l’oscuramento può essere ridotto al minimo dallo stesso controllo autoriale sulla sua stessa ‘inclinazione’ e sulla sua stessa ‘soggettività’” (Geertz, 1988, p. 154). Concepite in questi termini, l’umanità del ricercatore come ingrediente del processo di costruzione della conoscenza antropologica non elude la qualità *etnografica* del coinvolgimento, semmai la enfatizza.

4. Una clinica cartesiana

L’epistemologia della clinica dei DCA è indubbiamente cartesiana. Uno sguardo allenato all’esercizio di un “etnocentrismo critico” (De Martino, 1977) in campo medico si sofferma istintivamente sulle ricorrenze terminologiche che costellano la maggior parte dei discorsi relativi alla cura di tali patologie. Ne emerge l’idea di un intervento che andrebbe a ricomporre, equilibrare, integrare, solidarizzare un conflitto lacerante – ecco il cuore del problema – tra la dimensione *mentale* (percettiva, cognitiva, volitiva, affettiva) dell’individuo e i bisogni fisiologici dell’*organismo*, il più importante e pressante dei quali è quello di nutrirsi. Meno riconosciuto è che questa scissione, giudicata “patologica”, ne rispecchia un’altra, di segno uguale ma contrario, sul lato delle terapie. Anch’esse infatti sono fondate su una distinzione – si occupano del corpo *oppure* della psiche – ma in questo caso la distinzione è

considerata “naturale”. Anche in Occidente, come in ogni altro contesto, i saperi e le pratiche di cura si sono modellati sulla base di un insieme di concezioni sul mondo, la realtà e l’individuo che oltrepassano la dimensione strettamente medica (D. Gordon, 1988). In particolare, riflettono il processo di organizzazione *culturale* della conoscenza che si è delineato, a partire dall’età moderna, attraverso la rivoluzione scientifica.

Dal punto di vista filosofico ed epistemologico, il dualismo cartesiano, nato per salvaguardare una visione spiritualistica dell’uomo e, insieme, l’autonomia della fisica galileiana dalle ingerenze della teologia, rappresenta la giustificazione metafisica della *mathesis universalis* come metodo del sapere. Come spiega Heidegger ne “L’epoca dell’immagine del mondo” (Heidegger, 1950), l’apertura di senso propria della modernità risiede in un doppio movimento di oggettivazione che, mentre risolve l’ente in uno “star di fronte” (*Gegenstand*), pone il principio, la misura e la regola dell’essere nel soggetto che lo rappresenta. Da un lato, si dispiega il mondo degli oggetti “reali”, “esterni”, sottoposti alle leggi della causalità fisica. Dall’altro, ontologicamente separato da quello, si staglia il Soggetto quale polo ideale di un insieme di funzioni razionali, un io astratto e impersonale che, proprio in virtù del suo carattere trascendentale, si erige a “legislatore della natura”. Un *io penso* che, non a caso, consolida la propria evidenza attraverso il dubbio sul corpo.

La separazione tra *res cogitans* e *res extensa* è l’effetto di una riduzione metodologica del “mondo della vita” (Husserl, 1954) che astrae dall’esperienza mutevole, ambivalente e confusa dell’unità psicofisica immediata le idee “chiare e distinte” della mente e del corpo, la cui differenza finisce per dissolversi nell’unità del metodo che entrambe le costituisce. I saperi scientifici sul corpo, come la fisiologia e la medicina, prima, e quelli sulla mente, come la psichiatria e la psicologia poi, sono i prodotti storicamente successivi di una stessa operazione. L’universalizzazione del corpo anatomico, da un lato, la visione disincarnata e individuale dello psichico, dall’altro, sono le coordinate di fondo che a partire dal XVII secolo hanno organizzato a livello concettuale, istituzionale ed esistenziale, l’esperienza di malattia. Espropriata dal corpo (del) malato, la sofferenza diventa una proprietà accidentale di un organismo anonimo, la cui singolare specificità soccombe nell’equivalenza di un corteo predefinito di segni e di sintomi. All’opposto il disagio psicologico, ugualmente diagnosticato in modo il più possibile obiettivo, viene considerato come un problema del singolo, essendo la mente la versione laicizzata dell’anima individuale della tradizione religiosa.

Sulla scorta di innegabili e perduranti successi materiali e di un concomitante, capillare processo di istituzionalizzazione, questa visione astratta e oggettivante della malattia ha finito per imporsi come verità e realtà delle cose. Ha sopravanzato ogni altro punto di vista sul mondo, compreso il vissuto soggettivo, che viene facilmente accantonato per adottare quello più “esatto” della medicina. L’organismo e la psiche, da prodotti metodologici della scienza, hanno acquisito la dignità ontologica dell’esistenza (Galimberti, 1983).

Di questo dualismo fondamentale i disturbi alimentari rappresentano forse il lato più oscuro e inquietante. Nel rivolgere uno “sguardo da lontano” sulla clinica dei DCA, l’antropologo avverte, a dispetto della risolutezza degli attuali programmi di intervento, un sotterraneo travaglio riflessivo. Si ha l’impressione che in queste forme di disagio il “sistema medico” incontri non solo patologie particolarmente gravi, ma innanzitutto il proprio riflesso deformato, forse addirittura il proprio sintomo. Assunzioni culturalmente radicate, che funzionano e continuano a sorreggere la prassi terapeutica normale (Kuhn, 1962), in questo campo non hanno effetto. La ricerca è attraversata da un dibattito costante, ravvisabile nella proliferazione classificatoria delle varie edizioni del DSM, nei tentativi di revisione o adattamento migliorativo dei vari approcci psicoterapeutici, nella messa in discussione delle basi epistemologiche della diagnosi e della patogenesi, nella sperimentazione di modelli di cura innovativi, in forme di professionalità e di trasmissione di competenze poco

“tradizionali”. Parallelamente, tutto un insieme di scoperte, neurologiche, genetiche, biologico molecolari, endocrinologiche, farmacologiche, viene chiamato in causa.

Attraversato da linee di forza contrapposte, il campo medico dei DCA – intesa la nozione di “campo” nel senso proposto da Bourdieu (Bourdieu, 2001) – è stato costretto a ricomporre, o almeno a sublimare, i propri conflitti interni, al fine di elaborare una soluzione idealmente comune. Vi sono differenze epistemologiche importanti, ad esempio, tra il concetto medico di guarigione e quello psicoterapico, difficilmente concepibile nei termini di una *restituito ad integrum*. Ma anche nello stesso campo delle psicoterapie, la visione cognitivo-comportamentale del sintomo inteso come “deficit” da normalizzare e quella psicoanalitica, che lo incontra innanzitutto come “soluzione” soggettiva, implicano modalità di trattamento, tempistiche e costi molto diversi. In un capovolgimento che ha del paradossale, la spinta autodistruttiva immanente ai DCA è riuscita ad attivare, in soli trent’anni, uno sforzo, apparentemente irreversibile, di ripensamento e di revisione di un insieme di idee e di pratiche di cura ampiamente consolidate. Spetta all’indagine etnografica indagare le modalità concrete e la reale incidenza di questi cambiamenti nella prassi dei professionisti, mettendo in luce tanto gli spazi di creatività e di rinnovamento quanto i vincoli, e di quale genere, a essi imposti.

“Fra le malattie che chiamiamo mentali – scrive lo psichiatra Massimo Cuzzolaro, presidente della SISDCA (Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare) – anoressie e bulimie sono quelli che coinvolgono e devastano di più il corpo e la sua biologia (Cuzzolaro, 2014, p. 113). Questa affermazione, unanimemente condivisa dagli specialisti, è tanto incontestabile nei fatti, quanto problematica nei principi, essendo l’epistemologia medica organizzata e istituzionalizzata in termini dualistici.

L’opposizione originaria tra materia e spirito, cioè la “singolare premessa” – come l’hanno definita Margareth Lock e Nancy Scheper-Hughes – su cui poggiano la scienza occidentale, la medicina clinica e la ragione della loro “tremenda efficacia” (Lock, Scheper-Hughes, 1990, p. 155), ha prodotto nell’immaginario medico e nel senso comune una serie di effetti a catena. In primo luogo un giudizio di realtà o irrealtà sui fenomeni morbosi. Una signora di mezza età, sofferente di emicrania cronica, illustra le sue condizioni di fronte a una classe di studenti di medicina. La situazione in cui vive è penosa: il marito la picchia, il figlio adolescente va male a scuola, la suocera è malata da anni. Il suo racconto riscuote la solidarietà degli studenti, ma alla fine una di loro interrompe il professore per chiedere “ma qual è la vera causa dei mal di testa?” (*ibidem*, p. 155). Un’altra conseguenza è la tendenza spiegare le affezioni umane in termini essenzializzanti e dicotomici, come fossero di origine organica vs. psicologica: “la cosa” è nel corpo, o “la cosa” è nella mente (*ibidem*, p. 157). La scissione si ripresenta una volta fatta la diagnosi: in presenza di una qualche spiegazione organica, gli aspetti psicologici e sociali del dolore tendono a essere dimenticati; se invece si riconosce una psicopatologia grave, sono le complicanze e i sintomi di natura organica a passare in secondo piano. “Il dolore sembrerebbe essere o fisico o mentale, biologico o psicosociale – mai entrambe le cose o qualcosa d’altro” (*ibidem*, p. 158).

Riferite ai disturbi alimentari queste considerazioni sono a tal punto calzanti da poter essere assunte come filo rosso della loro evoluzione storica e clinica. Di per sé l’affermazione di Cuzzolaro è già l’epilogo di un percorso articolato, che si fonda almeno su tre presupposti. In primo luogo, la medicalizzazione di taluni comportamenti alimentari, come il digiuno o l’ingordigia, e la loro sottrazione a categorizzazioni di altro genere, per esempio religiose (Vandereycken, Van Deth, 1994). In secondo luogo, la ricostruzione eziologica della sintomatologia e la parallela ricerca di strumenti terapeutici adeguati. Infine, la constatazione della sostanziale inefficacia di trattamenti focalizzati su un singolo aspetto, separati o mutualmente esclusivi. A questo insieme di ragioni fa da sfondo un’evidenza che le riassume tutte e rappresenta un vero enigma dal punto di vista della cura, cioè il carattere

profondamente egosintonico della sintomatologia. Non avendo la maggior parte dei soggetti alcuna percezione di malattia (*illness*), non ritiene di soffrire di “qualcosa” (*disease*). Quindi rifiuta o è fortemente ambivalente di fronte al cambiamento che la cura dovrebbe produrre. Questa reazione è supportata da una precisa motivazione psicopatologica, cioè il carattere “economico” del sintomo. Un comportamento che un individuo sano tollererebbe a fatica, come il vomito autoindotto o lo stesso digiuno, rappresenta per questi soggetti una sofferenza comunque preferibile rispetto a emozioni ancora più dolorose. E' chiaro però che la *non compliance* rappresenta un problema oltremodo spinoso per la gestione di costi di altro genere.

L'anoressia è stato il quadro indagato per primo e anche il più studiato. In questo senso può essere assunto come paradigmatico del discorso che si sta svolgendo. Il rifiuto volontario del cibo, un fenomeno tanto enigmatico quanto diffuso in molte società umane, almeno a partire dalla fine del XIX secolo, si configura in Occidente come un fenomeno di interesse medico. Come tale, segue il passo della particolarizzazione della medicina, dell'autonomizzazione della psichiatria e, più in generale, del processo di medicalizzazione, quali coordinate della sua intelligibilità attuale. La costruzione dell'anoressia come realtà clinica scorre parallela a quella che, parafrasando Taussig (1980), si potrebbe chiamare la “costruzione clinica dell'esperienza alimentare”. Anche in ragione della loro indubbia diffusione, resa possibile da imponenti cambiamenti strutturali, alcuni comportamenti relativi al cibo, in precedenza rubricati entro registri estranei alla sfera della salute, sono acclamati come patologici. Da un lato, i disturbi alimentari diventano realtà esistenti e socialmente rilevanti, cioè malattie di cui ci si può ammalare (cosa impossibile se una malattia “non esiste”). Da un altro, lo sguardo clinico trova nel campo alimentare uno dei terreni più idonei all'esercizio di un sospetto.

La ricognizione delle cause del digiuno autoindotto muove anzitutto dall'organismo, non solo perché inficia una funzione schiettamente biologica come la nutrizione, ma in ragione del primato logico e cronologico accordato dalla medicina scientifica all'eziologia organica. Come in altri casi, l'origine *mentale* dell'inappetenza si afferma *ad excludendum*, a partire cioè dall'accertamento della natura non fisica del sintomo. Significativo, da questo punto di vista, il successo riscosso dall'ipotesi (erronea) strettamente organicista di Morris Simmonds, che riconduceva l'anoressia nel quadro di una lesione ipofisaria, affermata in un'epoca (1914-1945) in cui il riconoscimento della natura psicogenetica del problema era già avvenuto (Civita, 1998). Il pregiudizio positivo, radicato nei professionisti ma anche nel senso comune, di fronte ai dati anatomo-patologici e biologici viene oggi confermato dalle aspettative riposte nella ricerca psicofarmacologica e genetica, e in generale dall'effetto di suggestione evocato dalle quantificazioni epidemiologiche.

Da un lato, il riconoscimento definitivo dell'anoressia e degli altri disturbi alimentari come patologie della psiche, ha convogliato in senso psichico anche la cura. La psicoterapia, che predilige la parola e la relazione terapeutica, ha rappresentato per lungo tempo la forma esclusiva di intervento, affiancato, solo nei casi più gravi, da un ricovero ospedaliero comunque non specializzato e spesso iatrogeno. La psicoanalisi si è occupata di anoressia nervosa fin dalle origini e ha rappresentato, fino agli anni Settanta del Novecento, l'approccio egemone. Alquanto diversificata al suo interno, è stata costretta ad articolare nel corso degli anni un significativo processo di autocritica, stimolato, rispetto all'anoressia, dal fallimento dell'analisi “classica” nella risoluzione della sintomatologia (Cosenza, 2008). Ne sono derivate, come esempi eclatanti, l'orientamento sistemico-familiare, subito fuoriuscito dall'originaria matrice psicoanalitica, e quello lacaniano, che all'opposto ha intrapreso la via radicale di un ritorno a Freud. Da un lato, Mara Selvini-Palazzoli, in patente contrasto con la “parentectomia” promossa dai pionieri della disciplina (Charcot, 1888, in Civita, 1998, p. 294), sposta l'attenzione dall'individuo sintomatico alla complessità del sistema familiare in cui il problema prende forma, inaugurando l'era del coinvolgimento dei genitori nella terapia. Da

un altro, l'intuizione di Lacan: la psicoanalisi come ermeneutica del senso inconscio poco o nulla sortisce contro il "reale" del corpo anoressico. Da qui, la rivisitazione della nozione di sintomo e della pratica analitica della parola (Cosenza, 2008).

A partire dalla seconda metà del secolo scorso anche il modello cognitivo-comportamentale ha offerto dei contributi importanti alla comprensione e alla terapia dei disturbi alimentari. A differenza della psicoanalisi, che dai tempi di Freud e per oltre cinquant'anni, si è cimentata con le malattie mentali senza l'alternativa o l'aiuto di terapie farmacologiche efficaci, la CBT (*Cognitive Behavioural Therapy*) e la terapia sistemica sono nate e si sono sviluppate parallelamente agli sviluppi della psicofarmacologia. A partire dal 1952, data di nascita della ricerca psicofarmacologica stabilita per convenzione con la presentazione degli esiti del primo neurolettico (la cloropromazina), la ricerca ha conosciuto un continuo sviluppo e anche i disturbi alimentari sono divenuti campo di sperimentazione di gran parte delle molecole psicoattive scoperte.

L'abbinamento tra l'indirizzo biologico-psichiatrico e la psicoterapia cognitivo-comportamentale, entrambi focalizzati sull'asse somatico-sintomatico, ha indubbiamente arricchito la comprensione del problema. Ha dimostrato l'esistenza di alcuni meccanismi di auto-perpetuazione della malattia, mettendo contemporaneamente in discussione l'esclusività della psicogenesi e chiamando nuovamente in causa fattori di tipo neurologico e biologico. La tesi cardinale è che nel corso del tempo tra processi psichici e somatici verrebbe a instaurarsi un vero e proprio circolo vizioso, che può determinare, mantenere e complicare i cortei di sintomi. Distinguere i fattori primari che hanno scatenato il processo patologico dagli effetti secondari della malnutrizione diventa sempre più difficile. Esplicativo in tal senso, il circolo tra "restrizione" e "abbuffata" teorizzato da Gerald Russel (1979) a proposito della bulimia:

La persona affetta da BN [Bulimia Nervosa] ingaggia una lotta col proprio peso nel tentativo di ridurlo o controllarlo rigidamente. Il corpo vive negativamente la restrizione, che determina, a livello metabolico, una spinta biologica verso il cibo. La mente considera la fame biologica, il bisogno/desiderio del cibo come una minaccia, un fallimento: si realizza così un forte stato di tensione, una vulnerabilità sia fisica che psichica che sfocia nella perdita di controllo (dimensione psicologica) e nell'abbuffata (comportamento). I comportamenti compensatori (ad es. diete, digiuni, iperattività) e le condotte di eliminazione (vomito autoindotto) rappresentano un tentativo di ricreare il controllo perduto, ricreando però una restrizione/repressione psicofisica che avrà come conseguenza il successivo episodio di abbuffata e vomito autoindotto (binge/purge). Nel tempo questi episodi diventano ripetitivi e organizzati. (Ballardini, Schumann, 2011, p. 57-58)

Questa descrizione è doppiamente esplicativa, tanto del movimento circolare in oggetto, quanto del linguaggio e dello stile di ragionamento dicotomico ed essenzializzante proprio del modello cognitivo-comportamentale, probabilmente la più cartesiana delle psicoterapie.

La scoperta dell'esistenza di un circolo vizioso mente-soma è stata un passo importante in vista del riconoscimento dell'importanza dell'integrazione degli interventi. La psicoterapia resta indispensabile, ma ha cominciato a essere affiancata da un intervento specializzato sul piano medico e nutrizionale. In condizioni di urgenza può inizialmente soppiantarla, giacché uno stato di emaciazione molto grave potrebbe annullare gli effetti di qualunque psicoterapia (Bruch, 1978). La complementarità dell'intervento ha uno scopo tanto preventivo quanto curativo. Gli effetti somatici della malnutrizione, sia per eccesso che per difetto, sono molto severi, a maggior ragione in soggetti in giovane età. Alcuni di essi, come il blocco della crescita staturale e l'osteoporosi nell'anoressia, sono potenzialmente irreversibili. Altri addirittura letali: la denutrizione in primis, le complicanze legate al vomito o all'abuso di diuretici e lassativi. D'altra parte, la stabilizzazione delle condizioni fisiche e il recupero del peso corporeo non significano di per sé la guarigione. Proprio la gestione di situazioni di emergenza, che sollecitano gli interventi più aggressivi, ha dimostrato come la rialimentazione forzata non sufficientemente contrattata, non accompagnata da un adeguato supporto psicologico, o tali da provocare un aumento di peso troppo rapido, scatenano nei

pazienti angosce profonde, portano a frequenti ricadute e talvolta a tentativi di suicidio. Lo zoccolo duro della resistenza al trattamento, il rifiuto di farsi curare o semplicemente di star meglio, che spesso viene associato unicamente al fatto di “ingrassare”, schiaccia i terapeuti in una situazione paradossale. La questione della cura si incunea in uno spazio che si potrebbe definire nei termini esatti della biopolitica: l'intervento sul corpo “fa vivere” il soggetto ma non può guarirlo, mentre la psicoterapia potrebbe guarirlo ma anche “lasciarlo morire” (Foucault, 1976; Agamben, 1995).

Il dato che si è rivelato decisivo nell'orientare la configurazione attuale delle soluzioni di cura è stato il vertiginoso aumento degli indici di prevalenza e di incidenza dei DCA nei paesi occidentali economicamente avanzati (Stati Uniti, Europa occidentale, Canada, Australia, Nuova Zelanda, Giappone). A partire dagli anni Sessanta, “l'epoca delle mosche bianche” (Cosenza, 2008, p. 24) si è arrivati in un crescendo continuo all'acclamazione di una vera e propria “epidemia sociale” nel classico studio di Richard Gordon del 1990 (R. Gordon, 1990).

L'introduzione dell'elemento quantitativo-epidemiologico rappresenta la porta stretta entro la quale anche l'elemento culturale acquista risonanza nel discorso patogenetico. La “cultura occidentale” – nozione intesa in modo sostantivato e circoscritto – non *spiega* la patologia, ma ne giustifica la straordinaria emulazione da parte di un numero sempre crescente di persone. Su queste basi, il socio-antropologo René Girard (1996) ha potuto ricondurre l'espansione di anoressia e bulimia a una forma contemporanea di “desiderio mimetico”, alimentata dallo scontro tra l'ideale del corpo magro e l'ingiunzione capitalistica all'iperconsumo. L'ingresso ufficiale del dato culturale in psichiatria viene conclamato dal riconoscimento dei disturbi alimentari come “*culture bound syndrome*” nel DSM IV, a cui ha fatto seguito l'ipotesi della loro “globalizzazione” dall'avvio del secondo millennio.

L'incremento quantitativo dei DCA è stato accompagnato da una sensibile trasformazione delle caratteristiche psicopatologiche. Se fino agli anni Settanta predominavano le anoressie restrittive, a partire dagli anni Ottanta il vero fenomeno epidemico diventa la cosiddetta *food addiction*. La bulimia, inizialmente rubricata come un comportamento dell'anoressia (l'abbuffata) diventa una patologia a se stante, e così pure il *Binge eating disorder* (iperfagia senza metodi di compenso), entrato a proprio titolo nell'ultima versione del DSM (APA, 2013). La “tossicomania senza droga” (Fenichel, 1945, in Margherita, 2013, p. 68), presente nell'anoressia seppure nella forma “virtuale” dell'ossessione e della contro-dipendenza (Brusset, 1998, in Margherita, 2013, pp. 69-70), si appresta a diventare la tipologia di *addiction* socialmente più accettabile e accessibile, vista la legalità e la disponibilità a basso costo della “sostanza”. Spesso la dipendenza da cibo si trova associata nel medesimo paziente ad altre forme di abuso (alcool, droga, shopping compulsivo), aggravando ulteriormente il quadro morboso. Anche la migrazione transdiagnostica, cioè il passaggio da un quadro psicopatologico a un altro – l'esempio classico è il deragliamento bulimico di un esordio anoressico – è il caso più frequente. A ciò si aggiungono gli ibridi transdiagnostici (le forme spurie, la presenza di comorbidità psichiatriche), dietro alle quali arrancano gli sforzi della rincorsa classificatoria da parte delle nosografie condivise. I manuali specialistici ipotizzano disturbi alimentari inediti, come l'ortoressia, la vigoressia, la dismorfia muscolare maschile, più tutta la nomenclatura dei disturbi della nutrizione nell'infanzia. La diffusione del fenomeno travalica gli steccati di genere, classe sociale e di età, offrendo l'immagine rovesciata dell'*anomia* della società occidentale contemporanea.

Di fronte a questa situazione magmatica e allarmante, a partire dagli Stati Uniti e a seguire nei paesi europei, è stato promosso un massiccio investimento di risorse, sia nella ricerca che nella clinica, che nel corso degli anni Novanta ha messo a punto un modello terapeutico standardizzato e raccomandato dalle Linee Guida più importanti (APA, 2006; NICE, 2016;). E' l'epoca del compiuto dispiegamento della definizione “positiva” della salute, che da condizione tautologica di “assenza di malattia” è passata a designare “uno stato di completo benessere

fisico, mentale e sociale”, secondo la definizione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). La definizione tecnica e specialistica della biomedicina manifesta in questo cambiamento tutto il suo spessore storico-politico. A partire dal secondo dopoguerra, la salute è presa nella rete macroeconomica degli Stati, connessa ai problemi di redistribuzione delle risorse, di livellamento delle imposte, della creazione del cosiddetto “Stato sociale”, garante per i cittadini dell’accesso alle cure presso i servizi sanitari pubblici (Pizza, 2005, p. 94).

L’antropologia medica ha dilatato proprio su questo terreno il suo spessore riflessivo. Travalicando lo studio della sola alterità è ritornata criticamente sul proprio contesto di appartenenza, facendosi “partecipante” e insieme “osservatrice” delle forme della medicina ufficiale (Seppilli, 1996; Pizza, 2005). I sistemi di cura fortemente collettivizzati delle società “primitive” aiutano a comprendere come la medicina sia innanzitutto uno strumento di controllo sociale (Taussig, 1980, p. 104). Come è noto a partire dagli studi di Foucault, nella modernità occidentale il sapere tecnico-scientifico ha plasmato una nuova forma di potere, inteso come gestione positiva della vita, *biopotere* (Foucault, 1963; 1976; 1977). Il discorso su salute e malattia diventa una questione di ordine pubblico, strutturandosi come un complesso apparato di gestione e di controllo microfisico dei corpi. La salute, quindi, non solo è nozione culturalmente determinata, ma un vero e proprio “spazio politico” che si definisce in forme variabili e processuali nell’incontro/scontro tra i soggetti che interagiscono nel campo sociale (i malati, i professionisti, gli amministratori) (Fassin, 1996).

Anche la questione dei disturbi alimentari va collocata su questo sfondo. La cura delle forme alimentari patologiche è variabile di un gioco di equilibri molto più vasto, in cui la tutela dei cittadini deve potersi combinare tanto con gli interessi e i proventi dell’industria alimentare quanto con quelli, altrettanto macroscopici, della medicalizzazione della vita. La scoperta della sequenza restrizione-bulimia-restrizione ha chiarito molto bene l’effetto iatrogeno sul piano sociale della *diet industry*, che è tanto fra i principali responsabili della diffusione dei disturbi alimentari (conclamati e subclinici) quanto una forma estremamente redditizia di *business*.

5. Il modello bio-psico-sociale

Le attuali proposte di trattamento per i DCA si inquadrano in una strategia di approccio denominata “bio-psico-sociale”, formulata dallo psichiatra americano George Engel alla fine degli Settanta (Engel, 1977). Anticipata per certi aspetti dall’esperienza dei “gruppi Balint” nel ventennio precedente (Balint, 1957), si prospetta come una forma di revisione del paradigma biomedico classico in sintonia con la nuova definizione di salute proposta dall’OMS. Dalla centralità della malattia, concepita in termini astratti e oggettivanti, l’attenzione si sposta sul malato (il “paziente” o “cliente”) la cui condizione, giocoforza particolare, si declina in un insieme di variabili irriducibili alla sola componente biologica. La novità epistemologicamente più rilevante dell’approccio di Engel è l’introduzione nella pratica clinica della teoria dei sistemi e del paradigma della complessità, che modifica tanto la rappresentazione della relazione di cura, quanto le coordinate di fondo del ragionamento eziologico. Il problema della *non-compliance* dei pazienti e le critiche “dal basso” al sistema sanitario sollecitano una ridefinizione del rapporto terapeutico, non più legittimato da una gerarchia di ruoli e di poteri accettata acriticamente, ma neppure garantito da una presunzione di sapere. Nel modello sistemico, la causalità lineare cede il passo alle logiche retroattive e indeterministiche che possono essere illuminate soltanto a posteriori, a partire cioè dall’analisi di una molteplicità di dimensioni esistenziali (biologiche, psicologiche, familiari, economiche e sociali), la cui diligente compitazione esita nel cosiddetto “*assessment* multidimensionale dei bisogni” del paziente.

Da un punto di vista molto generale il modello bio-psico-sociale ha l'indubbio merito di aver promosso il superamento del riduzionismo implicito nella visione biomedica "tradizionale". La malattia non è più considerata come un'entità indipendente dal comportamento sociale, e meno facilmente può essere assegnata alla "mente" piuttosto che al "corpo". Il riconoscimento del ruolo dei fattori emotivi e psicosociali attiene tanto al processo di genesi, diagnosi e cura della patologia quanto alla relazione terapeutica, implicando il professionista non meno del paziente. Nondimeno la proposta di Engel resta fundamentalmente "conservatrice". Promuove, cioè, una riforma interna alla biomedicina che non si traduce nella messa in discussione dei suoi assetti strutturali, né a livello epistemologico né sul piano operativo. Pur lodevole nelle intenzioni, la cosiddetta "umanizzazione della medicina" rischia di edulcorare come una questione "psicologica" di comunicazione e di empatia, un problema che attiene soprattutto ai modi della riproduzione sociale della conoscenza e della prassi medica. Nello spazio ristretto dell'interazione medico-paziente intervengono "i più estesi significati sociopolitici e i più complessi rapporti di forza nei quali entrambi i poli della relazione agiscono e sono agiti, in rapporto alle istituzioni sanitarie e, attraverso di esse, con lo stato e il mercato" (Pizza, 2005, p. 247). Proprio su questa dimensione l'indagine etnografica può portare una maggiore consapevolezza.

Sul piano pragmatico e organizzativo, la risposta più convincente ed economicamente sostenibile per fronteggiare la gravità della patologia e migliorare la qualità delle cure è stata l'*integrazione* degli interventi. Per affrontare le molteplici variabili chiamate in causa, è necessaria la collaborazione di più figure professionali. L'ipotesi che tale corallità possa essere meno la risultante della complessità *della malattia* che della parcellizzazione preliminare *dei saperi* che se ne occupano non è argomento di discussione. Gli ambiti in cui viene scomposta la patologia sono *in primo luogo* il riflesso di una tripartizione professionale fondata su basi epistemologiche tutt'altro che olistiche: il background culturale e professionale di chi si occupa di "salute fisica" (medici, infermieri, ecc.) è molto distante da quello dei professionisti della "salute mentale" (psichiatri, psicologi, ecc.) e così pure degli operatori della "salute sociale" (sociologi, assistenti sociali, educatori, ecc.). Essendo impensabile concentrare in un unico professionista tutte le competenze richieste, la soluzione obbligata è il *team-approach*. La costituzione di *équipe* multidisciplinari, quindi, è raccomandata non perché sia in astratto la migliore, ma in quanto è praticabile senza troppo manomettere gli assetti esistenti. Non a caso la strategia più efficace per sviluppare la cultura del bio-psico-sociale e delle attività di *équipe* è la Formazione, nelle sue varie declinazioni pre-laurea, post-laurea e continua (ECM), col relativo giro d'affari che vi ruota intorno. L'introduzione di raffinati modelli epistemologici non è sufficiente a scardinare logiche più sostanziali delle pure teoresi.

Per la verità, proprio sul piano teorico il modello di Engel lascia aperte alcune questioni tutt'altro che marginali. Non è chiaro, ad esempio, se i tre livelli (biologico, psicologico, sociale) siano posti sullo stesso piano oppure siano collocati in una sorta di "catena gerarchica dell'essere". La sequenza di Engel comincia dal "bio". Eppure, se il paziente è innanzitutto *persona*, sarebbe altrettanto legittimo partire dal "sociale". Ancora, se i livelli sono separati, come definire (e chi può farlo) i reciproci confini? Su quali basi un aspetto viene definito come "psicologico" piuttosto che "sociale"? Vengono finanziate delle ricerche per stabilirlo (e quali: etnografiche, sociologiche, epidemiologiche), oppure ci si avvale di nozioni stereotipate e di senso comune? L'adozione di una logica sistemica non dovrebbe confondere le distinzioni anziché ordinarle nei comodi scomparti dell'"agenda del paziente"?

Nella letteratura di settore e nei documenti di consenso sui DCA, l'impiego di nozioni come "multidisciplinare", "multidimensionale", "multiprofessionale", "interdisciplinare" è molto frequente ma anche disinvolto. Spesso vengono utilizzate come interscambiabili quando non lo sono. Il problema è sostanziale, non solo terminologico. Ballardini e Schumann (2011), per esempio, dichiarano che a rigore "il concetto di integrazione non sarebbe applicabile alla

multidisciplinarietà”, la quale indica una somma di interventi attinenti ad aree specialistiche diverse, non necessariamente organizzati secondo una sinergia di ruoli. La formazione comune e la supervisione costante di tutti i professionisti sarebbe l’antidoto principale alla frammentazione delle attività e al rischio dell’improvvisazione. In questo senso gli autori parlano di “interdisciplinarietà”, o anche di “multidisciplinarietà integrata”. A sostenere effettivamente, e non solo sul piano formale, l’integrazione delle cure è proprio l’idea di *squadra* (team, équipe), in cui “le varie competenze sono collegate dall’obiettivo di costituire un gruppo di terapeuti formato ad hoc, compatto e operante nello stesso luogo, con strumenti terapeutici condivisi” (*ibidem*, p. 60). L’altro elemento chiave del trattamento, ossia la *specificità* degli interventi, è assicurata da una chiara ripartizione di ruoli e di compiti nonché dalla pianificazione standardizzata delle mansioni da svolgere. Ogni professionista agisce nei limiti e nelle forme proprie del suo campo di competenza. Ciò ribadisce come il modello dell’integrazione trovi nella *distinzione* il suo presupposto. La formazione universitaria, di base e specialistica, costruisce le singole competenze, che in un secondo tempo si troveranno a operare comunitariamente. La “multiprofessionalità” dell’équipe è il contraltare della “multidimensionalità” della malattia. La sua scomposizione in fattori primi di ordine bio-psico-sociale corrisponde alla distinzione tra iter formativi e professionali ben definiti.

Il paziente, però, è uno solo. Se poi soffre di un DCA, è anche “scisso”. Affinché possa essere curato, è innanzitutto l’équipe a dover “guarire” dall’articolazione cartesiana del suo lavoro “nei due settori fondamentali dell’area medico-nutrizionale e psicoterapico-psichiatrica” (*ibidem*, p. 62). Nella concreta prassi terapeutica, l’approccio bio-psico-sociale risulta poco praticabile nella forma di un’interdisciplinarietà che Devereux avrebbe giudicato “banale”, ottenuta cioè per semplice “giustapposizione”: ogni disciplina con un “trattino d’unione” (Devereux, 1975, p. 14). La proposta metodologica del fondatore dell’etnopsicoanalisi si fondava, com’è noto, sul “complementarismo”, altrimenti definito come “doppio discorso obbligatorio”. Il ricorso a discipline diverse in momenti successivi (nel suo caso etnologia e psicoanalisi) era motivato dall’esigenza di salvaguardare la specificità e irriducibilità di ciascun campo disciplinare contro le illusioni del riduzionismo. La scoperta del principio di indeterminazione di Heisenberg e di Bohr – è impossibile localizzare e *nel contempo* misurare la velocità di una particella – aveva smascherato la neutralità dello sguardo scientifico come specchio della natura. Le scienze rappresentano prospettive parziali non interscambiabili sul mondo, similmente alle immagini gestaltiche. Costruendo i propri oggetti a partire da problemi specifici e con metodi di indagine altrettanto peculiari, vedono *altrimenti* una realtà che non esiste a prescindere dal loro sguardo. La scienza della nutrizione considera il “cibo” secondo aspetti che restano trasparenti alla prospettiva psicologica, e viceversa. Allo stesso modo il corpo – la “figura ambigua” per antonomasia nei DCA – è variamente costruito dai saperi, *come* organismo, *come* comportamento, *come* pulsione, *come* oggetto biopolitico, *come* incorporazione, *come* genere. Il contributo di ogni scienza è necessario. Ciò dimostra come la complessità, più che una proprietà ontologica del vivente, del paziente, della malattia, sia una risorsa euristica del sistema conoscitivo. In questo caso della terapeutica. L’indagine etnografica del lavoro di équipe a Todi evidenzia l’articolazione di un altro tipo di pratica multidisciplinare, che pur integrandosi nella prospettiva bio-psico-sociale, di fatto la supera.

II. IL CIBO COME SINDROME CULTURALE

1. L'uomo e il cibo: un rapporto innaturale

L'Introduzione di James Clifford a *Scrivere le culture* (Clifford, Marcus, 1986) si apre con un esergo di Roland Barthes:

Il lavoro interdisciplinare di cui oggi tanto si parla, non è un confronto tra discipline già costituite (nessuna delle quali in fondo è disposta a lasciarsi andare). Per fare qualcosa di interdisciplinare non basta scegliere un soggetto (un tema) e raccogliervi intorno due o tre scienze. L'interdisciplinarietà consiste nel creare un nuovo oggetto che non appartiene a nessuno. (Clifford, 1986, p. 25)

La prospettiva epistemologica promossa da Barthes e ripresa nel celebre seminario interdisciplinare sulla costruzione del testo etnografico, insiste sulla necessità di sollecitare i confini disciplinari a un confronto creativo che faccia emergere nuovi oggetti di riflessione irriducibili alle singole prospettive. Anche la “fame” potrebbe essere pensata in questa forma, cioè *al di là* (trans) di ciò che la biologia, la fisiologia umana, la psicologia, l'antropologia o la letteratura ne hanno detto. Considerare questo tema in un'ottica interdisciplinare, o meglio ancora *transdisciplinare* significa partire da un oggetto che non è dato se non nella forma di un significante che evoca senza definire. L'ipotesi esige di sospendere ogni pre-giudizio definitorio che abbia già deciso, a partire da un campo disciplinare specifico, qualcosa di essenziale sull'oggetto, per esempio che la fame sia un bisogno fondamentale per la sopravvivenza. L'oggetto dovrebbe emergere piuttosto *dal* discorso e, attraverso di esso, andare a riempire quello spazio *tra* le discipline che la ricerca inter e multidisciplinare lascia vuoto, cioè non problematizzato. Per usare un'analogia mutuata dalla fisica, l'oggetto transdisciplinare è “indeterministico”. Va concepito come “uno spazio di possibilità che attendono di essere attualizzate” in modi non prevedibili anticipatamente ma ripercorribili soltanto a posteriori, ad assemblaggio compiuto fra diverse tradizioni di ricerca (Montuschi, 2007, p. 112). L'oggetto, inoltre, dipende dall'osservatore, prendendo forma da richieste conoscitive formulate contestualmente. Nel caso presente, l'esigenza di illuminare la saldatura tra i modelli di comportamento alimentare dell'occidente contemporaneo e la loro sempre più consistente declinazione patologica.

Un punto di partenza sufficientemente indeterminato assume la “fame” come metonimia della *manca* *originaria* in quanto condizione costitutiva e costituente che ritaglia lo spazio dell'umano entro l'ambito più generale del vivente. Alcuni autori, tra cui Francesco Remotti, hanno articolato su questo tema la prospettiva antropologica dell'“antropopoesi” – la fabbricazione *culturale* dell'uomo – coniugando la tradizione filosofica e disciplinare con le recenti scoperte della biologia genetica, l'autopoesi dei sistemi viventi, il costruttivismo epistemologico e il concetto di complessità (Remotti, 2003; 2007; 2013). Rispetto all'animalità quale termine di paragone designato, la condizione umana è stata generalmente concepita in termini autocelebrativi. La definizione aristotelica dell'uomo come “animale razionale”, o

l'essere creaturale fatto a immagine divina sono esempi eclatanti di una differenza concepita per eccedenza. La tesi opposta, che affiora nel Rinascimento e segue il passo della secolarizzazione, solo in apparenza la contraddice. L'enfasi sulla "natura indefinita" dell'uomo serve soprattutto a esaltarne le mirabili capacità autocostruttive. A metà del Novecento, la riflessione sartriana sulla priorità dell'esistenza sull'essenza perpetua tale riconoscimento nell'epoca del disincanto. Il limite più vistoso di queste ipotesi "antropologiche" è il loro antropocentrismo. Isolare l'uomo dal resto dei viventi, fare dell'antropologia un sapere a parte rispetto alle altre forme di conoscenza scientifica, condannerebbe la riflessione a un pericoloso vicolo cieco (Remotti, 2005, p. 34). Sullo sfondo della continuità del vivente, invece, la "fame" può essere concepita nell'uomo come uno spazio interstiziale collocato *fra* natura e cultura, confondendo i termini di un'inveterata opposizione.

Importanti scoperte nei campi della paleoantropologia, della cibernetica e della neurologia hanno dimostrato che una "natura umana" di per sé integra e completa non è mai esistita. Il processo di ominazione, dilatato a un arco temporale stimato tra i 10 e i 5 milioni di anni, è avvenuto nella sovrapposizione di un insieme di cambiamenti biologici e culturali, ciascuno dei quali avrebbe concorso a determinare il progresso dell'altro. *L'homo sapiens* non è uscito culturalmente nudo dalla natura, né quest'ultima può essere concepita come una sorta di fondamento collocato "sotto" di essa.

L'abbandono di una visione sequenziale e stratigrafica dei rapporti tra evoluzione fisica e sviluppo culturale ha riformulato il concetto stesso di uomo, che da *produttore* di cultura è divenuto contemporaneamente un suo *prodotto*. Invece di aggiungersi a un animale oramai biologicamente completo, la cultura, come ha spiegato Geertz, "fu un ingrediente, e il più importante, nella produzione di questo stesso animale" (Geertz, 1973, p. 62). I cambiamenti decisivi nella filogenesi della specie umana hanno avuto luogo nel sistema nervoso centrale. A fronte di una condizione anatomica complessivamente già stabilizzata e relativamente simile a quella degli australopitechi, alcune parti del cervello si sono accresciute in modo abnorme fino a raggiungere le proporzioni attuali. Tale sviluppo è stato possibile grazie alla combinazione di un "nutrimento" di tipo genetico (interno) e di uno di tipo culturale (esterno), veicolato attraverso i processi di apprendimento.

Poiché il nostro sistema nervoso centrale [...] è cresciuto in gran parte in interazione con la cultura, è incapace di dirigere il nostro comportamento o di organizzare la nostra esperienza senza la guida fornita dai sistemi di simboli significanti [...]. Questi simboli non sono pertanto semplici espressioni, strumentalità, o corrispettivi della nostra esistenza biologica, psicologica e sociale: ne sono i prerequisiti. Senza uomini certamente non c'è cultura; ma allo stesso modo, e cosa più importante, senza cultura non ci sarebbero uomini. (*ibidem*, p. 64)

L'idea che la cultura intervenga, come suggerisce Geertz, a "completare" uno sviluppo biologico di per sé insufficiente a produrre l'essere umano continua a suggerire – come notava Ingold (2000) – un'immagine difettiva della natura. Alcuni autori si sono spinti in una direzione più radicale, da cui stavolta è stato il concetto di cultura a uscire riformulato, così come il suo legame intrinseco con l'uomo. Secondo la teoria autopoietica dei sistemi viventi, la cultura è un "fatto zoologico", cioè una possibilità evolutiva perseguita dagli organismi per motivi filogenetici non riconducibili alle vicende umane, anche se è indubbio che la specie umana vi abbia puntato più delle altre. All'interno di questa prospettiva, il termine "cultura" sta a indicare le "aperture" del programma genetico che consentono agli organismi una relativa flessibilità comportamentale di fronte alla varietà e imprevedibilità degli stimoli ambientali. Questa condizione è presente in misura inversamente proporzionale alla loro semplicità. In un batterio l'esecuzione del programma genetico è rigidissima, mentre in organismi più complessi le soluzioni inedite e creative assumono un ruolo sempre più importante. Nel caso in cui le risposte si rivelino adattive, ad esempio consentendo l'accesso a nuovi territori e a nuove fonti di cibo, vengono "insegnate" ai discendenti, integrandosi con le

informazioni trasmesse per via genetica e conducendo parallelamente al regresso delle componenti innate.

Nella specie umana l'attitudine inventiva raggiunge livelli elevatissimi. Favorita dalla maggiore complessità del cervello, indubbiamente l'organo più "culturale", malleabile e plastico che si trovi in natura, è stata incentivata da un altro tratto particolarmente accentuato nell'evoluzione biologica dell'ominide, cioè la neotenia. Secondo Edgar Morin, "lo sviluppo della giovanilizzazione", ossia l'aumento della durata biologica dell'infanzia e dell'adolescenza, assume un rilievo del tutto particolare nel quadro delle trasformazioni che hanno plasmato l'uomo come attualmente lo conosciamo. Il "rallentamento ontogenetico", cioè la lentezza con cui avviene lo sviluppo dell'individuo, è funzionale al "proseguimento dello sviluppo organizzativo del cervello in uno stretto rapporto di complementarità con gli *stimoli* del mondo esterno e delle spinte culturali" (Morin, 1973, p. 85). La neotenia è la condizione fisiologicamente più adatta a favorire l'apprendimento e la trasmissione culturale.

Cerebralizzazione, giovanilizzazione, regresso dei comportamenti innati si combinano e si richiamano fra loro e tutti insieme sono a loro volta connessi al ruolo preponderante della cultura. A fronte di una crescente complessità culturale, una lunga infanzia è effettivamente necessaria. Si pensi al tempo richiesto dall'apprendimento del linguaggio. "Sono anni lunghi di dipendenza e di 'incompiutezza' da parte dell'individuo in crescita. Il piccolo umano nasce soprattutto con un cervello 'incompiuto', il cui "accrescimento non solo qualitativo ma anche quantitativo si effettua dopo la nascita" (Remotti, 2003, p. 53) Il suo volume corrisponde a circa il 25 % della sua dimensione da adulto, contro il 70% di quello di un piccolo scimpanzé. "Tutte le sue attitudini - spiega Morin con una metafora alimentare - hanno bisogno di essere nutrite con il biberon" (Morin, 1973, p. 93).

Remotti rimarca a questo punto la notevole divaricazione tra Geertz e Morin a proposito del significato da attribuire alla nozione di incompletezza e al ruolo produttivo della cultura. Da un lato l'incompletezza è un problema da risolvere, un vuoto biologico da saziare con un nutrimento culturale. Dall'altro, una condizione positiva da mantenere e rinnovare costantemente. Per Geertz quello che si potrebbe chiamare il "cibo sociale" riempie una natura manchevole e perciò "affamata", laddove Morin fa della mancanza non una causa ma effetto: è la cultura che "svuota" e "affama". A suo avviso l' "incompletezza definitiva" è una condizione propulsiva, creativa, innovativa: la fame come risorsa. In entrambi i casi, la mancanza originaria è una dimensione "indeterministica". Il bambino ha certamente bisogno d'essere nutrito, ma esattamente *di che*? Non è possibile separare il nutrimento materiale di cui il cervello ha bisogno per incrementare e complessificare le connessioni neuronali, dall'insieme delle risposte simboliche e comportamentali altrettanto essenziali per qualificare il suo divenire come quello di un essere propriamente umano. La fame è un fatto tanto biologico quanto culturale, è *sempre* le due cose insieme. Il nutrimento dell'organismo, direbbe Ingold, è inseparabile da quello della persona. Non a caso lo psicoanalista Bion ha ipotizzato la funzione *metabolica* dello psichismo materno come condizione generativa della capacità di *pensare* del figlio (Bion, 1962). Da questo punto di vista, parlare di un appetito "naturale" diventa problematico nell'uomo, perché il concetto di natura (come il suo corrispettivo cultura), considerato come una realtà o un livello di realtà autonomo, è svuotato di reale spessore euristico. Il rapporto dell'uomo col cibo è, se si vuole, un rapporto intimamente innaturale o naturalmente culturale.

L'intervento della cultura è anzi tanto più massiccio quanto più ci si avvicina a un ipotetico stato di natura. Su questo punto la psicoanalisi ha fornito contributi imprescindibili. L'allattamento è l'esperienza unica e irripetibile dell'incontro con un cibo che è anche un corpo, un cibo-corpo vivente. E' la scena di un rapporto, che è tanto con l'altro che nutre (spesso la madre) quanto con l'Altro che l'ha costituita come madre, e prima ancora come donna, e che ha codificato socialmente le stesse pratiche di accudimento. Segno evidente

dell'innaturalità del rapporto col cibo è l'irriducibilità dell'esperienza della soddisfazione alla dimensione fisiologica della sazietà. L'indugio del lattante nella suzione assume una valenza erotica più ampia, la cui regolamentazione non spetta, a rigore, né al neonato né alla madre, ma all'Altro sociale quale autentico fautore dello svezzamento. L'impasto tra nutrizione e sessualità, soddisfazione e aggressività, sopravvivenza e riproduzione, impregna di cultura le dimensioni più "naturali" dell'esperienza umana.

A differenza dei vegetali, definiti autotrofi perché capaci di sintetizzare autonomamente le sostanze indispensabili per crescere e svilupparsi, gli animali sono eterotrofi, devono ingerire sostanze organiche già pronte. Per loro, il cibo è sempre e necessariamente *altro*. La fame è un'esperienza "intenzionale", è sempre "fame-di", fa segno di un oltrepassamento che è di per sé un indice di incompletezza. L'appetito insorge, risorge, soprattutto non può saziarsi *da sé*. L'estrema apertura all'ambiente, la versatilità e la predisposizione al mutamento proprie del cervello umano hanno come contraltare la perdita di sicurezza e di infallibilità proprie delle risposte istintuali. Meno il comportamento è stereotipato, più diventa aleatorio. Proprio il campo alimentare rivela l'aspetto drammatico di questa ambivalenza. Claude Fischler ha formulato in proposito il cosiddetto "paradosso dell'onnivoro" (Fischler, 1990). Dotato di una struttura anatomica atta a digerire e assimilare quasi tutto, l'essere umano dispone di una varietà pressoché illimitata di possibilità alimentari. La "neofilia" ha come controparte l'esposizione al rischio alimentare, alla potenziale imprevedibile tossicità dell'alimento ingerito. Per fronteggiare la "neofobia" ogni società elabora un insieme di norme, rituali e tabù atti a regolamentare la transizione delle sostanze nel corpo.

Nel caso della specie umana, l'altro (il cibo) sono innanzitutto *gli altri*. La pratica alimentare si apre per l'individuo all'interno di una dimensione comunitaria, che non è semplicemente il contesto, ma la condizione di possibilità di un'esperienza che altrimenti non sarebbe "umana". Così come vivere soli è alla radice un'esperienza incompatibile con l'antropopoiesi, allo stesso modo lo è il mangiare. La commensalità, il mangiare-con, assume nell'esperienza umana il senso di un trascendentale storico (Cosenza, 1998, p. 144), che l'antropologia appropria in una veste più circostanziata, rendendo il legame tra cibo e umanità, se possibile, ancora più stretto. Come ha evidenziato Geertz con impareggiabile efficacia, quello di cultura non è un concetto generico ma sempre e irrimediabilmente specifico. "Essere umani - scrive - non significa essere un qualsiasi uomo, ma un particolare tipo di uomo", cioè un individuo piuttosto che un altro.

Concepita come una serie di espedienti simbolici per controllare il comportamento, di fonti di informazione extrasomatiche, la cultura fornisce il legame tra quello che gli uomini sono intrinsecamente capaci di diventare e quello che effettivamente sono divenuti, nella loro specificità. [...] Come la cultura ci ha plasmati come singola specie - e senza dubbio lo sta ancora facendo - così ci plasma come individui distinti. (Geertz, 1973, p. 67-68)

L'eccedenza della specie umana rispetto agli animali si misura precisamente in questa *differenziazione* che rende la definizione della specie realmente e concretamente specifica. Così come non esiste un appetito naturale, anche la fame sociale non è uguale per tutti. Nel con-formare sia il cibo che il momento del pasto secondo una specifica "gastronomia" (da *nomos*, legge), la società diventa essa stessa nutrimento, l'alimento principale della particolare "forma di umanità" che l'individuo andrà a incorporare *insieme* al cibo che mangia. Così come avviene a livello materiale, la "fame di umanità" si soddisfa e si riproduce assumendo e continuando ad assumere un cibo pre-digerito collettivamente. E' così che l'esperienza alimentare contribuisce, insieme ad altri aspetti, a costruire l'uomo. In un senso meno materialistico e più transdisciplinare di come l'intendeva Feuerbach, "l'uomo è ciò che mangia".

2. Incorporazione e *habitus* alimentare

“Le leggi della coscienza – scriveva Montaigne verso la fine del XVI secolo – non nascono dalla natura ma dalla consuetudine”. Tuttavia, “poiché le succhiamo col latte fin dalla nascita e il volto del mondo si presenta siffatto al nostro primo sguardo, sembra che noi siamo nati a condizione di seguire quel cammino” (Montaigne, 1580, p. 150). Il filosofo e protoantropologo del Cinquecento affermava con grande anticipo sui tempi il carattere relativo e contestuale di quelle norme che, anche grazie alla sua riflessione, si iniziava a dubitare fossero universali e di origine divina. Attraverso la metafora della suzione, evidenzia nel contempo come le pratiche alimentari siano un luogo elettivo per vedere all’opera l’azione antropoietica della cultura e la sua ineffabile potenza. Anche il rapporto col cibo “non nasce dalla natura”, immutabile e infallibile come quello governato dall’istinto. Eppure, nella pratica quotidiana, mangiare appare effettivamente come un atto banale, spontaneo e quasi estrinseco rispetto al soggetto. L’ordine alimentare, essendo assorbito “insieme al latte materno” come tutte le altre forme di ordinamento simbolico, si presenta all’individuo non come arbitrario e costruito, ma come ovvio. L’esperienza alimentare è frutto della consuetudine ma appare come natura. E’ innaturale ma viene anche *naturalizzata*.

La nozione di *habitus* proposta da Bourdieu (1972) è stata elaborata al preciso scopo di chiarire attraverso quali dinamiche concrete si realizzi il rapporto tra individuo e società, concepito dalla tradizione in termini, a suo giudizio, astratti e insoddisfacenti. L’anello di congiunzione è costituito dalla corporeità, non come un semplice *trait d’union* ma, ancora una volta, come spazio trasversale alle due dimensioni, che va problematizzato come tale. La riflessione antropologica si è mossa in questa direzione a partire dal breve saggio pionieristico di Marcel Mauss sulle “tecniche del corpo” (Mauss, 1936), che nel valorizzare la dimensione culturale della corporeità ha contraddetto il riduzionismo biologico. La “teoria della pratica” di Bourdieu prende spunto dall’opera dell’etnologo francese, e media la scolastica medioevale, da cui il termine *habitus* deriva, con la nozione marxiana di prassi.

Gli *habitus* sono concetti “operativi”, indicano cioè un insieme di disposizioni percettive, valoriali e simboliche all’agire, che favoriscono il duplice processo di “interiorizzazione dell’esteriorità e di exteriorizzazione dell’interiorità” su cui si fonda la vita sociale (Bourdieu, 1972, p. 206). Da un lato, sono *strutturati* dal contesto sociale che li produce. Da un altro, sono matrici *strutturanti* l’agire individuale nell’ambiente in termini sensati e condivisibili. Dimostrano, in particolare, come tra l’agire individuale e le pratiche collettive esista un legame intrinseco e non opzionale, che va concepito diversamente sia dal determinismo dell’inconscio strutturale di Levi-Strauss, sia dal “libero arbitrio creatore” di una deliberazione puramente soggettiva di stampo esistenzialista. Gli *habitus* sono prodotti storici, e quindi mutevoli, ma nel contempo garantiscono alle attività sociali una certa regolarità e continuità. La connessione è garantita dalla peculiare fisionomia *corporea* di tali costrutti.

Il processo di socializzazione privilegia forme di apprendimento di tipo pratico e implicito, dove l’osservazione e l’imitazione degli altri sono preponderanti rispetto al sapere discorsivo. Nessuno impara ad allacciarsi le scarpe, a rompere un uovo o a stirare attraverso istruzioni formali, ma nell’esecuzione ripetuta e spesso silenziosa di compiti che implicano posture e gesti specifici, cioè *hexis* del corpo (Bourdieu, 1972, p. 233). Attraverso la pratica e l’esercizio, a loro volta, le abilità incorporate con-formano il corpo, si annidano nella sua costituzione, nella sua neurologia, muscolatura e anatomia. Camminare in un certo modo, parlare una certa lingua, sedere o accovacciarsi abitua il corpo a com-portarsi in una maniera piuttosto che un’altra. Si potrebbe dire che il “corpo proprio” della tradizione fenomenologica viene anche “socialmente appropriato”, nel senso che è costruito e vissuto attraverso il filtro di una ragione pratica collettiva.

La qualità specificamente corporea della socializzazione trasforma l'arbitrio in necessità. In quanto costruito artificiale e poietico, e non puramente biologico, il corpo si appropria così intimamente dei saperi pratici che presiedono alla sua costruzione socioculturale da giungere a naturalizzarli: i gesti, le mimiche e i comportamenti attinti dall'esperienza sociale vengono vissuti come ovvi e spontanei. Una volta "fatta corpo", l'arbitrarietà culturale è collocata al di fuori della coscienza, quindi sottratta alla trasformazione volontaria e deliberata così come all'esplicitazione. L'*habitus* opera a livello irriflessivo, inconscio: è quell'agire senza pensarci che risuona nell'abitudine. Secondo Bourdieu, l'inconscio "non è altro che l'oblio della storia che la storia stessa produce incorporando le strutture oggettive che essa produce in queste quasi-nature che sono gli *habitus*" (*ibidem*, p. 213). Il corpo collettivamente "abituato" non possiede, dopotutto, che una "seconda natura", dal momento che sulla presunta "prima natura", anteriore all'abitudine, ci si potrebbe chiedere, come ha fatto Antonio Gramsci, in che senso sia stata "proprio prima" (Gramsci, 1975, p. 1032). Parimenti, l'incorporazione della cultura, ovvero "la possibilità di essere condizionati (nel senso inglese di *cultivation*), è [...] la condizione di possibilità della cultura medesima" (Bourdieu, 1972, p. 243). In questo senso l'incorporazione è "la manifestazione più visibile e insieme meglio nascosta, perché 'più naturale', della sottomissione all'ordine stabilito" (*ibidem*).

In quanto forma primigenia di incorporazione culturale, l'esperienza alimentare mette bene in rilievo la potenza, la complessità e l'ampiezza di tale processo. La naturalizzazione dell'ordine sociale appare emblematica, ad esempio, nell'esperienza del gusto (Bourdieu, 1979). Questione in apparenza puramente idiosincratice, l'inclinazione soggettiva rivela il suo risvolto conformista non appena venga posta a confronto con *altre* conformità. Le preferenze espresse, sostiene Bourdieu, sono strumenti di identificazione in negativo, cioè "pratiche di distinzione", sia all'interno dello stesso gruppo sociale (distinzione di gusto = distinzione di classe), sia per demarcare un'identità collettiva: "In materia di gusto più che in qualsiasi altra, ogni determinazione è negazione; ed indubbiamente i gusti sono anzitutto dei disgusti, fatti di orrore o di intolleranza viscerale ("fa vomitare") per gli altri gusti, cioè per i gusti degli altri" (*ibidem*, p. 56). Le preferenze alimentari rivelano più delle altre "il segno indelebile dei primi apprendimenti, quelli che sopravvivono più a lungo al distacco o al crollo del mondo natale" che è innanzitutto il mondo materno, definito come "la forma archetipica del bene culturale, dove il far piacere fa parte integrante del piacere e di quell'atteggiamento selettivo verso il piacere che si acquisisce con il piacere" (*ibidem*, p. 76).

Lo stesso effetto naturalizzante è ascrivibile alla sacralizzazione dei comportamenti alimentari attraverso il sistema degli interdetti, dove la selezione e definizione collettiva del biologicamente assimilabile viene sancita e "transustanziata" nella forma del socialmente commestibile. Sovviene la nota formula di Levi-Strauss: prima di essere mangiato, un cibo deve essere pensato come buono (Levi-Strauss, 1966). A sua volta, ciò che è ritenuto buona-da-mangiare esprime in forma tangibile (edibile) un certo valore (purezza, integrità, forza), che viene assimilato insieme al cibo. Il processo di inculturazione è eminentemente olistico. L'educazione alimentare è insieme educazione morale, disciplina del corpo, costruzione dello spirito, trasformazione della natura. Rimarcando l'importanza dell'educazione primaria nella trasmissione dei principi fondamentali della società, Bourdieu invita a tener presente che "tutta una cosmologia, un'etica, una metafisica, una politica passano attraverso delle ingiunzioni tanto insignificanti quanto 'stai dritto' o 'non tenere il coltello con la sinistra'" (Bourdieu, 1972, p. 245). La società tutta si incorpora nell'individuo. Non a caso il carattere pratico e corporeo dei primi insegnamenti qualifica come imprescindibile la dimensione intersoggettiva dell'apprendimento. L'osservazione e l'imitazione di una pratica non possono per definizione attuarsi in isolamento: imparare a "stare a tavola" è vivere contemporaneamente un'esperienza di relazione. La tesi va assunta in senso radicale. Non si impara nello spazio privato della propria mente: è invece una particolare idea di Sé a

emergere dalle pratiche simboliche di una collettività. Né si apprende semplicemente “in mezzo” agli altri, ma solo *per* loro, nel duplice senso, efficiente e finale, della causalità. Il locus dell’apprendimento, quindi, non è in la dimensione cognitiva in senso stretto. Non si apprende perché lo si vuole, o per appropriarsi di certi contenuti, ma per appartenere a qualcuno, a una comunità. Il processo di socializzazione è una morfogenesi della *persona* (Ingold, 2001) perché il suo obiettivo non è la trasmissione di una “tecnica comportamentale” in senso stretto, ma la formazione di un soggetto.

3. I “tre corpi” della malattia e la questione del genere

Bourdieu aveva espressamente identificato nella conoscenza prassiologica un antidoto all’opposizione tra il determinismo della struttura e la libertà assoluta dell’azione. Ciò nonostante, è stato accusato di trattare il corpo come un ricettacolo inerte e passivo di mera “somatizzazione” culturale, riproducendo una forma di riduzionismo complementare al biologismo e allo psicologismo (Lock, Scheper-Hughes, 1987; 1990). In effetti, essendo maggiormente interessato a valorizzare la continuità e la regolarità delle pratiche sociali, Bourdieu non si era soffermato sull’aspetto soggettivo della rimodulazione e trasformazione degli *habitus*. Alcune prospettive hanno invece tematizzato esplicitamente la questione, fino a riformulare la nozione stessa di corporeità. L’ispirazione è venuta dalla tradizione filosofica esistenzialista e fenomenologica del primo Novecento, che ha spostato l’interesse teorico dal dualismo mente/corpo al rapporto fra corpo vissuto e mondo. Questo passaggio ha dischiuso una nuova frontiera per l’antropologia e rinnovato profondamente il concetto di “incorporazione” (*embodiment*). La nozione non allude soltanto, come in Bourdieu, ai processi di costruzione socioculturale della corporeità. Indica anche “una condizione esistenziale” in cui il corpo è “la fonte soggettiva e il terreno intersoggettivo dell’esperienza” (Csordas, 1999, p. 19). Non solo i corpi sono plasmati culturalmente, ma a loro volta producono significati ed esperienze. L’incorporazione non è uno “stato” bensì un processo del corpo, e la cultura è ciò che i corpi *fanno* agendo e interagendo nel mondo.

È significativo che un contributo determinante nel profilare il nuovo senso del costruito sia derivato dall’antropologia medica. In aperta opposizione alla matrice cartesiana della biomedicina, Margareth Lock e Nancy Scheper-Hughes hanno colto nella malattia una forma di *agency* corporea. A differenza dello sguardo clinico ed epidemiologico, disincorporati e oggettivanti, la prospettiva medico-antropologica “rimane fissa su, intorno, e tra, i reali, vissuti, esperienziali corpi che soffrono” (Lock, Scheper-Hughes, 1990, p. 282). L’oggetto dell’analisi etnografica è costituito da ciò che le autrici chiamano “i tre corpi”, ovvero il fitto intreccio costitutivo fra l’esperienza personale del corpo, le simbologie sociali che lo modellano e i dispositivi biopolitici preposti al suo controllo. Il disagio del corpo appare come un tentativo di riposizionamento soggettivo rispetto al mondo sociale inscritto nei corpi, e può essere studiato, sia come incarnazione degli effetti iatrogeni del sistema sociale, sia come una forma di critica politica incarnata.

In generale l’antropologia medica interpretativa coglie nel processo di medicalizzazione una forma egemonica di mistificazione e canalizzazione della sofferenza, meno traumatica ma altrettanto repressiva di altre forme di controllo biopolitico. Per converso, il concetto di incorporazione entra a supporto di una visione della malattia come rituale di resistenza all’ordine costituito, prescelto soprattutto dalle fasce più deboli, impossibilitate a sostenere una battaglia politica aperta e diretta (Lock, Scheper-Hughes, 1990; Scheper-Hughes, 1994). Come gli stessi professionisti della salute riconoscono, tra i cosiddetti fattori predisponenti allo sviluppo di un DCA vi sono il sesso femminile, l’adolescenza e sempre più spesso l’infanzia. La connessione tra malattia e rifiuto (o parodia) di un ruolo sessuale socialmente

imposto, illuminata dalla psicoanalisi a proposito dell'isteria, è stata ripresa e articolata dallo storico Rudolf Bell nel suo studio oramai classico sulla "santa anoressia" di alcune mistiche tardo medioevali (Bell, 1985). Pubblicato alla metà degli anni Ottanta, nel pieno della contestazione femminile, il testo ha alimentato un acceso dibattito (Bynum, 1987; Vandereycken, Van Deth, 1994). A fronte di una raffinata ricostruzione dell'epoca attraverso la documentazione agiografica, gli viene contestata la legittimità di un'anamnesi retrospettiva che finisce per psichiatrizzare il passato riducendo paradossalmente la portata particolarizzante del discorso storico (Rizzuti, 2010a). Soprattutto, si reagisce a una concettualizzazione transistorica che va imponendo dell'anoressia una concezione quasi naturalmente fondata, come patologia *al* femminile perché *del* femminile in quanto tale (Cosenza, 1998; Zurolo, 2013). Anche se è il contesto di riferimento a declinare come "santa" o "nervosa" la pratica dell'inedia autoindotta (Bell, 1985, p. 25), resta la convinzione che si tratti pur sempre di una malattia.

Ne è emersa un'ipotesi esplicativa del tutto divergente da quella medico-diagnostica avallata e perfino enfatizzata dallo storico americano, e che nondimeno supporta una lettura "femminista" del fenomeno: l'anoressia come forma di lotta e di resistenza "politica" contro il predominio maschile nella società e nelle istituzioni. La crescente, generalizzata medicalizzazione del disagio femminile nella nostra società è apparsa a molte studiose come la mistificazione di una forma di oppressione che persiste nell'assegnare al femminile una posizione di subalternità (Orbach, 1978; Bordo, 1993; Malson, Burns, 2009). In particolare, la psicologizzazione del rapporto conflittuale col cibo, ascritto a una supposta fragilità individuale, da ricondurre a matrici genetiche o "narcisistiche", tralascia di considerare l'ampia e complessa esperienza sociale delle donne che hanno ricevuto la diagnosi e l'impatto dei modelli collettivi sulla definizione dell'identità. Il rifiuto del cibo è, in realtà, una forma di protesta contro il modello "patriarcale" di femminilità assertiva, debole, sottomessa, che tuttavia non è esente da ambivalenza. La magrezza, se può veicolare una forma di femminilità alternativa, autonoma e competitiva, è ugualmente subordinata a un ideale di desiderabilità tutto maschile.

Senza discutere l'opportunità di battaglie ancora aperte o tutte da intraprendere contro le disuguaglianze di genere, tale impostazione appare insufficiente a inquadrare la diffusione dei disturbi alimentari nella loro attuale complessità. Soprattutto qualora si opponga frontalmente, e in modo altrettanto ideologico, al discorso medico-psichiatrico, pensando di incarnare la "verità" dell'anoressia sulla base di una visione cristallizzata della differenza.

Gli sforzi di alcune studiose appartenenti alla tradizione dei *gender studies* e del femminismo post-strutturalista anglo-americano, pur rifacendosi al femminismo come movimento politico di emancipazione della donna, appaiono più avvertiti dal punto di vista epistemologico e metodologico. Combinando gli approdi della filosofia foucaultiana con la psicoanalisi lacaniana, la psicologa sociale Helen Malson (1998) delinea, per esempio, un'interessante "genealogia" dell'anoressia nervosa come campo discorsivo che si affaccia negli interstizi del discorso medico su ipocondria, isteria e femminilità, come una sorta di altare pubblico in cui prende forma, nel corso del 1800, il discorso sulla follia femminile. E' l'unitarietà di strategie discorsive incentrate su una rappresentazione della donna come fragile, debole e malata – più che la definizione dell'anoressia come entità clinica – a strutturare un discorso non privo di implicazioni politiche. La lettura medica del fenomeno è comunque soltanto una delle possibili e legittime declinazioni di un oggetto di ricerca di per sé multiforme e irriducibile ai canoni di un pensiero unico. L'anoressia, si potrebbe obiettare a Bell, viene costruita come "malattia" a partire da una serie di questioni specifiche che attengono al dominio della conoscenza scientifica e al di fuori del quale – come accadrebbe per ogni altro campo disciplinare – essa non ha significato. Non esiste, quindi, l'anoressia ma una "molteplicità di verità sull'anoressia, una molteplicità di anoressie" (Malson, 1998, p. 191). La comprensione

del fenomeno non è quindi esaurita né da una lettura individualizzante e patologizzante, né dalla focalizzazione sull'asse genere-potere.

In quanto "collettività complessa, eterogenea e sfuggente" di posizioni soggettive, esperienze e pratiche di gestione del corpo, l'anoressia esprime una molteplicità di preoccupazioni e dilemmi sociali fortemente imbricati nelle dinamiche socioeconomiche, culturali e politiche della cultura occidentale contemporanea (Malson, 1999, p. 139). La connessione elaborata da Malson fra "anoressia" e "condizione postmoderna" è particolarmente interessante perché sostenuta dalla decostruzione epistemologica di molti concetti chiave della modernità (corpo, soggetto, verità, identità), che solitamente nella letteratura sui DCA sono poco o per nulla problematizzati. Tra questi, l'idea di una femminilità "naturale" e un concetto monolitico di "donna" come categoria identitaria ed esperienza metastorica omogenea. Agganciandosi a Foucault, Malson ribadisce come oggi neppure il corpo possa essere considerato una base sufficientemente stabile per l'autocoscienza o la comprensione degli altri. Lungi dall'assicurare un'identità trascendentale, si presenta come già costruito e regolato da contesti discorsivi socio storicamente specifici (*ibidem*, p. 142).

Tra i vari modi, sovente contraddittori, con cui i soggetti con diagnosi di anoressia costruiscono discorsivamente la loro esperienza, Malson enuclea la rappresentazione di un corpo "in via di sparizione", o che "appare (per) sparire" (*ibidem*). L'affermazione non viene assunta in senso letterale. Non indica, cioè, un corpo organico stremato dall'inedia, che in quanto tale è già un *effetto* discorsivo. Al contrario, il discorso fa emergere proprio la sparizione del corpo "naturale" che viene sostituito dal "corpo-come-immagine". La cultura del consumo costruisce i corpi, e quelli femminili particolare, come immagini che "pubblicizzano" oltre ai beni di consumo, anche se stesse, e in cui l'aspetto corporeo non è più pensato come dato o inevitabile, ma come una questione di responsabilità individuale su cui occorre sempre lavorare per ottenere un certo "look". (*ibidem*, p. 145).

Così come il corpo da cui è significata, anche l'identità (femminile) "anoressica" viene posta sotto cancellazione [*put under eraser*]. Le donne intervistate dalla studiosa si aggrappano alla diagnosi di anoressia come un puntello identitario, che tuttavia nasconde un vuoto: "senza la malattia non so come sarei", è una costante nei loro discorsi. L'anoressia, cioè l'identità che il corpo anoressico dovrebbe significare, è un'identità che significa *la propria assenza*. Proprio per questo, secondo Malson, riflette la condizione "postmoderna", dove l'identità (di genere, etnica, culturale, personale ecc...) non è mai presente a se stessa, implica sempre il gioco dell'assenza nella presenza, "si configura, come direbbe Derrida, nella *"differance"* (*ibidem*, p. 149).

La costruzione del corpo anoressico come un corpo che sparisce e come significante di un'identità "barrata" (il femminile/femminino) è un'espressione particolarmente intensa e disturbante di una condizione culturale più ampia, che tra l'altro è già stata, per così dire, "femminilizzata". Alcuni teorici, come Derrida o Lacan, il significante "donna" diventa un tropo per indicare la sovversione del "fallogentrismo" della modernità, è una metafora della decostruzione, della differenza, indeterminatezza e indecidibilità dei significati. Nell'orizzonte simbolico delle culture patriarcali, la condizione femminile è sempre stata costruita come l'Altro, cioè come mancante, inferiore e problematica. Perciò, quando Lacan scrive "la donna non esiste" decostruisce la fantasia onnipotente di un sé intero e indiviso, mostrando invece come si fondi sull'illusoria elisione di una divisione che opera al suo interno già dall'inizio (*ibidem*).

L'antropologa Rebecca Lester supera la sterile e semplicistica contrapposizione fra il modello medico-diagnostico e quello culturale femminista mediante il riferimento alla prospettiva dell'*embodiment* (Lester, 1997). Entrambe le ipotesi marginalizzano la sofferta esperienza vissuta dei soggetti che intraprendono la "scelta" anoressica, precludendosi la comprensione del senso profondo delle loro pratiche. Il modello medico-psicologico propone

un'idea del corpo individuale che prescinde dall'esperienza culturalmente definita del genere: un *desembodied self*. La visione femminista vi sostituisce un corpo culturale che è sì di genere è anche "generico", altrettanto deprivato della componente individuale: un *de-selfed body* (*ibidem*, p. 481). Nel primo caso, l'ignoranza su che cosa significhi abitare un corpo femminile nella nostra cultura porta la psichiatria a giudicare "manipolatoria", "immatura" e soprattutto "malata" una ragazza incapace di accettare "una normale e sana femminilità" (Bruch, 1988, in *ibidem*, p. 479). Nel secondo, l'attenzione esclusiva ai tratti culturali e alle implicazioni politiche del rifiuto del cibo, lascia inesplorato "il legame causale tra il comportamento esterno, culturalmente significativo, e la sua configurazione psicologica individuale" (*ibidem*, p. 481). In entrambi i casi la separazione tra "cultura" e "individuo" non riesce a spiegare "come faccia il "fuori" ad arrivare al "dentro" e come possa il "dentro" dare forma, sfidare o influenzare in altro modo l'esperienza del "fuori" (*ibidem*).

Per illustrare l'articolazione fra le due dimensioni, Lester ricorre alla nozione foucaultiana di "tecnologie del sé" (Foucault, 1992). A differenza degli studi incentrati sul potere e i suoi effetti microfisici sui corpi in un'ottica simile a quella di Bourdieu, l'ultimo Foucault si rivolge all'insieme dei "modi di vita, progetti e pratiche operate sul corpo" attraverso le quali gli individui cercano di performare se stessi al di là o all'interno delle logiche biopolitiche. Il costruito foucaultiano viene intrecciato con la teorizzazione post-femminista del genere in quanto costruzione simbolica e con un'idea della corporeità compromessa tra lo spazio della concettualizzazione e quello strettamente personale del vissuto. La distinzione è fatta corrispondere, rispettivamente, all'esteriorità (avere un corpo) e all'interiorità (essere un corpo), al corpo com'è "fuori", impegnato nelle relazioni, e al corpo da "dentro", coincidente col sé. Si apre uno scenario interpretativo dell'esperienza anoressica dove il sé non prescinde dal corpo, né il corpo culturalmente plasmato è separato o impermeabile all'interiorità "psicologica". Il ricorso alle tecnologie foucaultiane illustra in che modo le operazioni fatte sul corpo (il "fuori") influenzino, e siano a loro volta influenzate, dal sé ("l'interno").

Sia il modello medico che quello femminista concepiscono l'anoressia come un problema "cartesiano", che fa ricadere il sé e il corpo "sotto la *hybris* di opposti esperti della cura" (Lester, 1997, p. 484). Secondo Lester, invece, la ragazza anoressica vuole evadere non dal *corpo*, ma dal corpo in quanto *femminile*. Non rifiuta il corpo in generale, ma l'identificazione interiore (del suo sé) con un corpo-femminile, connotato culturalmente "per difetto". Donna = corpo: è questo che l'anoressica rifiuta e sostituisce con l'aspirazione a costruire un sé "maschile", cioè intellettualmente, moralmente e spiritualmente superiore. Con ciò le donne anoressiche non sono malate, "sono semplicemente delle brave allieve della cultura, hanno interiorizzato questa ideologia e la mettono in pratica con fervore entusiastico" (*ibidem*). I sentimenti di rabbia, di estraneità, il furore distruttivo diretto ai segnali traditori di femminilità (i seni, le anche, la pancia) testimoniano non l'alienazione dell'anoressica dal corpo, ma l'opposta, dolorosa consapevolezza di essere culturalmente identificate con quei segni e nient'altro. La tensione a separarsi dal corpo non è la *causa*, ma il fine ultimo dei loro comportamenti.

Nel tacitare questo aspetto fondamentale, il modello culturale femminista si preclude la comprensione "dell'apporto più profondo che lo sviluppo della malattia produce per il corpo che ne è affetto" (*ibidem*, p. 485). L'ossessione primaria nell'anoressia nervosa non è la ricerca della magrezza, ma la *trasformazione del sé*, che viene realizzata impiegando le "tecnologie" messe a disposizione dal momento storico e che solo negli stadi più avanzati della malattia portano a una focalizzazione compulsiva sul corpo (*ibidem*).

Nella "teoria" anoressica, il corpo magro sintetizza una serie di qualità personali apprezzate e riconosciute socialmente, oltre a dimostrare che il corpo e il sé possono essere separati l'uno dall'altro. Il cibo, sostanza liminale che attraversa i confini tra esterno e interno, tra me e non-me, corpo e sé, diventa lo strumento chiave per posizionarsi soggettivamente su questioni

come il genere, la sessualità, l'autonomia e l'identità. L'antropologa richiama le analisi di Mary Douglas sul valore simbolico delle pratiche alimentari come strumenti di controllo, di affermazione e difesa dei confini del "corpo sociale" (*ibidem*, p. 487). La ritualizzazione del comportamento alimentare, la prescrizione o proscrizione di determinati alimenti (tabù) serve a limitare l'accesso di ciò che potrebbe minacciare, dall'esterno o dall'interno, l'ordine costituito. Allo stesso modo, il rifiuto del cibo da parte dell'anoressica serve, a livello psicologico, a solidificare i confini del corpo, facendo in modo, per quanto possibile, che nessuna sostanza entri o esca. L'obiettivo è diventare completamente autosufficiente, una sorta di "sistema chiuso". I rituali alimentari servono a conciliare il transito delle sostanze con l'ordine stabilito delle categorie. Rendono visibili "i segni esterni degli stati interni" e contemporaneamente contengono la minaccia rappresentata dalle "anomalie" classificatorie, consentendo la transizione da uno stato all'altro in un assetto strettamente controllato (*ibidem*). Il movimento del cibo attraverso il corpo (l'ingestione, la masticazione, la deglutizione, la digestione, l'evacuazione) diventa così oggetto di un'attenzione abnorme, oltre che di un'ansia insostenibile. La scrupolosa pianificazione del pasto corrisponde all'imperativo di mantenere intatto un assetto che si sostiene sulla propria autoproprietà. Mangiare un morso incontrollato potrebbe "aprire le dighe" e significare la perdita dei limiti corporei, come in effetti accade nell'esperienza dell'attacco bulimico.

A un certo punto, tuttavia, l'anoressica si trova avviluppata in una situazione paradossale. Le qualità significate dalla magrezza a livello psicologico sono l'esatto opposto di quelle che il suo corpo emaciato comunica a livello culturale, e cioè "conformismo agli stereotipi sessuali, vanità, superficialità, bisogno di approvazione, vulnerabilità, delicatezza, fragilità, desiderio di occupare quanto meno spazio fisico (cioè sociale) possibile o, nel caso delle anoressiche, di scomparire del tutto" (*ibidem*). È in questa congiuntura, secondo la studiosa, che l'anoressica abbandona il focus interno sul suo progetto identitario (la teoria) e diventa sempre più ossessionata dalle pratiche manifeste, dirette esternamente al corpo. Siccome i due modelli di magrezza coesistono in modo conflittuale nella sua mente, la ragazza non si spiega *perché* non possa "mangiare come chiunque altro". Sente di essere schiava della sua via di liberazione, e solo allora, in qualche caso, accetta di prendere in considerazione il trattamento.

Le ipotesi interpretative di Malson e Lester rendono la contrapposizione fra la lettura sociopolitica e quella medicalizzante dei disturbi alimentari meno frontale, dischiudendo uno spazio di riflessione trasversale ai due modelli. L'apporto dei *gender studies* invita la psichiatria a mantenere aperta la questione del genere senza risolverla nei canoni ideologici di una "normale e sana femminilità", o confezionando nuove designazioni puramente descrittive per attestare l'aumento di incidenza della patologia nei "maschi" (vigoressia, anoressia inversa, muscle dysmorphia ecc.) (Margherita, 2013; Raggi, 2014). Ugualmente, va riconosciuto che una lettura clinica dei disturbi alimentari non coincide automaticamente con la loro medicalizzazione. L'ipotesi antropologico-medica sull'anoressia nervosa come "un'elaborata e sofisticata tecnologia del sé che è andata male" (Lester, 1997, p. 487) non squalifica, semmai risignifica la nozione di malattia. All'idea aprioristica di deficit o condotta disturbata, sostituisce l'idea che le patologie alimentari possano essere viste come una forma attiva, per quanto sofferta, di costruzione di sé, un tentativo di riposizionamento soggettivo nel mondo sociale, in cui il corpo traduce e tradisce i repertori storici della sua costruzione culturale (Quaranta, 2006, p. XIX).

4. Scoprirsi esotici: il rapporto tra clinica e cultura

L'interrogativo sulla saldatura tra modelli di vita e forme patologiche non gode, nel sapere psichiatrico, di un diritto di esistenza suo proprio. Erede del tratto etnocentrico più

rappresentativo della razionalità scientifica, che pensa se stessa come obiettiva e universale, la disciplina ha affrontato il problema della malattia mentale attraverso un'impostazione schiettamente organicista. Fin dai tempi dell'impresa sistematica di Emil Kraepelin, l'elemento culturale si è affacciato nel suo discorso in modo residuale e nelle vesti di un imbarazzo classificatorio. L'imposizione di una tassonomia rigidamente naturalistica alle varie forme di disagio psichico sembrava in particolare ostacolata dall'esistenza di alcune costellazioni sintomatiche ricorrenti in alcune società ma infrequenti o inesistenti in altre, in apparenza irriducibili all'ordinamento idealtipico della nosografia corrente, appellate genericamente come *folk-illness*. Intorno agli anni Sessanta del Novecento lo psichiatra cinese Paw Meng Yap conia per queste anomalie cliniche la definizione di *Culture-Bound Syndromes* (CBS). L'esotismo è il loro tratto distintivo originario, ben evincibile dai termini indigeni che le designano (*amok, widingo, koro, latah*), recalcitranti alla traduzione nei codici della psichiatria. Numerosi e controversi sono stati i tentativi di inserire le CBS all'interno del DSM, vuoi per sottolineare la valenza cross-culturale di quest'ultimo, vuoi per evidenziare i limiti teorici del suo approccio universalizzante. Ne è derivato un ibrido: a partire dalla sua terza edizione, nel 1980, le CBS sono state effettivamente incluse nel manuale, ma al di fuori degli Assi diagnostici, in un contenitore supplementare (DSM IV-TR, Appendice I, 1994). Così piazzate, le sindromi esotiche sono rimaste *en souffrance*, in attesa che la psichiatria transculturale potesse disambiguarle, o riscattandone l'esistenza come entità autonome o, più frequentemente, decretando il loro assoggettamento ai disturbi mentali già esistenti.

Nel contempo, le voci critiche provenienti dall'etnopsichiatria e dall'antropologia medica, sommate ai detrattori delle logiche di costruzione del DSM, hanno smascherato le valenze etnocentriche della designazione, nonché la sua intrinseca problematicità, con esiti che vanno dalla radicale decostruzione del costruito (Ciminelli, 1997) alla sua riformulazione operativa (Inglese, Peccarisi, 1997; Cardamone, Zorzetto, 1998). Si nota ad esempio che l'equazione tra disturbi *culture-bound* e "alterità" contiene l'implicita e manichea supposizione che i disturbi occidentali siano *culture-free*. Riprendendo le posizioni di Devereux, si denuncia l'incompatibilità tra l'esigenza comparativa e la possibilità di comprendere realmente delle costellazioni sintomatiche intelligibili unicamente nel loro contesto (Devereux, 1975). Similmente è stato osservato che le CBS rappresentano l'equivalente nella psichiatria transculturale di quella che in antropologia è stata definita la negazione della coevità (Fabian, 1983). L'"agnello tassonomico", secondo la felice espressione di Beneduce, sarebbe in grado di rivestire di innocenza la ferocia del "lupo temporale", cioè di occultare il magma delle vicende storiche e sociali di una comunità, proiettandole in una statica lontananza spazio-temporale astratta dal presente e dalle trasformazioni che la storia produce (Beneduce, 2007a, p. 212). Soprattutto, si prende atto che l'introduzione del concetto di cultura in psichiatria – in luogo di quello kraepeliniano di "razza" – non ha avuto alcuna implicazione sul piano metodologico ed epistemologico:

"la cultura viene inserita nel paradigma esplicativo della psichiatria alla stregua di una qualsiasi delle variabili [...] sino ad allora considerate: non vengono cioè recepite le indicazioni epistemologiche che il concetto di cultura in nuce contiene anche in relazione alla *costruzione dei dati* psichiatrici (Ciminelli, 1998, p. 95).

Per gli studiosi che accettano la validità generale del costruito, le CBS potrebbero assurgere addirittura a i punti cardinali di un nuovo ordine clinico, valido per *tutti* gli oggetti psicopatologici, e provocare un cambiamento progressivo del paradigma psichiatrico dominante (biologico e, simmetricamente, psicologico) Secondo Salvatore Inglese, "questa categoria altrimenti marginale, proposta ancora come riserva naturale di creature cliniche chimeriche, diventerebbe centrale poiché vi si accumula la massa critica delle anomalie dovute al ruolo decisivo dei fattori culturali specifici di un gruppo dato" (Inglese, 2012, p. 259). Secondo altri, la difficoltà di conciliare la cultura col DSM deriva invece da

un'incompatibilità di principio, "fra la logica (ansia?) classificatoria e la logica etnopsichiatrica", rispettivamente caratterizzate dalla produzione di categorie decontestualizzate e dall'analisi della costruzione e produzione sociale della sofferenza e dei termini che la nominano (Beneduce, 2007a, p. 207-208). L'ipotesi di aggiungere nel manuale un asse *culturale* ai cinque già esistenti, proposta per la revisione della quarta edizione intorno al 2000, non ha avuto seguito. Nella quinta e ultima edizione (DSM-V, 2013) il glossario sulle CBS è scomparso ed è stato sostituito da una tripartizione concettuale: "Sindromi culturali" (*Cultural Syndromes*), "Idiomi culturali di afflizione" (*Cultural Idioms of Distress*) e "Spiegazioni culturali dell'afflizione" (*Cultural explanations of distress or perceived causes*). Questi e altri strumenti, elaborati col concorso di eminenti antropologi (Bibeau, 2104), sono finalizzati a "tradurre" l'esperienza soggettiva del disagio in un modo meno arbitrario e più rispettoso dei contesti. In ogni caso, il rapporto tra DSM e "cultura" non è biunivoco, soprattutto sul piano epistemologico: la strada che conduce la psichiatria ufficiale verso la cultura è di sola andata. Ben più complesso, appunto perché "circolare", era il progetto di Devereux, che ambiva a far reagire – "nel senso chimico della parola", precisa Beneduce (Beneduce, 2007a, p. 117) – la distinzione *culturale* tra norma e devianza con la definizione *psichiatrica* fra normale e patologico. Impostato correttamente, il rapporto tra sintomo e cultura sarebbe dunque un rapporto a tre. Il sapere psichiatrico non può chiamarsene fuori, rifugiandosi nel terreno sicuro delle astrazioni biologistiche e occultando la sua compromissione nel campo sociale e politico. In tal senso l'etnopsichiatria e la psichiatria culturale hanno unito la loro voce al coro del dissenso che, dalla psicoanalisi alla psichiatria fenomenologica, dall'antipsichiatria al movimento antimanicomiale, ha contribuito a segnare "la crisi della ragione clinica moderna nella psicopatologia" (Cosenza, Civita, Colombo et. Al., 1999, p. 248 ss.).

Uno dei contraccolpi del processo di critica culturale della bio-medicina è stato lo "sdoganamento" delle CBS e l'avvio di una serie di ricerche volte a reperire anche nel contesto occidentale forme patologiche specifiche definibili come "culturalmente ordinate". Tra queste, significativamente, le patologie dell'alimentazione. Nel suo studio pionieristico, Cheryl Rithenbaugh (1982) ha analizzato criticamente la diffusione dell'obesità nella società statunitense, individuandone la causa nella progressiva riduzione degli standard biomedici relativi al "peso ideale". L'introduzione di tale parametro era stata promossa in origine dagli interessi di alcune compagnie di assicurazione, allo scopo di stabilire dei premi più alti per gli individui particolarmente grassi. L'oscillazione della norma evidenzia il modellamento culturale dei dati biologici, mettendo in discussione la "pura" corrispondenza tra medicina e biologia. A partire dalla seconda metà degli anni Ottanta, una quantità di ricerche analoghe si è andata addensando sulle sindromi anoressiche, a cui ha fatto eco una congerie di studi non specializzati e spesso alquanto approssimativi, sostenuti dal crescente interesse mediatico per il fenomeno.

Nell'ambito della psichiatria transculturale, la possibilità di sostanziare o meno l'applicabilità dell'ipotesi CBS all'anoressia – previa, ovviamente, l'accettazione del costruito – è dipesa dalla variabilità della definizione adottata e dai criteri metodologici atti a soddisfarla (Cardamone, Zorzetto, 1998). Allo stesso modo, non si è raggiunto un accordo sui fattori culturali specifici a cui imputare un'influenza decisiva (ideale di magrezza, impatto dei media, differenze di genere e di status). Al di là di questi esiti, che riflettono la generale instabilità concettuale del dibattito sull'anoressia, evidenziare il carattere "esotico" del proteiforme occidente ha stimolato l'utilizzo riflessivo degli strumenti concettuali sviluppati per comprendere la follia altrui (Cardamone, Zorzetto, 1998, p. 104-105; Ciminelli, 1997, p. 262).

Resta nondimeno l'impressione di una difficoltà generale, da parte delle discipline della "psiche" a tollerare e convivere con l'insieme del "lavoro della cultura" (Beneduce, 1995; 2007b, p. 16). Lo testimonia proprio il caso dei DCA. Da un lato, il legame tra sintomi

alimentari e discorso sociale viene accolto con estrema rapidità. La qualifica di “sindromi culturalmente fondate” compare in letteratura con una progressione, si potrebbe dire, direttamente proporzionale alla decostruzione antropologica del costruito. In ogni caso, il problema dell’influenza socio-culturale non entra nel dibattito come una questione che abbia valore di per sé. E’ semmai un effetto secondario di un’occorrenza epidemiologica, cioè la significativa, allarmante (e per qualcuno intrigante) correlazione statistica tra disturbi alimentari e contesti occidentali economicamente avanzati. A partire dallo studio dello psicologo americano Richard Gordon (1990), l’espressione “epidemia sociale” impatta sugli specialisti con la stessa capacità di captazione con cui viene recepita dal senso comune. Gordon applica alle patologie alimentari la definizione di “disturbo etnico” estrapolata da Devereux, e istituisce l’accattivante parallelismo tra le forme contemporanee del disagio alimentare o l’isteria ottocentesca. Anoressia e bulimia sarebbero espressioni emblematiche “delle ansie profonde e dei problemi irrisolti” (R. Gordon, 1990, p. 7) della società postindustriale, che prescrive contemporaneamente di essere lavoratori controllati ed edonisti autoildungenti. L’alternanza tra fasi di ingordigia alimentare e pratiche di purificazione è finalizzata a mantenere il corpo politicamente ed economicamente corretto – sano, bello e magro, soprattutto se femminile – tanto più insaziabile quanto più lo si illude di poter essere soddisfatto. La stessa trascinate adesione accoglie l’ipotesi che i disturbi alimentari siano patologie globalizzate, supportata da Gordon con una quantità di report di ricerca svolti in varie parti del mondo.

Attraverso questa impostazione, il cui limite più vistoso è la mancata problematizzazione del concetto di cultura, la *nouvelle vague* culturalista sui DCA fa il suo ingresso nel discorso medico-psichiatrico, generando una serie di equivoci. Tra gli etnopsichiatri c’è chi ha osservato con ironia che “mentre si riconosce soddisfatti la natura *culture bound* [...] di simili disturbi, li si colloca sull’Asse I del DSM-IV, ben distanti da quel glossario delle sindromi culturalmente caratterizzate che in fin dei conti deve contenere solo il disagio irrazionale ed esotico” (Cardamone, Zorzetto, 1998, p. 84). Alla proposta di spostare l’anoressia nervosa dalla parte centrale del manuale nell’Appendice riservata alle CBS, pare che un membro della *task force* per la revisione dell’edizione avrebbe “veementemente obiettato che in fin dei conti il DSM-IV era un’iniziativa tutta americana” (Ciminelli, 1997, p. 265).

Altrettanto interessante è il ruolo assegnato alla “cultura” nell’insorgenza della patologia. L’impossibilità di reperire una causa determinante, a lungo ma anche vanamente ricercata, convince gli specialisti dell’eziologia “multifattoriale” delle patologie alimentari. Tale conclusione, che a volte viene presentata come una risposta quando invece è soltanto l’inizio del percorso anamnestico – quali variabili? In quale combinazione? – colloca la cultura occidentale tra i cosiddetti fattori predisponenti. *Cultura* diventa un termine generico che raggruppa tutto ciò che non è strettamente biologico o psicologico, ovvero, nella maggioranza dei casi, un certo ideale estetico e un certo modello di consumo. Le variabili in gioco non hanno comunque lo stesso peso. Il modello bio-psico-sociale, malgrado il suo funzionamento sistemico, prevede una “stratificazione” di livelli distinti e diversamente fondati (biologici, psicologici, sociali). In questa compagine, la cultura rappresenta lo strato più esterno, “la glassa sulla torta”, per usare una metafora di Geertz (Geertz, 2000, p. 69). Non a caso, non appena la si chiama in causa, si ha cura di precisare che l’influenza culturale ha unicamente un effetto performativo e modellante, non realmente determinante sulla patologia. Seguendo il ragionamento, i DCA sarebbero sindromi (culturalmente) fondate su degli epifenomeni.

Per conciliare il determinismo biologico con la variabilità fenomenica dei disturbi mentali, lo stesso Kraepelin aveva formulato, alla fine dell’Ottocento, una distinzione generale – ancora oggi in auge – tra processi *patogenetici* ed effetti *patoplastici*: i primi provocano le malattie, i secondi plasmano la forma dei sintomi. Per esempio, una falla a carico dei neurotrasmettitori (sostrato biologico invariante) è ritenuta una condizione necessaria e sufficiente per

scatenare un fenomeno delirante, mentre il contenuto tematico del medesimo può variare a seconda dei contesti. In psicologia, anche psicoanalitica, questa distinzione potrebbe essere fatta corrispondere alla coppia superficiale/profondo o apparenza/verità. L'aspetto eclatante del disturbo, ossia l'alterazione del comportamento alimentare o la distorsione dell'immagine del corpo, non sarebbe significativo di per sé. Non rappresenta né un'evidenza né un segno, ma la traccia di un malessere più profondo, grave e strutturale, che presceglie un certo canale sintomatico ma non può esservi assolutamente ridotto. La distinzione, inoltre, demarca uno spartiacque fondamentale tra gli approcci terapeutici: da un lato, gli indirizzi focalizzati sulla correzione del sintomo (scuola cognitivo-comportamentale e terapie strategiche), dall'altro quelli che impegnano il paziente nella ricerca degli aspetti problematici che hanno portato alla patologia (psicoanalisi, terapia sistemico-relazionale).

La "cultura" non ricopre un ruolo essenziale poiché le ragioni del malessere vanno reperite a livello individuale e psicologico. L'insistenza con cui si ribadisce che il culto della magrezza, le immagini della moda e l'imperativo al consumo non sono, di per sé, responsabili della patologia, è motivata da comprensibili ragioni cautelative. Si vuole sottolineare la gravità, drammaticità e pericolosità di fenomeni spesso semplificati o spettacolarizzati senza ritegno. Naturalmente c'è tutto da eccepire sugli effetti deleteri, soprattutto sulle giovani generazioni, di taluni messaggi veicolati dai media e di stili alimentari che Mary Douglas (1970) non avrebbe esitato a definire immondi. La tesi che riduce l'anoressia a un capriccio estetico e all'emulazione della moda è banalizzante e oltraggiosa. Resta il fatto che, dal punto di vista antropologico, è precisamente *questo modo di vedere la cultura* a porre i suoi effetti alla superficie del discorso eziologico. Infatti, anche le terapie che millantano soluzioni rapide e indolori per una patologia così invalidante e severa nascono da precise politiche culturali, e così pure gli interessi economici legati alla cronicizzazione delle malattie. Consegnare ai genitori una serie di istruzioni comportamentali per organizzare i pasti ai figli malati riflette una modalità culturale di gestire tanto la malattia quanto l'intimità. È difficile astrarre la rappresentazione corrente della famiglia dalla sovradeterminazione ideologica, metafisica, e comunque culturale che la identifica come famiglia "naturale" (Remotti, 2008).

Tollerato a fatica, il concetto di cultura chiamato in causa non è un concetto *antropologico*. L'indagine sulla diffusione dei DCA in contesti extraoccidentali e l'annosa discussione sul rapporto tra anoressie contemporanee e pratiche storiche del digiuno lo dimostra efficacemente.

In una pubblicazione recente, è ancora Gordon a intitolare il suo contributo "*Eating disorders East and West: a culture-bound syndrome unbound*" (R. Gordon, 2001). Riflette sulla sconcertante rapidità con cui i disturbi alimentari vanno diffondendosi in contesti non occidentali, al punto da mettere in dubbio la loro *boundedness* culturale. La spiegazione più comune fa risalire il fenomeno all'occidentalizzazione o modernizzazione dei paesi in questione. La comparsa di anoressia, bulimia e obesità sarebbe un segno evidente dell'acculturazione secondo i valori dell'occidente moderno. Questo ragionamento si fonda su una visione della cultura e del processo di acculturazione semplicistica ed empiricamente insostenibile dal punto di vista antropologico. Malgrado l'enfasi sulla globalizzazione, resta cioè l'idea che la cultura sia qualcosa di circoscritto, discreto e geograficamente vincolato – tranne quella americana, che può essere esportata in blocco – e lo scambio culturale sia un processo lineare, misurabile e soprattutto politicamente neutro.

Non si nega l'esistenza di un legame tra disordini alimentari e valori culturali, né il fatto che la loro diffusione al di fuori dell'ovest industrializzato sia connessa alla globalizzazione. In questione sono i limiti metodologici ed epistemologici di studi in cui disordini alimentari e cultura occidentale sono usati alternativamente come *prova* e come *spiegazione* gli uni degli altri, e dove il concetto di cultura finisce per supportare le epistemologie correnti piuttosto che metterle in discussione (Lester, 2004, p. 609). Malgrado siano considerati sindromi

culturali, di fatto i DCA continuano a essere studiati come sindromi psichiatriche *tout court*. Gli strumenti di *screening* elaborati per testarli sono diretti all'Occidente. Tradurli in altre lingue e applicarli punto per punto in altri contesti non può che dar luogo a un ragionamento circolare, che conferma quanto si cerca (Ciminelli, 1997, p. 263). Le categorie diagnostiche della psichiatria occidentale sono certamente "oggettive", cioè modi standardizzati di leggere e interpretare il comportamento umano. Come tali, generano dei pattern comportamentali che possono essere riscontrati anche in altre parti del mondo. Nel contempo, tuttavia, sono anche "culturali", cioè costruite sulla base di valori e criteri culturalmente specifici, e come tali andrebbero almeno problematizzate. Ammesso infatti che anche gli altri abbiano una cultura alimentare, e un modo particolare di significare il confine tra "comportamento" e "disturbo" alimentare (non necessariamente corrispondente al nostro), ci si chiede se non sia un abbaglio etnocentrico, o quantomeno una lettura di superficie, diagnosticare un'anoressia, una bulimia o un *binge eating* senza uno studio accurato del contesto, dei significati locali legati al cibo e alla forma del corpo, delle dimensioni politiche che sostengono il mutamento delle abitudini alimentari e delle esperienze soggettive, eventualmente disagiate, che le riguardano (Lester, 2004).

Lo studio etnografico di Ilaria Cottino sull'obesità a Tonga (Cottino, 2013) mette in evidenza come in un contesto in cui la "grandezza" del corpo è associata al prestigio sociale e alla buona salute, l'inserimento nella dieta quotidiana di prodotti di importazione occidentale abbia effettivamente prodotto un incremento delle malattie legate all'eccesso di massa grassa nel corpo. Questo, tuttavia, non è accaduto per una generica acculturazione a nuovi stili alimentari. A partire dagli anni Settanta, i tongani hanno iniziato ad assumere il grasso (*ngaco*) di cui la loro dieta è sempre stata ricca, non più dai tuberi e dai pesci di profondità, ma dalle costolette d'agnello importate dalla Nuova Zelanda, che le considera merce di scarto, e di scambio, a causa del loro scarso valore nutritivo. Per il governo tongano è difficile resistere alle pressioni economiche di un paese da cui riceve, oltre agli avanzzi alimentari, anche numerose sovvenzioni.

In generale, il discorso scientifico sui DCA veicola l'illusione che criteri diagnostici della psichiatria abbiano una validità transculturale, "globalizzando", insieme ai disturbi alimentari, anche il DSM. Eppure proprio questo assunto ha suscitato veementi opposizioni quando è stato applicato "a ritroso" in un contesto nostrano. Se alle mistiche digiunatrici del tardo Medioevo si è almeno accordato il beneficio del dubbio – erano *veramente* anoressiche? – lo si nega a priori a chi è lontano non nel tempo ma nello spazio. Così come per conoscere il passato ci si affida giustamente agli storici, sarebbe opportuno rispetto al presente affiancare alle indagini epidemiologiche accurate ricerche etnografiche. Il problema di fondo, tuttavia, è ancora un altro. Consiste, come osserva Lester, nel considerare di volta in volta i disturbi alimentari, il digiuno ascetico, o altre forme di "sciopero della fame" come *generi naturali* di cui gli altri sarebbero le specificazioni, mentre "di fatto, noi possiamo conoscere quello stesso genere solo attraverso le sue manifestazioni storiche e culturalmente incarnate" (Lester, 2004, p. 611).

Questa conclusione può essere rilanciata su più fronti. In primo luogo invita a non irrigidire il dibattito su posizioni mutualmente esclusive, i cui esiti appaiono ugualmente improbabili – semplificando: le sante erano anoressiche, le odierne anoressiche sono sante (Cardamone, Zorzetto, 1998, pp. 89-92). Su questa linea si è mosso, ad esempio, Vincenzo Di Nicola (1990), che concepisce il fenomeno anoressico come un "camaleonte storico" dalle manifestazioni cliniche proteiformi e mutevoli. Propone quindi di designare *anorexia multiforme* un gruppo di fenomeni diversi ma anche correlati, di cui l'anoressia *nervosa* rappresenterebbe una recente e moderna specializzazione. Vincolare storicamente la pratica del digiuno esclude la possibilità di enucleare un *core* invariante e comune (sia esso biologico, psicologico o anche semplicemente nosologico) ai diversi analoghi storici e clinici, fra cui, secondo l'autore,

andrebbero incluse le anoressie “atipiche” dei paesi non occidentali. De Nicola abbandona il vincolo nosografico per adottarne uno di tipo storico-culturale. A suo avviso, l’anoressia nervosa resta un fenomeno esclusivamente moderno e occidentale. Con maggiore coraggio, si potrebbe lasciare il ragionamento comparativo ancora più aperto, sospingendolo in una direzione idealtipica (in senso weberiano) piuttosto che tipizzante. Invece di puntare a un’identità originaria che non si lascia identificare né in una pratica (il digiuno), né in un contesto, né in una diagnosi, si potrebbe provare, sull’esempio di Geertz, a utilizzare lo strumento comparativo in senso trasversale, generalizzando cioè *attraverso* i casi e non *a partire* da essi. Il suggerimento è quello di cercare rapporti sistematici tra fenomeni diversi, piuttosto che identità sostanziali tra quelli simili, facendo leva sulle differenze e le particolarità concrete dei fenomeni anziché su un’idea astratta di somiglianza (Malighetti, 2008, p. 154, ss.).

Il richiamo alla metodologia di Weber, alle “somiglianze di famiglia” (Wittgensterin, 1953) o alle “reti di connessioni” (Remotti, 1990) sulla scorta di una certa pratica antropologica contemporanea (Fabietti, 1999), vorrebbe avere, rispetto al rapporto DCA/Cultura, una ripercussione più direttamente epistemologica che strettamente nosografica. Considerare l’anoressia un “tipo ideale” piuttosto che una “realtà essenziale” da riconoscere eventualmente in altri contesti, porta a riconoscere il carattere artificiale dei costrutti della psichiatria, in quanto espressione di una precisa etnopsicologia. La possibilità di leggere le sindromi anoressiche in prospettiva storica, trovando prove a favore di entrambe le ipotesi, continuista e discontinuista, tra loro in contraddizione, conferma ciò che l’antropologia ha accolto da tempo, ovvero che il cambiamento culturale, si tratti di acculturazione o di progresso, non significa un passaggio senza residui ad altre “visioni del mondo”, né per noi né per gli altri. Neppure l’Occidente è così omogeneo al suo interno, e soprattutto distante da precedenti concezioni che la modernità dovrebbe aver soppiantato. Nell’Europa contemporanea, come in quella Medioevale, e così pure nei contesti in cui il contatto con altri gruppi accelera il processo di globalizzazione, ciò che si verifica è una sovrapposizione, ibridazione, trasformazione e compensazione tra logiche di funzionamento “tradizionali” e “moderne”. Nell’Occidente secolarizzato, il Cristianesimo non è una mera “sopravvivenza”, ma una presenza vitale, che si articola in modo più o meno conflittuale con la visione ipermoderna ed estetizzante della realtà. Le stesse discipline della psiche, a dispetto della sofisticazione tecnologica dei loro risultati, riproducono il dualismo cartesiano e i suoi fondamenti, se non proprio religiosi, almeno platonici.

Invece di considerare i disturbi alimentari e certi elementi culturali come prova e come spiegazione gli uni degli altri, sarebbe opportuno problematizzare cosa si intende per “disturbi alimentari”, per “cultura occidentale” e a maggior ragione per “causalità”. Secondo la prospettiva antropopoietica, tra cultura ed essere umano c’è un rapporto di intimità. Scorporare l’una dall’altro vorrebbe dire, per restare alla metafora di Geertz, rimetterci non la glassa sulla torta, ma un ingrediente fondamentale dell’impasto. Tuttavia, se si può dire che la cultura *fa* l’uomo, essa non lo produce nel senso della causalità efficiente o peggio ancora determinante. E’ pur vero che gli antropologi, soprattutto nella prima metà del Novecento, hanno contribuito, loro malgrado, a veicolare il fraintendimento che la cultura fosse un insieme compatto e coerente di modelli di comportamento strutturati e appresi, localizzato entro un territorio, a cui gli individui ascriverebbero un’identità e un senso di appartenenza. Di fronte a questa impostazione proprio Devereux, il teorico del “disturbo etnico”, non perdeva occasione per definirsi *anticulturalista*. Ma è stato soprattutto al di fuori dell’accademia, quando il concetto di cultura, per usare un’espressione di Fabietti (2007), da “idolo della tribù” (antropologica) è diventato un “idolo del foro”, cioè dello spazio pubblico, che ha iniziato ad assumere quella connotazione reificata ed essenzializzante in nome della

quale sono state giustificate le posizioni più controverse, dall'Apartheid al multiculturalismo, dal razzismo debiologizzato all'indifferentismo relativista.

Dal punto di vista antropologico il concetto di cultura non ha in nessun caso un valore esplicativo. La "cultura" non spiega nulla, né il comportamento alimentare disturbato né gli scontri etnici in Africa. Semmai è qualcosa che va spiegato, cioè descritto e reso coerente attraverso l'analisi etnografica, senza la quale l'antropologia come scienza non avrebbe senso. Se oggi gli antropologi non dissimulano il loro imbarazzo di fronte alla nozione di "cultura", al punto da proporre di eliminarla dal loro vocabolario, è perché considerano inopportuno, dal punto di vista epistemologico, definire in modo generico e aprioristico un *processo* incessante di produzione materiale e simbolica che prende forma contestualmente alla descrizione (etnografica) che se ne offre. Contestualizzare i disturbi alimentari nell'occidente postmoderno, per l'antropologia non è una conclusione, ma un'ipotesi di lavoro. Il legame tra le due dimensioni non è significativo in astratto, ma all'interno delle interazioni concrete e specifiche entro cui si realizza. Tenendo fermo che l'idea di cultura faccia capo all'idea di modelli di comportamento e di pensiero selezionati storicamente per dare ordine e senso all'esistenza di un gruppo umano, si tratta di capire in che modo essi vengano costruiti, manipolati e reinterpretati in funzione delle esperienze, delle aspettative, degli interessi, dell'immaginario, dei progetti egemonici o di resistenza dei soggetti interessati.

Sul piano più strettamente epistemologico, l'ingresso del concetto di cultura nel campo della psicopatologia è un invito a *pensare altrimenti* i rapporti tra biologico, psicologico e sociale. Il costruito dell'incorporazione spinge a riconsiderare la demarcazione tra sociale e individuale, psicologico e culturale, nonché la coppia superficiale/profondo, patogenetico/patoplastico. Per l'antropologia medica diventa impossibile separare una "sindrome soggiacente" dai corpi vissuti, culturalmente e storicamente specifici, che la incarnano. I descrittori della cosiddetta ricettività personologica al DCA ("disturbo narcisistico", "senso di inefficacia", "mancanza di autostima", "permeabilità all'influenza esterna") riflettono tanto un substrato psicodinamico individuale, quanto un modello interamente *psicologico* della psiche. Fra questi descrittori, che ruolo ha il corpo? Non è significativo, culturalmente significativo, come quest'ultimo sembri entrare nelle scienze della mente unicamente dalla porta stretta della natura, cioè dell'organismo?

Per giustificare l'epidemia di disturbi alimentari ed evitare, contemporaneamente, le derive del culturalismo, si preferisce separare l'individuo dalla cultura piuttosto che problematizzare la loro distinzione. Si afferma ad esempio che "probabilmente l'aumento della prevalenza di pazienti affetti da DCA rappresenta una popolazione di individui vulnerabili, che in altri tempi avrebbero sviluppato forme diverse di patologie nevrotiche o depressive, come stati isterici o ansiosi" (Dalla Ragione, Marucci, 2007, p. 4). Sicuramente i DCA si prestano bene a rappresentare la società attuale, sempre più spesso caratterizzata in riferimento al campo alimentare, nella fattispecie patologico. Si parla di società obesa (Fischler, 1990), bulimica (Stagi, 2002), ortoressica (Nicolosi, 2007). Ironicamente si identifica nell'*homo dieteticus* l'ultima mutazione dell'*homo sapiens* (Niola, 2015). Un conto, tuttavia, è fare di una malattia la metafora di un'epoca (Sontag, 1978; Pevner-Apeloig, 1998). Un altro è pensare di astrarre un'entità patologica, qualsiasi essa sia, dai corsi e ricorsi della storia, e riferirla a individui definiti "fragili" indipendentemente dalla caratterizzazione storicamente specifica di tale fragilità. Una visione siffatta è già l'effetto di una visione medicalizzante del disagio. Ci si può chiedere, infatti, sulla base di quali parametri si parli di individui "costituzionalmente" vulnerabili, per chi siano tali e in base a quale concetto di forza. Santa Caterina da Siena era fragile? Rifiutava anch'ella una "sana e normale femminilità"?

Anziché separare, da un lato, l'azione iatrogena della "cultura" e, da un altro, una ricettività idiosincratice concepita astrattamente, può essere interessante soffermarsi sulla "strana" convergenza dei reciproci linguaggi di psicologi e sociologi nel disquisire sul termine

“narcisismo”, oppure sul fatto che nell’attuale contesto sociale, gli stessi elementi definitivi in senso clinico risultino anche adattivi (Rizzuti, 2010a, p. 44). Eveline Pewner-Apeloig, alle soglie del secondo millennio, citava un’osservazione di Richard Sennet di vent’anni precedente. Molti clinici, di fronte al dilagare dei “disturbi narcisistici” (tra cui campeggiano i disturbi alimentari) sembrano convinti di “studiare un nuovo aspetto della vita psichica non ancora sufficientemente esaminato”. Eppure “il linguaggio usato per descrivere il narcisismo potrebbe servire ugualmente a descrivere una lunga evoluzione culturale” (Pewner-Apeloig, 1998, p. 29).

Così come che ciò che introduciamo nell’organismo produce degli effetti sulla nostra costituzione “fisica”, trasformandola e modificandola, possiamo ipotizzare che anche il cibo sociale con-formi la nostra soggettività. Se abbandoniamo l’ipotesi “kantiana” di una psiche individuale impermeabile, nell’esercizio delle sue funzioni “cognitive”, alle esperienze che l’attraversano, potremo riconoscere non già alla “cultura”, ma alla trama delle interazioni sociali che la *fanno*, un valore non tanto “patoplastico” (locuzione francamente equivoca) ma semmai psico-plastico, o più semplicemente antropopoietico. A dispetto dell’esuberanza nosografica dell’ultima edizione del DSM, giova ricordare che una società intera può essere definita “malata” solo da quanti hanno il potere (e l’interesse) a diagnosticarla come tale. La distinzione tra salute e malattia non è stabilita per natura, anche se viene essa stessa assimilata “col latte materno”. L’interrogativo, a questo punto, si sposta dai soggetti sofferenti ai modelli della cura, al tipo di *nutrimento terapeutico* che sono in grado di offrire a quanti non vogliono sapere di aver fame.

5. “Non si parla con la bocca piena”: la pulsione e la norma

La visione antropologica della malattia come esperienza vissuta e “appropriata” dalla e alla soggettività corporea che la esprime, può esser fatta entrare in risonanza con la nozione psicoanalitica di *sintomo*, espressione di una visione “dinamica” sia della corporeità, sia della normalità. In luogo di un deficit, designa un’operazione a suo modo riparativa, una “soluzione” (seppure inconscia) elaborata dal soggetto per fronteggiare una empasse nella sua esistenza. Ciò non è ovviamente senza implicazioni rispetto all’ipotesi di cura. Una cosa, infatti, è correggere un difetto, un’altra reperire nel soggetto una via alternativa, non tanto alla “malattia” quanto alla sofferenza, acuta e cronica, che comporta.

L’antropopoiesi, in quanto processo non deterministico, ma neppure astrattamente individuale, non è mai standardizzabile ed è sempre in qualche modo sovversivo. Antropologia e psicoanalisi ne enucleano aspetti, possibilità e vincoli di diverso ordine, e sono chiaramente animate da diverse finalità. Né la cultura né l’inconscio permettono di interpretare la totalità dei fatti umani. Tuttavia, può essere interessante incrociare le loro prospettive nell’interrogare le ragioni per cui oggi sempre più persone, in particolare giovani, imboccano la strada del disturbo alimentare come modalità autoperformativa. La pubertà è tanto una congiuntura di scatenamento elettiva, quanto un passaggio cruciale dal punto di vista identitario e una fase dell’esistenza in cui, almeno in occidente, il potere decisionale sulla propria vita è generalmente condizionato dalla famiglia. All’opposto, la malattia si è configurata storicamente sempre di più come un idioma socialmente legittimato per esprimere un disagio o un dissenso, per rivendicare un diritto o esigere un riconoscimento. In perfetta sintonia con le logiche del biopotere, molti individui fanno buon viso alla trasformazione dei loro problemi esistenziali in sindromi (Ansermet, 2012).

Le teorie sistemiche sui disturbi alimentari, sorte nell’alveo dell’insegnamento della grande psicoanalista italiana Mara Selvini Palazzoli, hanno individuato nel tessuto familiare la principale dimensione iatrogena e un fondamentale alleato terapeutico. Il sintomo non

appartiene a un individuo isolato, ma è effetto, limite e risorsa di una configurazione relazionale più ampia. Tale impostazione ha contribuito a dirigere lo sguardo clinico al di là delle interazioni primarie e della diade madre-figlia centrali nel paradigma analitico psicogenetico-evolutivo, dal contributo cardinale di Hilde Bruch, alla pedopsichiatria psicoanalitica francese e alla tradizione psicoanalitica anglosassone kleiniano-bioniana (Cosenza, 2008). Nell'eziopatogenesi dei disturbi alimentari il riconoscimento del ruolo centrale della famiglia è attualmente indiscusso. Un'apertura più decisa a una disamina storico-sociologica delle sue trasformazioni e alla decostruzione etnografica della sua tipizzazione essenzializzante (Remotti, 2008) sarebbe già un passo importante per comprendere la diffusione dei DCA. Paradossalmente, invece, non solo l'individuale, ma anche il familiare viene considerato come una dimensione a parte rispetto alla cultura. Luogo decisivo di incorporazione culturale, matrice silenziosa, come diceva Bourdieu, di apprendimenti primitivi e indelebili, l'ambito domestico può significare il tempo lungo di un'incubazione, e andrebbe approcciato in modo olistico.

E' tuttavia su un aspetto più essenziale che l'incontro con la psicoanalisi può fertilizzare l'antropologia, là dove cioè il problema alimentare venga considerato in prospettiva non genetica ma "strutturale". La confluenza concerne l'irriducibilità di cibo e corpo a "sostanze naturali" e la dipendenza costitutiva, non semplicemente storico-evolutiva, del soggetto umano dalla socialità. L'orientamento lacaniano, in particolare, ha messo esplicitamente a tema l'inquadramento delle forme cliniche attuali sullo sfondo più ampio del Disagio della Civiltà. L'interrogativo sulla diffusione dei DCA nelle società occidentali a capitalismo avanzato travalica il piano descrittivo della contestualizzazione e investe la questione cardinale del rapporto tra storia e struttura nella clinica. Da "sindrome culturale", i disturbi alimentari diventano un "sintomo sociale", espressioni di un'alterazione a carico dell'ordine simbolico e normativo di una collettività storica e della nuova posizione occupata dai soggetti al suo interno. Diventano disturbi di ciò che si è chiamata "l'alimentazione sociale" nel suo *fare* l'uomo secondo uno specifico progetto di umanità.

A prescindere dagli aspetti più tecnici dell'originale ipotesi psicogenetica sviluppata, anche in Italia, soprattutto dagli allievi di Lacan (Cosenza, 2008, p. 94 ss.), in questa sede interessa filtrare i costrutti antropologici dell'antropopoiesi e dell'incorporazione con il contributo offerto dalla psicoanalisi rispetto alla questione alimentare e al suo legame *strutturante*, non secondario né contingente, rispetto al corpo. Sollevato, a differenza di Freud, dal conto in sospeso con la medicina e la scienza positiva, Lacan elabora una visione della corporeità – o meglio dell'io-corpo, secondo l'intuizione del maestro (Freud, 1923) – a suo modo "indeterministica", collocata *fra* biologia e cultura, organismo e simbolo, la cui cifra e specificità "zoologica" si addensa nel concetto di *pulsione*.

Il linguaggio, cioè la dimensione collettiva del significato e dello scambio simbolico – il grande Altro che preesiste al soggetto – sottrae *ab origine* il corpo umano al regno della natura. Pur senza denegarlo, interrompe il legame con la pienezza e sicurezza della soddisfazione istintuale (la fame come bisogno fisiologico) e lo espone a una condizione di mancanza e insieme di eccedenza, che lo spingono a cercare altrove, e indefinitamente, la propria compensazione. Come significante del "desiderio", il cibo può diventare simbolo e sintomo di una fame di altra natura. Le pratiche alimentari sono il luogo fondativo di un'interdizione che è contemporaneamente un venire all'umanità. Come spiega, tra gli altri, Franco Lolli (2012),

[...] la bocca diventa tale quando viene "stappata" dal seno materno, quando cioè l'intervento educativo di regolazione da parte dell'Altro genitoriale impone a quella parte del corpo una sottrazione, una limitazione dell'esigenza di continuo contatto che, da un lato, determinerà un'insoddisfazione rivendicativa, dall'altro, genererà una focalizzazione residua di piacere proprio in quella zona. [...] (Lolli, 2021, p. 28)

L'antropopoiesi alimentare incarna, nei termini di Lacan, una declinazione particolare della "Legge della castrazione simbolica", secondo l'originale rilettura dell'Edipo freudiano. Per suo tramite, il bambino è strappato ("stappato") dalla privatezza primordiale dell'alimentazione materna, dal rapporto confusivo e speculare col Cibo-Madre onnipotente e installato in un ordine che li trascende entrambi: il "discorso alimentare" quale incarnazione simbolica del Nome-del-Padre. Lacan riformula come "perdita di godimento (*jouissance*)" la nota tesi freudiana della rinuncia pulsionale quale prezzo da pagare per l'entrata nella *Kultur*. Non essendo stabilito per natura, tale confine non solo è tracciato in modo singolare all'interno di ciascuna biografia, ma è potenzialmente sospeso alla sua infrazione e fluttuazione culturale.

In molte società, l'aspirazione a "fare umanità" attraverso l'assunzione di cibo assume la forma di una esplicita presa di distanza dalla voracità animale, o della stigmatizzazione, fino ai limiti dell'esclusione, dell'individuo che infrange i limiti quantitativi o qualitativi imposti dalla società. Ciò ribadisce come l'orizzonte "fisiologico" dell'alimentazione umana sia la commensalità, al di fuori della quale il rapporto col cibo diventa in-umano e dis-umanizzante. Riprendendo un'immagine hegeliana, nota a Lacan ma anche consonante con la prospettiva antropo-poietica, l'appetito viene "tenuto a freno", cioè deprivato della sua spinta cieca, insaziabile e incontenibile, per essere "lavorato" all'interno di una cornice sublimatoria, scandito da un ritmo di attese, alternanze, ritualità. Il processo di cottura, che secondo Lévi-Strauss rappresenta la forma aurorale di umanizzazione della natura, è la cifra una demarcazione che *in realtà* non è mai avvenuta. Anche l'alimento crudo – si pensi alla raffinatezza della cucina giapponese – è inserito nella "cottura primordiale" (Derrida, 1971) di una catena significativa che rende solo metodologica la distinzione natura/cultura.

Attingendo esplicitamente alla storia, alla sociologia e all'antropologia dell'alimentazione, Domenico Cosenza traccia un'accurata epistemologia strutturale del discorso alimentare, ravvisando nel *Convivio* la scena fondamentale entro cui il discorso alimentare europeo-occidentale avrebbe trovato il proprio principio di regolamentazione, ciò che in chiave strutturale ha reso normativo nel quotidiano il carattere culturale del rapporto con gli alimenti. Non è dunque una semplice evidenza fenomenologica ciò che l'esperienza conviviale comporta,

"nel suo configurarsi come arena del confronto e dello scambio quotidiano tra cibo e parola, tra godimento e legge, tra prossimità e distanza, in cui il rapporto con la sostanza è mediato dal rapporto con l'intersoggettività, con l'altro, con il suo sguardo e la sua parola, il suo appetito e il suo ritegno. Il *Convivio* è infatti il teatro in cui per il soggetto parlare e mangiare, ascoltare e gustare, divengono pratiche intrecciabili nella coerenza di un discorso, le cui regole e i cui tempi sono scritti nel campo dell'Altro, luogo storico del dispiegamento della parola e di codifica delle consuetudini e delle regole alimentari". (Cosenza, 1998, p. 140)

Poiché l'individuo incontra la struttura *nella* storia, lo studioso si sofferma sulla scansione delle varie articolazioni della scena conviviale, tra cui il Cristianesimo e l'età dei Lumi occupano un posto fondamentale, fino alle sue declinazioni attuali (*ibidem*, pp. 150-160; Mendolicchio, 2017, pp. 17-35). E' sull'onda lunga di una profonda continuità storica che la contemporaneità alimentare occidentale emerge nella sua apparente novità e compattezza.

L'etimologia del termine antropopoiesi (dal verbo greco *poiein*, fabbricare, costruire, formare) stabilisce intuitivamente una connessione tra la costruzione dell'*anthropos* secondo un certo ideale di umanità e quella sorta di "materia prima" della sua produzione e riproduzione che è il corpo. Luogo primario di *visibilità* della forma, il processo di incorporazione della cultura ha sempre una connotazione *estetica* (Remotti, 2013, pp. 79-80). L'apparenza del corpo, sosteneva Bourdieu, è il coagulo di un insieme di "investimenti" che hanno il fine di rendere il corpo *presentabile* e allo stesso tempo *rappresentabile* (Bourdieu, 1987, p. 163), riassumendo in sé la doppia dinamica, individuale e sociale, del processo incorporativo. Nel trattare il corpo come una sostanza malleabile, da con-formare ai dettami

collettivi, la “somatopoiesi” rivela anzi, secondo Remotti, un lato cruento e paradossalmente distruttivo. La *poiesis* non è solo un “fare” ma anche un “disfare”, talvolta ai limiti dell'irrazionale nella misura in cui certe operazioni, a prescindere dalla sofferenza che comportano, arrivano a inficiare anche irreversibilmente certe funzionalità fisiologiche. Le mutilazioni genitali femminili ne sono l'espressione antonomastica (Remotti, 2013, p. 133). Anche le pratiche alimentari sono un mezzo, il più elementare, per raggiungere un certo corpo. L'intreccio tra valori alimentari e valori corporali è atavico e silenzioso, come direbbe Bourdieu, una forma di “disciplina” che il soggetto incorpora, e quindi sopporta, fino a farne, in senso letterale, una “malattia”.

Proprio interrogando l'aspetto mortifero dell'antropopoiesi nella sua attinenza con l'esperienza del piacere e del dolore, con l'enigma dell'autolesionismo – una sorta di “smarrimento antropo-poietico” (*ibidem*, p. 130) – ma soprattutto con gli effetti permanenti di certe pratiche di forgiatura, ingiustificabili sul piano del puro riconoscimento sociale, Remotti si interroga se non si sia arrivati ai confini attuali dell'ipotesi antropopoietica “in attesa di qualche idea risolutiva” (*ibidem*, pp. 132-133). Appare strano che all'antropologo italiano sembri sfuggire come proprio la psicoanalisi, fin dai tempi di Freud, abbia articolato la sua riflessione sui temi della morte e della sessualità. Il problema alimentare li riguarda entrambi, e proprio per questo va inquadrato in un orizzonte di pensabilità che associ la sua complessità fenomenologica a un pari grado di radicalità analitica.

Su un punto, in particolare, la prospettiva psicoanalitica insiste con maggior forza rispetto all'antropologia culturale. Il rapporto dell'uomo col cibo è iscritto in un “vuoto” originario, che la cultura, quale fonte extraorganica di nutrimento, riempie e riproduce incessantemente. Come tale, è esposto a un'ineludibile precarietà, che proprio il significante “fame” evoca nell'intederminatezza del suo alone semantico. Mai saturabile, come la sessualità, a livello del puro soddisfacimento fisiologico, pulsionalizzato entro una cornice simbolica, tale rapporto resta in qualche misura “disturbato”. Non solo, quindi, è innaturale, ma anche afflitto da una “incurabilità strutturale” (Cosenza, 1997, pp. 75-76). Una “psicopatologia dell'alimentazione quotidiana” sarebbe una parte integrante dell'affresco freudiano sugli aspetti nevrotici della normalità. Alla fine del Settecento, il gastrosofo francese Anthelme Brillat-Savarin presentiva a suo modo la foggia ambivalente del piacere alimentare nel porre una distinzione tra il “piacere di mangiare” (*plaisir de manger*), tipico dell'animale, e il “piacere della tavola” (*plaisir de la table*) proprio dell'uomo. Nel riconoscere, in particolare, al *gourmet* la capacità di distillare indefinitamente l'esperienza del gusto nell'esperienza conviviale, circoscriveva nella specie umana la speciale disposizione a mangiare senza avere fame e a bere senza avere sete (Brillat-Savarin, 1825, p. 168). Questa sorta di perverso della natura, riservato all'epoca unicamente al ricco borghese rivoluzionario, poteva declinarsi tanto nel “saper mangiare” quanto nel “mangiar troppo” e “troppo in fretta”, ampiamente democratizzato nei due secoli successivi. Per converso, e pensando all'anoressia, nel non mangiare affatto *malgrado* la fame e la sete.

L'emergenza e la diffusione epidemica delle patologie alimentari trova la sua condizione di possibilità sullo sfondo di importanti trasformazioni strutturali avvenute in alcuni paesi occidentali a partire dal secondo dopoguerra. Queste forme epocali del disagio psichico incarnano in modo letterale gli imperativi categorici della società postmoderna, che interpella gli individui attraverso i canali privilegiati del consumo e dell'immagine. L'utilizzo a ciclo continuo del cibo, tipico delle forme di dipendenza, così come l'adesione estremizzata all'ideale del corpo magro rappresentano il recto e il verso di una comune “debole o alterata iscrizione del soggetto nell'ordine simbolico della Commensalità” (Cosenza, 1997, p. 73). Il presupposto di una clinica differenziale, qual è quella lacaniana, obbliga a reperire caso per caso la specifica “struttura” (nevrotica, psicotica o perversa) di tale alterazione. In ogni caso, resta il riconoscimento di come

la logica stessa di funzionamento del discorso capitalistico, col suo processo di riciclo continuo del godimento e di denegazione della perdita, indebolendo a livello a livello della singolarità l'efficacia simbolica dell'interdizione edipica, lavori tendenzialmente contro e prescindere dall'ordine universale del discorso alimentare istituito dalla legge della Commensalità. (*ibidem*)

Le problematiche legate all'alimentazione sono interpretate come espressioni della "crisi dell'Altro come tale" quale forma contemporanea del freudiano Disagio della Civiltà. Nell'odierno discorso sociale caratterizzato dalla caduta dei grandi ideali collettivi, dalla secolarizzazione nichilista, dal dominio della logica di mercato, il soggetto riscontra non l'interdizione del piacere, come nella società capitalistica di fine Ottocento, ma l'imperativo opposto a ottenere un godimento pieno e senza limite, la fantasia di una fusione identificatoria con l'*imago* materna. Alla metà degli anni Novanta, un nuovo paradigma di ricerca psicopatologica e di lettura della dimensione sociale della clinica si è occupato esplicitamente delle cosiddette "nuove forme del sintomo" (Cosenza, 2008, p. 28). Le psicopatologie più diffuse nella contemporaneità, come tossicomanie, depressioni, attacchi di panico, autolesionismo, e appunto le patologie alimentari, non vengono considerate come nuove strutture o categorie diagnostiche. Sono posizioni soggettive da comprendere sullo sfondo delle trasformazioni del legame sociale, in intersezione col filone della ricerca storica e psicologico-culturale (R. Gordon, 1990; Vandereycken, Van Deth, 1994). Clinica del narcisismo, della compulsività sregolata e del passaggio all'atto, queste forme sintomatiche appaiono caratterizzate dalla ricerca di un "godimento senza l'Altro", cioè sganciato dal legame e dall'imprevedibilità del desiderio, un dis-piacere autoreferenziale, ripiegato su di sé. La matrice che le accomuna è la dimensione del *rifiuto*, effetto di una "irrisolta iscrizione del soggetto nel campo dell'Altro simbolico e delle sue leggi" (Cosenza, 2008, p. 14). Rappresentano una sorta di inceppo nel processo di incorporazione culturale facilitato dalla forma attuale del legame sociale medesimo.

Nel caso dell'anoressia, tale rifiuto viene distinto, nella sua radicalità strutturale e molteplicità funzionale, dal generico atteggiamento oppositivo tipico della condotta anoressica, a cui fa da contraltare un'adesività compiacente e conformista altrettanto desoggettivata. Si tratta di un "rifiuto dell'Altro" da intendersi nel duplice senso, oggettivo e soggettivo della specificazione. Rifiuto, in primo luogo *da parte dell'Altro*, sociale e quindi genitoriale, che non ha concesso al soggetto uno spazio di realizzazione alternativo al puro rispecchiamento. Assenza o carenza di un'istanza simbolica mediatrice e separatrice, incarnata a livello esistenziale dalla presenza di un terzo (non necessariamente la figura reale del padre) all'interno della diade primaria. Rifiuto speculare, in secondo luogo, *da parte del Soggetto*, il quale, impossibilitato a tracciare *simbolicamente* un confine tra sé e l'Altro, lo marca *somaticamente*, sia usando direttamente il corpo come "feticcio" e "condensazione oggettivata del godimento" (anoressia, attacco di panico, depressione), sia attraverso il consumo compulsivo di una sostanza (tossicomania, bulimia, iperfagia).

Pur essendo distruttiva, la soluzione sintomatica è vissuta intimamente come una "terapia". Soluzione *anestetica*, volta a congelare sul nascere l'appetito sessuale dell'altro e verso l'altro. Soluzione *garantita* (almeno nel caso dei DCA) dall'onnipresenza di una sostanza di sicura e immediata reperibilità. Soluzione *autarchica*, che denega l'esperienza dell'attesa, della perdita, dell'imprevisto, del passaggio attraverso l'Altro, assestandosi entro un *regime* ("dieta" in francese) di assoluta padronanza. Soluzione, dunque, compiutamente *egosintonica*.

Proprio l'installarsi in una posizione "fuori legame" rende comprensibile l'aspetto fenomenologicamente più appariscente e nel contempo spaesante dell'*habitus* alimentare patologico, cioè la diserzione della tavola familiare e amicale, e più in generale il ritiro dalla socialità, spesso accompagnata dall'appuntamento conviviale. Il rapporto col cibo diventa solitario, privato, "morboso". Venendo a sostituire, concretamente e idealmente, ogni altra

relazione, riempie ogni tipo di vuoto, dello stomaco come del pensiero. L'appetito non è mai realmente "tenuto a freno" e la fame è vissuta come un "attacco", a cui abbandonarsi senza ritegno (bulimia), o da prevenire ossessivamente (anoressia). Malgrado le distinzioni nosografiche del DSM, ove i due quadri patologici appaiono distinti, l'esperienza clinica ravvisa in entrambe le fenomenologie l'attivarsi di un medesimo circuito che trova riscontro anche a livello fisiologico (Raggi, 2015). L'anoressica vive nel terrore di diventare bulimica – cosa che si realizza nella maggioranza dei casi – mentre la bulimica rigetta quello che mangia aspirando a diventare anoressica. L'una pensa continuamente a un cibo che non mangia. L'altra mangia tutto il cibo che non pensa. Dis-imparando a stare a tavola, il soggetto perde la familiarità con un'esperienza *dialettica*, scandita cioè dall'alternanza tra la pulsione e la norma, cibo e parola, gusto e sguardo. La bocca, riempita costantemente di cibo (mangiato o pensato), non può propriamente "parlare". Infatti non parla d'altro.

Tale rifiuto "fuori discorso" demarca, secondo alcuni interpreti, la differenza tra l'esperienza del digiuno mistico e le espressioni definite "estetiche" dell'astinenza contemporanea (Recalcati, 1997, p. 292; Testoni, 2001; Rizzuti, 2010b). La prima, vissuta certamente come una scelta radicale a suo modo autoescludente, è comunque inscritta nell'orizzonte simbolico di una comunità, anche quando viene agita come forma di protesta. Controversa, da questo punto di vista, l'apparizione, a cavallo degli ultimi due secoli, di comunità virtuali coagulate intorno all'insegna sintomatica e inneggianti alla sua ingravescenza, diffuse attraverso i vari siti pro-ANA e pro-MIA (rispettivamente, ANoressiA e buliMIA). Alcuni considerano il fenomeno come un pericoloso tentativo di politicizzazione del disturbo, una forma di "segregazione inclusiva" tipica delle società cosiddette "aperte" (Lacan, 1967, p. 155). Altri pur senza disconoscerne la pericolosità, leggono in questa sorta di macabro mutuo soccorso una modalità primitiva di narrazione e rappresentazione di sé, l'abbozzo di un legame, una richiesta di solidarietà, la traccia di un appello rispetto al quale una risposta unicamente repressiva e censorante rischia di colludere con l'immagine di un Altro rifiutante e da rifiutare simmetricamente (Margherita, Nuzzo, 2013, p.223 ss).

Nel panorama delle tipologie del disagio psichico, al pari di alcune tossicomanie, i DCA rappresentano i disturbi con il più alto tasso di *egosintonia*, e quindi con il più basso di adesione alle cure. Il soggetto non lamenta il sintomo come una fonte di malessere. Soprattutto nelle fasi iniziali vi è tenacemente attaccato, refrattario a un trattamento che sono altri, in primo luogo i familiari, a domandare in sua vece. Spesso accade che una domanda di cura venga rivolta in concomitanza di un deragliamento bulimico, il cui fine non dichiarato è il ripristino del controllo anoressico sull'alimentazione. Ma anche nel paziente più motivato, estenuato da uno stato di sofferenza cronica, permane un'area di profondo legame col sintomo che resiste ad ogni forma di trattamento. Tale condizione, riconosciuta da tutti gli approcci terapeutici, ha interrogato la psicoanalisi con particolare radicalità, producendo un movimento riflessivo che trova una singolare coincidenza con le criticità sollevate dalla prospettiva dell'incorporazione rispetto all'antropologia interpretativa.

La demarcazione tra la clinica medica e quella psicoanalitica passa dalle diverse strategie semeiotiche riservate alla parola del paziente, a loro volta rivelative di un differente accesso al corpo. La prima opera entro un ordine *segnico*, cercando nell'oggettività dell'organismo il riscontro effettivo di quanto viene detto sul sintomo. La seconda è sostenuta dalla logica del *significante*, quindi tocca tangenzialmente il corpo nella sua dimensione più pregnante per ricercare altrove, ossia nel dipanarsi delle rappresentazioni, il senso inconscio del sintomo (Villa, 2012, p. 35). Solo in questo modo Freud poteva attribuire alla parola dell'isterica una significazione inattuabile alla psicopatologia organicista della psichiatria di fine Ottocento, e dare avvio alla pratica psicoanalitica come *talking cure*. Di fronte al soggetto anoressico, tuttavia, il clinico sperimenta l'eclissi della parola e del linguaggio. L'identificazione col sintomo satura lo spazio dell'interrogazione come dell'ascolto, replicando nella situazione

analitica il rifiuto del sapere altrui e del volerne sapere su di sé. La fissità con cui il discorso si avvita ossessivamente sul peso e sul corpo azzera la portata evocativa della parola e soprattutto la possibilità di attivazione del transfert, indispensabile all'avvio del processo terapeutico. In tal senso, come spiega Cosenza,

“l'anoressica non si limita a mettere in subbuglio e in stato di impotenza la medicina, a mettere alle corde la nutrizione clinica e a rendere marginale l'efficacia della psicofarmacologia. La sua sfida più radicale e nuova è proprio rivolta all'eredità delle pratiche di cura sorte dal ceppo freudiano, alle cure di parola, alle psicoterapie dinamiche, e in ultima analisi alla madre nobile di tutte loro: la psicoanalisi”. (Cosenza, 2008, p. 8)

Da questo scacco, circoscritto fin dagli anni Sessanta dalle intuizioni profetiche di Hilde Bruch e Mara Selvini Palazzoli, è derivato il pregiudizio sulla inefficacia terapeutica della psicoanalisi nella cura dell'anoressia-bulimia. In un clima generale caratterizzato, secondo alcuni, da una sorta di “*bulimia della pratica*” (Recalcati, 1997, p. 221), sono divenuti egemonici i paradigmi di trattamento di matrice cognitivo-comportamentale, motivati dall'esigenza pragmatica di rendere l'azione terapeutica più efficace, correttiva e incisiva, talvolta scavalcando a piè pari la riflessione teorica. L'orientamento lacaniano, non unico fra gli indirizzi psicoanalitici, ha invece reagito alla fondatezza delle critiche cercando di trasformare la pratica analitica. Da “ermeneutica del senso inconscio” si propone come intervento sul “godimento reale senza senso al cuore del sintomo” (Cosenza, 2008, p. 10). Di fronte alla “chiusura dell'inconscio” tipica dei sintomi contemporanei (Recalcati, 2010), l'obiettivo delle fasi preliminari della cura è riaprire nel soggetto la domanda sull'enigma della propria sofferenza, utilizzando la parola non più in modo semantico, come nel modello tradizionale, ma nella sua dimensione di atto. In luogo di una parola che interpreta, un atto analitico di parola: una parola che taglia, sorprende, muove, sgombra (Porta, 2012, p. 19). Può essere anche la comunicazione di interrompere l'esperienza comunitaria per inviare il paziente in pericolo di vita in ospedale. Similmente al movimento critico che ha portato l'antropologia a ricercare al di là del linguaggio e dell'interpretazione la dimensione più conveniente all'incontro etnografico, ravvisandola nella pratica, nella pragmatica della comunicazione e nella corporeità vissuta, la psicoanalisi contemporanea si è trovata confrontata con uno scenario del corpo alternativo non solo allo sguardo dell'obiettivazione medica ma anche al suo statuto propriamente semantico.

Lacan ha denominato il “*reale del corpo*” – uno dei tre registri (immaginario, simbolico e reale) che restituiscono a livello euristico la complessità delle dinamiche somato-psichiche (Lolli, 2012) – la dimensione inaggrabile e insieme inattingibile del corpo vissuto, rivelata al massimo grado dall'esperienza di sofferenza. Imparentato ma non riducibile alla freudiana “pulsione di morte”, esprime la sensazione angosciosa di esser *ridotti* al proprio corpo, come qualcosa che si *ha* ma che non si *è* a nessun livello (Lacan, 1975-1976, p. 146). “L'io non è padrone in casa propria”. Lo sperimentano, in particolare, i soggetti afflitti *indifferentemente* da patologie “organiche” gravi e croniche, così come da disturbi definiti “psicosomatici” o da disturbi “psichici” invalidanti come le patologie alimentari. Esiste un sottofondo organico che risponde esclusivamente alla chimica e, nei casi aberranti, rivela una volontà di vita sua propria, come ad esempio nel movimento acefalo della proliferazione cellulare neoplastica. Vi è un contenuto del corpo (gli organi interni) che non ci è dato né di conoscere né di vedere, ma di cui percepiamo la presenza e spesso l'incombenza. Non a caso il medico ottocentesco René Leriche definiva la salute come una condizione di vita nel “silenzio degli organi”. Anche l'evenienza pulsionale si presentifica nel segno di una “sorpresa”, frutto di un sommovimento di natura endogena irriducibile alla logica dello stimolo-risposta e per questo incontrollabile meccanicamente. A poco servono, quindi, i comportamenti ritualizzati e ripetitivi a cui il corpo anoressico si *abituava* nutrendosi, nelle fasi avanzate e meno gratificanti dell'esperienza

sintomatica, non di fame o di cibo ma proprio di abitudine e ripetizione (Lester, 1997; Mendolicchio, 2017, pp. 44-45).

Ciò che i nuovi sintomi appalesano è l'evidenza accecante di un *corpo* divenuto in tutto e per tutto *segno*, un corpo che eccede la simbolizzazione e rappresenta in modo diretto il proprio naufragio:

Il corpo martoriato dell'anoressica, marchiato da piercing e tatuaggi, ricoperto da tagli reali (come nelle esperienze estreme dei *cutters*), mascolinizzato nell'attività frenetica ed estenuante dell'esercizio fisico o esibito senza veli nella sua mostrazione pornografica, ridotto a oggetto di servizie e di attività masochistiche più varie, trasfigurato dall'uso sempre più illimitato e perverso della chirurgia estetica, sconvolto alla chimica anestetizzante ed ipereccitante delle nuove droghe, schiacciato dal consumo compulsivo, bulimizzato, obesizzato, attraversato da continue somatizzazioni, esposto a pratiche pulsionali devastanti e suicidarie, costantemente angosciato dalla mancanza della mancanza, dall'eccesso di godimento. (Recalcati, 2010, p. 112)

Ci si può chiedere, tuttavia, se sia stata proprio la fisionomia del sintomo a cambiare oppure, o almeno insieme a essa, lo sguardo analitico. E' infatti possibile che il privilegio accordato, agli esordi della psicoanalisi, al corpo significativo in luogo della sua astrazione medicalizzata sia stata, come suggerisce Angelo Villa, una sorta di "rasoio di Occam" nei riguardi del fenomeno corporeo nel suo complesso (Villa, 2012, p. 36). In fondo il corpo entra in scena potentemente anche nel teatrino scomposto dell'esibizione isterica, smanioso di mettersi in mostra e *quindi* di essere preso sul serio. Se l'isterica fa parlare il suo corpo, parla attraverso di esso o meglio ancora ne è parlata, è appunto perché "il corpo è la realtà maggiormente sensibile all'incidenza dell'inconscio". Anzi, siccome *il* corpo non esiste se non nella versione particolare che ciascuno porta, dell'inconscio come "luogo dell'Altro" si può dire che il corpo rappresenti, appunto, *l'incarnazione*. Se dunque Freud raccomandava ai suoi allievi "per ragioni pedagogiche" di tralasciare il corpo per concentrarsi esclusivamente sulla psiche, è perché il corpo, prima ancora che al paziente, "fa trauma al sapere e alla pratica analitica" (*ibidem*, p. 39). La relazione terapeutica, esattamente come quella etnografica, lo chiama in causa da ambo le parti. Nessun corpo, a maggior ragione al cospetto dell'*altro*, è mai sentito normalmente e veramente come "proprio".

Riconoscere il peso del corpo nella situazione analitica può funzionare per la psicoanalisi come un ancoraggio di fronte alle derive dello psicologismo. Così come la "metafora testuale" ha dato luogo, in antropologia, a una visione edulcorata dell'incontro con l'altro (idealmente sempre interpretabile e traducibile), allo stesso modo "l'arsenale ermeneutico" della psicoanalisi ha promosso l'illusione di una sorta di onnipotenza della parola terapeutica, quasi fosse capace di sciogliere il nodo sintomatico col suo magico tocco. Da questo punto di vista, l'incontro della psicoanalisi col *reale* del corpo sofferente, più che una novità dell'epoca contemporanea, è stato forse semplicemente rimandato da una visione ipersimbolizzata del sintomo. Dal canto suo, l'incorporazione come prospettiva antropologica, e soprattutto come paradigma etnografico, si separa dall'antropologia interpretativa là dove rifiuta di identificare l'orizzonte della comunicazione con il linguaggio. In opposizione alla reificazione (anche culturale) del corpo, lo assume come corpo vivente e significativo, sia culturalmente costruito sia dotato di una propria agentività.

La tangenza con la psicoanalisi si interrompe tuttavia laddove i paradigmi fondati sull'incorporazione finiscono per avallare una sorta di *immediatezza* e *trasparenza* comunicative, in contrasto con una visione più radicale del simbolo, fondata sulla tesi della "opacità del reale" al cuore di un'epistemologia costruttivista. L'antropologia medica, particolarmente sensibile alle indubbie innovazioni del costruito dell'*embodiment*, nel prestare ascolto alla sofferenza dei corpi individuali, ne mette giustamente in valore la connessione coi contesti sociali e le forze politico-strutturali. Tuttavia, dirottarsi con troppa fretta nei territori della critica sociale, e quindi allontanarsi dalla prospettiva clinica *tout*

court, potrebbe essere un escamotage per non interrogare ciò che la sofferenza dell'altro fa risuonare, anche oscuramente, innanzitutto nella persona del ricercatore.

4. Cibo e postmodernità, tra Convivio e Ortoressia

Se è una minaccia la fame, è una minaccia anche mangiare da soli, ché il pane come cibo che nutre si può perdere anche quando si spegne la sua valorizzazione di cibo da mangiarsi in comune. (...) Oggi è più che giusto volgere le mani a coloro che hanno perso il pane cibo del corpo e ai milioni che patiscono la fame: ma, d'altra parte, attenzione all'imbanditissimo self service delle nostre metropoli, dove si corre il rischio di "perdere il pane" in altro senso più radicale ancora, e proprio perché malgrado la folla di individui caoticamente masticanti e deglutenti, non c'è banchetto né commensale. (De Martino, 1977, pp. 615-616)

Il rischio di "perdere il pane" che Ernesto de Martino paventava nella società del miracolo economico e dello sviluppo capitalistico avanzato, assume un senso diverso da quello disgraziatamente attuale per i milioni di persone che non hanno di che sfamarsi. Indica lo smarrimento di una "presenza" al mondo che proprio l'atto alimentare dovrebbe riprodurre, "in quel prodigio di umanità che è l'esperienza della commensalità" (Pizza, 2012, p. 43). Il termine latino "*companiono*", composto volgare di *cum* (insieme) e *panis* (pane), incorpora nell'etimologia la funzione unificante delle pratiche alimentari, allo stesso modo in cui "convivio" associa il vivere alla socialità. Nelle odierne capitali del consumo, il suono grezzo di una ruminazione solitaria soppianta lo scambio intersoggettivo, sintesi prodigiosa tra valore nutritivo e senso identitario.

A questi riferimenti nostrani, Remotti (1986) aggiunge lo spunto "esotico" proveniente dallo scavo etnografico dell'alimentazione Wanande (Zaire), illuminando un altro aspetto del legame tra cibo e umanità. In lingua kinande, lo stesso termine (*obundu*) significa insieme "umanità" (la condizione essenziale dell'uomo) e una sorta di "polenta" che, similmente al pane degli europei, accompagna qualsiasi altro cibo e non manca mai nei loro pasti. Attraverso questo particolare alimento, i Wanande sanciscono e rivendicano la loro forma di umanità differenziandola da quella di altri gruppi territorialmente vicini, legati a loro volta ad altri tipi di dieta. La "curiosa convergenza semantica" in uno "sperduto angolo del mondo" ribadisce, in generale, il valore umanizzante del cibo. *Obundu* non è un cibo qualsiasi e non è soltanto cibo. Spingendo più a fondo l'analisi, Remotti fa notare come la variabilità dell'alimento a cui si affida un peculiare "effetto antropopietico", sancisca non solo la pluralità e diversità delle forme di umanità, ma anche la precarietà e instabilità della condizione umana in quanto tale. Se dal cibo che si mangia, dalla sua selezione e regolamentazione, dipende l'essere o non essere umani, o l'esserlo più o meno, tale possibilità appare costantemente minacciata sia dalle variazioni oggettive dell'ambiente, sia dall'idea soggettiva di variabilità incuneata nelle singole culture. Proprio l'avvertimento di questo pericolo induce una collettività a ribadire, realizzare e riprodurre quotidianamente, con l'ingestione di un certo alimento, il nesso cibo-umanità. "Tutti i giorni a tavola si afferma e si conferma come si debba essere umani" (*ibidem*, p. 8). Se questo accade in un contesto sociale "in cui il problema dell'alimentazione e della sopravvivenza non si risolve recandosi semplicemente dal bottegaio sotto casa" (*ibidem*, p. 9), in una società in cui almeno teoricamente il cibo è abbondante e alla portata di tutti, "perdere il pane" assume paradossalmente un senso ancora più inquietante. "Nell'imbanditissimo self service delle nostre metropoli" ciò che va perduta non è una particolare forma di umanità, ma l'umanità in quanto tale, che viene incorporata proprio e anzitutto nella condivisione del pasto.

A questo processo si riferisce Cosenza parlando di "morte del Convivio" (Cosenza, 1998, p. 173-176). La formula allude allo stato d'essere del discorso alimentare nell'epoca del capitalismo avanzato. In alcuni contesti culturali (peraltro minoritari) imponenti

trasformazioni sul piano socio-economico hanno impattato l'ambivalenza strutturale del rapporto uomo-cibo provocando la tendenziale erosione di un assetto normativo del campo alimentare, certo non statico né omogeneo, ma che comunque si era dimostrato capace di perdurare attraverso i secoli. Senza tener conto di questa "rottura epistemologica" sarebbe impossibile render ragione dell'odierna fisionomia del problema alimentare, soprattutto nella misura in cui prende la forma di disagio "psichico" (*ibidem*, p. 130). Se l'alimentazione fa oggi problema al soggetto, lo mette in questione nella sua soggettività, è perché il cibo non è mancante ma fin troppo presente. L'abbondanza materiale è una sorta di a priori per lo sviluppo di un DCA.

E' pur vero che anche dove in apparenza c'è cibo per tutti esistono sacche di popolazione che vivono in condizione di indigenza. Sarebbe comunque difficile negare una importante discontinuità rispetto al passato. Nel nostro paese, ancora alla fine dell'Ottocento, l'insufficienza di cibo era la norma, le carestie uno spettro costante e le malattie causate da iponutrizione cronica (scorbuto, dissenteria, tifo petecchiale, colera e tubercolosi) cause molto comuni di morte. Nei primi decenni del Novecento era ancora diffusa la pellagra, dovuta a una dieta costituita quasi esclusivamente da polenta di mais. Carne, pesce, latticini erano alimenti introvabili per la maggioranza degli italiani. La massiccia disponibilità di cibo che campeggia sulle nostre tavole è frutto di una "grande trasformazione" (Camporesi, 1989) che a partire dagli anni Cinquanta del Novecento ha investito il sistema alimentare cambiandone radicalmente la fisionomia. L'agricoltura è passata da produttrice di cibo a fornitrice di materie prime per l'industria. La rivoluzione dei trasporti e delle tecniche di conservazione degli alimenti, l'intervento della chimica e delle biotecnologie hanno permesso la delocalizzazione della produzione e l'indipendenza dai ritmi stagionali, l'intensificazione e la pianificazione dei processi produttivi.

"L'irresistibile avanzata dell'omogeneizzazione e del livellamento" conseguenti alla serializzazione degli alimenti, la diffusione di nuovi centri di vendita organizzati in catene, le campagne pubblicitarie, i cambiamenti intervenuti in parallelo nel sistema familiare e lavorativo, l'ascesa di nuovi ideali di bellezza e di salute, hanno stravolto il sistema culinario precedente. I tempi, i luoghi, i modi della preparazione e del consumo sono andati incontro a un processo di parcellizzazione, pluralizzazione e velocizzazione, con l'effetto di depotenziare lo spessore simbolico del cibo. Il momento del pasto inclina sempre di più verso la pura nutrizione, l'ingestione frettolosa e solitaria, eventualmente riscattata da circostanze "occasionalmente" come il pranzo familiare o l'appuntamento galante, talvolta sovrainvestite soggettivamente (Harris, 1985). La "tendenza maledetta" (Cosenza, 1998, p. 175) interna al discorso alimentare del capitalismo avanzato spinge quasi naturalmente il rapporto col cibo verso un esito nevrotico di massa, nella forma "oscenamente immediata" del suo utilizzo compensativo e consolatorio, o in quella altrettanto sregolata della vigilanza ossessiva sull'oralità.

Le patologie alimentari letteralizzano una crescente divaricazione tra la "pulsione" e la "norma", probabilmente il cardine farraginoso e paradossale di un nuovo Ordine alimentare il cui principio ispiratore potrebbe essere enucleato nella *paura di aver fame*. Una volta il cibo era il problema di procacciarselo, oggi quello di tenerlo a bada. E' questa la cifra dell'innaturalità del nostro rapporto col cibo. Prova ne è lo slittamento di significato cui è andata incontro la parola "dieta". Inventata dai greci per designare lo stile quotidiano di alimentazione, e più in generale di vita, che ciascuno doveva calibrare in relazione alle proprie esigenze e caratteristiche personali, nell'odierno linguaggio comune è passata a designare la limitazione e la sottrazione di cibo. Come afferma Massimo Montanari, "dalla paura della fame siamo passati alla paura di mangiare: un eccesso è stato combattuto con un altro eccesso, un rapporto cordiale e consapevole col cibo è ancora da inventare" (Montanari, 1992, p. XXIV). Lo storico dell'alimentazione proietta nel futuro un'aspirazione forse irrealizzabile, che poggia su

un fondamento strutturalmente polemico. In ogni caso vi è la percezione di un lato oscuro nell'abbondanza materiale, che non rende più sereni di un tempo, ma anzi spaventa: "c'è quasi un senso di angoscia nell'abbondanza, almeno pari alla paura della fame" (*ibidem*, p. XXIV).

In uno studio sulle forme narrative e i modelli di comunicazione mediatica sul cibo e sul corpo, Guido Nicolosi ha proposto di inquadrare la società tardo moderna come "società ortoressica" (Nicolosi, 2007). Con "ortoressia nervosa", il dietologo americano Steve Bratman si riferisce, alla fine degli anni Novanta, a una nuova sindrome alimentare, cioè l'ossessione per il cibo sano (dal greco *orthos*, giusto, corretto, ortodosso). Esempio di contaminazione linguistico-disciplinare, il termine è prelevato dal campo della psicologia clinica individuale e tradotto in una categoria analitica per accostare in termini sociologici i temi del rischio e delle paure alimentari. Emergenze specifiche, come i casi della "mucca pazza" e dell'influenza aviaria, nonché la diffidenza diffusa per le biotecnologie, giustificano l'affermazione sociale di una vera e propria sindrome ansiogena rispetto al cibo (*ibidem*, p. 51).

La crisi della "gastro-nomia" quale riflesso di un più vasto Ordine culturale (Douglas, 1993), si ripercuote, con effetti deleteri, sul cosiddetto "paradosso dell'onnivoro" (Fischler, 1990). Di norma la "contraddizione antropologica" tra la spinta all'innovazione alimentare e l'opposta tendenza alla conservazione, viene risolta collettivamente. Selezioni, criteri di preparazione e consumo, rituali, forme di trasgressione regolata sono strategie di contenimento del rischio elaborate intersoggettivamente. Per questo motivo, al centro del discorso comunitario è meno l'alimento in se stesso che l'impalcatura simbolica a sostegno dell'atto del mangiare. I processi delineatisi nella modernità hanno radicalmente trasformato questa condizione: da un lato l'abbondanza reale, l'ampiezza e la diversificazione dell'offerta, finiscono quasi spontaneamente per catalizzare l'attenzione sul cibo. Da un altro, l'ideale democratizzazione dell'accesso alle risorse pone gli individui di fronte a problemi di scelta prima inesistenti e alla necessità di criteri orientativi che guidino la selezione. La conseguenza è che

"Proprio nel momento in cui il cibo abbonda sulle nostre tavole, grazie a un'offerta di mercato incredibilmente varia e a un potere di acquisto senza paragoni con il passato, il nostro rapporto col cibo paradossalmente si allenta. Non sappiamo da dove viene. Non sappiamo quando, come è stato prodotto. Non lo conosciamo più" (Montanari, 1992, p. XII).

Di riflesso alla crescente diffidenza, si è prodotta una polarizzazione discorsiva generalizzata sull'alimentazione. Una sorta di antidoto alla concomitante iper-produzione materiale. A fronte di quello che si potrebbe definire un esempio di "ritorno della complessità" (Remotti, 2007), il sistema culturale reagisce con una strategia selettiva e difensiva a suo modo "logocentrica". In vario modo "rappresentato" o "immaginato" il cibo è messo di fronte, allontanato e controllato riflessivamente. La fissazione sul cibo "giusto" o "sbagliato" si dipana in una molteplicità di accezioni: dietetica (*fitness*), etica (consumo critico), estetica (*fitness*, *food-design*, *porn-food*, *entertain food*), simbolica (*slow food*), psicopatologica (DCA), ansiogena (paure alimentari), ecc... (Nicolosi, 2007, p. 31). Proprio questa *iper-riflessività alimentare* dà alla società attuale una connotazione complessivamente "ortoressica". La proliferazione e frammentazione dei registri discorsivi, infatti, invece di promuovere una maggiore consapevolezza, produce un effetto *cacofonico* (Fischler, 1991), confusivo e disorientante, che accresce la paura anziché sedarla. "Stante la marea oramai incontrollabile di informazioni che ci sommergono, il cibo sta diventando sempre più un oggetto astratto e opaco, sconosciuto. Un terreno fertile per far crescere la paura" (Nicolosi, 2007, p. 27).

Nell'odierna "babele narrativa" emergono comunque due discorsi egemonici, cioè i media e la scienza, intrecciati nel comune proposito di riassegnare un'identità a ciò che è stato culturalmente e socialmente sradicato. Il sapere medico-scientifico (scienza della nutrizione, dietologia ecc.) offre il parere tecnicamente più affidabile. L'espedito dell'etichettatura, per esempio, consente di raccontare la biografia di un certo prodotto come una storia "oggettiva",

che mostra la tracciabilità e la garanzia d'origine. Nello stesso tempo, affrontare il problema delle paure alimentari su una base puramente organicistica e razionalista produce un "effetto perverso inflazionista", perché l'aumento del controllo, se riduce il rischio effettivo, accresce anche la paura per un rischio immaginato (*ibidem*, p. 32). Il mondo pubblicitario è indubbiamente più attento al significato simbolico dell'alimentazione, ben evocato dagli scenari degli spot televisivi, ma è anche vincolato all'imperativo del consumo. Veicola messaggi ambivalenti, seducenti ma contrastanti, come l'offerta di cibi appetitosi e di altrettanti metodi per dimagrire. In generale il discorso mass-mediatico ingloba nei suoi meccanismi il discorso scientifico, e quest'ultimo utilizza a sua volta il canale mass-mediatico per imporsi come discorso egemonico.

Dall'efficace connubio delle due principali agenzie di costruzione del senso comune prende corpo la folta schiera di miti immaginari che costellano lo scenario alimentare contemporaneo: dal recupero del cibo "naturale", alle varie forme di invenzione della tradizione e di nostalgia delle origini. Montanari ironizza sul valore contrastivo dell'immagine "tutta urbana" della campagna felice, "che solo di rimbalzo può essere accolta in campagna (e solo se i campagnoli sono immersi nella cultura urbana). [...] Infatti, "solo una società molto ricca può permettersi di apprezzare la povertà" (Montanari, 1992, p. xi). Erroneamente si guarda alla stagionalità e territorialità della produzione come esempi remoti di "serena simbiosi con la natura". Superare i legami col territorio, rendersi indipendenti dalle vicende del clima e delle stagioni sono sempre stati un desiderio degli esseri umani e l'aspirazione che ne ha guidato l'organizzazione alimentare. Non si tratta quindi del restauro di una dimensione perduta, ma della "faticata conquista di un diritto che un tempo era privilegio di pochi. E' una prospettiva che guarda più al futuro che al passato" (*ibidem*, xvi).

Espressione della rara condensazione congiunturale, nel medesimo discorso egemonico, di scienza, etica, ideologia e sentire comune, la mitologia della "dieta perfetta" trova la sua rappresentazione più alta nell'idealizzazione del modello alimentare cosiddetto mediterraneo (Nicolosi, 2007, p. 69). Iscritto dal 2010 nel Patrimonio Culturale Intangibile dell'UNESCO, è un esempio efficace di come il cibo possa trasformarsi, nel percorso articolato che concorre alla patrimonializzazione, da oggetto e prodotto, in una vera e propria "pratica sociale" (Moro, 2014, p. 35). In realtà questo ideale dietologico, concepito (e voluto) come geograficamente circoscritto e immutato nel tempo, è stato variamente decostruito. Definito da Vito Teti come "un'invenzione culinaria postmoderna" (Teti, 1999, p. 35), pur avendo una base storica non realizza una *realtà* mediterranea, quanto una fantasia. Non solo il Mediterraneo è di per sé un *locus* difficilmente definibile in termini oggettivi, ma la dieta che gli dovrebbe appartenere, contrariamente alle sue formulazioni più note, risulta essere molto diversificata al suo interno e soprattutto inconcepibile senza l'apporto di ingredienti "esotici", come il pomodoro delle Americhe, il grano dell'Asia e le olive del Medio Oriente.

Da più parti è stata sottolineata la carica moralizzatrice e la funzione ideologica (antiamericana) che la ispira, assumendo soprattutto un valore oppositivo ai modelli omologanti e alla non cucina dei piatti pronti e del fast food. In tal senso, secondo Fischler (1996), incarna perfettamente i tratti dell'"utopia": il Mediterraneo diventa un *non-luogo* senza tempo, fondamentalmente coincidente con l'immagine americana idealizzata dell'Italia meridionale, fondato sul rispetto dei principi di tradizione, frugalità e austerità (Nicolosi, 2007, p. 71).

Il recupero della cucina tradizionale, la certificazione dell'origine dei prodotti, l'attenzione alla qualità dei cibi e la definizione di una "sana e corretta alimentazione" sono contemporaneamente la prova e l'antidoto al carattere ansiogeno assunto dal cibo. Riflesso della *gastro-anomia* alimentare contemporanea (Fischler, 1979), la società ortoressica costringe l'individuo di risolvere da sé le proprie ansie neofobiche moltiplicate dalla pluralizzazione delle scelte e dalla globalizzazione dei mercati. Di qui le varie forme di

“tribalismo alimentare” (Niola, 2015) organizzate intorno ai criteri dietologici più disparati (paleodiete, crudismi, vegan ecc.) e professate con fervore neoreligioso. La contrazione estetico-salutista della parola “dieta” è tanto significativa quanto la trasformazione della connotazione originariamente descrittiva del termine a quella prescrittiva, o autoprescritta, dei giorni nostri. Nel passaggio risuonano associazioni complesse, storicamente sedimentate e insieme adattate ai cambiamenti di mentalità. Tra tutte, la traduzione dell’equazione religiosa tra cibo-peccato in quella medico-razionalista tra cibo e malattia. Come nota Fischler a partire dal francese *regime* (dal latino *regimen*, “l’atto di dirigere”), l’attuale successo delle diete esprime il bisogno di reinserire l’atto del mangiare all’interno di una disciplina più ampia degli stili di vita e del corpo (Fischler, 1979, p. 290). Nel rigorismo dietologico contemporaneo persiste l’umbratile ambivalenza di fronte al piacere, che malgrado la secolarizzazione continua a non bastare a se stesso, spingendo a ricercare altrove, nel cibo che “fa bene”, la propria giustificazione.

L’attenzione dell’odierno commensale si sposta viepiù dal mangiare-*con* al mangiare-*cosa*, spesso il solo argomento di discussione (non esattamente di condivisione) tra i commensali riuniti “per l’occasione” alla stessa tavola. La ricerca della dieta su misura, ritagliata su specifiche esigenze nutritive, rappresenta una sorta di negativo fotografico del pasto come lo si è finora concepito, cioè consumato in gruppo e dividendo lo stesso cibo. Naturalmente la transizione non è netta né omogenea. La maggior parte di noi sperimenta situazioni ibride. Tuttavia è significativo che la convivialità, nella versione più recente della Piramide Alimentare proposta dall’INRAN (Istituto Nazionale per la Ricerca degli Alimenti e della Nutrizione) nel 2009 sia divenuta oggetto di *prescrizione*, anche con finalità preventive sui disturbi alimentari. Il mangiare insieme è concepito in termini edulcorati e idealizzati, poco aderenti alla realtà, comprese le molte situazioni altamente o velatamente conflittuali in cui si sviluppa un DCA. Soprattutto colpisce il suo declassamento al livello di una pratica comportamentale. La condivisione del pasto è una raccomandazione tra le altre, anziché l’orizzonte di possibilità che le comprende tutte. In certi casi è addirittura proposta come escamotage per mangiare di meno. La affiancano la stagionalità dei cibi, la territorialità e l’immane attività fisica (che di solito ciascuno pratica per conto suo).

In uno studio del 2013 sul fenomeno della “privatizzazione alimentare” (*les alimentations particulières*), Fischler racconta di una collega australiana, la quale, a differenza di illustri predecessori, non si faceva scrupoli nell’esternare ai suoi ospiti le proprie *dietary requirements*. Per Levi-Strauss o Descola rifiutare un’offerta di cibo (qualunque fosse!) sarebbe stato un affronto alla deontologia professionale, mentre nel caso della ricercatrice erano stati gli aborigeni a doversi adattare alle sue consuetudini (Fischler, 2013, p. 11). La fermezza, talvolta perentoria con cui le scelte alimentari vengono rivendicate dai singoli, è la spia del carico di responsabilità che sentono gravare su di loro. La crescente particolarizzazione dell’alimentazione è un aspetto specifico, ancorché centrale, del processo di autonomizzazione del corpo individuale dalla “pelle sociale” (T. Turner, 2012) che lo conteneva. La metafora allude a un limite poroso, permeabile a uno scambio continuo fra esterno e interno. Non così per il corpo-pelle ispessito e ossuto dell’anoressica, o all’opposto sepolto sotto strati di adipe, che estremizzano la congiuntura in cui si trova il corpo contemporaneo. Svincolato dalla trama vischiosa delle obbligazioni sociali, liberato dalle interdizioni morali che ne impedivano la realizzazione, sostenuto da innovazioni tecnologiche per le quali perfino “l’anatomia non è più un destino ma un accessorio della presenza” (Le Breton, 1990, p. 23), la costruzione del corpo-proprio appare totalmente “deliberativa” ma anche obbligatoria. La presenza di un modello sociale (o di un anti-modello) rappresenta l’a priori antropologico alla base di ogni scelta o cambiamento soggettivo. Tuttavia, oggi, la partita della realizzazione sembra giocarsi sempre più direttamente tra il singolo e l’ideale normativo piuttosto che tra l’individuo e la collettività. Eventualmente “ci si sceglie” tra chi ha

già scelto *come noi*, anche se gli altri, più che coadiuvanti, rappresentano dei potenziali concorrenti.

Richiamando le osservazioni dello psicoanalista di origini ebraiche di Frederick Perls, Remotti (2015) riflette, in tacita risonanza con Derrida (1989), sulle numerose significazioni del termine “assimilare”. Da un lato il verbo indica l’azione del ridurre a sé, quindi la distruzione dell’alterità e la sua omogeneizzazione al noi. Da un altro, poiché “non abbiamo uno stomaco di ferro” (la metafora è di Montaigne), ciò che assimiliamo a sua volta ci modifica, produce degli effetti, ci altera. Se questo accade a livello fisiologico, a maggior ragione sul piano sociale. L’incorporazione culturale è un processo dialettico, di assomigliamento e differenziazione, di cui ciascuno rappresenta, forzando un poco l’espressione di Bourdieu, “un’improvvisazione regolata”. Tuttavia, in un contesto sociale in cui l’individuo è concepito, letteralmente, come in-divisibile, cioè monadico e autosufficiente, il corpo diventa “una linea di confine” da difendere da ogni forma di alterazione. Il cibo, metafora del processo di attraversamento, diviene intrinsecamente contaminante, e così pure ogni forma di contatto con un’alterità pregiudicata come clandestina. Chiuso all’esterno, ossessionato dal controllo dei suoi orifizi, il corpo individualizzato aspira alla “santità”, cioè a una condizione di “separazione” e “integrità”, secondo la radice ebraica del termine (Douglas, 1970). Anche sotto questo aspetto il digiuno ascetico si differenzia dall’inedia “patologica”: il primo vuole trascendere il confine, la seconda solidificarlo. In un caso la meta è la fusione con l’Altissimo, nell’altro la costruzione di un muro invalicabile (Cosenza, 2008), l’incarnazione di un “divieto d’accesso” (Polacco Williams, 1997). La tecnologia silenziosa della ragazza anoressica riecheggia il pragmatismo basico e fracassone di talune misure istituzionali contro l’immigrazione.

Rebecca Lester a proposito dell’anoressia parlava di tecnologie del Sé fallimentari. Non solo, si potrebbe aggiungere, per la contraddizione logica tra due ideali di magrezza (emaciazione fisica vs. autarchia spirituale). Soprattutto perché l’essere umano vivente è un sistema intrinsecamente aperto, all’esterno e dal di dentro. Da questo punto di vista, se la paura di mangiare è risolvibile, quella della fame no.

III. DARE DA MANGIARE



1. L'anima ha bisogno di un luogo: "Palazzo Francisci"

L'apertura a Todi del Centro Residenziale di Terapia Intensiva per i disturbi del comportamento alimentare "Palazzo Francisci", il 7 maggio 2003, è il risultato di un percorso articolato, un combinato di passione individuale e congiunture favorevoli occorse in un terreno indubbiamente predisposto. Una magnifica villa cinquecentesca situata nel cuore della cittadina diventa il luogo ideale per la realizzazione di un progetto terapeutico fondato su principi epistemologici molto chiari e nel contempo rispondenti alle misure istituzionali con cui anche il nostro paese ha iniziato a fronteggiare l'aumento esponenziale dei DCA. Nei primi anni Duemila la storia del palazzo si intreccia con la determinazione professionale della dottoressa Laura Dalla Ragione e dei suoi collaboratori, artefici di un'esperienza pionieristica divenuta punto di riferimento per tutta la nazione anche grazie alla collaborazione ricevuta da parte delle istituzioni locali.

Nel corso degli anni Novanta il netto incremento dei disturbi alimentari nel nostro paese sollecita le istituzioni a una presa di coscienza del fenomeno. Nel 1993 il Ministero della Sanità istituisce una Commissione di lavoro per lo studio del problema e l'elaborazione di alcune raccomandazioni pratiche (Linee Guida) che aiutino le Regioni e le Aziende sanitarie locali ad affrontare una malattia sufficientemente nuova e complessa rispetto alla quale i servizi esistenti appaiono del tutto impreparati. Nel 1998 la Commissione licenzia un primo documento specifico per l'assistenza ai malati di anoressia e bulimia nervosa. Due indicazioni, in particolare, resteranno invariate anche nei successivi aggiornamenti: un modello terapeutico "multidisciplinare integrato" che affronti in simultanea gli aspetti somatici e psicologici della malattia; un modello organizzativo articolato in *setting* multipli, correlati al bisogno e alla fase di evoluzione sintomatologica.

Nel 2001 escono le prime Linee Guida nazionali, ispirate a quelle elaborate dall'American Psychiatric Association (APA) l'anno precedente. Contengono i parametri per l'organizzazione di una rete di protezione e di assistenza a copertura di tutti gli aspetti del problema (prevenzione, diagnosi e cura). Alcune Regioni iniziano ad attivarsi per proprio conto. Tra le prime l'Umbria. La Direzione Sanità e Servizi Sociali organizza un gruppo di lavoro per elaborare Linee Guida regionali. Al tavolo tecnico partecipa la dottoressa Dalla Ragione, all'epoca impiegata nel reparto psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'ospedale di Perugia.

La vocazione e formazione professionale di questo medico è lo spaccato singolare di una realtà regionale tanto poco appariscente quanto esemplare entro il movimento di riforma della salute mentale che nel corso degli anni Settanta portò in Italia alla chiusura dei manicomi. L'ideazione di "Palazzo Francisci" è un'espressione aggiornata e coerente di quegli stessi principi. L'interesse di Dalla Ragione per la psichiatria inizia ai tempi del Liceo, con la lettura de *La maggioranza deviante* di Franco Basaglia (1971). Il professore di filosofia organizza per la classe una visita all'Ospedale Psichiatrico della città. Era il 1972. L'ospedale stava chiudendo ma esisteva ancora.

Andammo lì e prima parlammo con medici e infermieri che ci diedero tutta una serie di istruzioni "non li guardate, non li avvicinate, state attenti, non prendete iniziative" ... come fosse un luogo molto pericoloso. In uno stanzone c'erano circa trenta pazienti, scalzi, non lucidi, alcuni con la camicia di forza. C'era un odore fortissimo di disinfettante, di formaldeide, che non dimenticherò mai. In realtà nessuno di noi ebbe paura, tutti provammo piuttosto una grande pena, una grande compassione. Non riuscivamo a capire. Perché li tengono così? L'impatto fu forte, sentimmo un grande senso di ingiustizia. Fu un'esperienza scioccante, alcuni piangevano, altri erano spaventati... Per tutti fu un'esperienza fortissima. Di quella classe di circa venti persone, nove hanno fatto un lavoro legato alla psichiatria. Fu un'esperienza straordinaria. Da lì poi decidemmo di organizzare un gruppo di studio interclasse in cui una volta alla settimana uscivamo per seguire lezioni di Carlo Manuali, lo psichiatra che in Umbria stava chiudendo i manicomi, era l'equivalente di Basaglia a Gorizia. La legge 180 è del 1978, ma in Umbria la chiusura fu anticipata al 1974, era già legge regionale. Manuali aveva cominciato a fare delle lezioni interne all'ospedale a medici e infermieri in preparazione della chiusura dei manicomi e alla loro trasformazione in servizi territoriali. Lui capì, da uomo illuminato quale era, che la proposta di noi ragazzi e del loro professore strampalato di poter frequentare le sue lezioni poteva essere un'occasione importante per far passare il messaggio alla città. Eravamo il liceo classico, cioè la scuola della borghesia, potevamo far passare il messaggio alle famiglie, alla gente, alla città. Non era facile, infatti, capire. Quelle lezioni ebbero un'influenza eccezionale su di noi. Manuali partiva da Levi-Strauss e finiva con i nuovi neurofisiologi, come Francisco Varela e tutti i grandi scienziati. Per farci capire perché non si poteva più curare la malattia mentale in quel modo, ci faceva capire come funzionava l'uomo. Fu l'apertura di un mondo di orizzonti e di letture. Questo a 14 anni. Durante il Liceo continuai a interessarmi a questi temi, insieme a mille altre cose. A 18 anni, anche se non sapevo bene in cosa consistesse il lavoro dello psichiatra, avevo già deciso che quello sarebbe stato il mio lavoro. Avevo già incontrato il mio destino.

In una recente, attenta ricostruzione del movimento antipsichiatrico italiano, lo storico inglese John Foot (2014) descrive il caso di Perugia come un "esempio quasi perfetto" di sinergia fra amministratori, psichiatri, infermieri, pazienti e opinione pubblica, che ebbe pochi uguali nel resto della penisola (Foot, 2014, p. 193). Rifiutando di etichettare come

“basagliano” un fenomeno in realtà policentrico, complesso e sfaccettato, riconosce un ruolo determinante all’influenza dei fattori locali. A Perugia il superamento dell’istituzione manicomiale e la costruzione di alternative efficaci fu estremamente rapida. L’interpretazione fortemente politicizzata del cambiamento, sostenuta dal Partito Comunista, e il pragmatismo dei suoi portavoce trasformarono rapidamente le parole in fatti. I membri più aperti della nuova classe dirigente erano poco interessati a riformare il manicomio dall’interno, a “umanizzarlo” – come si diceva all’epoca – restituendo ai degenti la dignità di persone: volevano lasciarselo alle spalle il prima possibile, trasferendo il loro intervento nella società. Nel 1965 il neoeletto Presidente della Provincia, Ilvano Rasimelli, cominciò a dimettere un gran numero di pazienti dell’Ospedale di Santa Margherita (molti di più che a Gorizia) e a chiudere altre “istituzioni totali”, come orfanotrofi, case di riposo, classi differenziali, sanatori. Dal 1970 fu predisposta una rete di centri di igiene mentale decentrati (CIM), diretti da giovani psichiatri molto motivati, che discutevano i regolamenti in affollatissimi dibattiti pubblici. A differenza di Gorizia e Trieste, l’innovazione era supportata dal sistema politico e giudiziario locale, e dall’intera popolazione.

Uno dei principi fondamentali del movimento era la cosiddetta “politica del non ricovero”, cioè l’idea che, nei limiti del possibile, la terapia dovesse avvenire all’esterno del contesto ospedaliero medicalizzato. I principali protagonisti del movimento, come Francesco Scotti, Carlo Brutti e, lo stesso Manuali, malgrado le divergenze teoriche, operavano in una prospettiva globale, sociale e culturale, oltreché medico-psichiatrica. Si occupavano della malattia, ma anche della vita dei loro pazienti, delle loro condizioni economiche, dei luoghi in cui vivevano, dei servizi sanitari e assistenziali con cui venivano in contatto. (*ibidem*, p. 190).

In questa fervente atmosfera Dalla Ragione attua le sue prime esperienze di lavoro. Prima a Città di Castello e poi a Perugia, dove Francesco Scotti la chiama a lavorare nel reparto psichiatrico di Diagnosi e Cura dell’Ospedale. Il confronto diretto con la follia e la convinzione che l’ambiente ospedaliero non sia adatto alla “cura dell’anima” rappresentano l’architrave della sua eccezionale intraprendenza.

Forse per l’ospedale psichiatrico che avevo visto, da quel luogo lì mi ero fatta sempre più l’idea di dover costruire degli spazi di cura diversi, adeguati alla sofferenza. Delle *case*, ecco, delle case che potessero contenere la sofferenza, sostenerla, aiutarla, ma tutto il contrario di quello spazio lì. Quando diventai aiuto a Città di Castello, in qualità di dirigente, costruii un centro diurno per giovani psicotici, in una casa. Quello mi piacque molto, mi appassionò molto. Avevo visto l’esperienza di Luc Ciompi in Svizzera, ed esperienze analoghe. Ero molto affascinata da questa patologia [psicosi] e dalla costruzione di spazi di cura diversi. Organizzai una piccola comunità insieme a un’associazione. Poi mi trasferii a Perugia, dove lavorai sette anni al reparto psichiatrico di Diagnosi e Cura dell’ospedale. [...] Quello di Perugia era considerato un ambiente terribile. Una specie di buco nero in una rete di servizi molto funzionanti. Era detto “repartino” perché ci potevano stare 8 pazienti, ma in realtà ce ne stavano 24, ... si respirava l’aria del manicomio. L’Azienda chiamò Franco Scotti per fare un cambiamento [...] Fu un’esperienza molto dura, ma sul piano della conoscenza psichiatrica straordinaria, lo consiglieri a tutti gli psichiatri perché è lì che impari che cos’è veramente la malattia mentale. Lì vedi il pericolo, vedi l’acuzie, vedi i pazienti peggiori nel momento peggiore, perché quando stanno meglio escono. Arrivano lì quando hanno commesso gravi atti, sono molto scompensati, suicidi, di tutto. Con lui ho imparato la psicopatologia. Poi ho imparato che cos’è quella malattia lì, quel pezzo di malattia lì, quella parte in cui le persone non sono più lucide, quando la mente non ha più se stessa, lo vedi solo lì. Non è la malattia che vedi nei servizi. Quando la gente sta molto male, è quella lì che devi vedere.

L’incontro coi DCA avviene quasi per caso. Nel corso del 2001, mentre partecipa alla stesura delle Linee Guida regionali, le viene chiesta una consulenza presso il Reparto di Pediatria dell’Ospedale di Todi, dove i comportamenti alimentari di alcuni giovani degenti avevano insospettito il personale. La caposala di allora, la signora Mariella Venturi, ripercorre quegli eventi.

Nel 2000, la riorganizzazione della ASL della Media valle del Tevere (che comprendeva gli ospedali di Todi e Marsciano) aveva previsto di fare un ospedale unico. Quindi tanti reparti hanno cominciato a morire, o sono stati

riconvertiti. Uno dei primi è stata la pediatria [...] I bambini noi non li vedevamo più. E nota che avevamo un reparto all'avanguardia [...] Non ci mancava niente, tranne i numeri. Poi fatalità vuole che arrivasse una bambina con una polmonite... Anzi, prima due ragazzi, figli di colleghi, con dei problemi che poi individuammo come DCA. Il problema è che una volta rimessi in sesto dal punto di vista medico, non sapevamo che fare. Al pasto, loro ci cacciavano dalle stanze e noi ce ne andavamo. Finché mi accorsi che sotto le finestre del reparto arrivavano tutti i gatti di Todi, hai capito, eh?! ... Dal punto di vista psicologico erano seguiti a Perugia, perché i genitori avevano delle possibilità. Poi arrivò una bambina ammalata di polmonite, che non mangiava ed era molto debole, e si è capito che sotto la polmonite c'era una mancanza di difese. Lei non aveva possibilità economiche per pagare uno psicoterapeuta. Allora ci siamo detti: perché non cominciamo a fare questo? La dottoressa [Dalla Ragione] e il dott. Ruocco, il nutrizionista, hanno avviato una collaborazione con l'associazione il Pellicano di Perugia. All'inizio venivano loro, 2-3 volte a settimana, in ospedale. Poi la dottoressa ha capito che questo tipo di disturbo non poteva essere curato in ospedale. Infatti che avrebbe fatto l'ospedale? Niente! Forse lei ce l'aveva già in mente un'alternativa.

In effetti era così. L'incontro casuale, durante una vacanza in Toscana, con Peggy Claude-Pierre, che a Toronto, in Canada, aveva tentato un'esperienza di cura per ragazze ammalate di disturbi alimentari alternativa all'ospedalizzazione, le offre uno spunto ulteriore.

Mi fece vedere il video di una casa dove curava delle pazienti gravissime, anoressiche. Pensai subito che l'idea era molto buona, ma c'era un errore. Lei aveva preso del personale volontario e non specializzato. Infatti il governo la fece chiudere. Era interessante, però, perché era una casa e si capiva che le ragazze ci stavano bene. Ne parlai con lei perché ero rimasta colpita. Pensai, l'idea è buona ma si dovevano mettere dentro delle persone specializzate. Insomma, fare un ospedale a forma di casa, senza i camici. L'idea prese forma, visitai altre strutture in Italia ma mi sembravano tutte delle gran cliniche, psichiatriche, ospedaliere, non assomigliavano a quello che avevo in mente io.

E' l'ambiente terapeutico, non la specializzazione degli interventi, il vero problema. Il ricordo indelebile dell'ospedale psichiatrico visitato in gioventù rappresenta per Dalla Ragione un punto di non ritorno. I tempi lunghi della terapia e la giovane età dei pazienti aggravano ulteriormente gli effetti collaterali dell'ospedalizzazione. Resta la convinzione che la cura debba essere affidata ai professionisti. Il lavoro iniziato nel novembre del 2001 nel Reparto di Pediatria dell'ospedale di Todi, con la costituzione di un *day hospital* valutativo e terapeutico rivolto a pazienti DCA, è il primo abbozzo di un'équipe multidisciplinare, un passaggio indispensabile per affrontare la patologia "a 360 gradi".

Da quando sono comparse le prime strutture in Italia, anche all'interno della psichiatria e dei reparti medici si è affermata la necessità di considerare l'intervento di più figure professionali per questo tipo di patologie. All'inizio degli anni '90 sono nati i primi gruppi di lavoro. Anche dentro ospedali e dentro le psichiatrie chi si occupava di DCA lavorava in gruppo. Prima, i casi venivano trattati unicamente dalla psichiatria oppure dagli ospedalieri se i pazienti si ricoveravano. Quindi il trattamento era monoprofessionale. Dagli anni '90, però, si diffonde la consuetudine per cui anche per chi è ricoverato in medicina generale si chiama lo psichiatra, e viceversa, se ricoveri in psichiatria chiami l'internista, l'endocrinologo. Però fino al 2003 in Italia non esistevano strutture extraospedaliere; esistevano solo strutture dentro le cliniche o gli ospedali o i reparti. C'erano Villa dai Pini a Firenze e Villa Margherita a Vicenza, c'era Dalle Grave, che sono cliniche psichiatriche.

La telefonata del Sindaco di Todi, Catuscia Marini, oggi Presidente della Regione, rappresenta il punto di svolta. Facilita il contatto dei professionisti con l'ETAB (Ente Tuderte di Beneficenza e Assistenza "La Consolazione")*, che aveva in carico l'amministrazione di "Palazzo Francisci". Fin dalla metà dell'Ottocento era stato adibito a convitto per studentesse e ragazze madri in difficoltà. La struttura, in realtà, stava morendo. Le ospiti rimaste erano pochissime e il personale (4 operatrici) non avrebbe potuto essere impiegato più a lungo. L'Ente Benefico accoglie con entusiasmo l'ipotesi di riconvertire il palazzo per rispondere a un nuovo bisogno di salute, mentre la percezione dell'équipe, fin dal primo sopralluogo, non lascia adito a dubbi: "Era una casa. Quella che cercavamo". Era l'occasione per trasformare un semplice "spazio", cioè un'istituzione residenziale come un'altra, in un "luogo", un habitat di

cura e soprattutto di vita. Un luogo giustamente definito come “antropologico” perché costantemente sovrainvestito di significato, come direbbe Marc Augé: “principio di senso per coloro che lo abitano e principio di intelligibilità per colui che lo osserva” (Dalla Ragione, 2005, pp. 36-37). *L'anima ha bisogno di un luogo* è la frase di Plotino che riassume la filosofia del centro. Luogo inteso come “corpo”, ma soprattutto come faticosa costruzione di una “casa interna” dalle fondamenta più salde, in cui ospitare un'anima errabonda.

Malgrado l'iniziale resistenza del Direttore Generale, l'intenso lavoro di costruzione del progetto riabilitativo in tutti i suoi aspetti amministrativi, economici e tecnici, unito all'esigenza di riconvertire l'ospedale di Todi, sortisce degli effetti in tempi decisamente rapidi per un esercizio pubblico. La convenzione stipulata tra la USL Umbria 1 e l'ETAB, il 5 maggio 2003 (poi rinnovata nel novembre 2011), sancisce la conversione di Palazzo Francisci in centro interamente dedicato alla cura dei DCA. Istituita primariamente come semiresidenza, viene implementata da una Delibera Regionale successiva come struttura residenziale (DGR n. 21 del 12/01/2005).

Nel giro di un anno dalla prima visita al palazzo, il programma terapeutico viene inaugurato. “A maggio aprimmo, rischiammo. Ricordo che la sera prima mi dissi: se va bene va bene, ma se va male mi gioco la carriera” (Dalla Ragione, 04/10/15). Le parole di Mariella Venturi lasciano trasparire come le fasi iniziali della nuova identità di Palazzo Francisci siano state politicamente piuttosto delicate:

Nel 2003 la dottoressa è partita. Eravamo in cinque. All'inizio le ragazze facevano i pasti in ospedale, i gruppi li tenevano il pediatra e il nutrizionista. Andavano giù anche con la neve, col rischio di rompersi una gamba... Qui la cucina non funzionava. Però questo medico, il pediatra, non voleva spostarsi ... Insomma è cominciato questo attrito... perché tutti volevano essere dirigenti, secondo il mio parere... La immunoallergologa dovette allontanarsi... Ma questo è un problema da CSM [Centro di Salute Mentale], ci vuole uno psicologo, o uno psichiatra o al massimo un nutrizionista. Quindi è arrivata la separazione dall'ospedale. Poi la dottoressa si è organizzata con la Cooperativa [POLIS], sempre passando per la ASL. L'unica rimasta dell'ospedale ero io. All'inizio facevo tre giorni qui [a PF] e tre in Direzione Sanitaria. Poi sono stata inglobata dalla Direzione Sanitaria. La dottoressa mi diceva: “fai finta di niente e vieni qui”. Io le rispondevo che non era possibile! Poi una mattina mi dice: “Scendi che ti devo parlare. Ho trovato la soluzione, andiamo a parlare col Vescovo...” Gli telefonò, dicendo: “la Mariella è indispensabile qui, parla tu col Direttore Sanitario ...” Dopo una settimana neanche, entra in Direzione Sanitaria e dice: “Da domani la Mariella lavora a Palazzo Francisci, senza discussioni. Lo ha deciso il Direttore perché ha telefonato il Papa”. Il Papa, disse, non il vescovo! Immagina tu, la notizia che aveva telefonato il Papa ... non ti dico le risate...

Al movimento antimanicomiale perugino, non solo Foot, ma anche molti suoi protagonisti (tra cui Seppilli) rimproverano una sorta di “invisibilità”, un ripiegamento nei suoi ristretti confini geografici, una “debolezza comunicativa” che di fatto lo ha escluso dalla memoria collettiva di quegli anni. All'opposto, il bisogno forse inavvertito di rispondere a quella ingiusta marginalizzazione, ha stimolato l'ideatrice del primo centro pubblico residenziale per DCA a diffondere immediatamente la notizia della sua apertura. Nel corso degli anni c'è stata un'escalation di riconoscimenti pubblici, in particolare l'accreditamento da parte del Ministero della Salute, che assegna a Palazzo Francisci il coordinamento di numerosi progetti nazionali. Il suo modello terapeutico è stato replicato in altre realtà. Nel panorama italiano, “la casa delle bambine che non mangiano”, dal titolo del primo libro in cui Dalla Ragione racconta la storia e l'esperienza di Palazzo Francisci (Dalla Ragione, 2005), è considerata un esempio di sanità virtuosa.

A novembre [2003] decisi che l'esperienza andava già comunicata al mondo, cosa che non si fa molto in sanità. Uscì un programma su Rai3, degli articoli su Repubblica, la fama si diffuse. Inizialmente ciò fu motivo di attacco. Le università, gli ospedali dicevano “che cosa si sono messi in mente, non si può improvvisare una cura al di fuori dell'ospedale”. Poi a mano a mano le cose cambiarono. Nel 2006 replicammo la struttura in Basilicata (non era così scontato che fosse replicabile), nel 2009 facemmo Varese, poi Brusson, poi Malta. Diciamo che nei primi 3-4 anni si diffonde l'idea che la riabilitazione potesse e dovesse avvenire fuori dall'ambiente ospedaliero. I risultati

erano confortanti, migliorati i follow-up dei pazienti. Poi nel 2007 il Ministero della Salute ci accredita. L'allora Ministro Livia Turco ci volle capofila di un Progetto sulle Buone Pratiche di cura per i DCA. Ci fu affidato il coordinamento di 14 centri italiani, ambulatoriali ecc. Questo evento ci ha accreditati sul piano nazionale come struttura pilota del Ministero, dandoci maggior forza. Nel 2012 è partito il progetto sulla parte infantile, sempre coordinato da noi, sui fattori predittivi. Poi è venuto il rapporto con l'Istituto Superiore di Sanità. Tutti questi passaggi ci hanno rafforzato sul piano scientifico. Non è stato semplice portare avanti un'istanza, diciamo "basagliana", cioè di rottura... Alla fine mi sembrava di fare le stesse battaglie di quando avevo 14 anni, le sentivo molto in continuità.

Le vicende a cui si fa riferimento e le altre che ne sono seguite, di cui Palazzo Francisci continua a essere tra i capofila, sono tutte documentate in numerose pubblicazioni di carattere divulgativo e scientifico a cui la presente ricerca si riferisce implicitamente, e che sono riportate in un'apposita sezione della bibliografia. Due fra i più recenti e importanti per la loro rilevanza a livello nazionale (in Italia non esistono vere e proprie Linee Guida per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione), sono i documenti di appropriatezza clinica e di consenso pubblicati, rispettivamente, dal Ministero della Salute - "Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione" (Quaderni del Ministero della Salute, 2013) - e dall'Istituto Superiore di Sanità - Conferenza di Consenso dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) tenutasi a Roma il 24-25 ottobre 2012.

Acquisendo una conoscenza via via più approfondita della realtà dei disturbi alimentari nel nostro paese, ho potuto comprendere le ragioni del rapporto incandescente tra la clinica dei DCA e il Servizio Sanitario nazionale, la discrasia tra le richieste della prima e le risposte della seconda. La disperazione di molti genitori e l'exasperazione di altrettanti professionisti sono parte integrante delle varie iniziative (convegni, seminari, master, tavole rotonde) organizzate dai centri. Sostengono la funzione vicaria svolta dalle associazioni di impronta sociale e scientifica che continuano a fiorire. Proprio nel corso della mia esperienza ricerca, il 4 settembre 2015, a Todi, è stata presentata ufficialmente la neonata SIRIDAP (Società Italiana di Riabilitazione Interdisciplinare Disturbi Alimentari e del Peso ONLUS).

Protagonista attiva di tali eventi, la dottoressa Dalla Ragione mi ha sempre colpita per il suo atteggiamento misurato di fronte ai poteri istituzionali. Persona tutt'altro che mite, modera senza sforzo apparente gli atteggiamenti recriminatori del pubblico e le esternazioni non proprio edificanti di taluni uomini di potere. La sua imperturbabilità, all'inizio, mi appariva enigmatica. Se tuttavia ripenso alla studentessa liceale, impressionata non tanto dalla "follia", ma dalle modalità con cui veniva "maltrattata" anche nel nostro paese e in tempi non troppo remoti, riesco a spiegarmi tanto la sua percezione di una continuità con gli anni della "rottura", quanto il senso di pacificazione che deve provare essendo riuscita, malgrado le difficoltà, a modificare l'esistente. Dopotutto, l'insegnamento fondamentale del suo mestiere è che l'atteggiamento più conveniente da tenere di fronte ai "matti" (inclusi quelli che si ammalano di potere) è innanzitutto quello di "dargli ragione".

* ETAB *La Consolazione*, erede della precedente "Opera Pia della Consolazione", fondata nel 1507, ha mantenuto il duplice scopo di amministrare i lasciti con interventi di solidarietà a favore delle vittime di disagi socio-esistenziali e di valorizzare l'importante patrimonio artistico di Todi, la cui punta di diamante è rappresentata dal Tempio bramantesco di Santa Maria della Consolazione. Quanto a Palazzo Francisci, l'esplicita raccomandazione dei padri fondatori era stata quella di occuparsi del "ricovero, istruzione, educazione delle giovani povere ed orfane", con un chiaro riferimento al disagio e alla emarginazione femminile (Dalla Ragione, Bianchini, De Santis, 2016, p. 12).

2. Una casa a forma di ospedale

Palazzo Francisci è innanzitutto una casa. Se non fosse per alcune stranezze, come l'assenza di specchi, il divieto di entrare in cucina e la sala da pranzo chiusa a chiave, sembrerebbe soltanto una casa molto più bella, molto più grande e più affollata di altre. L'accesso dal portone principale introduce in un atrio umido e scuro dove alcuni locali sono utilizzati come ripostigli e altri adibiti a laboratori. In cima a una prima rampa di scale, una porta a vetri dà sul magnifico parco della villa, a cui le ospiti accedono liberamente nelle pause tra le varie attività. Un secondo scalone conduce al primo piano, destinato all'accoglienza e agli uffici dell'amministrazione. Sulla destra, una sala spaziosa è riservata ai gruppi terapeutici, alle riunioni settimanali di équipe, a lezioni e seminari aperti ad altri specialisti e agli incontri del sabato mattina per i genitori e familiari. Dall'interno si accede all'infermeria e, dal lato opposto, allo studio della Responsabile del centro. Di fronte alla scala, l'ufficio della coordinatrice e la segreteria amministrativa. Una porta sulla sinistra introduce nel piccolo appartamento dove vivono le ultime tre ospiti della "casa famiglia". Un'altra porta si apre sul front-office, in cui si avvicenda un turbinio di figure professionali a seconda dei momenti della giornata e dei giorni della settimana: i tirocinanti compilano le richieste per le "prime visite", un operatore risponde al Numero Verde, un altro si occupa della lista di attesa, un altro ancora del coordinamento della parte clinica. Dal front-office si accede all'ambulatorio medico. Vi si effettuano le prime valutazioni diagnostiche e i controlli ambulatoriali, nonché le visite mediche internistiche e psichiatriche settimanali per gli ospiti del centro, la somministrazione dei farmaci e il temuto "controllo del peso" del giovedì mattina.

Il secondo piano è adibito alla parte residenziale vera e propria. L'atmosfera di familiarità sovrasta ogni altra impressione. Un atrio accogliente e colorato è tappezzato di fotografie, disegni, lettere inviate da ex pazienti e dai "saluti" di chi ha vissuto a Palazzo Francisci un pezzo della propria storia. La cornice con la frase di Plotino che rappresenta il motto ispiratore del centro oggi quasi scompare in mezzo a tutte queste presenze. Ai lati di un lungo corridoio vi sono le camere dei degenti e dell'operatore che fa il turno di notte, alcune singole, altre doppie o triple (molto più ordinate di quelle della maggior parte degli adolescenti), i servizi igienici, la lavanderia e il magazzino. Complessivamente la struttura offre 12 posti letto, riservati innanzitutto alle pazienti minorenni. Le ospiti meno gravi e/o più grandi (in tutto 4) dormono in un appartamento di proprietà dell'ETAB, a poca distanza dalla struttura, dove si recano ogni mattina per seguire il programma residenziale. I genitori che hanno la possibilità di trasferirsi a Todi, nei primi tempi possono tenere le figlie a dormire con sé, al fine di facilitarne il distacco. Scendendo da una scala stretta e ripida si arriva alla "medicheria", cioè lo studio delle dietiste, e a una seconda porta di ingresso che dà sull'altro lato del palazzo.

Sempre dall'atrio del secondo piano si accede a un soggiorno ampio e confortevole, dove le pazienti vanno per riposare, leggere o intrattenersi in attività ricreative comuni. Spesso l'ho visto trasformarsi in un vero e proprio salone di bellezza, con le ospiti vicendevolmente impegnate nella confezione di elaborate acconciature e, per le più piccole, nelle prime e neppure tanto timide prove di trucco. A parte un singolo caso, durante la mia permanenza la prevalenza femminile è stata pressoché assoluta. Le pazienti sono invitate a sostare nella "sala relax" almeno mezz'ora dopo ogni pasto, un tempo estremamente critico e tentatore, soprattutto per chi è portato a compensare in vario modo l'assunzione di nutrienti. A discrezione dell'équipe i bagni vengono chiusi per un paio d'ore. Dal soggiorno si accede a una palestra deputata alle attività corporee e, sulla destra, a una piccola sala dove ci sono le stoviglie, il frigorifero, il carrello per la rigenerazione delle vivande. Una porta sul fondo introduce a una cucina minuscola con vista sul parco.

La sala da pranzo, subito a lato del soggiorno, è il luogo più prezioso e doloroso della struttura. Un tabernacolo tenuto quasi sempre sotto chiave. Il momento del pasto è il più delicato della giornata ed essendo altamente strutturato, è gestito interamente dagli operatori. Le pazienti vi entrano esclusivamente per mangiare. Il netto contrasto tra questa stanza bellissima, luminosa e arredata con cura e la fatica estenuante, sia per i pazienti che per gli operatori, dell'esperienza che vi si svolge quotidianamente, è la sintesi perfetta di questa "casa a forma di ospedale".

La gestione dello spazio e del tempo è molto eterogenea tra i due gruppi. Gli operatori sono sempre indaffarati, corrono tutto il giorno da un piano all'altro, da una stanza all'altra, per espletare le loro numerose mansioni. Gli scambi tra il piano di sopra e il piano di sotto sono molto frequenti, soprattutto la mattina. Il via vai è continuo, anche perché la struttura è molto frequentata. Non solo non ci sono sbarre alle finestre, ma le porte sono sempre aperte per accogliere tirocinanti, volontari, ricercatori, giornalisti, formatori e anche personaggi pubblici. La mia estrema titubanza durante il primo giorno di visita in un ambiente che giudicavo "protetto" (e da proteggere) si è rivelata esagerata rispetto alla consuetudine della casa: "i nostri pazienti sono abituati ad avere gente intorno". La relativa confusione che ne deriva è evidentemente giudicata preferibile all'idea di segregare la sofferenza dal resto della vita. La rete degli interlocutori esterni di Palazzo Francisci è molto fitta. Il tessuto urbano e sociale di Todi sostiene l'esperienza del centro fin dalla sua nascita. Il cinema, il teatro, le botteghe della città e perfino alcuni ristoranti sono eruditi su queste clienti particolari che arrivano di tanto in tanto per sperimentare un assaggio di autonomia. Un educatore si occupa specificamente dei programmi di integrazione scolastica, dando alle pazienti ben avviate nel percorso la possibilità di non interrompere il loro iter di formazione. E' un'occasione per socializzare con i coetanei piuttosto che per offrire prestazioni intellettuali, e viene molto apprezzata, forse "riscoperta" per questo.

In contrasto con la frenesia degli operatori, il gruppo dei pazienti appare compatto e sospeso in un'immobilità dolente. Anche quando si aggirano nella stanza senza *potersi* sedere o agitano in modo irrefrenabile un ginocchio o una mano, sembrano attraversare lo spazio senza muoverlo. In alcune occasioni le ho viste animarsi e ridere divertite, rivelando tutta la loro salutare giovinezza. La nomea di "principesse del Francisci" che gli è stata attribuita esprime bene, nella molteplicità delle sue significazioni, sia l'altezzosa indolenza di taluni atteggiamenti, sia il privilegio della situazione di cura, sia la compassione di quanti vorrebbero vederle trasformarsi in cavalieri vittoriosi sul potere incantatorio dei loro sintomi. A differenza dell'équipe, che è rimasta più o meno la stessa per tutto il tempo della ricerca, i pazienti sono cambiati con frequenza. Solo con un gruppo ho stretto un rapporto meno condizionato da un'impressione di superficie. La durata standard della loro permanenza in struttura è di soli tre-cinque mesi. La discrasia tra il tempo della clinica e quello della biopolitica è lampante. Il paragone che ho sentito fare tra la degenza nel centro e la somministrazione di una "terapia antibiotica" è calzante, tanto per definire l'intensità dell'impatto quanto per la brevità del trattamento consentito. Come mi è stato spiegato dalla coordinatrice del centro,

nell'atto deliberativo [DGR n. 21, 2005] Palazzo Francisci è definito come una "comunità terapeutica di 2° livello". In realtà noi preferiamo parlare di "centro residenziale" perché la dizione Comunità terapeutica si usa, in psichiatria, per indicare i centri che accolgono soggetti con una maggiore comorbilità psichiatrica e necessitano di un tempo di degenza più lungo (anche un anno o più). (Silvia Ferri, coordinatrice PF)

La gravità delle condizioni di partenza, fisiche e psichiche, di chi arriva in residenza sollecita un intervento d'urgenza. Nondimeno vi è la consapevolezza che un atteggiamento medicalizzante è destinato a naufragare di fronte a un sintomo che a volte dura da anni e soprattutto è così fortemente intrecciato con la costruzione dell'identità da non lasciarsi

classificare come una semplice “malattia”. I disturbi del comportamento alimentare acutizzano la contraddizione immanente alla biomedicina tra il curare e il prendersi cura, tra l’esigenza di un intervento tecnico auspicabilmente risolutivo (*cure*) e l’attenzione alla complessità dei bisogni di una persona (*care*). A Palazzo Francisci, come ha scritto Dalla Ragione, si cerca di privilegiare “le possibilità piuttosto che i vincoli del processo terapeutico” (Dalla Ragione, 2005, p. 30). L’auspicio è che lo spazio-tempo del centro possa rappresentare per ogni paziente un *kairos*, cioè il “momento opportuno” per imbastire una modalità di relazione con se stessi e col mondo alternativa alla patologia, da proseguire costruttivamente dopo le dimissioni. La consapevolezza che “qui non si guarisce, ma ci si cura” (Paradiso, psicologa) è ribadita con estrema franchezza. Tale possibilità passa in primo luogo dalla creazione di un habitat terapeutico che assomigli il più possibile a un’esperienza di vita quotidiana.

La presenza dell’équipe come una sorta di “padrona di casa” rende Palazzo Francisci il luogo di un intervento intensivo e altamente specializzato. Tuttavia, fin dalle origini, la netta prevalenza femminile, sia delle pazienti sia delle operatrici, ha connotato l’atmosfera di un’aria di “famiglia” e soprattutto di famiglia “buona” che viene volutamente enfatizzata. L’idea originaria di offrire alle “bambine che non mangiano” un *maternage* alternativo a quello sperimentato tra le mura domestiche mi è stato restituito da molti operatori, come una sorta di imprinting riportato ai tempi della fondazione.

La caratteristica principale era la familiarità. La creazione di un ambiente familiare è stato il *modus operandi* con cui la dottoressa ha concepito il Francisci. Questo si sentiva anche perché le operatrici erano tutte avanti negli anni e fondamentalmente fungevano da mamme vicarie per le ragazze. Un ambiente caldo, accogliente, che sapeva di buono. Per un certo periodo è stato proprio così. Anche perché era un ambiente prevalentemente femminile [...] Naturalmente c’è stata un’evoluzione negli anni, con i pensionamenti e l’arrivo di nuovi operatori, ma l’elemento fondativo riverbera ancora sui nuovi arrivati, sul loro modo di operare e di lavorare. (Massimo Lombardo, psicoterapeuta)

Anche la presenza di un contesto “oggettivamente” incantevole al di fuori del palazzo ha contribuito ad alimentare il mito di questo luogo dell’anima. Chi ci lavora è consapevole della condizione favorevole in cui opera, anche se tiene conto dei rischi dell’idealizzazione:

Il mio primo impatto con la struttura è stato molto particolare. Io sono umbra eppure non sapevo dell’esistenza di Palazzo Francisci. Vedere una struttura ASL così bella non è di tutti i giorni. Qui le persone lavorano in un ambiente confortevole, quasi una casa. Conosco l’esperienza delle case famiglia, ma non è niente di paragonabile. Sono stata in altre strutture (a Brusson, per l’apertura, o a Città Pieve). Todi ha di particolare innanzitutto queste mura, il parco... Ho conosciuto le prime operatrici, quelle che hanno aperto il centro. Erano loro che facevano sentire le pazienti a casa. Quando sono andata a Brusson ho cercato di esportare l’idea che si possa vivere la struttura come un luogo in cui sentirsi a casa, era fondamentale. E’ questa la vera forza di questa struttura. Va bene il modello, ma non è solo questo, è l’attenzione all’ambiente. Le pazienti sono giovani, sono piccole. La dimensione familiare è importante. “Voi la vivete proprio la struttura”, ci diceva Pietropolli Charmet. Questo è ciò che è più difficile da replicare. Oggettivamente il contesto conta. Marisa, Simonetta, Vania hanno dato l’imprinting, che anche chi è arrivato dopo, come me ha continuato a portarlo avanti. Certo è anche un’arma a doppio taglio, perché a volte le pazienti vivono come casa questo posto e non quella della loro famiglia. (Viviana Ottaviani, psicologa)

Attualmente le operatrici più anziane sono state sostituite da una compagine di professionisti più giovani, un gruppo variegato, si potrebbe dire, di sorelle e fratelli maggiori. La presenza di operatori appena laureati o freschi di specializzazione è massiccia, a garanzia della costante apertura del programma terapeutico all’innovazione e alla sperimentazione. Viene spontanea la domanda su chi ricopra la “funzione paterna”. Mi è sembrata addensarsi soprattutto nella figura del direttore della struttura, indubbiamente una figura carismatica e di grande esperienza, il cui sapere/potere rappresenta un punto di riferimento per tutti. Meno personalisticamente, il ruolo normativo è incarnato dalle regole che presiedono il buon

funzionamento della vita comunitaria, e dallo stesso modello terapeutico che ispira la prassi dei professionisti.

Durante la mia ricerca l'organigramma di Palazzo Francisci (24 persone, 3 di sesso maschile) era così composto:

- 2 medici psichiatri (una è la referente responsabile della struttura)
- 1 medico endocrinologo agopunturista
- 2 infermieri professionali
- 1 psicologo
- 1 dietista

Insieme a 1 segretaria amministrativa sono strutturati come dipendenti USL.

- 1 + 9 educatori, 6 dei quali svolgono anche consulenze in campo psicologico e nutrizionale
- 1 filosofa

Una educatrice è assunta dall'ETAB, mentre gli altri educatori e la filosofa, dalla Cooperativa Sociale POLIS, a cui la USL Umbria 1 ha affidato, tramite una gara di appalto, la gestione del personale educativo di Palazzo Francisci.

- 3 dietiste

Due di loro sono assunte dall'ETAB, mentre una è retribuita con i finanziamenti ministeriali erogati per l'istituzione di un Numero Verde per i DCA*

- 1 operatrice del Numero Verde
- 1 Operatore Socio Sanitario, assunto anch'esso dalla Cooperativa

Il personale della struttura comprende anche i tirocinanti convenzionati con la USL e i volontari dell'Associazione ONLUS "Mi fido di te"**. Nella maggioranza dei casi il passaggio consequenziale da un'esperienza all'altra è implicito per quanti abbiano l'aspirazione di trovare un impiego nei centri di Todi. La Presidentessa dell'Associazione, l'ex capo sala del Reparto di Pediatria dell'Ospedale, pur in pensione da parecchi anni, garantisce la sua presenza in struttura almeno due giorni a settimana.

Durante il periodo di ricerca l'équipe ha subito alcune variazioni. Ci sono stati due pensionamenti e una sostituzione per maternità. Il ruolo di secondo psichiatra è stato ricoperto da due figure diverse.

Oltre agli operatori di Palazzo Francisci è stato molto proficuo il rapporto con i professionisti del centro semi-residenziale "il Nido delle Rondini", la cui attività è fortemente intrecciata con quella della residenza. Molte pazienti vi proseguono il percorso terapeutico e alcuni operatori sono impegnati in entrambe le strutture. Il confronto tra le due realtà mi ha permesso di affinare la percezione sulle diverse tipologie di trattamento. Per qualche tempo ho cercato di accompagnare alcune pazienti che avevo conosciuto al Francisci nel loro passaggio alla semi-residenza. Purtroppo, una serie di ostacoli di natura oggettiva, non mi hanno permesso di portare a buon fine tale proposito.

* Il Servizio del Numero Verde SOS Disturbi Alimentari è attivo dal novembre 2011. E' parte integrante del progetto *Diritto dei giovani alla salute e alla cittadinanza*, promosso e finanziato dal Dipartimento della gioventù e dal Servizio Civile Nazionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, il Dipartimento di Ricerca Sociale e Comunicazione dell'Università La Sapienza di Roma e dalla USL Umbria 1. Tramite personale dedicato, fornisce informazioni immediate e dettagliate sui servizi specializzati nella prevenzione e cura dei DCA e un servizio di *counseling* e ascolto garantendo l'anonimato. Dal 2012 è attiva anche una chat nel Portale www.chiediloqui.it. Oltre a costituire un canale di comunicazione privilegiato con i giovani che hanno un problema col cibo, offre anche informazioni più generali sui temi del corpo e dell'alimentazione (Dalla Ragione, Bianchini, De Santis, 2016, p. 56).

** L'Associazione "Mi fido di te" ONLUS è nata a Todi nel 2006 su richiesta dei genitori e familiari che a Palazzo Francisci partecipavano agli incontri del sabato mattina loro dedicati. Persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale e socio-sanitaria, in collaborazione con la rete dei servizi per DCA della USL Umbria 1. Suo compito primario è costituire un ponte tra le famiglie e le istituzioni, offrendo un lavoro prezioso e spesso vicario di informazione, orientamento e sostegno. L'Associazione svolge anche delle attività nel settore della formazione. Da segnalare il suo contributo sostanziale nell'organizzazione del Corso di Perfezionamento ECM "Le Buone Pratiche di cura: modelli organizzativi e paradigmi teorici", rivolto a operatori e professionisti allo scopo di prepararli a un intervento multidimensionale e integrato. Negli anni 2014/2015 era giunto alla sua V edizione.

3. Una giornata tipo: dal punto di vista dell'antropologo



C'erano tutte le credenziali per un inizio di campo "soft": un posto incantevole, due dimore pronte ad accogliermi – Palazzo Francisci a Todi, casa Dalla Ragione a Perugia – pazienti "abituati ad avere gente intorno", operatrici e operatori già preparati (suggestionati?), dall'arrivo di un'antropologa che la dottoressa aveva definito "sua amica". Parlavamo perfino la stessa lingua. Ciononostante la mia agitazione era altissima.

Ero arrivata a Perugia molto tardi la sera prima ed ero stata informata su dove avrei potuto trovare un mazzo di chiavi per entrare in casa. Purtroppo non c'erano. Era notte e faceva freddo, quindi dopo un po' mi forzai a suonare il campanello. La voce squillante della padrona di casa mi sorprese: sembrava mi stesse aspettando per il the del pomeriggio. Presi l'ascensore pensando a come cavarmi dall'imbarazzo. Entrai farfugliando delle scuse, ma nell'ingresso non c'era nessuno: la dottoressa era già tornata a dormire. Il mattino dopo, verso le 4.30 entrò come un turbine in camera mia per prendere non so cosa. Quando mi svegliai un paio d'ore più tardi, era partita per Malta, e io mi chiedevo come avrei fatto a raggiungere Todi. In cucina trovai un biglietto: "la dott.ssa Mencarelli ti passa a prendere alle 8.30".

Difficile dimenticare la prima visione di Todi adagiata fra le colline, in una rara giornata invernale senza nebbia, mentre l'auto poderosa della mia accompagnatrice si arrampicava senza sforzo su una delle innumerevoli salite che circondano e attraversano il borgo medioevale. Il piglio deciso della conduttrice, così diverso dalla mitezza del paesaggio, gettava altra legna sul fuoco della mia ansia.

a) ore 8.00: "colazione assistita"

Le pazienti stavano terminando la "colazione assistita". Fu la prima esperienza esotica del mio soggiorno: che cosa c'è di più normale di una colazione, e cosa invece di più strano se qualcuno, invece di passarti il latte, ti raccomanda con delicatezza di non sminuzzare in mille pezzi un già minuscolo biscotto. Entrai in cucina, e dopo le presentazioni di rito, iniziai spontaneamente a lavare le tazze. Per tutto il tempo della ricerca i miei interlocutori non hanno smesso di protestare o di esprimere gratitudine di fronte al mio desiderio di dare una mano. Mi sono sempre giustificata invocando "l'osservazione partecipante" quale parte integrante del mio mestiere. In realtà, l'adoperarmi nelle varie incombenze quotidiane si è rivelato un importante strumento di acculturazione, e più avanti, un semplice mezzo per rendere la giornata dei miei interlocutori temporaneamente meno faticosa. All'inizio è stato soprattutto un modo per placare l'ansia. Fui subito simpaticamente erudita su alcune strategie messe in campo dalle pazienti per non mangiare, dalla frittata nascosta negli stivali alla mozzarella infilata tra i capelli. Io stessa trovai sul fondo di una tazza dei pezzetti di fetta biscottata avviluppati in un tovagliolo inzuppato di the.

La piccola cucina che dà sul parco della villa, il cui accesso è tassativamente vietato ai pazienti, funge da luogo di ritrovo per gli operatori. Vi si tengono le scorte alimentari per le colazioni, le merende e gli eventuali pasti al sacco, gli integratori e i medicinali generici. Una scatola contiene i cellulari degli ospiti, che possono usarli solo di sera e nei week-end. L'ipotesi di allestire una cucina interna per preparare autonomamente i pasti, pur auspicata, è al momento irrealizzabile per carenze strutturali e l'incremento dei costi di gestione. E' stata quindi affidata a un ente esterno (la "CIR", Cooperativa Italiana di Ristorazione), il medesimo che rifornisce l'ex ospedale (ora Centro Multifunzione), dove si trova il "Nido delle Rondini". I pasti vengono recapitati in struttura due volte al giorno, conservati in frigorifero e "rigenerati" in un apposito macchinario all'incirca un'ora prima di essere consumati. Arrivano già porzionati in vaschette di plastica sigillate da una pellicola trasparente e contrassegnate con il nome di ogni paziente. Il pane e la frutta, confezionati allo stesso modo, sono contenuti in sacchetti di plastica. A parte poche eccezioni concordate in anticipo con il dietista, il menù giornaliero è lo stesso per tutti, mentre la quantità degli alimenti varia a seconda delle esigenze psicologico-nutrizionali di ciascuno. Il processo di rialimentazione deve essere effettuato con gradualità, per evitare le temute complicazioni. Si comincia dal menù "A", somministrato molto di rado, che prevede alimenti semi-liquidi ed è riservato ai pazienti appena dimessi dall'ospedale, dove sono stati nutriti artificialmente attraverso un sondino naso-gastrico o la nutrizione parenterale. Le differenze tra gli altri tre menù (B, C e D) riguardano sostanzialmente l'introito calorico, che cresce in misura proporzionale all'aumento della quantità di carboidrati. E' specifica cura dei dietisti verificare la conformità di ogni piatto alle esigenze di ogni ospite. Errori nelle grammature o nelle "sostituzioni", e soprattutto la presenza di ospiti indesiderati nelle pietanze sono particolarmente problematici per questi pazienti, abituati a pesare con gli occhi un pezzo di pane o a calcolare all'istante le calorie di un'insalata semi scondita.

Nei registri aperti sul tavolo gli operatori annotano scrupolosamente le comunicazioni che riguardano gli ospiti: le presenze in struttura, i permessi di uscita, le richieste estemporanee e le contingenze della quotidianità. In un apposito diario, l'educatore dell'ultimo turno comunica l'andamento della serata e della notte, segnalando eventuali episodi significativi. La parete a sinistra è tappezzata di fogli, schemi e tabelle, utilizzate soprattutto dai dietisti e dagli educatori che gestiscono la "terapia nutrizionale". Ho trascorso molto tempo in questa stanza, una sorta di casa dentro la casa, un ambiente emotivamente vivace, a volte teso, a volte disteso, ma sempre piacevole. Ho assistito con crescente coinvolgimento agli scambi di opinione fra gli operatori, presenziato alle attività di programmazione e condiviso le loro

confidenze. Malgrado le dimensioni ridotte, la cucina è un luogo di nutrimento per l'équipe, l'antidoto letterale e metaforico al sentore di indigenza che impregna le altre ospiti del palazzo. Rappresenta uno spazio lavorativo ma anche un luogo di decompressione, dove ci si stacca dalle proprie incombenze per fare una telefonata, fumare una sigaretta o concedersi una parola con chi capita. Si può capire molto sulla dimensione del potere dal modo in cui ci si regola per il caffè. Alla Direttrice Responsabile lo si porta su un vassoio fiorito accompagnato da qualche biscotto. Gli altri lo prendono in cucina: c'è chi lo beve e lascia la tazza sul tavolo, chi accetta di buon grado il bicchierino di plastica, chi prima di ogni altra cosa chiede ai presenti chi ne vuole. La cucina funge anche da sala da pranzo per gli operatori che hanno prestato assistenza al pasto. Mi è capitato spesso di condividere questo momento con chi era in turno e questi scambi sono stati molto fruttuosi dal punto di vista euristico. Nei primi tempi la cucina è stata per me un vero e proprio rifugio. Ho preferito il caldo affollamento di questo piccolo spazio a certi "sguardi da nessun luogo" che si aggiravano nelle altre stanze.

b) il planner

Il programma riabilitativo residenziale di Palazzo Francisci prevede una giornata altamente strutturata. Ogni lunedì viene consegnato un planner con le attività della settimana, che le pazienti si impegnano a frequentare firmando il contratto terapeutico. Di seguito, riporto parzialmente quello attivo al mio ingresso, a cui mi riferisco esplicitamente.

Orario generale	Lunedì 26 gennaio	Martedì 27 gennaio	Mercoledì 28 gennaio	Giovedì 29 gennaio
08.00 08.30	Terapia farmacologica Colazione assistita	Terapia farmacologica Colazione assistita	Terapia farmacologica Colazione assistita	Terapia farmacologica CONTROLLO PESO Colazione assistita
9.00 10.00	Colloqui individuali Dr.ssa Dalla Ragione Dr. ssa Cazzella Dr. ssa Mencarelli	Colloqui individuali Dr.ssa Dalla Ragione Dr. ssa Cazzella Dr. ssa Mencarelli Dr. ssa Falcone Dietista Marcacci	Colloqui individuali Dr. ssa Mencarelli Dr. ssa Mococchi	Colloqui individuali Dr.ssa Dalla Ragione Dr. ssa Palazzetti Dr. ssa Mencarelli Dietista Marcacci Visite mediche Dr. ssa Marucci Inf. Feliziani
10.00 11.00	Gruppo nutrizionale Dr.ssa Cazzella	RIUNIONE DI ÉQUIPE Rilassamento corporeo Simonetta Tara	Gruppo motivazionale Dr. ssa Mencarelli	Gruppo haiku Dr. ssa Marucci
11.00	Seconda colazione	Seconda colazione	Seconda colazione	Seconda colazione
11.30 12.30	Gruppo filosofico Dr.ssa Sorbera	Visite mediche Dr. ssa Marucci Inf. Feliziani	Lab. Bioenergetica adolescenti Dr. ssa Mococchi	Laboratorio cantastorie Dr. ssa Bianconi, Dr. Ceci
12.30 13.30	Pranzo assistito	Pranzo assistito	Pranzo assistito	Pranzo assistito
	Pausa relax e/o attività autogestite	Pausa relax e/o attività autogestite	Pausa relax e/o attività autogestite	Terapia dello specchio Dr. Fasoli
15.00 16.00	Laboratorio sensoriale Dr. ssa Benfatti	Gruppo nutrizionale Dr.ssa Carnazza	Laboratorio musicale Inf. Feliziani	Laboratorio creativo Inf. D'Eustachio
16.30 16.45	Merenda assistita	Merenda assistita	Merenda assistita	Merenda assistita
17.00 18.00	Laboratorio teatrale Dr.ssa Pannacci	Danzamovimentoterapia Dr. ssa Fasoli 1° gruppo	Uscita con infermiere	Gruppo nutrizionale Dr. Ciarocchi
18.00 19.00	Terapia farmacologica	Terapia farmacologica	Terapia farmacologica	Terapia farmacologica
19.30 20.30	Cena assistita	Cena assistita	Cena assistita	Cena assistita

21.00	Attività guidate	alternative	Attività guidate	alternative	Attività guidate	alternative	Attività guidate	alternative
-------	------------------	-------------	------------------	-------------	------------------	-------------	------------------	-------------

Alcuni appuntamenti sono fissi, in primo luogo i quattro/cinque pasti (colazione, eventuale spuntino di metà mattina, pranzo, merenda e cena), tutti “assistiti” da un numero variabile e mai inferiore a due di operatori, volontari e tirocinanti. Colazione e cena sono precedute dalla somministrazione di psicofarmaci o medicinali generici qualora prescritti. Ogni paziente ha diritto a un colloquio settimanale, rispettivamente, con lo psicologo e il dietista di riferimento che gli vengono assegnati all’ingresso in struttura e lo seguiranno per tutto il percorso riabilitativo. E’ inoltre prevista una visita col medico internista e lo psichiatra, presenti nel centro due volte a settimana. Il giovedì mattina c’è il monitoraggio del peso corporeo, un momento atteso o subito con estrema trepidazione. Uno schema ne riporta le variazioni rispetto alla settimana precedente, in modo che l’équipe possa valutare gli eventuali aggiustamenti del menù. Uno scarto in eccesso o in difetto anche di pochi etti può scatenare reazioni fortissime. Viene quindi comunicato con molta accortezza, e in qualche caso volutamente taciuto. Da parte delle pazienti, la valutazione “oggettiva” della bilancia viene integrata, se non tacitamente preceduta, da uno strumentario più empirico ma esercitato con estrema perizia: il *body checking*, ossia l’auto monitoraggio delle forme corporee. E’ uno dei rituali più tipici e coercitivi dell’ossessione per la magrezza. Si usano le mani, l’abbigliamento, le sensazioni di gonfiore o di svuotamento, e soprattutto lo sguardo non appena incontri, in mancanza di specchi, una qualche superficie riflettente. Una paziente mi raccontava di finalizzare l’impresa aiutandosi con lo specchietto del trucco.

Lo scopo di bilanciare, se non sostituire, i “pensieri e comportamenti disfunzionali” – che nell’idioma terapeutico indicano la fissazione sul cibo e sul corpo – con altri più congrui, viene realizzato scandendo la giornata col fitto susseguirsi di attività terapeutiche e laboratoriali, individuali o di gruppo, inframmezzate da pause autogestite o da attività ricreative guidate dagli operatori di turno. I pazienti non hanno discrezionalità di scelta, tuttavia sono sollecitati a riferire i contenuti e le emozioni emergenti durante i colloqui individuali. Le variazioni sono frequenti, e qualche volta le attività sono sospese per cause di forza maggiore, non avendo gli operatori il dono dell’ubiquità. In tal caso, si lascia posto alla terapia del vuoto. Per l’équipe al completo l’appuntamento principale è costituito dalla riunione del martedì, a cui si aggiunge, una volta ogni trimestre, un incontro di supervisione che riunisce le squadre di tutti e tre i centri (Palazzo Francisci, Nido delle Rondini, il centro DAI di Città della Pieve). Altre occasioni di scambio, ardentemente ricercate dagli operatori, sono ritagliate non appena possibile: ci si incontra sulle scale, a pranzo, tra un colloquio e l’altro, tra un gruppo e l’altro. Al limite ci si scrive o telefona. Dopo un anno di ricerca mi sento di aggiungere che ancora una volta è la cucina il luogo del confronto più sincero e costruttivo tra gli operatori. Al riparo dalla pressione di altre scelte discusse troppo poco e in fretta.

c) ore 10.00: “gruppo regole”

Il giorno del mio ingresso in struttura, lunedì 26 gennaio 2015, fu l’occasione di un fuori programma molto istruttivo per il mio processo di adattamento. L’aspetto accogliente del contesto potenziava, anziché diminuire, il mio senso di spaesamento. Il “gruppo nutrizionale” previsto per le 10.00 venne sostituito da un “gruppo regole” condotto da una dietista e una psicologa. Il cambio era motivato dalla dilatazione eccessiva dei tempi della “terapia nutrizionale” – altro termine del linguaggio medico indigeno – vale a dire il momento del pasto. Il regolamento prevede che il tempo massimo per l’assunzione di cibo non debba superare i 45’. In un anno di osservazione non sono mai uscita dalla sala da pranzo prima di

un'ora abbondante. Tuttavia, quando si sorpassano le due ore si rende necessario un intervento sulla consapevolezza.

L'attacco al sintomo fu frontale e venne usato come un grimaldello per sostenere la motivazione al cambiamento:

- "la terapia nutrizionale è la sfida più importante del percorso di cura. Il tempo del pranzo è indicativo del tempo di cura. Quanto più dura la terapia nutrizionale, tanto più durerà il percorso di cura. Definitevi rispetto alla malattia!"

- "E' più facile separarsi dalla malattia negli altri momenti, nei gruppi espressivi ecc... ma è al pasto che si vede la lotta. La battaglia si combatte contro chi: la malattia o la terapia?"

- "La terapia nutrizionale va consumata come una medicina e l'espressione delle emozioni va fatta altrove: che stufita parlare di olio e panatura!"

- I tempi lunghi, lunghissimi, dilatati all'infinito: qual è il vantaggio? Non esistono compromessi con la malattia, non si trova un equilibrio con essa. Scegliete! Spero che questa severità arrivi alla parte malata!"

Conoscendo meglio entrambe le conduttrici, compresi quanto dovesse essere stato faticoso apparire così direttive. Di fronte alle loro ingiunzioni, le pazienti risposero con un mutismo sommo. Le poche che presero la parola pronunciarono con assoluta serietà delle affermazioni che ai miei occhi suonavano come uno scherzo: "Mangio il pane insieme alla verdura, anziché col secondo, perché per me ha senso così". Mi chiedevo perché avrebbe dovuto mangiare il pane insieme al secondo e soprattutto *perché* non ci riusciva. Il discorso restava inchiodato sul cibo. Olio, panatura, e nient'altro. Talune espressioni delle operatrici non erano meno imbarazzanti: a parte il tono guerrafondaio oramai egemonico in medicina mi chiedevo cosa significasse assumere il cibo *come* una medicina. Allo stesso modo mi colpiva l'idea che ogni paziente dovesse identificare in se stesso una "parte malata" e una presumibilmente "sana": il gioco di ruoli più singolare che avessi mai visto.

Il tema delle norme, dalle regole più semplici vigenti in un'istituzione comunitaria, come il divieto di fumo o l'obbligo di tenere in ordine la propria stanza, a quelle peculiari di un centro di cura per DCA, come il divieto di parlare di cibo e di corpo, di indossare vestiti troppo aderenti ("a pelle di coniglio", secondo la definizione di Mariella Venturi) o di praticare atti di autolesionismo (abbuffarsi, vomitare, nascondere cibo, fare iperattività, andare in giro di notte ecc.) è un tema sensibile dal punto di vista antropologico. Essendo connesso alla questione del potere, è stato documentato etnograficamente tanto nei suoi effetti coercitivi quanto nelle forme di resistenza da parte dei soggetti. In ogni caso sollecita una sorta di istintiva diffidenza nei cultori della disciplina. Molta letteratura di taglio socio-antropologico sui disturbi alimentari, soprattutto se teoricamente ostili alla loro interpretazione medicalizzante, hanno avuto buon gioco nel denunciare gli effetti collusivi di alcuni modelli terapeutici rispetto a questa tipologia di sintomi. Una giovane antropologa medica laureata a Londra e conosciuta sul campo, Giulia Sciolli, aveva realizzato un interessante confronto tra l'esperienza di cura a Palazzo Francisci, condotta attraverso una breve etnografia, e alcuni centri residenziali anglosassoni documentati in letteratura, comprese le testimonianze di pazienti trovate su internet. L'architettura "disciplinare" di molti luoghi di cura - un occhio panoptico intromesso in uno spazio dolorosamente clandestino - insieme a un modello terapeutico fondato su coercizione e sorveglianza, è talmente rassomigliante alle "tecnologie" della produzione sintomatologica, da costituire un formidabile fattore di mantenimento, cronicizzazione o esitare nell'interruzione del percorso. Non a caso la permanenza in un contesto "anoressiogeno", dove la terapia si basa sul controllo assoluto dell'introito calorico (incluso quello di un chewing gum) ed è finalizzata al raggiungimento di un certo ideale di peso, era giudicata da molti testimoni come "un corso intensivo per DCA".

La differenza tra un contesto di cura e l'altro, comunque, non la fanno le regole in se stesse. Uno sguardo superficiale che si soffermi sulla loro semplice presenza, troverebbe coercizione

ovunque, anche a Palazzo Francisci, dove ad esempio esiste il divieto di passeggiare in giardino senza permesso, o si considera “iperattività” non una corsa a piedi sotto il solleone, ma lo stare semplicemente in piedi. Il punto essenziale non è neppure che le regole abbiano un senso per il buon funzionamento di una comunità, cosa che tutte le pazienti hanno riconosciuto come ovvia. Una di loro, di 22 anni, mi ha detto che “non si sedeva a tavola da quando ne aveva 10”. All’opposto, è quasi un topos in letteratura che molte bambine future anoressiche siano state, da piccole, un modello di perfezione e desiderabilità. L’angoscia di molti genitori nasce dalla difficoltà di comprendere la loro trasformazione in adolescenti dispotiche e violente. Il problema è che anche la patologia ha le sue regole, e sono ferree: sia nell’ossequio sia nella trasgressione vengono prese alla lettera diventando paradossalmente “al di fuori della norma”. A Palazzo Francisci una paziente sempre compiacente e rispettosa è considerata con lo stesso sospetto di chi è monitorato a vista affinché non scappi. A sua volta, l’ipercontrollo terapeutico, così come la diffidenza derivante dalla presunzione di una *non-compliance*, rimanda al paziente lo stesso senso di inettitudine che ha trovato una forza nella malattia. La domanda, quindi, riguarda meno le regole che il *rapporto* tra il soggetto e l’Altro. Il punto, cioè, è *quale* norma costruire e *come* farlo.

A Palazzo Francisci le regole, più che per essere rispettate o viceversa trasgredite, esistono per essere discusse. A differenza di quelle della malattia, sono sindacabili e quindi possono diventare strumenti di consapevolezza:

Non è la regola in sé e per sé a essere terapeutica, trasformativa, esattamente come il setting. Piuttosto, è la possibilità di poter significare il setting, il *cadre*, e la pox di trasgredire la regola e poter fare pensiero di quella trasgressione, ciò che ci permette di lavorare e di acquisire una terapeuticità della regola. [...]La regola ha un senso nella misura in cui se ne può parlare. C’è una trasgressione costruttiva, oltre a una distruttiva (*drop out*).” (Bravetti, educatore e psicoterapeuta).

Anche per l’équipe il rapporto con le regole residenziali è considerato come *dialettico*. Molti operatori mi hanno ad esempio riferito come nei primi tempi fossero più rigide. Alcuni attribuiscono il cambiamento a una maggiore sicurezza, acquisita attraverso l’esperienza. Un’educatrice che lavora in residenza da 12 anni me lo ha confermato: “Oggi possiamo sperimentare di più. Prima, ad esempio, i bagni erano chiusi. Oggi no, ci aiuta di più la consapevolezza delle ragazze che la rigidità nel dare le regole. Più consapevolezza e meno coercizione” (Falcone, educatrice). Altri vedono nella regolamentazione dell’ambiente un’alternativa più “distensiva” rispetto alla patologia, escludendo a priori la rigidità:

Le regole sono necessarie alla comunità. Ma le regole che ci sono qui sono molto calate su questo tipo di disturbo. La malattia ha delle regole, ma delle regole sue. Allora ci vogliono delle regole sane, diverse, alternative a quelle del controllo della patologia. Per loro è la cosa più difficile stare nelle regole. La bulimica sconfina. L’anoressica è precisa, ma secondo il suo schema mentale [...]. Quello che è importante, secondo me, è porre delle regole ma alternative a uno schema rigido, perché è questo che è distensivo rispetto a uno schema ripetitivo e ossessivo. Non te lo diranno mai, appena possono sfuggono, ma in realtà è distensivo. Farlo proprio, poi, portarlo a coscienza è un’altra cosa. (Silvia Ferri, coordinatrice PF)

Qualcun altro, infine, ribadisce la necessità che vi sia un accordo intersoggettivo, un “linguaggio comune” condiviso da tutta l’équipe, che resista malgrado i ricambi, l’incremento numerico e gli inevitabili errori commessi per imperizia. Nel contempo, giustifica la fermezza dell’atteggiamento sulla base di dimensioni che per definizione non sono prescrivibili né replicabili “a comando”, cioè la passione e la vocazione al mestiere:

Angela: La questione della regola. Siccome i DCA sono patologie del controllo, la rigidità nell’applicazione delle regole finisce per colludere con la malattia. Nello stesso tempo, non si può far decidere a loro, se la loro decisione è insana. Secondo te, *che cosa fa sì che il seguire una regola non sia un sentirsi costretti nello stesso senso in cui ci si sente comandati dalla malattia?*

Mariella Venturi: Beh, intanto ribadisco sempre il concetto del parlare un linguaggio comune. Il fatto che [le pazienti] sappiano chi c'è in turno stasera, o domani.. non va bene. Non perché non lo debbano sapere, ma perché si è visto che cercano la persona più debole per rigirarti come vogliono. Poi tu fai una verifica e scopri che non è vero niente. [...] Poi c'è il discorso dell'amore e dell'approccio a una professione. O la vedi come vocazione o come impiego. Questo non è un impiego. Tutti i lavori sanitari per me non sono impieghi. [...] Se non c'è la vocazione non si devono fare. Le ragazze sentono anche il modo in cui tu glielo dici, puoi anche esigere il rispetto della regola con una carezza o una battuta. Mi è rimasto sempre in mente il primo servizio della Rai che ci fecero giù all'ospedale. Mi ero avvicinata a un ragazzo che non voleva mangiare il pane, mi ero avvicinata e parlavo sottovoce (era nuovo, ti ci avvicini con garbo). Arriva 'sto signore e mi disse "rifaccia quel gesto". E quale, dico io, l'ho fatto spontaneamente, mica i gesti si rifanno così a comando. Era rimasto colpito dal mio gesto di affetto, è quello il nostro lavoro.

d) ore 12.30: "terapia nutrizionale"

Avrei voluto non abituarli, e invece nel corso del tempo è stato sempre più difficile mantenere il senso di sgomento misto a stupefazione provato all'inizio. Assistere alla "terapia nutrizionale" in un centro per disturbi alimentari è stata l'esperienza maggiormente straniante ai miei occhi di antropologa. Scenario di uno svezzamento ben più cruento di quello "naturale", rappresenta la contraddizione di una serie di presupposti acquisiti per formazione disciplinare, vale a dire l'attitudine "incorporata" a considerare l'alimentazione umana come un fatto *sociale*, un fatto sociale *totale*, un'esperienza *irriflessa* e naturalizzata come *ovvia*. A Palazzo Francisci, invece, le ospiti siedono alla stessa tavola ma mangiano sole; mangiano "soltanto", mettono un'attenzione abnorme a ciò che hanno nel piatto e nei piatti intorno; attuano una serie di incredibili e dispendiose manovre che non possono avere imparato, se non da autodidatte o imitandosi a vicenda, accomunate da un codice segreto da cui noialtri siamo esclusi. La tavola è apparecchiata, il cibo nei piatti, ma nessuno dice "buon appetito".

Il 26 gennaio era il compleanno di Sara. Per una volta userò un nome proprio, anzi un nome vero, consapevole di contravvenire la deontologia professionale. Per il resto indicherò i pazienti in modo generico. Preferisco l'anonimato all'idea di cambiare i connotati a identità già tanto compromesse. Sul tavolo c'era un mazzo di rose, i cuori di carta, i regali. Poi arrivò la torta:



Figura 1 – Un compleanno innaturale

Le ragazze entrarono tutte allegre e la festeggiata, truccata e vestita di tutto punto, si comportò come si conviene: spense le candeline. Anche le operatrici si profusero nelle effusioni di rito. Solo io cantavo “tanti auguri a te” senza troppa convinzione e fissando la paglia. Ero diventata matta?

In generale è al suono di un campanello che le pazienti entrano nella sala da pranzo, puntualissime. Ciascuna si siede nel posto assegnato dalle operatrici, facilmente riconoscibile dal segnaposto confezionato da loro stesse o commissionato ad altre, quelle che disegnano particolarmente bene. Ai sedici ospiti residenziali si aggiungono, in numero variabile, pazienti già dimessi ma non ancora pronti per essere riaffidati ai servizi territoriali, oppure quelli che, al contrario, non appaiono sufficientemente motivati al percorso residenziale e vengono ammessi per un breve periodo di prova. Mi è capitato di contare fino a 20 coperti, la capienza massima della stanza. Un tavolo ovale più grande si trova al centro, mentre vicino alle finestre ci sono due tavoli quadrati. Contro la parete all’ingresso, un tavolino monoposto è riservato alle pazienti appena arrivate – generalmente il primo giorno mangiano sole – o a quelle che hanno particolari difficoltà, o meglio, difficoltà più gravi delle altre, a tollerare l’altrui presenza. L’assistenza al pasto è realizzata da un numero minimo di due operatrici, di cui una è dietista. Soprattutto a pranzo, tuttavia, l’assistenza è molto più numerosa. Tirocinanti, volontari, educatori arrivati per il cambio turno, ma anche visitatori estemporanei possono assistere, ed eventualmente intervenire se c’è bisogno.

Le ospiti sembrano imperturbabili di fronte a tale affollamento – qualcuno insinua che ne approfittino – e così pure all’istintiva, incontrollabile curiosità di chi presenza per la prima volta a questo strano “banchetto”. Provando io stessa questa sensazione, mi sentivo a disagio e più avanti mi sono sorpresa a provare un senso di protezione nei confronti delle ragazze. Le chiacchiere degli astanti mi infastidivano e così pure certi sguardi troppo indagatori. Non ho scritto una sola riga durante la terapia nutrizionale, da un lato, perché il riserbo è stato più forte del bisogno di raccogliere dati, da un altro, perché col tempo l’esperienza mi è divenuta talmente familiare da poterne offrire un resoconto che giudico non impressionistico. Una

forma di “educazione dell’attenzione”, basata cioè sull’imitazione delle pratiche esperte dei miei interlocutori (pazienti e operatori), mi ha permesso di acquisire una relativa competenza sulla questione. Ne ho avuto conferma quando ho imparato a manovrare il pesante e sbilenco carrello per la rigenerazione delle vivande e soprattutto quando gli operatori, impegnati contemporaneamente altrove, hanno accettato di buon grado che li sostituissi per qualche tempo. L’apice del riconoscimento è venuto uno degli ultimi giorni di campo, quando ho preceduto l’infermiera nell’accompagnare un’ospite appena entrata in struttura nella sua prima esperienza di “pranzo assistito”.

A mano a mano che cresceva la confidenza coi pazienti, ho consegnato i piatti a memoria, senza bisogno di leggere i nomi, sgomberato il tavolo, versato l’acqua, tutta orgogliosa se si rivolgevano proprio a me. Li ho invece rimandati agli operatori per affrontare difficoltà più gravi, spiegando che aiutarli su questo fronte non rientrava nelle mie competenze e non volevo assumermene la responsabilità.



L’aspetto più evidente dell’esperienza del pasto è l’artificialità, dovuta all’alto grado di strutturazione. In apparenza tutto è come in una casa qualsiasi. In realtà, niente ritorna. Sono convinta che nessun altro pasto mi sembrerà mai altrettanto esotico. Impossibile dimenticare il coltello che incide, solleva e rimuove la pellicola trasparente che sigilla ogni portata. Una paziente la schiacciava con la mano o il cucchiaio senza farsi accorgere, allo scopo di impregnarla del formaggio grattugiato sulla minestra. Una volta seduti, non è permesso alzarsi da tavola se non a terapia ultimata. Le portate e le bevande vengono servite dagli operatori, a cui ci si rivolge non appena il piatto o il bicchiere è rimasto vuoto. Le pazienti entrano tutte assieme ma escono dalla sala una alla volta, a mano a mano che terminano la terapia. Gettano gli scarti in un bidone, appoggiano bicchiere e posate su un carrello, il segnaposto in un cestino, solitamente ringraziano e se ne vanno. L’ordine delle pietanze è rigoroso: dopo il primo, il secondo è accompagnato dal pane (tranne nel menù B), a seguire la verdura, infine la frutta. Ogni paziente ha diritto/dovere a 3 bicchieri d’acqua naturale riempito fino all’orlo. Entrando nella sala, le pazienti trovano il piatto già davanti a sé, per

appena il piatto era finalmente vuoto, chiedevano subito la portata successiva e solo pochi lasciavano un attimo di pausa. Era la fretta di ingollare la pillola oppure la difficoltà di ammettere di volerne ancora?

L'atmosfera generale è pregnata di tensione e di sofferenza. Per questo avrei voluto non abituarli, per rispetto. Solitamente il silenzio prevale, e allora si mette un po' di musica, oppure gli operatori esordiscono con qualche motto di spirito o qualche frase di incoraggiamento. Ci sono casi però in cui il chiacchiericcio è talmente fitto che bisogna interromperlo affinché mangino. In ogni caso c'è uno scarto indefinibile, ma percepibile all'osservatore esperto quale ero diventata, tra il momento in cui la bocca si apre per parlare, ossia quando un suono esce per arrivare a chissà chi, e il momento in cui qualcosa la raggiunge, per così dire, in entrata. Lì sembra incontrare una barriera invisibile che ciascuno ha costruito per proprio conto e come tale non accede al linguaggio. Alle volte la bocca si apre lo stesso, altre volte si schiude appena, in altri casi a un certo punto si chiude e né parla né mangia più. Spesso, allora, il paziente si mette a piangere. A quel punto un operatore l'affianca, rivolge un gesto di affetto, sussurra qualcosa all'orecchio in attesa che il momento passi. Altre volte è lo stesso paziente a mormorare qualcosa allo psicologo o al nutrizionista. Se riesce a superare la crisi, riprende la terapia. Viceversa è invitato a uscire dalla sala, a cercare un educatore nella sala relax e a rientrare per terminare. Una volta, accorgendosi che di contorno c'erano le patate, una paziente retrocesse violentemente sulla sedia, verbalizzò il suo disappunto con una serie di dinieghi e un'espressione di orrore sul viso. Due operatori le si avvicinarono per confermarle che "non si trattava del Signore del Male". Ci si accordò così: la paziente avrebbe aperto di suo pugno la vaschetta e mangiato *una* patata. Una soltanto. Poi avrebbe concordato con la dietista un'eventuale sostituzione. Intanto ne aveva mangiata una ed era rimasta viva. In rari casi la terapia viene interrotta, e questo è un cattivo segno: forse il paziente ha bisogno di una "pausa di riflessione", cioè di una settimana di sospensione dal programma per ritornare più motivato. Sul merito della crisi e in generale su tutto ciò che riguarda il cibo non si discute *mai* a tavola e ad alta voce.

Pur sembrando indifferenti agli estranei, fra i pazienti si stende una rete invisibile di occhiate panottiche. Non so dire se trovino più insopportabile il fatto di mangiare o di essere *viste* farlo, soprattutto dalle altre digiunatrici. Me ne accorsi uno dei primi giorni, quando una giovane donna (non una bimba) mi fece notare che un'altra paziente aveva già bevuto molti bicchieri d'acqua, mentre se ne potevano chiedere soltanto tre, e che le due pere del suo sacchetto erano più grosse di quelle di un'altra. A ciò si aggiunge lo sguardo autoptico su ciò che hanno di fronte. Una paziente fissa il piatto e ricerca pazientemente con la forchetta quel pezzetto, quel frammento di cibo che le procura un'angoscia minore, come se ci fosse un solo boccone commestibile e il resto fosse scarto. I bordi del piatto, quando ha terminato, sono imbrattati di spezie e rimasugli di sugo al pomodoro (i famosi "arrampicatori sociali"). Accosta il cibo alla bocca ancora chiusa, e lo tiene sospeso finché quella si apre a fessura. Un'altra, mentre taglia in pezzi di circa 5 mm le due fette di prosciutto che le sono state assegnate, ironizza sul suo futuro. Pensava di fare la pediatra, ma forse sarebbe meglio l'anatomopatologa. Una terza, affetta da una grave forma ossessivo-compulsiva, era capace di ripristinare alla perfezione la forma di una ricottina che si era scomposta togliendola dalla confezione. Nel mangiarla, la ricostruiva. Usando la forchetta a mo' di spatola, faceva scorrere la posata sulla superficie in modo tale che un velo di bianco, sottile al massimo 2-3 millimetri, vi restasse attaccato. Con gesto assorto e furtivo, la accostava alla bocca come per sbarazzarsi di qualcosa di superfluo, essendo il suo interesse interamente assorbito nel mantenere identiche le proporzioni della "cattedrale". L'altezza del tronco di cono si abbassava simmetricamente, millimetro dopo millimetro, fino alla fine. Se non interrotta, l'operazione durava circa $\frac{3}{4}$ d'ora.

I comportamenti ordinari dello stare a tavola, cioè le buone maniere acquisite fin dalla tenera età vengono stravolte e ordinate in un codice altrettanto scrupoloso: sminuzzamenti (del pane in briciole, del maccherone in tre pezzi, e per fortuna si usa la pasta corta!); “scarificazioni” (del sugo dalla pasta, della panatura dalla fettina di carne o di pesce); sbordature (della crosta dalla frittata, del bianco pallido dal resto del prosciutto); separazioni solido-liquido (tra brodo e pastina, tra biscotto e the) o tra sostanze della stessa categoria (prima tutti i piselli, poi tutte le carote), o ancora tra la frutta e la buccia (impossibile definire con precisione lo spessore della seconda); asciugature del condimento col tovagliolo. C’è da chiedersi che cosa sarà durante le abbuffate. Quanto al piatto, che va vuotato completamente, una paziente rivolgendosi alla dottoressa Dalla Ragione le chiese se anche lei non lasciasse mai nulla. Le fu risposto: “Che c’entra, io mica soffro di un disturbo alimentare!”

Una domenica c’erano le tagliatelle, cioè uno dei cibi “fobici” per anonomasia. La massa informe difficilmente distinguibile e la presenza dell’ingrediente supplementare “uovo”, rese necessario precisare come l’alimento, nelle debite grammature, fosse isocalorico rispetto alla semola di grano duro. Essendo già passati 45’, cioè la durata complessiva di un pasto, un’operatrice si avvicinò per ammonire una paziente che tagliava ogni striscia in listerelle di 2 cm e le infilava sulla forchetta una alla volta. In quella stessa circostanza notai come su 17 commensali, soltanto 2 usassero la posata come avrebbe fatto un qualsiasi “italiano”, cioè per arrotolare la pasta. Mi chiesi che fine avesse fatto la memoria corporea di quel gesto. In compenso una dietista, di fronte a una paziente appena dimessa dall’ospedale e ancora bloccata davanti a un piatto di riso, mi fece notare come dopo due mesi di nutrizione artificiale, una faringe spontaneamente “si restringa”. La domenica delle tagliatelle, ultimata l’assistenza al pasto, insieme agli operatori di turno preparammo qualcosa anche per noi. Ero estasiata dalla perizia con cui Alessandro faceva saltare gli spaghetti nel sugo preparato di fresco, quasi fosse uno chef stellato.

Terminata la terapia nutrizionale, mentre i pazienti assecondano il periodo di riposo post-prandiale nella stanza dedicata, gli operatori rassettano la sala da pranzo, portano le stoviglie in cucina per la sterilizzazione, ripongono il cibo avanzato in frigorifero, e pranzano a loro volta. Se è avanzato qualcosa, o perché qualche ospite non ha pranzato in residenza, o perché ci sono le “riserve” destinate a chi si è aggiunto più tardi, lo si divide fra i presenti. Alcuni invece si organizzano portando il pranzo da casa. Il cibo è decisamente insapore, talvolta perfino sgradevole (il petto di pollo ha guadagnato nella mia lista il premio dell’immangiabilità). Una volta ho fatto osservare che la terapia “diventa fredda” essendo consumata così lentamente. Mi è stato risposto che per le pazienti fa lo stesso, è altrettanto indifferente del fatto che sia “buona”, visto che “non sopportano di provare piacere mangiando”. Anche per questo, era una mia supposizione, l’alimentarsi può diventare un atto meccanico e terapeutico. Semplicemente si ingoia, si manda giù. Come ha scritto Recalcati

Il sapore modifica, l’insapore conserva. Il metodo dietetico trova qui la sua ispirazione fondamentale; le regole, l’applicazione della bilancia, la distribuzione infinitesimale delle calorie rispondono a questo principio generale: il sapore alterizza, modifica, introduce un elemento ingovernabile, mentre l’insapore medesima, conserva, stabilizza, mantiene lo zero iniziale; il primo altera, il secondo identifica (Recalcati, 2000, p. 6).

Al contrario, per gli operatori proprio *quel cibo* riacquista la sua funzione originaria. Al di là del riscontro pratico ed economico di averlo già pronto in un’ora del giorno in cui molti starebbero ipotizzando una merenda, penso si tratti di una sorta di alimentazione “per procura”, il prolungamento di un gesto terapeutico deprivato dalla fatica e dall’angoscia di chi dovrebbe compierlo. Il fatto che gli operatori mangino “gli avanzi” dei pazienti non mi sembra, infatti, giustificato unicamente dal principio di evitare sprechi. Al Nido delle Rondini, dove il cibo non arriva in vaschette monoporzione ma è contenuto in grandi vassoi da cui i pazienti attingono re-imparando a servirsi in autonomia, il cibo gettato nella spazzatura è molto di più.

Una sera, prima della chiusura, ho chiesto di avere un pezzo di pane e della verdura da portare a casa. L'operatrice di turno mi ha guardato stupefatta dicendo: "prendilo, ma non te lo consiglio". Naturalmente aveva ragione. A Palazzo Francisci, invece, dove i pazienti sono più gravi e il cibo ancora più "cattivo" – "il tipico menù da ospedale" – viene mangiato dagli operatori. I commenti sul suo aspetto non mancano, e le possibilità alternative neppure. Quei pasti abborracciati sono forse l'espressione di una convivialità ritrovata, il tentativo inconsapevole di ripristinare la normalità fino a poco tempo prima sevizata nel rituale ossessivo della restrizione, dove ogni attenzione è fissata sulla sostanza e perde qualsiasi connotazione di umanità. Appunto, il cibo-pillola, un artefatto della chimica più che della cucina. Laddove invece l'energia non è più assorbita nell'atto comportamentale preso in se stesso, la parola riesce in qualche modo a insaporire un cibo che, lo sanno tutti, non è granché.

e) ore 17.00: "gruppo teatro"

Ho messo in scena me stessa partecipando attivamente al laboratorio teatrale, la prima occasione di autentica socializzazione coi pazienti dopo le presentazioni formali di rito. Avevo pensato di procedere con la massima gradualità nel rapportarmi a questi soggetti già così "ritirati" di fronte al mondo. In realtà, ero soprattutto spaventata all'idea di fare qualche passo falso o adottare dei comportamenti controproducenti. Sentivo inoltre l'incombenza di definire al più presto e con maggior chiarezza l'oggetto specifico dell'etnografia, tollerando a fatica l'incertezza delle fasi iniziali. L'ingresso sul campo e i primi contatti con gli interlocutori amplificano le modalità di approccio agli estranei che anche il ricercatore adotta "istintivamente" come persona. Nel mio caso, ho placato l'imbarazzo e l'ansia nel darmi da fare, dimostrandomi disponibile e servizievole, fino a prevenire le richieste altrui.

I pazienti mi ispiravano un vago senso di timore per via della loro condizione di sofferenza e per l'aura di inavvicinabilità che li circonda, peraltro subito contraddetta dalla socievolezza e dalla curiosità di alcuni di fronte alla professione un po' anomala che rappresentavo. L'atmosfera generale del luogo di cura mi era apparsa accogliente ma anche lievemente zuccherosa, incline a rappresentare una visione edulcorata, se non stereotipata del "familiare" e del "femminile". A ciò si aggiungeva la personale idiosincrasia verso la psicologia, nutrita dal pregiudizio disciplinare di fronte a un approccio astratto e individualizzante all'essere umano, sbilanciato sul lato "emotivo" oppure "cognitivo", e sempre più devoto alla cosiddetta evidenza scientifica. In compenso, fin dalla prima visita ai centri, ero rimasta affascinata dalle figure propriamente mediche dell'équipe, quelle cioè che si occupano più direttamente dell'aspetto organico e alimentare (medico internista, dietologo, dietista, biologo nutrizionista), forse per l'apparente estraneità rispetto a una problematica che, all'opposto, conferiva agli psicologi un certo agio, trattandosi di una patologia "psi". Ero interessata a quei saperi che anche a me risultavano "altri" e avrei avuto la possibilità di avvicinare attraverso l'esperienza della loro conformazione a una patologia rispetto alla quale non erano preparati né avvezzi per formazione. A ciò si aggiungeva la disponibilità e gentilezza dimostratami da tutto il personale, elemento che mi ha portata, soprattutto nei primi tempi, ad "attaccarmi" all'équipe non solo per motivi intellettuali.

Nel gruppo teatro, tuttavia, le mie titubanze nei confronti dei pazienti trovarono modo di dissiparsi nell'atmosfera informale, movimentata e giocosa del laboratorio. Avendo io stessa qualche trascorso sul palcoscenico, non ebbi difficoltà a esibirmi, riscuotendo un certo successo con le mie performance. Quando poche ore più tardi, o il giorno dopo, alcune pazienti me ne diedero riscontro imbastendo un primo abbozzo di dialogo, finalmente riuscii a rilassarmi. Durante il gruppo, pur essendo fisicamente impegnata, cercavo di guardarmi intorno e osservare i comportamenti delle altre partecipanti. Ebbi così la possibilità di

anticipare alcune considerazioni oggetto di un successivo confronto con la dottoressa Pannacci, la conduttrice. Ero rimasta colpita dal fatto che alcune pazienti, nel fare un certo esercizio, sembrassero dimenticare per un istante il loro ruolo di malate e si lasciassero sorprendere da un sorriso più aperto, uno sguardo più allegro, un movimento più libero. Riacquisivano per un istante la loro bellezza di ragazze come tutte le altre.

Il laboratorio di teatro, insieme ad altre attività definite “corporee” (danzamovimentoterapia, bioenergetica, consulenza filosofica/parte esperienziale, mindfulness) sono finalizzate al recupero di un’esperienza del corpo “vissuto” alternativa tanto al corpo oggettivato della medicina, quanto al corpo idealizzato nell’ossessione per la magrezza. Tali proposte, tutte sostenute da precise motivazioni teoriche (Dalla Ragione, Bianchini, Se Santis, 2016) vengono adattate su misura a questo tipo di disturbi in cui, come mi spiegava un’operatrice, il solo fatto di nominare certe parti (la pancia, i fianchi) può essere molto problematico. Si tratta di occasioni per sperimentare in un contesto protetto emozioni inascoltate e sensazioni represses, memorie traumatiche che emergono spontaneamente nel corso dell’attività. Spesso giudicate inattuabili al medium della parola, possono essere verbalizzate (è importante che lo siano), sia attraverso la restituzione degli operatori, sia nella rielaborazione dei pazienti nel corso dei colloqui individuali. Questa parte del programma terapeutico, finalizzata, si potrebbe dire, al “*mindful body*” di cui parla l’antropologia medica interpretativa, è molto valorizzata a Palazzo Francisci, ed è cresciuta nel corso del tempo arricchendosi di nuove proposte sperimentali. Per la sottoscritta il richiamo al paradigma dell’incorporazione è stato immediato, soprattutto laddove il “corpo vissuto” veniva contrapposto al corpo simbolico mediato dal linguaggio. Come la stessa dottoressa Dalla Ragione si espresse a proposito delle tecniche corporee:

Tutte queste tecniche si sono rivelate utilissime. Essendo una patologia che riguarda la mente e il corpo, la parola a volte può entrare ma a volte no. [...] Per esempio, nel caso di pazienti che avevano subito un trauma, a volte sessuale, il lavoro col corpo si è rivelato utilissimo. Venivano fuori delle cose lì che non emergevano nella psicoterapia. Quindi, essendo una patologia che usa il corpo come teatro, lavorando direttamente sul corpo e lasciando da parte il *logos*, si può cercare di far venire fuori ciò che è nascosto. Il lavoro espressivo di tipo individuale [...] ha dato risultati stupefacenti.

In realtà, confrontandomi in seguito, con la conduttrice del laboratorio teatrale, emerse una prospettiva differente, che mi pare importante richiamare a testimonianza della complessità del campo di ricerca. Costanza Pannacci, laureata in filosofia del linguaggio e in psicologia clinica, unite a uno spiccato interesse per la psicoanalisi, nel definire se stessa come “una persona molto mentale e poco fisica”, mi spiegò che a suo avviso il laboratorio teatrale aveva un significato soprattutto simbolico, e non corporeo. Ciò che poteva assumere una valenza propriamente terapeutica era “la possibilità che il teatro dà di creare uno spazio *altro* per la rielaborazione di certi contenuti, o per dare voce a parti della personalità che sono represses o poco consapevoli, attraverso la finzione e il gioco”. Non insisteva, quindi, sulla contrapposizione tra corpo e parola ma sull’esistenza di uno “spazio intermedio tra finzione e vita vera” come occasione per creare delle aperture di senso diverse a certe sfere della personalità, le quali – proseguiva in modo oltremodo significativo – “*tendono a essere sopresse, sia dalla patologia, sia dal processo di cura*”. Riferendosi alla famigerata “oppositività anoressica” aggiunse “è normale scendere nel braccio di ferro”.

Prendi la Teoria Cognitivo Comportamentale nuda e cruda: è come se uno chiedesse a una persona di rimpiazzare le ossessioni che ha con determinate regole, che fondamentalmente non sono ossessive, ma delle ossessioni condividono l’aspetto un po’ normativo. In certi casi, con certi tipi di personalità, può funzionare essere informati sulla nutrizione o sulla composizione corporea, ma in altri casi, anche a anni di distanza, permane una rigidità, la difficoltà a rompere uno schema, perché è come se una cosa fosse stata soltanto sostituita con un’altra. Nei casi di maggiore ossessività, insistere per esempio sulla *motivazione*, o sul fatto che *ti devi impegnare* per raggiungere uno scopo, crea delle resistenze più forti, di cui la paziente non è neanche del

tutto consapevole, e che spesso sfociano nella somatizzazione. Pazienti gravi (come * o **) possono *credere* di essere motivate, non è che sono veramente disoneste sul fatto di aver capito di aver toccato il fondo, ma in realtà è una piccola porzione della loro coscienza che parla per loro e dice questo. Quindi, nel momento in cui si trascura tutto il resto, cioè il 99% [...], non si fa altro che esacerbare il conflitto, per cui poi succede che qualcos'altro parla per lei. Un meccanismo di difesa che non è neanche mentalizzato, ma si scarica a livello neurovegetativo, "inconscio" nel senso più vasto del termine. Nel teatro, il fatto di dare vita, sul piano della rappresentazione, a questa carica di aggressività che nello spazio del gioco può essere agita senza passare per il tramite censorio della coscienza, questo è terapeutico.

Quando la intervistai, stava preparando uno spettacolo ispirato alla storia di "Alice nel paese delle meraviglie". Mi parlò di come avesse assegnato i ruoli facendo riferimento a una paziente (che conoscevo), in apparenza molto dimessa e insicura, eppure estremamente tenace nel suo attaccamento al sintomo. Ricordo che rifiutava di mettere la crema sulle mani, alquanto disidratate, per paura "che si gonfiassero", entrando le calorie sotto la pelle. In realtà questa crosta di fragilità nascondeva un cuore tirannico, una fantasia di onnipotenza incontenibile. La sua insicurezza, mi fu spiegato, "è dovuta all'impossibilità di dominare sempre e con tutti". Allo scopo di "lavorare" questo sentimento, non le fu assegnato il ruolo che avrebbe desiderato, cioè Alice, ma quello della Regina. Il fatto di dirle con enfasi "no, tu farai la Regina" le lanciava un messaggio indiretto, che naturalmente si sarebbe potuto dare anche in un colloquio individuale, ma in modo diverso. "E' un modo per iniziare a levigare un po' la pietra. E la cosa centrale è che *non se ne accorgano*. E' un modo per aprire un varco contro queste difese eccezionali, passa indirettamente, nel canale immaginario".

L'elemento centrale del colloquio mi pareva essere il "braccio di ferro" tra terapia e patologia, la loro alleanza mortifera in luogo di una contrapposizione trasformativa. Mi pareva una questione di potere, o meglio, di etica della cura. *Il faut bien manger*.

f) ore 21.30: un caffè d'orzo?

In alcuni soggiorni di campo restai in residenza più o meno 12 ore, corrispondenti al doppio turno di un operatore. Salivo e scendevo da Todi con uno di loro, in automobile, commentando la giornata o sciogliendo i miei dubbi. Dopo un po', mi accorsi che era decisamente troppo. La stanchezza sopravveniva tutta in una volta, procurandomi un senso di rigetto per il lavoro. Così imparai a concedermi delle mezze giornate di pausa. Intanto fra gli operatori la mia reputazione di antropologa era cresciuta. Un giorno ricevetti il battesimo di Alessandro, che entrando nella saletta antistante la cucina, esclamò: "Ammazza, Angela, stai sempre a scrivere!".

Qualche volta la sera, tornando a casa Dalla Ragione, cenavo con la dottoressa. Imparai subito le abitudini della casa. Mi metteva a disposizione il suo spazio, i prodotti dell'orto della sorella, la compagnia della gatta Asia e della mitica gattara Caterina, ma non se stessa. La ringraziai in cuor mio per la natura così poco formale della sua ospitalità. Mi permetteva di rilassarmi sul serio, e anche di muovermi con una certa libertà. Presi l'abitudine di prepararle un caffè d'orzo, avevo intuito che le piaceva. Lo bevevamo insieme, spesso senza parlare. Come fosse mia ospite.

4. Terapie culturalmente fondate: integrare pillole e parole

Sullo sfondo delle Linee Guida, delle indicazioni programmatiche, dei tavoli tecnici, delle commissioni di studio e dei progetti ministeriali a cui Palazzo Francisci partecipa come protagonista fin dagli anni della fondazione, si staglia la specificità e originalità dell'esperienza di cura di questo luogo dell'anima. Sono oramai numerose le pubblicazioni che documentano i vari aspetti del suo modello terapeutico e la metodologia di intervento. L'etnografia non intende replicarli, quanto proporre una restituzione "in vivo" del complesso operato dell'équipe dei curanti, a partire dall'osservazione partecipante della vita quotidiana della comunità. Si sono esplorate le relazioni fra i saperi (multidisciplinarietà), fra i soggetti che li rappresentano (gli operatori), quelle tra i pazienti e i curanti, nonché fra queste componenti e l'antropologia. Il ricercatore si è posizionato trasversalmente a tutte queste dimensioni, collocandosi negli spazi interstiziali che li uniscono e insieme li differenziano, e che dovrebbero rappresentare i nodi e gli snodi della rete di un intervento integrato.

Così come è oramai appurato che i disturbi alimentari siano malattie mentali, lo è altrettanto che non possano essere curati con un approccio esclusivamente psichico, a maggior ragione nei casi gravi. La psicoterapia resta la forma di trattamento elettivo, ma deve potersi combinare con un intervento sull'organismo. Il problema è *come* realizzare l'integrazione. Non è sufficiente affermare che in un centro riabilitativo specializzato si effettuino contemporaneamente tanto una riabilitazione nutrizionale e il controllo delle manifestazioni fisiche del disturbo, quanto una serie di interventi diretti a produrre un cambiamento sul piano psicologico ed esistenziale. La simultaneità degli interventi di per sé non garantisce l'integrazione.

Molto opportunamente Cuzzolaro (2014) fa notare come la cura in squadra dei DCA sia propriamente l'effetto di "una somma di agenti e di azioni", cioè un lavoro di tipo *multidisciplinare*, laddove solo "un'effettiva integrazione in un modello teorico unitario e coerente" permetterebbe di parlare di *interdisciplinarietà*. Tale modello, tuttavia, non esiste, e può essere costruito solo operativamente, sul campo. L'intervento sul corpo e quello sulla psiche derivano da premesse teoriche lontane e mettono in gioco stili della relazione di cura e processi diversi, eppure nella pratica empirica dovrebbero accordarsi e contribuire senza frizioni alla guarigione. L'integrazione rappresenta non solo una sfida per *habitus* professionali con-formati a visioni del corpo, della sofferenza e della terapeutica diverse, ma anche la *conditio sine qua non* dell'efficacia terapeutica, essendo la relazione (mente/corpo, Sé/Altro, Io/mondo) il vertice della patologia.

Gli aspetti potenzialmente in frizione e i punti teorici controversi sono molti, ma possono essere condensati in un interrogativo fondamentale: "come occuparsi dei rischi biologici e delle emergenze somatiche e, insieme, riconoscere e ascoltare la funzione economica ed espressiva del sintomo psicopatologico?" (Cuzzolaro, 2014, pp. 111-112). E' possibile arrivare a considerare i segni del soma non soltanto come indici anonimi di malattia ma anche come simboli e cifra di una verità individuale portatrice di un senso? Come coniugare la molteplicità degli occhi terapeutici in uno sguardo unitario che consideri, per richiamare una distinzione di Georges Canguilhem (2002), la sofferenza del *corpo fatticità* insieme a quella del *corpo verità*, il corpo difettoso da riportare allo standard della salute e la singolarità di una presenza al mondo da rilanciare verso una felicità ignota in partenza?

In un centro residenziale che accoglie pazienti in condizioni gravemente compromesse occorre certamente aprirsi un varco tra le manifestazioni fisiche del disturbo, che spesso invadono completamente la scena impedendo qualunque accesso ai processi e alle dinamiche emotive che le sostengono. "I contenuti mentali sono sommersi dai digiuni estremi, dagli squilibri elettrolitici, dall'estenuante ricorso al vomito autoindotto e soprattutto

dall'ideazione ossessiva, assillante, persistente, instancabile che opprime chi è affetto da DCA. Non è ipotizzabile attendere la remissione di questa sintomatologia, prima che i contenuti psichici possano diventare accessibili e utilizzabili nel lavoro psicoterapeutico. (Marucci, Dalla Ragione, 2007, p. 114). E' risaputo che i sintomi e gli stati somatici creano dei pericolosi circoli viziosi, biologici e psicologici, che contribuiscono alla perpetuazione del quadro clinico. La cecità di fronte al corpo da parte di molti "terapeuti della parola" ritorna nei resoconti di molti pazienti. Entrando in collusione col disconoscimento patologico anoressico-bulimico della fisicità e dei suoi bisogni, può essere fatale.

D'altra parte, esiste il rischio opposto. Se il corpo tormentato ed esibito occupa completamente la scena, il peso dei pazienti può diventare un'ossessione anche per i curanti, e il trattamento scadere in una medicalizzazione incongrua volta a sedare innanzitutto l'angoscia del medico. L'uso e più spesso l'abuso di un complesso apparato tecnico - esami, test allergologici, misurazioni, ecc. (in senso lato le "pillole") - allo scopo di risolvere un problema creduto "organico" è ancora una volta il lamento ridondante di molte storie cliniche.

Un'attenta valutazione della *domanda* del paziente meriterebbe, anche nella pratica medica "normale", una maggiore attenzione. Scrive in proposito Lacan (1966),

Quando il malato è inviato presso un medico o quando ci va direttamente, non dite che egli si aspetta puramente e semplicemente la guarigione. Egli mette il medico alla prova per farlo uscire dalla sua condizione di malato, cosa che è molto differente, perché questo può implicare che egli possa essere completamente attaccato all'idea di conservarla. Talvolta, viene proprio per domandarci di legittimarlo come malato. In altri casi viene, nel modo più evidente, a domandarci di preservarlo nella sua malattia, di curarlo nel modo a lui più conveniente, quello che gli permetterà di continuare a essere ben collocato nella sua malattia. (Lacan, 1966, p. 13)

Quest'ultimo è certamente il caso del sintomo psicopatologico, che include anche nelle sue forme più moleste, una quota di resistenza alla risoluzione. Nel caso del disturbo alimentare, rispetto al quale il soggetto in generale *non* domanda, non avvertendo il "problema" come tale, la richiesta implicita fatta al curante, e che sciaguratamente si realizza, è quella di lasciare tutto com'è. Il guadagno secondario o la funzione economica del sintomo consiste appunto in questo. Esso rappresenta per il soggetto "una costosa trovata, una dolorosa invenzione" che stravolge un assetto ma anche lo preserva, difendendo un equilibrio personale e, spesso, familiare. Fa star male ma è anche "un grossolano, antieconomico tentativo di autocura" nel quale, come insegna la lezione freudiana, "si annida, impastata con la sofferenza, una quota formidabile di godimento" (Cuzzolaro, 2014, pp. 90-91). Lo straordinario senso di onnipotenza che l'anoressica prova di fronte al suo corpo emaciato vittorioso sulla pulsione ad alimentarsi, o il piacere tenebroso e fagocitante associato alla crisi bulimica, esorbitano dalla logica naturalistico-edonistica come strada maestra dell'essere umano vivente. Come agisce o reagisce la biomedicina di fronte alla sfida di una vita che non vuole vivere e nel contempo sembra del tutto ignara della possibilità di morire?

La risposta egemonica nel mondo della psichiatria semplicemente elude la domanda e riduce il sintomo psicopatologico a "disturbo", ovvero a una deviazione dall'ideale universale della salute come buon funzionamento della macchina del corpo o del pensiero. Qualsiasi differenza dalla norma assume già il significato di una malattia. A proposito della centralità paradigmatica della categoria di disturbo nella psicopatologia contemporanea, Massimo Recalcati (2008) fa notare l'inedita combinazione discorsiva, che essa illumina, tra la biopolitica foucaultiana, che connette il sapere sulla vita al potere di ingerenza su di essa, e il concorso di ciò che Lacan avrebbe chiamato il "discorso del Padrone" e il "discorso dell'Università" alla normalizzazione funzionale dell'individuo, deprivato della sua singolarità.

Una manifestazione rilevante di questo regime sarebbero, a suo avviso, le terapie cognitivo-comportamentali, in cui la figura del terapeuta verrebbe a ricoprire una "funzione ibrida tra la figura del direttore di coscienza e quella dell'esperto iper-specializzato". Il clinico *conosce* in

anticipo quale sia il *Bene* del paziente – nel caso dei DCA, un'alimentazione corretta, o un senso di autoefficacia che prescinda dalla ipervalutazione delle forme corporee – e a esso lo instrada attraverso “un *dressage psico-educativo*” che trasforma la terapia in un'azione disciplinare inevitabilmente minorizzante il paziente (Recalcati, 2008, pp. 136-137). In parziale discordanza con le osservazioni di Cuzzolaro, si potrebbe allora considerare come nei centri riabilitativi che seguono questo orientamento, un modello teorico di riferimento unitario e coerente esista. E' unanimemente condiviso e dirige con sicurezza la prassi terapeutica dei curanti sulla base di tecniche di intervento prestabilite e adottando un linguaggio comune con il paziente. Un linguaggio monofonico. Non a caso questi centri si presentano agli eventuali fruitori enfatizzando il carattere “non eclettico” dell'équipe (Dalle Grave, 2011, p. 13). In questo caso l'integrazione delle cure, più che il risultato di un impegno di negoziazione, è già data *ab origine*, essendo l'indirizzo psicoterapico e quello medico l'uno il riflesso dell'altro. Stessa visione della mente, del corpo e della relazione terapeutica. Psicoterapia e medicina come vasi comunicanti.

Il supporto offerto ai protocolli di intervento dalla medicina dell'evidenza (che per definizione può applicarsi *unicamente* a una medicina protocollare), la garanzia di una rapida effettuazione (dalle 20 alle 40 sedute contro anni di terapia), la possibilità di essere somministrato, nella maggioranza dei casi, anche senza ricorrere a équipe multidisciplinari costose e potenzialmente conflittuali (“eclettiche”) (Dalle Grave, 2013; 2017), di essere applicabile, con opportuni aggiustamenti, a *tutte* le sintomatologie alimentari e in tutte le età della vita, appaiono credenziali formidabili. Soprattutto, combaciano perfettamente con le biopolitiche della salute e con la tonalità prevalente della domanda di cura espressa dai cittadini. Che si tratti di infermità organica o disagio psicologico, guarire significa “sviluppare la sensazione di sentirsi in controllo”. Viene da chiedersi se sostenere un modello di cura alternativo non significhi fronteggiare, contemporaneamente ai disturbi alimentari, anche un ideale egemonico di medicina.

Naturalmente le difficoltà di realizzare un intervento di squadra armonico e produttivo, che realizzi un'efficace integrazione degli interventi, non sono affatto da sottovalutare. La collaborazione di più figure professionali, eventualmente differenziate anche entro la stessa funzione per l'appartenenza a scuole di pensiero diverse, può creare frizioni, patire conflitti espressi o latenti, e creare pericolose collusioni con i nuclei psicopatologici centrali nei disturbi che vorrebbe guarire. I conflitti di competenze, di ruolo e di potere possono produrre gravi effetti negativi o false guarigioni, inasprire le resistenze, sfociare in interruzioni non concordate del trattamento. “Il buon governo delle diversità è un'arte difficile. Soprattutto, è difficile la sintonia dei processi inconsci di tanti attori” (Cuzzolaro, 2014, p. 112). Ancora più problematico sarebbe ipotizzare di sottoporre queste dimensioni a studi “controllati” e basati sull’“evidenza”.

La maggioranza degli studiosi riconosce la difficoltà di effettuare degli studi sufficientemente estesi e rigorosi sui risultati conseguiti con tecniche psicoterapeutiche diverse e con combinazioni di trattamenti. La medicina e la pratica psicoterapeutica non sono scienze esatte. Si può discutere sulla possibilità o l'opportunità che possano diventarlo e rispondere negativamente non significa per ciò stesso avallare l'approssimazione e l'incompetenza. La valutazione dei risultati delle psicoterapie e il confronto tra metodi distinti sarebbe sicuramente utile, ma è ardua da realizzare, perché gli imponderabili sono molti e toccano proprio le questioni essenziali. Le psicoterapie seguono approcci flessibili e non protocolli standardizzati; la variabile individuale del terapeuta è determinante; i loro effetti si verificano solo su tempi lunghi; non da ultimo “la relazione causale tra terapia e cambiamento non è semplice da dimostrare” (*ibidem*, p. 108).

In ogni caso la valutazione dell'efficacia non può prescindere dalla variabile temporale, una questione fondamentale e molto articolata. Le Linee Guida del *National Institut for Health and*

Care Excellence (NICE) uscite nel dicembre 2016, per esempio, hanno riportato una evidenza minima a favore di una maggiore efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel breve termine sul piano dell'incremento di peso e del miglioramento della psicopatologia generale. Non vi sarebbero invece differenze significative, rispetto ad altri modelli, sugli altri nuclei psicopatologici (come perfezionismo, ossessività, bassa autostima, difficoltà interpersonali) e in termini di remissione sintomatica nel lungo termine. Lo stesso documento, sulla base di un'evidenza definita di bassa qualità, afferma che i trattamenti psicodinamici sembrerebbero meno efficaci di altri in termini di miglioramento dello stato nutrizionale, ma mostrerebbero una minima evidenza di maggiore efficacia in termini di remissione della sintomatologia alimentare nel lungo termine.

Semplificando molto si può dire che la rapidità dell'intervento, così come della remissione sintomatica, è sfavorevole alla piena guarigione, mentre il tempo lungo necessario alla ridefinizione esistenziale del soggetto potrebbe esporsi all'ingravescenza degli effetti negativi del disturbo sul piano organico. Qualora le condizioni di partenza siano già molto critiche (ed è il caso dei centri residenziali) la situazione si complica ulteriormente. La gravità della situazione solleciterebbe un intervento di urgenza, ma la fretta di risolvere, e l'aggressività che spesso l'accompagna, sembra essere un elemento prognostico più per la cronicizzazione o la trasmigrazione diagnostica che per la guarigione. C'è il forte rischio che la cura diventi una lotta per la reciproca difesa, e allora la battaglia è persa in partenza. Alla fine, come diceva la dottoressa Pannacci "vince l'ossessione", vale a dire sia il paziente sia il terapeuta escono sconfitti. Ciò concorre a ribadire come la psicopatologia alimentare sia irriducibile alla catalogazione come disturbo cognitivo e disfunzione comportamentale, senza per questo misconoscere l'esistenza di questi aspetti. Il problema è come arrivare a erodere la funzione economica, strutturale e generalizzata del "rifiuto" che ne sta alla base.

I risultati offerti dalle Linee Guida dimostrano come esista uno scarto importante fra i tempi del recupero organico e quelli sul piano psicologico. Il primo è più veloce e in apparenza più semplice da realizzare del secondo. Basterebbe che il paziente mangiasse. Il punto è che non vuole. Occorre allora decidere che cosa fare *intanto* che il lavoro psicologico lavora per aprire una breccia nel muro. Uno dei punti nodali dell'integrazione consiste nel bilanciare le tempistiche di intervento in modo tale che non siano troppo sfasate. Per ridare gusto all'introiezione del mondo, occorre "dare da mangiare" qualche cosa che sia appetibile per il paziente, rispettare i tempi di assimilazione soggettivi. Una domanda si staglia tuttavia come pressante sullo sfondo di questo ragionamento: *chi decide* il tempo della cura? La clinica o la biopolitica? Stiamo parlando del rispetto di quale "economia", del sintomo o del budget sanitario?

La costruzione di un delicato equilibrio tra *attacco* e *difesa* del sintomo, il barcamenarsi tra il doppio imperativo della risoluzione sintomatica e la ricerca, insieme al paziente, del significato riparatore che riveste nell'economia psichica, è la posta in gioco generalizzata di un centro di cura residenziale, a prescindere che ciò accada nei colloqui psicologici piuttosto che nella terapia nutrizionale. In ultima istanza, lo strumento principe dell'efficacia terapeutica non sono né le "pillole" del medico, né le "parole" dello psicoterapeuta, ma proprio la *relazione clinica*.

"Pillole o parole" è il titolo di un contributo dello psichiatra e psicoanalista Peter Nielsel della fine degli anni Novanta (Nielsen, 1998). Concerne la diatriba tra i sostenitori dell'approccio farmacologico alla sofferenza psichica e alla malattia mentale e i fautori di una terapia basata sulla parola. Lo studioso risolve, o meglio dissolve la questione, ponendo una domanda più radicale. Oltre a confrontare le varie argomentazioni sull'opportunità di unificare oppure disgiungere i due approcci (pillole e parole vs. pillole o parole) si chiedeva molto opportunamente *che cosa siano le pillole e cosa siano le parole*. Illustrava, così, come farmaco e linguaggio non si lascino inscrivere nella dicotomia cartesiana. Da un lato il farmaco non è

solo un agente chimico che agisce su una materia inerte, ma un oggetto psicologico rivestito di significati reali e fantastici, latore quindi di un'efficacia simbolica (Levi-Strauss, 1949). Da un altro, mostrava come la stessa parola analitica, al fine di veicolare un reale processo trasformativo, andasse metabolizzata quasi fosse un "corpo sottile" (Lacan, in Nielsen, 1998, p. 23), capace di toccare la dimensione degli affetti. Che il processo terapeutico si dispieghi verso il cambiamento o ripieghi verso la conservazione dell'esistente, dipende meno dal mezzo utilizzato che da ciò che accade all'atto della prescrizione, si tratti di "sedute" o di "ricette". Nielsen ricorda una frase di Balint: "Quando un medico prescrive un farmaco prescrive se stesso" (*ibidem*, p. 41). In definitiva è la relazione che si instaura fra chi somministra e chi riceve a decidere se una pillola avrà l'effetto di una parola e una parola l'effetto di una pillola.

Anche il cibo – il cibo medicina – rientra in questa oscillazione.

5. Il modello terapeutico

5.1 un'équipe "eclettica"

L'équipe di lavoro a Palazzo Francisci è stata concepita e costruita in modo volutamente eclettico, fin dai tempi della sua fondazione. Questo tratto è considerato un suo punto di forza. Tale aspetto riflette l'ampiezza e versatilità intellettuale della sua ideatrice, la cui decisione giovanile di dedicarsi alla cura del disagio psichico, è stata immediatamente solidale al bisogno di occuparsi "dell'uomo nella sua interezza". Da qui la scelta di studiare medicina.

Ho scelto medicina perché volevo occuparmi dell'uomo nella sua interezza, perché il medico ha un rapporto anche col corpo del malato, della persona. Il malato è un uomo che può morire. Se avessi fatto un percorso più circoscritto, ad esempio, al solo aspetto psicologico, non mi sarei sentita soddisfatta, e adesso lo so perché. Perché lì il focus è sbilanciato sul percorso psicologico dell'individuo. Per me invece era molto importante allora, ed è molto importante oggi, avere l'idea che l'uomo poteva ammalarsi, poteva morire e che io dovevo occuparmi del suo cervello malato, ma anche nel suo corpo malato. Questo poi mi è tornato molto utile nel trattare la particolare patologia di cui mi occupo [DCA], che infatti riguarda la mente e il corpo. Allora, però, non lo sapevo coscientemente. A volte la vita è curiosa, perché fai delle cose che lì per lì fai intuitivamente, ma poi ne fai altre che possono ricomprendere le scelte che hai fatto. Questa scelta di un approccio olistico in senso forte, è stata ricercata anche successivamente nelle cose che ho fatto, in questa patologia in particolare. L'analisi [un'esperienza di psicoanalisi individuale] l'ho fatta perché avevo molti amici psicoanalisti, leggevo moltissimo, ho avuto l'opportunità di incontrare studiosi di tutte le discipline... Avevo capito che la formazione di uno psichiatra non poteva omettere la parte legata alla relazione terapeutica coi pazienti. E per questo dovevo fare un lavoro su di me, era implicito. Anche perché la scelta del medico era una cosa, ma la psichiatria ricomprendeva tutti i miei interessi: umanistici, filosofici, il rapporto con l'uomo, le domande esistenziali...

Non a caso, l'équipe originaria del centro, oltre a comprendere la dottoressa, le quattro educatrici della "casa famiglia" e la ex caposala dell'ospedale di Todi, includeva già altri due ingredienti eccentrici e decisamente all'avanguardia per un'esperienza di cura che stava muovendo i primi passi:

[...] fin dall'inizio il nostro gruppo di lavoro era già composto da figure molto diverse, c'era già Paola [dott.ssa Bianchini, collaboratrice della cattedra di Filosofia Estetica dell'università di Perugia], c'era già l'endocrinologa [dott.ssa Marucci, responsabile del Servizio di Medicina Integrata ASL] orientata verso le medicine non convenzionali e a un approccio olistico, quindi eravamo già un gruppo con delle competenze e delle visioni molto variegata e allargata. Poi la mia opinione come Direttore, in generale, è che, pur cercando di mantenere un approccio scientifico per evitare ovviamente castronerie, cerco di fare in modo che le persone studino e si facciano delle sperimentazioni in termini innovativi. Qui abbiamo cambiato tantissime cose [...]

Ai cambiamenti interni alla struttura residenziale si sono aggiunti quelli esterni dovuti alla implementazione dei centri, che hanno cambiato le priorità e incrementato le difficoltà.

Siamo partiti nel 2003 con una struttura, Palazzo Francisci, molto piccola, che già allora mi sembrava molto complicata perché c'era comunque un team multiprofessionale, eravamo tanti fin dall'inizio. Adesso siamo arrivati a quattro strutture solo in Umbria [si riferisce agli altri tre centri che completano la rete dei servizi DCA]. E' cambiato profondamente il lavoro. Ci sono quattro gruppi di professionisti, con alcuni punti di contatto, ma in realtà il vero punto di contatto sono io. [...]

Palazzo Francisci conserva comunque una sua specificità, che paradossalmente consiste proprio nel mantenere, all'interno di un percorso sempre più organizzato e standardizzato, un margine di "disorganizzazione creativa":

Palazzo Francisci è il punto da cui è partito tutto. Ha conservato un margine di... come dire, di disorganizzazione creativa, diciamo così, mentre gli altri servizi sono più molto più org. Il Dai e Nido, ad esempio, sono partiti con un'organizzazione già predisposta e strutturata perché l'avevamo fatta noi, un'organizzazione, se vogliamo, superiore a questa. Palazzo Francisci è il luogo dove nascono le idee, però, capisci? Abbiamo migliorato nel tempo, comunque siamo dentro un'Azienda Sanitaria, abbiamo dovuto e potuto, grazie a dio, organizzare meglio. Però ha mantenuto questo margine, diciamo, più *funky*, non so come definirlo, più creativo...

Siamo agli antipodi del pensiero unico. Considerata l'atmosfera entro cui la dottoressa ha realizzato la sua formazione e le prime esperienze lavorative, si può ipotizzare che il margine di creatività immanente alla "disorganizzazione" sia giudicato confacente a dischiudere la fortezza del disturbo alimentare così come negli anni Settanta era riuscita ad abbattere le mura del manicomio. Un combinato di rigore e libertà, di pragmatismo scientifico e gusto per l'avventura e l'esplorazione. Tutto questo all'interno di un percorso assistenziale pubblico e quindi vincolato al rispetto di certi parametri. Tale duplicità è ben restituita dall'approccio terapeutico in adozione nel centro.

Al di là della descrizione asettica che lo dettaglia nei particolari, specificandone la struttura organizzativa e il corpus teorico e metodologico di riferimento, è stato importante ricostruire l'*intima ratio* che conferisce unità e senso a un ventaglio di esperienze terapeutiche e di matrici teoriche molto diversificate. "Se uno si confronta con il nostro programma terapeutico - mi ha spiegato la dott.ssa Marucci, il medico endocrinologo del centro - potrebbe avere l'impressione di un *pot-pourri* di attività messe lì per fare in modo che i pazienti non si annoino, per impegnare il tempo, per non avere cattivi pensieri. E' vero che ci sono tante attività, ma c'è un filo logico tra queste: tutte mirano a un lavoro intensivo su corpo, emozioni e mente".

Il miglioramento sul piano organico è un obiettivo primario del ricovero residenziale. Il recupero del peso e l'eliminazione delle condotte di compensazione non rappresentano però lo scopo ultimo del lavoro terapeutico, che riguarda piuttosto verso l'ossessione per la magrezza, quindi all'aspetto ideativo che sostiene e perpetua il maltrattamento del corpo (Marucci, Dalla Ragione, 2007, p. 114). Più in generale, è l'idea onnipotente di controllare corpo, emozioni e anima, più che la magrezza in sé, oggi rinforzata dalla reale possibilità di farlo, qui e ora, col consenso etico condiviso dal mondo globale la base psichica che fonda il disturbo (*ibidem*, p. xxiv). L'intenzione programmatica, costantemente ribadita, è "affrontare la patologia a trecentosessanta gradi".

L'attacco al sintomo è sostenuto congiuntamente dalla riabilitazione nutrizionale e dall'utilizzo delle competenze medico internistiche e psichiatriche, orientate secondo l'approccio della "medicina integrata". L'aspetto nutrizionale è impostato secondo il modello cognitivo-comportamentale, sia per quanto riguarda i "pasti assistiti", sia per le attività individuali o di gruppo concernenti l'alimentazione. Anche il sostegno di tipo psico-educativo si ispira a questa impostazione (gruppo motivazionale, gruppo regole, gruppo obiettivi,

gruppo di verifica), benché nessuno degli operatori possieda una formazione specialistica in tal senso. I gruppi psicodinamici, la pratica filosofica, i laboratori di bioenergetica e danzamentoterapia, il gruppo teatro, di scrittura e il gruppo haiku (una tecnica lirica di origine giapponese), puntano invece nel loro complesso, ad accogliere e comprendere la dimensione sintomatica prendendo, per così dire, le sue difese. Si tratta di un lavoro più interno, introspettivo, che attiva il canale emozionale, il corpo vissuto e il vissuto corporeo, in senso espressivo e simbolico, come strumento di consapevolezza. Unitamente ai colloqui psicologici individuali, è volto alla comprensione delle dinamiche più profonde sottese ai pensieri e comportamenti disfunzionali, e del loro significato. Completa questo aspetto del trattamento, pur non essendone parte integrante, l'intenso lavoro di supporto ai familiari dei pazienti. Va precisato che lo studio delle relazioni familiari è parte integrante della valutazione diagnostica e della preparazione di un piano di intervento.

All'epoca della ricerca, gli psicologi del centro, alcuni dei quali impegnati nelle fasi finali della specializzazione in psicoterapia, si riconoscevano in vari indirizzi: sistemico-familiare, bioenergetico, psicosomatico, strategico breve sistemico, gruppoanalitico. La specialista scelta per la supervisione dell'équipe è una psicoanalista. Anche la parte nutrizionale viene gestita da dietisti e biologi nutrizionisti con percorsi formativi e approcci professionali diversi. Non vi sono controevidenze alla pluralità degli approcci. Sembra pesare di più la qualità della relazione clinica.

Cito da un lavoro preparatorio alla tesi di specializzazione a orientamento sistemico familiare della dottoressa Paradiso, la psicologa da cui ho ripreso la metafora della "lotta/difesa" del sintomo come cifra dell'integrazione: "il modello di cura prevede il simultaneo trattamento di soma e psiche: in base a ciò, secondo una sorta di determinismo reciproco, la terapia nutrizionale favorirebbe la modificazione degli atteggiamenti psicologici disfunzionali e, la modificazione di questi ultimi, favorirebbe la maggiore adesione del paziente alla terapia nutrizionale, con conseguente recupero ponderale e miglioramento del quadro clinico generale" (Paradiso, 2017, comunicazione personale). Si potrebbe dire che si tratti di spezzare un circolo vizioso.

Fin dal primo giorno di campo a Palazzo Francisci mi sono chiesta se ci fosse *un punto di entrata e quale fosse*. Su questo aspetto non ho posto una domanda diretta ai miei interlocutori, implicati essi stessi nel circolo benché dalla parte opposta rispetto ai pazienti. Ho ritenuto potesse emergere unicamente da un'elaborazione a posteriori, mediata dal confronto con la letteratura e soprattutto dall'esperienza di osservazione partecipante. Un'elaborazione complessa che doveva contemplare una molteplicità di fattori, incluse naturalmente le conversazioni con gli operatori. Solo in questo modo avrei potuto evitare, tanto una visione eccessivamente vicina alle loro esternazioni quanto un giudizio illusoriamente oggettivo che si traducesse – come ritengo accada in molte ricerche di taglio socio-antropologico – in una valutazione implicita o esplicita sulla "bontà" della struttura. Per questa ragione intendo esplicitare il mio posizionamento intellettuale, le precomprensioni che hanno agito come filtro e, insieme, come reagenti, alla costruzione di una visione dell'approccio terapeutico di Palazzo Francisci "dal punto di vista dell'antropologo". Oltre all'antropologia, in particolare medica, sono state la filosofia e la psicoanalisi lacaniana (soprattutto nel ruolo di analizzante) a orientare il mio "sguardo da lontano", critico-dubitativo e insieme auto-riflessivo. L'espressione congiunta di un'inquietudine intellettuale e di un percorso di guarigione. Da questo armamentario "eclettico" è emerso il campo, cioè la domanda di ricerca, che è stato definito processualmente alla sua costruzione. Ora che posso farlo in prima persona, mi sento di sottolineare l'importanza e imprescindibilità dell'indagine etnografica per comprendere la "terrificante complessità" di un contesto particolare (Geertz, 1973, p. 96).

La mia risposta al quesito posto più sopra è che a Palazzo Francisci si comincia dalla “terapia nutrizionale”, dal “bisogna pur mangiare”. In estrema sintesi e correndo il rischio di qualche semplificazione, la filosofia del centro si riassume in questa formula: “ne parliamo, ma intanto mangia”.

Non sono riuscita a superare un’istintiva e perdurante avversione di fronte allo strumentario cognitivo-comportamentale e al suo intento correttivo (già il termine mi imbarazza) di fronte agli aspetti direttamente sintomatici. La commistione tra un certo tipo di formazione filosofica e un certo genere di antropologia mi ha allontanato dall’ipotesi “cognitivista”, che per quanto aggiornata possa essere, resta a mio avviso troppo cartesiana e soggiogata al paradigma dell’evidenza. La terapia nutrizionale, col suo corredo ossimorico di familiarità e artificio, mi pareva l’astrazione perfetta – nei termini di una deprivazione – della complessità e ricchezza di ciò che con Bourdieu si potrebbe chiamare un *habitus* alimentare. Certamente l’idea della docilità del corpo all’intervento educativo, la malleabilità rispetto alla reiterazione delle abitudini può presentare qualche aggancio con l’ipotesi comportamentista. Se ne distanzia tuttavia, radicalmente, per l’insistenza sul processo di assimilazione e interiorizzazione profonda (insieme cognitivo, percettivo e affettivo) irriducibile allo schema stimolo-risposta. Solo superficialmente si tratta di un processo mimetico. La costruzione di un *habitus* è un evento poetico.

Epitome del progetto di scarificazione del pasto, era l’idea del cibo come medicina (Dalle Grave, 2002). Una metafora che mi sembrava aberrante nella misura in cui veniva presa *alla lettera*. L’idea di spogliare l’assunzione del cibo dalla componente emotiva, di depurarlo dalle preoccupazioni sul peso, le calorie e le sensazioni del corpo, la sospensione “magica” dei comportamenti disfunzionali, mi sembravano ipotesi fantasiose, puri miraggi per questi pazienti visibilmente immersi nell’angoscia. Per quanto accogliente fosse l’atmosfera e sinceramente incoraggiante l’atteggiamento degli operatori, l’esperienza mi sembrava francamente coercitiva. Non so dire se trovassi più violenta la purificazione emozionale del cibo o la tecnica definita di “decentramento e disidentificazione”, per cui al paziente viene chiesto di “non fidarsi” delle proprie sensazioni negative (gonfiore, nausea, senso precoce di sazietà) e di attribuirle invece alla propria “parte malata”. Faticavo a non immaginare quest’ultima come un doppio inquietante, in cui dr. Jeekyll e Mr Hyde si scambiavano continuamente le parti, giacché proprio la parte malata mi sembrava dotata di una maggiore lucidità. Ricordo il colloquio con una paziente molto grave, che per tutto il tempo dell’intervista parlava di se stessa e de “la malattia” quasi fosse realmente una compagna di stanza. Possibile si fosse davvero *convinti* che bastasse ripetere “frasi pappagallo” – “finirò ogni boccone del mio pasto”, “non diventerò grasso”, “ho bisogno di cibo per la mia salute” – per riuscire a “distanziare i pensieri dai comportamenti”? Dov’era finito il senso di cura di cui questa “casa” si faceva vanto e, quindi, il *senso della cura* nel suo complesso?

Il confronto con gli operatori e soprattutto con l’esperienza (non la teoria) della nutrizione assistita avrebbe calmato la mia offensiva. Al di là di questo, è stato imprescindibile ricostruire, a partire dalla *prassi* terapeutica del centro, l’*idea* del sintomo che vi era sottesa, tanto da poter restituire intelligibilità anche all’alimentazione meccanica. Sapevo che non era considerato un puro e semplice disturbo, che la sua economia era strettamente intrecciata alla questione dell’identità. Era dunque nella teoria del soggetto la chiave di volta.

5.2 Corpi in cerca d’autore

Identità. Disturbi dell’identità, individualità ferite, soggetti fragili, scarso senso di autostima, vulnerabilità ai condizionamenti esterni, difficoltà ad accedere alla maturità sessuale, conflitto per l’indipendenza, paura di crescere, incapacità di autonomia. Tali espressioni, disseminate

nelle pubblicazioni o articolate negli interventi rivolti ai genitori e al pubblico non specializzato (Bianchini, Dalla Ragione, 2006; Marucci, Dalla Ragione, 2007; Dalla Ragione, Bianchini, De Santis, 2016), mi hanno restituito, meglio delle classificazioni psichiatriche “puramente” descrittive, quale fosse il *pensiero* sui disturbi alimentari proprio del centro, e sul quale i vari orientamenti psicoterapici dovevano in qualche modo a convergere. Su questo punto il lavoro svolto dalla consulente filosofica dell'équipe, Paola Bianchini, era illuminante. La connessione tra disturbo alimentare ed essere nel mondo, tra corpo oggettivato e vissuto, il richiamo all'esistenzialismo e alla fenomenologia, alla letteratura e all'espressione artistica, manifestavano il desiderio di accostare il problema in termini ampi e radicali. I disturbi alimentari sono malattie del *Da-sein*, espressione emblematica della difficoltà a “incorporarsi” nella società contemporanea. Disagi letti sullo sfondo dei grandi temi della progettualità, della libertà, della scelta, del rischio di vivere e dell'essere con-altri. L'impoverimento del legame sociale, facilitato dall'iper-realtà virtuale ma anche sottratto all'impegno del corpo-a-corpo, l'enfasi sull'estetica del corpo, artefatta nei media e perfezionata dalla tecnologia, arricchivano l'argomentazione di uno spessore riflessivo importante. Alla base del sintomo non c'è un disturbo, ma una domanda di senso che riguarda intimamente il soggetto che lo patisce.

Sul piano più strettamente clinico, la posizione del centro mi è parsa allineata al paradigma psicodinamico dominante, che impernia l'eziologia del disturbo alimentare sui temi del narcisismo, del rapporto del soggetto con l'immagine del corpo, della difficoltà di separazione dalle figure di riferimento, e della posizione del soggetto nel contesto familiare. Nel suo complesso viene concepito come una sorta di *breckdown* evolutivo. Queste ipotesi sono tutte riconducibili alla cosiddetta “psicologia dell'Io”, sviluppata dalla corrente *evolutivista* della psicoanalisi post-freudiana (antipodale a quella *strutturalista*), più sensibile a inquadrare lo psichismo umano in termini biologici e naturalistici. Il soggetto coincide fundamentalmente con l'Io, e corrisponde grossomodo all'idea occidentale di persona di cui Geertz illuminava il carattere etnocentrico e “alquanto peculiare nel contesto delle culture mondiali”, vale a dire “come un mondo motivazionale e cognitivo armonico, unico, più o meno integrato, un centro dinamico di consapevolezza, emotività, giudizio e azione, organizzato in un insieme distinto ed in contrapposizione ad altri di questi insiemi e al suo retroterra sociale e culturale” (Geertz, 1983, p. 76).

Il nucleo concettuale delle patologie alimentari consisterebbe in un senso di *Sé deficitario*. Interazioni disfunzionali con la figura materna o col contesto familiare sarebbero all'origine dei “tratti premorbosi” conclamati dal disturbo nei suoi effetti distruttivi: le distorsioni percettive dell'immagine del corpo (misconoscimento della magrezza); l'incapacità di rilevare adeguatamente gli stimoli corporei (fame, freddo, fatica ecc.); il soverchiante senso di inadeguatezza (Bruch, 1978; 1988). Al medesimo centro gravitazionale è riconducibile il rifiuto del corpo (prima ancora che del cibo), delle sue esigenze biologiche e dei suoi processi trasformativi (Selvini-Palazzoli, 1963). La ricerca della magrezza e il digiuno protratto sono, insomma, dei tentativi riparatori, strategie difensive dalla “paralizzante impotenza” che pervade il soggetto. Come sintetizza il genio di Selvini Palazzoli “l'emaciazione esprime l'olocausto della soddisfazione orale (*primum necessarium* biologico) per ottenere i *prima necessaria* biopsicologici: la sicurezza e il potere” (Selvini Palazzoli, 1963, pp. 80-81).

Anche la pedopsichiatria psicoanalitica francese, in tempi più recenti, ha sottolineato il vettore narcisistico sotteso alla “ricerca costante dell'insoddisfazione”, il cosiddetto “orgasmo della fame” (E. Kestemberg, Decobert, J. Kestemberg 1972). Si tratta di una forma mortifera e autoreferenziale di godimento, che esclude tanto il proprio corpo, ridotto a oggetto-feticcio, quanto la relazione con l'altro. Si evidenzia così il duplice risvolto dell'autarchia anoressica, che riguarda la “natura” non meno che la “cultura”:

Il corpo è il luogo, il punto d'incontro indispensabile dei rapporti con gli altri. Rifiutare il corpo significa quindi rifiutare la socialità, la solidarietà con il mondo, la responsabilità. [...] diverrà più e più chiaro come il loro

disprezzare il corpo, l'odiarlo, il rigettarlo come un oggetto ingombrante, non è affatto una scelta spiritualistica ma un comportamento materialista di fuga del tutto assimilabile al loro assenteismo sociale, all'egocentrismo, alla fuga dal rapporto interumano in qualche modo pregnante. (*Ibidem*, pp. 162)

Il potere incantatorio della magrezza, che ammalia una cultura ossessionata dalla forma, si scontra col "materialismo basale" di gesti e discorsi spesso confusi, volenti o nolenti, con una forma di infantilismo. Si sfalda davanti all'epifania della desolazione che domina un regno sostanzialmente vuoto: "le principesse di Palazzo Francisci" non hanno altri sudditi che se stesse. L'arroccamento egosintonico al sintomo tradisce l'imperativo categorico di adeguare l'ideale (sociale e familiare) in uno sforzo estremo di conformismo, o viceversa, di rigettarlo senza smuovere di un passo la propria posizione di "dipendenza". È stato interessante interpellare gli operatori se i disturbi alimentari fossero forme di trasgressione o di conformismo. Hanno apprezzato la "bella domanda!" riproducendo, nella maggioranza delle risposte, il medesimo movimento oscillatorio delle loro pazienti, propendendo cioè per una trasgressione o un conformismo altrettanto netti, ma con motivazioni oltremodo significative. La questione ha poi aperto il campo al tema spinoso del rapporto tra DCA e altre forme di dipendenza:

Questa è una bella domanda: secondo me di trasgressione, perché credo che dove in apparenza c'è questo desiderio di conformarsi all'immagine del corpo considerata piacente e piacevole al giorno d'oggi, in realtà ci sia una forte critica a questi modelli, perché i nostri pazienti sono persone che si fanno delle domande esistenziali molto alte. Chi sente solo il bisogno di omologarsi a un modello non se le pone, perché l'omologazione già appaga, mentre nei DCA non è così. Nei disturbi alimentari l'omologazione non appaga. Perché più ti avvicini all'obiettivo fisico che ti eri dato, meno questo basta, perché la domanda si eleva, si alza sempre di più. (Paradiso, psicologa)

È un confronto tra "dittatura" e "democrazia". Quando la democrazia non funziona, regrediamo alla monarchia. È uno sforzo per poter compensare qualcosa che sfugge. In tempo di guerra al Presidente degli Stati Uniti sono stati dati i pieni poteri. Esiste nel nostro funzionamento sociale una sorta di anoressia. (Bravetti, psicoterapeuta)

Nessuna delle due ma se devo scegliere direi trasgressione. Perché comunque vanno chiaramente contro la vita e sfidano un sistema fisiologico di sopravvivenza. Non così l'uso di droghe o di alcool. Non vanno a interferire direttamente con un funzionamento vitale. La difficoltà di uscire da questo disturbo equivale alla difficoltà di un tossicodipendente. Ma l'impatto sulla persona, sul sistema familiare e quello che ha intorno è più violento. Più violento perché è meno comprensibile. Un tossico lo metti nella illegalità. Il DCA intacca la quotidianità. Anche l'età è diversa. Queste sono piccole piccole. Il tossico o chi fuma le canne non sa dove va a finire. In questo caso c'è una conseguenza tangibile, che si avverte molto presto. Calo peso, ha contro la famiglia, i capelli le cadono, non si concentra più. Se non mangi muori, se ti droghi è più difficile morire. Non ti droghi perché vuoi morire, queste sì, perché non sanno vivere. (Cazzella, dietista)

Dietro il negativismo della condotta alimentare patologica si nasconde difensivamente un sé deficitario che cerca disperatamente di rafforzare se stesso. Una crosta sintomatica ingabbia un sé fragile (ma autentico) da riportare alla vita. È questo il principio che orienta la cura a Palazzo Francisci. Il sintomo non è il problema, anzi, lo occulta. Smantellarne la fortezza, permette all'individuo di emergere con tutte le sue attitudini, capacità e possibilità. Secondo l'efficace espressione di un mio interlocutore, "tolto il bestiario dei sintomi, lavoriamo sull'identità" (Lombardo, psicoterapeuta).

La cura è fondamentalmente un'azione riparativa, che riporta il paziente a un contatto più realistico e al tempo stesso costruttivo con se stesso e col mondo. Nel progetto riabilitativo, l'intento terapeutico (il miglioramento delle condizioni psicopatologiche) si intreccia con una finalità in senso lato pedagogica. Palazzo Francisci è il luogo in cui un'anima ferita può cominciare a ritrovare se stessa. Vi abita una famiglia sana, buona, e affidabile che può aiutarla a riprendere il cammino interrotto. L'équipe si prende cura del sintomo così come della crescita, anche se è fondamentale il concorso di chi soffre. Lo si aiuta a rispettare il

programma. In questo progetto, ragioni di ordine clinico si mescolano a convinzioni di tipo educativo, filosofico-esistenziale e anche filantropico, com'era nelle intenzioni dei padri fondatori. Un impasto composito non esente da qualche ambiguità.

L'idea tanto spesso ribadita della necessità di "aprirsi un varco" attraverso il corteo sintomatico, per esempio, è indicativa tanto della ferocia della patologia, che rinserra l'individuo nella morsa di una ripetizione compulsiva - "se non curata l'ossessione può soltanto peggiorare" (Bianchini, consulente filosofica) - quanto il principio di legittimazione di metodi terapeutici più esterni e coercitivi, in primo luogo l'obbligo di assumere tutta la terapia nutrizionale. L'invito ad affidarsi alla cura, così difficile per questi soggetti, proviene da un Altro che incarna sia il sapere che guarisce (è un professionista specializzato), sia l'autorevolezza del genitore che, amando il proprio figlio, ne dirige la crescita. E' un Altro, si potrebbe dire, installato nella posizione della "causa finale", nel senso aristotelico di forza attrattiva che spinge il soggetto verso il bene, in primo luogo ripristinando uno stato di salute.

Anche la giovane età dei pazienti, i sentimenti di inermità, fragilità e solidarietà provocati da questi corpi femminili trattenuti nelle forme dell'infanzia, uniti all'indubbio sentore bambinesco di taluni loro discorsi e comportamenti, trovano nella "casa delle bambine che non mangiano" un corrispettivo fin troppo speculare. Molte di queste fanciulle sono in realtà delle giovani donne, in qualche caso ragazzi in età puberale, che tuttavia continuano a essere coccolati in maniera esplicitamente accudente. Tutto ciò non ha nulla a che fare, naturalmente, con l'importanza vitale di instaurare con questi soggetti delle relazioni sincere e accorate, di farli sentire accolti e non oppressi dalle aspettative altrui. Mi domando soltanto se l'afflato complimentoso e compassionevole, il bacio e l'abbraccio di *default* non finiscano, alla fine, per colludere con la loro presunta fragilità anziché contrastarla. Può essere che la relazione di cura, per non incartarsi nell'autoritarismo, finisca per scivolare del paternalismo (in questo caso "maternalismo"). Può darsi che si tratti di un cambiamento generazionale, in linea con lo stile emotivo dei nostri tempi, in cui un'emozione, se non è exteriorizzata in modo plateale, sembra semplicemente assente. Non è mia intenzione generalizzare. Ciascuno degli operatori ha un proprio stile, e certo non mancano atteggiamenti più perentori e direttivi, e neppure quelli difensivi o francamente espulsivi (per paura, o forse per reazione a un'accoglienza smisurata). E poi ci sono l'ironia, e la "grazia" dell'operatrice anziana.

In realtà, più che ai professionisti, le mie considerazioni si rivolgono all'atmosfera generale della "casa". Attingono, cioè, più alle fondamenta che agli abitanti. Una conseguenza non prevista dell'intenzione di creare un luogo di cura "familiare" in antitesi all'ambiente asettico, ma anche neutro o emotivamente meno connotato, dell'ospedale o di altre comunità terapeutiche. L'esperienza comunitaria, volente o nolente, riproduce comunque le dinamiche del vissuto familiare. Proprio per questo tale dinamica va gestita con accortezza, a maggior ragione se la "casa che cura" diventa un principio costantemente esplicitato. La famiglia buona non è "già là", e se crede o fa credere di esserlo, si espone ai cortocircuiti dell'idealizzazione e/o del disconoscimento.

Nelle mie esternazioni gioca sicuramente l'influenza di un pregiudizio personale, a un tempo teorico ed esperienziale, che pone al cuore dei disturbi alimentari non già la debolezza, ma proprio l'ipertrofia dell'Io, latore di una "tragica" inclinazione a mantenere una distanza forzata (e ci vuole una gran forza) tra la pulsione e l'ideale. Mi sento vicina, detto altrimenti, a una lettura che aborda il problema alimentare non sul versante narcisistico o "psicologico" ma in senso lato "antropologico": è un'empasse che attiene all'Altro e al rapporto con l'Altro. Se la malattia, come afferma Byron Good, "non è un'entità ma un modello esplicativo" (Good, 1993, p. 83), ciò vale per l'epistemologia medica ma anche per il singolo paziente, il cui lavoro introspettivo in qualche modo si con-forma, ammesso che duri, alla fisionomia della clinica che lo sostiene nell'impresa. Nel mio caso, la risonanza soggettiva tra la formazione

antropologica e l'esperienza di analizzante lacaniana, insieme al confronto diretto con alcuni professionisti di tale orientamento, hanno concorso a profilare un cammino nel quale finalmente mi riconosco. Da questo punto di vista, non riesco a essere neutrale di fronte all'approccio cognitivo-comportamentale. Fortunatamente non sono un terapeuta.

A Palazzo Francisci si cerca di controbilanciare la regolamentazione del sintomo col concorso del soggetto alla sua comprensione. Il lavoro psicologico vero e proprio viene soltanto avviato, con l'auspicio che possa proseguire al di fuori della struttura. Tuttavia tutto un ventaglio di tecniche più "interne" circonda la riabilitazione nutrizionale "direttiva". La possibilità di "integrare" due scelte apparentemente contraddittorie risiede a mio avviso, almeno dal punto di vista psicopatologico, in un riferimento implicito ad alcune posizioni di Hilde Bruch, e soprattutto alla "fortuna" che hanno avuto in altri approcci. Questa intuizione è sopravvenuta durante la stesura finale, quindi non ho potuto confrontarla coi miei interlocutori. Questo passaggio di Cosenza mi pare significativo, e lo riporto per intero:

[...] sebbene l'autrice [Hilde Bruch] sottolinei a più riprese l'irriducibilità della sua impostazione terapeutica ai quadri delle terapie cognitivo-comportamentali [...], ciò non toglie che di fatto tali terapie riconoscano nella sua concezione un punto di riferimento essenziale a partire da cui giustificare la loro prassi terapeutica. E in effetti l'opera di Bruch si caratterizza, proprio per l'accento posto al contempo sulla deficitarietà complessiva del Sé della ragazza anoressica e sui disturbi cognitivo-percettivi alla base dell'anoressia mentale, per la capacità di agglutinare a sé, *malgré soi*, come riferimento centrale nella teoria e nella cura dell'anoressia mentale, tanto gli approcci cognitivo-comportamentali focalizzati sull'ortopedia del disturbo quanto gli orientamenti psicodinamico-psicoanalitici eredi della tradizione della psicologia dell'Io, che puntano a una trasformazione più complessiva della personalità. (Cosenza, 2008, p. 55)

Un altro ordine di ragioni che dà un diritto di precedenza all'offensiva contro il sintomo deriva da una prospettiva più strettamente biomedica.

5.3 *La natura medica*

Non è solo la psicodinamica a ribadire il carattere economico del sintomo, a parlare di "malattie che è pericoloso guarire", secondo l'espressione di Dominique Raymond ripresa da Charcot alla fine della sua tesi di abilitazione (Canguilhem, 2002, pp. 37-38). In un periodo di grandi disillusioni, l'attivazione un "meccanismo autocorrettivo" all'interno della biomedicina (Seppilli, 1996, p. 13), ha portato, all'inizio degli anni Novanta, alla nascita della "psiconeuroendocrinoimmunologia" (PNEI). Una rivoluzione paradigmatica, che ha superato tanto il riduzionismo biomedico, *a fortiori* escludente l'influenza psico-sociale sugli stati di salute/malattia, quanto le "congetture" della medicina psicosomatica, incapace di giustificare su basi scientifiche la correlazione tra psiche e soma.

La PNEI è l'espressione antonomastica di una "medicina integrata". Questa formula viene spesso preferita a quella di "medicina non convenzionale" (MNC) perché il suo punto di forza risiede nell'inserire in una proposta unitaria l'utilizzo delle tecniche biomediche classiche e una serie di metodiche "alternative" (dall'omeopatia alla medicina tradizionale cinese, dalla fitoterapia alle tecniche yoga e alla meditazione), una volta giudicate con sospetto perché non suffragate da prove sufficienti. Ciò che veniva rubricato come "superstizione" e rimbalzato ai cultori dell'esotismo (gli antropologi), acquista riconoscimento e diritto di cittadinanza nella medicina ufficiale. Almeno così funziona in Umbria, il cui Piano sanitario regionale prevede Servizi di medicina integrata sul territorio. In uno di questi centri (a Perugia) è avvenuto l'incontro tra la dott.ssa Marucci, l'endocrinologa che ne era responsabile, e la dott.ssa Dalla Ragione. E' l'inizio di una collaborazione preziosa che installa il principio dell'integrazione dentro lo stesso approccio *medico* ai DCA. Il problema della mancanza di evidenze scientifiche

sull'impiego delle terapie farmacologiche (Cuzzolaro, 2014, pp. RIF) insieme agli effetti collaterali degli psicofarmaci su individui in crescita, sollecitano la ricerca di una soluzione "creativa". La testimonianza dell'incontro tra le due professioniste è anche indicativa del fondamento molto pragmatico delle loro scelte che, a posteriori, si sono rivelate vincenti:

Sai perché quando abbiamo iniziato avevamo tutte bambine? Perché eravamo l'unico servizio pubblico che le prendeva. Al di sotto dei 18 anni gli psicofarmaci sono *off label* (fuori protocollo), e lo psichiatra li segna sotto sua responsabilità. Ci sono dati in letteratura che provano che l'antidepressivo, che viene dato abitualmente, in età adolescenziale aumenta il rischio di suicidio. L'altro dato in letteratura è che in anoressia e in generale nei DCA è molto alta la percentuale di morti per suicidio. Quindi, se fai due più due capisci perché nessuno psichiatra si assume la responsabilità. Poi, dopo, la letteratura ci dice che le anoressiche hanno la serotonina più alta, e che l'antidepressivo serotoninergico non è proprio il massimo... Tutt'al più devi vedere se c'è un altro disturbo psichiatrico associato, e questo è il compito dello psichiatra. Un po' l'età, un po' la debilitazione... Ad esempio, la bradicardia [l'abbassamento della frequenza cardiaca al di sotto dei livelli di normalità è un effetto della denutrizione]. Una delle precauzioni d'uso nella somministrazione degli psicofarmaci è un disturbo del ritmo cardiaco. Se con i farmaci abbiamo le mani legate, allora cosa possiamo fare? Noi siamo partiti da un bisogno: risolvere un problema. Non è che tu devi fare una scelta ideologica. Ti metti a tavolino e ti domandi quale possibilità hai e allora devi studiare. Nessuno prima di noi ha percorso questa via, però poi sulla base dei dati clinici puoi fare un ragionamento razionale e prendere delle decisioni. Il criterio che seguo è che il possibile beneficio sia maggiore del danno. Con le terapie anticonvenzionali, al massimo non hai il vantaggio, ma raramente. In ogni caso non ci sono effetti collaterali. *Primum non nocere*, diceva il nostro maestro Ippocrate. Questo spiega perché siamo capofila in Italia.

[...] Personalmente frequento sia l'ambiente della medicina convenzionale che anche no. Non appartengo a nessuno dei due in esclusiva. Come medico faccio un ragionamento di diagnosi e poi di terapia. E' il mio giudizio che mi suggerisce se c'è un'evidenza per una terapia convenzionale oppure no. Non scelgo un approccio a priori. Io faccio il medico, cioè faccio la diagnosi e poi, quanto più ampio è il mio approccio, quante più possibilità ho nella scelta della terapia. Non ho fatto nessuno sforzo per arrivare a questo. È la mia identità. Se la MC avesse soddisfatto tutte le domande di cura, non si sarebbero sviluppate le MNC. Tutto questo al di là delle polemiche, che personalmente trovo sterili e legate a fattori ideologici, e il più delle volte economico e politico, perché non esistono altri fondamenti. [chiedo delucidazioni] Molti medici si difendono dicendo: "io non ci credo". Questa, io dico, è un'autodifesa dell'ignoranza. Il verbo credere non si coniuga in medicina e neanche nell'ambito scientifico. In letteratura, nei canali delle bibliografie mediche, trovi tutto quello che vuoi; se vuoi ti informi e verifichi, non devi *credere* nulla. Quindi uno che dice "non ci credo" sta difendendo il suo diritto a non saperne di più, cioè all'ignoranza.

La PNEI si interessa alle relazioni esistenti tra i grandi sistemi di regolazione dell'organismo (Sistema Nervoso, Endocrino, Immunitario) che stabiliscono una rete dinamica finalizzata al mantenimento dell'omeostasi. Impostazione olistica e logica sistemica soppiantano la separazione cartesiana mente/corpo e la causalità lineare come determinante l'insorgenza degli stati morbosi. In loro vece, è il processo di interazione fra organismo e ambiente l'epicentro di un modello esplicativo in cui i sintomi, dai più comuni come uno stato febbrile ai più gravi come le cardiopatie o i tumori, sono interpretati come *risposte adattive* di un organismo in lotta per difendere la propria integrità. La malattia non è più vista come un guasto da riparare, e la terapia non può coincidere con un intervento soppressivo. La comprensione della funzione del sintomo diventa il punto di partenza (non di "attacco") della medicina, il cui fine è quello di stimolare le risorse endogene di guarigione. Tra la causa scatenante e l'evento malattia non esiste un rapporto diretto. In presenza dello stesso agente scatenante non tutti si ammalano e nessuno si ammala allo stesso modo. Dipende dalle capacità reattive di ciascuno, giocoforza contestuali e contingenti. L'approccio PNEI salvaguarda la complessità del sistema, ma anche la sua singolarità.

L'agente patogeno può essere un virus o un batterio, ma anche lo stress, un abuso, un forte e prolungato dispiacere. Il fatto che anche "le parole possono farti ammalare" (Dalla Ragione, Bianchini, De Santis, 2016, p. 42) non è una formula magica, ma una verità scientifica. La PNEI comprova infatti empiricamente l'incidenza degli stati psichico-emozionali sull'intero

funzionamento corporeo, timidamente affiorata in alcune ricerche in campo biomedico (effetto placebo) e già data per “scontata” in numerose culture extra-occidentali, nelle culture folkloriche europee e nello stesso senso comune. Appare quindi sempre più chiara l'esistenza di una correlazione, più o meno stretta a seconda dei casi, fra il patologico e il sociale. I dinamismi del sistema nervoso centrale “funzionano” come meccanismi di introiezione e rielaborazione delle esperienze vissute, come luogo di memoria e identità soggettiva, condizionando la salute, sia come matrice comportamentale di un gran numero di comportamenti e di scelte concrete, sia come attivatori di specifici processi di modulazione del sistema immunitario e di regolazione dell'intero funzionamento corporeo (Seppilli, 1996, p. 15).

Rispetto alla comprensione dei disturbi alimentari psicogeni, l'ipotesi PNEI è stata di grande aiuto. Lo studio della filogenesi umana, dei meccanismi neuroendocrini preposti alla regolazione del peso, della neurofisiologia del piacere alimentare, spiegano come un “agente simbolico” o un antigene “emozionale” – nel linguaggio psicologico, un vuoto esistenziale, la difficoltà ad accettare un corpo che cambia, di separarsi da un genitore intrusivo – possano trovare nell'assunzione di cibo o nel controllo dell'alimentazione una soluzione compensatoria, una via di fuga, o di scarica, in generale un tentativo di autocura per contrastare uno stato di sofferenza.

In particolare, portano a considerare alcuni stati organici tipici di un soggetto con disturbo alimentare, non come variabili sintomatiche indipendenti, ma come *conseguenze* dello stato di malnutrizione. L'abbassamento del metabolismo basale, per esempio, o il desiderio compulsivo (*craving*) di carboidrati, l'amenorrea, lo “spegnimento” di alcune aree cerebrali preposte alla percezione dell'immagine corporea, l'iperattività, prima che problemi da risolvere, sono soluzioni da comprendere nel loro valore adattivo. Considerati da questo punto di vista i DCA diventano, più che disturbi dell'alimentazione, «disturbi della competenza a sopravvivere» (Marucci, Dalla Ragione, 2007, p. 48). Ne deriva che somministrare, ad esempio, una terapia ormonale a una ragazza anoressica per ripristinare il ciclo mestruale, come capita o è capitato a molte di loro, è un intervento inutile e pericoloso. Una manutenzione della facciata che non modifica realmente l'assetto, anzi, potenzialmente lo aggrava, in uno scambio di cause ed effetti che procrastina un serio intervento sulla malattia.

Molte informazioni vengono reperite a livello filogenetico. Data l'importanza delle riserve energetiche per la sopravvivenza individuale e per la capacità riproduttiva, l'abilità nel conservare energia sotto forma di Tessuto Adiposo ha conferito agli animali un vantaggio evolutivo. Per questa ragione, sono dotati di un corredo genetico che favorisce l'introduzione energetica e l'accumulo, riducendo al minimo la spesa. E' un sistema complesso, “che si estende dai più alti centri corticali agli adipociti, realizzando un monitoraggio continuo delle riserve energetiche e assicurandone la costanza relativa” (Marucci, Dalla Ragione, 2007, p. 31). Esiste una sorta di *set point lipostatico*, che viene preimpostato alla nascita e corrisponde a una banda di oscillazione che va da 3-5 chilogrammi in più o in meno rispetto al punto di regolazione. Siccome le condizioni di vita dei nostri antenati non prevedevano introiti energetici costanti, ma cicli di abbondanza-carestia, è stato ipotizzato che la selezione naturale abbia favorito e favorisca ancora oggi i genotipi in grado di attivare un metabolismo “frugale” (chiamato così dalla scoperta di un gene specifico, detto appunto *thrifty gene*), più adatti a sopravvivere in condizioni di scarsità di cibo e a trasferire i propri geni alla progenie.

Ciò significa che “ridurre l'assunzione di cibo, qualunque sia la causa (carestia o dieta), induce nel corpo un abbassamento dei consumi e un rallentamento del metabolismo, finalizzati a “razionare” le scorte in qualche modo. Anche se la quantità usuale di nutrimento viene poi ripristinata, il metabolismo non si riavvia immediatamente e questo fa sì che, dopo una dieta ipocalorica, la ripresa delle vecchie abitudini alimentari favorisca il recupero del peso perduto, spesso superandolo” (*ibidem*, p. 30). Nel caso opposto di una restrizione

alimentare radicale e protratta – è il caso di un’anoressia – l’organismo compensa le carenze nutrizionali “risparmiando” sull’esercizio di altre funzioni, come la riproduzione (amenorrea) o la cognizione (un pensiero ossessivo “consuma meno” di un ragionamento). Altre sono attivate in modo parziale, “disturbando”, per esempio, la reale percezione dell’immagine corporea, come evidenziato dalle procedure di *neuroimaging* (Fig. 3) oppure potenziandole in modo abnorme. E’ questo il caso dello straordinario e paradossale iperattivismo fisico di molti soggetti in anoressia, malgrado l’evidenza del loro stato di emaciazione.

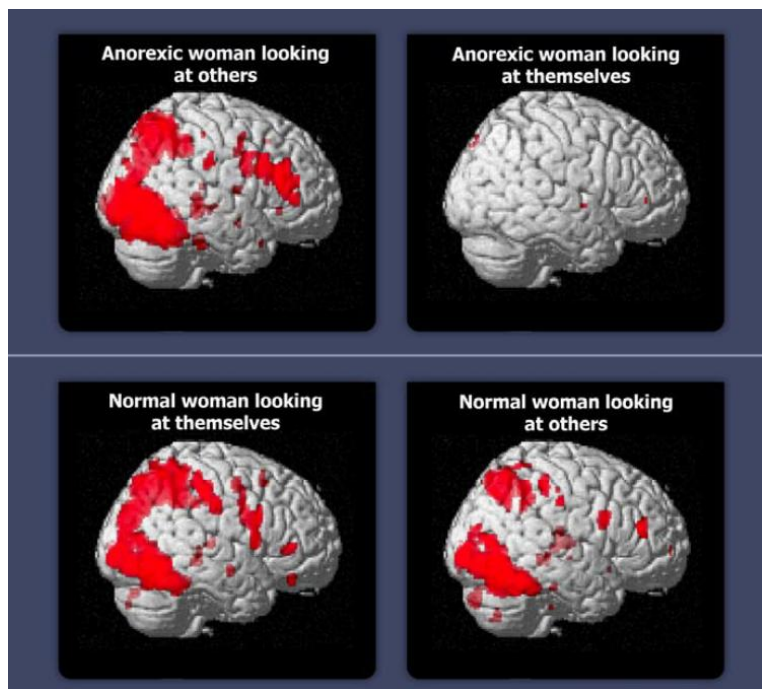


Figura 3

“As these pictures dramatically illustrate, when people with anorexia tell us “I just can’t see that I’m too thin” they are telling the truth – the visual cortex is literally blinded to their own body contours while the brain region responsible for one’s body image is hyperactive, seamlessly filling in the blank with a fattened up version. This odd blindness happens only for an anorexic’s own body and only when he or she is underweight” (Guisinger, S., “Anorexia Nervosa: A Guide for Anorexics and their Loved Ones”).

Alcuni studiosi americani hanno elaborato in proposito un’ipotesi interessante, denominata “*adapted to flee famin hypothesis*” (ipotesi dell’adattamento a fuggire dalla carestia) (Guisinger S., 2003, Guisinger S., Schuldberg D., 2007), che indirizza la ricerca verso l’individuazione di una matrice genetico-ereditaria del disturbo. Essa è stata presentata a Palazzo Francisci su invito della dottoressa Marucci, che me l’ha spiegata come segue:

Esistono tratti genetici ancestrali selezionati dall’evoluzione e comprovati dal raffronto con gruppi di animali. Nella preistoria i nostri antenati, di fronte a una carestia avevano due possibilità: o si fermavano e aspettavano un cambiamento di situazione (cosa improbabile e rischiosa) oppure (ecco l’alternativa scelta) in qualche modo hanno soppresso la sensazione di fame per spostarsi e andare alla ricerca di altri territori. Sotto un certo livello nutrizionale si ha una sorta di effetto paradossale. Il cervello, si dice, “diventa cieco al corpo”, cioè non riconosce la gravità dello stato fisico e induce a correre per cercare altri territori. E questo è un tratto genetico. Come fanno i pinguini, che non mangiano quando migrano, o altri animali da laboratorio che, in situazioni di carenza di cibo, iniziano a fare iperattività. Esistono riscontri convincenti di questa ipotesi negli studi su animali. Ovviamente non possiamo accertare il codice genetico dei nostri antenati. Ma nella scienza vale *l’inference to the best evidence*: dimostrami un’ipotesi più convincente della mia o dimostrami che ho torto. Finché non me lo dimostri, forse la tesi più convincente è la mia. Questo è ampiamente confermato da quello che vediamo tutti i giorni, cioè da questo atteggiamento paradossale. Più le pazienti sono gravi, più fanno iperattività, che loro ti raccontano come qualcosa su cui non hanno il controllo, di cui non possono controllare l’impulso. *E si spegne riprendendo peso.*

Quest’ultima affermazione è molto importante e, a prescindere dall’ipotesi summenzionata, ha una valenza più generale. Se la maggioranza delle complicanze fisiche e cognitive dei

soggetti con disturbo alimentare sono effetti secondari della malnutrizione (soprattutto per difetto), il ripristino bilanciato e graduale ma costante, dell'introito energetico, può ridimensionarne la portata e in certi casi determinarne la scomparsa. Questa evidenza scientifica ha originato un vero e proprio assioma: tanto più grave è il sottopeso, quanto meno il soggetto è ricettivo alla psicoterapia. Se per i profani come la sottoscritta si trattava di un'osservazione di semplice buon senso, dal punto di vista terapeutico rappresenta un rompicapo e un crocevia di scelte a volte incommensurabili. Sicuramente uno dei luoghi privilegiati per toccare con mano le difficoltà di un intervento integrato.

Il recupero del peso e il miglioramento delle condizioni fisiche diventano un obiettivo primario del ricovero residenziale intensivo. Il punto è *come* realizzarlo. Su questo punto la dottoressa Marucci si è espressa senza mezzi termini. Le pazienti *devono* mangiare. Ciò diventa particolarmente urgente a causa del crescente abbassamento della soglia di esordio del disturbo, andando a interferire con il processo di crescita in maniera potenzialmente irreversibile. L'aspetto psicoterapeutico in questa fase (non in assoluto) non sembra essere, a suo avviso, prioritario.

Io come endocrinologa mi devo porre il problema del danno organico e di come prevenirlo, perché non ho molto tempo. Quindi, d'accordo la psicoterapia, ma intanto devono mangiare. Una ragazzina anoressica a 12 anni non fa il menarca (l'amenorrea nel DSM-5 non è più considerata un criterio diagnostico perché esclude l'età prepuberale, la menopausa e la popolazione maschile). Si abbassa il GH [*Growth hormone*, l'ormone della crescita], che per essere prodotto necessita di aminoacidi. Un'alimentazione ipoproteica blocca, più esattamente, la produzione del IGF1 (*insulin light growth factor*), un ormone attivo prodotto dal fegato. Il GH, in realtà, nell'anoressia è alto, e per reazione si alza l'altro. Però c'è una GH resistenza, per cui è inattivo. Se dovessi fare il GH a questi pazienti, non risponderebbero. Gli devo dare da mangiare, quello è l'unico modo per riattivare il sistema. Oltretutto il GH ha una forte influenza sull'aspetto mentale, perché aumenta le endorfine, agisce sul sistema cognitivo e sul sistema del benessere. Il loro stato mentale dipende dallo stato ormonale. Non posso trascurare questo aspetto e non ho molto tempo. La carenza di estrogeni e di GH determinano un danno osseo importante. Il patrimonio osseo che abbiamo in tutta la vita si forma durante la pubertà, o mai più. Si chiama picco di massa ossea. Dal punto di vista organico mi devo porre questo problema. Soprattutto nelle adolescenti, devo avere la fretta di ripristinare le condizioni biologiche e soprattutto ormonali. Ma non con la terapia ormonale! Con la terapia *nutrizionale*! La terapia è il cibo, quindi devo forzare, non importa. Lo dico sempre anche nei convegni: l'aver classificato il DCA come disturbo mentale porta necessariamente a mentalizzare tutto. Sono poche in Italia le équipes che lavorano in maniera sinergica come la nostra. Spesso ci arrivano pazienti in età evolutiva che fanno da anni psicoterapia, ma che rimangono sottopeso, e dal punto di vista organico hanno delle carenze incredibili. Questo per me non è accettabile, perché i danni che maturano in età evolutiva sono irreversibili. Questo va detto in modo molto chiaro. Quindi va forzata la mano. Anche, eventualmente, con la nutrizione col sondino, non importa. Io ho una posizione molto estrema su questo, anche perché ritengo che l'aspetto cognitivo sia secondario rispetto a quello nutrizionale. Quello che riescono a fare a livello mentale cambia se tu le nutri. Se speri di convincere un'anoressica a mangiare attraverso il colloquio o il cognitivo comportamentale, è molto difficile perché loro hanno una opposizione estrema.

Cognizione e nutrizione sono strettamente intrecciate secondo la PNEI. Se il meccanismo si inceppa a causa della restrizione alimentare (comportamento) – “la madre di tutte le malattie” [di tutti i DCA] secondo Marucci – bisogna ricominciare là da dove tutto è partito, e invertire la rotta. Solo in questo modo diventa possibile attivare le risorse endogene di guarigione dell'organismo mettendole al servizio della fisiologia anziché della sintomatologia. La salute vien mangiando.

La tesi dell'inaccessibilità all'intervento psicoterapeutico in pazienti gravemente sottopeso è stata sostenuta, fra i primi, proprio da Hilde Bruch, fornendo un altro punto di appoggio all'offensiva cognitivo-comportamentale. Al di fuori della psicopatologia, lo sviluppo di una “sindrome da denutrizione” in soggetti sottoposti a restrizione calorica prolungata è stata comprovata dal datato ma pluricitato *Minnesota Study* del 1950. Formulato allo scopo originario di assistere le vittime della carestia in Europa e in Asia durante e dopo la Seconda Guerra Mondiale, ha permesso di comprendere gli effetti fisiologici e psicologici del digiuno e

l'efficacia della riabilitazione nutrizionale. Lo studio ha dimostrato che molti sintomi osservati nei volontari sottoposti all'esperimento sono simili a quelli riferiti dai pazienti sottopeso con disturbi dell'alimentazione. Nonostante le risposte individuali, rispetto alla perdita di peso, variassero notevolmente, tutti gli uomini sperimentarono drammatici cambiamenti fisici, psicologici e sociali. Debolezza, vertigini, disturbi del sonno, ipotermia, riduzione del metabolismo basale, bradicardia, difficoltà di concentrazione, polarizzazione del pensiero sul cibo, rituali alimentari, attacchi bulimici, irritabilità, ansia, iperattività fisica, ritiro sociale, perdita dell'interesse sessuale, tendenza all'isolamento, comparvero in concomitanza della fase di denutrizione per risolversi anche molto tempo dopo la conclusione della faticosa fase di riabilitazione.

Negli individui con disturbo alimentare, gli effetti del sottopeso e della restrizione calorica non solo contribuiscono alla persistenza di deficit fisici e psicosociali correlati, ma soprattutto bloccano l'individuo nella condizione psicopatologica di controllo dell'alimentazione. L'interazione fra i due ordini di fenomeni, cioè i sintomi da digiuno e i nuclei psicogeni originari, è un importante fattore di mantenimento del problema.

Nel loro insieme, tutte queste conoscenze hanno enormemente arricchito la conoscenza dei disturbi alimentari, offrendo importanti implicazioni per il loro trattamento. Resta il fatto che, una volta assodate, resta il problema della resistenza dei soggetti alla cura ovvero il carattere egosintonico del sintomo. Sembrano la stessa cosa ma non lo sono, perché nel primo caso si guarda la questione *dal punto di vista del medico*, mentre nel secondo *dal punto di vista del paziente*, ed è evidente che le prospettive non collimano. Se questa è la situazione "oggettiva", ciascuno dei due, per ragioni opposte, tirerà il carro dalla propria parte, quella della cura (cibo) e quella dell'autoterapia (digiuno). In entrambi i casi lo sguardo è sul piatto. Il problema si pone perché, una volta accertata la sindrome da digiuno, la sua interazione con la psicopatologia alimentare, la difficoltà di effettuare una psicoterapia in casi di defedazione grave, non è detto che la via regia terapeutica debba diventare a senso unico. Certo, bisognerebbe che mangiassero, ma *come* si intende farle mangiare?

L'inaccessibilità alla psicoterapia, tra l'altro, non è un'evidenza oggettiva e universale, che può valere *a priori*, ma una constatazione soggettiva, effetto di una valutazione caso per caso, e quindi *a posteriori*. Nessuno studio ha infatti dimostrato con certezza che esista un peso corporeo o una percentuale di massa grassa al di sopra della quale aumentano significativamente le probabilità di successo di una psicoterapia (Cuzzolaro, 2013, p. 10). Una psicologa della struttura a cui ho chiesto un confronto su questo punto, mi ha risposto come segue:

A me la parola "inaccessibilità" non è mai piaciuta ed è un concetto che sfido sempre quando mi trovo a seguire persone con un BMI molto basso [Indice di Massa Corporea. Si ottiene dividendo il peso in Kg del soggetto con il quadrato dell'altezza espressa in metri]. Penso che la via di accesso siamo noi a doverla cercare nei nostri pazienti, e indubbiamente è più difficile da trovare quando c'è un pensiero ossessivo che è prevalente. Però, il fatto che sia più difficile non significa che sia impossibile. Questo, nonostante ci siano degli studi di *neuroimaging*, più scientifici, a dimostrazione che esistono delle aree cerebrali che si attivano molto meno o addirittura per niente. (Paradiso, psicologa)

Da questo commento si evince come l'*evidenza* di una menomazione sia considerata un problema più che una risposta. E' una domanda, sicuramente posta a partire da un dato oggettivo, e che tuttavia lo oltrepassa. Ammesso, inoltre, che non vi siano le condizioni per una psicoterapia formalizzata, ciò non significa che la relazione non possa essere comunque considerata clinica. Una relazione che inverte la rotta. E' vero che manca il tempo ed è chiaro che *nel frattempo* bisogna essere disposti a correre un rischio. E' la controparte del "intanto mangia" rivolto al paziente. Soprattutto, bisogna tollerare l'angoscia della decisione. Come terapeuti. E questo non si impara né dalla PNEI né dal *Minnesota Study*. Su questo punto Bruch

(1978) è stata molto chiara, anche se quasi mai citata per intero, in un passo che si commenta da sé:

[...] il peso delle pazienti dev'essere al di sopra del livello di guardia se si vuole attuare la terapia fuori dell'ospedale. Altrimenti il disagio e l'ansia dello psicoterapeuta incidono negativamente sull'efficacia del trattamento e il fatto che il pensiero della paziente ruota costantemente intorno al cibo – cosa, questa, caratteristica dello stato d'inedia – rende praticamente impossibile l'esplorazione dei fattori dinamici di rilievo (Bruch, 1978, p. 110-111).

Dalla lettura di questo passo si evincono due concezioni del valore economico del sintomo (anche l'angoscia è un sintomo) nient'affatto sovrapponibili. Bruch non si riferisce alla PNEI, ma la sua lettura sull'"influenza tossica" dello stato di denutrizione sulla percezione degli stimoli corporei e sulle capacità cognitive è effettivamente *biologica*. Questo, però, è soltanto un aspetto del problema, essendo altri tratti premorbosi dell'anoressia di natura schiettamente *psicopatologica*. Non è insomma possibile sovrapporre una visione del sintomo entro un orizzonte edonistico-naturalistico, come è quello PNEI, alla logica psicodinamica, che *al di là* della biologia ammette altri principi di funzionamento propri dell'animale umano. Da un lato, c'è un organismo "perturbato" da una sollecitazione ambientale che produce una soluzione adattiva, innovativa, teleologicamente orientata alla sopravvivenza e a mantenere l'equilibrio, sia pure dinamico. Dall'altro, una logica abitata, come si diceva (cfr. Cap. II, 1) da una sorta di "apertura" che interrompe la catena circolare, la sfasa, e impedisce "naturalmente" una soluzione omeostatica. Non è l'essere umano, rispetto ai viventi, quello più disadattato, e appunto per questo creativo, anche nella sofferenza? La dottoressa Marucci sembrerebbe essere d'accordo:

Io punto molto attualmente a non sottovalutare l'aspetto biologico, perché esistono in natura delle regole. Nessun animale in natura rifiuta il cibo, il DCA è un'anomalia. Il rifiuto volontario del cibo esula dalle leggi della natura, è contro natura. Un animale che ha sofferto la fame a causa di una carestia, quando ritrova il cibo, cerca di mangiare. In carestia l'animale si mette a riposo, cerca di risparmiare. Confrontiamoci con il comportamento animale – che è quello che più ti dice come funziona normalmente nella biologia – perché in fondo noi rispondiamo alle stesse leggi.

Se tuttavia l'uomo è capace di andare *contro natura* – cioè di "sregolarsi", per esempio nel mangiare, fino a morire – in che senso è ancora un animale? Certamente lo è, ma questa affermazione non esemplifica il principio di identità. Ciò non significa uscire dalla scienza per entrare nella metafisica, come lasciava intendere Remotti quando parlava del rischio di imboccare una via isolazionista per l'antropologia. La psicoanalisi propone una modellizzazione dell'umano che non prescinde dalla biologia, benché soddisfi solo in parte il sogno freudiano di essere una scienza. Tuttavia è per ragioni di principio, e non per deficienza, se non soddisfa i criteri dell'evidenza. Anch'essa, come l'antropologia, lavora sulla *differenza* dell'uomo dal resto dei viventi, collocando quest'ultima, come l'antropologia, non *metà ta physikà*, ma proprio dentro la natura. La cultura, le culture sono una messa in opera e una messa all'opera di questo scarto, una plasmazione della mancanza che prende tanto i contorni della *poiesis* quanto della mortificazione del corpo. Anche Remotti evidenziava un lato oscuro immanente al progetto antropopoietico, sottolineando il suo tratto de-costruttivo proprio là dove tocca la vita nel vivo, cioè nella sessualità e nella morte. La logica della "ripetizione" è sì adattiva, se si guarda al sintomo come "formazione di compromesso", ma anche non evolutiva, anzi è perfino conservativa, regressiva. E' di questo segno *l'attaccamento* al sintomo come piacere spiacevole. E' un'economia produttiva ma in un senso incommensurabile alla positività di una reazione funzionale alla sopravvivenza della specie.

Nel modello PNEI, una visione biologica dell'essere umano, non riduzionistica al punto da aprirsi senza riserve allo "spirituale", si combina, almeno nella prospettiva della componente

medico-nutrizionale dell'équipe di Palazzo Francisci, con una visione sottilmente ideologica del "naturale" e parimenti del "culturale", nuovamente sganciati e contrapposti laddove finalmente sembravano "integrati". L'alimentazione disordinata (senza norme), di cui i DCA sono l'epitome, è originata dalla discrasia tra i recenti cambiamenti ambientali (iperproduzione e iperconsumo alimentare) e una condizione biologica estremamente lenta a modificarsi, la quale viene investita e stravolta, sul breve periodo, da un'accelerazione indotta dal progresso della "cultura". Il fatto di aver incominciato, in qualche parte circoscritta del globo, a mangiare sempre, sempre meglio e sempre di più, fino alle aberrazioni del cibo spazzatura e degli scarti alimentari svenduti ai paesi poveri, subito divenuti "obesi", avrebbe interrotto un equilibrio "originario", disregolando un sistema che, per difendersi, avrebbe prodotto una catena di soluzioni dis-adattive come le malattie legate al sovrappeso e le varie forme di DCA.

La soluzione generale – o almeno quella che ho sentito formulare nei "gruppi nutrizionali" rivolti ai pazienti – è la via del "ritorno alla natura". Un discorso che, forse inconsapevolmente ma in maniera persistente, mescola il registro *scientifico* con un lessico *morale* divenuto egemonico negli operatori della "dieta". Può ben darsi che questo linguaggio rientri oramai nella formazione dei professionisti. Ne ho raccolto qualche esempio nel mio quaderno di campo:

- Bisogna evitare di sovrapporre al cibo un "valore simbolico" che non ha ("la pasta fa ingrassare"), anzi, testare sul corpo la falsità di tale convinzione.
- Non esistono in natura selvaggia animali obesi.
- Biologicamente non siamo fatti per digiunare: lasciamo fare al corpo quello che la natura gli fa fare senza bisogno di controllo.
- la ricerca del corpo ideale racchiude un business, un giro economico forse anche superiore a quello dell'industria farmaceutica, la quale, in ogni caso, non perde certo l'occasione di inserirsi in questo delirio di mortificazione del corpo.
- magro è bello, ma naturale è meglio.
- la natura fa tutto da sola.
- Se un soggetto mangia bene, segue i ritmi naturali, non si pone il problema, non aumenta di peso.

Le interferenze causate dalla "civiltà" e dalla logica del profitto rompono un equilibrio, non solo causando le malattie, ma anche ostacolando la capacità del corpo di restaurare da solo la propria omeostasi. In questi discorsi riaffiora l'eco delle opposizioni "strutturali" tra il naturale e l'artificiale, il biologico e il tecnologico, l'autentico e il contraffatto, il puro e l'impuro, e il loro collegamento con l'opposizione sano-malato, proprie del linguaggio "alternativo" delle medicine non convenzionali (Dei, 1996, p. 7). Funzionale, qualche decennio addietro, alla "lotta per il riconoscimento" da parte della biomedicina – la cui stagione più intensa sembra oramai trascorsa (Dei, 2012, p. 179) – è un pensiero che continua a permeare, guarda caso, proprio l'immaginario *alimentare* contemporaneo.

La congiunzione più significativa tra la fiducia nella *vis medicatrix naturae* e la raccomandazione di uno stile di vita "buono", equilibrato, rispettoso della stagionalità del cibo e del legame col territorio, è il tema del cosiddetto "peso naturale". A differenza dei centri per disturbi alimentari in cui l'aumento di peso viene fissato come un obiettivo preciso, ossia corrisponde a un certo BMI, a Palazzo Francisci si parla del recupero graduale di "quel peso che può essere mantenuto seguendo una sana alimentazione e una regolare attività fisica", quello, cioè, che si consegue spontaneamente una volta abbandonate le pratiche di compenso e la restrizione calorica. E' l'antitesi del concetto di "peso ideale" che ossessiona i soggetti con disturbo alimentare e non è mai abbastanza basso. In luogo di rispecchiare uno standard, è

fortemente influenzato da fattori genetici oltre che da fattori ambientali e psicologici ed è variabile da individuo a individuo (Dalla Ragione, Bianchini, De Santis, 2106, p. 97). Tenendo conto del sistema di regolazione a cui si è fatto riferimento (*set point ipostatico*), il peso naturale potrebbe oscillare anche di 3-5 kg. Sarebbe già interessante chiedere a un campione di 100 individui “normali” e “normopeso” – un coefficiente, calcolato sulla base del BMI, compreso in un range che va da 18,5 a 25 – se accetterebbero di buon grado di addossarsi (o meglio di *vedersi* addosso, e questo implica tutto il discorso sull’immagine corporea) i chili mancanti per arrivare al massimo della banda. Quanto ai pazienti gravemente compromessi di Palazzo Francisci, la cui variazione di peso settimanale varia da pochi etti al chilogrammo, il concetto di “peso naturale” appare quasi futuristico. Vale lo stesso per la tesi della “Natura medica”, che poi è il concetto di natura costruito dalla medicina. Si può chiedere loro *sic et simpliciter* di “lasciarsi andare” alla biologia? Forse, più che di un ritorno alla natura si tratta di aiutare questi soggetti a fare i conti con la propria umanità, cosa che l’etnografia ha puntualmente riscontrato nell’operato coi *singoli* pazienti. Sovviene un lavoro della psicoanalista Joice Mc Dougall, significativamente intitolato *A favore di una certa anormalità* (Mc Dougall, 1978), la quale accoglieva con misurato sospetto gli individui “ben installati nella loro normalità” e che ad esempio dichiaravano “di stare benissimo nella loro pelle”. Sullo stesso punto scrive Mendolicchio (2017):

Risulta quanto mai audace pensare che alcuni terapeuti esperti di DCA siano convinti che per un soggetto affetto da anoressia e bulimia possa esserci un corpo naturale. Naturale nel senso che la sua parte biologica possa prevalere finalmente su quella culturale? Un corpo emancipato finalmente dagli aspetti sociali e culturali che sovra determinerebbero l’aspetto fisico di questi soggetti? Tuttavia ci sfugge come tale passaggio terapeutico possa dare naturalezza solo al peso e non al modo di vestire, io al modo di riprodursi, amare, espletare i bisogni e così via. Senza scomodare la tradizione antropologica moderna, è palese comprendere che nel nostro corpo, soprattutto per ciò che appare (compreso il peso), vi è ben poco di naturale e molto di culturale. (Mendolicchio, 2017, p. 178)

Se uno psicoanalista può permettersi di “non scomodare” la tradizione antropologica, l’etnografa lo ha fatto (Cap. II, 1). Giova ricordare con Montaigne che le consuetudini (cioè la cultura), “si bevono col latte materno” e che lo stato di natura è un’ipotesi filosofica.

Il rilievo critico sotteso a queste considerazioni non è diretto al paradigma PNEI in quanto tale, i cui meriti appaiono anzi indiscutibili anche sul piano terapeutico. Concerne piuttosto l’*ontologizzazione* di questo modello, un rischio che Silvana Borutti paventava significativamente nelle recenti teorie della complessità, quasi ripristinassero “un’identità di natura tra forme della conoscenza e strutture del reale” (Borutti, 2007, pp. 71-72). Anche nel caso della PNEI sarebbe opportuno non scambiare l’effetto con la causa, cioè un insieme di “procedure di oggettivazione” con “l’oggettività”. La scienza non è la realtà. I monaci buddhisti che praticano la *mindfulness* sarebbero senz’altro d’accordo. La prova di evidenza, pur fondamentale, è immanente al sistema che la produce. Esattamente come il transfert analitico non può prescindere dal *setting* e il “campo” antropologico dalle domande del ricercatore. Ogni sapere ha i suoi principi, le sue domande, i suoi metodi. Costruisce visioni del mondo alternative, come le immagini gestaltiche, che non per questo sono incommensurabili.

L’indagine dei punti di intersezione, collocati ai margini di ogni disciplina, può produrre una forma di “integrazione” meno pacificata, ma anche meno esposta a sussumere le differenze – che fanno la differenza – in un pensiero unico. Per costruire una visione integrata ma plurale dell’essere umano sofferente appare indispensabile dare pari dignità a tutti gli aspetti del bio-psico-sociale, e abbandonare l’idea che esista la visione più vera, la visione fondamentale rispetto alla quale tutte le altre si dispongono stratigraficamente. Vale la pena di richiamare ancora una volta il “pessimismo epistemologicamente fondato a rilevanza etica” che Borutti raccomandava all’antropologia contemporanea, in quel caso come in questo “per fare un buon uso della volontà di sapere”.

Ciò non ha nulla a che fare con l'accoglienza indiscriminata di ogni "castroneria", una questione su cui la dottoressa Dalla Ragione si era espressa senza bisogno di commenti. Il seguente monito di Canguilhem, che curiosamente riecheggia il discorso di Geertz sul relativismo, è pienamente condivisibile: "l'anti-medicina e l'anti-psichiatria sfruttano il vantaggio iniziale di cui godono tutte le petizioni di principio. Suppongono risolto il problema. Trasformano Bruto in Cesare" (Canguilhem, 1992, pp. 49-50). Significa, all'opposto, non salutare come risolutiva di ogni controversia la possibilità, offerta dal paradigma PNEI, di dimostrare "oggettivamente" e con "certezza" che l'attivazione di certi investimenti emozionali e stati psichici di "attesa di guarigione" prima percepiti *solo soggettivamente* abbiano un'influenza sulla riduzione sintomatica (Seppilli, 1996, p. RIF).

Assumendo una prospettiva costruttivista si potrebbe perfino ribaltare il discorso. Sovviene il commento di Le Breton (1995) al celebre saggio di Lévi-Strauss sull'"efficacia simbolica" del rituale sciamanico cuna per aiutare una partorientente in difficoltà. Lévi-Strauss reintrodurrebbe "senza averne bisogno" il dualismo cartesiano di mente e corpo. A suo avviso, infatti, "parlare di azione psicologica, sminuisce i fatti raccontati" perché nella maggioranza dei contesti non occidentali "il corpo non è distinto dall'uomo". In luogo delle ambiguità del "vecchio concetto" di *psicosomatico*, Le Breton propone la nozione di *fisiosemantico*. Così conclude il suo ragionamento: "non è dunque 'un'espressione solamente verbale' che provoca lo sblocco fisiologico, poiché il fisiologico, sul piano antropologico, non è altra cosa dal simbolico" (Le Breton, 1995, p. 62-64).

Anche l'ingiunzione "devi mangiare" può diventare, come il canto dello sciamano, una parola *che tocca*. Di fronte alle mie resistenze nei confronti della "terapia nutrizionale", un'operatrice mi ha spiegato come per molte pazienti fosse rassicurante, quasi protettivo, essere obbligate a mangiare. "Da poco una persona mi ha detto: "Silvia, dimmi che mi stai costringendo tu a mangiare", che è una cosa meccanica" (Ferri, coordinatrice PF). Questo episodio, tuttavia, attesta un fatto importante: la terapia viene mangiata perché *Silvia* (e non il cibo) è *medicina*.

5.4 Cronopolitiche della cura

Mentre ero sul campo, ho partecipato a un convegno in cui si è parlato, fra le altre cose, del tema del tempo nella clinica nei DCA. "Ogni cosa si prepara a lungo" era il titolo della relazione, una frase di Marco Ripellino che la dottoressa Dalla Ragione aveva già usato per raccontare la storia di Palazzo Francisci (Dalla Ragione, 2005, p. 31). Quel report mi ha offerto lo spunto per riflettere su come la dimensione temporale possa essere considerata una prospettiva privilegiata per riflettere sulle cure integrate. Le stesse Linee Guida, declinando le diverse possibilità di trattamento, alludono alle tempistiche della loro erogazione, "in contemporanea o in successione, a seconda delle diverse fasi della cura". Sul tempo si concentra il fuoco incrociato di una serie di attese, richieste, azioni e decisioni, molto diverse a seconda degli attori che le avanzano, spesso difficilmente compatibili e molte delle quali sono poste sotto il segno dell'urgenza.

La prima domanda che i genitori rivolgono ai professionisti dopo aver ammesso che i loro figli sono malati è: "quando guarirà, quanto tempo ci vorrà per guarire?". Per ragioni del tutto comprensibili, hanno fretta di risolvere una situazione tormentosa, laddove proprio i diretti interessati non ne hanno alcuna. Non solo perseverano nella malattia, ma vorrebbero continuare a farlo indisturbati. L'apparente impermeabilità di fronte allo scorrere del tempo, l'eternizzazione dell'istante, sia come arresto della crescita che come differimento *ad libitum* della possibilità della morte, hanno portato a qualificare l'anoressia come una patologia del "tempo sospeso" (Onnis, 2004). Al di là dell'indubbio peggioramento della vita familiare, c'è la notizia terrificante che il tasso di mortalità dei DCA è il più alto fra le malattie psichiatriche. Il

tasso grezzo di mortalità per le anoressie è stimato al 5%. Quello generale per le forme bulimiche è più basso ma esistono casi, come quelli in cui il ricorso al vomito segue l'assunzione di quantità di cibo anche ridotte, che superano quelli dell'anoressia. La riconosciuta severità della patologia, unita alla difficoltà della prognosi (meno della metà dei casi di AN e BN ottiene la completa remissione, negli altri vi è un miglioramento o la cronicizzazione dei sintomi) suscita ansia di per sé, anche se non si è toccati dal problema.

Da parte dei curanti, c'è invece la consapevolezza opposta dei tempi lunghi e faticosi della cura. Lo strumento terapeutico elettivo rispetto alla rapidità della risoluzione, cioè quello farmacologico (psicofarmaci), non offre garanzie di efficacia significative e, all'opposto, molte controindicazioni. La stessa valutazione diagnostica, per essere accurata onde evitare rischi peggiori, ha bisogno di molto tempo per essere accurata e lungimirante. Una volta ho sentito dire che "per guarire ci vuole almeno tanto tempo quanto è durata la malattia". Tenuto conto del periodo di incubazione, difficilmente calcolabile, si tratta effettivamente di un tempo lungo. Come si è detto, la manutenzione di facciata, cioè il riassetto delle condizioni organiche, è relativamente veloce da ottenere, ma di per sé non è un segno di guarigione. Nella maggioranza dei casi non significa altro che la disonestà professionale di chi promette "terapie brevi" senza neppure sapere di che malattia si tratti. Il lavoro di ristrutturazione psicologica è molto complesso, ed è imprescindibile per parlare di guarigione. Dal canto suo, la *non compliance* del paziente, letta sul piano temporale, rappresenta un regresso, uno stallo o una battuta di arresto. Nel frattempo, le condizioni generali possono aggravarsi, e per le più piccole precipitare, come diceva l'endocrinologa, nell'irreversibilità, quella in cui non c'è più tempo e le possibilità di recupero sono irrimediabilmente perdute. Proprio per questo la tempestività dell'intervento, indipendentemente dalla gravità del disturbo, è considerata una garanzia di prognosi favorevole. C'è poi l'eventualità, di segno uguale ma contrario, della cronicizzazione del disturbo – un termine non amato perché pregiudiziale in senso negativo – altrettanto temuta e frequente. Una sorta di adattamento alla malattia che si dilata per il resto dell'esistenza garantendo la sopravvivenza ma a condizioni che assomigliano molto alla "nuda vita" puramente biologica. C'è infine il gravoso problema della prevenzione, altra questione traducibile in termini temporali, un giocare d'anticipo sull'insorgenza della malattia che di per sé pone questioni tutt'altro che banali (Ministero della Salute, 2010). . Nel caso invece di una malattia di lunga durata, gli obiettivi diventano giocoforza meno ambiziosi. L'idea, infine, che non si guarisca mai è altrettanto fantasiosa della possibilità di guarire subito, e rappresenta un limite che ogni terapeuta dovrebbe contrastare con tutte le sue forze.

A dispetto dell'urgenza, nel convegno veniva ribadita la necessità di attendere: "bisogna saper aspettare – continuava la relazione – perché nell'attesa si crea uno spazio tra terapeuta, paziente ed équipe, in cui può accadere qualcosa di importante". Come ha scritto Cosenza, la clinica dell'anoressia-bulimia è una "clinica della crisi" (Cosenza, 2003, p. 21). A prescindere dall'impellenza di situazioni che si accavallano sul piano fisico e relazionale, c'è l'ambivalenza nei confronti del trattamento, che oscilla tra l'adesione entusiastica e la minaccia (o l'agito) di interruzione, quali congiunture attese e delicatissime. Da un certo punto di vista, la crisi è perfino auspicata, in quanto, come dice l'etimo del termine, *krísis* significa "scelta", "decisione", ma anche "punto di rottura" e quindi esperienza di "cambiamento". Il ricovero residenziale non punta alla guarigione, anzi, proprio questo concetto viene disarticolato rispetto al comune senso "regressivo", che lo intende come ritorno allo stato antecedente. E' invece risemantizzato come avvio di un processo di trasformazione e di consapevolezza che dovrebbe trovare al di fuori della struttura una prosecuzione adeguata. L'uso del condizionale lascia intendere come tale auspicio non sia affatto una certezza. In ogni caso la terapia si dipana per obiettivi a breve, medio e lungo termine, e solo sul tempo lungo o molto lungo si può parlare di esito favorevole. Sul termine guarigione il discorso resta aperto. Appare

tuttavia evidente come sia improponibile la sua commisurazione al concetto biomedico e statistico di ripristino della “salute”.

Un ricovero residenziale a Palazzo Francisci ha una durata media di 3-5 mesi. Attraverso tentativi rocamboleschi è possibile ottenere dei prolungamenti ma, come si diceva rispetto al paragone con l’antibiotico, la permanenza in struttura, corrispondente a un trattamento intensivo e mirato, non dovrebbe essere protratta oltre quel termine. C’è il rischio che la “dipendenza” si sposti dal cibo al luogo di cura. La maggior parte degli operatori, tuttavia, giudica che tale arco temporale sia troppo breve, quasi sempre insufficiente. Purtroppo non è la clinica, tantomeno del caso singolo, l’agente primario di questa decisione. I disturbi alimentari “patiscono”, come tutte le patologie, scelte che non attengono unicamente al campo della ricerca scientifica o della valutazione etica, ma anche a quello dell’economia e della politica.

La terapia dei disturbi dell’alimentazione è indubbiamente costosa. Un giorno di ricovero in struttura costa alle ASL circa 210 euro al giorno per paziente. In Italia non esistono ricerche mirate su questo punto, ma uno studio dell’agenzia inglese *Pro Bono and Beat* effettuato nel 2012 (Cuzzolaro, 15/12/2014) ha stimato per i DCA dei costi diretti (per l’assistenza medica vera e propria) e indiretti (in termini di improduttività economica, mortalità prematura e carico socio-familiare), i cui valori oscillano fra 1 miliardo e i 10 miliardi di sterline. In compenso è piuttosto buono il loro “indice QALY”. Per quanto sia complicato e forse perfino discutibile monetizzare i danni prodotti da una malattia, i benefici conseguiti da una terapia riuscita, e soprattutto confrontare, ammesso siano misurabili, le perdite di benessere soggettivamente percepite e i guadagni oggettivi prodotti da una cura e dai programmi di prevenzione, questo tipo di indagine è sempre più diffuso e oramai parte integrante delle scelte di politica sanitaria. Allo scopo di capire quanto valga la pena, per uno stato, investire su un certo tipo di trattamento, vale a dire se valga i costi che costa, gli economisti della salute hanno elaborato il cosiddetto “indice QALY” (acronimo di *Quality Adjusted Life Year*). 1 QALY corrisponde a un anno di vita di buona qualità. A una cura, quindi, si chiede quanti anni di vita in più offre rispetto a una non cura, a trattamenti alternativi, e di che qualità sono. Tale indice vale indipendentemente dalla gravità della patologia, e anche dal suo indice di mortalità. Infatti, se un trattamento può migliorare significativamente una qualità di vita, e di aspettativa di vita molto basse, guadagnerà comunque dei QALYs. Pur essendo inevitabilmente approssimative, tali misurazioni sono giudicate più attendibili della semplice remissione sintomatica. Il caso dei DCA dimostra in modo lampante quanto essa possa lasciare il campo a sequele mediche, sociali e psicopatologiche gravissime e perfino peggiori del disturbo.

Sulla base di questo indice, uno stato può valutare quanto intende spendere nelle cure mediche. Chiaramente la soglia dipende da una scelta etica, essendo commisurata a quanto è disposto a investire sulla salute piuttosto che in altri settori. Va inoltre tenuto presente che i costi sanitari sono divenuti molto più alti a causa dell’invecchiamento della popolazione, l’aumento delle patologie croniche e lo sviluppo delle tecnologie biomediche. L’OMS ha stabilito che una società ben orientata al *welfare* dei cittadini dovrebbe collocare quella soglia a 2-3 volte il reddito medio pro capite della popolazione. In Italia, dove ammonta a circa 20-25.000 euro, avremmo una soglia che varia dai 50.000 ai 75.000 euro. Secondo uno studio finlandese del 2010, il costo di una cura per la bulimia nervosa secondo gli standard ottimali, costerebbe meno di 20.000 euro per QALY guadagnato, quindi relativamente poco rispetto alla soglia calcolata per il nostro paese (Cuzzolaro, 2014, p. 95).

Resta il fatto che in un clima generale di razionamento delle risorse, gli investimenti in un “campo minato” come quello dei DCA assommano in sé due caratteristiche ineludibilmente poco “convenienti”, ovvero il trattamento multidisciplinare, più costoso di uno monoprofessionale e, insieme, la lunga durata (non meno di due anni). Va da sé che gli interventi per definizione più lunghi, come le psicoterapie a orientamento analitico, sono già

fuori gioco perché non ripagano, in termini di costi pubblici, la loro efficacia individuale sul lungo termine. Questo spiega come mai vengano sempre meno prescelti nelle strutture pubbliche, dove è chiaro che debbano accompagnarsi ad altri tipi di trattamento. Allo stesso modo si comprende la propaganda verso la costituzione di équipe “non eclettiche” che si concentrano sulla riduzione della sintomatologia. Chi, all’opposto, resta convinto dell’importanza di un processo trasformativo del profondo, riesce a conciliarlo, pur di poterlo consentire almeno in maniera episodica anche all’interno delle istituzioni sanitarie, con strumenti terapeutici improntati al trattamento nel “qui e ora” (Scoppetta, 2017, p. 97).

Queste premesse permettono di comprendere come il modello terapeutico di Palazzo Francisci sia a suo modo una soluzione di compromesso tra queste alternative, e sia anche in tal senso un esperimento di “integrazione”. Da un lato, vi è la scelta di tipo clinico ed etico volta al rispetto del sintomo e dei tempi della sua risoluzione (la famosa necessità di aspettare). Dall’altro, la necessità di rispondere in qualche modo all’ingerenza sulla clinica di scelte di tipo economico al fine di consentire un recupero minimo delle condizioni psicopatologiche in tempi relativamente brevi, cioè i famosi 3-5 mesi concessi dal budget sanitario. Questo spiega l’utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale nel campo nutrizionale. Alla domanda sulle ragioni dell’utilizzo di questo orientamento in una struttura dove il disturbo alimentare è considerato sintomo e non deficit, la maggioranza delle risposte si è focalizzata sul criterio dell’urgenza. Ma questo termine ha un significato ambiguo, potendo indicare tanto la gravità clinica (dove la tempestività dell’intervento), quanto la scarsa durata del trattamento (dove il bisogno di dimostrare di aver prodotto un risultato).

A queste pressioni si aggiunge il corteo di aspettative e attese di successo creato attorno alla struttura dalla fama nel frattempo acquisita sul piano nazionale, nonché dalla sua visibilità “politica”. Non solo coagula le speranze di genitori che da tutto il paese cercano con ogni mezzo di ricoverarvi i figli, ma obbliga Palazzo Francisci a dimostrare “che funziona” attraverso i numeri degli ospiti che accetta e dimette, documentando il loro passaggio. E’ il prezzo da pagare per confermarsi una “struttura pilota” che, essendo pubblica, sopravvive grazie ai finanziamenti (oltre alle donazioni e al ruolo indispensabile delle Associazioni onlus). Poiché, letteralmente, il tempo è denaro, tutto spinge a un ricambio a ciclo continuo.

Quest’ultima condizione rende ragione di uno dei più importanti criteri che, se non soddisfatti, precludono l’accesso al centro, vale a dire la presenza di severe comorbilità psichiatriche o di una franca dipendenza da sostanze o di grave autolesionismo. A fronte di un BMI accettabile, i pazienti giudicati “troppo gravi” sul piano psicopatologico – i cosiddetti “psichiatrici” – non vengono ammessi. Viene spontaneo chiedersi che fine facciano, tenuto conto che la cosiddetta “doppia diagnosi” sembra essere la linea di tendenza verso cui tutti i DCA nel loro complesso si stanno incamminando. Alcune forme di anoressia-bulimia gravi possono essere ricondotte a funzionamenti di ordine psicotico, pur in assenza di manifestazioni elementari tipiche come deliri, allucinazioni e turbe del linguaggio. In questi casi il problema alimentare – è nota, ad esempio, l’“ingordigia” dei soggetti schizofrenici – ricopre una funzione riparatrice e separativa, fornendo al soggetto un ancoraggio sul piano identitario che viceversa non saprebbe dove reperire. Da questo punto di vista il “rispetto” del sintomo diventa indispensabile per non slatentizzare il germe della psicosi in tutta la sua gravità (Mendolicchio, Minazzi, Apicella, 2014, p. 256). Per questo tipo di problemi la soluzione più indicata è la comunità terapeutica, dove la durata del ricovero può durare oltre l’anno e l’aspetto assistenziale si incrocia più direttamente con quello riabilitativo. Quante sono in Italia le strutture deputate? Una. Villa Miralago in provincia di Varese, quella dove ho conosciuto la dottoressa Dalla Ragione alla fine del 2014. La struttura raccoglie (cioè accoglie) da tutta Italia i soggetti più gravi, quelli che tutti respingono, spesso dopo aver “superato” delle esperienze di trattamento che hanno aggravato sensibilmente le loro già gravissime condizioni. La struttura è privata (semi-convenzionata), ospita 55 pazienti (un numero

esorbitante, tenuto conto della gravità), segue un orientamento analitico (lacaniano) e non utilizza l'alimentazione meccanica. Chi riesce a entrarci è veramente fortunato. Gli altri, però, sono molti di più.

Le condizioni di lavoro a Palazzo Francisci non sono certo più facili, soprattutto in questi ultimi anni in cui la "necessità di attendere" si è trasformata nel bisogno di "fare in fretta". Una pressione che arriva un po' dappertutto, passando dalle riunioni di équipe alla valutazione dei nuovi ingressi, dall'impellenza di certi passaggi "al Nido" (la semi-residenza) per pazienti giudicati non ancora "pronti", a quelli che ritornano in struttura per un secondo ricovero. A ciò si aggiungono le dimissioni troppo rapide o addirittura non concordate. Tutto questo, ovviamente, incide sulla percezione della qualità del lavoro e, potenzialmente, sul senso di efficacia da parte dei singoli professionisti. La "squadra" offre un forte sostegno, ma non sempre riesce a tacitare il malcontento. La coordinatrice del centro, la dottoressa Ferri, con una buona dose di autocritica, riassume un punto di vista largamente condiviso:

Quando io sono entrata qua, i pazienti stavano molto di più, e ogni volta che il paziente partiva, c'era un'attivazione da parte dell'équipe molto forte. Ognuno porta e lascia qualcosa qua dentro e porta con sé qualcosa, delle pazienti. Era bello, noi ci preparavamo all'uscita di un paziente. Era una separazione importante da entrambe le parti. Adesso non è più tanto così. Spesso le dimissioni avvengono prima, con meno attenzione. Oggi molti ingressi seguono subito alle dimissioni, i ricambi sono più rapidi. Penso anche che i ricoveri debbano essere appropriati. Quando si fa prima visita è importante valutare bene se il paziente è pronto oppure no. Bisogna fare un grosso lavoro sulla motivazione prima di entrare in residenza. Questo è un lavoro intensivo, se uno non è pronto, dopo pochi giorni si spaventa e vuole tornare a casa. Per me c'è un problema a priori. Prima venivano riviste, rivalutate, c'era una maggiore preparazione all'ingresso. Era diverso!

Angela: Perché non si fa più così, se funzionava?

Beh, che ne so. Questo è quello che ci chiediamo, infatti. Poi dopo ci lamentiamo che la paziente non va bene. Ma chiediamocelo noi! In che momento della sua storia l'abbiamo presa, questa paziente, con quale motivazione è entrata. Siamo veramente efficaci, oppure questo non è il momento di un ricovero residenziale ma sarebbe meglio l'ambulatorio. Quando sento i colleghi che dicono "Ah, questa non c'ha voglia di far niente"... Beh, bisogna vedere, per me non è proprio così. Bisogna vedere. Dicono: "Eh, no, perché a tavola fa un casino..." Ma lei deve fare in quel modo, è il suo sintomo! Poi c'è la questione della diagnosi differenziale. Forse abbiamo ricoverato persone non adatte alla struttura (problema della comorbidità psichiatrica). È vero peraltro che alle volte si è verificato l'inverso. Non si può mai dire. Però ci sono delle situazioni che basta vederle il primo giorno per dire "questa non ce la fa".

La maggioranza degli operatori, tuttavia, è consapevole che la tempestività di molte scelte non dipende da cattiva volontà o dall'incuria dei "piani alti", ma da fattori che esulano dalla clinica. Un'altra professionista si è espressa come segue:

Secondo me è una pura utopia, questa cosa dei tre mesi, quattro mesi. Funziona e può funzionare per i pazienti piccoli o per chi ha un disturbo lieve. Sennò non è proprio pensabile lavorare in così poco tempo, mi spiace, questa è una critica che posso fare io alla struttura. Non è che quelli che son tornati è perché ha fallito il centro, o i terapeuti, non è questo. E' che in certi casi non funziona il mangiare un pochettino... E poi ci sono tante cose... Qui devono entrare sempre nuove persone, bisogna fare numero, questo è un centro richiesto da tutta Italia, anche dagli extraregionali, ci stanno tutta una serie di storie. Comunque, non si è mai visto un ritorno così in massa come quest'anno. Il 10% delle pz che escono da qui possono reggere il trattamento al Nido, gli altri no. O decidono di fare un secondo PF, per ampliarlo, o non so. E' che il programma del Nido funziona per persone con un'altissima motivazione alla cura, il che vuol dire, più che motivazione, con un'altissima consapevolezza. Altrimenti per il paziente il Nido diventa "il paese del Bengodi", cioè il paese dove la gente ti sta meno addosso... (Pannacci, psicologa)

All'osservatore esterno sembra di poter dire che la complicità dimostrata dall'équipe verso il centro, proprio perché non sconfina mai nell'acquiescenza passiva, non durerà all'infinito. Il gruppo di lavoro, tra l'altro, sembra avere ben chiari quali siano i suoi bisogni (Cap. IV, 6). Nel contempo, soprattutto negli operatori della vecchia guardia, si attiva il ricordo di un passato

lontano, in cui le cose funzionavano diversamente e rispetto al quale, però, si ammette anche che gli stessi pazienti “non sono più come una volta”. Il loro numero è cresciuto, sono più gravi, ma anche l'équipe è si è trasformata, non solo per il ricambio fisiologico degli operatori, ma perché sono mutati gli stessi assetti formativi.

Certo, quando le persone erano meno ed erano cresciute tutte quante insieme era diverso. Oggi è tutto cambiato, ci sono tante persone e poi gli stessi orientamenti professionali sono molto più diversificati, non solo in ambito psicoterapeutico. Una volta c'era la dietista pura, per esempio, adesso c'è il biologo nutrizionista, le scienze dell'alimentazione... Il panorama è molto variegato e quindi anche nell'approccio coi pazienti non sono tutti uguali. Ilenia non ha la stessa visione di Valentina. A parte che loro a tavola ci stanno pochissimo, no?, perché sono prese da centomila altre cose: i colloqui, i fogli del vitto, il Nido, i turni e quindi ... Però c'è anche un approccio diverso, per esempio, a tavola: c'è chi gli dice di pulire il piatto e chi glielo leva anche se non è pulito. Ed è un problema, perché poi le pazienti vedono le debolezze dell'équipe e ne approfittano. E' semplice, eh?!

Un ulteriore fattore di cambiamento è la presenza in struttura di figure relativamente esterne, come tirocinanti e volontari, che per ovvi motivi possono non essere preparati a gestire una patologia così complessa, e possono commettere degli errori. Non è detto, inoltre, che siano tutti motivati.

Se tu ad assistere un pasto mi ci mandi un tirocinante, o a tenere un gruppo, lui che non è formato... D'accordo, mica lo fa apposta, c'è l'inesperienza o l'ingenuità. Noi cerchiamo di dirgli “non parlate di questo ecc...”. E poi c'è anche un senso di non appartenenza. Uno può dire: “Beh, io faccio il tirocinio, non ci lavoro...”. Noi, invece, eravamo tutte persone molto motivate. La dottoressa lo dice ancora che “il Francisci lo hanno fatto le persone”, lei dice che è ancora così, ma secondo me ... Che lo abbiano fatto è vero, perché c'era una voglia... Quelle del gruppo famiglia perché non avevano più le persone, e noi lo stesso, io avevo questa voglia, a cinquant'anni mi sono rimessa a studiare, pensa un po'.[...] Questo per dirti che allora c'era più motivazione, adesso mi sembra che sia un po' diminuita da parte del personale. Più che la motivazione, non c'è l'impegno e la preparazione. Poi certo, anche noi facciamo qualcosa qui, c'è la Fraire [la psicoanalista incaricata della supervisione dell'équipe], però la nostra esperienza non è terico-pratica e quindi, se andiamo avanti coi tirocinanti, le persone sono poco motivate, ed è anche per questo che la qualità viene a soffrire. D'altra parte, capisco anche che la dottoressa, per mantenerla, la struttura, deve arrampicarsi sugli specchi. E poi fa un lavoro ammirevole per creare la rete. E' merito suo se i DCA in Italia hanno preso visibilità. Lei, lo dico sempre, non è un motore a cinque, è un trattore passa sopra tutto e tutti. Non ha paura di niente e di nessuno!

Si è consapevoli, insomma, che per tanti motivi il passaggio del tempo non è indolore, e che per attraversarlo, a parte l'energia del “caterpillar”, è necessario saper “integrare” i cambiamenti sotto il profilo teorico, pratico e comportamentale. Proprio ciò che faceva al caso della presente di ricerca, servito, si può dire, su un piatto d'argento.

6. Gli operatori e il cibo

Com'è il rapporto col cibo degli operatori che lavorano in un centro di cura per disturbi alimentari? Riporto alcune osservazioni dal mio diario di campo:

1 aprile:

Siccome è l'ultimo giorno di questa tappa di ricerca, compro delle brioche per la colazione. Incontro Sabrina al front office: “Non posso, cara, sono rigorosamente a dieta”, risponde al mio invito. Poi trovo Rita: “Non posso, sai? Alessandro mi ha detto che posso mangiare di tutto tranne i dolci e le patate”. Anche Silvia è a dieta, ma mi ha assicurato che ne prenderà un pezzetto. Oddio, penso, ho sbagliato tutto...

27 aprile:

Mentre faccio un giro a Perugia, incontro Alessandro, un nutrizionista di Palazzo Francisci, e la sua ragazza. Il mattino dopo racconta di essersi “abbuffato” con hamburger e patatine in un locale della città.

30 aprile:

Oggi pranzo al “Nido” [semiresidenza] dove ho lavorato la mattina. Massimo sta seguendo una dieta prescritta da un operatore del centro. Di fronte a ciò che “passa il convento” [il cibo della CIR, l’ente che prepara i pasti per l’ospedale e i centri DCA] ha un atteggiamento velatamente riluttante. Lamenta dei forti dolori a un fianco. In generale ha un atteggiamento piuttosto “rilassato” di fronte al cibo e al corpo. Come psicoterapeuta, invece, è di una professionalità impeccabile. Nel pomeriggio incontro la moglie Raffaella, che ironizza con un’altra dietista sulla difficoltà di convivere con qualcuno che sta a dieta. La sua stessa alimentazione ne risente. “Non posso mica cucinarmi le lasagne!”. Lei stessa cerca di attenersi al regime del marito. “Per sostenerlo, altrimenti so per certo che non ce la farebbe”.

4 maggio:

Un altro pranzo al “Nido”, e Massimo che riattacca con la dieta. E’ contento come un bimbo perché, scavalcando il riso al pomodoro del menù, si è comprato un bel filone di pane col prosciutto crudo come previsto dal suo piano alimentare. Mentre prende l’insalata, si rivolge all’educatrice volontaria [ex paziente del centro] e chiede: “Così va bene?”. Quella scoppia a ridere, osservando che appena uno si mette a dieta “invariabilmente comincia a parlare di cibo”. Massimo si schermisce, ma poi racconta di aver mangiato, più o meno di nascosto, delle patatine, il suo cibo preferito, di cui la moglie ha però trovato dei residui sul tappeto del soggiorno... Pregusta già l’aperitivo che si concederà domenica, il suo giorno di libertà alimentare [e siamo a lunedì!]. Quanto alla sottoscritta, mangio l’ottimo piatto di riso, sgombro e zucchine che la moglie gli ha preparato la sera prima.

29 maggio:

Arrivo a Perugia dalla doc [Dalla Ragione] con due pacchetti di caviadini [biscotti tipici delle mie parti]. Ho capito che le piacciono. Questa volta, però, preferisce i cereali integrali che ho portato con me per la colazione. “Vado al mare – dice con voce squillante – c’è la prova costume!”.

Si direbbe un rapporto “normale”, che cioè ha naturalizzato come ovvie alcune consuetudini della postmodernità occidentale: l’attenzione al corpo, al cibo “naturale”, alla snellezza. Se è risaputo fra gli studiosi che il trattamento degli eccessi ponderali è, non di rado, un *maltrattamento* responsabile per via iatrogena di vari disturbi del comportamento alimentare, il fatto di mettersi a dieta non può essere considerato come patologico di per sé. Tuttavia, quanti fra gli operatori hanno sperimentato di persona un regime alimentare particolare, per dimagrire o migliorare la salute, dichiarano con schiettezza quanto rapidamente si inneschi un pensiero “ossessivo”. Essendo il controllo cosciente dell’assunzione di cibo molto più difficoltoso della sua ricerca spontanea, la “restrizione cognitiva” sulla scelta, preparazione e programmazione alimentare diventa quasi scontata. Alcuni sono anzi convinti che chi lavora in un centro per DCA o fa il nutrizionista “dovrebbe provare a stare a dieta, almeno una volta nella vita, per capire che cosa vuol dire, e cioè “che è la cosa più brutta del mondo” (Vicini, nutrizionista). A queste parole fanno eco quelle di un’altra professionista, la moglie dello psicologo di cui sopra, che malgrado abbia frequentato il mondo della danza – un ambiente “tossico” da questo punto di vista – non è mai stata a dieta in vita sua. “In quei due giorni con Massimo [sorridenti entrambe per la complicità], ho sperimentato soprattutto la fame. Sai quando dici “ho fame, fame, fame”. Il non vederci più dalla fame, in quei due giorni l’ho sentito. Il fatto di pensare cosa mangerò stasera, di pianificare...” (Fasoli, educatrice e danzaterapeuta). Il caso di suo marito, forse il più simpatico in cui mi sono imbattuta anche per il contrasto con la serietà e il rigore che lo caratterizzano come professionista, è un esempio emblematico ma non certo isolato nei centri di Todi, dove alcuni operatori non solo sono a dieta, ma si fanno seguire dai nutrizionisti che ci lavorano. Quasi nessuno considera questa evenienza come un problema o una contraddizione. E’ visto come un fatto personale, che non ha niente a che fare col tipo di struttura in cui si opera. Si ribadisce comunque che un prerequisito indispensabile per lavorare in un ambiente così esposto è “avere le idee molto chiare sul cibo e sul corpo”. “Io penso che sia la base – afferma ad esempio un’operatrice – soprattutto per noi della sfera nutrizionale, è fondamentale. Cioè, se non hai tu un buon rapporto col cibo, come fai ad aiutare gli altri? Altrimenti, che fai, ti

dissoci? Io sono due persone, un'Ilenia restrittiva e una Ilenia che fa la nutrizionista?! (Carnazza, nutrizionista).

Va da sé che lo sguardo clinico affinato sui pazienti porti istintivamente gli operatori a guardare allo stesso modo anche i colleghi e ovviamente le persone al di fuori. "Da quando sto qui vedo a raggi x. Da come uno taglia la carne o spezzetta il pane, vedo la potenzialità di un DCA o di una situazione di nevrosi" (Ottaviani, psicologa). I professionisti della nutrizione fanno un interessante distinguo tra i comportamenti alimentari, non proprio consoni, di alcuni colleghi e quanti si sono rivolti consapevolmente al loro consiglio per operare un cambiamento. Nel primo caso, l'argomento è giudicato troppo delicato e personale per essere affrontato apertamente. Resta nell'ombra, come un sospetto che si affaccia nel discorso senza mai essere esplicitato. "Sì, è vero che ci sono colleghi con un'attenzione particolare al cibo e al corpo, e lavorando in un posto del genere mi chiedo: ma perché succedono queste cose? Non tanto lo stare a dieta, ma i commenti sul proprio corpo, oppure ho visto dei dimagrimenti repentini... C'è una linea molto sottile tra il patologico e il sano" (Benfatti, dietista).

All'opposto, gli operatori che diventano "pazienti" sono addirittura apprezzati e le loro richieste sono considerate una prova di confidenza.

In generale, faccio fatica a differenziare la gente intorno a me dalla gente che lavora con me. Perché loro sono un piccolo campione di quello che c'è fuori. Sì, qualcuno può avere dei comportamenti alimentari più strani e bizzarri, ma non particolarmente diversi da quelli delle persone fuori. Personalmente, non ci vedo niente di male se una persona qui dentro vuole riprendere in mano un po' la situazione, magari solo a livello fisico (che poi non è mai solo questo, vuol star meglio anche dal punto di vista psicologico) e vuole saperne di più su quello che mangia o su come dovrebbe meglio associare gli alimenti. Certo, a volte vedo qualcuno che ha un comportamento strambo, non direi disturbato, eh, che quello già identifica una patologia, e chi ha un'alimentazione più o meno normale. (Alessandro, nutrizionista)

Operatori a dieta? Io non lo condivido. È una cosa, secondo me, molto contraddittoria. O meglio, lo è l'aver dei comportamenti alimentari particolari. Ci sono persone che si preparano delle mega insalate indefinite, ti faccio un esempio, oppure ti dicono: "No, oggi evito il pane". Per me è una cosa inconcepibile. Allora mi dico: ma come, stiamo qui, lavoriamo coi DCA e tu fai peggio di loro? Sarà anche un periodo. Magari ti dicono "Per adesso ho eliminato i carboidrati per perdere del peso e lo perdo in maniera più semplice facendo così". Poi ci sono le persone che, tra l'altro, si sono rivolte a me personalmente, con cui allora posso fare un lavoro diverso. Persone che volevano perdere peso. Bene, gli dico io, ti faccio un approccio come a un paziente senza disturbo alimentare, ma sappi che io non ti levo nessun macronutriente, come i carboidrati ecc., ma si modifica la tua alimentazione dal punto di vista qualitativo. Allora lì è bello che gli operatori si affidino a persone competenti che sono anche colleghi. [...] Siccome è un fatto molto personale come argomento, non lo tocchi quasi mai, a meno che non sia la persona che ti chiede e decide di avere una mano. (Carnazza, nutrizionista)

Operatori a dieta? Non lo sapevo. Questa, però, è una cosa di questo momento. Non è mai stato così. Quello che mi sembra è che, da un annetto a questa parte, il gruppo degli operatori è molto unito e quindi ci possiamo permettere una maggiore confidenza. Da qui il poter dire "sono a dieta, seguimi tu". Però prima non era mai mai, mai successo. E' una cosa nuova, e dobbiamo studiare anche noi quello che sta succedendo. (Cazzella, dietista)

Per sollecitare l'équipe su un argomento che mi pareva tanto delicato quanto importante, ho utilizzato un'espressione di René Girard, il quale ha inquadrato i disturbi alimentari nella sua celebre teoria del "desiderio mimetico" (Girard, 1996). Alla radice di anoressia e bulimia vi sarebbe il desiderio di essere magri e soprattutto il risentimento nei confronti di chi (il cosiddetto "modello") ci sembra incarnare questo ideale meglio di noi stessi. Si tratta di una forma minimalista e autodistruttiva di desiderio, che alberga in un contesto sociale in cui l'individualismo esasperato ha preso il posto dell'autorità esterna, dell'assoluto religioso e di ogni norma rituale. Tracciando uno stimolante parallelismo antropologico, Girard paragona il comportamento anoressico al rituale del *potlac*, diffuso fra gli indiani dell'America nord-occidentale, con la differenza che nel caso dell'anoressia, l'ostentazione non riguarda la

ricchezza, elargita o distrutta per acquisire prestigio, ma proprio la rinuncia, il potere di fare a meno, tanto del cibo quanto dell'altro, in una sorta di delirio di autosufficienza. Le patologie alimentari sono espressioni estreme di quello che il sociologo statunitense Thorstein Veblen, nella sua *Teoria della classe agiata*, avrebbe definito come una forma di "non-consumo vistoso", l'attitudine subentrata all'esibizionismo dei *nouveaux riches* americani oramai assuefatti al denaro (Girard, 1996, pp. 169-173). Laddove il sistema consumistico sospinge gli individui all'eccesso, la vera distinzione si esprime nell'astinenza. "Astenersi intenzionalmente da qualcosa, non importa quale, è la dimostrazione definitiva della propria superiorità rispetto alla cosa stessa e a chi la desidera" (*ibidem*, p. 171). Opponendosi alla medicalizzazione dei disturbi alimentari, Girard propende per una lettura culturale della loro diffusione. Considera come le escalation mimetiche culminanti nell'anoressia/bulimia siano il portato di una tendenza già in atto in altri settori della cultura, a cominciare dalla ricerca minimalista del "nulla assoluto" nella cosiddetta "alta cultura" artistica, letteraria e filosofica. Proprio nel campo dell'alimentazione, tuttavia, l'articolazione tra un'offerta sempre più invadente e pervasiva, la sparizione dei divieti etico-religiosi e l'exasperazione dell'individualismo, produce un contraccolpo particolarmente distruttivo. Girard parla di "risacca del desiderio" per alludere al ritorno inquietante su noi stessi del desiderio di essere secondo l'altro. La rivalità fine a se stessa, la mimesi competitiva, la privazione come forma di autoaffermazione negativa evidenziano quanto sia illusoria la pretesa di fare a meno dell'altro, perché è sempre *per lui* che sospingiamo il nostro bisogno di primeggiare fino all'autodistruzione. Si preferisce annullare se stessi piuttosto che accogliere in noi la presenza dell'altro.

Le patologie alimentari diventano i segni di una condizione antropologica generalizzata, che caratterizza l'insieme della nostra società e dei processi in atto nella modernità. Lo comprova la recente "liberalizzazione" dei comportamenti bulimici. Girard cita il caso di una giovane donna che durante uno show televisivo rivendica con teatrale sufficienza il proprio diritto di vomitare il piatto di spaghetti appena ingerito e che, dopotutto, si è pagata coi propri soldi. Se, da un lato, risulta evidente che la ragazza "mangia per se stessa ma vomita per gli altri", da un altro "abbiamo la sensazione che nella sua vita ogni cosa, dalla carriera professionale agli affari di cuore, debba essere gestita con la stessa efficienza". Ella, infatti, "è in grado di occuparsi da sola di qualunque cosa: svolge entrambi i ruoli, del padrone e dello schiavo, in modo così efficiente e oggettivo che tutto appare perfettamente naturale e lecito" (*ibidem*, pp. 165-166).

Per interpellare i miei interlocutori sul *loro* rapporto col cibo e col corpo, e soprattutto sugli effetti prodotti dal fatto di lavorare in un centro per DCA, mi sono fatta ispirare dalla seguente osservazione di Girard: "dato il rapporto disordinato che la nostra cultura ha col cibo, la cosa stupefacente non è l'emergere dei disturbi alimentari, ma piuttosto il fatto che così tante persone mangino in maniera più o meno normale" (*ibidem*, p. 161). Ho quindi rilanciato a loro, ai professionisti della presunta "normalità alimentare", la domanda su che cosa significhi mangiare "normalmente". In seguito ho chiesto loro di parlarmi della loro esperienza personale. In generale sono stati ben disposti, perfino riconoscenti, nel misurarsi su questioni che li invitavano a riflettere su se stessi e li aprivano a una considerazione della diffusione dei disturbi alimentari al di là del loro ambito professionale.

Ho trovato significativo come tra psicologi e dietisti si delineasse una sorta di "inversione di ruoli" sulla possibilità di definire in termini massimalisti (e in fondo anche ironici) la cosiddetta "normalità alimentare". Alcuni esperti della psiche, per la verità, hanno preso la questione molto seriamente e risposto in termini quasi medici, riferendosi cioè ad aspetti come il "fare quattro pasti", "avere degli orari", "mangiare variato", "non consumare troppi dolci e bevande gassate". Alla domanda su come si fosse modificato il loro comportamento alimentare, uno di loro ha ribattuto con un (per me esilarante) "faccio meno fritti di prima".

Accanto a queste esternazioni più tecniche, un elemento che tutti gli intervistati hanno sottolineato, è stata l'importanza della convivialità, del mangiare con altri. Sintetizzo le varie posizioni con le parole di un'operatrice psicologa:

Io non penso di mangiare normalmente [ride], e penso anche che non esista un'alimentazione "normale". Le condizioni, anche lavorative, ci impediscono di farlo, anche nel senso di prenderci il tempo utile per fare un bel pasto "normale" che secondo me implica anche la convivialità. La gente in generale, torno a dire, secondo me non mangia normalmente. Per me normalità significa fare sempre la colazione, il pranzo, la merenda, la cena, però anche associare al pasto un aspetto di convivialità, di confronto, di scambio ed è questa, secondo me, la parte che manca. Rispetto alla tipologia del cibo, non usare i cosiddetti cibi veloci ma metterci tutta l'idea della preparazione, della scelta, il cucinare, i profumi. (Paradiso, psicologa)

Gli esperti del corpo-organismo, quasi all'opposto, hanno insistito come prima cosa sull'importanza di assecondare i propri gusti e bisogni e soprattutto sull'assenza di "fissazioni" come *conditio sine qua non* di un rapporto equilibrato con l'alimentazione. Si è consapevoli di quanto possa essere difficile oggi mangiare "senza pensarci", eppure ciò rimane una sorta di ideale regolativo.

Che cosa significa mangiare normalmente? Mangiare come i bambini, secondo me. Io non lo so se esistono ancora persone, oggi, parlo della cultura occidentale, che non si pongono il problema. Sono pochissime. Il mio ragazzo, per esempio. Quello che gli dai, mangia. Può mangiare pasta sia a pranzo che a cena. Al massimo non lo farebbe per il gusto. Non so se è perché faccio questo lavoro, però guardandomi in giro, tra gli amici e la mia famiglia, le persone che non ci pensano sono poche. In ogni caso, secondo me, uno può mangiare normalmente anche sapendo quello che mangia. Mangiare normalmente vuol dire non avere paura di mangiare, prima di tutto. Essere libero. Io lo dico ai ragazzi, quando vado nelle scuole. Volete andare al McDonald? Andateci, non è quello il problema. L'importante è non credere che sia un cibo sano come vorrebbero farti credere loro. Se ci vai una volta al mese, ogni due, non casca il mondo. Ci vuole la misura. E' quella che va insegnata ai ragazzi. La coca cola. Non è che non la devi bere mai nella vita. Io ogni tanto me la bevo d'estate, se mi viene voglia la bevo. E' inutile dire che non bevo la coca cola perché sono una nutrizionista. Io, ad esempio, non la compro. Ma perché non ho l'abitudine. E' questo che conta. E' questa la cosa sana: sei in spiaggia, hai caldo, ti viene voglia di coca cola e sei libero di prenderla. Non sei schiavo di berla tutti i giorni, come quelle persone che ci rimangono sotto, né come quelli che dicono "no la coca cola no". Non sono assolutamente terrorizzata sul cibo. Ci sono talmente tante altre cose di cui dovremmo aver paura che uno non vive più. (Vicini, nutrizionista)

La nostra cultura è impazzita su questa cosa del cibo. In qualsiasi ambiente io vada, sento parlare di cibo. E di cibo come un problema e un senso di colpa, sia dal punto di vista della salute che del fitness, del magro e del grasso. Da ragazzina non sentivo mai parlare di cibo. Invece le nostre pazienti ci raccontano che continuamente, in classe, ci si interroga su questo e che loro il momento di spicco e massimo fulgore nel gruppo l'hanno raggiunto con l'anoressia. Oggi le persone vengono ammirate per una cosa che poi, voglio dire, non è come vincere il premio Nobel per la letteratura o per la fisica! È diventato un gran problema perché occupa uno spazio mentale molto ampio, al cibo ci sono appiccate tante cose, diventa uno strumento di divisione sociale. Guarda nel sud del mondo e nei paesi poveri: lì i ricchi sono obesi. Al MC Donald mangi con due euro, ma se vuoi mangiare bene non ci mangi, perché un kg di mele biologiche costa 2 euro e 50. Ho letto un libro molto bello, *La teoria della classe agiata* di Veblen. Nel postmoderno domina l'uso del superfluo, la dissipazione, come dice lui. Quanto più vogliamo essere riconosciuti socialmente, quanto più dobbiamo accedere a dei beni sempre più sofisticati. Non basta più il biologico, adesso c'è il vegano, le bacche di goji e questa cosa è molto più applicata al cibo che girare con la Ferrari o il Rolex. Mangiare normale, per me che lavoro coi DCA, significa "non pensarci", ma questa è una chimera perché oggi per un motivo o per un altro ci pensiamo tutti: perché ho il mal di testa, il diabete, per la linea, perché stasera fai la cenetta con gli amici... Quando ero ragazzina io, non si mangiavano tutte 'ste cose. Eppure vivevo in una famiglia benestante. La carne era la fettina e la pastasciutta era la pastasciutta: era bianca o rossa ma era quella. La sera si mangiava la minestra o un pezzetto di formaggio. Una volta alla settimana mangiavamo i *toast* e quello per noi era il massimo dell'esotismo. Eravamo magri perché era pasta al pomodoro e basta, non c'era il pomodoro biologico e la bufala sul pascolo e questo e quell'altro... Era quello e basta. E non era un problema. (Bianchini, consulente filosofica)

A queste osservazioni fa eco il disincanto autoriflessivo di un altro professionista dell'alimentazione, che riconosce in se stesso il figlio di una "società bulimica" ma in fondo

preferisce assecondare la propria “compulsione” piuttosto che millantare un’adesione troppo rigida a un modello alimentare corretto:

E’ vero, ci troviamo in un’epoca particolarissima da questo punto di vista. In realtà il mondo è diviso a metà. In una parte del mondo [...] il cibo non c’è e nemmeno il disturbo alimentare, o ce n’è pochissimo. Lì tirerei un uguale e direi che viviamo in una società bulimica. Data l’offerta immane di cibo, il problema è proprio la compulsione. Chi la incarna? Secondo me tutti quelli che vivono in questa parte di mondo. Sfido chiunque a non utilizzare il cibo come antistress. Prima ho mangiato un cioccolatino, e l’ho mischiato con dei salatini. Quelli perché avevo fame, il primo perché mi annoiavo. Se non avessi avuto il cibo avrei usato tecniche differenti. Siamo tutti disturbi alimentari sottosoglia? Laddove non abbiamo criteri diagnostici ben definiti ... va beh, forse è un po’ forte. Però ciascuno fa le sue scelte alimentari, cioè, sfido chiunque a dire: “Io faccio e rispetto la dieta mediterranea”. Che poi, se ti metti in questa situazione, io ti dico: “Sei rigido in questo”. Se ti dico di non rispettare un modello condiviso, tu che fai?

Per la maggioranza degli operatori il rapporto col cibo si è modificato in meglio, è divenuto più consapevole e quindi meno soggiogato ai condizionamenti culturali correnti, su cui si riflette arrivando perfino a riderci sopra. L’importanza del momento del pasto viene rivendicata come un esempio di dedizione verso se stessi, a fronte di una relativa indifferenza o incuria sperimentata nel passato.

Sì, si è modificato. Prima ci pensavo ma non mi ci sono mai concentrata, lo vedevo come nutrimento e basta, non mi sembrava importante. Se saltavo un pasto va beh! Adesso mi spiace, se accade adesso mi dispiace perché mi toglie un pezzetto per me. I pasti me li godo di più, anche se restano sempre frenetici... Però se vado al ristorante, cacchio, una goduria! Ti puoi godere quel pasto che ti piace, che ti dà tempo, e che ti nutre anche emotivamente. Prima dicevo “sono sazia” ed era tutto lì. Ora dico “mi piace, me lo piglio”. [...] Parlo con un’amica della “prova costume”, ma che pizza! Mangiare normalmente è mangiare senza avere le paturnie. Una cosa ti va e te la prendi. La mia amica, il suo pensiero è indicativo di un clima diffuso, a me adesso mi fa sorridere, mi dico “ma guarda come siamo, siamo tutti attenti, anche noi operatori, alla linea, al vestito bello, ma poi perché è così? Ci si pensa sopra. Pesarsi tutte le settimane, ma perché? La cura, quella certo sì, ma l’ossessione no. Anche io mi preoccupo di alcune cose, anche io ai tempi ho fatto la mia dieta e mi controllavo perché, va beh, con tutta quella fatica! Ma oggi no. Sono in sovrappeso? D’accordo, ci penserò, però se il gelato mi va me lo prendo. (Mococchi, psicologa, specializzanda in bioenergetica)

Per i professionisti della nutrizione riflettere sul tema è stato uno stimolo per assaporare il gusto del cibo al di là dei suoi costituenti, fino a proclamare una personalizzazione dell’alimentazione che alle mie orecchie profane suonava “ai limiti del salutare”. Per chi è stato formato a misurare e calcolare secondo standard e fabbisogni “oggettivi”, questa liberalizzazione acquista un sapore quasi trasgressivo:

Sicuramente è solo migliorato. Già con lo studio che ho fatto e le cose che poi ti sperimenti anche tu. Però, poi, quando lavori coi DCA, allora dici “ma chisseneffrega!” Io voglio andare a cena perché voglio stare con quegli amici. Quindi, in parte viene influenzato dallo stare qui, però ti fa l’effetto contrario rispetto a un discorso di restrizione o di essere così vigile su tante cose. (Carnazza, nutrizionista)

Mi sono subito accorta di quanto il mio sovrappeso in passato inneschasse un meccanismo ossessivo. Era veramente un pensiero ossessivo. Ero seguita da uno specialista, e mi sentivo molto rigida. Ora sono molto più libera, quasi fa l’effetto opposto. Per me non esiste proprio che il quantitativo debba essere rigido. Lo stesso per il movimento. Adesso è un piacere. Prendo in giro le mie amiche. Il mio rapporto col cibo è migliorato rispetto al passato. (Benfatti, dietista)

Quando lavoravo in studio [come dietista], quindi non con i DCA, dicevo sempre che l’alimentazione è la cosa più personale che abbiamo, personalissima. Non si può dire che se mangio solo uova è sbagliato. D’accordo, mi viene il colesterolo alto, ma non è *sbagliato*. È uno stile familiare e personale e poi te lo aggiusti, in relazione alle tue conoscenze, ai tuoi obiettivi, ai tuoi stili di vita. Però non credo che esista un’alimentazione “normale”. Credo che esista ciò che è normale per te. Un’alimentazione su misura.

Angela: Dove su misura non equivale a eccesso?

In realtà potrebbe anche esserlo. Perché anche la salute è un concetto del tutto personale. Per queste ragazze essere in salute è questo, perché loro stanno bene così. Chi sono io per dire loro che mangiano male e che quello che propongo io è giusto? Non credo proprio che quello che proponiamo noi sia “giusto”. E’ giusto secondo le Linee Guida, ma non lo è personalmente. Se una volta uscite di qui, sane, non vogliono fare la merenda, chisseneffrega, non la facessero. Io non mangio la frutta, e sono dietista. Sbaglio? E qualora sbagliassi? E’ il fatto di non essere in salute che ti toglie la libertà. Qualcuno, un genitore o il medico, verrà a casa e ti dirà “così non va bene”. Ma in un ambito di salute uno può mangiare le uova anche 8 volte al giorno. Per me non esiste un concetto di alimentazione normale. Ti risponderai, quello che fa bene a te, quello che ti fa stare bene a te. (Cazzella, dietista)

Il confronto con una delle “operatrici a dieta” o con altre che hanno preso in considerazione l’ipotesi, è stato oltremodo significativo per focalizzare l’attenzione su ciò che gli operatori *non* dicono e forse neppure *sanno* rispetto alla loro vulnerabilità in un ambiente lavorativo così platealmente senza difese rispetto allo scempio sui temi del cibo e del corpo.

Mah, guarda io col cibo... com’è? No, devo dire, a me non mi si è modificato il rapporto. Io pure ogni tanto faccio qualche dieta, ma le mie diete sono sempre molto aleatorie. Non è un aspetto che mi crea frustrazione o fissazione. Anche perché poi ti accorgi che non è questo il senso della vita. Già è difficile trovare il senso, credo che il cibo e il corpo non ti possano identificare. [...] Certo, non è che essere a dieta significa a vere un DCA. No, no certo, però guarda io mi accorgo che è semplice fissarsi. [...] Poi però personalmente, ecco, non è una cosa su cui pongo particolare attenzione. Vedi te, stamattina sei arrivata col vassoio di paste e secondo me è più carino fare colazione insieme piuttosto che dire “no non le mangio perché sto a dieta”. Sì, è vero, sto a dieta, sto facendo degli sforzi, però ‘sti cazzi, alla fine è più bello il momento della convivialità, del farsi una colazione insieme. Ho detto a Ilenia [la nutrizionista della struttura che la segue]: “Guarda, a me piace tanto uscire con gli amici, prendere gli aperitivi, andare a cena fuori. Quello è un momento di distrazione, stai con gli amici. Mi piace provare delle cose nuove, a me piacciono i posticini piccoli, caratteristici. Io non posso andare a cena fuori e dire “no, questo non lo posso mangiare”, perché per me è più importante l’aspetto conviviale, lo stare insieme. [...] Ci provo, però già l’idea mi dà un senso di aridità, di tristezza, perché sei costretta a seguire un certo regime. Quindi, quando sto a casa, seguo quello che Ilenia mi ha predisposto, però stamattina mi ha chiamato un’amica per invitarmi a cena e io ho detto sì, non ho detto “oddio adesso che mangio”, proprio no. Quindi la dimensione relazionale, conviviale è la più importante per me. (Ferri, coordinatrice di PF)

Adesso arriva un mese in cui mi piacerebbe stare un po’ tranquilla, dico, vado a camminare, magari mi sgonfio un pochetto, ma non c’ho voglia. Mi piace di più vedere questa stagione come, ah, che bello, si fa l’aperitivo con gli amici, fai le cene fuori, ci sono le sagre, mangio il gelato... Mi interessa molto di più quello del pensiero che ti può passare nella mente – perché è umano – sai, magari sto un pochino più attenta. Per cui proprio no, non ho voglia. Io l’ho fatta una dieta in passato prima di lavorare coi DCA. Ho perso peso in un periodo brutto della mia vita. Quindi, quando qualcuno fa un commento sul cibo o sul corpo rispondo “se mi vedi così è perché sto bene. Se perdo peso preoccupati”. Non ho mai rovinato il rapporto col mio cibo, però mi sono resa conto che sono riuscita a stare a dieta quando stavo male, se sto bene no. (Vicini, nutrizionista)

Anche per la sottoscritta, quella che poteva essere una semplice curiosità antropologica o, più soggettivamente, la cartina tornasole su cui far reagire il *mio* rapporto con la fame, è divenuta un’occasione di riflessione su un tema centrale nelle comunità terapeutiche. Ne ho discusso con la seconda psichiatra del centro, la dottoressa Bulletti, appena arrivata in struttura, e soprattutto con la psicoanalista didatta incaricata della supervisione dell’équipe. A partire dalla considerazione che “spesso una comunità terapeutica finisce per assomigliare alla patologia che cura” (Bulletti), è divenuto essenziale approfondire il senso dell’affermazione opposta, cioè il fatto che, ad avviso dell’analista Fraire, “questa équipe è sempre meno in rapporto con la patologia che cura”. Era importante capire, al di là delle valutazioni manifeste degli operatori, in che modo il gruppo dei curanti si difendesse o reagisse all’infezione di “questi corpi che negano di essere tali”. Sono corpi, spiegava la psicoanalista, che esibiscono le giunture fra gli arti, cioè lo scheletro, rivelatore ben più di una “faccia magra” della pulsione di morte che li abita. Se il messaggio attuale di tale spinta

autodistruttiva non è “io ti distruggo”, ma “niente può cambiare”, l’anoressia diventa un prodotto della comunità in cui viviamo, cioè “un mondo apparentemente impegnato a difendere solo se stesso, il vecchio senso delle cose, quando avrebbe un’opportunità gigantesca che sono i flussi migratori”. Il discorso si è quindi spostato dall’anoressia come patologia all’anoressia come “disturbo anoressizzante” capace cioè di togliere cibo e senso a ogni cosa, “compresa la storia personale delle pazienti, che sembra una vite spanata che gira a vuoto su se stessa”. L’équipe di Palazzo Francisci non verrebbe contagiata dalla patologia che osserva. Diversamente “lavorerebbe solo sui parametri dell’anoressia, che certo sono sempre più articolati, ma rispetto ai quali essa mantiene una sorta di “distanza di sicurezza”. Mi sono chiesta in che cosa consistesse, e ho trovato la risposta proprio nell’indagare il rapporto col cibo del gruppo degli operatori. due di loro hanno descritto in questi termini l’ingresso nel centro:

Adesso non mi fa più tanto effetto, ma i primi tempi che facevo assistenza al pasto, quando facevo il tirocinio, appena mettevo piede qua dentro mi veniva una fame fortissima. Ci ho fatto delle ipotesi: poteva essere una reazione mia rispetto a questo posto, oppure una sorta di contagio. Una persona entra qua dentro e sente di riflesso tutta la fame che loro non si permettono di sentire. Entro qui e sono aggredita, come se andassi in un paese del terzo mondo, e sentissi la fame di tutti. Terza cosa, anche adesso, dopo un’ora di assistenza al pasto, quando i tempi sono così lunghi e mi viene fame, penso che se tu ci metti due ore per mangiare un piatto di pasta, allora te lo mangio io. Insomma c’è una dimensione istintuale, un po’ di nervosismo, un po’ è perché siamo anche programmati così e se vediamo gli altri mangiare ci viene fame. (Pannacci, psicologa, teatroterapeuta)

Il mio rapporto col cibo da quando lavoro qui? Difficilissimo. Io mi sono sentita intaccata nella mia alimentazione. Nei primi anni, non dico che fossi in crisi, ma non mangiavo in modo spontaneo. Anzi, ero proprio banale, senza cura. Avrei potuto mangiare la pasta oppure il secondo senza differenza. Era puro e semplice nutrimento. Dovevo riempire la pancia. Punto. Immagino che fosse perché, stando tutto il giorno qui dentro, lì fuori mangiavo la prima cosa che trovavo senza nessun pensiero. Dopo alcuni anni ho ripreso a curarla di più. Nel corso degli anni è cambiata moltissimo, anche perché nel frattempo sono cresciuta. Un alimento fobico, per loro, sono i carboidrati, mentre per me non lo sono mai stati, chiaramente. Il fatto però di legittimarli a loro, li ha legittimati anche per me. Adesso mi sento molto più disinvolta. Chiaro, questo ha degli effetti sul mio corpo, infatti ogni volta che ritorno al Francisci ingrasso. Credo sia questa la dinamica, l’aver una disinvoltura maggiore. Lasciar andare su di me quel controllo che loro hanno su se stesse. (Cazzella, nutrizionista)

Una prima possibile risposta alla domanda su come l’équipe reagisca all’anoressia è quindi questa: “mangiando”. Forse mangiando anche troppo, per poi perdere i chili di troppo “in maniera repentina”, come diceva la nutrizionista di prima. Un’altra operatrice ha osservato che “Mariella ci riempie di torte e dice “mangia, mangia”, concludendo che dato il tipo di situazione in cui ci si trova “c’è forse un maggiore investimento, diventa quasi una forma di accudimento”. Eppure questo non basta a restituire l’aspetto più significativo che permette agli operatori di prendersi cura della fame loro e altrui. E’ qualcosa che non solo mi è stato restituito da molte interviste, ma che soprattutto ho vissuto per esperienza diretta. Riporto, a titolo esemplificativo, un altro passaggio del mio diario di campo:

31 marzo: oggi, come tutti i martedì, c’è stata la riunione di équipe. Solitamente, al termine, si organizza un pranzo comunitario per tutti gli operatori. La doc [Dalla Ragione] spesso porta qualcosa da casa, spesso degli ingredienti freschi, ma oggi una zuppa di legumi. Diego ha fatto una “torta al testo”, una specialità locale (una specie di piadina romagnola ma più alta, che di solito si mangia con dei salumi, per esempio il celebre capocollo umbro). Mariella spesso si mette ai fornelli e prepara grandi quantità di pasta per tutti. Ci si riunisce nel locale antistante alla cucina e si mangia a turni. Chi presta assistenza al pasto, solitamente arriva quando gli altri hanno già terminato. Ad ogni modo qualcosa avanza sempre e nessuno resta senza cibo. La doc. è particolarmente sensibile a orchestrare questo momento di comunione. Spesso è lei la prima che incoraggia chi arriva a sedersi. Quando mi ha vista entrare manovrando il carrello delle vivande, ha esclamato sorridendo “ma guarda l’antropologa tuttofare!”. Io mi sono giustificata invocando l’osservazione partecipante. “Faccio quello che fanno i nativi”, ho risposto. E poi mi sono messa a tavola tutta contenta.

Momenti come questo si ripetono ogni settimana e in generale in tutte le occasioni in cui una riunione, una celebrazione o una festa portano molte persone all'interno della struttura. In occasione del 12° "compleanno" di Palazzo Francisci, il 31 maggio 2015, per esempio, il giardino era punteggiato di tavoli imbanditi con ogni ben di dio. Un'operatrice, scambiandomi un'occhiata complice, mi ha sussurrato "guarda i genitori come si fiondano sul cibo quando vengono qui!". Quanto alle pazienti, osservavano la scena in disparte, ammassate in crocchio. A un certo punto una di loro, malinconica e malconcia, dopo aver gettato uno sguardo furtivo e famelico sulle pietanze, ha chiesto a me "se potessero bere almeno l'acqua".

Non tanto il mangiare, quanto la convivialità, il mangiare *insieme* agli altri operatori, indipendentemente da cosa o quando si mangia, è il collante che regge l'urto della spaventosa deprivazione che affama le ospiti.

Con gli altri operatori mi fa piacere mangiare, in certi giorni, quando finiamo il turno. Sono carine le battute che ci facciamo: "Che fai restringi, ah, non restringi?" Il clima è goliardico. Cambia completamente l'atmosfera. Magari passi dal momento prima, in sala, con le ragazze, in cui devi fare attenzione alle loro emozioni, e poi passi a un clima disteso, ti rilassi, assapori la normalità di un pasto condiviso che è divertente perché poi si cerca pure di sdrammatizzare un po'. Si fanno due risate, si esula. Il pasto con gli operatori è il vero relax. (Mococchi, psicologa)

Il piacere della condivisione sorpassa il proposito più convinto del mettersi a dieta e fa apprezzare come una benedizione una serata in pizzeria con gli amici oppure un pranzo in famiglia, dove si accoglie stupiti e riconoscenti la spontaneità e naturalezza della parola scambiata mentre si mangia. Il Convivio, come si diceva, umanizza l'alimentarsi appropriandolo al corpo parlante dell'uomo. Come diceva Fraire, i disturbi alimentari, e così pure le altre forme di "trattamento del corpo", quali piercing o tatuaggi, estrapolati dalla cornice di senso che accorda loro uno spessore antropopietico, diventano una forma di trattamento radicale del corpo che prende il posto di una parola che non riesce a essere simbolizzata.

Un corpo che esplode o implode è pur sempre un trattamento radicale del corpo. Un animale non potrebbe farlo. A un animale non potrebbe succedere. Il troppo e il troppo poco nel mo animale non c'è. Il trattamento cui sottoponiamo i nostri corpi rivela il loro essere abitati dal linguaggio, quindi, che non sono più solo se stessi, che c'è un oltre la fisiologia, dalla quale comunque non possiamo prescindere.

Laddove invece la parola può circolare, *si vuole* mangiare con gli altri. Forse per questo è così netta l'opposizione di molti operatori alle varie forme del tribalismo alimentare contemporaneo, alle professioni di fede vegana o ortoressica che si accompagnano a un malcelato senso di superiorità, di esclusione e di disprezzo per chi pensa e agisce diversamente. "Io odio mangiare da sola", ha proferito perentoria un'educatrice. Aggiungendo subito dopo, senza soluzione di continuità se non per la sfumatura di rinascimento apparsa nella sua voce: "le pazienti non mangiano insieme" (Falconi, educatrice).

Sarà un caso, ma il solo cambiamento strutturale che ho visto a Palazzo Francisci durante il campo è stato l'arrivo di una cucina nuova.

IV. UN'ÉQUIPE TRANSDISCIPLINARE

1. Multidisciplinare, interdisciplinare, transdisciplinare

C'era poi una differenza forte, di tipo epistemologico tra Manuali e Basaglia. Mentre Basaglia metteva in discussione il paradigma medico e diceva "la malattia mentale non esiste", è un prodotto sociologico (semplifico), un'invenzione della società moderna, per Manuali non era così. Diceva, no, il paradigma medico è parte del nostro sapere. Se faccio il medico, ma in qualunque relazione di cura, c'è un paradigma a cui mi devo rapportare. Di fatto è quel paradigma che utilizzo quando faccio la storia del paziente, l'anamnesi, la patobiografia e cerco di fare una diagnosi. Quel paradigma è dentro la mia testa e non posso eluderlo, nemmeno quando lavoro con la malattia mentale, quindi non è pensabile scavalcarlo. Non posso non fare la diagnosi perché dico che la malattia mentale non esiste. Nel '75 ci fu un importante convegno a Trieste, a cui parteciparono Deleuze e Guattari. Si arrivò all'idea della malattia come un'invenzione, dicendo che i malati erano quelli che dicevano la verità, che il delirio era la realtà dei malati e quindi non era vero che era delirio. L'idea era di capovolgere il paradigma. Manuali ci portava in un'altra direzione. Diceva: "Quello è il paradigma, capite quanto ne siete influenzati. Potete modificarlo nella relazione col paziente, ma se siete medici, sappiate che se siete medici quel paradigma ce lo avete dentro. Siete medici dall'antica Grecia e lo sarete anche tra mille anni. Io sono molto d'accordo. Non si può togliere il paradigma e dire «sono come il paziente, lo ascolto». L'asimmetria nella relazione terapeutica è inclusa. Lui viene da te perché soffre e tu cerchi di aiutarlo a non soffrire più. Però è una relazione che si basa su questo assunto, quindi il paradigma della medicina, anche se lo vuoi scardinare, ti attraversa. Questa è la differenza dell'esperienza Umbra da quella di Trieste.

Le parole con cui la dottoressa Dalla Ragione ricorda l'insegnamento del maestro Carlo Manuali e la specificità dell'esperienza umbra nell'ambito della riforma antimanicomiale, risultano esplicative di una presa di posizione epistemologica che ha ispirato la stessa costruzione di Palazzo Francisci. Esiste un paradigma fondato sull'asimmetria tra chi cura e chi soffre, il quale agisce come preliminare fondativo e irrinunciabile della pratica medica. Tuttavia, lungi dall'essere applicato in modo dogmatico e irriflesso, si ammette che debba almeno misurarsi, ed eventualmente trasformarsi, attraverso l'esperienza della relazione col paziente. La capacità di comprendere la sofferenza del malato in quanto persona ha meno a che fare con un'improbabile velleità empatica e molto di più, per esempio, con la lungimiranza professionale di concepire un luogo di cura alternativo all'ospedale. Ugualmente, la necessità di affrontare la malattia nella molteplicità dei suoi aspetti ha ispirato un lavoro di ricerca e di sperimentazione ai confini del paradigma biomedico, che ha promosso un confronto con le sue frange più innovative, come la PNEI e le cure integrate. Sono scelte consapevoli, ispirate non dal gusto "alternativo" in quanto tale, ma dalla comprensione dei limiti intrinseci della biomedicina. A fronte di un pregiudizio antropologico non sempre giustificato, l'etnografia si è confrontata con un esempio di "medicina riflessiva".

Agli inizi degli anni ottanta del Novecento, il testo *Anorexia nervosa, a multidimensional perspective* (Garfinkel e Garner, 1982) è stato uno dei primi a fondare lo studio e il trattamento dei disturbi alimentari sull'applicazione del modello bio-psico-sociale e, quindi, delle cure integrate. In realtà, come fa notare Cuzzolaro (2013, 2014), l'assortimento di interventi diversi nella cura delle forme anoressiche ha una storia ben più antica. I resoconti dei primi approcci terapeutici di Richard Morton alla fine del Seicento e quelli di William Gull,

Charles Lasègue e Jean-Martin Charcot nei due secoli successivi, per quanto remoti nel tempo e nel linguaggio, mantengono una loro significativa vitalità. Dimostrano come fosse già in auge l'abbinamento di medicinali sintomatici volti a contenere lo stato di inedia con indicazioni "moralì" relative alla dieta e allo stile di vita, come l'interruzione degli studi, l'allontanamento dal contesto familiare, la vita all'aria aperta, l'assunzione di cibo leggero e nutriente ogni poche ore. Anche la consapevolezza dell'incertezza dei risultati e degli esiti a lungo termine era di gran lunga acquisita, e così pure il grande problema del rifiuto di curarsi o semplicemente di migliorare le proprie condizioni. In uno studio sui vari tipi di "consunzione" (*phistis*) Morton racconta il caso di una giovane, malata di "tisi nervosa" da due anni, che all'inizio del trattamento sembrò star meglio, ma poi "prese a noia le cure" (*taedio medicaminum statim affecta*) e le rifiutò, fino a morire tre mesi dopo (Cuzzolaro, 2014, pp. 47-48).

Probabilmente è proprio la *non compliance* dei pazienti, insieme al carattere "olistico" della malattia, a rendere problematica la prassi dell'integrazione degli interventi raccomandata in linea teorica. Se si trattasse di erogare diverse tipologie di trattamento a seconda delle necessità del quadro clinico, la collaborazione fra professionisti formati all'esercizio di specializzazioni diverse sarebbe complesso, ma presumibilmente non così arduo. La combinazione di semplici "misure di buon senso", come una chiara distinzione tra le aree di competenza e l'attitudine, da parte dei professionisti, a lavorare in gruppo, unite a indicazioni specifiche di metodo, come la discussione regolare dei casi clinici nelle riunioni di équipe e di supervisione, l'aggiornamento costante e il lavoro di ricerca, sono vettori indispensabili di una collaborazione efficace (*ibidem*, p. 112). A monte delle diverse pratiche, tuttavia, resta l'assenza di un modello teorico unitario e coerente.

La discriminante che separa la multidisciplinarietà dall'interdisciplinarietà, a rigore, è proprio questa. Nel primo caso, si tratta di convogliare diverse prospettive nello studio di uno stesso oggetto, come nel caso, ad esempio, in cui un'opera d'arte venga considerata nel contesto della storia, della religione, della tecnica pittorica, del mercato. Una ricerca si definisce, invece, interdisciplinare, quando concerne, e consente, il trasferimento di metodi da una disciplina ad un'altra, sia in termini applicativi che euristici. I metodi della fisica nucleare possono essere trasferiti alla medicina per il trattamento di certe malattie, mentre nell'ambito della giurisprudenza il ricorso alla logica formale o alla statistica aiuta a risolvere problemi specifici di analisi conoscitiva, come quello dell'evidenza (Montuschi, 2007, p. 110). Il campo delle cure integrate per i DCA è meglio rispecchiato dalla prima ipotesi. Contempla cioè un ventaglio di agenti e di azioni ciascuna con obiettivi specifici. La costruzione di un bagaglio teorico aperto a molte prospettive disciplinari, predisposto nelle esperienze di formazione *ad hoc*, quali i Master e i corsi ECM, è fondamentale per preparare i professionisti al lavoro di squadra. L'integrazione vera e propria, tuttavia, è una costruzione *empirica*. L'esperienza in un centro di cura residenziale rappresenta lo scenario elettivo per evidenziare le potenzialità e i rischi di tale impegno, perché in nessun altro servizio la relazione fra operatori e pazienti è così ravvicinata e continuativa.

In una struttura la cui finalità riabilitativa è perseguita in condizioni di gravità, ogni professionista, o diversi professionisti insieme, sono chiamati a bilanciare in maniera graduale ma efficace, le opposte strategie di *attacco* e di *difesa* del sintomo, in modo tale che siffatta combinazione risulti "digeribile" per il paziente. Su questo aspetto è proprio la posizione terapeutica a essere chiamata in causa. I commenti o le esternazioni estemporanee sugli ospiti della struttura che ho potuto raccogliere nei momenti più disparati dell'esperienza di ricerca, sono stati rivelatori in tal senso. Se, da un lato, espressioni come "agganciare" il paziente, stabilire una solida "alleanza terapeutica", creare un clima di fiducia e disponibilità reciproca, abbondano in tutte le pubblicazioni sui DCA, nell'osservazione della vita quotidiana in residenza asserzioni generiche riferite alle Anoressiche come "manipolative", "bugiarde",

“poco motivate”, “sfidanti” o “teatrali” sono state abbastanza frequenti. Sono indicative della facilità e frequenza con cui un’*équipe*, anche la meglio preparata e dedicata, può incorrere in atteggiamenti difensivi o espulsivi.

Il confronto quotidiano con la *resistenza alla cura*, nel complesso spettro comportamentale che va dal rifiuto spinto all’adesione compiacente passando per la vasta gamma dell’ambivalenza, è un’evenienza che mette a dura prova anche il professionista più motivato. Per i professionisti del corpo-organismo, cioè il personale medico o deputato alla riabilitazione nutrizionale, può apparire come un vero enigma, avvezzi come sono a pazienti che solitamente hanno “fretta di guarire”. Le peculiari condizioni del setting di Palazzo Francisci, ove molti psicologi svolgono anche il ruolo di educatori, complica le cose anche per gli esperti dell’area mentale.

Quando si parla di cure integrate in pazienti con DCA, il discorso si focalizza sul pericolo che l’azione terapeutica venga a riprodurre la medesima “scissione” che si trova al cuore del sintomo, cioè la separazione mente/corpo. Invece di guarire, induce cronicità. E’ un rischio aggravato dalle condizioni oggettive in cui si trova la più parte dei servizi, molto vicine al disservizio visto che molte unità di cura finiscono per erogare le prestazioni disponibili invece di quelle veramente necessarie al paziente (Margherita, 2013, p. 103). Questa esacerbazione, tuttavia, conferma quanto si vuole dimostrare, cioè che la “separazione” degli interventi, più che l’effetto di una carenza professionale o la conseguenza di un lavoro difettoso, è innanzitutto la sua condizione a priori, essendo immanente alla *formazione* dei professionisti. Concentrarsi sul ripristino dei valori fisiologici, col rischio di incorrere in una medicalizzazione incongrua, rispecchia la “normale” attitudine del medico a tenere “sotto controllo” la malattia, il malato e presumibilmente la propria ansia. Allo stesso modo, il desiderio di instaurare una relazione privilegiata col paziente, rispettosa dei tempi di elaborazione psichica di quest’ultimo, sono i prerequisiti di una buona formazione psicologica, anche se questa occorrenza, nel caso di un DCA grave, può far perdere di vista l’urgenza e la gravità del quadro organico.

Le coordinate su cui si è costruito, in generale, lo sguardo clinico in Occidente sono limiti professionali nel senso kantiano del termine, cioè anzitutto orizzonti *positivi* di possibilità. Il confronto con le patologie alimentari è un’occasione per dare loro visibilità. In tal senso queste forme di disagio rappresentano il “sintomo” del paradigma terapeutico egemonico, giacché la separazione mente/corpo, naturalizzata come ovvia, costruisce non solo un puntello del sistema medico ma anche di *ogni* esperienza di malattia. Lo specialista del corpo è attrezzato a vedere il malato *come* organismo, nella sua fatticità quantificabile secondo parametri universali, medie statistiche, ideali salutari. Lo specialista della psiche si focalizza invece sull’individuo *come* persona, nella singolarità della sua storia, nel significato irriducibile del suo patire. Lo stesso paziente ha imparato a definire le manifestazioni del suo disagio come “fisiche” piuttosto che “psicologiche” e quindi a scegliere a quale professionista rivolgersi. Non è detto che la scelta si riveli oculata, e non è il caso di stereotipare la dicotomia tra l’esperto della relazione e il freddo erogatore di un farmaco. L’etnografia ha comunque rilevato come la relazione col paziente DCA, o più efficacemente “il corpo a corpo” tra chi cura e chi soffre, il confronto quotidiano con corpi che negano di essere tali, arriva a destabilizzare molti assetti.

Quanto minore è la distanza dal paziente, tanto più una competenza professionale viene sollecitata ad abbandonare le certezze garantite dalla propria formazione per assumere una posizione che, senza sconfessare i rispettivi confini professionali, arriva anche a superarli. Ciascuno dei professionisti è in qualche modo chiamato non tanto a esercitare un altro lavoro – ogni sconfinamento in tal senso è infatti avvertito come indebito e pericoloso – ma a lavorare *diversamente* da come è stato preparato e, soprattutto, in modalità non prevedibili in anticipo. E’ come se lo sguardo di ogni professionista arrivasse progressivamente a

contemplare, nella propria visione, anche quella degli altri, in un gioco di alternanza tra figura e sfondo che pone degli interrogativi inediti. Tale condizione, indipendentemente dall'area di appartenenza, stimola una pratica professionale che appare orientata alla "transdisciplinarietà". Infatti, a differenza delle prospettive multi e inter-disciplinare, si pone "al di là" (trans) di ciascuna disciplina, problematizzando le linee di demarcazione tra i saperi. Il contributo di tale prospettiva alla costruzione di un'azione terapeutica "di squadra" è apprezzabile su più fronti. In primo luogo, a differenza della multidisciplinarietà, dà importanza teorica alle *relazioni* fra le discipline, facilitando la metabolizzazione degli interventi nel paziente. In secondo luogo, evita il rischio imminente a un progetto terapeutico propriamente interdisciplinare (sovengono le équipes "non eclettiche"), ovvero la colonizzazione della terapeutica da parte di un solo campo disciplinare, divenuto egemonico.

2. Il peso del corpo

2.1 C'è vita oltre la bilancia

A partire dal 2009-2010, Palazzo Francisci e il Centro DAI di Città della Pieve coordinano un Corso di Perfezionamento post Laurea intitolato "Le Buone Pratiche nel Trattamento dei DCA. Modelli organizzativi e paradigmi teorici". Aperto a laureati di varie classi di specializzazione, è finalizzato all'implementazione di risposte assistenziali corrispondenti al modello multidimensionale ed integrato. Vi collaborano diversi docenti di fama nazionale e internazionale, che espongono lo stato dell'arte delle conoscenze teoriche e illustrano le modalità d'intervento assistenziale nelle differenti fasi del trattamento clinico. Nel corso della ricerca ho potuto assistere ad alcune di queste lezioni, che non solo hanno arricchito il mio bagaglio di conoscenze, ma sono oltremodo significative per illustrare la direzione transdisciplinare della cura. Una di esse ha riguardato la presentazione della "bioimpedenziometria" (BIA), un esame clinico diagnostico utilizzato dalla componente medico-nutrizionale dell'équipe. Riporto nel seguito, con aggiustamenti minimi, alcune parti dell'intervento. La registrazione mi ha permesso di controllare la correttezza di informazioni tecniche che esulano dal mio campo di competenza e soprattutto di restituire, attraverso l'ascolto ripetuto, la relativa freschezza con cui il significato dell'esame è stato veicolato all'interno della relazione terapeutica (ho evidenziato queste parti in *italico*). I riferimenti alla peculiarità dei pazienti DCA e alla necessità di modulare un rapporto alternativo alla prassi specialistica "normale" sono espressi nei modi arguti e coloriti di un professionista non solo molto preparato ma anche dotato nell'arte oratoria.

Sala conferenze di Palazzo Francisci, 5 giugno 2015, ore 10.00-13.00: "Strumenti di diagnosi e motivazione alla cura: l'uso della bioimpedenziometria", dott. Giovanni Antonelli, medico nutrizionista AUSL Umbria 1.

Impariamo oggi come incastrare questo strumento entro il percorso diagnostico e terapeutico dei DCA. Si tratta di una metodica non invasiva, di semplice e rapida esecuzione. Valuta tre cose fondamentali per l'aspetto nutrizionale: la composizione corporea, il metabolismo basale e lo stato di nutrizione dell'organismo. La cosa fondamentale da capire è che ciò avviene attraverso la lettura critica da parte dello specialista di alcuni parametri forniti dalla macchina, non esistendo un range di riferimento che renda l'esito immediato. *La parte fondamentale di questo esame non è tanto l'esecuzione ma la restituzione al paziente.* Esistono delle strutture dove viene fatto e non restituito, ma questo, secondo me, lo rende praticamente inutile. Non è che prima dell'invenzione di questa macchina non si potesse fare

una riabilitazione nutrizionale. Sappiamo molto bene che cosa avviene in un corpo in malnutrizione o in denutrizione e che possiamo valutare semplicemente facendo una visita. *Però è fondamentale l'impatto che esame ha sul paziente.* La fase di restituzione è centrale, perciò bisogna essere competenti in questo, per evitare rischi di autogol. *È uno strumento fondamentale non tanto in termini di diagnosi ma soprattutto motivazionali.*

Com'è nata? Le stesse pazienti pensano a qualcosa di stregonesco invece c'è un razionale scientifico. Nel 1940 il dott. Albert Behenke, un medico della marina degli USA, apprende che 17 su 25 giocatori di football erano stati scartati alla visita di leva perché giudicati in eccesso ponderale. Inizia a dedicarsi allo studio della composizione corporea, capendo che "c'è vita oltre la bilancia". Nel 1942, comprese insieme a un collega che la differenza tra la massa magra e la massa grassa nei soggetti era correlabile più alla densità che alla massa corporea. I soggetti magri hanno una densità più elevata, quelli grassi più bassa. In sostanza, un kg grasso e un kg muscolo sono uguali per la bilancia, ma differenti per la pratica. La BIA si fonda sul modello tripartimentale della composizione corporea. Massa grassa, liquidi e massa metabolicamente attiva si comportano diversamente rispetto all'esame. *E' fondamentale per scardinare l'ossessione della bilancia nei soggetti DCA.* La macchina manda una corrente alternata con frequenza e ampiezza fisse particolari, che attraversano il corpo umano a partire da alcuni elettrodi posizionati in queste zone particolari del corpo [...]. I tre compartimenti si comportano diversamente: il tessuto adiposo è isolante, quindi non fa passare la corrente. I liquidi sono un buon conduttore e la massa metabolicamente attiva ha un comportamento intermedio. Si generano delle differenze di potenziale che vengono rilevate dal software collegato alla macchina. I range di riferimento sono usciti da parecchi studi. I valori di resistenza e reattanza vengono immessi nel PC, insieme a sesso, età, peso, altezza del soggetto. L'esame dura 5', massimo 10.

Non esistono prerequisiti particolari per fare l'esame, ma in un soggetto DCA che ha una struttura di personalità, diciamo, ossessiva, e che si sta rialimentando, fare l'esame la mattina e poi ripeterlo al pomeriggio non è la cosa ottimale. Potrebbe presentarsi un problema tecnico, se ad esempio peggiora, è perché non è stata fatta con gli stessi prerequisiti della volta precedente. Quindi, se ci sono già, sarebbe meglio rispettare le condizioni di partenza. Oltre all'impiego nei DCA, la BIA si usa in molti campi [...].

Ci dà delle informazioni fondamentali per impostare il regime nutrizionale e monitorare l'andamento dello stato nutrizionale. *Può essere utile in un momento particolare, drammatico, terribile dal punto di vista nutrizionale, quello che molto spesso dà ansie anticipatorie ai terapeuti piuttosto che ai pazienti, quale quello del cambiamento del menù: loro dicono "aumento" noi diciamo "adeguamento" del menù alle esigenze metaboliche del soggetto. Fare la BIA ci permette di ridare, nei limiti del possibile, un piano di realtà anche rispetto a questa cosa, che senno verrebbe gestita unicamente dalla mente del soggetto, e noi sappiamo che nella mente di questi soggetti, oltre al cervello, ci sono le ossessioni...*

Qual è il razionale di utilizzo di questo strumento? Perché dovrebbe essere utilizzato, visto che non costa proprio due soldini (è sui circa 5.000 euro)? Torniamo un attimo a monte. Perché, vi chiedo, è così difficile trattare un DCA? *Qual è il cardine centrale per cui molti terapeuti, di qualsiasi settore si occupino (psicologico, biologico, nutrizionale ecc...) preferirebbero farsi tagliare la mano piuttosto che seguire un paziente con DCA?* Qual è il nucleo centrale che ci rema contro? [...] La mancanza di consapevolezza. Il disturbo alimentare non solo non è vissuto come un problema, ma addirittura come una soluzione. E' un tentativo di soluzione apparentemente semplice per problemi complessi incontrati nell'esistenza. Non è, come dico io ai pazienti, che il DCA ha sfondato la porta con una testa di ariete come si faceva una volta nei castelli. Sono io che gli ho aperto la porta. *Per molti pazienti il disturbo alimentare rappresenta l'analogo del pezzetto di legno che un naufrago si tiene stretto in mezzo*

all'oceano sconfinato quando non sa nuotare: quel pezzetto di legno è la sola cosa che si frappone fra lui e la morte per annegamento.

Quindi, primo: non è un problema ma una soluzione. Secondo, dal punto di vista fisico è egosintonico, cioè non è come il 99% delle patologie, che danno fastidi, dolori ecc.. per cui è il paziente a chiedere al medico di guarire. Qui è il medico, o chi per lui a seconda del settore di competenza, che deve convincere il paziente che ha un problema. E questo, *per come è anche l'imprinting che riceviamo dagli studi universitari*, non ci indirizza verso qualcosa di acuto: io sono il terapeuta, tu vieni da me, e io come il *deus ex machina* ti risolvo il problema, arrivederci e grazie. *Cioè, dove mai si è visto che è il medico che deve prendere al lasso il paziente e convincerlo che c'ha un problema!! E questo, molto spesso, può generare delle ferite, chiamiamole così, "narcisistiche" da parte del terapeuta stesso.*

Come mai da un punto di vista pratico il DCA non dà sintomi? Dà segni (ciò che il medico vede), ma non sintomi (ciò che il soggetto riferisce), per cui il paziente non sente dolore, anzi, almeno all'inizio è esattamente il contrario. Aumenta la performance in termini cognitivi, per cui diventano dei mostri a scuola, aumenta la performance in termini fisici, come quella ragazza di 19 kg per 1 m. e 68 che ad agosto, ore 13.00, si faceva una bella ora di corsa e a chi la fermava dicendo "figlia mia, ma do' vai che non ti reggi in piedi!", rispondeva, "ma io sto bene, non sento nessun dolore". Perché accade questo? E' un fattore di mantenimento, dici tu. E chi mantiene il fattore di mantenimento? E' il corpo, è il corpo che si adatta. Il corpo umano è un prodotto vincente: siamo qui oggi e non abbiamo fatto la fine dei dinosauri. Sviluppa delle strategie per resistere o superare una difficoltà. Fino a 80 anni fa era più facile morire di fame che di obesità. Il corpo ha sviluppato nel corso del tempo una serie di strategie per contrastare la perdita di peso, laddove non ha ancora sviluppato delle strategie per bloccarne l'aumento (si chiama "controllo asimmetrico del peso corporeo"), perché per lui l'obesità ancora non esiste, non lo ha incamerato geneticamente. Quando i DCA non erano ancora così diffusi, parlo di ottanta o cento anni fa, la causa più frequente che generava una malnutrizione per difetto era la carestia. Allora il corpo ha sviluppato una strategia difensiva. Sarebbe stato un problema se, appena fosse avvenuto un crollo drastico dell'introito calorico, il corpo fosse andato incontro a una morte immediata o allo stato di inedia. Al segnale di carestia il corpo *anticipa* tutta una serie di sostanze al fine di darsi una sferzata di energia e permettere ipoteticamente di andare a cacciare e reintegrare le energie anticipate. Il problema è che tale sferzata di energia il corpo la mette in campo producendo tutta una serie di ormoni, che in gergo si chiamano della "controregolazione" (adrenalina, noradrenalina, glucagone, GH, cortisolo) che hanno un effetto iperglicemizzante o normoglicemizzante, vale a dire aumentano i livelli di glucosio nel sangue. Insieme, però, scatenano anche un pericoloso "effetto doping". Sono le stesse sostanze che gli atleti truffaldini prendono per via esogena. Se mando un'anoressica a fare un esame in un centro antidoping, trascorso il tempo dell'esame, ricevo una telefonata dove mi dicono: "Blocca immediatamente quell'atleta che lo radiamo a vita!". In realtà sono doping *endogeni*. La fregatura è che generano un effetto di copertura rispetto ai sintomi. Almeno all'inizio è così, perché queste sostanze in realtà si producono con quel che mangiamo. Poi c'è la fase in cui non si riescono a produrre più e allora c'è un apparente crollo fisico. Questi meccanismi spiegano un altro apparente controsenso. Un'altra frase fatta trita e ritrita che mi dicono le pazienti è: "Io non ho fame. Sono sazia subito". Sembra una bestemmia biologica, ma in realtà tecnicamente la fame è un segnale che la glicemia sta scendendo. Si abbassa la quantità di zucchero nel sangue. Una persona ha fame quando la spia della glicemia si accende. Ma nel sangue ci sono le sostanze iperglicemizzanti o meglio ancora normoglicemizzanti, quindi se faccio un prelievo, la glicemia è nella norma. Il problema è l'increzione cronica di queste sostanze e quindi del glucosio. Come fanno questi ormoni a mantenere l'omeostasi glicidica? Da dove lo prendono lo zucchero che il soggetto si ostina a non mangiare? Anche qui ci aiuta la filogenesi. Esiste una via metabolica detta

“neoglucogenesi” capace di trasformare le proteine in zucchero, cioè del materiale non glucidico in glucidico. Eravamo carnivori, poi siamo diventati onnivori. Il corpo si ricorda che esiste questa via metabolica sepolta e normalmente inutilizzata e che forse tra qualche migliaio d’anni sparirà, ma l’incremento di quegli ormoni la riattiva. La fase di rialimentazione serve a spegnere il doping endogeno e a resettare il segnale di fame ristabilendo, attraverso degli orari fissi, il cosiddetto ciclo fame/sazietà.

Non esistono sintomi, abbiamo detto, ma segni sì. Uno di questi è l’amenorrea. *Pescare questi rari segni serve per riportare il soggetto su un piano di realtà*. Sapete che nel DSM V è stata tolta l’amenorrea. Un po’ perché l’età di esordio si è abbassata e quindi ci troviamo di fronte a situazioni che non hanno avuto il menarca. In realtà era un criterio importante perché è uno dei pochi segni. Noi in Italia facciamo tutto di riflesso dall’America. Tutte le loro Linee Guida sono stile “for dummies”, cioè tutte a protocolli precisi ecc... A parte i casi rari, che però ci sono, di persone col ciclo anche in fase di denutrizione avanzata, succedeva per quelle che prendevano la pillola che il servizio si rifiutava di pagare il trattamento perché non rientravano nel DSM IV [...]

Per i disturbi dell’apparato gastroenterico vale la stessa cosa. Ne parlavo poco tempo fa con un collega. Era entusiasta, “ma se curi i disturbi alimentari lì c’è tutto”, e io a spiegargli che, in realtà, il 99% delle volte in cui le pazienti ti domandano qualcosa a livello clinico, è per andare in bagno. Sto in struttura e c’è una processione interminabile di persone... allora, gli dico io, “non è che mi state dicendo implicitamente che come medico faccio cagare?!” Ma qs perché è un altro dei pochi segni o sintomi che percepiscono. E la cosa strana è che questo non avviene prima ma dopo la rialimentazione! Alla fine, ti dicono, “ti do retta, riprendo a mangiare e *sto male*”. Allora gli spiego che l’apparato gastroenterico è fatto dal muscolo. Se smetto di andare in palestra per un anno, quando ci rimetto piede me ne esco tutto contento oppure mi devono portar via con l’ambulanza?!” Ecco, loro sentono l’analogo a livello gastroenterico. Devono allenare il muscolo.

E’ difficile trattare un DCA dal punto di vista fisico, perché il corpo ci rema contro, ma anche dal punto di vista psicologico. E qui non parlo di tratti di personalità o di comorbidità psichiatriche franche, sto parlando di una situazione a cavallo anche e soprattutto con l’aspetto biologico. Torniamo al problema centrale delle ossessioni: come la caccio via? Le caccio via attivando un aspetto fondamentale dell’essere umano, cioè il ragionamento. E’ la cosa che ci differenzia dagli animali. Come faccio a permettere a quel cervello di svolgere questa funzione superiore? La biochimica, la biologia, la fisiologia umana ci dicono che il cervello brucia esclusivamente zuccheri e solo lui ne consuma 500 chilocalorie al giorno. Ma lo zucchero teoricamente dovrebbe arrivarci dal cibo e non dal muscolo. Altra cosa di cui necessita il cervello è l’ossigeno. Lo respiriamo d’accordo, ma poi deve entrare in circolo attraverso l’emoglobina che, come il globulo rosso, non è immortale. Il globulo rosso porta ossigeno al cervello attraverso la pressione, ma la massa ventricolare in denutrizione è flessa, infatti c’è una bradicardia ... Quindi, dal punto di vista fisico, quel cervello non riesce a contrastare le ossessioni efficientemente. Un cervello non funzionante va avanti per automatismi, sia innati che acquisiti, per esempio non mangiando per tre o quattro anni. Se viene meno il ragionamento, il cervello si imposta nella modalità del risparmio energetico: semplicemente non ragiona.

Oltre a questo esistono poi altre caratteristiche comuni ai DCA: sono egosintonici, e poi c’è un’altissima ambivalenza, e questa è un’altra cosa che frustra terribilmente i terapeuti. Dopo mesi che lavoro su una cosa, sembrava andasse tutto bene, poi a un certo punto il paziente ritorna ed è tutto come prima. Ma è un tratto fondamentale di queste problematiche, ci dobbiamo fare i conti, che ci piaccia o no! C’è una forte resistenza al cambiamento, una motivazione inadeguata o da costruire ex novo. Spesso c’è una comorbidità psichiatrica e molto spesso sono sfidanti: *insomma siamo proprio di fronte all’antitesi del paziente modello*

*perfetto cui siamo abituati o che tutti quanti vorremmo. Quindi la terapia del DCA non è una medicina acuta, non è quella per cui l'università ci ha formato. Non è come l'appendicite che io opero e quello si rialza magicamente come Lazzaro. Il DCA è una medicina cronica, non però nella accezione clinica del termine, cioè come malattia inguaribile e con cui il soggetto deve convivere (tipo il diabete mellito tipo 1). E' cronica nell'accezione etimologica del termine, cioè richiede tempo. E questo lo deve mettere in conto il paziente ma anche e soprattutto il terapeuta. Ciò che cerchiamo di far avvenire in questi pazienti non è un'azione, che in realtà spesso è ciò che loro vogliono, un interruttore che accende o spegne il DCA, no questo è un percorso [riferimento al Modello transteorico del cambiamento (MTC) di Prochaska e Di Clemente (1982)]. La BIA è uno degli strumenti, è una delle tante armi che possiamo avere a disposizione affinché il paziente proceda in questo cambiamento. Potrebbe essere quel *quid* che può aiutarlo a fare il salto dal livello 1 al 2, come nei videogiochi.*

[Un corsista osserva che nel caso di patologie acute, per esempio un cancro al polmone in un fumatore, l'impatto della patologia è così forte da indurre a un cambiamento radicale]. Si, ma c'è un "ma". Esistono studi clinici a valanga sul fatto che in caso di infarto, immediatamente dopo, parte il cambio radicale dello stile di vita. Poi, siccome come diceva mi' nonna "il tempo è galantuomo", ritorniamo piano piano e gradualmente su vecchie abitudini, la paura è passata. Questo ci permette di capire altra cosa. *Se cerchiamo di far procedere il paziente da un livello all'altro attraverso minacce, paure o altro, ciò non serve assolutamente a nulla. E questo, purtroppo è un po' nel codice genetico del medico.* Il paziente esce dallo studio facendo tutta una serie di gesti apotropaici facilmente intuibili e, invece di riflettere su ciò che gli abbiamo detto, va da un altro medico. Per i nostri pazienti, lo shopping terapeutico e nutrizionale è la quotidianità. Nelle prime fasi, quelle della "precontemplazione" e "contemplazione", il ruolo del terapeuta è quello di informare. Altro non possiamo fare. Informare, però, non è la stessa cosa che fare terrorismo psicologico, che non serve. Semmai può servire in certi momenti a far compiere quella determinata azione, ma se questa non è supportata a livello cognitivo da una reale decisione, è come quando ricoveriamo un paziente in un centro residenziale che si occupa solo dell'aspetto nutrizionale: lo bombardano come un tacchino all'ingrasso – è un'espressione che si usa – la mente rimane quella, cambia il corpo, e ancora più rapidamente tende a tornare come prima.

Bisogna procedere in punta di piedi, senza stigmatizzare troppo o calcare troppo la mano, altrimenti si ottiene l'opposto, come quando ci propinano le cose costantemente "devi far questo e quello" e alla terza volta parte la ribellione. I nostri pazienti sono persone molto intelligenti ma l'ossessione ci rema contro. Quindi dobbiamo essere meno intrusivi possibile. A volte ha un effetto terapeutico maggiore non dire determinate cose o dire non dicendole. *Questo spiazza il paziente, che è abituato nel suo imprinting di paziente a sentirsi recitare il copione. Se ne prescindiamo, sollecitiamo la sua curiosità, riusciamo a creare aggancio con lui, seppur flebile, che poi ovviamente deve essere rinforzato. L'importante, come si dice, è lanciare il primo rampino e allora poi riusciamo ad andare all'arrembaggio della nave.*

Torniamo sul corpo. Nei DCA l'investimento maggiore riguarda il peso e il corpo, perché rispecchiano altre problematiche. E' la cosa apparentemente più modificabile, controllabile, su cui riesco ad agire. E poi c'è il riscontro: la bilancia. Molto spesso, però questo strumento diventa un giudice supremo anche abbastanza cattivo. Parte dalla mente, si dice, ma al corpo arriva. E quando parliamo di corpo parliamo di peso, una delle maggiori ossessioni che h 24 massacra la mente di queste persone.

Vi porto l'esempio di un "gruppo nutrizionale" che ho fatto qualche anno fa proprio in questa stanza. Ho domandato loro: "Perché proprio il corpo?" Mi hanno dato queste risposte [proietta una slide]:

- Perché posso decidere come sono fatta.

- Lì posso avere solo io il controllo.
- E' la prima cosa che si nota in una persona.
- E' l'unico modo che noi abbiamo per agire su noi stesse.
- Così posso nascondere la mia identità.
- E' un modo per farmi notare (io esisto!).
- E' un modo per esprimere un disagio.

Era un gruppo psiconutrizionale, ma di risposte *nutrizionali* ne avete vista una? Di tutte le risposte, ovviamente sbagliate, cosa che abbiamo sviscerato insieme alle pazienti, le prime due sono false come Giuda: davvero posso decidere come sono fatta? Posso avere io il controllo? Qual è il riscontro oggettivo nella nostra pratica clinica che sconfessa queste due affermazioni? Se potessi decidere come sono fatto, beh, sarei molto diverso. Questo m'ha dato la natura e questo mi tengo. E se la seconda fosse vera, perché esisterebbero la bulimia e il BED? Esistono due tipi di abbuffate: psicologiche e nutrizionali, una non esclude l'altra. Di solito i pazienti sono polarizzati su quella psicologica [indipendentemente dalla quantità di cibo ingerito, un paziente può *sentire* di essersi abbuffato]. Glielo spiego tornando all'istinto di sopravvivenza. Gli faccio un esempio stupido: quanto resisti in apnea? Massimo 30", mica 10 giorni. Siccome il corpo umano non ce l'ha le branchie, quando non ce la fai più e scoppi, qual è la prima cosa che fai quando emergi e respiri? Mica respiri normale, fai una tachipnea, cioè ti abbuffi di ossigeno. L'abbuffata nutrizionale è un meccanismo di difesa del corpo, una difesa dall'attivazione della neoglucogenesi che non può continuare all'infinito. Arriverei a fresare tutto il corpo e tutti gli organi interni, fino a morirne: "game over, ci rivediamo alla prossima vita". Per ovviare a questo disastro su cui il paziente sta spingendo con tanta forza di volontà, visto che il metro di giudizio è la bilancia, un kg di muscolo in meno pesa un kg di meno. Poi partono le abbuffate, che hanno un marchio di fabbrica che in gergo tecnico si chiama "fame specifica". Certe volte glielo chiedo alle pazienti, "non è che in questo periodo ti prende una voglia forte forte di cioccolato, o di biscotti?..." E allora c'hai le anoressiche tutte ingrignite tipo buttafuori dalla discoteca che te guardano come a dire "chi ha fatto la spia?" e quelle in altre situazioni che ti guardano come a dire "Evviva, dai che l'ha capita!" Questa è biologia, non è magia. E' il corpo che spinge in modalità selettiva verso determinati nutrimenti, come gli zuccheri semplici, per ovviare al catabolismo indotto dalla mancanza cronica di carboidrati. Quindi, il cibo è il mezzo e il corpo il luogo dove questa battaglia epica purtroppo si svolge.

Nei DCA la BIA può essere, a seconda della situazione, una metodica diagnostica a tutti i livelli di assistenza, uno strumento di follow up (ad esempio se sospetto che la paziente beva per aumentare di peso) e soprattutto è un fortissimo strumento motivazionale, è questa la valenza più importante dell'esame.

I valori che restituiamo ai pazienti sono: massa magra, massa grassa, massa cellulare, acqua totale e acqua extracellulare, angolo di fase. La macchina ci dà anche altri valori, cioè il BCMI, lo scambio sodio/potassio e la posizione del vettore, che teniamo per noi. Attenzione: la macchina ci dà il BCMI (Indice di Massa Corporea *Cellulare*), che è diverso dal BMI (Indice di Massa Corporea, cioè il rapporto tra il peso espresso in kg diviso per l'altezza in metri elevata al quadrato), il quale, così come il peso, va preso con le pinze. Un culturista, per esempio, ha un BMI di 35.00-36.00, che corrisponde a un'obesità di secondo tipo. Torneremmo all'empasse del medico che deve riformare 17 atleti su 25. L'indice di massa corporea *cellulare* è corretto per la sola massa metabolicamente attiva. Non include né i liquidi né il grasso e mi dà una stima molto più attendibile dello stato di nutrizione del corpo, sia rispetto alla bilancia che al BMI. Quanto all'angolo di fase, un valore sotto 8 segnala una malnutrizione abbastanza importante, sopra 8 normale, intorno a 11 uno stato di atleta. Il rapporto sodio/potassio è alterato se si colloca sopra l'unità. Se il potassio è basso posso sospettare che vi sia vomito o abuso di lassativi e diuretici.

La restituzione io la romanzo abbastanza, non è super precisa e attendibile come i sacri testi (che non esistono) ci dicono, perché è importante rendere l'esame fruibile al paziente. Quindi è inutile che mi nascondo dietro una serie di paroloni: non capisce niente lui e non gli faccio capire niente io, esce più confuso di quanto è entrato. La macchina scompone il peso in grasso, tessuto adiposo e liquidi, divisi a loro volta in liquidi totali e liquidi extracellulari, che servono per valutare la ritenzione idrica. Due sono le cose importanti nella ritenzione idrica. Una è il peso, cioè, mezzo litro d'acqua in più pesa di più, e questo è confondente sia il peso che la mente. L'altro rischio dei liquidi extracellulari è la cellulite! E lì l'aggancio c'è subito... Esistono, secondo me, delle parole trigger per catturare l'attenzione del paziente, come "peso", "grasso", "ingrassare", "dimagrire" e "cellulite". Bisogna usarle ogni tanto per ravvivare l'attenzione...

Il terzo compartimento che la macchina ci fa vedere è la massa metabolicamente attiva. La macchina distingue il muscolo con massa magra e la massa cellulare. Il muscolo è la parte metabolicamente più attiva. La massa cellulare brucia un po' meno rispetto alla massa muscolare ma clinicamente è importante perché costituisce gli organi interni. Il corpo prima distrugge muscolo e in seconda battuta la massa cellulare. Quindi se trovo distrutta anche quella la malnutrizione è più grave. *La massa cellulare ci fa fare bella figura anche su altro aspetto Se è sotto o vicino al limite inferiore, c'è la probabilità di craving verso i dolci o di fame compulsiva. E' lì che scatta l'antifurto cellulare delle abbuffate.* La massa muscolare è invece la maggiore azionista del metabolismo basale. Sai cos'è il metabolismo basale, chiedo io? Bene. E sai anche come viene volgarmente invocato? Te lo dico io: costituzione! Perché quello mangia di tutto e non ingrassa? Non è mica un superpotere, un optional che gli hanno montato alla nascita e invece a meno. Il metabolismo basale dipende dal muscolo: più muscolo ho, più brucio. Ed è qualcosa su cui posso andare ad agire. Non è una condanna a morte inappellabile. *Questa è un'altra cosa che faccio notare al paziente, in questa fase propedeutica prima di fargli vedere l'esame, così poi iniziano a leggerselo da soli.* Altra cosa che faccio notare è che il grasso è fuori dalla massa metabolicamente attiva. Ciò vuol dire che "il grasso non mangia per vivere", che le cellule del grasso sono metabolicamente inerti. Come facciamo, allora, a farlo morire di fame? *Tutti 'sti casini alimentari che fai hanno degli effetti negativi sul muscolo: se distruggo il muscolo, abbasso il metabolismo basale.* Le cellule muscolari, invece, distruggono il grasso. Se vogliamo dimagrire dobbiamo agire sul muscolo. Oltre a morire di fame, però, il muscolo può anche morire di sete. Siamo fatti al 60-65 % d'acqua. Nell'acqua avvengono delle reazioni chimiche fondamentali. L'acqua del citoplasma, se non viene ricambiata, volgarmente "si sporca". Se non bevo, intanto il corpo si orienta verso la ritenzione idrica, è una delle poche cose giuste che dice la pubblicità: "l'acqua elimina l'acqua". Nel citoplasma cellulare le reazioni chimiche diventano sempre più difficoltose, finché muscolo muore di sete. *Naturalmente quando parlo ai pazienti di muscolo e di metabolismo basale dico che la colonna portante di quest'ultimo è l'alimentazione, non l'attività fisica!*

Ci sono dei punti critici in questo esame. Sotto i 30 kg e sopra i 180 la macchina prende fischi per fiaschi. Attenzione, quindi, ai falsi positivi. Per stati di malnutrizione di una certa entità, c'è un catabolismo forte, il quale genera una ritenzione idrica che incasina la lettura, nel senso che la macchina prende il grasso per muscolo. *Come superare questa empasse di fronte al paziente?. Spiegandogliela! Gli dico, la macchina funziona così, tu hai ritenzione idrica e la macchina ci dice questa cosa ma anche che non è vera.* Infatti, se vado a vedere il metabolismo basale è molto basso. E se il paziente dice, ma allora con tutto quello che mi fate mangiare, ingrasso, gli spiego che il metabolismo *basale* indica solamente il dispendio energetico di un organismo *a riposo*, quello necessario per mantenere attive le funzioni vitali come la respirazione, la circolazione sanguigna, la digestione, l'attività del sistema nervoso, ecc. Anche l'angolo di fase è molto importante, perché mi dà il fattore temporale, cioè quello che il corpo sta facendo: se è tra i 6-7° il corpo è in equilibrio nutrizionale. Sopra i 7° è in anabolismo, ovvero sta bruciando energia per ricostruire il muscolo e innalzare il metabolismo basale. A

loro dico: sopra 7 si dimagrisce, sotto 6 si ingrassa. Ecco le parole trigger. Un'altra cosa che posso dirgli è che anche se per la bilancia va tutto bene e può indicare un normopeso, la BIA mi fa vedere se c'è più grasso o muscolo.

Questo esame ci permette di colpire in maniera ultraspecifica tutta una serie di ossessioni che ruotano intorno al peso e alla bilancia. Tenuto conto dei 5' per fare esame e i 30' per discuterne, in massimo 40 minuti diamo una bella spallata alle ossessioni, cosa che, invece, utilizzando la metodica classica del parlarne, ci metteremmo un mese, forse due. Non le azzeriamo, eh, è chiaro che non basta restituire la BIA, la mente si resetta sulle ossessioni. Però abbiamo un precedente, per dire, "allora, lo vogliamo alzare questo metabolismo basale, lo vogliamo ricostruire questo muscolo?". Loro l'esame vogliono tutti farlo, è diverso dopo che lo hanno fatto. Spesso lo fanno con un'idea preconcepita tutta loro che quasi sempre viene sconfessata. Da una parte sono contente, si sentono come liberate da una maledizione. Spesso si sentono sollevate rispetto a un peso che pensavano di portare, perché non so' scemi, però non avevano il coraggio di dargli un nome e un cognome. E' una cosa che l'esame permette di fare. Da un altro lato, sono demoralizzate perché di fronte a un tale spettacolo si scoraggiano. La cosa importante è che tutto ciò è totalmente reversibile, se ogni santo giorno faccio quello che devo fare, a tavola.

La BIA non è un gioco di prestigio, una sfera di cristallo, né l'oracolo dei Maya. Il rischio in questo ambito è che il paziente sposti semplicemente l'ossessione dalla bilancia alla BIA. Semplicemente è uno dei tanti attrezzi che dovrebbe essere presente in ogni équipe e che non sta al singolo soggetto, e tantomeno al paziente, decidere quando, dove, come e soprattutto se usarla. Sull'ultima slide che accompagnava la relazione c'era infatti scritto: "Attenzione! L'utilizzo eccessivo può creare dipendenza. Leggere attentamente le avvertenze e le modalità d'uso. Grazie".

2.2 Nutrire attraverso il sapere

Il compito delle figure mediche dell'équipe è quello di offrire una garanzia al lavoro psicoterapeutico, mantenendo il paziente "nella migliore condizione biologica possibile, effettuando anche un'azione di prevenzione delle complicanze" (Ballardini-Schumann, 2011). La strategia principale attraverso cui operano è la cosiddetta "ristrutturazione cognitiva", perno dell'impostazione cognitivo-comportamentale. La restituzione al paziente dell'esame bioimpedenziometrico ne è un esempio efficace. Con l'aiuto di un sofisticato macchinario, il concetto di *peso*, "una delle maggiori ossessioni che h 24 massacra la mente di queste persone" viene decostruito "in maniera ultraspecifica" rispetto alla nozione di senso comune e alla sua supposta controparte oggettiva (la bilancia). Lo stesso discorso vale per il *cibo* nei "gruppi nutrizionali", dove cade tutto il corredo di teorie, convincimenti o vere e proprie leggende metropolitane che costituiscono la materia prima di cui si nutre il disturbo alimentare.

La consapevolezza della funzione economica del sintomo, restituita nella sua drammaticità dalla bella immagine del naufrago aggrappato al pezzetto di legno, si accorda con l'estraneità dei pazienti DCA dal "modello perfetto cui siamo abituati o che tutti quanti vorremmo". Non solo è necessario convincerli di esser malati, ma in linea di massima sono anche persone piuttosto competenti, dal momento che l'intelligenza, o più probabilmente l'ossessione, li ha costretti a incamerare più informazioni di quanto mediamente accada in un contesto sociale già inflazionato da questo punto di vista. Il rischio di innescare una lotta per il sapere è molto forte. Sul crinale sottile che separa la conoscenza dall'ossessione si apre lo spazio di una relazione trasformativa. Se la speranza, ovviamente, è che il cambiamento maggiore riguardi il paziente, l'ingaggio modifica anche il terapeuta. Per esempio, lo scalza dalla posizione di potere in cui la formazione universitaria lo installa per principio, accordandogli la facoltà

semi-divina di risolvere i casi di acuzie come si trattasse della “resurrezione di Lazzaro”. Non solo la malattia, ma anche la cura è “cronica” e il medico, nel disabituarsi alla fretta di guarire, è costretto a fare i conti con le proprie “ansie anticipatorie”.

Dietisti, biologi nutrizionisti, medici specializzati in dietologia e la sempre più prolifica compagine delle professioni implicate nella gestione della dimensione alimentare, esercitano la propria funzione incarnando il punto di vista della razionalità. L'autorità di cui li ammantano i pazienti, l'investimento culturale sull'alimentazione, l'iter formativo che li costruisce come specialisti del corpo, alimenta il loro “narcisismo”. Un corpo oggettivato, chiamato in terza persona (“il corpo”), dotato di una teleologia sua propria (il principio di sopravvivenza), e funzionante sulla base di meccanismi ancestrali specie specifici rispetto ai quali l'individuo non ha nessun potere. Il linguaggio tecnico che li esplicita è reso fruibile dall'uso di metafore tanto accattivanti quanto esplicative. I “paroloni” servono meno del richiamo a situazioni contingenti, come l'apnea e l'allenamento in palestra. Sono comunque invocati per demarcare un'asimmetria e preparare il terreno allo smontaggio delle false convinzioni o, meglio ancora, delle informazioni selettive.

La mutua esclusione tra “ossessione” e “ragionamento”, che il relatore illustrava brillantemente come un fatto biologico, diventa nel contempo un principio guida terapeutico. Serve per demistificare le presunte competenze dei pazienti come pseudo-conoscenze fortemente condizionate dalla patologia. “La malattia spinge sovente a vere e proprie ‘abbuffate bulimiche’ rispetto alla ricerca spasmodica di nozioni riguardanti la sfera nutrizionale, salvo poi non dare la possibilità di interconnetterle e riordinarle nella maniera più congrua rispetto al comportamento alimentare che ne dovrebbe conseguire. E' come se si continuasse a vedere costantemente le singole tessere di un puzzle senza avere la possibilità di incastrarle fra loro per vedere alla fine, e in modo definitivo, cosa quel puzzle realmente rappresenta” (Antonelli, 2014, p. 266). Questo problema, come molti operatori hanno sottolineato, è aggravato dal fatto che la cultura alimentare di molti pazienti è “da rivista”, cioè superficiale, non suffragata da reali basi scientifiche e contaminata, come accade nei media, da interessi economici. Tale condizione, se riguarda la popolazione generale e addirittura certi professionisti, produce i risultati più deleteri in chi è già vulnerabile.

Laddove la conoscenza del paziente è distorta, i professionisti possiedono l'informazione “corretta”, la stessa che permette loro di basare la riabilitazione nutrizionale su delle “solide e veritiere fondamenta” (*ibidem*, p. 267). Sono di questo tenore le puntuali e articolate spiegazioni con cui l'operatore presentifica al paziente lo stato nutrizionale del suo corpo, spiegandogli il “razionale scientifico” di apparenti controsensi. L'iperattivismo fisico di una persona defedata, l'assenza di fame malgrado il digiuno, non sono “bestemmie biologiche” ma innocenti verità scientifiche, compresi i “falsi positivi” emessi dalla macchina. Il compito terapeutico è improbo, perché alla logica del buon senso, che tutto sommato è facile da smentire, e a quella dei media, altrettanto palmare nella sua contraddittorietà, si aggiunge quella più ostica dell'ossessione, che pungola il professionista sul suo stesso terreno. Il puntiglio famelico, la frenesia nel trascrivere un'annotazione, il bisogno di rassicurazione (cognitiva o emotiva?) di cui sono stata spettatrice in molti “gruppi nutrizionali”, hanno sempre trovato una risposta, altrettanto puntuale, professionale e “sedativa” tanto delle ansie di chi vuol sapere, quanto di chi si autogarantisce, come professionista e come soggetto, attraverso il poter rispondere.

La contromossa più immediata per scalzare l'ossessione è antica quanto la demarcazione tra scienza e metafisica. Se il medico “indovina” un'abbuffata, ciò non accade “per magia”, ma in virtù della sua conoscenza biologica. L'implicito di queste affermazioni è che i saperi scientifici (biochimica, biologia, fisiologia umana) rispecchiano il “piano di realtà”, mentre l'ossessione quello della “distorsione cognitiva”. L'asso nella manica terapeutica è l'*evidenza* di un

rapporto di proporzionalità inversa tra pensiero automatico e ragionamento. Poiché il primo diminuisce in misura proporzionale al riequilibrio energetico, la “garanzia del lavoro psicoterapico” è ottemperata inducendo i pazienti a mangiare. Il difficile, ancora una volta, è *come*.

E’ subito chiaro che le strategie incorporate nel “codice genetico del medico”, quali minacce, paure o intimidazioni, fanno perdere la partita in partenza. Si può ipotizzare che, almeno per il professionista in questione, “il primo rampino” sia costituito da un misto di delicatezza e competenza, di mistero e autoironia. Entrare nella relazione “in punta di piedi” e senza dire troppo per incuriosire il paziente, prediligere la spiegazione “romanzata” alla sviolinatura iperspecialistica, il motto di spirito al dogma, servono più a portare il paziente dalla propria parte che a motivarlo in astratto al cambiamento. Se resta il sospetto di un atteggiamento manipolatorio (le famose “parole trigger”), l’obiettivo è di permettere a chi soffre, anche attraverso l’ausilio di un macchinario, di “dare un nome e un cognome” a un “peso” che pensava di portare in completa solitudine. Sono strumenti soggettivi nati dalla predisposizione personale e indubbiamente affinati dall’esperienza. Come diceva Canguilhem: “il contatto umano non si insegna e non si impara come la fisiologia del sistema neurovegetativo” (Canguilhem, 2002, p. 51). Servirebbe a ben poco introdurre nella formazione universitaria e ospedaliera dei test attitudinali che misurino siffatta capacità. Forse, più che un corso di competenza relazionale, sarebbe utile (è l’opinione di chi scrive) un corso di epistemologia.

Nella relazione clinica coi pazienti DCA, infatti, almeno per ciò che l’etnografia ha permesso di comprendere, il confronto riguarda la *verità*. Chi dice la verità sul corpo, e di quale verità e di quale corpo stiamo parlando? E’ stato fatto notare, compreso il medico di cui sopra, che un’azione sganciata da una reale convinzione modifica il comportamento solo superficialmente. Bombardare il paziente come “un tacchino all’ingrasso” significa in ogni senso maltrattarlo, perché la “battaglia epica” non riguarda il cibo ma il corpo. Certamente l’organismo ha bisogno di essere nutrito, ma questo anche l’anoressica lo sa, esattamente come il tabagista ha cognizione che il fumo uccide. Da questo punto di vista, dimostrargli “che la pasta non fa ingrassare” e che la conoscenza del terapeuta è più fondata di ciò che legge sul giornale, è propinarlo un discorso indubbiamente *vero*, ma che non lo contempla. Esattamente come l’ossessione. Altra questione è capire su cosa si fonda la “reale convinzione” che dovrebbe sostenere il cambiamento.

Per l’orientamento cognitivo-comportamentale la riabilitazione psiconutrizionale (il cosiddetto “Training di Familiarizzazione col Cibo”) si fonda sull’assunzione consapevole di un programma personalizzato, focalizzato sulla riorganizzazione del sistema psicobiologico di controllo dell’appetito e del peso. Il paziente, edotto su alcune nozioni basilari relative al funzionamento dell’organismo, impara gradualmente a gestire, pianificare, programmare i suoi pasti, si esercita nel superare le paure associate al cibo, a evitare le situazioni “tossiche” (definite oggettivamente tali) fino all’autoprescrizione di invitare qualcuno a pranzo. L’orizzonte di riferimento emerge molto chiaramente: “il rapporto col cibo acquista per il paziente un *valore sperimentale*” (Dalla Ragione, Giombini, 2014, p. 270, corsivo mio). Poiché, come diceva Bourdieu, il corpo si abitua, l’ipotesi è che l’abitudine e la ripetizione, uniti alla sentinella del “ragionamento”, reinstradino in quella direzione che normalmente si assimila *senza saperlo*, cioè dal corpo degli altri, da quello che semplicemente fanno.

Nel periodo più critico del ricovero residenziale, ove si applica la rialimentazione “meccanica”, si dà invece per scontato che una “reale convinzione” sia altamente prematura, fino ad avallare la tendenza opposta. “La voce della malattia” domina la scena. La tecnica impiegata è, come si è detto la “disidentificazione” o “decentramento” cognitivo. Al paziente si chiede contemporaneamente di “non fidarsi” delle proprie sensazioni e di “affidarsi” alla Verità: bisogna mangiare per guarire, il cibo è medicina. Viene erudito su come il digiuno

inneschi il pensiero automatico, sia un potente fattore di mantenimento dell'ossessione e un preliminare certo delle abbuffate. Naturalmente tutto questo è *vero*, ma non è questo il punto. Il punto è *in che modo* la verità scientifica entra in circolo nella relazione terapeutica.

A tutti gli operatori della parte "psi" ho chiesto che cosa pensassero delle varie ricerche "bio" sugli effetti psicofisici del digiuno (*Minnesota Study*), sugli studi di *neuroimaging* relativi alla percezione corporea o della recente "teoria della carestia" su base genetica. Riporto una delle risposte più interessanti:

L'aspetto che più mi ha incuriosito, perché mi trovava meno d'accordo, per esempio rispetto ai comportamenti disfunzionali, è l'ipotesi scientifica che lega l'iperattività fisica a un comportamento legato alla sopravvivenza. Questo mi ha molto incuriosito. Però, per la mia formazione e le mie lenti psicologiche, l'iperattività è segno della necessità di andare, di muoversi, di andare via da qualcosa che crea sofferenza e disagio, ma senza una meta, perché si tratta di un andare non finalistico. Quindi, da una parte, c'è questa evidenza medico-scientifica che dice che l'iperattività serve per sopravvivere, dall'altro, la mia idea che l'iperattività sia un segnale della necessità di muoversi e del bisogno di trovare una meta. Mi sono chiesta se le due cose potessero combaciare a un qualche livello. La risposta che mi sono data, ma è veramente una risposta priva di ogni fondamento, è che forse anche cercare una meta, muoversi verso un obiettivo, è qualcosa che garantisce la sopravvivenza. Il fondamento dell'esistenza è la ricerca continua del miglioramento.

[...] Invece c'è un'altra ricerca di cui la doc [Dalla Ragione] ci ha parlato martedì scorso in riunione, sulla dispercezione corporea. Nel DCA non si attiva una parte cervello preposta alla visualizzazione della propria forma corporea. Questo mi sembra illuminante. E' un bel dato oggettivo che si può utilizzare col paziente. Per quanto anche lì, il disturbo dell'immagine corporea, per le mie lenti psicologiche, sia indice della necessità, per queste persone, di riscoprire la propria forma, di cui l'immagine del corpo è solo l'aspetto più superficiale. Della forma altra di cui devono mettersi in cerca anche grazie al nostro aiuto. (Paradiso, psicologa)

L'ipotesi scientifica sull'iperattività viene distinta da ciò che vedono le "lenti psicologiche". Da un lato, c'è una strategia biologica legata alla sopravvivenza, da un altro, il bisogno di andare via da qualcosa che fa soffrire. Si cerca di far combaciare le due cose, almeno "a un qualche livello". La risposta prescelta è quella "priva di ogni fondamento" ma anche soggettivamente più convincente. Nel caso della ricerca sull'immagine corporea, "un bel dato oggettivo" viene utilizzato nella relazione col paziente, anche se il processo di riscoperta di una "forma altra" oltrepassa di gran lunga l'immaginazione scientifica. Nelle esternazioni di questa operatrice, lo studio basato sull'evidenza è considerato attendibile in quanto psicologa, ma non gioca *come tale* nella relazione clinica.

Un'altra operatrice, a me particolarmente vicina per formazione, è stata ancora più esplicita.

La teoria della carestia? Guarda, io la trovo pure interessante. Trovo però scandaloso che, una volta presentata, ti facevano vedere una conversazione tra paziente e terapeuta in cui questo gli diceva: "No, non sei tu che vuoi fare iperattività, ma è il tuo corpo, c'è questo sistema ereditato dagli avi...". E *questa* sarebbe la risorsa terapeutica?! A me sti' contenuti non mi fanno né caldo né freddo. Lo schema è quello cognitivo-comportamentale, il modello dell'esternalizzazione. Poi, che gli racconti che è "la voce della malattia" o che sono stati gli avi, è lo stesso... Però, appunto, che cosa aggiunge 'sta storia degli avi? Niente! Gliela racconto alla V., o alla M., e quindi??

Non ho gli strumenti per giudicare, ma sul piano teorico sembra molto plausibile, ed è pure interessante. Anche questo ha a che fare con l'inconscio. L'inconscio non è solo il vaso di Pandora con tutti i rimossi della storia individuale, familiare e collettiva. L'inconscio è anche respirare, è tutto, sono anche le funzioni corporee, tutto quello di cui non siamo coscienti e agisce semplicemente. Quindi sono sicura che ci sia una base programmata geneticamente a correre e a sentire questa smania paradossale a muoversi malgrado lo stato debolezza. Ci può stare che, per istinto di conservazione, l'ultima scarica di adrenalina sia usata per procacciare cibo. Okay, però si tratta di teorie con un loro interesse su altri campi, ma sul piano terapeutico... Serve per spiegare che l'ideazione non è l'unica ragione di certi comportamenti. Il pensiero di volersi muovere per bruciare, più un impulso inconsapevole con base organica. Anche nel caso delle dipendenze è così: il pensiero, l'ideazione è una parte, poi ci sono altri meccanismi. Voler fumare perché ho bisogno... è un altro vertice di osservazione. Un medico ti monitora e ti dice: "è un'ora che hai fumato, si abbassano livelli e quindi corpo lo richiede". La continua restrizione provoca nel corpo reazioni di *craving*. Io questo non lo metto in dubbio. Se uno si rialimenta in modo stabile e l'organismo ha altri input in modo regolare, non

metto in dubbio che possa cambiare qualcosa o pure scomparire. Non lo metto in dubbio. Però penso che andrebbero fatti i distinguo. Se è vera per certi versi, per coerenza con le sue premesse, non è detto che lo sia su tutti i fronti. Indipendentemente dal vero/falso, vogliamo avallare il pregiudizio che sia la spiegazione *vera*, cioè quella scientificamente vera e quindi la verità in assoluto che io ti enuncio ad avere un potere trasformativo? Non è mai stato così, nemmeno quando è sceso Cristo! Certo che è vero che il fumo uccide, ma questa non è la *mia* verità, c'è gente che manco dopo aver avuto un tumore smette. Stiamo parlando di verità in un altro senso... La verità che crea un senso diverso, e quindi un cambiamento, non appartiene al mondo delle idee, sta su un livello esperienziale. Se non viene toccato quello, può scendere pure Gesù Cristo. E' come la conversione, la verità è un toccare con mano, ma perché qualcosa ti tocca, altrimenti fare i colloqui nutrizionali è come mandare L. in ospedale a guardare le sue analisi e dirle che quella è la verità. Dovresti mangiare come prendere l'antibiotico quando stai male, questo non c'ha presa perché è visto come qualcosa di completamente oppressivo, snaturante, oggettivo. Bisogna trovare la porta verso la quale la persona *senta* qualcosa di diverso.

Qualcuno, poi, è più o meno resistente al cambiamento, ma allora che cosa succede? Alla fine è l'ossessione che vince, non il terapeuta, e allora si sente dire "quella non c'ha voglia di far niente, quella è irrecuperabile, ma lascia perde' quella". Andando avanti così, alla fine la molli. (Pannacci, psicologa, teatroterapeuta)

La domanda è cristallina: è la spiegazione vera, quella scientificamente vera, quella che un pregiudizio epistemologico ha costruito come "la verità in assoluto" ad avere un *potere trasformativo*? Se così fosse, sarebbe la verità *del terapeuta* ("quella che io ti enuncio") il vertice della questione. Qual è, tuttavia, la posizione degli altri colleghi in proposito? Come si rapporta ciascuno di essi al sapere a cui è stato formato, come psicologo, biologo, medico, educatore, filosofo? Ci sono discipline che pensano di rappresentare il "piano della realtà"? E tale convinzione come incide sulla *loro* verità di soggetti?

Sul piano strettamente clinico la questione non è, per tornare a Basaglia e Manuali, stabilire se il delirio del paziente sia vero o falso, dal momento che entrambi i valori discendono per coerenza da certe premesse. Il punto è come possa il paziente entrare in contatto con la *sua* verità, ovvero una verità capace di orientarlo al cambiamento, ivi compresa la verità scientifica. La restituzione dell'esame bioimpedenziometrico, malgrado l'apparente astrattezza della sua cornice, può ben essere un'esperienza di questo genere. Per il paziente, come affermava la dott.ssa Pannacci, può rappresentare l'incontro con l'inconscio del *suo* corpo, cioè l'impatto con un corpo estraneo e disaistrato che tuttavia gli appartiene, scalfendo la perfezione formale dell'ossessione, l'immagine idealizzata. Un corpo che non "possiede" e non semplicemente perché è oggettivato da una macchina. Altrimenti, sarebbe "come mandare L. in ospedale a vedere i suoi esami". L. era una studentessa di medicina. Ne ricordo un'altra, già laureata, venuta a Palazzo Francisci per una "prima visita". Dopo aver sciorinato una formidabile competenza quale chirurgo dell'apparato digerente (!) e, insieme, una ferrea alleanza col sottopeso, concluse sconsolata "sono il peggior medico di me stessa".

La verità non si *prescrive*. In senso letterale, non si può scrivere prima. Prima, cioè, che il corpo vivo sopraggiunga a se stesso nella sua evenienza inconciliabile con l'ideale, sia esso la "magrezza" oppure la "salute". Come ha chiarito Emmanuele De Paoli (2017), tra pensiero medico e sintomo anoressico sussiste un pericoloso isomorfismo logico il quale, se non scardinato, rischia di fomentare l'ossessione. Entrambi, infatti, si basano sul medesimo principio: curare la natura con l'ideale. Nel caso della medicina, secondo la lezione del grande classico di Canguilhem (1966), la cura riconduce la contingenza del corpo naturale all'ideale della salute, che è astratto algebricamente da tutto ciò che se ne discosta (il naturale) che quindi, implicitamente, è considerato come patologico. Nel caso dell'anoressia, si tratta di anticipare l'evenienza del corpo, proprio e dell'altro (terapeuta compreso), somministrando la cura dell'astinenza.

2.3 Terapie incorporate

Il corpo oggettivato dalla medicina può essere, per una paziente anoressica, il rovescio speculare del corpo idealizzato dall'ossessione per la magrezza. L'interventismo difensivo attivato da ambo le parti finirebbe per neutralizzare la cura. Incastrata entro questa empasse, finirebbe per somigliare, secondo la metafora di Schopenhauer, "a colui che gira intorno a un castello per cercare l'entrata, e non potendola trovare, si diverte a schizzarne le facciate" (Schopenhauer, 1818, p. 161). Esiste però un'altra via, una sorta di passaggio sotterraneo, collaterale all'alleanza terapeutica, che per le pazienti di Palazzo Francisci può significare l'occasione di un incontro diverso, a tratti sorprendente, col loro corpo.

L'insieme delle attività di gruppo definite "corporee" (laboratorio di teatro, danzamovimentoterapia, bioenergetica, consulenza filosofica/parte esperienziale, *mindfulness*), insieme a quello di poesia Haiku, lavorano sul corpo "vissuto", emotivamente connotato. Nel loro insieme rispecchiano una visione delle patologie alimentari come espressioni di un profondo disagio esistenziale, che attiene alla costruzione dell'identità, alla relazione col mondo e con gli altri. Ciascuna proposta poggia su riferimenti teorici specifici (Dalla Ragione, Bianchini, De Santis, 2014, pp. 67-77). L'orizzonte della filosofia fenomenologico-esistenziale sostiene una riflessione corale sui grandi temi della paura, della vergogna, del perdono, della responsabilità, della bellezza, della rabbia, accompagnati dalla loro sperimentazione attraverso esercizi pratici calibrati allo scopo. La concezione energetica del corpo e dei blocchi emozionali che ne ostacolano il fluire viene utilizzata per favorire la conoscenza della propria fisicità e delle emozioni che consente di esprimere. Il movimento nello spazio, gli esercizi di "radicamento" (*grounding*), il lavoro sul respiro, l'introduzione di elementi ludici, l'uso della voce favoriscono il contatto con una vitalità depauperata dalla ripetizione sintomatica. Trattandosi di patologie in cui, come mi spiegava un'operatrice, il solo fatto di nominare certe parti del corpo può fomentare l'ansia, un adattamento della tecnica originaria è imprescindibile. L'obiettivo è di creare un contesto protetto in cui sensazioni inascoltate, emozioni represses, ricordi piacevoli o memorie traumatiche possano emergere spontaneamente. Il contesto grupppale ne facilita l'espressione e infonde quel poco di sicurezza che deriva dalla condivisione. Spesso giudicate inattuabili al medium della parola, queste esperienze diventano discorso sia nella restituzione dei conduttori del gruppo, sia nei colloqui individuali.

Questa parte del programma terapeutico, per riprendere l'efficace espressione di Lock e Scheper-Hughes (1987), è diretta al "mindfull body" (Cap. I, 2). Attualmente è molto valorizzata ed è cresciuta nel corso del tempo, arricchendosi di nuove proposte sperimentali. Chiama in causa un *altro* corpo rispetto a quello a cui le pazienti sono "abitate". È il corpo come soggetto del patire, colto nella sua singolarità, il corpo-verità finalmente protagonista di se stesso. Dischiudere il canale emotivo e sensoriale ha l'esplicita funzione di offrire un'alternativa all'ossessione, all'automatismo, all'autoreferenzialità. Le terapie "incorporate" mettono fuori gioco la mente e il suo ipercontrollo. Non a caso molte tecniche insistono sull'esercizio di un atteggiamento non giudicante, aperto al momento presente, come la *mindfulness* dei monaci orientali o l'*epoché* di matrice fenomenologica. Emozione e assenza di giudizio sono fondamentali anche nel gruppo di poesia Haiku, che viene effettuato ogni giovedì mattina subito dopo il controllo del peso. Essendo un momento particolarmente delicato ed esposto a comprensibili ruminazioni, alle pazienti si offre come antidoto il rigore formale di un'antica forma di componimento, in cui l'emozione suscitata da un'immagine della natura dev'essere espressa in sole 17 sillabe. Attraverso questo sforzo di sintesi, i poeti giapponesi affinavano la creatività in un'espressione di grande semplicità e potenza. Per le Pazienti di Palazzo Francisci, è una strategia per depistare la mente "costringendo" l'attenzione a posarsi sul sentire. Il processo di composizione ricorda i meccanismi nostrani di

“condensazione” e “spostamento”, solo utilizzati in maniera cosciente e spiegati scientificamente.

Funziona così: tu fai l’ascolto del corpo in un contesto naturale, l’ascolto delle sensazioni collegate a un’emozione. Poi c’è la verbalizzazione dell’emozione attraverso la scrittura. Corpo, emozione e corteccia. Rimetti in collegamento il corpo e il livello emozionale, quindi il Sistema Limbico. E poi quando cerchi l’espressione poetica, metaforica (quindi non descrittiva) attraverso un’immagine, comunque usi la parte verbale, ma lo fai in una maniera simbolica. Questo si sta rilevando uno strumento eccezionale. Alcune ex pazienti ancora mi mandano gli haiku via mail. Partendo da un ragionamento PNEI, abbiamo attivato un percorso di tiro con arco, attività manuali, teatro, danzaterapia. Il corpo nel nostro modello terapeutico assume un’importanza centrale dal punto di vista espressivo. (Marucci, endocrinologa)

Le attività corporee sono particolarmente apprezzate a causa del loro statuto alternativo alla parola. Corpo, “vissuto”, emozione, spesso significano questo.

Tutte queste tecniche si sono rivelate utilissime. Essendo una patologia che riguarda la mente e il corpo, la parola a volte può entrare ma a volte no. [...] Per esempio, nel caso di pazienti che avevano subito un trauma, a volte sessuale, il lavoro col corpo si è rivelato utilissimo. Venivano fuori delle cose lì che non emergevano nella psicoterapia. Quindi, essendo una patologia che usa il corpo come teatro, lavorando direttamente sul corpo e lasciando da parte il *logos*, si può cercare di far venire fuori ciò che è nascosto. Il lavoro espressivo di tipo individuale [...] ha dato risultati stupefacenti. (Dalla Ragione, Responsabile centri DCA, USL Umbria 1)

Anche la psicoterapia è comunque la *verbalizzazione* di una storia, ma il livello emozionale è qualcosa di non verbale, di non espresso. Allora abbiamo cominciato a lavorare su quello e abbiamo introdotto per primi, già all’inizio, le tecniche mindfulness, di rilassamento e meditazione corporea. Lavorano sulla percezione del corpo a livello di sensazione. Si tratta di ascoltare il corpo. L’idea è quella non di *pensare* il corpo ma di *sentirlo*. (Marucci, endocrinologa)

Da un lato, la verbalizzazione è connessa al pensiero discorsivo e quindi, nelle pazienti DCA, all’ossessione. Dall’altro, il corpo è associato all’emozione, al sentire, al vivere. Se la mente malata è chiusa in se stessa, il lavoro sul corpo può riaprirla alla vita. In queste affermazioni, espresse dai due medici che hanno concorso alla definizione del modello terapeutico di Palazzo Francisci (Dalla Ragione e Marucci), emerge una significativa assonanza tra la critica al riduzionismo razionalistico proprio della biomedicina, che fa del corpo un oggetto separato dalla mente, e l’operazione che la paziente anoressica effettua sul *suo* corpo costringendolo all’ideale. Il carattere olistico del modello PNEI e il recupero dell’equilibrio mente-corpo passano attraverso il canale emozionale. La verbalizzazione (e quindi la psicoterapia) è uno strumento importante ma secondario.

A proposito di questi temi, il confronto maturato in campo antropologico tra paradigmi dell’incorporazione e proposte interpretative, ha stimolato delle considerazioni diverse. L’equazione, posta implicitamente, tra la parola e il pensiero, da un lato, l’emozione e il corpo, dall’altro, resta infatti a mio modo di vedere pienamente cartesiana, e così pure il rovesciamento dei ruoli a scopo terapeutico. Di nuovo, affiora una visione del corpo felicemente appropriato alla “natura”. Non è più un meccanismo, ma resta pur sempre un ideale.

Sono comunque partita dall’osservazione partecipante: alle pazienti le attività corporee piacciono molto, moltissimo. Fra quelle che ho intervistato erano fra i gruppi prediletti. La mia ipotesi è che ciò abbia meno a che fare col “corpo” e più con ciò che i greci antichi chiamavano *kairòs*, il momento opportuno, non programmabile in anticipo. Questi gruppi rappresentano un’alternativa certamente all’ossessione, ma anche, più in generale, al *programma* terapeutico. In definitiva, a ciò che viene prescritto. La giornata delle pazienti, come si è detto, è altamente strutturata. La terapia nutrizionale è oltremodo ripetitiva, sempre uguale a se stessa, con la sua scrupolosa organizzazione grammaturale. I controlli medici e la somministrazione dei farmaci hanno giorni e orari prefissati. Lo stesso, le visite dei familiari e

le uscite al di fuori della struttura. Tutto questo non solo garantisce la vita in comunità, ma è indispensabile per contenere gli aspetti sintomatici. Nelle attività corporee, invece, a parte la consegna dell'operatore, il cui ruolo resta comunque attivo, ogni paziente, e il gruppo nella sua interezza, non ha una direzione da seguire, non esegue semplicemente un compito, ma se ne appropria liberamente, in modalità che attingono alla storia di ciascuno. Offrono alle pazienti, come diceva l'operatrice del gruppo teatro, uno spazio di simbolizzazione alternativo non tanto alla parola, ma alla coscienza. Qualcosa accade, e non è detto che accada, *a loro insaputa*, senza che se ne *rendano conto*, ed è questo "effetto sorpresa" a essere propizio in senso terapeutico. "Se faccio le cose perfettamente, le emozioni non arrivano all'improvviso" è un commento che ho sentito durante una sessione. Realmente alternativo all'ossessione, più che il "corpo", è lo spazio/tempo impreveduto. Anche nei gruppi filosofici (parte teorica) ho sentito in più di un'occasione una parola capace di produrre lo stesso effetto.

Si può *prescrivere*, invece, un'emozione? Una paziente anoressica grave è in grado di avere un atteggiamento "non giudicante"? E qui mi riferisco non tanto alle sessioni di *mindfulness*, quanto a un altro fiore all'occhiello della terapia cognitivo-comportamentale, cioè la "terapia dello specchio" (Dalla Ragione, Bianchini, De Santis, 2016, pp. 71-73). Nel centro, come si è detto, non esistono specchi, allo scopo di evitare il continuo automonitoraggio dell'aspetto fisico. E' inevitabile ed altamente auspicabile che nel corso dei mesi esso si modifichi. Per sostenere il paziente nell'accettazione di tale cambiamento e, di nuovo, arrivare là dove "la ristrutturazione cognitiva *verbale* non arriva", si usa una tecnica "corporea". Si espone il paziente di fronte a un grande specchio a tre ante per sette sedute a cadenza settimanale, previo un esame accurato per definire se sia in grado di sostenere l'esperienza. Lo si invita a vestirsi con abiti che mettano sempre più in rilievo, una volta dopo l'altra, le forme del corpo. Il terapeuta si pone al di fuori del campo visivo e invita il paziente a descrivere il proprio corpo senza giudicarlo, ma cercando di porre attenzione sulle funzioni che ciascuna parte riveste, allo scopo di riscoprirne l'importanza. La visualizzazione guidata avrebbe lo scopo di aiutare il paziente a "rifamiliarizzare" con la propria immagine e a verificare quanto il processo di cura sia riuscito a "correggere" le "distorsioni" causate dalla patologia. Il tema dell'immagine del corpo, di per sé molto frequentato in psicologia e psicoanalisi, è indiscutibilmente centrale nella teoria clinica dei DCA. A partire dagli studi pionieristici di Hilde Bruch si è arricchito, nel corso del tempo, di numerosi studi che si avvalgono delle più recenti tecniche di *neuroimaging* (Dalla Ragione, Mencarelli, 2012).

Da un punto di vista squisitamente antropologico si può ricordare come Tomas Csordas considerasse l'ipervigilanza corporea propria di anoressia e bulimia come una "forma somatica di attenzione" (Csordas, 1993). La prospettiva fenomenologico-culturale è molto diversa da quella cognitivista, e si fonda sul concetto di *embodiment*. Il processo attentivo e percettivo non concerne un individuo isolato, né è oggettivabile in astratto, ma include sempre l'intersoggettività. Le forme somatiche di attenzione sono definite come "i modi culturalmente elaborati di impegnarsi, con il proprio corpo, in contesti che includono la presenza incorporata degli altri" (*ibidem*, p. 29). La coscienza percettiva individuale è preriflessiva ma non "pre culturale". Seguendo Alfred Schütz, Csordas valorizza la connotazione intenzionale dell'atto di attenzione, qualificandolo come "un rivolgersi consapevolmente verso un oggetto", che va ben oltre il semplice impegno sensoriale proprio della definizione psicologica di attenzione, proprio perché implica un corpo immerso nel mondo. L'attenzione definisce contemporaneamente un essere presenti *al* corpo (la sensazione puntualmente intesa) e un essere presenti *con* il corpo nell'ambiente intersoggettivo che genera quella sensazione (Malighetti, Molinari, 2016, p. 206). Lo studio fenomenologico dei fenomeni percettivi e attentivi – per esempio nelle esperienze di guarigione in ambito religioso (Csordas, 1994c) – fornisce delle informazioni su come gli individui manifestino soggettivamente, incorporandola, una modalità culturale di essere al

mondo. Fra questi potrebbe essere inclusa la cosiddetta “dispercezione” dell’immagine corporea, cioè il vedersi grassi pur essendo magri. Invece di “correggere” tale distorsione con una percezione “il più reale possibile del proprio corpo”, si potrebbe leggere altrimenti il fenomeno nel suo complesso. Che cosa vede un’anoressica allo specchio? Un corpo emaciato o la misura del suo trionfo? Che differenza c’è fra il suo corpo, giudicato sottopeso, e quello della coetanea che, grazie a quello stesso corpo, può sfilare in passerella? La vista incorpora, certo estremizzandolo, un ideale sociale di “appropriatezza” (il corpo magro), che l’anoressica sente di non realizzare a sufficienza. E non lo “vede” solo con gli occhi. Nel decostruire l’equazione etnocentrica tra immagine e vista, Csordas propone la nozione di “immagini incorporate” (Csordas, 1993, 1994c, 1999). Similmente a taluni guaritori carismatici, le anoressiche sembrerebbero capaci di “visioni tattili”, come quando misurano a spanne la circonferenza delle proprie gambe o del ventre, in barba all’assenza di specchi.

In luogo della compitazione del grado d’ansia di un corpo fatto a pezzi, ricordo l’esito fortunato di una “terapia dello specchio” molto poco convenzionale, occorsa a una paziente che ho avuto modo di seguire, per un breve periodo, nel passaggio da Palazzo Francisci al Nido delle Rondini. Nei primi tempi del ricovero si distingueva per la perfezione formale del suo aspetto, inclusi i modi e toni elegantemente pacati. Il viso, accuratamente truccato, sembrava quello di una bambola di cera, solo molto meno paffuta. Era la prima ad alzarsi, la mattina. Per essere presentabile le occorreva almeno un’ora e mezza. Asseriva di “averne bisogno” da quando aveva 13 anni (ne aveva 25) e che non sarebbe uscita di casa senza trucco “nemmeno per vuotare la spazzatura”. La ritrovai al “Nido” un lunedì, al consueto gruppo di verifica dopo il week-end a casa. Diceva di aver passato l’intero sabato pomeriggio in un centro commerciale, alla ricerca di trucchi e creme perché, diceva, “non riesco più a vedere la mia faccia”. Sarebbe difficile dire cosa, ma qualcosa nel corso della terapia aveva ri-toccato la sua immagine ideale.

Per concludere la disamina su corpo e parola si può ricordare che “lavorare direttamente sul corpo e lasciando da parte il *logos*”, come asseriva la dottoressa Dalla Ragione, è esattamente ciò che fa la medicina. Molto spesso anche quella “naturale”. Il punto, quindi, non è tanto mettere in evidenza il corpo in luogo della parola, ma stabilire in che modo il corpo entri in una terapia che è *sempre* una terapia della parola, perché di relazione clinica si tratta. Ma il corpo vissuto, e quindi parlante, è il grande escluso, sia dalla medicina sia dalla psicoterapia. Nel primo caso perché ammutolito nell’oggettivazione scientifica, nel secondo perché disincarnato dalla simbolizzazione. In entrambi i casi, turravia, la proscrizione deriva *dalla terapeutica*, non dal paziente. Proprio come nella situazione etnografica, anche nella relazione clinica il corpo c’è sempre, da un certo punto di vista precede il soggetto, o emerge indipendentemente da lui (in questo senso non è mai “proprio”). L’interpretazione analitica, così come la prescrizione medica possono essere modi per tenerlo fuori campo. La differenza è che nella cura dei DCA il corpo “ci tocca”, in ogni modo.

3. Il dietista, una “figura ambigua”

A proposito della dietoterapia come trattamento elettivo per l’obesità, Cuzzolaro (2013) si interrogava, nell’esiguo spazio (purtroppo) di una “nota a margine”, se non possa essere definita come un “intervento psicoterapeutico non formalizzato”. Cerca infatti di modificare con *mezzi psichici* (informazione, prescrizione, persuasione ecc.) comportamenti, stili di vita, complessi equilibri personali e familiari. Non può dirsi *formalizzato* perché, in genere, non è preceduto da un’accurata valutazione psicologica, non è ispirato da un modello teorico sufficientemente elaborato e guidato da una tecnica coerente. La conclusione cui perviene il noto psichiatra è molto significativa: “È probabile che questo difetto sia fra le cause più

importanti dei fallimenti collezionati nel tempo dalla dietoterapia dell'obesità" (Cuzzolaro, 2013, p. 4).

Dietista, dietologo o biologo nutrizionista sarebbero, in sostanza, degli psicoterapeuti senza saperlo. Che lo ignorino è indiscutibile, visto che la loro formazione è schiettamente "scientifica". Agli operatori di Palazzo Francisci ho rivolto la domanda se nel loro percorso universitario fosse incluso un percorso sui DCA. La più parte ha sorriso, rispondendo di non averli sentiti nemmeno nominare. In certi casi il problema era stato "sorvolato" in un modulo di poche ore, dedicato unicamente agli aspetti clinici e non riabilitativi. L'ipotesi che il comportamento alimentare potesse avere a che fare, se non con la psicopatologia, almeno con la "sfera psicologica" non era contemplata. Sembrava un azzardo pensare che la *mission* di un dietista potesse esulare dal conteggio di calorie e compilazione di tabelle. L'insofferenza di quanti, all'opposto, trovavano l'aspetto sociale ed emotivo "scontato e bellissimo" li ha sospinti in altre direzioni. Di fatto, l'ingresso in una struttura come Palazzo Francisci è stato per alcuni un'esperienza scioccante, benché iniziata con un semplice tirocinio:

La mia formazione universitaria non mi ha dato nessuna conoscenza sui DCA. Non mi aveva preparato per nulla. Sapevo a grandi linee cosa era una AN, una BN ma niente altro. Le prime due settimane al Francisci è stato un colpo. La doc. voleva che chi entrava partecipasse a tutte le attività, come se fosse un paziente. Giornate intere, tutti i giorni, tutto il giorno. Partecipavo ai gruppi, da quello di danza a quello di poesia, ai gruppi nutrizionali, filosofici, alle riunioni coi genitori. [...]Venendo da un approccio scientifico, ritrovarmi in un centro di salute mentale, non lo dico in senso dispregiativo, in un posto cioè dove la parte emotiva è fortemente presa in considerazione, è stato forte, è stato forte perché, caspita, dico, ammazza! ... Non ti nego che io in alcuni gruppi ho pianto. (Ciarrocchi, biologo nutrizionista)

Una volta divenuto impiego, l'esperienza diretta viene sostanziata da una formazione specifica di stampo multidisciplinare (Master ECM). L'operatore viene istruito sulla psicogenesi del problema, sull'idea di sintomo come soluzione, sull'ambivalenza alla cura che "di norma" il paziente propone. Dietista, biologo nutrizionista e le varie sottospecializzazioni del settore, sono parte integrante dell'area "bio" dell'équipe, entrano cioè in campo come specialisti del corpo. Il medico specializzato in Nutrizione Clinica si occupa degli aspetti clinici della malnutrizione e della profilatura dei fabbisogni nutritivo-energetici, mentre il dietista e il nutrizionista della messa in pratica della riabilitazione nutrizionale. Il loro ruolo investe quindi direttamente la *compliance* del paziente al nuovo piano alimentare, ovvero, come ho sentito dire più volte, "la parte più tossica del trattamento". Nel gestire questo aspetto il nutrizionista diventa, secondo l'efficace espressione di un'operatrice, "lo psicologo delle cose alimentari". E' l'altro lato della sua professione, che in un certo senso gli compete senza "saperlo", nella misura in cui, appunto, non possiede una formazione psicologica specifica ma scende in campo come un tecnico dell'alimentazione.

Maria: L'impostazione che abbiamo noi è cognitivo-comportamentale, soprattutto i nutrizionisti. Molto pragmatica quindi.

Angela: Ce n'è un'altra? Ci potrebbe essere?

Maria: Non so. Ma non è che l'abbiamo studiata, è solo che ho scoperto che si chiama così il metodo che usiamo noi. Facciamo una ristrutturazione cognitiva.

La prassi terapeutica, cioè il lavoro in équipe e soprattutto il contatto coi pazienti, lo aiuta e lo obbliga a costruirsi un ruolo tutto sommato inedito. La relazione con individui difesi e offesi, competenti e spesso sfidanti, abili manipolatori al servizio del sintomo, rappresenta l'antitesi più smaccata alla richiesta a cui sono, sono stati o saranno abituati. "Voglio dimagrire, mi dica come fare" è una dichiarazione di intenti che scalza il paziente da una

posizione di sudditanza nel momento stesso in cui ve lo installa. La relazione si fonda sulla *prescrizione*, da ambo le parti. Il cliente domanda all'esperto, lo paga, e si aspetta di essere istruito al cambiamento. La competenza tecnica si piega alle esigenze della Salute, o dell'Estetica, approfittando a sua volta del lauto tornaconto che ne deriva. A prescindere dall'etica professionale, un tasto molto sensibile negli operatori che ho intervistato, lo stile relazionale della riabilitazione nutrizionale nei DCA è completamente diversa.

All'ingresso in struttura il dietista/nutrizionista accoglie il paziente presentandogli il programma nutrizionale e il rispettivo menù. Comunica il numero e la distribuzione dei pasti, garantendo la loro composizione bilanciata, graduale e commisurata alle esigenze di un organismo gravemente compromesso. Le informazioni sono chiare ma appena sufficienti. Non si menzionano né calorie né grammature, tantomeno di un obiettivo di peso da raggiungere. La parte propriamente prescrittiva, in effetti piuttosto nebulosa, finisce qui. E' riservata al sapere esoterico del professionista e scaricata, si potrebbe dire, sul patto di alleanza fra la Cura e il singolo mediante la firma del "contratto terapeutico". La relazione clinica, cioè il rapporto duale, resta protetta da queste dichiarazioni anticipatorie, comunicate in modo sereno ma impersonale.

Il percorso vero e proprio inizia dalla terapia nutrizionale. Per la verità il paziente vi si trova catapultato fin dal primo pasto. L'ipotesi è quella di sollevarlo da qualsivoglia responsabilità o decisione rispetto al cibo, il nucleo pulsante delle sue angosce. La sola cosa che è tenuto a sapere è che si tratta della punta di diamante della terapia: tranne poche eccezioni è la sola "medicina" che assumerà. Altra e ben diversa cosa è chiedergli di separare l'atto del mangiare dalle *emozioni* che vi associa. La richiesta in realtà viene fatta, il paragone è quello di un automatismo ("alimentazione meccanica"). La mia impressione è che ciò serva più all'operatore, per sostenerlo nell'impresa dell'assistenza al pasto, che sotto il rispetto della sua effettiva *praticabilità*.

Il compito principale del dietista, faticosissimo, durante l'intero svolgimento della terapia, è quello di *proscrivere*. La parola chiave è NON: non si parla di cibo, non si guardano gli altri, non si sminuzza, non si separa, non si elimina, non si lascia niente nel piatto. L'abitudine alla patologia crea un pregiudizio involontario per cui tutto diventa patologico, anche laddove resta il dubbio che non lo sia. Una volta, entrando in cucina, ho sentito un'operatrice raccontare indignata di come un "nuovo ingresso" avesse esclamato alzandosi in piedi durante la colazione: "Chi preferisce la marmellata di fragole?". Naturalmente era stata subito zittita. Personalmente, invece, non ho saputo decidere se si trattasse effettivamente di un "comportamento disfunzionale" oppure di ingenuità, o perfino di uno "sprazzo di normalità". Ancora più interessante l'aneddoto riferitomi dalla Presidentessa dell'Associazione di volontariato. Erano i primi tempi, quando le ragazze facevano ancora i pasti in ospedale. Una di loro persisteva nel maltrattare i genitori, lamentandosi di continuo e lanciando il cibo per terra. A un certo punto l'operatrice le diede uno schiaffo, accompagnandolo con queste parole: "Questo non è il disturbo, è maleducazione!".

Quando le pazienti si trovano in difficoltà, gli operatori accorrono prontamente. Uno di loro è sempre presente in sala, perché la competenza sul piano nutrizionale gli conferisce un'autorità superiore a quella degli altri professionisti. Rassicura, spiega, informa, ripete senza sosta di "fidarsi" della terapia. Molti "gruppi nutrizionali" si concentrano su questo aspetto. "Non abbiate paura di aumentare di peso. Non spaventatevi della sensazione di pienezza. E' normale, è una conseguenza della riabilitazione nutrizionale". Se il cibo è medicina, il dietista vi si incorpora come una sorta di sedativo. Ciò non significa che il suo atteggiamento non possa diventare perentorio. Ma lo diventa per impazienza o stanchezza, più che per un reale convincimento. Il suo sguardo cerca la complicità degli altri professionisti, l'irritazione è mescolata al cordoglio. Impara *per esperienza* che la prescrizione non funziona. Di fronte a un'operatrice anziana "caparbossima", che non ho conosciuto ma era

famosa per il suo atteggiamento “da pitbull” – “si sedeva lì e ci restava per tre o quattro ore, finché la paziente non aveva finito tutto” – qualcuno si diceva ammirato e “la invidiava moltissimo”, mentre qualcun altro sospettava timidamente che “fosse un tantino ossessiva”.

L’effetto di persuasione nei confronti del piano alimentare è un riflesso della competenza “oggettiva” che i pazienti proiettano sui professionisti. Fa leva sul pregiudizio di verità/realtà accordato culturalmente all’evidenza scientifica. Il paziente ha bisogno di essere rassicurato: l’obiettivo è quello di sostituire “la voce della malattia” con “la voce della scienza”, cioè l’assoluto-patologico con la certezza assoluta. Dialogando con le pazienti diventa facile smontare le loro “credenze” alimentari e soprattutto il significato “magico” attribuito all’ingestione del cibo. Il grande assente dei loro discorsi è proprio il corpo: o viene completamente ignorato nei suoi fabbisogni, oppure è rivestito di un funzionamento prodigioso.

A volte sì, è un confronto tra esperti. Loro sanno tutto, veramente tutto di calorie. Però non sanno niente di nutrienti e nemmeno di metabolismo. Sanno molto degli alimenti, ma poco del corpo. Dell’oggetto sanno tutto, e poco di cosa sia nutrirsi. All’inizio avevo molta paura, soprattutto a confrontarmi con le anoressiche. In realtà le sovrasti con niente, perché non hanno idea di cosa serve al corpo. (Carnazza, dietista)

[...] loro credono una cosa, per l’ossessione, per la malattia, per l’ambiente, e tu cerchi di riportarli alla realtà. Infatti sul peso gli fai la BIA, gliela spieghi, la commenti, spieghi cosa succede o non succede. Poi, però, parli anche delle loro paure, perché poi ciascuno c’ha le sue. Per esempio, sulla pasta mica sono tutte uguali, ce ne sono tantissime. C’era una paziente anoressica che piangeva perché non voleva mangiare “la pastina obesa”. È meravigliosa questa immagine.

Una cosa che succede spesso è che loro credono che se mangiano qualcosa, questo finisce loro immediatamente addosso. Avevo una paziente che dopo il pasto si dava i pugni sui fianchi. Dopo i pasti sentiva i fianchi crescere. Tante fanno questa cosa. Entra e va a finire subito sulla coscia. Loro si sentono lievitare mentre mangiano, sulla pancia, sulle gambe, sulla schiena. Allora spieghi che non è assolutamente possibile, che non funziona così. Che la sensazione è un’altra. (Vicini, nutrizionista)

La funzione di supporto operata dal nutrizionista trova nel processo di reintegrazione dei cibi cosiddetti “fobici” (in prevalenza carboidrati e dolci) un momento tanto delicato quanto importante. Ancora una volta l’atteggiamento prescrittivo viene soppiantato dal legame di fiducia che dovrebbe essersi instaurato nel corso del trattamento. Pazienza, gradualità e ascolto sono ingredienti fondamentali per realizzare questo passaggio. A mano a mano che il percorso procede, il dietista arretra dalla sua funzione “contenitiva”, e promuove una sempre maggiore autonomia. I risultati raggiunti vengono “testati” all’esterno della struttura, con le merende, i pasti al sacco, i pranzi o cene fuori. Sono eventi programmati, che tuttavia il paziente deve gestire in solitudine, per poi verificarne l’andamento al rientro. Con mia grande sorpresa, mi è capitato di essere prescelta come co-protagonista di uno di questi esperimenti: una paziente mi ha invitata a cena.

“Mi è venuta in mente una cosa – si è fatta avanti con voce titubante – ma forse non è il caso. Però te la dico lo stesso”. Si trattava di una giovane donna sui trent’anni, giudicata una “paziente modello” per l’atteggiamento compliant e la disponibilità nel sostenere le pazienti più giovani. Il permesso le fu accordato immediatamente, previo accordo sul (suo) menù. Ignorando completamente ciò che aveva nel piatto, passò la serata a raccontarsi. Praticamente parlò solo lei. La lasciai fare, avvertendo il suo bisogno di avere un po’ di spazio per sé. La funzione di sorella maggiore e la nomea di essere “ben inserita” nel percorso doveva costarle molta fatica. Quanto a me, dopo una lunga giornata di lavoro, ero effettivamente esausta. Avevo la sensazione che si stesse “abbuffando” e che il suo piatto forte fossi proprio io. Ciò non riuscì ad avere la meglio sulla mia “dedizione professionale”. La ascoltai fino alla fine, completamente, col sospetto che fosse troppo anche questo.

Se lo “sperimentarsi” al di fuori della struttura riguarda i pazienti e la malattia, un’esperienza analoga concerne anche gli operatori che, oltre a Palazzo Francisci, svolgono

un'attività autonoma. La pratica coi disturbi alimentari trasforma il loro approccio anche con gli altri pazienti. Lavorano diversamente da come sono stati formati e considerano il loro approccio un valore aggiunto rispetto ai loro colleghi:

L'interdisciplinarietà ti arricchisce enormemente, e se tu questo lo spendi in altri ambienti, come il settore privato, sei avanti non uno, ma dieci passi, davanti a tutti. [...] la "psiconutrizione" è proprio l'arma che possiamo utilizzare nei confronti non solo dei DCA, ma anche del semplice sovrappeso, dell'obesità. Oramai l'abbiamo visto. Non me ne sono accorto subito. Quando sono uscito dall'università pensavo che, magari, dando semplicemente una dieta potessi curare i problemi delle persone. Ma in realtà no, è la relazione. Le persone anche quando vengono da me privatamente e non hanno un DCA, mi parlano di tutt'altro. "Eh, dottore mi fa male la pancia, secondo me è per questo", ma dopo un quarto d'ora l'argomento è già cambiato, il paziente ti sta parlando dei problemi che c'ha magari col figlio, il marito, il lavoro. Il cibo diventa l'oggetto del suo malessere e lo identifica attraverso il cibo. Quindi parlare di cibo sì e no. Piuttosto pensiamo a come la persona vede il cibo, perché lo usa in quelle occasioni, cosa potrebbe fare per... (Ciarrocchi, biologo nutrizionista).

L'anno che ho fatto attività privata vedevo meno DCA e più persone in sovrappeso. Mi dicevo: "Ma perché questi vengono da me e spendono i soldi per farsi dire una cosa che tutti sappiamo già, cioè che per non essere in sovrappeso bisogna mangiare meno e muoversi un po' di più?". Ero allibita da quanto avessero bisogno di sentirsi contenute e indirizzate. Per questo, ti dico, mi sento una "psicodietista". (Cazzella, nutrizionista)

Paradossalmente, in alcuni consultantI la mutazione del nutrizionista "classico" produce un effetto quasi spaesante. Sotto sotto, si aspettano una maggiore severità.

Il lavoro qui influisce tantissimo sul mio lavoro all'esterno della struttura. Se non lavorassi qui il mio approccio nutrizionale sarebbe sicuramente più rigido. Infatti, anche alcuni pazienti me lo dicono, che sono troppo buona o troppo flessibile nell'organizzazione del piano alimentare. Quando sgarrano dico: "Ma non si preoccupi, riprovi la prossima settimana. Magari rinunci al dolce". Se avessi lavorato privatamente o in un centro diverso da qui, avrei prescritto la mia dieta classica. [...]

Più lavori e parli solo di peso con la paziente [DCA] più l'ossessione resta. Per questo in ambulatorio mi capita di non pesarle tutti i quindici giorni ma una volta al mese. A volte arrivano e si tolgono subito le scarpe, si stupiscono se dico: "No, non ho bisogno di pesarti, dimmi piuttosto com'è andata la settimana, se hai attuato qualche condotta di compensazione". Rimangono quasi male, non capiscono, pensano "ma come mai questa è così poco severa?!" Non capiscono che dietro c'è un lavoro tutto diverso. (Carnazza, nutrizionista)

L'etnografia ha confermato su questo punto una tendenza culturale messa in luce da molti interpreti (Cap. II, 6). Nessuna competenza clinica, quanto quella in campo alimentare, è investita attualmente di un'autorità che, dietro le mentite spoglie della scienza, è in realtà *morale*. Molti individui cercano nel dietista più un "direttore di coscienza" che un medico, e nello stare a dieta una "via di liberazione". Su questo punto, la convergenza tra biomedicina e MNC è particolarmente forte. Da un lato, come suggerisce Dei menzionando Foucault, se la medicina moderna "si è evoluta separando in modo netto il peccato dalla malattia e la salute dalla salvezza, le MNC sembrano avvicinare queste coppie di concetti, facendo sì che la morale torni ad agire a ridosso del corpo e delle sue manifestazioni". Da un altro, la medesima istanza moralizzatrice-normalizzatrice viene sempre più dislocata – non avendo, in fondo, altro luogo – nel discorso della scienza.

Il luogo di annodamento tra i due domini, di medicina e morale, è proprio la *prescrizione*. Ci sono regole, come attestano le riflessioni sui processi di antropopoiesi e di incorporazione, che si in-scrivono senza bisogno di un'ordinanza esplicita. Sono le più radicali e radicate, quelle che diventano ovvietà. Nelle società che Dei definisce "a griglia forte" (non solo quelle "tradizionali", ma anche la modernità "solida") la costruzione culturale del corpo nell'aspetto, nel ruolo, nella cura del malessere e dell'alimentazione, sono regolate da schemi relativamente stabili e obbligatori, accompagnati da forti sanzioni per la devianza e, soprattutto, da una scarsa disponibilità di risorse alternative (Dei, 2012, p. 172, corsivo mio).

Nell'Occidente postmoderno, invece, dove le alternative, anche in campo medico, abbondano, accade che molti modelli "olistici", "tradizionali", "dolci" e via dicendo, subiscano, come sempre accade nei processi di traduzione culturale, un aggiustamento alle esigenze del contesto. Così, il "metodo individuante" di molte di queste pratiche subisce un viraggio individualistico o all'opposto "protocollare", e una complessa cosmologia diventa "natura", cioè biologia.

La malattia scaturisce da disordini nel comportamento, da alimentazione squilibrata, da una vita quotidiana troppo stressante – in definitiva da scelte sbagliate. Se questo risuona in molti modelli di MNC, l'enfatizzazione biomedica dello stile di vita "buono", "equilibrato", "salutare", supporta la convinzione che il potere di stare bene sia fundamentalmente nelle mani dell'individuo e soprattutto che il benessere fisico/estetico – ecco il contraccolpo cartesiano del ragionamento – basti a se stesso come garanzia, come diceva Canguilhem, dell'"integrità delle capacità di relazione con gli uomini e le cose" (Canguilhem, 2002, p. 52). Naturalmente non è in discussione l'importanza di prendersi cura della propria salute. Ma c'è da chiedersi se ciò non accada proprio in ragione del fatto che oggi, a differenza della "relazione con gli uomini e con le cose" possa essere, almeno in linea di massima, più facilmente *garantita*.

Resta il fatto che il lessico morale (responsabilità, *empowerment*, scelta, autonomia, decisione, controllo, alimentazione consapevole) impregna da capo a fondo l'orientamento "cognitivo-comportamentale" alla base della riabilitazione nutrizionale dei DCA. Collude con l'istanza moralizzatrice immanente al discorso alimentare contemporaneo e del "codice genetico" dei professionisti. Va da sé che dietisti e biologi dell'alimentazione si trovino a loro agio nell'assecondare il doppio ruolo di "psicologi". Non è necessaria una Laurea in Psicologia per applicare l'orientamento cognitivo-comportamentale in campo nutrizionale. Basta quella in Dietistica, in Biologia della Nutrizione o in Scienze dell'Alimentazione.

Eppure la relazione clinica coi pazienti confonde, sia fuori che dentro la struttura. Da un lato, si respinge l'autorità che viene conferita dalla "gente":

Il nutrizionista serve se uno ha un problema, non quando uno sta bene. L'exploit dell'obesità è nato da quando hanno iniziato a fare i prodotti *light*. Stessa cosa per il colesterolo. Tutti dicono che fa male. Cavolata. Bisogna conoscere che cosa è, cosa fa... La stessa cosa per altre malattie. Cioè, le nozioni scientifiche le devono usare i nutrizionisti. Punto. E io, come nutrizionista, ci devo essere quando c'è una malattia, un diabete, un sottopeso, un'obesità. Tutti gli altri non si dovrebbero fare problemi. Il nutrizionista serve, ed è giusto che le persone abbiano una buona educazione alimentare. Però, oggi, se dici in giro che sei un nutrizionista, allora tutti "Aaaaah!!!". A me questo mi fa saltare i nervi! Ti guardano come un dio, come se avessi chissà quale potere. Invece no. E' che adesso quasi tutti hanno il problema di come si deve mangiare e quando lo chiedono a me, "come devo mangiare", delle persone che stanno benissimo, mi fanno stare male. Perché questo problema prima non c'era e non ci dovrebbe essere. (Vicini, nutrizionista)

Da un altro, la consapevolezza, maturata nel lavoro coi DCA, di quanto sia riduttivo parlare di alimentazione in termini "oggettivi" li porta ad abdicare al *linguaggio* su cui hanno costruito la loro credibilità. Il cibo, da oggetto della scienza, ritorna un elemento della vita, uno strumento di condivisione, il termine di un rapporto. Come tale, va chiamato col suo vero nome, il pane, la pasta.

Nessun paziente è uscito da qui e parlava con le mie parole. Poi il paziente ti dice, magari a fine del percorso, "Sai, mi ricordo ancora una frase che dicevi tu: *il grasso brucia al fuoco degli zuccheri*". Ecco, questa è una piccola frase per spiegare un grosso processo metabolico (il ciclo dell'acido citrico, il ciclo di Krebs). Puoi anche spiegarlo come tale a un gruppo, magari omogeneo, di ragazze più grandi. Ma con una favolina di questo tipo anche la bambina di 14 anni si accorge. Piuttosto che dirle: "guarda che se non mangi i carboidrati ingrassi", che è anche brutale e ripete i termini che si ripetono costantemente, è più efficace così. (Ciarrocchi, nutrizionista)

Purtroppo anche le persone senza DCA sanno che la pasta è un carboidrato, ma noi mangiamo la pasta. Quindi anche se loro parlano sempre di calorie, io cerco di farle ritornare a parlare di pasta, le alleno a parlare di pasta. (Cazzella, dietista)

Lavorando coi DCA, ho sviluppato un odio profondo verso le diete e il nutrizionismo. Io il nutrizionismo puro lo odio quasi. Sono le calorie, i grammi... è la base scientifica, che in realtà a me piace. Il problema è che sono divulgate ovunque, ma la gente non sa usarle. E' come fanno con le macchine: c'è un sacco di roba e io non so nemmeno cosa vuol dire, però, sai suona bene il fatto che ti dicono che c'è. Lo stesso col cibo. Sono solo 180 calorie. Io chiedo: "Sono tante o sono poche?" Loro [le pazienti] non lo sanno. Giustamente, perché non lo devono sapere. Il nutrizionismo per come è usato adesso è un disastro. Dipende anche da come te lo insegnano, che il nutrizionismo sia solo quella cosa lì. Io non me lo ricordo neanche quante calorie ha un cibo. Me le dimentico. E non me lo voglio ricordare! [...]

I bambini adesso già alle elementari ti fanno dire "carboidrato", "proteine", "calorie". Io sono scioccata. Secondo me coi bambini puoi parlare dei gruppi alimentari. Ma già lì, io mi trovo in difficoltà. Nominare carboidrato, proteina non mi piace, e infatti quando vado nelle scuole parlo dei primi, i secondi, i contorni, i dolci. Non mi va di dire "carboidrato" a un bambino, mi sento male. [...] E' vero che noi mangiamo carboidrati, calorie, lo facciamo, ma questo tu non lo devi sapere. Che te ne frega. Cioè tu puoi sapere, ad esempio, da adulto che pasta pane e riso sono la stessa cosa. Che mangiare troppi dolci non va bene, troppi grassi, devi sapere che devi mangiare variato. Ma non quanti carboidrati devi mangiare al giorno, che i carboidrati fanno ingrassare. (Vicini, nutrizionista)

Alcuni cominciano a dubitare della stessa idea di *normare* l'alimentazione, avanzando addirittura il sospetto di una parentela occulta con l'ossessione. Di fatto è proprio questo che li allontana dalla prescrizione, a cui reagiscono insistendo continuamente sull'importanza della flessibilità, della tolleranza, dell'accondiscendenza, della "larghezza di vedute". Ecco cosa mi ha risposto un'operatrice con cui ho discusso sull'apparizione della "convivialità" nella nuovissima Piramide Alimentare:

Io penso che ci raccontiamo tante belle cose nel nostro settore, che poi però non vengono messe in pratica. Se c'è una cosa di anticonviale è proprio la piramide alimentare. Io capisco di essere anomala e che forse ho sbagliato mestiere (ride), ma a me sembra aberrante. Tu metti la convivialità nella piramide alimentare? Cioè, ce lo dobbiamo *dire* che l'alimentazione è una questione conviviale? Nasce tra madre e figlio! Però gli altri colleghi nutrizionisti non lo fanno, e allora la mettono nella piramide alimentare e normano anche questo. Che mi pare veramente una follia, perché se lo normi, esci dalla relazione. Tu sei il primo che deve creare una relazione in quanto sei il nutrizionista di *quel* paziente, e poi metti la relazione in uno schemino. Io lo trovo proprio micidiale. (Cazzella, dietista)

Di fronte al paziente, poi, c'è perfino chi ha il coraggio di avanzare una mozione contro la Verità, o la Salute, appunto perché non è la *sua*, che è ancora di là da venire.

Quindi appena arrivato [a Palazzo Francisci] e ho sentito parlare di queste cose [psicogenesi dei DCA], ho iniziato ad avvicinarmi anche alla scienza alimentare attraverso un'altra strada, non quella classica dei nutrienti e delle calorie. Cioè, se una c'ha paura del cibo, non è che le puoi dire che non è vero. Ci devi stare in quello che ti dice, devi fartene carico, almeno in parte. Quindi devi cercare di farglielo vivere magari in un altro modo, che quello che dice può essere in parte vero, ma ci sono anche altre risposte. Non puoi semplicemente dire "no non è vero". La risposta razionale non serve. Se ci stai, dalla parte del paziente, riesci a gestire la situazione un pochino meglio. Anche se questo è già il passo successivo, successivo, successivo. Nella professione che io faccio, nel percorso che faccio qui, non parlo quasi mai di cibo. Beh, tu dirai, fai il nutrizionista! Eh, sì, io faccio il nutrizionista. (Ciarrocchi, biologo nutrizionista)

La strategia veramente importante [con una paziente] è non farla sentire "malata", non farla sentire "strana". Quando mi dicono: "Volevo perdere peso", tu non le contraddici. Aderire al programma è dargli ragione. Non farle sentire matto. Se vedi le storie di ciascuna di loro, capisci che la ragione dell'apparire del sintomo c'è. Dire loro che le capisci. L'unica cosa che vincerà sempre. [...]

Quando a 13 anni ti dicevano che le caramelle fanno male ai denti, a te, te ne fregava qualcosa? Anche da adulti, ma specie da ragazzi, non c'è una proiezione così rispetto al futuro sulla salute. È talmente intangibile, così lontano. "Hai l'osteoporosi, ti romperai le ossa". Ma è talmente lontano! È proprio inconsistente metterle davanti ai rischi per la salute. Oltretutto, sono anoressica perché voglio morire, quindi che me ne frega? "Non

avrà una gravidanza”. Meglio! Non ho il ciclo? Anzi, meglio, non ho quella rottura. Sono cose inconsistenti parlare di salute con loro. Forse quello di cui può aver senso parlare è la compromissione giornaliera, non riuscire a studiare, ti cascano i capelli, questo, ma sulla salute... (Cazzella, dietista)

Ho condiviso con gli operatori i miei dubbi sulla metafora del “cibo come medicina”. Una breve comunicazione di Csordas udita in occasione di un convegno milanese (Csordas, 2015), partiva dalla distinzione tra i verbi “ingerire” e “mangiare”, portando come esempio proprio il caso del medicinale. Laddove il mangiare richiama quel processo di selezione, manipolazione e cottura che ammantava il cibo di uno spessore simbolico e di una dimensione estetica di pura sollecitazione sensoriale, il farmaco, anche secondo il linguaggio comune, si “prende” o si “assume”, non certo si “mangia”. Il riferimento a Ippocrate, invece, nominato con frequenza dall’endocrinologa di Palazzo Francisci in quanto tra i primi sostenitori del “cibo *come* farmaco”, mi sembrava autorevole, ma molto lontano dalle pazienti. L’equazione mi pareva non tanto semplificatoria, quanto artificiosa e illusoria. Di nuovo, il “razionale scientifico” della metafora mi sembrava calzante più per gli operatori che per i pazienti.

Per me la metafora del cibo come medicina rientra in un processo di riabilitazione, in questo senso è “terapeutica”. Tutto ciò che fanno qui, compreso il nutrirsi, è una terapia. La terapia nutrizionale non è semplicemente l’assistenza al pasto. (Carnazza, nutrizionista)

Per la verità, alcune ospiti mi dicevano di ritenerla utile, proprio perché le aiutava a *non pensare*. Notoriamente la medicina è “amara”, si ingolla d’un botto con una smorfia di disgusto. Purtroppo per loro, la tempistica dell’assunzione era un supplizio aggiuntivo. Altre, invece, respingevano l’immagine con risolutezza, vivendola addirittura come una presa in giro. “Non mi piace l’espressione terapia nutrizionale. Dentro di me, ho continuato a chiamarla pranzo e cena”. Evidentemente “dentro di loro” così come accadono delle prescrizioni occulte, resta anche qualche cosa di “normale”.

La maggioranza degli operatori concorda sulla funzione *pragmatica* e *strumentale* della metafora. Serve per far mangiare, soprattutto quando le pazienti sono all’inizio del percorso e l’ossessione è tenace.

L’intervento comunicativo nella terapia nutrizionale ha funzione di dividere il cibo dalla parte emotiva. Bion ha parlato della funzione metabolica dello psichismo, dove gli elementi emotivi e quelli nutrizionali sono commisti. Chiamare il cibo “medicina” può quasi oggettivare il nutrimento cercando, per quanto possibile, di separarlo dagli aspetti emotivi, che vanno trattati altrove. Il cibo e il pranzo sono un momento tempestoso. Ricordo un paziente schizofrenico che venne ricoverato [al CSM di Perugia] durante il pranzo di Natale. Il DCA, secondo me, è molto più diffuso di quanto conosciamo. E’ un intervento che scinde, separa i vari elementi. E’ importante tenerlo a mente, perché i pazienti fanno confusione (sono piena ecc...). Stare nella soglia dell’emotività non è favorevole per la terapia. (Bravetti, psicoterapeuta)

In base alla mia esperienza penso sia molto utile ai pazienti perché permette loro di uscire dalla dimensione del *voglio*. Laddove loro vogliono curarsi, non sempre sono pronti a fare la terapia nutrizionale, soprattutto nella fase iniziale del disturbo (la cosiddetta “luna di mele”). Magari vorrebbero migliorare sul piano della relazione e si accorgono che il sintomo la danneggia, ma non sono ancora pronti a curarsi sul piano alimentare. Allora, parlare di cibo come medicina permette loro di entrare nella dimensione del *devo* piuttosto che del *voglio*. Perché laddove pensassero di volere, in quella fase iniziale, in loro si attiverebbero incredibili sensi di colpa. Quindi inizialmente loro *non vogliono* mangiare, *devono*. Successivamente, quando sperimentano tutta una serie di miglioramenti sul piano personale e della relazione, allora possono ritornare a considerare il cibo come qualcosa che desiderano, che vogliono per sé, e non che devono ingerire come se fosse una medicina. (Paradiso, psicologa)

Nel proseguo del trattamento, tuttavia, la metafora perde buona parte della sua importanza e allora emerge la sua *intrinseca* problematicità.

Funziona nel momento in cui c'è un grosso disagio e difficoltà. Allora la paziente viene qui e quello che fa è di affidare completamente la cura di se stessa. Poi, però, io mi sono sempre chiesta – questa è una riflessione mia – il fatto di dire il cibo è una medicina va bene il primo periodo. Però io le medicine le prendo quando sto male, se non sto più male non le prendo. Potrei essere cacciata (ride) non lo far sentire a nessuno, però questo è quello che penso! (Ottaviani, psicoterapeuta)

Loro spesso mangiano meccanicamente, quindi combattono con tutte le loro ossessioni, senza ascoltarle. Quello è il primo momento, perché per loro “mangio = ingrasso”. Quindi, invece, mangio perché ho bisogno di energia, mi serve, devo ricostruire il corpo. Poi perché qualcosa mi piace. Perché si deve poi pure togliere il passaggio del mangio perché mi serve, perché noi mica ci mangiamo così. (Vicini, nutrizionista)

Io non la uso. Io non l'ho mai, mai, mai, usata. Capisco quale possa essere la sua dignità. Su alcune pazienti è fondamentale. Non mi sono mai capitate, evidentemente, la userei con quelle gravissime, proprio compromesse sul piano psi. Per farci qualcosa devi per forza rialimentarle. Davanti al piatto hanno crisi fortissime. Allora devi farle entrare nell'ottica di idee che questo piatto è privo di ogni aspetto emotivo, non ti fa pensare alla mamma, a quando ti sentivi grassa, è come la compressa che devi prendere se il dottore te la dà. Però devono essere particolarmente compromesse, perché queste pazienti non so' sceme. Se sono così debilitate che non si rendono in piedi, allora lì si bevono anche la questione che il cibo è medicina. Ma perché proprio non si reggono in piedi, non c'è un criticismo, non c'è più. Allora glielo puoi dire. Ma se lo dico a una delle pazienti che sono ricoverate adesso, mi direbbe: “Ma che stai a di', questo c'ha 300 calorie!” (Cazzella, dietista).

A partire dai pro e contro della metafora, che tanto serve, quanto “fino a un certo punto”, nelle considerazioni di alcuni operatori emerge un aspetto ancora più radicale:

Il cibo come medicina può andar bene nel momento in cui i pazienti si trovano in un momento di urgenza importante. Però, se penso a un farmaco, penso a qualcosa che prendo finché sto male. Quando sto bene non ne ho più bisogno. Mancava quindi qui dentro, e invece è avvenuto col Nido, che le pazienti uscissero con una modalità di alimentarsi meccanica, che però non lasciava libertà. Il fatto di pesare, sapere cosa devi mangiare, va bene all'inizio, perché loro nel controllo sanno cosa devono fare, si sentono contenute e si tranquillizzano. Nel passaggio, però, da una situazione di contenimento estremo, a una maggiore libertà a casa, quello che notavo era questo blocco per cui dovevano usare sempre la bilancia. Per me non funzionava, rimanevano comunque ossessionate dal peso, dalla bilancia, dal controllo. Bisognava insegnare loro che l'alimentazione meccanica è un passaggio, che quello successivo il pesare con gli occhi, sapersi regolare col piatto. Lo dicevo alla dottoressa, prima che aprisse il Nido, è necessario un passaggio tra l'uscita e la residenza, in cui loro si sperimentino in un modo diverso. Era un'idea condivisa da più persone. Per questo è stato fatto il Nido, dove non c'è più il menù A, B ecc., ma vado lì e mi regolo a mestoli, o mi regolo a occhio, perché questo è quello che facciamo nella vita quotidiana. Perciò non sentirai mai dire da me che il cibo è una medicina. (Ottaviani, psicoterapeuta)

Questa è una critica che faccio alla struttura, non a questa, ma a come sono organizzate le residenze. Loro escono da qui che hanno un altro programma alimentare. Quindi, io ho solo sostituito le loro regole alimentari da anoressiche con delle regole più sane, che però sono regole. E questo è un mio rammarico. (Cazzella, dietista)

Queste ultime dichiarazioni appartengono, rispettivamente, a un'operatrice dell'area “psi” e a una “dietista”. Entrambe segnalano una difficoltà importante ascrivendola, più che al loro lavoro, al modello terapeutico. Se le pazienti escono dal ricovero residenziale con un *programma* alimentare, non sono più anoressiche ma non sono ancora “libere”. Proprio per ovviare tale difficoltà, segnalata coralmemente (e non a caso) da alcuni operatori ma soprattutto dai *familiari* impegnati nella faticosa gestione del “ritorno a casa”, è stato istituito nel 2012, Il Nido delle Rondini. Possono accedervi, come si è detto, persone che a propri non necessitano di un ricovero residenziale ma non sono nemmeno in grado di curarsi in ambulatorio. Resta il fatto che la possibilità di proseguire il trattamento in un centro dislocato nella medesima città, tenuto conto della situazione dei servizi, rappresenta una liberazione non solo per le giovani pazienti che si auspica possano “spiccare il volo” ma anche per i loro genitori.

Le differenze importanti rispetto alla gestione del pasto (sporzionatura autonoma vs. vaschette già pronte; introduzione della pesata a mestolo o a pugno/palmo vs. ignoranza sulle grammature; scelta fra due tipi di alimenti per portata vs. assunzione di un menù uguale per tutti) sono funzionali a implementare l'*empowerment* del paziente. Il discorso sul cibo entra nella carne del soggetto in modo sempre più esplicito. Non è più necessario coprirsi le spalle con l'alimentazione meccanica, né esercitare quell'atteggiamento cautelativo che faceva dire al nutrizionista di prima "nei colloqui [al Francisci] non parlo quasi mai di cibo". Lasciando da parte il paziente, e guardando le cose da un punto di vista squisitamente professionale, è un altro passo verso la comprensione della *complessità* della situazione.

Nel diventare lo "psicologo delle cose alimentari", quanto più, cioè, il dietista/nutrizionista sospinge la propria pratica al di là del raziocinio e della "pura" competenza che gli è propria, più si avvicina al cuore della questione, a una domanda che l'iter universitario ha escluso a priori nella misura in cui ha già risposto: che cos'è il cibo? La risposta resta ambigua, cioè cambia a seconda della prospettiva da cui lo si guarda: è il cibo-fatticità, ma anche il cibo come "corpo" della storia del soggetto. E' questo spessore aggiuntivo che instrada la cura in una direzione *transdisciplinare*. Il problema è come possa il dietista arrivare a capire quando la sua funzione è arrivata al limite oltre il quale non è necessario andare e sarebbe pericoloso farlo. Su questo punto il confronto col partner psicologo (quello vero) è fondamentale.

Eppure la domanda resta ed è più generale. Come si è detto, esula dalla specializzazione degli operatori e punta al modello terapeutico: *come si fa a staccare la relazione clinica dal cibo*. A prescindere dal riconoscimento di significato e funzione psichica del disturbo alimentare, il trattamento dà ampio spazio all'intervento sintomatico. La terapia nutrizionale, le sperimentazioni al di fuori della struttura, i gruppi e lo stesso "training di familiarizzazione col cibo" investono il nutrirsi, il cibo, il pasto, di una domanda diretta. A tutti i livelli: cognitivo, informativo, sensitivo, simbolico, relazionale, fantasmatico, emotivo. I nutrizionisti, com'è forse ovvio che sia, "ci prendono gusto", *anche a trattare coi simboli*.

Proprio al Nido delle Rondini ho assistito ad alcuni "laboratori sensoriali" (Bianchini, Dalla Ragione, De Santis, pp. 84-87) in cui l'operatrice ingaggiava i pazienti in raffinate sessioni di riscoperta guidata della propria biografia alimentare. Si partiva da una stimolazione sensoriale (olfattiva, visiva, tattile, gustativa, sonora), allo scopo di evocare un ricordo, un'emozione, un episodio di vita vissuta, annotato e poi condiviso pubblicamente. In occasione di reazioni di rifiuto o di ritiro sensoriale - "Non voglio mangiare il cioccolato e neanche mi piace più di tanto" - seguiva l'immane domanda: "Perché? Ti richiama qualche pensiero sul corpo o sul peso"? Spesso la risposta era affermativa, ed era seguita da un resoconto puntuale sul perché e il percome. Altre pazienti coglievano l'occasione per inserirsi nel discorso, e pure io mi ci sono messa come osservatrice-partecipante.

Sperimentare il cibo in un modo più intimo e personalizzato aiuta il paziente a riprendere confidenza con un oggetto altrimenti persecutorio, ad avvicinarsi e quindi separarsi da qualcosa che diversamente teme e brama senza soluzione di continuità. E' la finalità manifesta dell'esperimento. Tuttavia, l'effetto collaterale di questa enfasi sul cibo-vissuto è l'insinuazione che la causa del problema sia proprio *quella*, cioè il cioccolato, i piselli, il biscotto. La *passione* per il cibo che il dietista, divenuto "psicodietista" per motivi professionali, ha sviluppato nel trattamento dei DCA, potrebbe prendergli la mano. Il rischio è di cadere in una sorta di "interpretativismo alimentare" a suo modo corrispettivo al palleggio psicoanalitico da simbolo a simbolo, attorniano elegantemente il problema senza centrarlo.

A prescindere dai limiti di una certa pratica analitica della parola (Cap. II, 5), la questione può esser posta in questi termini: quanto più a lungo il cibo è investito di una domanda diretta, quanto più sarà difficile distaccarsene. A un certo punto la figura deve ritornare sfondo. Tutto il lavoro che si fa sul cibo, però, non agevola un pensiero fisso a ritornare semplicemente un pensiero. Tantomeno a diventare un *non* pensiero, se è vero che mangiare

“normalmente” vuol dire mangiare “senza pensarci”. Tenuto conto dei tempi “cronici”, sia della malattia sia della cura, c’è il rischio di investire una gran parte della vita di una persona in questa dimensione che, dopotutto, dovrebbe essere transitiva, non intransitiva. Il cibo, il corpo, dovrebbero servire per passare ad altro. Altrimenti, ciò che ha nutrito l’esperienza di malattia finisce anche per trattenere nel processo di normalizzazione. Una normalità cronica. Così come il corpo biologico è capace di uno straordinario adattamento alla patologia, potrebbe anche assestarsi psicologicamente sul sentirsi in cura. Ma una volta divenuto il nutrizionista di se stesso, sarà davvero guarito?

4. Lo psicologo ibrido

Ragionando con una psicologa sui punti di forza e di debolezza di Palazzo Francisci, mi è stato risposto che “probabilmente” hanno entrambi a che fare con la multidisciplinarietà. Da un lato, il modello garantisce una presa su tutti gli aspetti aggrediti dalla patologia, e il confronto con gli altri professionisti alleggerisce il carico di responsabilità del singolo operatore. “Lavorare singolarmente con questi pazienti è mostruoso e pesantissimo”, mi spiegava un altro psicoterapeuta. La relazione coi colleghi, all’opposto, aiuta “a non sentirsi soli nella valutazione di un caso e nell’esplorazione di una storia”. Da un altro lato, c’è la supposizione di un contraccolpo : “Tutti siamo chiamati a fare molto e a sapere tutto o quasi, per cui spesso ognuno di noi si sente chiamato a ricoprire più ruoli”. (Paradiso, psicologa)

Incrociando l’organigramma di Palazzo Francisci con le mansioni effettive assegnate ai singoli operatori, si può notare che, tranne pochissime eccezioni, i professionisti impiegati nella struttura svolgono tutti una molteplicità di compiti. La coordinatrice del centro, per esempio, divenuta tale pochi giorni prima della mia intervista, di fatto è assunta come educatrice. Contemporaneamente, è anche segretaria dell’Associazione di volontariato e tra i referenti principali delle attività per i familiari. Una nutrizionista ha iniziato come assistente personale della Direttrice Responsabile, poi come ricercatrice, e attualmente è inserita attraverso il servizio del Numero Verde. Un’altra educatrice, che è anche consulente filosofica, si occupa dell’inserimento scolastico delle pazienti. Molti operatori sono coinvolti nei progetti di formazione e supervisione che Palazzo Francisci svolge per altri centri presenti sul territorio. C’è poi la costruzione e promozione della neonata Società Scientifica (SIRIDAP), che assorbe molte energie alle due operatrici che se ne occupano, una delle quali è anche dietista ed educatrice. Ogni professionista è come un “nodo” da cui si dipanano fili molteplici, in una trama complessiva tanto fitta quanto faticosa da non ingarbugliare.

La mole di lavoro e il carico multiplo di responsabilità è difficilmente contenibile in un “ruolo”. Soprattutto quello specifico per cui l’operatore è stato assunto e per il quale viene conseguentemente retribuito. In effetti è proprio vero che Palazzo Francisci si fonda sulla passione. Stiamo parlando di un servizio pubblico. Tale condizione è uno dei tanti “vincoli” che la Direzione si adopera affinché divengano “possibilità”. A professionisti giovani e motivati si offre l’opportunità di fare un’esperienza impegnativa ma altamente formativa, che a sua volta garantisce il costante aggiornamento del modello con proposte innovative. La combinazione tra le assunzioni ASL e quelle della Cooperativa Sociale (POLIS), insieme ad altri canali occasionali (come il Numero Verde) consente una relativa libertà di manovra rispetto alla scelta dei collaboratori. E’ un incastro che ha permesso alla struttura di sopravvivere e nel corso degli anni l’ha portata dov’è, vale a dire al riconoscimento indiscusso. Più di una persona ha commentato con ammirata stupefazione l’intraprendenza, lungimiranza e relativa incoscienza con cui l’ideatrice del centro ha preso tante decisioni, quasi che il suo motto, bizzarro e fruttuoso, fosse: “prima facciamo, poi troveremo le risorse”. Funziona così da parecchi anni, anche se il prezzo da pagare si alza. Nel passaggio dal passato al presente,

l'équipe ha subito molti cambiamenti, tutti all'insegna di un incremento: nel numero dei pazienti, degli operatori, degli impegni istituzionali, delle aspettative.

L'educatore, il cui compito principale è quello di favorire l'alleanza tra il paziente e il percorso terapeutico nel suo complesso, rappresenta, per riprendere la celebre immagine winnicottiana, una figura "transizionale". Facilita l'inserimento nel centro e il distacco dalla famiglia (molte pazienti sono piccole), modula la relazione tra il singolo e il gruppo, per tutto il tempo del ricovero fa di tutto per garantire la tenuta della presenza. Il suo intervento non è specifico quanto quello dello psicologo e del nutrizionista, ma genericamente "contenitivo". E' la figura più vicina al paziente, quella che lo conosce meglio dal punto di vista personale, offrendogli un sostegno costante, di giorno e di notte. In tal senso, è una miniera di informazioni per le figure propriamente terapeutiche dell'équipe. Incarna in modo flessibile una sorta di limite, quello che i pazienti non hanno. L'estremismo verso cui le dinamiche della relazione sono sospinte, dalla fusionalità al distacco, dall'adorazione all'ostilità, dalla compiacenza alla trasgressione, dall'atteggiamento superiore all'abbandono infantile, richiede una grande fermezza. Un esercizio supplementare data l'oscillazione permanente dell'altro. Momento cruciale diventa per l'educatore l'assistenza al pasto, ove l'impatto col sintomo è netto e frontale:

La terapia nutrizionale diventa il perno. E questo è proprio difficile come operatore, perché ti devi sempre modulare tra rigidità e flessibilità. Devi usare tutti e due gli aspetti. E' questa la cosa difficile, fare acquisire la via di mezzo. Non puoi togliere del tutto ciò che è vitale, però devi dartela nel modo giusto. E' questa la difficoltà con cui un educatore si deve confrontare, anche come persona. La filosofia questi strumenti li ha affinati. Primo strumento: l'ascolto attivo. Anche perché le ragazze qua sono molto sensibili e acute e brillanti. La capacità di entrare in relazione, di avere autorevolezza. Perché devi dare sicurezza, devono sentirsi protette. (Falconi, educatrice)

Numerose, per l'educatore, sono le mansioni pratiche e gestionali, tra cui la gestione accurata e puntuale dei pasti, dalla rigenerazione delle vivande alla disposizione dei posti a tavola, dal rigoverno della sala, al lavaggio delle stoviglie. Solo la mattina presto possono contare sull'aiuto di una OSS, che lavora part-time ed è impiegata contemporaneamente in semiresidenza.

Su 10 educatori presenti in struttura, 6 svolgono anche consulenze in campo psicologico e nutrizionale. Tutti sono assunti dalla Cooperativa Sociale, la quale, non avendo facoltà di impiegare degli specialisti, li remunera unicamente come educatori. Ciò significa che più della maggioranza degli educatori svolge un vero e proprio "doppio ruolo" essendo pagato per svolgerne uno. E' una situazione ibrida, che a prescindere dalla questione economica, crea una situazione di non facile gestione dal punto di vista professionale. La capacità, propria dell'educatore, di bilanciare prossimità e distacco, calore e fermezza nel rapporto *personale* col paziente, viene rimbalzata, e in qualche modo reduplicata, sul piano della relazione *clinica*. Una questione non da poco, riassumibile nelle opposte strategie dell' "attacco/tutela" del sintomo. Tale sfida è relativamente più semplice per l'educatore/dietista, che anche sul piano nutrizionale lavora più direttamente *contro* le difese sintomatiche. Nessuno, però, gli ha insegnato, come si è visto, a gestire una relazione, né sul piano "psicologico", né tantomeno su quello psicopatologico. Il compito non è facile:

Per le dietiste credo sia differente. Siamo figure terapeutiche, ma non vincolate alla deontologia professionale di uno psicologo, che oltre al sintomo accoglie anche la persona. Noi, per formazione, attacchiamo molto il sintomo anche nei colloqui individuali, non solo ai pasti. Questo non mi ha causato problemi. Quello che mi ha messo più in difficoltà all'inizio, poi ci sono riuscita, anche se molte sono più brave di me, è considerare la giusta distanza coi pazienti. Come educatore ti trovi a gestire la paziente in tutto e per tutto, dalle esigenze primarie al sostegno psicologico. Come dietista ti trovi a essere più direttiva, anche prescrittiva, e quindi vedi questa ambivalenza. Questo per me è stato difficilissimo, veramente difficilissimo: capire la giusta distanza nella relazione, come farmi rispettare come dietista ed essere invece più flessibile come operatore. Proprio l'aspetto

relazionale è stato difficile Capire quale distanza dovessi tenere. E' difficile, a maggior ragione per questo tipo di pazienti, confondere il sintomo alimentare con la relazione, perché poi di questo stiamo parlando. Lo trovo confusivo anche per loro. Comunque, per me, il fascino di questa struttura è la relazione stretta col paziente. Per me è stato molto difficile imparare a gestirla, soprattutto il primo anno, anche perché nessuno mi aveva formato su questo. (Cazzella, dietista)

Su quest'ultimo aspetto, una volta ho domandato alla dottoressa Dalla Ragione se a suo avviso anche per un operatore del settore "bio", a maggior ragione per un nutrizionista, sarebbe stato utile un percorso psicoterapico personale. "Penso di sì, mi sembrerebbe anzi coerente. Perché in effetti fanno un lavoro psiconutrizionale, di riabilitazione psiconutrizionale e perché loro impattano la tossicità dei pazienti nella loro parte più pesante".

La maggiore difficoltà nella gestione di un ruolo ibrido spetta tuttavia allo psicoterapeuta, la cui presenza in struttura si fonda sull'attitudine a comprendere il *sensu* che la pseudo-soluzione sintomatica rappresenta per il soggetto. Nessuno degli psicologi, giova ricordarlo, è specializzato nell'orientamento cognitivo-comportamentale. L'aspetto più interessante è che i professionisti, pur riconoscendo la difficoltà del compito, considerano la doppiezza e potenziale conflittualità del loro ruolo, non solo come un rischio, ma anche una sfida, se non una risorsa. Una contingenza oggettiva, attinente alla "politica" delle assunzioni e indubbiamente difettosa sul piano economico – "uno inizia così, pensa che forse poi cambia, e invece il cambiamento non c'è" – si trasforma in un vantaggio impersonale a carico del modello terapeutico. Un altro "vincolo" acquisito per formazione professionale, ossia la capacità di stringere un'alleanza terapeutica inscritta in un preciso codice deontologico, viene sospinto ai limiti delle sue possibilità, diventando l'occasione di una pratica *transdisciplinare*.

[...] nel mio caso non è sempre facile, laddove come terapeuta *accolgo* il sintomo, come educatore andare poi a *controllare* quel paziente nell'assistenza al pasto. Il rischio può essere quello di perdere l'alleanza terapeutica. Però ho imparato a vedere anche questo come un punto di forza, nel senso che è una parte importante del percorso terapeutico, e quindi un risorsa dovermene occupare io e non delegarlo a qualcun altro. In altre strutture i due ruoli sono ben distinti. Quando incontri una persona nel colloquio psicologico tu accogli le sue parti fragili, accogli i suoi tempi, ti devi sintonizzare sui suoi tempi. Sul piano psicologico sei tu, il terapeuta, che ti adatti ai tempi del paziente. Sul piano nutrizionale, come è giusto che sia, accade esattamente il contrario: è il paziente che deve adattarsi ai tempi della terapia. La terapia va consumata in un tempo che è quello e deve essere quello, *da subito* bisogna non mettere in atto dei comportamenti disfunzionali, fare le cose in un certo modo. Per cui c'è questa ambivalenza tra l'accoglimento del sintomo, nel colloquio psicologico, e il controllo del sintomo, la necessità di bloccarlo nell'ambito educativo-nutrizionale. (Paradiso, psicologa)

La difficoltà di gestire il doppio ruolo di psicologo e di educatore, questa è la cosa più difficile. Spesso accade che ci siano degli "scontri", la paziente non vuole finire, c'è troppo olio... Ritrovati a parlare con quella stessa paziente in colloquio, non è una cosa buona. Però, spesso, le pazienti riescono ad affidarsi al terapeuta, ad affidarsi di più, con questo doppio ruolo. Quando a terapia nutrizionale dici "Guarda, sono i tuoi occhi? Non c'è più olio che negli altri piatti", poi loro si fidano di più. È comunque difficile e bisogna essere molto centrati. Ripeto, è più faticoso, però è vero che così conosci più sfaccettature del paziente. Non puoi dirmi "va tutto bene" perché io a tavola ti vedo come sei. Quindi quel tipo di maschera non lo puoi mettere, anche se magari non lo mettono comunque. E' molto più difficile per noi la gestione. Bisogna essere molto più autorevoli. Bisogna comunque mantenere un distacco che non è una distanza emotiva, però è quello che ti serve a far sì che poi, quando si va di sotto e mi vedi al colloquio, tu non mi vedi come il tuo educatore, ma come la tua psicoterapeuta, sia che ti porto il latte o meno. Il lavoro che io faccio qui è questo: avere l'autorevolezza per cui tu a tavola mi vedi in quel modo, altrimenti si crea una confusione nel doppio ruolo e invece non deve assolutamente succedere. (Ottaviani, psicoterapeuta)

Sul piano *pratico*, invece, la moltiplicazione delle incombenze resta inequivocabilmente deleteria, sovraccaricando gli operatori di cose da fare con un doppio dispendio energetico, sia psichico che fisico. La pausa in cucina resta spesso un miraggio e il "luogo" ove più spesso li ho visti stazionare è proprio il *transito*: da una mansione all'altra, da un piano all'altro, dal

paziente al gruppo, dalla calma richiesta in un colloquio alla frenesia nell'apparecchiare in tempo la tavola. Qualche volta ho assunto io stessa, e ben volentieri, il doppio ruolo di "antropologa tuttofare", secondo l'appellativo della dottoressa Dalla Ragione.

La domanda su *se* e *come* modificare queste condizioni resta aperta. Una cosa è certa: "noi la situazione ce la siamo trovata così". Da altre parti funziona diversamente, cioè come dovrebbe allorché vi siano le risorse per un organico più completo. Se la condizione istituzionale del setting si presta di per sé ad accorciare le distanze tra operatori e pazienti, a Palazzo Francisci si potrebbe parlare di una vera e propria "intimità". Alcuni ipotizzano che sia questo il segreto del suo successo, la ragione misteriosa del "miracolo".

La struttura, infatti, *funziona*. Soprattutto, ha saputo costruire e mantenere un'aspettativa di funzionamento, una nomea che la precede indipendentemente dalla reale efficacia caso per caso. Di dimissioni anticipate, ingressi-regressi, pazienti mandate altrove e poi ripiegate su un secondo ricovero, veri e propri fallimenti, ne ho visti. Chiaramente il mio sguardo era condizionato dalla conoscenza superficiale dei complessi meccanismi che portano a buon fine un percorso terapeutico. Non lo nascondo, ci sono state "perdite" che ho vissuto con un senso di lutto, impotenza e rabbia. Tante volte, per esempio, mi sono interrogata sul destino dei pazienti più piccoli che, una volta dimessi, sarebbero rientrati per forza di cose in contesti tutt'altro che pronti ad accoglierli. Erano predestinati? Una volta di più mi sono resa conto dell'importanza di coinvolgere i familiari nel trattamento. Ho voluto condividere il mio disagio con gli operatori, anche per semplice sfogo, cercando in loro una motivazione che mi confortasse.

Non la penso tanto diversamente da te. C'è da dire qui noi lavoriamo tre mesi. Non possiamo fare una terapia familiare vera e propria, più che altro offriamo una terapia di sostegno. A volte i genitori non partecipano perché non riescono a mettere in crisi il loro sistema. Quando i pazienti vengono riaffidati su territorio sarebbe importante un lavoro sulla famiglia. Ma se la famiglia per prima non è disposta a mettersi sulla strada del cambiamento... E poi a volte mancano i servizi. Comunque, quello che di ci tu è vero. Se la famiglia non cambia... Per quelli molto piccoli noi insistiamo tanto sulla partecipazione dei genitori il sabato mattina. Io ho visto tante, tante famiglie cambiare, e di conseguenza i figli mollavano la presa sul sintomo, che invece li protegge. Ne ho viste tante di famiglie così, ma anche tante restie a mettersi al lavoro. La malattia di un figlio, però, a quell'età, almeno ti interroga. Io le contatto, scrivo e già da quello ti rendi conto. Però, quando tu le inchiodi al fatto che la figlia sta facendo un percorso qui, almeno hanno visto il problema. Difficile che tutto resti esattamente com'è. [...]

Sì, la vedo come un unicum, è una struttura molto particolare, dove la passione delle persone, le persone che la doc ha scelto, il palazzo stesso contribuisce. Ma sono perplessa sul fatto che solo qui accada il miracolo, non è così. Se uno ha veramente desiderio di curarsi, può veramente aiutarti. Ma se non c'è una vera motivazione alla cura, allora diventa un posto come tanti altri. Ti affidano questi figli e pensano che tu chissà che ci fai. Bisogna spiegarli che conta la motivazione del paziente e della stessa famiglia. Ci teniamo alla relazione, all'affetto. Se sei motivato in effetti è vero che noi abbiamo una marcia in più. Altrimenti può venire anche Freud e non cambia nulla. [...]

Credo che non sempre è il momento giusto della cura. Non sono patologie come se ti rompi il ginocchio. Queste sono patologie esistenziali e non sempre le persone sono pronte alla cura. Questo va capito. Però, alle volte, sono entrate persone non motivate e qualcosa è scattato. E' l'importanza dell'offrire un'alternativa. (Ferri, coordinatrice di Palazzo Francisci)

Per genitori angosciati, i cui figli hanno spesso collezionato una serie di insuccessi terapeutici, sapere dell'esistenza di Palazzo Francisci, vedere una villa del Cinquecento immersa in un parco meraviglioso, percepire la familiarità dell'atmosfera, attiva senza troppi sforzi un meccanismo di idealizzazione e di parallela demonizzazione dell'esterno. Qualche volta anche tra il personale qualcuno indulge nel rinforzarli entrambi. Indipendentemente dal famoso "piano di realtà", tutto questo *serve*. Ai genitori per ritrovare la speranza, salvo accorgersi subito dopo, e con minore afflato, di doversi rimboccare le maniche. Agli operatori, per mantenere vivo il mito dell'origine, alla cui costruzione hanno eventualmente partecipato, passando il testimone a quelli più giovani scombussolati dalla faticosa prosaicità del quotidiano.

Le ragioni che sostengono la “cura miracolosa” sul piano immaginario si articolano con quelle legate alla particolare configurazione del setting di Palazzo Francisci. Per i neoassunti professionisti “psi” ciò poteva apparire come una sorta di “eresia professionale” o suggerire almeno una dubitazione:

All’inizio mi sembrava molto strano. Certo, come psicologa non ho altre esperienze lavorative, ci ho fatto pure il tirocinio, mi sono formata qua. Nell’altra comunità psichiatrica i colloqui neanche li facevano, non c’erano risorse nei pazienti per strutturare dei colloqui. Il modello che ho è l’analisi che faccio io. Da questo punto di vista sarebbe una follia il fatto che i pazienti, a parte i gruppi, ti vedono tutti i giorni, in tutte le salse, all’assistenza al pasto, a parlare con gli altri. Infatti, quello che accade qui è un unicum. Questo accade perché c’è una mancanza di risorse, per questo penso che il modello non sia replicabile. Potrebbe essere un limite, ma può anche diventare una risorsa. E secondo me *questo è il vero segreto del successo di questo posto*. Altrimenti sarebbe impossibile ottenere certi risultati in così pochi mesi. Questa è una patologia gravissima. Non è che gli psicologi da altre parti non sono bravi, anzi possono esserlo anche di più. Il fatto è che lo spazio di un colloquio a settimana non è niente. Il fatto di fare i gruppi, oltre ai colloqui clinici, all’inizio mi sembrava un’eresia. Sono abituata col mio analista, neanche gli stringo la mano, pensa che una volta l’ho incontrato sotto al suo portone e non mi ha manco fatto salire con lui. Al confronto, questo mi sembrava un mondo rotto. Ma, vista al contrario, a me serve tantissimo fare non solo i colloqui, ma il fatto di vedere le pazienti continuamente, vedere tutto quello che fanno, al di là del gruppo, anche in situazioni più informali. E’ tutto un vantaggio. Per quanto riguarda il rischio di confusioni verso cui giustamente analisti e psicoterapeuti si proteggono, sono limitate dal fatto che il setting qui è strutturato così e quindi ci sta. Esiste un contatto maggiore, una informalità e una familiarità maggiore, ci si dà tutti del tu, cosa che già a livello ambulatoriale non si fa – per dirti, io dai pazienti ambulatoriali non mi faccio chiamare Costanza. Il problema di questa confusione non c’è *perché qui funziona così*. (Pannacci, psicologa, conduttrice del gruppo teatro)

Faccio anche attività privata e un gruppo psicoanalitico con pazienti schizofrenici e disturbi di personalità gravi. Lavoro privatamente e lavoro in comunità. Quindi posso fare un confronto sui setting. Qui il setting è misto, sono psicologo ma anche educatore. Ci ho pensato a questa cosa. A parte il fatto che data l’efficacia del PF, questo setting funziona, posso dirti che con i pazienti schizofrenici gravi alcune volte è consigliato incontrarli al di fuori del setting per sottolineare l’aspetto affettivo, che poi, come ti dicevo, è il primo criterio trasversale per l’efficacia psicoterapeutica. Il setting qui è delineato nel colloquio individuale e nella supervisione nutrizionale. Il setting è istituzionale non è più quello privato. Il setting prescritto dall’istituzione è questo e loro stanno dentro questo setting allargato. La possibilità di andar fuori dal rapporto terapeutico permette una facilitazione affettiva che altrimenti non ci sarebbe. (Bravetti, psicoterapeuta)

E’ difficile stabilire quanto sia stata determinante, all’inizio, e quanto lo sia tuttora, nel configurare questa forma di setting – una sorta di unicum rispetto a strutture analoghe – una scelta di tipo clinico teorico e quanto, invece, una motivazione più prosaica legata all’economia. Le parole degli operatori appena riportate le contemplan entrambe. Sovviene alla mente la grande esperienza della dottoressa Dalla Ragione coi pazienti schizofrenici, la conoscenza diretta di metodiche alternative come, ad esempio, quella di Luc Ciompi in Svizzera. Il fattore della “facilitazione affettiva” gioca a favore di un percorso terapeutico breve, forse *troppo* breve per una “patologia gravissima”, per la quale, tra l’altro, il percorso psicoterapeutico viene solamente *avviato* (“un colloquio a settimana non è niente”). D’altra parte, il medesimo fattore viene a compensare, purtroppo per gli operatori, carenze di altro genere.

Questo tipo di strutturazione è tutta a favore dei pazienti, la relazione coi quali viene preservata dalla fatica supplementare che l’esercizio della funzione educativa comporta. Già molto faticosa di per sé, lo diventa ancora di più quando si articola con altri ruoli. E’ dal resto dell’équipe che i ruoli ibridi auspicerebbero un maggiore riconoscimento.

Una mattina di giugno ero seduta fuori dalla cucina a sistemare gli appunti. Erano già le 12.00, ma di operatori non c’era l’ombra. Siccome l’orario del pranzo si avvicinava, presi l’iniziativa di spegnere il “forno”, lottando, come di consueto, per staccare la spina e portare il faticoso carrello in sala da pranzo. All’improvviso irruppe un’operatrice, trafelata dalla consapevolezza del grande ritardo e, insieme, impossibilitata a liquidare un colloquio

particolarmente faticoso. L'accompagnai di tutta fretta in sala terapia e: sorpresa! C'erano gli gnocchi. A quel punto la sentii esclamare sconsolata: "Chi fa le ordinazioni dovrebbe anche assistere ai pasti".

Gli gnocchi sono un alimento decisamente sgradito alle pazienti. Immediatamente qualcuno lamentò la "sostituzione" delle patate – pur avendone già uno infilzato sulla forchetta. Entrò una dietista, la più anziana e prossima alla pensione. In modo spiccio e perentorio ingiunse: "Oggi ci sono gli gnocchi, questa è terapia". La frase sortì un certo effetto. Le ragazze iniziarono a mangiare, tutte tranne una, che rivendicava i suoi diritti contro il parmigiano. Intanto l'operatrice lasciò la sala, seguita da una battuta poco edificante. Malgrado venisse riconvocata, non tornò più. Purtroppo non potei assistere al proseguo, perché fui chiamata a mia volta per fare un'intervista che avevo programmato. Tornata in cucina, entrai nel vivo di una discussione che sembrava fatta apposta per me. C'erano la coordinatrice del centro, la presidentessa dell'Associazione di volontariato, la psicologa che aveva organizzato il pasto e un'operatrice a riposo che però continua a svolgere i gruppi di rilassamento corporeo. Il tema erano proprio le regole, chi le detta, chi le applica. Il discorso cadde sull'attuale difficoltà di farle rispettare in un gruppo terapeutico sempre più esteso, dove ci sono molte soggettività da mettere d'accordo. E' gravoso mantenere l'unità e compattezza di un tempo, quando i numeri erano ridotti. Succede che l'operatrice più rigorosa diventi subito "la cattiva". Un principio venne ribadito con forza: è difficile calare le regole dall'alto senza conoscere la situazione del singolo paziente. Solo chi l'ha ben presente, può valutare se possa essere rispettata. Venne menzionata una paziente gravemente ossessiva. Stare entro le cinque sostituzioni per lei era già un passo enorme: come pensare di "costringerla" nella regola del tre? In conclusione, tutti concordarono sul fatto che chi decide le regole dovrebbe anche assistere ai pasti.

La realtà dei fatti è ben diversa. C'è infatti una separazione, anche fisica, tra il "piano di sotto", dove staziona la parte amministrativa e clinica dell'équipe, e la residenza vera e propria, al secondo piano. Le regole verrebbero appunto "calate" dall'alto del piano di sotto. Ristabilire un equilibrio, o forse crearlo ex novo visto che un tempo si produceva spontaneamente, è fra gli obiettivi della neo eletta coordinatrice del centro, un'operatrice giovane ma che al Francisci ha fatto la gavetta e agli inizi ha affiancato la dottoressa Dalla Ragione come segretaria. Interessata da sempre all'aspetto manageriale e organizzativo, ricorda con particolare vivezza i primi anni, affermando di aver imparato tanto "dal suo modo anche bizzarro di affrontare la vita e le cose". Le sue idee sul coordinamento della struttura sono molto chiare:

Voglio costruire questo nuovo ruolo e metterci del mio, portare la mia esperienza. In particolare mi propongo di creare un maggiore collegamento tra la residenza e la parte organizzativa. Penso sia necessaria una maggiore interazione fra i due piani. So cosa significa stare con queste pazienti quotidianamente, quindi voglio che l'organizzazione del centro non sia sterile rispetto alle esigenze degli operatori e delle pazienti nella quotidianità [e aggiunge] "quella vera". Per esempio, ho notato, già in questi due giorni, che c'è poca comunicazione tra il sopra e il sotto. Qui [in residenza] si vivono delle dinamiche fra colleghi e coi pazienti che sotto sono assolutamente non viste e non vengono neppure immaginate. Sotto si vive una dimensione completamente diversa. Non basta la riunione di equipe del martedì. Servirebbe uno scambio più forte tra chi vive con le ragazze e i terapeuti di sotto. Ci vorrebbe comunicazione, nella residenza, tra il personale dell'amministrazione (medici, terapeuti) e gli educatori, anche perché solo chi vive a contatto coi pazienti, solo chi ci sta a contatto tutto il giorno può capire lo stress, i conflitti. Bisogna viverlo per capirlo. E' molto facile sovraccaricarsi e arrivare al *born out*. Io stessa ne ho fatto l'esperienza. Se la comunicazione col resto dell'équipe fosse stata diversa, se gli operatori fossero stati più ascoltati, tutto si sarebbe gestito meglio. (Ferri, educatrice e coordinatrice di Palazzo Francisci)

La differenza tra i due "piani" è proporzionale alla durata e prossimità della relazione tra professionista e paziente. Si va da un minimo di uno/due appuntamenti di massimo mezz'ora a settimana, alla presenza continuativa di sei ore, che diventano undici e mezzo nel caso del turno di notte. Il monte ore settimanale del medico internista e della seconda psichiatra è di

12 ore, mentre l'operatore medio ne svolge circa 38. E' soprattutto l'assistenza al pasto, vale a dire il momento più critico nella lotta contro il sintomo, la discriminante tra le due tipologie. Laddove il *dettare* le regole è commisurato a esigenze cliniche di carattere generale, farle *rispettare* è compito del singolo operatore, nella quotidianità "quella vera", ossia nella specificità del caso che ha di fronte.

Naturalmente sarebbe un errore pregiudicare il primo tipo di relazione come fredda e distaccata e la seconda come accogliente e informale. Non si tratta di questo. Il secondo psichiatra della struttura, per esempio, mi ha offerto l'opportunità di assistere alle sue visite. Sarà stato il bagaglio di esperienza, la maturità o l'aspetto particolarmente mansueto, non ho avuto, come spettatrice, la sensazione di malcelata superiorità che ho visto emanare da altri psicologi dei centri. Ogni relazione clinica è un'esperienza a sé stante ed è fatta dall'incontro di due persone. Sono molti i fattori che la trasformano in un "momento opportuno" sul piano terapeutico. Come ha osservato Rebecca Lester (2014), i pazienti DCA considerano anche i farmaci, e gli psicofarmaci in particolare, come "cibi". E' sempre roba da metter dentro. L'equazione cibo = medicina (= cibo) può reduplicarsi angosciosamente. Di fronte a una sostanza i cui potenziali effetti sono tanto ingestibili quanto quelli di una mozzarella, il rifiuto può essere drastico. Lester associa tale "resistenza" alla finalità autolesionistica del comportamento anoressico, che associa la cura a un regresso, se non a un vero e proprio "errore morale". Ho conosciuto una paziente che non voleva mettere la crema idratante sulle mani per paura che le "calorie" entrassero attraverso la pelle. All'opposto, sulla scia delle considerazioni di Nielsen (1998) giova richiamare la profonda valenza psicodinamica che la terapia farmacologica può assumere in un determinato momento del trattamento (Scoppetta, 2014). Se lo psicofarmaco viene ingerito è perché lo psichiatra, insieme alla pillola "somministra se stesso". Il "principio attivo" immanente alla relazione, insieme a quello oggettivo della molecola, viene accettato e trattenuto proprio perché mediato dalla parola. Una parola che nutre ma non fa ingrassare. Solleva il morale ma non aumenta di peso.

Una decisione generica, assunta in linea teorica e valida in tutti i casi, può essere *formulata* in maniera perentoria, ma nella pratica tale prerogativa è insufficiente, soprattutto qualora il fine ultimo della prescrizione non sia tanto l'esecuzione dell'ordine, quanto la presa di coscienza del suo significato. Sostenere che "bisogna pur mangiare", o viceversa offrire qualche cosa di *buono*, che non venga, cioè, materialmente o psicologicamente, rigettato alla prima occasione, sono due cose molto diverse. Ritorna la centralità del fattore temporale. *Accogliere* il sintomo significa rispettare i tempi di elaborazione del soggetto. *Combatterlo*, significa considerare prioritaria l'urgenza di una grave debilitazione organica. Si guarda il paziente negli occhi, oppure dall'altro di un'esigenza oggettiva. Nella singolarità di ogni relazione clinica, la sindrome da digiuno può non essere un'"evidenza". Lo sguardo si sfuoca, si pone ai margini di una sola visuale. Chiede di vedere oltre (*trans*).

In realtà, agli psicologi della struttura compete un ruolo non doppio, ma triplo. A prescindere, cioè, dal rapporto ibrido col paziente, svolgono una funzione importante per il modello terapeutico in quanto tale. Anche in questo caso lavorano "in difesa". Così come proteggono il sintomo per salvaguardare il soggetto, proteggono anche la cura dall'interventismo sintomatico. Garantiscono che il "prendersi cura" non scada nel semplice "curare". In sostanza, impediscono che l'avanzata del fronte clinico-nutrizionale irrompa troppo bruscamente nelle difese del paziente, scompaginandole per poi ricostruirle ancora più salde e impenetrabili. Ricordo le parole di una paziente: "il DCA è la cosa più perfetta e ingegnosa che ci sia al mondo. E' scoraggiante scoprire quanto sia perfetto. Lo tocchi in un punto e lui si rimodella intorno".

A parte le indicazioni delle Linee Guida, mi pare sia questa la finalità principale "sottintesa" (senza essere esplicitata) alla pratica della "terapia in coppia", ovvero il confronto costante e puntuale tra uno psicologo e un nutrizionista/dietista incaricati entrambi di seguire il

medesimo paziente. I due professionisti svolgono un lavoro parallelo. Effettuano, cioè, colloqui distinti, con obiettivi, modalità e ambiti di discussione diversi, che tuttavia devono convergere verso un fine comune. Possono capitare degli incontri di verifica a tre, ma generalmente la relazione è duale. Trovare una comunione nella distinzione è l'esercizio transdisciplinare per antonomasia. E' più intensivo e meno protetto rispetto all'occasione formale rappresentata dalla riunione di équipe. Ma indubbiamente rappresenta il perno materiale dell'intervento integrato. La Microequipe, sia di coppia che per ambito disciplinare (nutrizionale), la Riunione di équipe e la Supervisione si dispongono come cerchi concentrici di raggio sempre più ampio. Lo sguardo bifocale, inizialmente concentrato sul singolo caso, si solleva e si incrocia con la prospettiva dell'intero gruppo e, da lì, con quella degli altri gruppi di lavoro. Poi si ripiega nuovamente sul singolo professionista, là da dove era partito, solo più ricco.

La riunione di equipe serve perché serve il confronto tra i due terapeuti, ma ti serve anche l'occhio esterno di tutta l'equipe, soprattutto quando ti incastri e non ci capisci più niente. E ancora di più ti serve l'occhio esterno sull'equipe allargata [la supervisione]. Però l'interdisciplinarietà la vivi lì, nel rapporto col tuo collega, perché non puoi andare staccato. (Vicini, nutrizionista)

Credo che funzioniamo come quattro occhi che guardano lo stesso oggetto. Insieme abbiamo una visione di insieme più ampia e la rete di contenimento è più forte, permette al paziente di sostenere meglio l'impatto con l'istituzione e tutto quello che questo incontro fortunatamente provoca. [...] Personalmente mi sento arricchito da questi occhi collaboranti e paralleli. (Bravetti, psicoterapeuta)

L'attitudine e l'abitudine al lavoro di squadra non crea particolari conflitti all'interno della coppia terapeutica. Anzi, il confronto viene ricercato in tutti i modi, e con frequenza, altrimenti se ne sente la mancanza. Sono privilegiate le occasioni informali, e oggettivamente non esiste uno spazio/tempo deputato allo scopo. Trovarlo è cura e desiderio dei singoli: "Noi dopo il colloquio ci telefoniamo e ci raccontiamo. Oppure ci incontriamo qua [in palestra] o in cucina" (Vicini, nutrizionista). "Se non la vedo [l'altra operatrice] la chiamo, poi sono anche subentrati rapporti di amicizia" (Benfatti, nutrizionista).

Un eventuale attrito viene attribuito, più che alla difficoltà del caso clinico, alla rigidità del singolo professionista, "molto concentrato sul suo". Tra i vari approcci psicoterapici l'intesa e la reciproca curiosità sono quasi scontati, mentre "con altre professioni, scendere in un settore meno quantificabile e oggettivabile è più difficile" - si noti l'aggiunta - "per loro" (Mococchi, psicologa). L'allusione è agli operatori dell'area clinico-nutrizionale. Nei loro confronti, gli psicologi esercitano tacitamente (cioè informalmente e inconsapevolmente) quella stessa funzione di *holding* che rivolgono ai pazienti, allo scopo di formarli a un compito per il quale, è bene ribadirlo, questi ultimi non hanno ricevuto un imput specifico. Il nutrizionista apprende dal professionista "esperto nella relazione" *come si fa* a "dare da mangiare", mentre sul quanto, cosa e fino a quando il paziente lo farà, è perfettamente in grado di stabilirlo in autonomia. Lo psicologo non entra mai nel merito di questo ambito, quindi il problema del conflitto non si pone. Semmai, si sposta direttamente sulla microequipe della sola area nutrizionale.

Nell'esplicare tale funzione supportiva e formativa, lo psicologo non agisce alcun senso di superiorità. Anzi, è pronto e convinto nel riconoscere che "dalla microequipe con un nutrizionista ti può arrivare un *insight* a cui non arrivi da solo". La "terapia in coppia" è una pratica negoziale, il cui esito positivo è tutto a beneficio del paziente: "Il lavoro è molto difficile, quindi si cerca di trovare punto di incontro, perché il focus è sul paziente, non sugli operatori". Sembra una dichiarazione di principio, ma in realtà è una conclusione molto pragmatica.

Significativamente, la questione sostanziale per la coppia terapeutica è quella temporale, intrinsecamente legata alla *velocità* del percorso terapeutico. La logica che lo sostiene non è

meramente progressiva. Su questo punto l'integrazione degli interventi è molto delicata, richiedendo un oculato dosaggio di passi avanti, soste, accelerazioni, momenti di stallo, retrocessioni. Se il traguardo non è raggiunto *insieme*, non è raggiunto affatto:

Io cerco molto il confronto con l'area psicologica, perché penso che loro tengano il termometro della situazione. Ho chiesto, ad esempio, alla collega "psi" per il cambio di menù. Lei ha detto "sì, ma ancora non è pronta". Anche fuori di qui [dalla residenza] il confronto con la parte psicologica è per me fondamentale. Per esempio per decidere quanta attività fisica fare. Penso a un caso. C'era una paziente, era seguita anche da una psicologa e da una psichiatra. Abbiamo aspettato un mese. Aveva raggiunto certi obiettivi e allora le abbiamo permesso di fare attività due volte a settimana. Questo è un risultato dell'équipe, non tuo. E' chiaro poi che quando sei da solo è tutto più difficile perché sei tu e la paziente, e non tu e tutta la struttura dietro, che ti aiuta, ti consiglia e ti protegge. (Ciarrocchi, biologo nutrizionista)

Il linguaggio è unico. A volte, però, può capitare che la parte "psi" vada molto più piano di quella nutrizionale. Ad esempio, la paziente prende peso, quindi il corpo sta lavorando, ma mentalmente è ancora ferma, bloccata, spaventata, impaurita. Oppure perde peso e allora ci sarebbe la necessità di aumentare il menù, però la psicologa dice che non è pronta dal punto di vista psicologico. Quindi si crea una situazione in cui la dietista dice "bisogna cambiare menù perché così non va bene" e la psicologa dice "no, andiamo piano perché la paziente si scompensa". Questa è la situazione più comune che puoi trovare. Lì, si tratta di temporeggiare, di contrattare: "dammi ancora un'altra settimana", oppure "facciamo che l'abituato, parliamoci insieme, cerchiamo di farle capire l'importanza di questo passaggio". E' fondamentale che ci sia questo tipo di lavoro. Altrimenti la paziente si scompensa. Spesso succede che va bene dal punto di vista fisico, sta prendendo peso, ma psicologicamente resta indietro, e allora il nostro obiettivo è un po' quello di rincorrere la parte nutrizionale. Con le pazienti molto ossessive, inoltre, bisogna fare una contrattazione, dare dei limiti e costruire un piano insieme a loro. A volte la dietista vorrebbe fare tutto e subito e noi no, andiamo per gradi. Parlo della diagnosi differenziale [comorbidità psichiatrica importante]. Succede che ci sono persone che si scompensano tantissimo, allora lì bisogna andare veramente piano, altre che funzionano meglio. Il lavoro lo vedi giorno dopo giorno. L'importante è creare comunque un'armonia, altrimenti la paziente sente di stare su una barca e si chiede: "ma remiamo da una parte o dall'altra?". E' fondamentale che la paziente senta che esiste comunque un'idea comune da portare avanti, magari con tempi diversi. Quello che crea problemi, come quando erano in famiglia, sono le situazioni contraddittorie. Spesso la paziente va dalla psicologa chiedendo di non cambiare il menù. Lì è importante rimandarla dalla dietista, e lavorare con la psicologa sulla parte psicologica, altrimenti loro parlerebbero solo di cibo e di peso. (Ottaviani, psicoterapeuta)

La *confusione* di ruoli, compiti e ambiti è il rischio più alto, sia per i terapeuti che per il paziente. E' difficile stabilire con nettezza che cosa è "psicologico" e che cosa "nutrizionale" quando l'oggetto del colloquio è lo stesso: il cibo, il peso, il corpo. Il paziente, per la verità, parla il suo linguaggio. Sono i terapeuti che hanno imparato lingue diverse. Spetta a loro tradursi a vicenda. Per farlo, sono obbligati, almeno un po' a masticare la lingua dell'altro, al di là della propria. Anche questa è transdisciplinarietà. Per lo psicologo è relativamente più semplice avvertire quando il paziente sta andando fuori campo. Non appena il discorso si "fissa", è il momento di intimare l'alt e passare a questioni d'altro genere. Fa anche "comodo" rimandare la palla all'altro professionista:

La parte medica e nutrizionale è sicuramente necessaria, perché è una patologia che investe prepotentemente il corpo e crea delle complicanze che poi interferiscono col lavoro psicologico. All'inizio c'è poco altro da fare, se non procedere con una rialimentazione graduale, è una parte sostanziale. Trovo anche comodo il fatto che, avendo i pazienti un terapeuta di riferimento per l'area nutrizionale, tutti i discorsi che hanno a che fare con quella sfera, che comunque hanno una *componente psicologica fortissima*, possano farli a lui. (Pannacci, psicologa, teatro terapeuta)

Il punto è proprio questo: se i discorsi sul cibo, tutti, anche quelli apparentemente più neutrali "hanno una componente psicologica fortissima", come fa il nutrizionista a tenere separare le due cose? Lui stesso, a forza di confrontarsi con *questi* pazienti e con gli *altri* professionisti, dimostra di aver compreso così bene la funzione simbolica del nutrirsi da

servirsene anche nel privato. Le parole di una biologa nutrizionista illuminano con chiarezza questo nodo problematico:

La sfida che fai tutti i giorni è quella in residenza. Soprattutto all'inizio è difficile far capire loro che il cibo è solo una minima parte, che noi li supportiamo dal punto di vista nutrizionale ma a volte non serve parlare solo di nutrizione nei colloqui. Anche se poi, quando si entra troppo nel versante psicologico, fai un passo indietro...

Angela: E' molto difficile scindere le due cose?

Ilenia: Sì, da morire.

Infatti accade che qualcuno, a volte senza volerlo, talaltre più scientemente, tenda a esondare nel campo altrui. Forse soprattutto per questo la parte "psi" deve stare sulla difensiva. In questo caso si tratta di proteggere la natura *psicodinamica* del sintomo dalle sue "interpretazioni nutrizionali":

Mi dispiace, il cibo non c'entra niente e il carboidrato non c'entrano niente. Questo *serve*. Serve quando arrivano dall'ospedale, quando vengono qui e da due anni hanno mangiato solo verdura. Serve anche a livello organico, perché è vero, lungi da me mettere in dubbio questa cosa, che iniziano a ragionare meglio. Però *dopo un po'* entro il percorso residenziale, secondo me, la vera funzione del nutrizionista è comunque di *holding* ("dai, ce la puoi fare, va tutto bene"), non di specialista del corpo. Nel frattempo, ovviamente, i pazienti hanno già creato un legame, quella persona si presta a essere idealizzata come onnisciente su quella tematica, per cui quella cosa, se è detta da lui, non è come se la dicessi io, è presa come verità scientifica, e accettata per buona anche nella difficoltà. Punto. E' ottima, questa, eh, come cosa, però questo è. E' inutile stare a discutere quanto gradualmente debbano rialimentarsi, i cambi di menù, eccetera. E' un fatto semplicemente legato alla relazione. Quello che è curativo qua dentro è che il paziente abbia la possibilità, in poco tempo, di costruire qui dentro delle relazioni significative con più figure e su tanti piani. Questa è la realtà. Quindi il nutrizionista è lo psicologo delle cose alimentari, è il *counselor* delle cose alimentari. Punto. Dopodiché, fuori dalla residenza, è utile perché continua ad avere questa funzione di contenimento, a creare degli argini rispetto all'angoscia del fuori. Ma stare a insistere su "qual è il significato di questo alimento per te", "a che ricordo lo associ", "come mai proprio questo significato", secondo me non serve, e avalla un pochino la lamentela, o un tipo di ideazione che lascia fuori altre cose più sostanziali e importanti. Queste storie tipo "è la voce della malattia", "è la voce mia eccetera", servono nell'urgenza. Credere o far credere che siano reali, boh, uno dentro il percorso dovrebbe riuscire a dire "non ho mangiato perché è successo questo, e quindi quando succede così mi si chiude lo stomaco". Non a dire "sono i piselli o il pesce". (Pannacci, psicologa, teatro terapeuta)

Queste ultime dichiarazioni sono essenziali. A partire dalla convinzione che "il problema non è mai, mai, mai, il cibo", si può considerare la complessità della funzione del dietista. All'inizio è uno "specialista del corpo" e la sua funzione, pienamente integrata nell'area medica dell'équipe, è quella di garantire "la miglior condizione biologica possibile e la prevenzione delle complicanze (Ballardini, Schumann, 2011). Il suo obiettivo è quello di favorire la *compliance* del paziente al trattamento, ossia l'adesione alla riabilitazione nutrizionale. La peculiarità della relazione clinica coi DCA, tuttavia, esorbita di gran lunga dalle competenze di un *tecnico*, forse sufficienti in altri casi, con altre tipologie di pazienti, e a ben vedere, come si è visto, neppure in quelli. Non basta che il medico rediga un piano clinico-teorico e il dietista/nutrizionista esegua le direttive. Tra la teoria e la pratica si impone, coriacea, la *resistenza* dell'ossessione, l'abisso senza fondo di un soggetto che soffre. Coi pazienti DCA, la funzione del nutrizionista diventa immediatamente contenitiva. Lo è di diritto, ma non di fatto, almeno per il paziente. Affinché lo diventi occorre la capacità, da parte dell'operatore, di stabilire una relazione significativa, il cui ingrediente fondamentale sembra essere la comprensione dello sforzo dell'altro, della fatica, del dolore, della lotta, della conquista. Ammesso che riesca a vederle e non si faccia abbindolare (come succede a tutti, psicologi, educatori e antropologa) dall'atteggiamento sfidante di superficie, allora il paziente viene "preso al lasso". Il dietista, investito, ben più dello psicologo, di un'aura di onnipotenza, depositario di un sapere sacrale che si presta a divulgare con semplicità e ironia, diventa "lo

psicologo delle cose alimentari”, cioè un’altra cosa, oltre (*trans*) l’essere “uno specialista del corpo”. L’espressione *il faut bien manger* comincia a inglobare il doppio senso, etico e dietetico, del *bien*. E’ già moltissimo. A un certo punto, tuttavia, egli dovrebbe tornare al suo posto e lasciar fare all’altro professionista, perché il problema non sono “i piselli o il pesce”, ma l’emozione che chiude lo stomaco.

Una cosa è comunque certa. La vera forza del progetto terapeutico risiede nella capacità di creare un *legame che nutre*. In un tempo ridicolo per ottenere un cambiamento psicologico, si può riuscire a sbloccare una situazione e a costruire i prodromi di un’alternativa. Altrimenti, né la bellezza del luogo, né l’atmosfera familiare, né la vita in comunità, né le “emozioni” riuscirebbero ad avere la meglio. Neppure se ci fosse più tempo.

Il cibo è medicina, ma il farmaco, come ben sapeva Platone, può diventare veleno. La parola terapeutica può scivolare sulla superficie del sintomo come un *flatus vocis*. Quando però la relazione funziona, la parola diventa corpo e il cibo ritorna materia.

5. Da imputati a terapeuti: il ruolo dei familiari

Per l’antropologia medica, l’inclusione del contesto intersoggettivo del malato nel processo terapeutico rappresenta quasi un’ovvietà. Lo studio classico di Leenhardt sui canachi della Nuova Caledonia ha dimostrato, ad esempio, che laddove il concetto di “corpo” non sia inteso come uno spazio individuale isolato ma si inscriba in una concezione “diffusa” della persona, la cura di una malattia possa diventare un’esperienza collettiva. Alcune sessioni terapeutiche possono avvenire addirittura in assenza dell’afflitto. L’inclinazione culturale dell’Occidente è palesemente opposta. E’ l’individuo il livello essenziale di riferimento, sia per la diagnosi che per la terapia. L’oggettivazione dell’esperienza di sofferenza da cui è nata la medicina scientifica moderna si fonda su una catena di astrazioni che separano la vita dall’organismo, l’anima dal corpo, la malattia dal malato e quest’ultimo dal suo contesto di vita. L’odierna insistenza da parte dell’Organizzazione Mondiale della Sanità sulla pratica della relazione di aiuto, sulla costruzione di una rete assistenziale intorno al paziente, l’idea stessa di “presa in carico” sono per noi acquisizioni recenti. Indicazioni programmatiche che troppo spesso restano semplici proclami. Anche l’idea di “umanizzare” la medicina sembra più una conquista che un paradosso.

Il ruolo della famiglia nell’insorgenza e nel trattamento dell’anoressia è stato dibattuto fin dalle prime descrizioni della malattia nel XIX secolo. A esclusione della parentesi rappresentata dall’ipotesi organicista di Simmonds, l’interesse per il contesto ambientale entro cui alligna la patologia fu conseguenza diretta del desiderio di comprendere quello che all’epoca si presentava come un “disturbo eccezionale” (Gull, Lasègue, 1998, p. 61), nel doppio senso di raro e di stupefacente. Essendo le pazienti per lo più giovanette in età adolescenziale, era naturale che tale ambito fosse identificato nella famiglia. Un secolo dopo, l’incremento esponenziale dei cosiddetti “disturbi alimentari” imporrà un ulteriore ampliamento dell’indagine alle caratteristiche socio-culturali dei paesi più colpiti dall’epidemia (R. Gordon, 1990).

A partire dal riconoscimento della natura psicogenetica dei sintomi alimentari, la relazione con l’Altro familiare si è in certo modo imposta agli occhi dei clinici. Le modalità con cui è stata concepita, enfatizzata e utilizzata sono stati però diversi, talora opposti. Semplificando molto, si può dire che si è passati dall’esclusione radicale al coinvolgimento programmatico. Documentare i momenti salienti di questa transizione rende conto di come si siano modificate nel tempo le aspettative e gli atteggiamenti reciproci di familiari e curanti. Inoltre, delinea le coordinate di senso entro cui si colloca il lavoro coi genitori in una comunità terapeutica a orientamento analitico.

I clinici di fine Ottocento che già sospettavano la natura “isterica” o “nervosa” dell’anoressia, notando come l’insistenza dei genitori producesse non la diminuzione, ma l’ingravescenza dei sintomi, raccomandavano l’interruzione dei contatti quale preliminare necessario alla cura. Oggi lo stesso termine *parentectomy* ci sembra aberrante, ma tale scelta poteva apparire plausibile in un’epoca in cui la contenzione e la segregazione dei “folli” erano pratiche diffuse.

La psicoanalisi, catturata fin dagli esordi dal mistero dell’inedia autoindotta, inizia a interrogare l’altro familiare sulla scorta di un fallimento terapeutico. Significativamente, tra i bersagli polemici di Hilde Bruch e Mara Selvini Palazzoli, le due antesignane della definizione contemporanea di anoressia *mentale*, c’è la logica lineare e deterministica sottesa all’interpretazione della patologia come una fissazione ai primi stadi dello sviluppo psicosessuale. Le teorie dei sistemi e della comunicazione, elaborate negli Stati Uniti a partire dagli anni Cinquanta, offrono loro un’epistemologia alternativa, che sposta l’attenzione dal processo evolutivo interno all’individuo alla logica circolare, relazionale e contestuale propria dei sistemi complessi. Per Bruch, anoressia e obesità restano patologie evolutive, ma nella sua visione acquistano una centralità particolare i primi processi interpersonali della futura paziente, in particolare le difficoltà nell’interazione con la madre. Il lavoro di analisi non si concentra più sulla semantica del discorso, ma sulle modalità interpersonali e comunicative della paziente. Il coinvolgimento dei genitori, in particolare della madre, non è comunque ritenuto necessario, anzi, potrebbe essere controproducente.

Diverso è il caso di Selvini, che da premesse epistemologiche analoghe giunge a conclusioni opposte, benché costantemente raffinate nel corso della sua vasta produzione. L’accettazione della svolta sistemica allontana la studiosa dalla psicoanalisi e la spinge a elaborare un nuovo approccio terapeutico, detto “sistemico-relazionale”, in cui la famiglia occupa un ruolo centrale. L’interesse, già vivo negli anni Sessanta, per la descrizione “dell’atmosfera familiare caratteristica” entro la quale era più frequente la comparsa di un’anoressia, si traduce nei decenni successivi in una compiuta ipotesi eziopatogenetica. Insieme ad alcuni fattori socioculturali già evidenziati da Bruch (abbondanza di cibo, emancipazione della donna, affermazione dell’ideale della magrezza), sono i tratti specifici dell’organizzazione familiare a orientare uno dei suoi membri allo sviluppo di un sintomo alimentare. Si tratta di sistemi in cui i naturali processi omeostatici si irrigidiscono fino a ostacolare ogni forma di innovazione e di cambiamento, rendendo particolarmente difficoltosi i processi di svincolo delle nuove generazioni. Il ragionamento è rigorosamente sistemico. La complessità del sistema delucida lo stato degli elementi che lo compongono. In ambito psicopatologico questo assunto porta, da un lato, a leggere il sintomo come effetto (patogeno) di un (mal)funzionamento familiare; dall’altro, a ritenere che l’intervento sul complesso del sistema possa retroagire positivamente sul singolo.

Nasce da questi presupposti l’idea che la famiglia sia contemporaneamente una causa patogena e una risorsa terapeutica. Purtroppo, per una serie di ragioni teoriche e culturali, la diffusione di queste idee, soprattutto attraverso i media, ha ridotto la questione dell’implicazione genitoriale nei termini di una mera imputazione, spesso aggravata dall’esibizione spettacolarizzata di alcuni tristi fatti di cronaca. Certamente, l’enucleazione della “famiglia psicosomatica” (Minuchin, Rosman, Bakel, 1980) si espone, come ogni approccio funzionalista, al rischio di una tipizzazione essenzializzante. Allo stesso modo, espressioni come “paziente designato” o “capro espiatorio”, specie se decontestualizzate, si prestano a un’interpretazione semplificata e distorta. La spinta al rinnovamento dei ruoli di genere ha portato il femminismo e la contestazione giovanile a rifiutare, se non a diffamare, la “naturale” propensione della donna alla maternità e all’accudimento.

L’impatto di queste trasformazioni sociali sull’istituzione familiare è stato imponente e tendenzialmente irreversibile, producendo un interessante mutamento anche nelle modalità con cui le famiglie con DCA hanno iniziato a rivolgersi ai servizi (Masci, 2014). Da un

atteggiamento di inettitudine mista a stupefazione si è arrivati all'autocolpevolizzazione e alla messa in crisi della capacità genitoriale. Alla richiesta di un intervento esterno che riportasse la situazione allo *status quo ante* la comparsa del sintomo, si è sostituita l'ammissione delle proprie responsabilità e la richiesta angosciata di una lista di indicazioni per effettuare il cambiamento. Si trasforma significativamente il ruolo dei padri. Da comparse fugaci sul palcoscenico di una simbiosi madre-figlia in apparenza inossidabile, diventano i primi a contattare i servizi, già eruditi sulla natura "psicologica" del problema.

A partire dagli anni Novanta lo scenario si arricchisce di ulteriori variabili. E' il momento in cui la comunità scientifica internazionale prende atto del vertiginoso incremento delle patologie alimentari nei paesi occidentali a capitalismo avanzato. Il Ministero della Salute avvia le prime commissioni tecniche e licenzia le prime Linee Guida nazionali (2001). Da qui in poi il coinvolgimento dei familiari diventa programmatico e capillare. Dal tam-tam delle azioni preventive alla necessità di un intervento tempestivo ai primi esordi sintomatici, dalla richiesta di collaborazione in tutte le fasi del processo terapeutico alla prescrizione della terapia familiare nel caso di pazienti molto giovani. Questi proclami trovano nelle famiglie non già un sostegno, ma un autentico sprone.

La posizione della famiglia passa dalla passività dell'impotenza all'attivismo della rivendicazione. Legittimata da una situazione di oggettiva inadempienza e di endemica carenza strutturale, la voce dei genitori assume i toni di un autentico movimento di protesta. Si organizza in associazioni e in gruppi di auto-aiuto, esige di partecipare ai convegni e alle commissioni tecniche, denuncia la situazione di ritardo cronico in cui si trova il nostro paese. Deplora i viaggi della speranza di chi è costretto a macinare migliaia di chilometri per dare aiuto ai propri figli, pretende che i percorsi terapeutici non debbano interrompersi, una volta avviati, per mancanza di risorse. Chiede di spezzare l'isolamento e la stigmatizzazione che ancora circondano chi soffre di questi disturbi.

Parallelamente, in campo teorico, si affaccia e appare sempre più convincente l'ipotesi multifattoriale. La logica settoriale e individualizzante che cerca "la causa determinante" in variabili di volta in volta diverse, lascia il posto alla ricognizione di una costellazione di fattori (Onnis, 2004). La crisi del paradigma funzionalista e strutturalista nel campo delle scienze sociali, combinandosi coi risultati delle indagini epidemiologiche più recenti, rende obsolete le descrizioni tipizzanti della "famiglia patogenetica" e della "personalità anoressica", e finanche l'esistenza di una "famiglia-tipo".

In ragione di queste acquisizioni la ricerca si sposta sempre di più dallo studio dei fattori scatenanti o predisponenti a quello dei fattori di mantenimento. La famiglia è riconosciuta come uno dei più potenti. Scagionata da un'imputazione di colpa oramai semplicistica, la famiglia emerge come scenario di una sofferenza generalizzata, tenuta letteralmente in scacco dall'implacabile fragilità del sintomo. Investendo direttamente il corpo e la sopravvivenza, colpendo al cuore la capacità genitoriale, innesca ribellioni incontrollate e fortissime reazioni difensive, di cui si nutre per inasprirsi. Sul nuovo snodo teorico del mantenimento sintomatico fioriscono, accanto alle terapie sistemiche, le più recenti proposte di ispirazione cognitivo-comportamentale, espressamente dirette al trattamento dell'anoressia in adolescenza (Dare, Eisler, 1997; Treasure, Schmidt, van Furt, 2008). In questo caso il vertice del trattamento non è il sistema-famiglia e la sua logica di funzionalmento, quanto il sintomo alimentare che tutta l'affligge. Il coinvolgimento dei genitori è altrettanto mirato. Si fonda su un iter standardizzato di passaggi sequenziali finalizzati a ripristinare, attraverso la correzione del comportamento alimentare, il controllo dei genitori sui propri figli. Il punto chiave infatti è il recupero di ciò che si è perso, sia esso un peso salutare o una capacità decisionale naufragata nel terrore e nell'inadeguatezza.

Le premesse teoriche sono cristalline: agnosticismo programmatico rispetto alle cause della malattia; assunzione, altrettanto aprioristica, che l'adolescente assoggettato al disturbo non

“funzioni” a un livello idoneo per la sua età, ma si comporti come un bambino bisognoso di un aiuto esterno. Siamo agli antipodi della colpevolizzazione: i genitori sono *di per sé* risorse terapeutiche, le più importanti, le più efficaci. Questa certezza categorica, espressa in formule tipo “voi siete le persone con il più grande investimento affettivo e impegno nei confronti di vostra figlia, quindi siete anche le più adatte ad aiutarla” (Masci, 2014, p. 86), solleva dal senso di impotenza e inchioda chi cerca di defilarsi alle proprie responsabilità. Per arruolare la famiglia e motivare il paziente si punta, ancora una volta, sull’esternalizzazione della malattia: “tu non *sei* anoressica; *hai* l’anoressia”. L’estrazione cognitiva che assimila l’anoressia all’agente patogeno di un’infezione organica, è funzionale a inasprire la battaglia per il controllo: del genitore sul figlio e del figlio sulla propria crescita.

A Palazzo Francisci, e non solo per assecondare le indicazioni delle Linee Guida, il coinvolgimento dei familiari è di fondamentale importanza. Non vi si svolge una terapia familiare propriamente detta, la quale, se viene consigliata, si svolge con terapeuti specializzati e al di fuori della struttura, ma è garantito un confronto più o meno quindicinale tra i genitori e l’équipe. E’ finalità espressa dei curanti coinvolgere attivamente i familiari all’interno del percorso, con attività espressamente dedicate. L’Associazione ONLUS “Mi fido di te” rivolge la quasi totalità delle sue forze al supporto dei genitori, in tutte le forme possibili (Dalla Ragione, Bianchini, De Santis, 2016).

Ogni sabato mattina, per un paio d’ore circa, ha luogo “la riunione dei familiari” condotta dalla consulente filosofica (Bianchini, De Santis, Mollo, 2011). La tensione a comprendere il *sensu* del sintomo è prioritaria, e rende contraddittoria l’applicazione di una tecnica standard che abbia il comportamento alimentare come primo bersaglio. E’ un principio ribadito costantemente, anche se significa rinunciare all’effetto rassicurante che nessuna formula rende comunque automatico né sufficiente. I suggerimenti pratici su come accogliere un paziente per il fine settimana o reinserirlo nel suo ambiente di vita sono il risultato, non il presupposto, dello sforzo di trovare lui stesso, come madre e padre di *quel* figlio, la strada più opportuna, e accettare il rischio che ne consegue.

Genitori, fratelli, coniugi o compagni vi partecipano in quanto aggregati da un sintomo che soffrono di riflesso, ma rispetto al quale sono anche meno protetti. L’atmosfera è preta di emozioni. C’è l’angoscia, la rabbia, il senso di colpa, la rassegnazione, un’infinita stanchezza. Il gruppo apre uno spazio di parola, di ascolto e di confronto in cui nessuno viene giudicato e dice cosa e come può. Spesso si coglie il sollievo nel riconoscersi nel discorso di un altro, di aprire una speranza, di condividere le stesse difficoltà. La discussione muove dalle domande dei genitori. Si toccano temi legati alla genitorialità – il dono, la colpa, la comunicazione – con una significativa apertura al contesto sociale più ampio. Confrontarsi sui vantaggi e i dilemmi del vivere contemporaneo a prescindere dalla malattia, aiuta a separarsi da un’identità coartata dal sintomo, dall’essere unicamente il “genitore-di” un ospite della struttura. Un’eventualità che viene accolta con sorpresa e riconoscenza. Si approfondiscono nuovi aspetti, a integrazione o smentita di un sapere pregresso sui DCA. La partecipazione dello specialista crea un ponte tra il gruppo dei curanti e quello dei genitori. Questi ultimi dispongono di un supporto aggiuntivo rispetto ai colloqui programmati.

E’ il luogo in cui il lavoro in struttura, la sua differenza rispetto ad altre situazioni, viene valorizzato e sostenuto, attivando un processo di idealizzazione necessario, ma non sempre proficuo. Per i genitori è molto difficile – ma sarebbe anche importante – non replicare l’illusorio senso di onnipotenza di chi porta il sintomo. Il passaggio in comunità offre importanti possibilità, ma non è una garanzia. Ciò che motiva gli ospiti a restare, o a fuggire, spinge anche i genitori a tornare, oppure no. Il senso di colpa, l’angoscia, il dolore, non scompaiono per incanto. Si modificano se messi al lavoro. Costantemente.

A questo scopo, due volte l’anno, a dicembre e a inizio estate, l’équipe nel suo complesso, con una prevalenza dell’area “psi”, conduce i “seminari di pedagogia genitoriale”, che durano un

giorno e mezzo e si svolgono in un convento di frati poco lontano da Todi, in una posizione magnifica. Vi si approfondiscono gli stessi temi articolati nelle sessioni settimanali, ma con un respiro più ampio. E' frequentato dai genitori dei pazienti ricoverati nei centri e dai molti altri che ritornano a Todi anche se il figlio sta bene. Qualcuno è in "lista di attesa" o si iscrive nella speranza di smuovere un rifiuto. Per l'équipe sono un'occasione per cementare la solidarietà e presentarsi all'esterno come un corpo unico.

Nel suo complesso, l'insieme delle attività rivolte ai genitori ha come fine quello di toglierli dal banco degli imputati per collocarli su quello dei testimoni. Ciascuno come parte attiva del processo di cura.

6. Nutrire l'équipe

Se il transito da un ruolo all'altro, da un piano all'altro, da una mansione all'altra rappresenta la condizione abituale in cui si trovano gli operatori, dispersi operosamente nelle stanze del palazzo, esistono delle fermate obbligate in cui l'intera squadra è chiamata a raccolta per riflettere su di sé. L'attenzione si solleva dall'incombenza del momento e si concentra sul senso collettivo del lavoro.

Già nelle occasioni informali, come i momenti di pausa nella cucina sovraffollata o nelle varie occasioni conviviali, il confronto è vivace. Le domande dell'antropologa hanno spesso approfittato di una discussione già aperta, provocandola a loro volta in una molteplicità di direzioni. L'organizzazione multidisciplinare, comunque, prevede delle occasioni di incontro maggiormente strutturate, la prima e più importante delle quali è la riunione settimanale di équipe. "In dieci anni non ne abbiamo mai saltata una", ha dichiarato compiaciuta la dottoressa Dalla Ragione.

Le aspettative erano altissime. La convinzione che fosse un'esperienza imprescindibile per entrare nella carne viva dell'interdisciplinarietà aveva preceduto largamente la conoscenza diretta. Immaginavo un'arena, uno spazio di confronto e di negoziazione, il dibattito fra prospettive alternative che tuttavia sarebbero convolute in una convergenza. Se i documenti di indirizzo e la letteratura di settore ne offrivano una descrizione astratta e programmatica, assistervi in prima persona solleticava il mio interesse epistemologico. La complessità del lavoro di squadra e delle dinamiche sul piano dei rapporti interpersonali, mi incuriosivano etnograficamente. Avevo letto che il profilo particolare dei pazienti DCA, incastrati in relazioni invischianti o viceversa caratterizzate da un'estrema diffidenza, poteva riverberare, e spesso capitava, sul gruppo degli operatori, con effetti deleteri sul processo di cura. Insomma, ero attratta dalla contingenza di un'équipe alle prese con se stessa.

La realtà mi ha disilluso molto presto. Nessuno degli operatori, per la verità, mi ha dato mai la sensazione di vivere questo appuntamento come un peso aggiuntivo o di semplice routine. Molto spesso chi aveva il giorno libero si sobbarcava un viaggio di parecchi chilometri per essere presente. C'era trepidazione nell'aria e si capiva come gli operatori fossero contenti di sedersi allo stesso tavolo. Fissato l'orario di inizio, più o meno alle 10.00 di ogni martedì, la porta della sala si apriva di continuo, per almeno mezz'ora, allo scopo di accogliere l'ultimo arrivato. Le sedie raramente bastavano, ed era tutto un rumoreggiare di spostamenti allo scopo di fare posto agli altri. Educatori, psicologi, dietisti, il medico e lo psichiatra, ma anche molti tirocinanti e volontari cercavano di essere presenti. A riunione iniziata, quasi sempre arrivava Mariella, la presidentessa dell'Associazione "Mi fido di te". Quale che fosse l'argomento della discussione, non era mai più importante di un caloroso benvenuto.

L'ingresso della dottoressa Dalla Ragione dava implicitamente il segnale. Faticando non poco per ottenere il silenzio, assegnava a qualcuno la stesura del verbale e apriva la riunione. A parte la pausa caffè – altro saluto collegiale a Rita, la OSS che l'aveva preparato per tutti –

nessuno si sarebbe mosso per almeno due ore. Concludere entro mezzogiorno avrebbe agevolato gli operatori impegnati per il pranzo. Nel suo insieme, tuttavia, lo spazio/tempo dedicato alla riunione era piuttosto compresso. Per essere esatti, largamente insufficiente. Ciò che avevo ingenuamente immaginato, ossia un insieme di professionisti concentrati su chissà quale problema teorico, precipitò rapidamente su di un'urgenza molto profana: quella di fare in fretta. Gli scopi della riunione sono infatti molteplici ed espletarli tutti una vera sfida. C'è la verifica dell'aspetto organizzativo e gestionale: nuovi ingressi, dimissioni, la situazione della "lista di attesa". I passaggi da un servizio all'altro, come gli spostamenti dalla o alla semi-residenza, o da entrambe all'ambulatorio, sono complicati dal problema politico di mantenere "buoni rapporti" con le altre unità del territorio o risolvere, più spesso aggirare, gli ostacoli legati alla negazione dei nullaosta per i pazienti fuori regione. Si dibatte sull'introduzione di nuove regole o sulla necessità di ribadire quelle già esistenti. Durante una riunione, ad esempio, si decise di vietare alle pazienti l'uso del termoforo. Tenuto troppo vicino alla pelle allo scopo di sudare, e quindi dimagrire, aveva provocato delle ustioni. Al contempo si considerava come l'ipotermia di tante ragazze non impedisse loro di uscire in giardino, d'inverno, con abiti troppo leggeri, sempre per lo stesso fine. Il divieto di usare indumenti troppo attillati – la trovata di Mariella, "a pelle di coniglio", ha sempre provocato grandi risate – ritornava come una costante. Un'altra volta c'era la festa di Todi e allora si discusse su quali pazienti potessero partecipare allo spettacolo dei fuochi d'artificio. Qualcuno si concesse un'ironia: "mangeranno il panino con la porchetta?" La domanda restò nell'aria, retorica.

La parte centrale della riunione è dedicata alla discussione dei casi clinici. Nei primi tempi non raggiungevano la decina, ma oggi sono più che raddoppiati. Per ogni paziente si verifica l'andamento del percorso. Il medico esamina le eventuali variazioni di peso e di conseguenza, di menù. La parola passa allo psicologo e al dietista di riferimento, che illustrano la situazione con dovizia di particolari. Il quadro clinico è integrato da quanto emerso dai colloqui familiari o da altre situazioni contingenti. Spesso un educatore interviene con un'informazione supplementare. Quando le cose vanno bene, si procede senza indugio al caso successivo. Il piglio deciso e pragmatico della moderatrice sospende la discussione non appena vada più in là del necessario. Quando invece non ci sono progressi, o peggio ancora un regresso o uno stallo, bisogna decidere il da farsi, e a questo punto la discussione si vivacizza. L'esame dei pro e dei contro è in genere piuttosto rapido, e qualche volta viene interrotto bruscamente dalla risoluzione della Responsabile. Gli operatori sono spronati a superare il riserbo se vogliono ottenere la parola, e a esprimersi in modo succinto, efficace, senza fronzoli. Qualche volta, però, il gruppo si appassiona e allora si scende nei particolari, la dottoressa si placa, ascolta gli aneddoti, si consulta con l'altra psichiatra, fa delle domande al medico, si interroga lei stessa. Poi fa nuovamente sobbalzare tutti: "andiamo avanti, è tardi è tardi"! E allora via, si volta pagina.

Per i tirocinanti e i volontari, ma in realtà per tutti, la riunione di équipe è un momento fondamentale sul piano formativo. I neo arrivati hanno modo di toccare con mano la complessità della situazione di lavoro. In generale ascoltano in silenzio, intimoriti dalle lavate di capo che certe volte toccano agli altri. Gli operatori intervengono con maggiore scioltezza, ma qualche volta il turno di parola staziona un po' troppo nello stesso punto. La squadra di lavoro rivela così i suoi retroscena sui rapporti tra saperi e poteri. E' interessante chiedersi se la parola del medico, dello psichiatra, di un dietista, di uno psicologo, di un educatore siano su un piano di parità oppure se ci siano pareri che valgono più degli altri indipendentemente dal fatto di averli ascoltati tutti. Il lavoro di squadra, in teoria, non è una lotta per la supremazia. Ciononostante, la riunione allargata è un'occasione efficace per intuire, anche da questo punto di vista, quale sia la direzione della cura.

E' inevitabile che si creino degli schieramenti, il primo dei quali è quello tra pazienti e curanti intesi come gruppi. Il modo in cui gli operatori si riferiscono ai pazienti in loro assenza

restituisce, nella sua spontaneità, il senso di molte dinamiche. Similmente al caso degli insegnanti di cui ho esperienza diretta, il linguaggio si espone sovente alla generalizzazione, e finanche alla stereotipia. Nei docenti, di solito, prevalgono le attribuzioni “cognitive” (studiano poco, non capiscono niente), laddove i terapeuti prediligono le diagnosi e quindi i “paroloni” tipo “quella c’ha un’alessitimia importante”, oppure, in modo meno connotato, “la paziente della prima visita è completamente matta”. Il punto di congiunzione tra curanti e insegnanti è il lessico morale. Nel primo caso l’aggettivo preferito è “lavativi”, nel secondo, girato ovviamente al femminile, “manipolative”. L’équipe ha bisogno di questi sfoghi difensivi ed è un bene che li palleggi tra sé e sé. L’importante – come dicono i testi – è che non diventino convinzioni.

Sul piano clinico, la contrapposizione dei fronti non rispecchia, a Palazzo Francisci, una distinzione per aree disciplinari. Non esiste, cioè, come forse ci si aspetterebbe, lo schieramento di psicologi ed educatori da una parte e, dall’altra, quello di medici e nutrizionisti. Piuttosto, un intero campo è occupato dalla figura del medico internista, l’endocrinologa sostenitrice dell’approccio PNEI –capacissima beninteso di reggere la situazione – mentre l’altro da tutto il resto dell’équipe. La dottoressa Dalla Ragione si mantiene *super partes*, come compete alla sua funzione di leader. La figura della dottoressa Marucci rappresenta un’esemplificazione molto interessante di come l’attitudine transdisciplinare, se considerata dal punto di vista di un singolo professionista, possa includere degli aspetti conflittuali.

Ascoltando il suo pensiero e osservandone l’operato in una molteplicità di occasioni, tutte quelle che l’osservazione partecipante e la sua disponibilità personale mi hanno messo a disposizione, ho avuto agli inizi una forte sensazione di ambivalenza. Tanto nell’intervista che mi ha rilasciato, quanto nelle pubblicazioni che ha scritto, traspariva come il prototipo del medico “riflessivo”, prodigatosi per una vita intera a superare l’orientamento biomedico senza per questo fuoriuscire dalla medicina. L’incontro con la PNEI le aveva offerto questa possibilità. Grazie ai suoi sforzi, l’ipotesi della medicina integrata è divenuta una pratica orientata ai DCA. L’introduzione di metodiche non invasive, l’insistenza sull’attivazione del canale emozionale, l’idea del sintomo come soluzione adattiva, hanno arricchito tanto il modello di cura quanto la professionista, permettendole di dispiegare le sue energie in settori inediti, al limite dell’anomalia. E’ alquanto insolito, dopotutto, che un’endocrinologa si occupi di meditazione e di poesia Haiku. Ma dal cappello PNEI escono anche questi giochi di prestigio che, opportunamente testati, si sono rivelati efficaci sul piano terapeutico.

Si deve in gran parte alla dottoressa Marucci, in risonanza con le idee della Dirigente, lo spostamento del modello terapeutico dall’asse originario, di impianto più schiettamente cognitivo-comportamentale, verso un lavoro mirato sul “corpo” e la parte emozionale. Era l’anello mancante che coniugava *nella pratica* il lavoro psicologico e quello nutrizionale, insufficienti ciascuno per sé a garantire l’integrazione. Non a caso, anche l’antropologa che mi aveva preceduta ascriveva l’originalità di Palazzo Francisci a quella che chiamava la proposta di una “autoriflessività incorporata” (Sciolli, 2014, p. 47). Come ha spiegato l’endocrinologa,

Quando abbiamo iniziato, gli operatori hanno fatto una formazione sull’approccio cognitivo-comportamentale dal punto di vista dei pasti, delle tecniche di disidentificazione dalla malattia ecc.. Hanno fatto la formazione con Dalle Grave [Villa Garda], che all’epoca era quello che aveva tradotto Fairburn. Stiamo parlando di quindici anni fa, quindi del 2000. [...]. In Italia è ancora l’approccio più validato. Poi, però, noi a un certo punto, grazie anche alla nostra impostazione integrata, ho la presunzione di dire che noi quel modello l’abbiamo superato.

Una visione più articolata della corporeità ha permesso di perfezionare, in particolare, la “terapia dello specchio”, fulcro dell’ortopedia cognitivista dell’immagine corporea. Attualmente la svolge un’operatrice con una formazione di educatrice e danzaterapia. Ispirandosi la sua scuola all’approccio fenomenologico, non è difficile immaginare le sue

riserve di fronte a un approccio così oggettivante E' il corpo come essere nel mondo a dover essere curato, non l'immagine riflessa. Le sue parole sono molto esplicative perché, essendo fra le operatrici più anziane, testimoniano un cambiamento vissuto in prima persona:

All'inizio rifacendoci di più a questo modello [CBT] c'era più rigidità. Nutrizionisti e pediatri seguivano questo modello. Lo screening era più severo. Tieni conto che le ragazze non facevano la terapia nutrizionale qui al Francisci, ma andavamo al reparto di pediatria dell'ospedale. C'erano ragazze e bambine appena uscite dal sondino, che poi venivano qui. L'approccio era più infermieristico e medicalizzato, pur accompagnato da questa filosofia molto comportamentale.

Angela: Che cosa pensi di questa evoluzione? Come la vivi?

Raffaella: L'eterogeneità è un grosso vantaggio, lo noto nelle pazienti stesse. E poi, venendo da una formazione di educatore, che tratta la persona a 360°, me lo sento più calzante. Si parla di linguaggio comune, ma in effetti è difficile parlare tutti lo stesso linguaggio. Personalmente faccio fatica con la Terapia Nutrizionale. Credo riguardi la mia soggettività. Io ho un approccio più duro nello stoppare i comportamenti disfunzionali e in questo mi rifaccio al vecchio modello. Per me su alcune cose è importante "stoppare". Però, riesco anche a tollerare che la paziente mi dica: "Non ce la faccio a finire, c'è troppo olio". Le dico, "va bene, raggiungerai questo obiettivo più avanti, la prossima settimana". Una volta avrei detto: "Questa cosa la devi finire e nei tempi stabiliti". Ero molto più rigida, anche con una grande pressione. Poi ci sono stati i cambiamenti, anche nell'équipe. Adesso siamo una marea rispetto all'inizio, quando eravamo cinque o sei persone. Si sono aggiunti linguaggi e punti di vista diversi e questo cambia l'imprinting iniziale. Ci aggiungi il pezzetto del filosofo, e poi quell'altro. Io l'ho vissuto su di me come fosse un puzzle. [...]

Anche la terapia dello specchio, all'inizio era fatta dalle fisioterapiste del distretto. Facevano gruppi di fisioterapia e la terapia dello specchio. Mi ha introdotto Sabrina [Mencarelli, psicologa inquadrata USL], ma l'ho subito fatta mia. Anche qua, è cambiata rispetto a quella di Wilson. La doc l'ha modificata in maniera più dialettica. [...] Era molto meccanica, una descrizione nei dettagli delle varie parti del corpo, ma velocissima. Adesso è tutt'altro. Partiamo dalla griglia di osservazione, ma dentro questa griglia ci ho messo altre cose. Lo stesso per la restituzione, va più a livello simbolico. Io quando la nomino ma la sento molto lontana, non mi appartiene. Anche rispetto alla terapia nutrizionale, secondo me, alcune cose sono impraticabili, sia nei tempi che nelle modalità, e poi convoglia tutto sul sintomo e cozza con la mia visione. (Fasoli, educatrice e danzaterapeuta)

Osservata durante l'assistenza al pasto, questa operatrice appare effettivamente molto direttiva, meno flessibile di altre e più insistente nello "stoppare" certi comportamenti. Eppure, pur riconoscendo che tale atteggiamento è un retaggio del "vecchio modello" e che *funziona*, sull'impostazione in sé ha maturato delle riserve. Probabilmente nel corso del tempo è riuscita a valorizzare del modello cognitivo-comportamentale ciò che attiene al piano *educativo*, cioè la fermezza e la chiarezza di intenti, mettendo invece in discussione la sua efficacia *terapeutica* a lungo termine. Si insinua il sospetto che "guarire" sia diverso da "correggere". Lo si percepisce nella trasformazione del suo atteggiamento, più centrato sul paziente che sull'approccio. Più in generale, si può dire che se inizialmente sono stati gli operatori ad adattarsi, volenti o nolenti, al modello CBT, attualmente accade il contrario. Sono cioè le trasformazioni dell'équipe, insieme alla mutazione dei quadri psicopatologici, a costruire il progetto terapeutico "Palazzo Francisci" come un unicum. Il nutrimento principale sembra consistere nella sperimentazione e nella pluralizzazione dei linguaggi. L'orientamento complessivo è meno "medicalizzato" di un tempo.

Si consideri, tuttavia, questo stralcio di riunione, che riporto integralmente perché evidenzia quanto sia difficile "parlare un linguaggio comune". Questa espressione, evocata continuamente quasi fosse il mantra dell'interdisciplinarietà, alla luce dell'etnografia, identifica più l'ideale del lavoro di squadra che la contingenza.

6 ottobre, Riunione di équipe.

[Nota: la dottoressa Dalla Ragione non è presente]

Si arriva al caso di una paziente che non aderisce al percorso malgrado sia già al secondo ricovero. È una giovane donna di trent'anni "che un soffio d'aria se la porta via". La ragazza verbalizza apertamente agli operatori i suoi "comportamenti disfunzionali". Porta loro il diario in cui li annota con precisione millimetrica: nasconde il cibo in bocca e nel reggiseno, sputa l'ultimo boccone, non deglutisce i farmaci. Di notte si alza e cammina per ore nella residenza. Anche quello che fa di notte lo mette alla luce del sole!

L'équipe reagisce in maniera opposta a queste dichiarazioni. C'è chi le vede come un tentativo di manipolare i curanti e chi, invece, denuncia senza alcuna reticenza una situazione di stallo. La paziente ha un metabolismo basale bassissimo, eppure prende un menù di 3000 calorie. Il suo BMI è appena sufficiente per rimanere in residenza. In sostanza è a rischio vita. Ultimamente, afferma l'educatrice che la segue, sono emersi nuovi elementi relativi alla sua situazione familiare. Pare che la ragazza sia quella che "sta meglio". Lei stessa è consapevole che la famiglia è stata chiamata in causa, e questo la scombussola profondamente. Mentre spiega la situazione e tutti la ascoltano con interesse, l'endocrinologa la interrompe. Segue questo dialogo a più voci:

Medico: Intanto, mentre noi ragioniamo sulla famiglia, M. muore. Io come medico mi allarmo. Con un BMI di 12, si sa, vi è una riduzione del parenchima cerebrale, una degenerazione del pensiero. La stessa iperattività è un automatismo sottratto alla volontà. La mia domanda è: "Possiamo permetterci tutto questo?"

Psichiatra: Sì, ma non è possibile sempre usare la razionalità con questi pazienti, perché non ha una finalità terapeutica. [Si riferisce al fatto che la dottoressa ha "strapazzato" la paziente durante la visita medica del mattino]. E' manipolativa, d'accordo, ma non si trasforma un comportamento manipolativo in uno non manipolativo.

Medico: Abbiamo troppo poco tempo. Dobbiamo fare noi le scelte che lei non è in grado di fare.

Psicologa: Se cala troppo di peso, andrà in ospedale.

Dietista: Ogni volta che va in ospedale esce peggio. Riesce a strapparsi il sondino.

Alla fine ci si accorda per una strategia di "contenimento". Se le condizioni cliniche si aggravano, M. andrà in ospedale. Se si strappa il sondino, glielo si rimetterà nella speranza che non lo strappi più. Dopo ogni terapia nutrizionale resterà in salotto per almeno un'ora. E qualcuno le guarderà in bocca.

Dietista: E' importante che *tutta* l'équipe la aiuti a rispettare questi comportamenti, senza la necessità di confermarli o ridiscuterli ogni volta.

Tirocinante [molto irritata]: Eh già, ma a me, M. non mi rivolge nemmeno la parola, e quando le parlo mi volta le spalle!

La psichiatra tira le conclusioni. Di fronte a pazienti come queste, c'è il pericolo che l'équipe non sappia cosa fare e viva una condizione di immobilismo. Allora attiva nei confronti della ragazza un atteggiamento di rifiuto e di ostilità. E' importante, invece, non rimandarle sfiducia, ma proprio l'idea opposta, cioè che qualcosa si muova, il riattivarsi di una possibilità. Chiude il suo ragionamento con la considerazione che minacciarla non serve, perché "è come frustare un cavallo stanco".

Chissà se la presenza della dottoressa Dalla Ragione avrebbe modificato o influenzato gli equilibri. Per la sottoscritta si è trattato di uno dei momenti più significativi sotto il profilo del confronto tra i saperi. Da una parte c'era il "piano di realtà", cioè le condizioni organiche di M., seriamente compromesse, le quali determinavano l'urgenza di prendere una decisione efficace. L'eventualità del ricovero in ospedale si è profilata come soluzione vincente. E' stata

una risoluzione collegiale, fondata su ragioni di tipo teorico-clinico: con un BMI così basso, la paziente era in pericolo di vita. Da un'altra c'è il "piano della relazione". Il richiamo razionale, la severità e crudezza con cui la paziente è stata "strapazzata", certo, al fine di incitarla a reagire, ha poca speranza contro il muro dell'ossessione. E' certamente opportuno che l'équipe decida per la paziente, anzi, deve oltrepassare le "ragioni della malattia" (la paziente che si strappa il sondino) con la fermezza di una posizione che non coincide con l'accanimento (glielo si rimette *nella speranza* che non lo strappi più) ma con la fiducia che qualcosa possa cambiare. Quali che siano le scelte sul piano operativo, l'essenziale è rimandare alla paziente l'ipotesi e l'opportunità del cambiamento, come un desiderio che attiene ai terapeuti ma che spetta a lei realizzare. Sarà invece l'ossessione ad avere la meglio se la giovane e inesperta tirocinante si fa prendere nelle maglie del risentimento personale e il medico internista da quelle dell'ansia.

Nelle riunioni di équipe a cui ho partecipato, la dottoressa Marucci ha sempre portato acqua al mulino della biologia, assumendo alle volte un atteggiamento esplicitamente rivendicativo. Era questo che non capivo, come potesse onorare ciò che chiamava "corpo" (le emozioni, la critica al logocentrismo psicoterapico) e diventare contemporaneamente paladina dell'"organismo", del BMI e del "devono mangiare". Incapace di venire a capo della contraddizione, mi confidai con la consulente filosofica, che sciolse i miei dubbi con grande naturalezza: "Se si trovasse a interloquire, a Palazzo Francisci, con altri medici internisti, non sarebbe così ferma. Ma dal momento che è l'unica, il suo atteggiamento diventa difensivo". In sostanza, rispetto alla media dei medici, appare come una mosca bianca per la sua apertura intellettuale, ma quando di confronto col taglio "psicologico" del trattamento, spicca per il suo attaccamento all'evidenza scientifica.

In molte occasioni, in effetti, l'endocrinologa mi ha confidato la sua preoccupazione di fronte alla crescente diffusione, nell'équipe, di un atteggiamento a suo avviso eccessivamente permissivo, meno convinto, se non addirittura collusivo con le richieste "disfunzionali" delle pazienti. Da una parte attribuiva questa tendenza alla presenza massiccia di tirocinanti, volontari e operatori alle prime armi, accolti in struttura per i tre mesi del tirocinio ma manchevoli, non necessariamente per cattiva volontà, di una preparazione e convinzione sufficiente. Da un'altra, c'era quello che definiva come uno "sbilanciamento sulla parte psi" da parte, sia del modello di Todi, sia più in generale della visione sui DCA che "in Italia è ancora troppo centrata sull'aspetto cognitivo, ideativo e verbale". Tra le due condizioni, almeno stando alle sue parole, non c'era soluzione di continuità. La dottoressa, cioè, stava avallando il pregiudizio professionale per cui lo "psicologo" è empatico e non direttivo mentre il "medico" è distante e prescrittivo. Nel caso dei tirocinanti, invece, la mancanza di fermezza era ascrivibile alla giovane età, all'inesperienza e a una motivazione insufficiente. A prescindere dalla correttezza di tali supposizioni, era su questa base che la professionista giustificava il continuo richiamo, nelle riunioni e in tutte le occasioni di comunicazione con l'équipe, sull'importanza dell'aspetto *quantitativo* ("quant'è il peso?", "a che MBI è arrivata"), e di una maggiore *normatività* ("siamo noi a decidere, non i pazienti"). Era la pendenza in favore dello "psicologico" che la faceva sentire "l'unica, alle volte, a richiedere dati *reali*" (il corsivo è mio).

Nel richiedere una maggiore "severità", l'endocrinologa non era la sola, anche se per motivazioni solo parzialmente sovrapponibili a quelle del medico. Secondo il parere autorevole dell'ex caposala del Reparto di Pediatria, per esempio, l'inesperienza, o una minore motivazione da parte dei tirocinanti giocava a sfavore tanto quanto il massiccio incremento delle presenze in struttura, sia dei pazienti sia degli operatori. "Qui girano troppe persone, Angela". La stessa diversificazione degli orientamenti entro le macro aree, psicologica e nutrizionale, rendeva l'approccio coi pazienti intrinsecamente diverso, malgrado la formazione comune al Master. "Per esempio, a tavola, c'è chi gli dice di pulire il piatto e chi glielo leva anche se non è pulito". La complessificazione dei quadri clinici, con le comorbilità e

le migrazioni trans diagnostiche, complicava essa stessa la questione del come rapportarsi ai pazienti, fino all'esternazione un poco stravagante per cui "i DCA come li vedevamo nel 2000 non li vediamo più". Un altro elemento da mettere a bilancio sono "le centomila altre cose" che gli operatori hanno da fare. La stanchezza o l'affanno incidono negativamente sulla concentrazione, e portano a lasciar correre quando magari sarebbe il caso di insistere. Tutto questo rende sempre più difficile "parlare un linguaggio comune".

Qualche volta sono gli stessi professionisti a richiedere una maggiore direttività, e vanno a cercarla proprio dall'alto del "piano di sotto". Le loro richieste non sono comunque a senso unico, anzi, sono ricche di sfumature molto interessanti:

Secondo me è necessaria una figura che resti un po' più distaccata. Se un medico si fa coinvolgere a livello emotivo è la fine. No, non è la fine, ma è pericoloso. I nostri [medici] no. E poi fanno i gruppi, si mettono in discussione davanti al paziente. Si espongono anche a dei rischi, le nostre pazienti sono un po' particolari. (Ciarrocchi, biologo nutrizionista)

[Nel rapporto col mio collega (psicologo)] poche volte le prospettive non convergono. Piuttosto, è con l'equipe intera che qualche volta non sono d'accordo. Lo vedo anche per i pazienti che non sono miei. Ci sono cose che i terapeuti personali fanno e gli altri non possono capire. Per cui, a volte, vengono prese decisioni o fatte considerazioni con cui non sono d'accordo. A volte sì, riescono a vedere una cosa che tu non vedi perché ci sei troppo dentro. Ma non sempre. Per esempio, noi abbiamo anche un rapporto con gli psichiatri e i medici, che prendono le decisioni ma stanno al di fuori della coppia. A volte sei tu che chiedi un parere in più. Altre volte, non conoscendo le pazienti perché non hanno un rapporto con loro, è difficile. Ti faccio un esempio. Il rapporto con la Marucci per le sostituzioni. Se ti arriva una paziente psichiatrica – per cui il DCA è l'ultimo dei suoi problemi – e tu arrivi a darle 5 sostituzioni, non puoi restare attaccato alla regola delle 3 sostituzioni. È già oro colato che ne accetti solo 5! Ci sono cose su cui bisogna essere molto più elastici probabilmente. Secondo me, dipende proprio dal tipo di paziente e di sintomo. A volte è la cosa che serve, e a volte può essere difficoltoso. A volte serve se una persona esterna ti dice cosa devi fare, che è così e basta. Magari tu non riesci a farlo perché ci sei troppo dentro. A volte si fa fatica, perché questo tipo di pazienti a volte ti intortano un po'. Quindi magari glielo dico io: "L'ha detto la Marucci". (Vicini, biologa nutrizionista)

Se da un lato, bisogna essere *dentro* la relazione per poter capire che un successo terapeutico può non coincidere col rispetto di una regola (e viceversa), e quindi una decisione esterna può essere avvertita come un'ingerenza o come un'imposizione astratta, da un altro, il sospetto di essere stati "intortati" fa paventare una fuoriuscita dal ruolo terapeutico, per cui ci si rivolge a un'autorità che lo riassetti. Tale riferimento non è sentito automaticamente come "superiore". A ben vedere, l'autorità non è percepita come realmente "esterna" perché i medici dei centri, come Marucci e Antonelli (Cap. IV, 2.1), "fanno i gruppi" e "si espongono al rischio" di entrare in relazione con i pazienti. Non è neppure "superiore" perché si resta convinti che solo la conoscenza della situazione singola, dall'interno della coppia terapeutica e della relazione clinica, permette di sapere quello che "gli altri non possono capire".

I due stralci di intervista, in realtà, sotto le mentite spoglie di un problema di autorità (esterna/superiore) e di relazione (vicino/lontano dal paziente), pongono una questione più generale e radicale, attinente all'epistemologia della cura. Stanno cioè interrogando il rapporto tra l'*universalità* che attiene al modello terapeutico di riferimento e la *particolarità* della situazione singola, che è sempre un unicum. Indirettamente chiedono conto se sia possibile standardizzare la "salute mentale", e forse, entro un approccio olistico non cartesiano, se la Salute *tout court* sia definibile in termini "positivi" e standardizzati. E' una questione che va molto al di là dei singoli operatori e punta alla radice della biopolitica.

C'è infine un altro aspetto che tutta l'équipe, ma in particolare gli operatori più anziani avvertono come fortemente destabilizzante, cioè la non presenza quotidiana della Dirigente in struttura e il fatto che non veda più i pazienti. I motivi dell'assenza sono chiari per tutti, ma non bastano ad alleviare il senso di incertezza e, insieme, una punta di rammarico e di nostalgia:

D'altra parte, capisco anche che la dott per mantenerla, la struttura, deve arrampicarsi sugli specchi, e poi fa un lavoro ammirevole per creare la rete. E' merito suo se i DCA in Italia hanno preso visibilità. Lei, lo dico sempre, non è un motore a cinque, è un trattore, passa sopra tutto e tutti, non ha paura di niente e di nessuno. Il suo lavoro di diffusione e di conoscenza è enorme, anche perché la macchina è sempre più complessa. E poi che il fatto che la dottoressa non è più qui. Capisci che se questa è la struttura pilota, ma il pilota non c'è... (Mariella Venturi, presidente Associazione "Mi fido di te").

Una cosa molto incisiva, al di là del fatto che alcuni operatori sono cambiati e c'è tanta gente che va e che viene, è il fatto che la doc ha cominciato a non vedere più i pazienti. Prima era parte integrante della cura, le conosceva tutte. Poi, per il troppo carico, ha deciso di occuparsi più della gestione. Questo per me è stato un cambio non in positivo. Lei è la referente, ha il polso duro, è la più formata di tutti. Ora la vediamo solo il martedì. Poi anche noi ci siamo rimboccati le maniche, ti puoi accorgere di chi ha il polso più forte... però si sente che lei manca. Che una guida manca. Il martedì è proprio riduttivo. Servirebbe molto di più. Le situazioni sono tante e complesse, le figure sono tante, le dietiste non hanno una formazione psichiatrica. Uno si muove in buona fede, o prende il telefono, però non è la stessa cosa. (Cazzella, dietista)

Questo è un posto particolare, costruito da una persona particolare, che ha scelto le persone. Questo non è un lavoro che tutti possono fare. Quando ha iniziato a esserci meno, questo si è sentito tanto, perché comunque lei sa portare le sue decisioni, la sua presenza e il suo carisma in tante cose, dallo scegliere il colore delle tazze alle decisioni più formali. Poi siamo tanti e quindi la sua impronta, il suo carisma, la sua capacità decisionale fanno tanto. Una volta seguiva anche le pazienti, e una parola che dice lei sono come dieci parole nostre. La sua presenza era fondamentale, sia per l'équipe che per le ragazze. (Ferri, coordinatrice Palazzo Francisci)

La mancanza del "pilota" in una "struttura pilota" funge da attrattore di entrambi i principali corni problematici rilevati dai componenti dell'équipe, consapevolmente o meno. Da un lato, la gestione dell'approccio ai pazienti (direttività, non direttività, le stesse regole chiare per tutti), dall'altro, le scelte da fare sul piano clinico-psichiatrico. Per riprendere la metafora nautica, si tratta di definire la direzione della cura, nel duplice senso di tenere il timone e impostare la rotta. Che la dottoressa della Ragione ricopra, per Palazzo Francisci, il ruolo di leader carismatico è indubbio. La sua figura, tanto autorevole quanto autoritaria, capace "di passare sopra a tutto e tutti" – dai genitori più assillanti ai pazienti più reticenti, dai vincoli amministrativi all'assenza di risorse – sortisce un effetto rassicurante perfino sulla scelta del "colore delle tazze". La rapidità e il piglio deciso con cui è in grado di risolvere ogni tipo di questione è stupefacente, anche se il "trattore" infierisce non poco sull'amor proprio di chi è stato superficiale o ha commesso qualche errore. Eppure basta leggere le sue pubblicazioni, soprattutto le prime – come "La casa delle bambine che non mangiano" (Dalla Ragione, 2005), o "Il cuscino di viola" (Bianchini, Dalla Ragione, 2007) – per rendersi conto che la tonalità fondamentale del suo enorme lavoro è un'autentica passione per la sofferenza, una nota che vale doppio. Tutti la stimano, molti la temono. Qualcuno, venuto a sapere che ero sua ospite, ha sgranato tanto d'occhi. Personalmente, mi ha protetto l'ingenuità, il ruolo meno compromesso, forse l'età e l'ammirazione che ho provato a mia volta. Scherzosamente la chiamavo "il mio capo tribù". Non le ho mai detto, invece, quanto poco la considerassi una persona "normale".

Più di una volta mi è stato detto dalla dottoressa e confermato da altri, come sia proprio la passione, al di là del curriculum e delle altre credenziali, a ispirarla nella scelta di un operatore. A differenza di ciò che presumibilmente accade nelle équipe "non eclettiche", a Palazzo Francisci si può dire che sia l'équipe a "nutrire" il modello terapeutico. Il suo lavoro rinnova il progetto di cura nel mentre lo pratica, e nel seguire una direzione sperimenta l'innovazione. E' formata da professionisti capaci, inventivi, operosi, sottoretribuiti o non inquadrati, chiamati continuamente a dare, investire, lasciare qualche cosa di sé allo scopo di contrastare lo stato di carestia che prosciuga le ospiti di giorno in giorno. Ma la questione può essere anche ribaltata, chiedendo che cosa, a sua volta, nutra l'équipe.

L'incontro trimestrale di supervisione è stato concepito a questo scopo. Raccomandato dalle Linee programmatiche, viene effettuato da un professionista esterno alla struttura. Nei centri

DCA della USL Umbria 1, lo conduce Manuela Fraire, una psicoanalista didatta della SPI (Società Psicoanalitica Italiana). La dottoressa Dalla Ragione ha chiarito in questo modo lo scopo e la natura dell'appuntamento:

Manuela Fraire è una psicoanalista sui generis [...] L'ho conosciuta attraverso la psicoanalisi, il femminismo e l'antipsichiatria. Abbiamo fatto tante formazioni, ma poi mi sono resa conto che l'aspetto principale da curare qui era proprio la manutenzione del gruppo, la gestione dei suoi aspetti interni, l'interazione fra le persone. Tieni conto che obiettivamente qui il livello di sapere sulla patologia è molto alto, è difficile che qualcuno possa venire qui a insegnarci qualcosa in più sui DCA. Quindi la supervisione non è sugli aspetti clinici. È piuttosto sull'interazione tra il paziente e il gruppo e dei singoli componenti del gruppo fra di loro. L'ho corteggiata per un po' finché quattro anni fa ha accettato ed è diventata una figura importantissima per il gruppo. Le supervisioni che fa lei anche per me sono importanti, perché mi alleggerisce molto. Sono un alleggerimento per me: è come se io fossi la mamma e lei la nonna. È importante per me e per il gruppo.

Ripensando alla coppia Fraire/Dalla Ragione, devo ammettere che nulla è più lontano dalla mia immaginazione dalla metafora proposta dalla dottoressa (e lo dico senza nutrire una particolare simpatia per le femministe). La ricordo, piuttosto, come un'occasione straordinaria che la ricerca sul campo mi ha messo a disposizione. Mentre le avevo entrambe di fronte a me per un'intervista congiunta da incrociare a quella che avevo già svolto separatamente, ho dimenticato tutte le domande. Ho solo ascoltato, lasciando che il discorso fluisse, con la sensazione di poter beneficiare di un'apertura mentale incommensurabile.

In occasione della supervisione, la sala grande di Palazzo Francisci è gremita, stipata, sovraffollata. Non solo perché vi si riuniscono le équipes di tutti i centri (Todi, Umbertide, Città della Pieve), ma perché alle supervisioni vorrebbero esserci *tutti*. Un operatore ha usato un linguaggio bioniano per definire il beneficio che ne ricava. Sono incontri "ravvivanti e digestivi per il lavoro in istituzione, per il *mio* lavoro nell'istituzione. Vanno a dare significato a tanti aspetti che la frenesia del lavoro ti fa lasciare lì, e invece sono importanti anche per la salute mentale di chi ci lavora" (Bravetti, psicoterapeuta). L'incontro è anche un'occasione per salutarsi, rivedersi dopo qualche tempo, scambiarsi notizie più o meno inerenti al lavoro. Come di consueto, anche questo appuntamento è seguito da un pranzo conviviale, e chi entra in sala solitamente ha le mani occupate da qualcosa da mangiare.

La dottoressa Fraire lascia che sia l'équipe a cominciare. Prescelta a turno, espone un caso che il gruppo non è riuscito a dipanare, ad alleggerire, a direzionare verso un cambiamento. La parola spetta per prima alla coppia terapeutica più vicina al paziente, ma l'intervento è bene accetto anche dai membri di altre squadre. Essendo molto accurata, l'esposizione richiede tempo e già questo è un esercizio. Attiva negli astanti delle domande, sensazioni, ipotesi. Si inizia dalla storia clinica, includendo la situazione familiare alla quale viene sempre dato molto spazio, dispiegando l'interesse almeno su tre generazioni. Poi si documentano gli interventi terapeutici, il programma seguito, corredandolo da eventuali materiali, come disegni, diagrammi o test. Dal resoconto del professionista traspare con naturalezza tutta la gamma di emozioni che l'insuccesso procura. E' qualcosa che riguarda tutti, indipendentemente dal fatto di esserne implicati direttamente. Nei gruppi che lavorano su casi così gravi, lo si sa in partenza. Dopo un breve momento di scambio seguito da una pausa, prende la parola la dottoressa Fraire. Tra le note che ho scritto sul mio quaderno di campo rispetto al senso complessivo del suo intervento e la spiegazione che lei stessa mi diede, successivamente, si è creato un felice allineamento. Avevo scritto la parola "interlocutoria" come termine chiave. "Per nulla direttiva, mi colpisce per l'equilibrio e la pacatezza che emana, malgrado l'incisività delle sue osservazioni. Il suo dire contempla degli spazi vuoti, margini di apertura e di perplessità, lanciati all'indirizzo dell'équipe come spunti da raccogliere. Il discorso non chiude, non risolve" (5 maggio 2015, sala riunioni). La sua replica involontaria alle mie annotazioni fu imperniata sul concetto di "intervisione":

Laura ha attivato nei miei confronti una curiosità e un interesse che vengono largamente da una sua libertà molto particolare. Questa è una donna molto originale, con tutta una struttura professionale chiaramente rigorosa, lei è un'avventurosa, un'esploratrice. Così ha chiamato me, che sono una psicoanalista, non sapendo nemmeno il mio orientamento, a fare una supervisione a Palazzo Francisci, quattro anni fa. Non avevo mai lavorato con un gruppo così largo e poi a cadenza trimestrale. Invece sono entrata, sapendo con precisione, dentro di me, che la cosa che faccio non si chiama supervisione. L'istituzione deve chiamarla così se non la possono pagare e giustificare, ma questa è una *intervisione*. Occupo la posizione di chi non sa di cosa si parla (il paziente non c'è mai direttamente), è un'esperienza non super pagata, vengo da Roma, ma non mi pesa *mai*. Ritaglio da questa esperienza qualcosa che altrimenti non potrei sapere. Da un lato, è concedere un senso di appartenenza che è dalla parte della "fortezza" [l'allusione è al caso clinico di cui si era appena discusso]. "Voi che non ne fate parte, non potete sapere cosa si prova a stare qui dentro a lavorare con questi dolori e affrontare questi pazienti". Questo, però, è un pensiero che sta dalla parte della fortezza, cioè dell'esclusione del mondo esterno e dell'entrare in un mondo separato. Dall'altro lato, tutti insieme, apriamo le crepe verso il mondo, a partire da quello che voi avete il coraggio di vedere qui. La stanzialità non appartiene per definizione all'esperienza dell'analista. Il tempo a termine, la seduta che si apre e si chiude con precisione, e il fatto che non ci può essere la commistione tra aspetti domestici della vita, non esiste tutto questo vedere dove il paziente dorme, il mangiare insieme. Loro invece lo fanno. Questo mette in contatto con una realtà psichica, ma anche di pensiero e di rappresentazione del mondo che gli operatori di questo luogo portano, al di là di quello che fanno. Sono dei grandi teorici del loro lavoro senza teorizzare ufficialmente. Io li provo. Chiedo a loro: "Dove credete che stiamo andando?" Nessuno si sente incompreso o irritato. Resta che non smettiamo di guidare, siamo sulla stessa strada, una direzione della cura ce l'hanno. Io servo per essere il punto su cui rimbalzano i loro discorsi. Ogni caso è narrato a più voci e questo è rarissimo. [...] Il caso è stato teorizzato e porta a un modello di funzionamento dell'apparato psichico anche se non si è formati per questo. [...] Qui c'è la produzione di un'esperienza emozionale e della mente, una mente grupppale. [...] E' una gruppalità diversa dal far parte dell'Istituto Italiano di Psicoanalisi. A parte il caso di Bion c'è molta resistenza in psicoanalisi ai gruppi. [...] Qui la gruppalità porta come elemento di condivisione il contatto con un altro piccolo gruppo che è quello dei pazienti. Chiamo "intervisione" il fatto che loro portano tutti i pazienti dentro di sé mentre parlano di uno solo, e io lo stesso.

Non appena compresi perché parlasse di "intervisione", pensai immediatamente a una pratica transdisciplinare. Se il concetto di supervisione rimanda all'idea di una contemplazione panoramica, che osserva dall'alto (super) l'intero campo problematico, l'inter-visione allude a una visione più intima ancorché parziale, che guarda "attraverso" e "trasversalmente". L'immagine della fessura e del margine, cioè in sostanza del vuoto, indica un luogo problematico che attiva la riflessione e lascia aperto il discorso.

L'intervisione stringe a sé i partecipanti in una ipotesi di lavoro condivisa, creando nel contempo un senso di appartenenza. Segna una frontiera rispetto al fuori, un "dentro" a cui viene dato un credito enorme, che tuttavia non diventa una chiusura. Nel commentare il caso clinico di quel giorno la dottoressa Fraire aveva dilatato le sue osservazioni alla radice socio-culturale di talune organizzazioni familiari, per indicare le quali aveva usato l'immagine della "fortezza". Imperniate su un assetto difensivo molto rigido, non lasciano uscire né entrare nulla. La paziente in questione aveva cercato di aprirsi un varco sviluppando un grave sintomo anoressico. Era ciò che in qualche modo l'aveva portata "fuori". Non era il caso di demonizzare tali organizzazioni. Spesso affiliate a qualche forma di religiosità (neocatecumenalismo), sono in grado di attivare, all'interno della congregazione, una rete di solidarietà inusitata nella condizione postmoderna. Neppure serviva a qualcosa ricercare l'assassino del gruppo (sovente la madre). L'équipe era piuttosto invitata a riflettere sulla diffusione sociale sempre più marcata di quelle che forme che furono definite come "identificazioni alienanti", in cui cioè, oltre all'adesione all'Ideale, non c'è alcuno spazio per la soggettività, cioè per la differenza. Tra queste il terrorismo, il fanatismo religioso. E l'anoressia.

Riprendendo questi spunti nell'intervista, la pregai di chiarirmi quale fosse, a suo avviso, il senso della cura a Palazzo Francisci.

La cura qui è *la cura della relazione*, con tutti gli apporti che ci dà la *scienza*, però. L'approccio multiplo che viene fatto qui, scarica un pochino il terapeuta dall'assorbire una patologia così tirannica. Reggi a non odiarle perché hai il gruppo che ti sostiene. Questa è una patologia del togliere, non dell'aggiungere. Chi è capace di fare a meno di qualcosa si sente un dio. L'astinenza è quella dei santi. Qui si introduce la contaminazione, continuamente, a piccole dosi, la contaminazione del contatto e della relazione. Questa è la cura, con tutti i mezzi possibili, perché anche la somministrazione del farmaco, dello specchio, o dell'esercizio fisico o dello haiku sono la somministrazione di qualcosa che *viene da fuori*, e che l'anoressica, piano piano, può mettere dentro.

Era un'immagine cristallina di come un'équipe possa reagire senza irrigidirsi nel rapporto quotidiano con una "patologia del togliere" contaminandola attraverso una relazione somministrata a piccole dosi. Con mia grande sorpresa la dottoressa Fraire avanzò a sua volta una domanda che avrebbe voluto rivolgere agli operatori: cambiano modo di nutrirsi da quando sono qui? Si era trattenuta per prudenza, perché "altrimenti si sarebbero sentiti interpretati". Tuttavia era molto lieta di sapere che io glielo avevo chiesto (e io di poter soddisfare un suo interesse).

L'intervisione rappresenta sicuramente un nutrimento di qualità. Ma è sufficiente per l'équipe? La risposta è parzialmente negativa. Durante le interviste gli operatori hanno affrontato volentieri il tema dei pro e dei contro del lavoro di squadra e anche espresso i loro desiderata. La multidisciplinarietà viene concepita come un punto di non ritorno sul piano professionale. Indipendentemente dal fatto che alcuni operatori non hanno mai lavorato in altro modo, appare inconcepibile svolgere la stessa funzione da soli. Il problema è che l'attitudine al lavoro di squadra va ravvivata, riconosciuta, incentivata esplicitamente. Anche in questo caso, purtroppo, ciò che sembra mancare è il tempo. E' un altro versante di ciò che si è chiamato la cronopolitica della cura. L'équipe ha la percezione di non avere abbastanza tempo, né per discutere i casi nelle riunioni, né per parlare delle proprie dinamiche interne. Desidererebbe intensificare gli incontri di intervisione e le occasioni di confronto sulla clinica. E' oberata dal proprio lavoro ma conosce poco, meno di quanto vorrebbe, il lavoro degli altri. Quando ho chiesto ai professionisti come avessero vissuto, al loro primo ingresso in struttura, l'impatto col trattamento integrato, ho ricevuto una risposta che tiene insieme il passato, il presente e il futuro.

E' complicato. Ho rivalutato molto la figura dello psicologo e ho cambiato tanto la mia prospettiva e il mio tipo di approccio a livello umano. Rispetto al discorso filosofico, non approfondisco più di tanto. Ascolto, ci rifletto, ma per migliorare il mio lavoro approfondisco le tecniche cognitivo-comportamentale focalizzate sull'alimentazione. Sicuramente il tutto mi ha aiutato a crescere. Ad esempio, al Master c'erano lezioni di filosofia. O per esempio, durante la lezione esperienziale di danzamovimentoterapia mi sono resa conto di come tante volte anche noi operatori abbiamo difficoltà a metterci in gioco a livello fisico. Anzi, secondo me sarebbe importante che anche noi operatori ogni tanto facessimo dei piccoli brainstorming su quello che qui viene proposto alle pazienti. È fondamentale che conosciamo anche il lavoro degli altri. Una cosa che mi manca è fare un gruppo psicodinamico per capire che ruolo può avere lo psicologo in questo gruppo. (Carnazza, nutrizionista)

La criticità è che dovremmo avere momenti e spazi per ridiscutere il nostro linguaggio insieme. Il rischio è di aver concordato la stessa base ma che poi di fatto questi saperi ognuno li operi nel proprio settore. Quindi la danzamovimentoterapia colloquia raramente con la filosofia. Il collegamento, il colloquio tra le diverse discipline dovrebbe avere uno spazio e un'attenzione maggiore. Concretamente? Con seminari interni multidisciplinari ogni sei mesi, per parlarci tra noi. Viene fatto con la supervisione: prendi un caso clinico e le varie persone parlano del paziente [...] Ma a parte i pazienti, pensavo a seminari interni su un tema. Ad esempio: come la pensiamo sul corpo? Questo servirebbe per trovare un linguaggio comune. (Bianchini, consulente filosofica)

Nell'esternare il suo disappunto per il caos e la disorganizzazione che regnano a Palazzo Francisci, un'altra professionista parlò di un "problema storico", che a fronte della crescente complessificazione del lavoro, le sembrava quasi irrisolvibile. "Un centro aperto da dieci anni che va avanti in questo modo, sarebbe un lavorone cambiare, scardinare alcuni meccanismi" (Vicini, nutrizionista). Questa, però, è una tipica frase da "voce della malattia".

Chi ha largamente approfittato della situazione è stata l'etnografa. Rispetto alla media dei miei colleghi mi sono sentita privilegiata: non solo i miei interlocutori erano disposti a lasciarsi intervistare, ma lo desideravano pure. Ero piena di appuntamenti. Per una strana inversione delle parti, mi sembrava di essere io a favorire loro, ascoltandoli con interesse, laddove invece era chiaro che fossero loro ad aiutare a me. Uno degli ultimi giorni di campo, durante un viaggio a Perugia su quello che era diventato il mio mezzo di locomozione preferito, una "Aygo rossa" spumeggiante come la sua conduttrice, mi fu rivelato che, a parte la diffidenza iniziale, l'équipe si era abituata alla mia presenza e la mia ricerca era diventata per gli operatori un'occasione di espressione e di riflessione su di sé. Per una volta, qualcuno aveva messo da parte la patologia e aveva "avuto cura" della cura. Un vero punto d'onore fu ricevere, dopo l'intervista, un sms da parte della dottoressa Dalla Ragione in persona. Immaginando quante dichiarazioni deve aver fatto in vita sua, fu un riconoscimento graditissimo, oltre che una riprova della sua sensibilità.

CONCLUSIONI: PER “BEN” MANGIARE

Una volta rimpatriata dall'esplorazione comparativa dei sistemi medici altri, l'antropologia si è impegnata a relativizzare e denaturalizzare il modello biomedico. Espressione eminente del sapere scientifico moderno, ne ha incorporato i tratti etnocentrici più rappresentativi, cioè l'oggettivismo e l'universalismo. Riconoscere la biomedicina come un “sistema culturale” è stato un indubbio guadagno. Proprio l'indagine etnografica, tuttavia, ha dimostrato quanto poco sia un campo unitario, omogeneo e inglobato in un assetto ideologico permanente. La decostruzione dell'idea di “cultura biomedica” e il parallelo interesse per le *pratiche* culturali dei soggetti coinvolti (professionisti, pazienti, rappresentanti istituzionali ecc.) ha permesso di articolare l'indagine al di là di mere contrapposizioni dicotomiche. Se il campo biomedico è regolato da rapporti di forza, incorporati e naturalizzati in maniera da auto perpetuarsi, la creatività, varietà e mobilità sono tratti distintivi dell'azione sociale. Gli scenari sono complessi, instabili e mai unidirezionali. Vi sono luoghi in cui le logiche regolative tendono a entrare in crisi. Il tema della cosiddetta “non osservanza” da parte dei pazienti, delle prescrizioni mediche, ma anche da parte dei professionisti rispetto al “sistema” in cui si trovano inseriti, si è rivelato uno dei più interessanti (Pizza, 2007, p. 147). Anche la presente ricerca si presta a essere letta a partire da questa suggestione, configurandosi come una sorta di dialogo immaginario tra due forme di “resistenza”. Da un lato, c'è un pensiero clinico obbligato a ridefinire molti assiomi della funzione terapeutica. Dall'altro, pazienti che rifiutano di curarsi perché non si sentono malati.

L'emergenza di una patologia come i disturbi alimentari ha costretto un assetto incanalato nei binari paralleli della mente e del corpo, a “dissentire” dalle proprie fondamenta. La patologia confonde le distinzioni su cui poggia la clinica occidentale, inverando il lato oscuro della dicotomia cartesiana, ossia il fatto che l'esperienza e il vissuto – diversamente dalla scienza che si fonda sulle idee – manifestano l'unione e non la distinzione tra le due sostanze. Proprio per questo si è trovata a capitolare, a poca distanza dalla sua fondazione, di fronte a un manipolo di giovanette denutrite. I disturbi alimentari sono malattie *mentali* ma hanno un impatto deleterio sul *corpo* e la sua biologia.

La contromossa biomedica è stato l'approccio delle cure integrate. Professionisti diversi, ciascuno con una formazione specifica, genericamente nell'ambito “psicologico” (psicoterapeuti, psichiatri, educatori) oppure “organico” (medici e nutrizionisti), sono chiamati a collaborare in modo programmatico. Eppure tale risoluzione non è ancora sufficiente per contrastare la “resistenza” alla cura, che è *il* sintomo dei sintomi. Il fatto che terapie mediche, nutrizionali, psicologiche, psicofarmacologiche ecc. si susseguano o vengano erogate contemporaneamente non garantisce che vengano anche “incorporate”. Non a caso il filo conduttore dell'etnografia è stata un'espressione francese, mutuata da Derrida, dal significato ambivalente: *il faut bien manger*. La riabilitazione nutrizionale, considerata centrale in tutti i livelli di trattamento previsti dalle indicazioni ministeriali (ambulatorio, centro diurno, residenza, ricovero ospedaliero), diventa necessaria in condizioni di particolare gravità, che tuttavia sono proprio quelle in cui il rifiuto di curarsi è più forte.

Quanto più la paziente dimagrisce quanto meno accetta di nutrirsi. Appunto per questo non basta che mangi (e deve *pur* mangiare), ma deve anche farlo “bene”, in modo tale cioè da riconfigurare il proprio modo di vedere il cibo e il corpo come metafore dell’introiezione del mondo. Altrimenti la patologia peggiora, si cronicizza, si trasforma, oppure migliora ma per un tempo insufficiente a decretare la guarigione. Metaforicamente i disturbi alimentari incarnano il sintomo della medicina occidentale. Irriducibili al modello cartesiano, sono malattie paradossali, forme di autoterapia che non vogliono guarire.

Su cosa significhi mangiare “bene”, la risposta della maggioranza dei centri di cura è allineata con una concezione di tipo medico. Ripristinare le condizioni fisiologiche dell’organismo e correggere le convinzioni patologiche legate a cibo, peso e immagine corporea corrisponde all’idea classica del sintomo come è visto in medicina. Più esattamente, visto che il paziente non ne riferisce alcuno, alla sua iscrizione in una logica di tipo segnico. Ciò che il medico “osserva” nell’interazione verbale col paziente, somministrando test e considerando le caratteristiche del contesto di vita, viene ricondotto a un quadro diagnostico universale. Questa impostazione è conforme alle logiche biopolitiche dei sistemi sanitari di molti paesi (gli Stati Uniti, ma sempre di più anche l’Europa), dove il diritto alla salute deve commisurarsi alla scarsità delle risorse. Durante lo svolgimento dell’etnografia è emersa come pista di riflessione interessante una dimensione che si è scelto di chiamare come *cronopolitica* della cura. La questione del tempo si è rivelata cruciale nella clinica dei DCA. Il tema dell’urgenza, in particolare, ha costituito l’attrattore concettuale di una molteplicità di dimensioni. La gravità della patologia, potenziale o acclarata, richiede un intervento tempestivo e finanche preventivo. L’impossibilità di temporeggiare serve a evitare complicanze potenzialmente irreversibili ma anche a fronteggiare una potente angoscia di morte. A sua volta, la rapidità della remissione sintomatica è inversamente proporzionale alla “vera” guarigione, e l’effetto “a lungo termine” diventa un criterio per la validazione delle terapie. Il problema dei costi di un trattamento di lunga durata porta a intensificare l’intervento in un periodo relativamente breve. La dimostrazione che un centro pubblico “funziona” passa attraverso il resoconto dei flussi di ingresso e di uscita.

Alla base della necessità di “fare in fretta”, quindi, non ci sono soltanto delle ragioni cliniche, ma esigenze di natura etica, emotiva, economica e politica. La risonanza attuale, nel campo della psicopatologia “ufficiale”, delle terapie cognitivo-comportamentali, della logica descrittivo-classificatoria del DSM e della *evidence based medicine*, suscita una considerazione di carattere generale. C’è un significativo allineamento da parte del sistema medico occidentale al genere di risposte che, su scala macro-politica, i governi dei paesi economicamente avanzati scelgono di offrire (hanno il potere di farlo) in quelle circostanze in cui l’urgenza o la gravità di una situazione – una guerra, una calamità naturale, una barca di migranti che affonda – impongono un intervento tempestivo. Nessuno mette in dubbio l’autenticità dell’angoscia di tante madri e tanti padri di fronte a una vita che si consuma in un sintomo così violento. E neppure l’impegno di professionisti scrupolosi che si trovano imbrigliati, *malgré eux*, in un sistema che non funziona come dovrebbe. Il problema è che lo stato di emergenza, così come sollecita il bisogno di “fare qualcosa”, incide anche sfavorevolmente sulla capacità di giudizio e sull’attenzione contestuale alle particolarità. La medicalizzazione a oltranza, l’adesione fideistica a modelli di intervento ispirati a performatività ed efficacia può generare, nel campo della salute, gli stessi paradossi inavvertiti di una “guerra umanitaria”. In un’équipe transdisciplinare, la fretta di decidere può scadere nel decisionismo e, qualche volta, nell’autoritarismo. Non a caso la squadra di Todi chiedeva più tempo per discutere i casi e riflettere su se stessa.

Nel dialogo immaginario tra disturbo alimentare e risposta terapeutica si inserisce la specificità dell’esperienza di cura scandagliata etnograficamente. L’esplorazione del modello multidisciplinare integrato di “Palazzo Francisci” ha suggerito l’espressione di “medicina

riflessiva". Malgrado la sottomissione alle crono-logiche della sanità pubblica, la proposta del centro corrisponde solo parzialmente a una visione strettamente medica. La differenza principale consiste nella convinzione della irriducibilità della sofferenza psicopatologica a una logica meramente sintomatica. Il comportamento alimentare abnorme e l'ideazione ossessiva sul peso e sul corpo non sono "disturbi", ma espressioni di un disagio esistenziale che per essere curato deve essere prima di tutto "preso in cura". Al sintomo viene quindi riconosciuta la funzione di rappresentare un guadagno secondario, a suo modo risolutivo, di una condizione di partenza ancora più penosa. Accettare che il digiuno o l'abbuffata siano in primo luogo una sorta di terapia significa innalzare l'asticella della cura ben al di sopra di una mera "correzione". Significa, in particolare, direzionare l'intervento non solo sull'*aggressione* degli aspetti sintomatici – un obiettivo prioritario del ricovero residenziale – ma anche sulla *tutela*, comprensione, e graduale risoluzione del loro significato. Operare tale bilanciamento all'interno dei vincoli (anche temporali) imposti dalla *clinical governance* è un'impresa non da poco. Eppure è sostenuta con convinzione. L'idea che il sintomo vada considerato in primo luogo come una "soluzione" è presente non solo nella psicopatologia dinamica, ma anche nel modello PNEI (psiconeuroendocrinoimmunologia). La giovane età dei pazienti e la scarsità di risultati con il trattamento psicofarmacologico hanno stimolato la ricerca e la sperimentazione di rimedi "naturali" per risolvere certe forme di malessere.

Se l'asse della cura si sposta sul "ben mangiare" – e questo "bene" non corrisponde tanto all'alimentazione corretta quanto al recupero dell'introiezione del mondo – lo sforzo dell'équipe viene a impernarsi sul *dare* da mangiare, anzi, sul come *farsi* mangiare dal paziente. Su questo punto, che tocca direttamente le pratiche terapeutiche nel loro complesso, il risultato dell'etnografia si è parzialmente discostato dalle indicazioni programmatiche e dalle Linee Guida ufficiali.

Fondandosi sull'approccio bio-psico-sociale, i documenti di indirizzo e la letteratura di settore qualificano il lavoro di squadra come "multidisciplinare" e/o "interdisciplinare". L'osservazione partecipante e il confronto diretto con gli operatori hanno suggerito un'ipotesi alternativa. Non si tratterebbe, cioè, né di una sommatoria di interventi distribuiti su molti piani – un intervento "a 360 gradi", come si sente dire spesso – e neppure della produzione di un modello teorico/pratico unificato, secondo la metafora del "linguaggio comune". I due termini, inoltre, non solo vengono definiti in modo vago e come fossero intercambiabili, ma soprattutto non chiariscono a sufficienza che cosa *fanno* concretamente gli operatori quando lavorano insieme per un fine comune.

Esaminato dal punto di vista etnografico, il lavoro multiprofessionale sembra convergere su una posizione che dal punto di vista epistemologico può essere definita come *transdisciplinare*. Sul piano operativo ogni terapeuta, se vuole incidere realmente sulla patologia, è obbligato a rispettare e insieme a oltrepassare i confini della propria professione. Nel concreto esercizio dei suoi compiti è sospinto al di là dell'orizzonte disciplinare di appartenenza, non solo perché stimolato a usare in modo creativo gli strumenti acquisiti, ma soprattutto perché *si vede lavorare* attraverso l'operato degli altri. L'azione terapeutica diventa nel suo complesso una *pratica trasversale* a singole discipline e aree di competenza, e solo in questo modo può essere "metabolizzata" dal paziente. Elemento cardine di questa sorta di pre-digestione è la modulazione processuale tra accoglimento e lotta contro il sintomo. Questo compito, mai del tutto programmabile, sembra concernere *ogni* terapeuta indipendentemente dal suo ruolo. La particolare configurazione del setting di Palazzo Francisci, infatti, rende molto "intima" la relazione fra curanti e pazienti, per ragioni che è difficile capire quanto dipendano da una scelta di tipo clinico e quanto invece dalla mancanza di risorse. Tale vicinanza, così come rende "ambigua" la figura del dietista, che entra in scena come "specialista del corpo" ma diventa ben presto "lo psicologo delle cose alimentari", impone anche allo psicologo di esercitare una funzione "ibrida" tra lo psicoterapeuta e

l'educatore. Gestire questa situazione, soprattutto nel secondo caso, è particolarmente gravoso, perché nessuno degli psicologi del centro è formato alla scuola cognitivo-comportamentale, che identifica i due ruoli praticamente a priori. La coppia terapeutica dietista/nutrizionista e psicologo è quella più vicina al paziente. Le altre figure si dispongono concentricamente, allontanandosi dall'epicentro dell'integrazione a misura del tipo e del grado di frequentazione degli ospiti. La scelta/capacità di contenere o accogliere il sintomo torna quindi a dipendere da altre variabili, correlate alla disposizione personale del professionista, ma soprattutto alla sua formazione disciplinare *incorporata*, che sono sempre risonanti. In ogni caso non sembra ipotizzabile aprire una breccia nella costellazione sintomatica senza proteggere, al di là del sintomo (e quindi del soggetto), proprio la *relazione clinica*.

L'idea di transdisciplinarietà non è estranea, ma neppure si sovrappone a quella di "multi" e "inter" disciplinarietà. Identifica uno spazio epistemologico peculiare che è al tempo stesso *fra* le discipline (inter), attraverso *più* discipline (multi) e *al di là* di ciascuna (trans)" (Montuschi, 2007, p. 107). La prospettiva focalizza l'attenzione sulle *relazioni* tra i saperi in quanto spazi di emersione per nuovi oggetti conoscitivi e nuovi tipi di domande, che tecnicamente non appartengono a nessuna delle discipline di partenza. Uno di questi oggetti-domanda che l'etnografia ha portato alla luce è proprio il "corpo", la cui definizione è rimbalzata tra le discipline senza mai stabilizzarsi: dalla visione organico-biologica a quella olistica ed emozionale, da quella estetica e sessuale a quella in senso lato esistenziale.

L'antropologia, come ha scritto Ugo Fabietti (1999), incarna per costituzione una disciplina in movimento. Nata *sulla* frontiera tra culture diverse, è anche un sapere *di* frontiera, perché "rifiuta le certezze del mondo di cui è espressione per aprirsi ad altri mondi, ad altre esperienze di significato, che non sono più certi né meno certi di quello da cui il sapere antropologico prende le mosse (Fabietti, 1999, p. XI). La sua vocazione critica e riflessiva deriva in primo luogo dal non poter mai "stare ferma" (*ibidem*). L'etnografia ha quindi *transitato* nell'esperienza comunitaria esplorando le convinzioni esplicite e implicite degli operatori, le loro azioni quotidiane, le condizioni oggettive entro cui si esprime, o vorrebbe esprimersi, la loro professionalità.

Una "frontiera" particolarmente labile si è rivelata alla riflessione quella tra sapere e potere. Nell'ipotesi di astrarre la sola appartenenza a un campo disciplinare dal fitto intreccio che empiricamente articola questa variabile a una molteplicità di altri fattori (come l'età dei professionisti, il grado di responsabilità, l'anzianità in struttura, la vicinanza al paziente), ho riflettuto sul posizionamento dei saperi all'interno dell'équipe. Mi sono chiesta se potessero considerarsi sullo stesso piano oppure rispettassero una gerarchia, se alcuni saperi "pesassero" più di altri e sulla base di quali criteri.

Il confronto con la consulente filosofica mi ha offerto un primo spunto interessante. L'avevo interpellata su come si fosse trovata a lavorare in un'équipe composta da figure mediche. Rispose di non aver mai avuto la minima difficoltà, anche perché il gruppo obiettivamente era nato con lei. Il suo problema era il riconoscimento *esterno*, cioè la fatica di dare dignità professionale, e quindi economica, alla sua figura. Deplorava che mai come in questo momento storico, soprattutto nel nostro paese, gli assetti formativi diventino sempre più rigidi e arroccati su se stessi – "saperi blindati che non vogliono comunicare" – plausibilmente per tutelarsi economicamente, perché "se apri i confini hai paura di perdere il posto di lavoro". Mi confessava il proprio disappunto, quando era invitata a un convegno, nel non sapere come definirsi, "perché uno quando sente la parola 'filosofo' pensa a Kant", e invece – intervenni io – può dichiararsi psicologo senza essere Freud. Era così scontenta della situazione che stava pensando di iscriversi a Psicologia. Concluse il discorso con una frase che mi colpì: "perché il filosofo non fa lo psicologo diminuito".

Un disagio simile emergeva dalle parole di una dietista, il cui primo desiderio, tra l'altro, era stato quello di studiare Psicologia. Le avevo domandato se nel suo corso di laurea fosse prevista una trattazione dei DCA. Mi rispose non solo che la disinformazione regna sovrana, ma anche che "i medici non fanno neppure un esame (nemmeno uno!) di scienza dell'alimentazione, eppure detengono lo scettro di prescrivere diete". Un biologo nutrizionista, invece, mi parlò del suo "grosso complesso di inferiorità" nei confronti del medico della struttura. Non riguardava la "gerarchia" ("è un medico, quindi è giusto che supervisioni noi tecnici") ma proprio il piano personale: "ogni volta che mi confronto con un medico dico: perché lui sì e io no?". A dire il vero, non se ne rammaricava, dopotutto non aveva neppure provato a fare il test per entrare a Medicina. Mi sorprese la sua considerazione finale su quelli che chiamava i "nostri" medici, cioè quelli che lavorano nei centri DCA, i quali "si espongono ai rischi – disse proprio così – di entrare in contatto con questi pazienti un po' particolari".

Su quale premessa un medico pensa o è pensato come colui che detiene uno "scettro"? E lo scettro di che cosa esattamente? Nasce il sospetto che, fondandosi il suo sapere "su dati reali" ed essendo capace di "riportare il discorso" – il confronto è con gli psicologi – al piano di realtà, si tratti del potere della Verità. *E' biologia, non è magia* era stata l'esclamazione con cui il medico nutrizionista del Master aveva concluso la sua brillante esposizione sui depistaggi del corpo malnutrito al processo di rialimentazione. In questione non è – sia chiaro – il rigore delle procedure di oggettivazione con cui la medicina tecnico-scientifica costruisce l'evidenza dei suoi dati. Né gli indubbi vantaggi che produce. Tanto più, com'è il caso di Palazzo Francisci, quando si tratta di una medicina ben consapevole dei limiti dell'approccio classico. Il punto di interrogazione riguarda gli *effetti* dell'equazione pregiudiziale tra scienza, verità e realtà all'interno della relazione clinica, perché su questo punto la medicina "alternativa" sembra piuttosto conservatrice.

Come si è visto, esiste un pericoloso isomorfismo tra medicina e anoressia-bulimia. Entrambe confidano nella correzione della natura (cioè del corpo) con l'Ideale (la Salute, la Magrezza). Nel caso del medico, la prescrizione della cura deriva dalla conoscenza di come il corpo funziona "realmente". Nel caso del paziente DCA, dall'ossessione di conformarsi integralmente a un ideale sociale. Viene allora da chiedersi *a chi veramente serve*, durante la visita, chiamare in causa la Realtà o l'implicito che la Natura sia "vera" e l'ossessione "falsa", includendo da questo lato anche la Cultura. L'etnografia ha infatti dimostrato che ciò che fanno o tentano di fare i professionisti che veramente "corrono il rischio" di entrare in contatto con questi pazienti "un po' particolari" è di giocare *entrambe le verità* sul piano della relazione.

Che cos'ha di particolare un paziente DCA? Il corpo. Sono corpi, come mi spiegava la dottoressa Fraire, "che negano di essere tali". Corpi che irrompono nella relazione terapeutica con la durezza dell'osso o l'adipe debordante. Il punto, quindi, è come l'équipe reagisca all'anoressia o all'obesità *incorporate* nella relazione. Può *rigettarle*, chiamando le pazienti "manipolative" e "bugiarde", oppure *assimilarle* con un eccesso di esternazioni empatiche che probabilmente sono solo reazioni d'angoscia. Ancora, può cercare di *ingerirle* e *digerirle* di volta in volta, in un equilibrio precario da rinegoziare costantemente. Contro la mistica del corpo "vissuto", del corpo "emozionato", del corpo "proprio", si tratta sempre di un corpo *estraneo*. L'inconscio è anche la vita dell'organismo che procede a nostra insaputa e verso una meta altrettanto ignota. Tenere in considerazione gli aspetti emozionali nel modello terapeutico è una cosa, farsi carico delle proprie emozioni di fronte al paziente un'altra. Uno spunto conclusivo della dottoressa Fraire merita una citazione per esteso, e si commenta da sé.

L'approccio medico è quello dove la relazione è tra un soggetto passivo e uno attivo. Qui, invece, stiamo parlando di relazioni entro le quali vengono modificati tutti e due gli attori. Ecco il perché della supervisione. Si sono resi conto che parte essenziale della cura è la loro modificazione. Non vedono il paziente come

qualcuno che parla soltanto una lingua sconosciuta. Capire gli effetti della relazionalità nella cura è la cura. E' chiaro che non basta l'alimentazione forzata, perché ancora una volta conferma all'anoressica che l'importante è che l'altro non ti accosti. Meglio la flebo che un contatto tra corpi. Non so se c'è una guarigione, perché una difesa come questa è davvero uno stile di vita. La patologia della nostra epoca è il controllo assoluto dell'azione che l'altro ha su di noi, al punto da sostituirlo volentieri con un'immagine virtuale, manovrabile col mouse. Nella procreazione medicalmente assistita si va verso un accoppiamento senza contatto, basato esclusivamente su una garanzia genetica.

Dal punto di vista epistemologico, la transdisciplinarietà destabilizza (senza demolirla) la demarcazione tra le scienze. Le mette a confronto a partire dai margini, cioè dai loro "limiti". Sollecita i confini disciplinari, poiché asseconda l'idea che una frontiera mobile sia più produttiva del rispetto dello status quo, o della ricerca della verità. Nel caso in cui la prospettiva dischiusa dal lavoro etnografico volesse essere recuperata da parte dell'équipe, in luogo della ricerca di un "linguaggio comune" – che forse attiene più alla retorica che alla pratica della multidisciplinarietà – gioverebbe introdurre un principio che si potrebbe chiamare di "tolleranza epistemologica". E' una posizione rigorosa, da non confondere col qualunque intellettualismo né col diritto di dire qualunque cosa. Indica piuttosto l'abbandono *per principio* – e non per il semplice avvicinarsi di congetture e confutazioni – dell'idea che la verità sia qualcosa di indipendente dal processo simbolico della modellizzazione conoscitiva, per affermare piuttosto l'*opacità del reale* come sfondo di ogni forma di sapere. L'assunzione, da parte dei professionisti, di uno sguardo trasversale e "strabico", l'impegno a guardarsi lavorare con gli occhi dell'altro operatore, o addirittura del paziente, è utile non tanto per integrare i vari punti di vista nell'intersoggettività immaginaria del linguaggio comune, ma proprio per farne a meno. La tolleranza epistemologica è anzi "pessimista" su questo fronte, ma neppure troppo rammaricata. Ciascun professionista, infatti, porta con sé, sul luogo di lavoro, una formazione disciplinare *incorporata*, fatta di gesti, sguardi, toni e modi che sono "appropriati" al suo sapere e alla sua pratica. Non occorre che se ne liberi, anzi, sarebbe un rischio se lo facesse. Basta che sappia che sono i *suo*i, cioè quelli del *suo* sapere, incluso il sapere dell'evidenza. I momenti di formazione e di confronto dedicati esclusivamente all'équipe potrebbero servire a negoziare questa costruzione e a lasciarla aperta. L'ipotesi del "linguaggio comune" è troppo esposta, oggi, alla morsa della "presa in carico" globale del paziente, quale versione moderna del *furor sanandi*. La tolleranza epistemologica predilige la dubitazione alle certezze della salute programmata. E' una posizione a rilevanza *etica*, a favore di una clinica del *ben mangiare*.

EPILOGO



Quando ero ospite a casa Dalla Ragione e partivo da Perugia al termine di una sessione di campo, siccome uscivo di casa molto presto, lasciavo un biglietto sul tavolo della cucina. Due righe di ringraziamento, unite a un pensiero sui giorni trascorsi. All'inizio del mese di marzo 2015 le parlai proprio dell'équipe, utilizzando l'immagine di una "rete". Ogni operatore è come un nodo che porta la propria fibra e il proprio vuoto, e nell'insieme non lascia cadere nessuno a terra. Senza saperlo, avevo già introdotto l'idea della *transdisciplinarietà*, cioè l'architrave teoretica della ricerca. Ora che l'esperienza si è conclusa e la tesi è stata scritta, penso che anche l'antropologia abbia contribuito alla tessitura, con la sua capacità di *vedere* la complessità del lavoro di squadra. Anzi, l'utilità di destabilizzare gli assetti disciplinari e problematizzare gli spazi vuoti tra i saperi, mi ha aiutata molto anche dal punto di vista personale. Per esempio, mi ha permesso di staccarmi dai libri quando mi sembrava di non sapere mai abbastanza per autorizzarmi a dire qualcosa su un tema che esula dalle mie competenze. Il mio tutor, il professor Malighetti, a un certo punto mi disse che "leggere è un modo per non scrivere". Aveva ragione. Scrivere è misurarsi con la pagina bianca che dobbiamo riempire *noi*. L'ipotesi transdisciplinare è stato un altro modo per prendere le distanze da una pienezza (di conoscenze, di assicurazioni, di garanzie) che ha la pretesa di poter dire all'esperienza come dovrebbe essere, quando invece proprio la ricerca sul campo deve la sua potenza euristica alla combinazione imprevedibile di un insieme di artifici e di eventi.

Quando tornai a Perugia nell'aprile successivo, la dottoressa non era in casa. Andai in cucina a prendere un bicchier d'acqua e, con mia grande sorpresa, vidi il biglietto che avevo scritto il mese prima appeso a una mensola. Non ne parlai mai con lei, ma forse era la prova che l'antropologa, "aveva consegnato qualcosa di sé", come ha detto Lévi-Strauss, per far presa sull'altro. Certo è, che anche l'altro, cioè l'esperienza di ricerca, i miei interlocutori, e poi la scrittura, hanno fatto presa su di me, consegnandomi un altro passaggio nella guarigione. Alla fine del 2016, alla festa di Natale, il biglietto era ancora là.

BIBLIOGRAFIA

- ABU-LUGHOD, L. (1986), *Sentimenti velati*. Tr. it. Le Nuove Muse, Torino 2007.
- AFFERGAN, F. (1987), *Esotismo e alterità. Saggio sui fondamenti di una critica dell'antropologia*. Tr. it. Mursia, Milano 1991.
- AGAMBEN, G. (1995), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Einaudi, Torino.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), (2006), *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Third Edition)*. Am J. Psychiatry, 163, pp. 1-54.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), (2013) Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- anoressiche e cultura". In *I fogli di Oriss*, 9, pp: 83-111.
- ANSERMET, F. (2012), "Il corpo iperattivo". In PORTA, L. (a cura di), *Corpi ipermoderni. La cura del corpo in psicoanalisi*. Franco Angeli, Milano, pp. 47-57.
- ANTONELLI, G., (2014), "Corpo e cibo: il ruolo del nutrizionista". In DALLA RAGIONE, L., GIOMBINI, L., *Solitudini imperfette. Le Buone Pratiche di cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare*. EDS editore, pp. 264-273.
- ASAD, T. (1973) (a cura di), *Anthropology and the Colonial Encounter*. Ithaca Press, London
- BACHELARD, G. (1940), *La filosofia del non. Saggio di una filosofia del nuovo spirito scientifico*. Tr. it. Armando, Roma 1998.
- BALINT, M. (1957), *Medico, paziente e malattia*. Tr. it. Giovanni Fioriti Editore, 2014.
- BALLARDINI, D, SCHUMANN, R. (2011), *La riabilitazione psiconutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*. Carocci, Roma.
- BANCHIERI, G., DALLA RAGIONE, L. (2016), *Percorsi Diagnostici e Terapeutici Assisteniali del Disturbo del Comportamento Alimentare e del Peso*. COM Srl, Roma.
- BARBETTA, P. (2005), *Anoressia e isteria. Una prospettiva clinico-culturale*. Raffaello Cortina, Milano.
- BATESON, G. (1972), *Verso un'ecologia della mente*. Tr. it. Adelphi, Milano 1976.
- BATESON, G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- BATESON, G. (1979), *Mente e natura*. Tr. it. Adelphi, Milano 1984.
- BELL, R.M. (1987), *La santa anoressia*. Tr. it. Laterza, Roma-Bari 1987.
- BELLINI, M. (2010) (a cura di), *La maledizione del cibo. Le ragazze anoressiche e la coesistenza impossibile col corpo*. CLUEB, Bologna.
- BENEDUCE, R. (1995), "Depressione e 'lavoro della cultura'". In *I fogli di Oriss*, 3, pp. 9-32.
- BENEDUCE, R. (2007a) *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Milano.
- BENEDUCE, R. (2007b), "Migrazione e disagio psichico: le sfide dell'ambivalenza". Relazione presentata al seminario "Epistemologia e metodologia della cura nelle società multiculturali" inerente al "Progetto salute mentale", 18 aprile 2007 (<http://www.psychiatryonline.it>)
- BENJAMIN, W. (1955), "Il compito del traduttore". Tr. it. in *Angelus Novus*. Einaudi, Torino 1962, pp. 39-52.
- BIANCHINI, P., DALLA RAGIONE, L. (2006), *Il cuscino di Viola. Dal corpo nemico al corpo consapevole*, Diabasis, Reggio Emilia.

- BIANCHINI, P., De SANTIS, MOLLO, G. (2011), *Universi confusi. La consulenza filosofica come sostegno alla genitorialità nei disturbi alimentari*. Cesvol, Perugia.
- BIBEAU, G. (2014). “Quale psichiatria culturale nell’era delle neuroscienze, della Salute Mentale Globale e del DSM-5?”. In FARANDA, L., PANDOLFI, M. (a cura di), *La salute mentale e il paradigma geopolitico. Itinerari critici per un’etnopsichiatria radicale*. Aracne, Roma, pp. 13-20.
- BION, W.R. (1962), *Apprendere dall’esperienza*. Tr. it. Armando, Roma 2009
- BLOCH, M., 1991, *Language, Anthropology and Cognitive Science*, «Man», 26, 2, pp. 183-198 (trad. it. parziale 2000, *Linguaggio, antropologia e scienze cognitive*, in BOROFSKY, R. (a cura di), *L’antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma, pp. 339-347.
- BORDO, S. (1993), *Il peso del corpo*, Feltrinelli, Milano 1977.
- BORUTTI S., (1999), *Filosofia delle scienze umane*. Bruno Mondadori, Milano.
- BORUTTI S., (2003a), “Sentimento e scrittura dell’altro in antropologia”, in RUGGENINI M., PALTRINIERI G.L. (a cura di), *La comunicazione. Ciò che si dice e ciò che non si lascia dire*. Donzelli Editore, Roma, pp. 79-99.
- BORUTTI, S. (1993), *Per un’etica del discorso antropologico*. Guerini e Associati, Milano.
- BORUTTI, S. (2003b), “Per un’ontologia dell’incompiutezza (Kant, Heidegger, Wittgenstein, Freud)”. In AFFERGAN, F., BORUTTI, S., CALAME, C., FABIETTI, U., KILANI, M., REMOTTI, F. (a cura di), *Figure dell’umano. Le rappresentazioni dell’antropologia*. Meltemi, Roma 2005, pp. 373-397.
- BORUTTI, S. (2007) (a cura di), *Modelli per le scienze umane. Antropologia, scienze cognitive, sistemi complessi*. Trauben, Torino.
- BORUTTI, S., FABIETTI, U. (2005), “Introduzione. Scrivere l’assente”. In DE CERTEAU, M., *La scrittura dell’altro*. Raffaello Cortina, Milano, pp. IX-XXXI.
- BOSELLO, O, CUZZOLARO, M. (2006), *Obesità e sovrappeso*. Il Mulino, Bologna.
- BOTTACCIOLI, F. (1995), *Psiconeuroimmunologia*, RED, Como.
- BOURDIEU, P. (1972), *Per una teoria della pratica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2003.
- BOURDIEU, P. (1977), “Afterword”. In Rabinow, P., *Reflections on Fieldwork in Morocco*. University of Chicago Press, Chicago, pp. 163-167.
- BOURDIEU, P. (1979), *La distinzione. Critica sociale del gusto*. Tr. it. Il Mulino, Bologna 1983.
- BOURDIEU, P. (1987), “Osservazioni provvisorie sulla percezione sociale del corpo”. Tr. it. in BOURDIEU, P., CALVI, G., CANEVACCI, M., et. Al., *Il corpo tra natura e cultura*. Quaderni del Socialismo. Franco Angeli, Milano 1988, pp. 163-171.
- BOURDIEU, P. (2001), *Il mestiere di scienziato. Corso al Collège de France 2000-2001*. Tr. it. Feltrinelli, Milano 2003.
- BRILLAT-SAVARIN, A. (1825), *FISIOLOGIA DEL GUSTO*. TR. IT. SELLERIO, PALERMO 1998.
- BRUCH, H. (1978), *La gabbia d’oro. L’enigma dell’anoressia mentale*. Tr. it. Feltrinelli, Milano 1983.
- BRUCH, H. (1988), *Anoressia. Casi clinici*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1988.
- BYNUM, C.W. (1987), *Sacro convivio, sacro digiuno. Il significato religioso del cibo per le donne del Medioevo*. Tr. it. Feltrinelli, Milano 2001.
- CAMPORESI, P. (1989), *La terra e la luna. Alimentazione, folklore e società*. Il Saggiatore, Milano.
- CANGUILHEM, G. (1966), *Il normale e il patologico*. Tr. it. Einaudi, Torino 1998.
- CANGUILHEM, G. (2002), *Sulla medicina. Scritti (1955-1989)*. Tr. it. Einaudi, Torino 2007.
- CAPANNELLI, G. (2011), “Pazienti con DCA e trattamento in istituzione”. In *La Psicoanalisi*, 50, pp. 151-161.
- CAPLAN, P. (1977), *Food, Health and Identity*. Routledge, London.
- CARDAMONE, G., ZORZETTO, S. (1998), “Scoprirsi esotici. Un’analisi critica del rapporto fra sindromi
- CIMINELLI, M. L. (1997), “Culture-bound syndromes: un concetto vago e di dubbia utilità”. In AM, *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 3-4, pp. 247-280.

- CIMINELLI, M. L. (1998), "La decostruzione del concetto di *culture-bound syndrome*". In CIMINELLI, M.L., LANTERNARI, V. (a cura di), *Medicina, Magia, Religione, Valori*, v. II, Liguori, Napoli, pp. 85-108.
- CIMINELLI, M. L. (2010), "Pratiche alimentari e metafore: note antropologiche sull'incorporazione". In BELLINI, M. (a cura di), *La maledizione del cibo. Le ragazze anoressiche e la coesistenza impossibile col corpo*. CLUEB, Bologna, pp. 23-36.
- CIVITA, A. (1998), "L'anoressia nell'evoluzione del pensiero psichiatrico". In RECALCATI, M. (a cura di), *Il corpo ostaggio*. Borla, Roma, pp. 288-300.
- CLIFFORD, J. (1986), "Introduzione: verità parziali". Tr. it. in CLIFFORD, J., MARCUS, G.E. (a cura di), *Scrivere le culture: poetiche e politiche dell'etnografia*. Meltemi, Roma 1997, pp. 25-58.
- CLIFFORD, J., MARCUS, G.E. (1986) (a cura di), *Scrivere le culture*. Tr. it. Meltemi, Roma 1997.
- COLOMBO, L., COSENZA, D., COZZI, A., VILLA, A., (2001) (a cura di), *La cura della malattia mentale. II Il trattamento*. Bruno Mondadori, Milano.
- COSENZA, D. (1997), "Anoressia-bulimia, patologia della commensalità. Psicoanalisi applicata e discorso alimentare". In *La Psicoanalisi*, 22, pp. 67-76.
- COSENZA, D. (1998), "Il cibo e l'inconscio. Anoressia, bulimia e discorso alimentare". In RECALCATI, M. (a cura di), *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anoressia-bulimia*. Borla, Roma, pp. 129-179.
- COSENZA, D. (2005)(a cura di), *L'approccio psicoanalitico nella cura dell'anoressia-bulimia*. Franco Angeli, Milano.
- COSENZA, D. (2008), *Il muro dell'anoressia*. Astrolabio, Milano.
- COSENZA, D., (2006), *Fondamenti di clinica psicoanalitica delle patologie alimentari*, in MANGIARACINA, PISSACROIA, PRUNETI, *I disturbi alimentari e ponderali in medicina, chirurgia e psicologia*, CLUEB, Bologna.
- COSENZA, D., CIVITA, A., COLOMBO, L., (1999) (a cura di), *La cura della malattia mentale. I Storia ed epistemologia*. Bruno Mondadori, Milano.
- COSENZA, D., SPERANZA, A.M. (2005)(a cura di), *La posizione dell'analista. Fondamenti di clinica psicoanalitica dell'anoressia-bulimia*. Franco Angeli, Milano.
- COTRUFO, P. (2005), *Anoressia del sessuale femminile. Dal caos alla costituzione del limite*. Franco Angeli, Milano.
- COTTINO, G. (2013), *Il peso del corpo. Un'analisi antropologica dell'obesità a Tonga*. Unicopli, Milano.
- COTTINO, G. (2014), "La dieta mediterranea: mito e storia di uno stile di vita". In *EtnoAntropologia*, [S.L.], 2, 2, pp. 73-76.
- COZZI, D. (2012) (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*. Morlacchi, Perugia.
- COZZI, D., NIGRIS, D. (1996), *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*. Colibrì, Milano.
- CSORDAS, T.J. (1990), "Embodiment as a paradigm for anthropology". In *Ethos*, 18, pp. 5-47.
- CSORDAS, T.J. (1993), "Somatic modes of attention". In *Cultural Anthropology*, 8, pp. 135-156.
- CSORDAS, T.J. (1994a) (a cura di), *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge University Press, London.
- CSORDAS, T.J. (1994b), "The body as representation and being in the world". In Csordas, T.J. (a cura di), *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge University Press, London, pp. 1-23.
- CSORDAS, T.J. (1994c), *The Sacred Self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. University of California Press, Oakland, ca.
- CSORDAS, T.J. (1999), "Incorporazione e fenomenologia culturale". Tr. it. in *Annuario di Antropologia*, III, Meltemi, Roma 2003, pp. 19-42.

- CSORDAS, T.J., (2015) "Food as Something Other". International Workshop *Estetiche del cibo e culture dei sensi*, Milano Bicocca, 27 marzo 2015.
- CUZZOLARO, M. (2013), "Disturbi dell'alimentazione e obesità. Trattamento multiprofessionale integrato?" In *Psiche. Rivista di cultura psicoanalitica*, 1, pp. 1-13.
- CUZZOLARO, M. (2014), "La cura dei disturbi alimentari tra scienza etica ed economia". Intervento al Convegno del Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, *I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE DALLE LINEE GUIDA AI PROGRAMMI OPERATIVI*, BOLOGNA, 15 dicembre 2014.
- CUZZOLARO, M. (2014), *Anoressie e bulimie*. Il Mulino, Bologna.
- D'ANDRADE, R. (1995), *The Development of Cognitive Anthropology*. Cambridge University Press, Cambridge.
- DALLA RAGIONE, BIANCHINI, DE SANTIS, (2016) (a cura di), *Il vaso di Pandora*. Tipografia tuderte, Todi.
- DALLA RAGIONE, L. (2005), *La casa delle Bambine che non mangiano*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- DALLA RAGIONE, L., MENCARELLI, S. (2012), *L'inganno dello specchio. Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*. Franco Angeli, Milano.
- DALLE GRAVE, DI FLAVIANO, C.E. (2002), *ALIMENTAZIONE MECCANICA. IL CIBO COME MEDICINA*. POSITIVE PRESS, VERONA.
- DALLE GRAVE, R. (2011), *Trattamento residenziale dei disturbi dell'alimentazione. Informazioni per i pazienti e i familiari*. Positive Press, Verona.
- DALLE GRAVE, R. (2017), "Disturbi dell'alimentazione. Terapia cognitivo comportamentale come prima scelta". In *M.D. Medicinae Doctor*, xxiv, 5.
- DALLE GRAVE, R., BANDERALI, A. CAPPELLETTI, M., CALUGI, S., CAMPORESE, L., FAILLACI, A. FILARDO, D., MARIA RUBEO, M.G., SARTIRANA, M. (2013), "Trattamento dei disturbi dell'alimentazione: équipe multidisciplinari o terapie basate sull'evidenza?". In *Emozioni e Cibo*, 38, pp. 1-3.
- DARE, C., EISLER I. (1997), "Family therapy for anorexia nervosa". In GARNER D.M. e GARFINKEL P.E. (a cura di), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. Guilford Press, New York.
- DE MARTINO, E. (1977), *La fine del mondo*. Einaudi, Torino.
- DE PAOLI, E. (2017), *(Prot)estasi. La scrittura della santa anoressia*. Golem, Torino.
- DEI, F., (1996), "Medicine Medicine alternative: il senso del male nella postmodernità". In *I fogli di Oriss*, 5, pp. 29-56.
- DEI, F., (2012), "Medicine non convenzionali: una prospettiva antropologica". In COZZI, D. (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*. Morlacchi, Perugia, pp. 157-180.
- DERRIDA, J. (1971), *La scrittura e la differenza*. Einaudi, Torino 1990.
- DERRIDA, J. (1989), *Il faut bien manger. O il calcolo del soggetto*. Tr. it. Mimesis, Roma 2011.
- DEVEREAUX, G. (1967), *Dall'angoscia al metodo*. Tr. it. Istituto dell'Enciclopedia Italiana Treccani, Roma 1984.
- DEVEREAUX, G. (1975), *Etnopsichiatria complementarista*. Tr. it. Bompiani, Milano 1985.
- DI CLEMENTE, C. C., PROCHASKA, J. O. (1982), "Self-change and therapy change of smoking behavior. A comparison of processes of change in cessation and maintenance". In *Addictive behaviors*, 7,2, pp. 133-142.
- DI NICOLA, V. (1990), "Anorexia multiforme: self-starvation in historical and cultural context. Part I: self-starvation an historical camaleon". In *TPRR*, 27, pp. 165-196.
- DI NICOLA, V. (1990), "Anorexia multiforme: self-starvation in historical and cultural context. Part II: anorexia nervosa as a culture". In *TPRR*, 27, pp. 245-286.
- DOUGLAS, M. (1970), *Purezza e pericolo. Un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù*. Tr. it. il Mulino, Bologna 1996 [prima edizione 1975].
- ENGEL, GL. (1977) "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine". In *Science*, New Series, 196, 4286, pp. 129-136.

- FABIAN, J. (1983), *Il tempo e gli altri: la politica del tempo in antropologia*. Tr. it. L'Ancora del Mediterraneo, Napoli 2000.
- FABIETTI, U. (1999), *Antropologia culturale: l'esperienza e l'interpretazione*. Laterza, Roma-Bari.
- FABIETTI, U. (2007), "Da idolo della tribù a idolo del foro. Sul 'disagio della cultura' in antropologia". In *Voci*, IV pp. 9-23.
- FARANDA, L., PANDOLFI, M. (2014) (a cura di), *La salute mentale e il paradigma geopolitico. Itinerari critici per un'etnopsichiatria radicale*. Aracne, Roma.
- FASSIN, D. (1996), *L'èspace politique de la santé*. Presses Universitaires de France, Paris.
- FAVRET-SAADA, J. (1977), *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*. Gallimard, Paris.
- FISCHLER, C. (1979), "Gastro-nomie et gastro-anomie: sagesse du corps et crise bioculturelle de l'alimentation moderne". In *Communications*, 31, pp. 189-210.
- FISCHLER, C. (1990), *L'onnivoro. Il piacere di mangiare nella storia e nella scienza*. Tr. it. Mondadori, Milano 1992.
- FISCHLER, C. (1991), "Crise du régime et cacophonie diététique." In *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, xxvi, pp. 203-206.
- FISCHLER, C. (1996), "Pensée magique et utopie dans la science. De l'incorporation à la 'diète méditerranéenne'". In *Les Cahiers de l'OCHA*, pp. 132-150.
- FISCHLER, C. (2013), *Les alimentations particulières. Mangerons-nous encore ensemble demain?* Odile Jacob, Paris.
- FOOT, J. (2014), *La repubblica dei matti. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT, M. (1963), *La nascita della clinica*. Tr. it. Einaudi, Torino 1969.
- FOUCAULT, M. (1976), *La volontà di sapere*. Tr. it. Feltrinelli, Milano 1978.
- FOUCAULT, M. (1977), *Microfisica del potere*. Tr. it. Einaudi, Torino.
- FOUCAULT, M. (1992) *Tecnologie del sé. Un seminario con Michel Foucault*. Bollati Boringhieri, Torino.
- FREUD, S. (1920), *Al di là del principio di piacere*. Tr. it. in *Opere*, vol. 9. Boringhieri, Torino 1977.
- FREUD, S. (1922), *L'io e l'Es*. Tr. it. in *Opere*, vol. 9. Boringhieri, Torino 1977.
- FREUD, S. (1929), *Il disagio della civiltà*. Tr. it. in *Opere*, vol. 10. Boringhieri, Torino 1978.
- FUSASCHI, M. (2008), *Corporealmente corretto*. Meltemi, Roma.
- GADAMER, H.-G. (1960), *Verità e metodo*. Tr. it. Bompiani, Milano 1983.
- GALIMBERTI, U. (1983), *Il corpo*. Feltrinelli, Milano.
- GARFINKEL, P. E., GARNER, D. M. (1982), *Anorexia nervosa, a multidimensional perspective*. Brunner/Mazel, New York.
- GARNER D.M. e GARFINKEL P.E. (a cura di), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. Guilford Press, New York.
- GEERTZ, C. (1973), *Interpretazione di culture*. Tr. it. il Mulino, Bologna 1987.
- GEERTZ, C. (1983), *Antropologia interpretativa*. Tr. it. il Mulino, Bologna 1988.
- GEERTZ, C. (1988), *Opere e vite. L'antropologo come autore*. Tr. it. il Mulino, Bologna 1990.
- GEERTZ, C. (2000), *Antropologia e filosofia*. Tr. it. il Mulino, Bologna 2001.
- GIBSON, J. (1999), *Un approccio ecologico alla percezione visiva*, il Mulino, Bologna.
- GIRARD, R. (1996), "Disturbi alimentari e desiderio mimetico". In *Il risentimento. Lo scacco del desiderio nell'uomo contemporaneo*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1999, pp. 153-188.
- GLISSANT, É. (1996), *Poetica del diverso*. Tr. it. Meltemi, Roma 1998.
- GOOD, B. (1993), *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge University Press, Cambridge
- GORDON, D. R. (1988), "Tenacious Assumptions in Western Medicine". In LOCK, B. GORDON D. R. (a cura di), *Biomedicine Examined*. Kluwer Academic Publishers, Dodrecht-Boston-London, pp. 19-56.

- GORDON, R. (1990), *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1991.
- GORDON, R. A. (2001), "Eating disorders East and West: A culture-bound syndrome unbound" In NASSER, M., KATZMAN, M. A., GORDON, R. A. (a cura di), *Eating Disorders and Cultures in Transition*. Brunner-Routledge, New York-London, pp. 1-16.
- GRAMSCI, A. (1975), *Quaderni dal carcere*. Einaudi, Torino [Prima edizione 1948-51].
- GRASSEN C., RONZON F., 2004, *Pratiche e cognizione. Note di ecologia della cultura*, Meltemi, Roma.
- GRILLI, S. (2013) (a cura di), *Per-formare corpi: esperienze e rappresentazioni*, UNICOPLI, Milano.
- GUISINGER, S. (2012), "Dangers of Dieting a Body Adapted to Famine". [Www.FEAST-ed.org](http://www.FEAST-ed.org).
- GUISINGER, S., (2003), "Adapted to flee famine: Adding an evolutionary perspective on anorexia nervosa". In *Psychological Review*, 110, pp. 745-761.
- GUISINGER, S., "Anorexia Nervosa: A Guide for Anorexics and their Loved Onew". [Www.drsarahraivin.com](http://www.drsarahraivin.com).
- GUISINGER, S., SCHULDBERG, D. (2007), "Preliminary examination of a biopsycosocial treatment for anorexia nervosa". Paper presents at the International Conference on Eating Disorders, Baltimore, MD, May, 2-5.
- GULL, W.W., LASÈGUE, E. C. (1998), *La scoperta dell'anoressia*. Bruno Mondadori, Milano.
- HARRIS, M. (1985), *Buono da mangiare. Enigmi del gusto e consuetudini alimentari*. Tr. it. Einaudi, Torino 1992.
- HEIDEGGER, M. (1927), *Essere e tempo*. Tr. it. Longanesi, Milano 1976.
- HEIDEGGER, M. (1950), "L'epoca dell'immagine del mondo". Tr. it. in *Sentieri interrotti*. La Nuova Italia, Firenze 1968, pp. 71-101.
- HUSSERL, E. (1954), *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Tr. it. il Saggiatore, Milano 1961.
- INGLESE, S., (1998), "Un secolo che ha fame. Appunti per una lettura etnopsichiatrica delle patologie anoressiformi". In *I fogli di Oriss*, 9, pp. 113-128.
- INGLESE, S., (2012), "Sindromi culturalmente caratterizzate (Culture-bound syndrome)". In COZZI, D. (2012) (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*. Morlacchi, Perugia, pp. 253-267.
- INGLESE, S., PECCARISI, C. (1977), *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate*, Utet periodici, Milano.
- INGOLD, T. (2000), *The Perception of the Environment*. Routledge, New York
- INGOLD, T. (2001), *Ecologia della cultura*. Meltemi, Roma.
- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2010), "Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la prevenzione dei DCA", Roma.
- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2012), "Conferenza di Consenso dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)", Roma.
- Kalm, L. M. & Semba, R. D. (2005) They starved so that others be better fed: remembering Ancel Keys and the Minnesota experiment. *J Nutr*, 135, 1347-52
- KESTEMBERG, E., DECOBERT, S., KESTEMBERG, J., (1972), *La fame e il corpo. Studio psicoanalitico sull'anoressia mentale*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1974.
- KEYS, A., BROZEK, J., HENSCHL, A., MICKELSEN, O., & TAYLOR, H. L. (1950). *The biology of human starvation*. II. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- KILANI, M. (1994), *L'invenzione dell'altro*. Tr. it. Dedalo, Bari 1997.
- KUHN, T.S. (1962), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Tr. it. Einaudi, Torino 1969.
- LACAN, J. (1964), *Il Seminario XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*. Tr. it. Einaudi, Torino 1976.
- LACAN, J. (1964), *Il Seminario XXIII. Il Sinthomo*. Tr. it. Astrolabio, Roma 2006.
- LACAN, J. (1966), "Psicoanalisi e medicina". Tr. it. in *La Psicoanalisi*, 32, 2009.

- LACAN, J. (1967), "Proposta del 9 ottobre 1967 sullo psicoanalista della Scuola". In MILLER, J-A. (a cura di), *Altri scritti*. Tr. it. DI CIACCIA, A. (a cura di) Einaudi, Torino 2013.
- LAKOFF, G. (1998), "Il sé neurocognitivo". Tr. it. in LAKOFF, G., JOHNSON, M., *Elementi di linguistica cognitiva*. Quattroventi, Urbino, pp. 111-149.
- LE BRETON, D., (1990), *Anthropologie du corps et modernité*. Presses universitaires de France.
- LE BRETON, D., (1995), *Antropologia del dolore*. Tr. it. Meltemi, Roma 2007.
- LE BRETON, D., (2010), *Esperienze del dolore. Tra distruzione e rinascita*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- LESTER, R.J. (1995), "Embodied Voices: Women's Food Asceticism and the Negotiation of Identity". In *Ethos*, 23, 2, pp. 187-222.
- LESTER, R.J. (1997). "The (Dis)Embodied Self in Anorexia Nervosa". In *Social Science and Medicine*, 44, 4, pp. 479-489.
- LESTER, R.J. (2004), "Commentary: Eating Disorders and the Problem of "Culture" in Acculturation". In *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, pp. 607-615.
- LESTER, R.J. (2014), "Health as moral failing: medication restriction among women with eating disorders". In *Anthropology & Medicine*, 21,2, pp. 241-250.
- LÉVI-STRAUSS C. (1949), *L'efficacia simbolica*. Tr. it. in *Antropologia strutturale*. Tr. it. il Saggiatore, Milano 1966, pp. 210-230.
- LÉVI-STRAUSS C. (1964), *Il pensiero selvaggio*, Il Saggiatore, Milano.
- LÉVI-STRAUSS C. (1966), *Il crudo e il cotto*. Tr. it. Mondadori, Milano 1990.
- LÉVI-STRAUSS C., (1958), "Il posto dell'antropologia nelle scienze sociali". Tr. it. in *Antropologia strutturale*. Tr. it. il Saggiatore, Milano 1966, pp. 379-416.
- LOCK, N., SCHEPER-HUGHES, N. (1990), "Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica". Tr. it. in QUARANTA, I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Raffaello Cortina, Milano 2006, pp. 149-194.
- LOLLI, F. (2012), "Il corpo parlante". In PORTA, L. (a cura di), *Corpi ipermoderni. La cura del corpo in psicoanalisi*. Franco Angeli, Milano, pp. 23-31.
- LUPTON, D., 1999, *L'anima nel piatto*, il Mulino, Bologna.
- MALIGHETTI, R. (2008), *Clifford Geertz. Il lavoro dell'antropologo*. UTET, Torino.
- MALIGHETTI, R., MOLINARI, A. (2016), *L'antropologia e il metodo. Il contributo di una scienza inquieta*. Raffaello Cortina, Milano.
- MALSON, H. (1998), *The Thin Woman: Feminism, Post-structuralism, and the Social Psychology of Anorexia Nervosa*. Routledge, London-New York.
- MALSON, H. (1999), "Women under Erasure: Anorexic Bodies in Postmodern". In *Context Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9, pp. 137-153.
- MALSON, H., BURNS, M. (2009), *Critical feminist approaches to eating disorders*, Routledge, New York.
- MARGHERITA, G. (2013) (a cura di), *Anoressie contemporanee. Dal digiuno ascetico al blog pro-Ana*. Franco Angeli, Milano.
- MARGHERITA, G., NUZZO, I. (2013), "Anoressia virtuale: una lettura psicodinamica del fenomeno Pro-Ana". In MARGHERITA, G. (a cura di), *Anoressie contemporanee. Dal digiuno ascetico al blog pro-Ana*. Franco Angeli, Milano, 223-237.
- MARTIN, E. (1992), "The end of the body?". In *American Ethnologist*, 19, 1, pp. 121-140.
- MARUCCI S., DALLA RAGIONE L. (2007), *L'anima ha bisogno di un luogo*. Tecniche Nuove, Milano.
- MASCI, I. (2014) *L'albero e il biancospino. La famiglia nell'anoressia, da imputata a risorsa*. Armando, Roma.
- MASCI, I. (2014), *L'albero e il biancospino. La famiglia nell'anoressia, da imputata a risorsa*. Armando, Roma.
- MATURANA, H., VARELA, F. (1984), *L'albero della conoscenza*. Tr. it. Garzanti, Milano 1999.

- MAUSS, M. (1936), "Le tecniche del corpo". Tr. it. in *Teoria generale della magia e altri saggi*. Einaudi, Torino 1965, pp. 383-409.
- MAUSS, M., (1965), *Teoria generale della magia e altri saggi*. Tr. it. Einaudi, Torino.
- MC DOUGALL, J. (1978), *A favore di una certa anormalità*. Tr. it. Borla, Torino 1993.
- MENDOLICCHIO, L. (2016), "Anoressia: una terra di mezzo tra soma e psiche, politica e cultura, storia e contemporaneità". Relazione presentata al Convegno dell'Ordine degli Psicologi del Veneto "Anoressia, tra disagio soggettivo e sindrome culturale", Venezia, 24 giugno 2016.
- MENDOLICCHIO, L. (2017), *Bisogna pur mangiare*, Lindau, Torino.
- MENDOLICCHIO, L., MINAZZI, E., APICELLA, E. (2014), "La cura dei Disturbi del Comportamento alimentare nella prospettiva lacaniana". In DALLA RAGIONE, L., GIOMBINI, L., Solitudini imperfette. Le Buone Pratiche di cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare. EDS editore, pp. 252-259.
- MICELI, S. (1990), *Orizzonti incrociati. Il problema epistemologico in antropologia*. Sellerio, Palermo.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1998), Commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa. In, "Annali della Sanità Pubblica" (Nuova Serie), III (1,2,3), pp.9-20.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B., BAKEL, L. (1980), *Famiglia psicosomatica*. Astrolabio, Roma.
- MOLFINO, F., ZANARDI, C. (1999), *Sintomi, corpo, femminilità. Dall'isteria alla bulimia*, CLUEB, Bologna.
- MONTAIGNE, M. DE (1580), *Saggi*. Tr. it Oscar Mondadori, Milano 1970.
- MONTANARI, M. (1992), *Convivio oggi. Storia e cultura dei piaceri della tavola*. Laterza, Roma-Bari.
- MONTUSCHI, E. (2007), "Transdisciplinarietà e oggetti sociali". In BORUTTI, S. (a cura di), *Modelli per le scienze umane. Antropologia, scienze cognitive, sistemi complessi*. Trauben, Torino, pp. 107-120.
- MORIN, E. (1973), *Il paradigma perduto. Che cos'è la natura umana?* Tr. it. Feltrinelli, Milano 1999.
- MORO, E. (2014), *La dieta mediterranea. Mito e storia di uno stile di vita*. il Mulino, Bologna.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2016), *Eating Disorders: recognition guideline methods, evidence and recommendations*, NICE, London.
- NICOLOSI, G. (2007), *Lost food. Comunicazione e cibo nella società ortoressica*. Editpress, Firenze.
- NIELSEN, N.P. (1998), *Pillole o parole? Relazione verbale e rapporto psicofarmacologico*. Raffaello Cortina, Milano.
- NIOLA, M. (2015), *Homo dieteticus. Viaggio nelle tribù alimentari*. Il Mulino, Bologna.
- OKELY, J. (1992), "Anthropology and autobiography. Participatory experience and embodied knowledge". In OKELY, J., CALLAWAY, H. (a cura di), *Anthropology and Autobiography*. Routledge, London, pp. 1-28.
- OLIVIER DE SARDAN, J.P. (1995), "La politica del campo. Sulla produzione di dati in antropologia". Tr. it. in CAPPELLETTO, F. (a cura di), *Vivere l'etnografia*. SEID, Firenze 2009, pp. 27-63.
- on Primary Health Care. Alma-Ata USSR, 6-12 September
- ONNIS L. (2004), *Il tempo sospeso*. Franco Angeli, Milano.
- ORBACH, S. (1978), *Fat is a Feminist Issue*. Arrow Book, London.
- PEWZNER-APELOIG, E., (1998), "Anoressia mentale: paradigma della postmodernità?". In I fogli di Oriss, 9, pp. 11-30.
- PIASERE L., 2002, *L'etnografo imperfetto. Esperienza e cognizione in antropologia*, Roma-Bari, Laterza.
- PIASERE, L. (2002), *L'etnografo imperfetto. Esperienza e cognizione in antropologia*. Laterza, Roma-Bari.

- PIZZA, G. (1997), "Corpi e antropologia: l'irriducibile naturalezza della cultura". In *Aperture. Punti di vista a tema*, 3, pp. 45-52.
- PIZZA, G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Carocci, Roma.
- PIZZA, G. (2012), "Microfisiche del cibo fra edonismo e cultura". In *Italianieuropei*, 2, pp. 40-46.
- POLACCO WILLIAMS, G. (1997), *Paesaggi interni e corpi estranei. Disordini alimentari e altre patologie*. Tr. it. Bruno Mondadori, Milano 1999.
- PORTA, L. (2012) (a cura di), *Corpi ipermoderni. La cura del corpo in psicoanalisi*. Franco Angeli, Milano.
- PORTA, L. (2012), "Introduzione". In PORTA, L. (a cura di), *Corpi ipermoderni. La cura del corpo in psicoanalisi*. Franco Angeli, Milano, pp. 17-20.
- QUADERNI DEL MINISTERO DELLA SALUTE (2013), "Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione", 17/22.
- QUARANTA, I. (2006) (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Raffaello Cortina, Milano.
- QUARANTA, I. (2008), "Thomas Csordas: il paradigma dell'incorporazione". In Matera, V. (a cura di), *Discorsi sugli uomini*. UTET, Torino, pp. 49-71.
- RAGGI, A. (2015). "DCA e nuove dipendenze. Note preliminari alla clinica psicodinamica delle tossicomanie". In *Il Minotauro*, XLII, 2, pp. 125-142.
- RAGGI, A., (2014), *Il mito dell'anoressia. Archetipi e luoghi comuni delle patologie del secondo millennio*. Franco Angeli, Milano.
- RAGGI, A., (2016), "L'epidemiologia dei DCA tra realtà e costruzione sociale". Relazione presentata al Convegno dell'Ordine degli Psicologi del Veneto "Anoressia, tra disagio soggettivo e sindrome culturale", Venezia, 24 giugno 2016. [testo non pubblicato e gentilmente trasmesso dall'autore]
- RECALCATI M., (1997), *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Bruno Mondadori, Milano.
- RECALCATI M., (2008), "L'ideale della salute o il reale del sintomo". In *Aut-Aut*, 340, pp. 134-152.
- RECALCATI M., (2010), *L'uomo senza inconscio*. Raffaello Cortina, Milano.
- REMOTTI, F. (1986), "La semantica del cibo nella cultura Nande". In *Rassegna italiana di sociologia*, 27, 2, pp. 253-285.
- REMOTTI, F. (1990), *Noi primitivi. Lo specchio dell'antropologia*. Bollati Boringhieri, Torino
- REMOTTI, F. (2002) (a cura di), *Forme di umanità*. Bruno Mondadori, Milano
- REMOTTI, F. (2003), "Sull'incompletezza". In AFFERGAN, F., BORUTTI, S., CALAME, C., FABIETTI, U., KILANI, M., REMOTTI, F. (a cura di), *Figure dell'umano. Le rappresentazioni dell'antropologia*. Meltemi, Roma 2005, pp. 21-89.
- REMOTTI, F. (2007), "Perché gli antropologi non possono fare a meno della complessità?". In In BORUTTI, S. (a cura di), *Modelli per le scienze umane. Antropologia, scienze cognitive, sistemi complessi*. Trauben, Torino, pp. 37-69.
- REMOTTI, F. (2008), *Contro natura. Una lettera al Papa*. Laterza, Roma-Bari.
- REMOTTI, F. (2013), *Fare umanità. I drammi dell'antropopoiesi*. Laterza, Roma-Bari.
- RITENBAUGH, C. (1982), "Obesity as culture-bound syndrome". In *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, pp. 347-361.
- RIZZUTI, E., (2010a), "Aspetti etnopsicopatologici dell'esperienza del corpo nell'anoressia nervosa". In BELLINI, M. (a cura di), *La maledizione del cibo. Le ragazze anoressiche e la coesistenza impossibile col corpo*. CLUEB, Bologna, pp. 37-48.
- RIZZUTI, E., (2010b), "Itinerario nella storia dell'anoressia nervosa. Figure antropologiche dell'inedia autoindotta". In BELLINI, M. (a cura di), *La maledizione del cibo. Le ragazze anoressiche e la coesistenza impossibile col corpo*. CLUEB, Bologna, pp. 69-87.
- ROSSI, P. (2011), *Mangiare. Bisogno, desiderio, ossessione*. Il Mulino, Bologna.

- SCARRY, E. (1985), *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*. Tr. it. Il Mulino, Bologna 1990.
- SCHATZKI, T., KNORR-CETINA, K., VON SAVIGNY, E. (2001) (a cura di), *The Practice Turn in Contemporary Theory*. Routledge, London.
- SCHEPER-HUGHES, N. (1994), "Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica". Tr. it. in Borofsky, R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*. Meltemi, Roma 2000, pp. 281-295.
- SCHEPER-HUGHES, N., LOCK, M. (1987), "The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology". In *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 1, pp. 6-41.
- SCHOPENHAUER, A. (1818), *Il mondo come volontà e rappresentazione*. Tr. it. Mondadori, 1989.
- SCIOLLI, G. (2014), "*The Soul Needs a Place*": *Envisioning a New Treatment for Eating Disorders*, Thesis submitted as completion of MSc in Medical Anthropology, University College London.
- SCOPPETTA, M., (2014), "Quando ricorrere ai farmaci". In DALLA RAGIONE, L., GIOMBINI, L., *Solitudini imperfette. Le Buone Pratiche di cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare*. EDS editore, pp.
- SCOPPETTA, M., (2017) *Perché mia figlia non mangia più?*. Castelvecchi, Roma.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1963), *L'anoressia mentale*. Raffaello Cortina, Milano 2006. [Prima edizione Feltrinelli, Milano 1981]
- SEPPILLI, T. (1994), "Per una antropologia dell'alimentazione. Determinazioni, funzioni e significati psicoculturali della risposta sociale a un bisogno biologico. In *La ricerca folklorica*, 30, pp. 7-14.
- SEPPILLI, T. (1996), "Antropologia medica: fondamenti per una strategia". In *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 1-2, pp. 7-22.
- SONTAG, S. (1978), *Malattia come metafora*. Tr. it. Einaudi, Torino 1979.
- STAGI, L. (2002), *La società bulimica. Le trasformazioni simboliche del corpo tra edonismo e autocontrollo*. Franco Angeli, Milano.
- STRAUSS, C., QUINN, N. (1994), "Un'antropologia cognitivo-culturale". Tr. it. in BOROFKY, R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*. Meltemi, Roma 2000, pp. 348-362.
- TAUSSIG, M.T. (1980), "Reificazione e coscienza del paziente". Tr. it. in QUARANTA, I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Raffaello Cortina, Milano 2006, pp. 75-106.
- TESTONI, I. (2001), *Il dio cannibale*. UTET, Torino.
- TESTONI, I. (2016), "Digiuno sacro e patologie profane". Relazione presentata al Convegno dell'Ordine degli Psicologi del Veneto "Anoressia, tra disagio soggettivo e sindrome culturale", Venezia, 24 giugno 2016.
- TETI, V. (1999), *Il colore del cibo. Geografia, mito e realtà dell'alimentazione mediterranea*. Meltemi, Roma.
- TREASURE, J., SCHMIDT, U., VAN FURTH, E. (a cura di), (2008), *I disturbi dell'alimentazione*. Il Mulino, Bologna.
- TURNER V., BRUNER E. (a cura di), 1986, *The Anthropology of Experience*, University of Illinois Press, Urbana.
- TURNER, T. (1980) "The social skin". In *HAU, Journal of Ethnographic Theory*, 2, 2, pp. 486-504.
- TURNER, V. (1985), *On the Edge of the Bush: Anthropology as Experience*. University of Arizona Press, Tucson, az.
- VANDEREYCKEN W., VAN DETH R., (1994), *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche*, Raffaello Cortina, Milano 1995.
- VILLA, A. (2012), "Il corpo, cioè l'inconscio". In PORTA, L. (a cura di), *Corpi ipermoderni. La cura del corpo in psicoanalisi*. Franco Angeli, Milano, pp. 32-44.
- WACQUANT, L. (2000), *Anima e corpo. La fabbrica dei pugili nel ghetto nero americano*. Tr. it. Derive Approdi, Roma 2002.

- WACQUANT, L. (2009), "L'habitus come oggetto e come strumento. Riflessioni sul divenire pugile professionista". In *Etnografia e Ricerca Qualitativa*, 1, pp. 7-22.
- WIKAN, U., (1992), "Oltre le parole: il potere della risonanza". Tr. it. in Cappelletto, F. (a cura di), *Vivere l'etnografia*. SEID, Firenze 2009, pp. 97-134.
- WITTGENSTEIN, L. (1953), *Ricerche filosofiche*. Tr. it. Einaudi, Torino 1967.
- ZUROLO, A. (2013), "Un discorso al plurale. Prospettive teorico-cliniche sull'anoressia". In MARGHERITA, G. (a cura di), *Anoressie contemporanee. Dal digiuno ascetico al blog pro-Ana*. Franco Angeli, Milano, pp. 37-95.

APPENDICE:

I PRINCIPALI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE NEL DSM V

[Da: Cuzzolaro, M. (2014), *Anoressie e bulimie*. Il Mulino, Bologna, pp. 52-57]

TAB. 5. Criteri Dsm-5 per la diagnosi di disturbo alimentare evitante/restrittivo

A. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (p.e. apparente mancanza d'interesse per il cibo e il mangiare; evitamento legato a caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazioni legate a effetti negativi dei cibi) che si manifesta come insufficienza qualitativa (nutrienti) e/o quantitativa (calorie) dell'alimentazione rispetto al fabbisogno, associato a uno o più degli eventi seguenti:

- perdita significativa di peso (o, in età evolutiva, mancata crescita ponderale/staturale)
- carenze nutrizionali significative
- dipendenza dalla nutrizione artificiale enterale o da supplementi nutrizionali
- interferenza marcata con il funzionamento psico-sociale

B. Il disturbo non dipende dalla mancanza di cibo disponibile e non è legato a pratiche culturali

C. Il disturbo non è espressione di anoressia nervosa o di bulimia nervosa e non risulta presente una distorsione del rapporto con il peso e le forme del corpo

D. Il problema alimentare non è giustificato da una malattia medica concomitante (p.e. acalasia esofagea) né da un altro disturbo mentale (p.e. delirio di veneficio)

Specificare se:

In remissione: tutti i criteri per la diagnosi di disturbo alimentare evitante/restrittivo sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.

TAB. 6. Criteri Dsm-5 per la diagnosi di anoressia nervosa

A. Restrizione dell'introito energetico rispetto al fabbisogno tale da condurre a un peso corporeo significativamente basso in rapporto all'età, al sesso, alla traiettoria evolutiva e alla salute fisica. Si definisce significativamente basso un peso che sia inferiore a quello minimo normale o, nel caso dei bambini e degli adolescenti, inferiore al peso minimo atteso per l'età e il sesso.

B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o persistere in comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso anche quando questo è significativamente basso

C. Alterazione del modo in cui vengono vissuti il peso o le forme del corpo, influenza indebita del peso o delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità del sottopeso corporeo attuale.

Specificare se:

tipo restrittivo: nel corso degli ultimi tre mesi, la persona non ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri). Questo sottotipo descrive casi in cui la perdita di peso è ottenuta essenzialmente attraverso diete, digiuni e/o esercizio fisico eccessivo

tipo bulimico/purgativo: nel corso degli ultimi tre mesi, la persona ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri)

Specificare se:

in remissione parziale: tutti i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza, ma il criterio A (basso peso corporeo) non si è mantenuto nel tempo, mentre o il criterio B (intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) o il criterio C (disturbi nella percezione del peso e delle forme del proprio corpo) è ancora soddisfatto

in remissione totale: tutti i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.

Specificare la gravità attuale:

il livello minimo di gravità si assegna, per gli adulti, sulla base dell'indice di massa corporea (BMI) attuale (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sulla base del percentile di BMI. Le fasce sottoindicate derivano dalle categorie della World Health Organization per le magrezze degli adulti. Per bambini e adolescenti si dovrebbero usare i percentili di BMI corrispondenti. Il livello di gravità può essere aumentato in funzione dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale, e del bisogno di assistenza e sorveglianza.

lieve: BMI 17 kg/m²; moderata: BMI 16-16,99 kg/m²; grave: BMI 15-15,99 kg/m²; estrema: BMI < 15 kg/m²

TAB. 7. Criteri Dsm-5 per la diagnosi di bulimia nervosa

A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:

- mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (p.e. entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili
- un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (p.e. sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti comportamenti impropri di compenso diretti a prevenire aumenti di peso, come vomito autoindotto; abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o altri medicinali; digiuni; o esercizio fisico eccessivo.

C. Le abbuffate compulsive e i comportamenti impropri di compenso si verificano in media almeno una volta a settimana per almeno tre mesi.

D. La valutazione di sé è indebitamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo

E. Il disturbo non capita esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa

Specificare se:

in remissione parziale: tutti i criteri per la diagnosi di bulimia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza e alcuni, ma non tutti, si sono mantenuti nel tempo

in remissione totale: tutti i criteri per la diagnosi di bulimia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.

Specificare la gravità attuale:

il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza media dei comportamenti impropri di compenso (v. sotto). Il livello di gravità può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di disabilità funzionale.

lieve: 1-3 episodi/settimana di comportamenti impropri di compenso; moderata: 4-7 episodi/settimana; grave: 8-13 episodi/settimana; estrema: 14 episodi/settimana.

TAB. 8. Criteri Dsm-5 per la diagnosi di disturbo di alimentazione incontrollata

A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:

B. mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (p.e. entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili

C. un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (p.e. sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).

D. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:

- mangiare molto più rapidamente del normale
- mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni
- mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati
- mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando
- sentirsi disgustati verso se stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.

E. È presente un disagio marcato rispetto al mangiare senza controllo

F. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, in media, almeno una volta a settimana per tre mesi consecutivi.

G. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico) e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.

Specificare se:

in remissione parziale: i criteri per la diagnosi di BED sono stati soddisfatti in precedenza ma la frequenza è scesa da tempo al disotto di un episodio a settimana.

in remissione totale: tutti i criteri per la diagnosi di BED sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.

Specificare la gravità attuale:

il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza media degli accessi di *binge eating* (v. sotto). Il livello di gravità può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di disabilità funzionale.

lieve: 1-3 episodi/settimana di comportamenti impropri di compenso; moderata: 4-7 episodi/settimana; grave: 8-13 episodi/settimana; estrema: 14 episodi/settimana.

ELENCO DELLE INTERVISTE CITATE NEL TESTO*:

[data, nominativo, qualifica professionale, attività svolte nel centro]

4/10/2015: dott.ssa Laura Dalla Ragione, Direttore Responsabile centri DCA USL Umbria1.

5/09/2015: Mariella Venturi, Presidentessa Associazione "Mi fido di te".

1/09/2015: dott.ssa Simonetta Marucci, Medico endocrinologo, gruppo Haiku.

6/5/2015: dott.ssa Silvia Ferri, Educatrice e Coordinatrice di Palazzo Francisci

3/5/2015: dott.ssa Ilenia Carnazza, Dietista e biologa nutrizionista, gruppi nutrizionali.

4/6/2015: dott. Alessandro Ciarrocchi, Biologo nutrizionista, gruppi nutrizionali,

4/6/2015: Maria Vicini, Biologo nutrizionista, Numero Verde.

27/4/2015: dott.ssa Mariagrazia Paradiso, Psicologa, specializzanda in Terapia familiare.

4/5/2015: dott.ssa Viviana Ottaviani, Psicoterapeuta, terapia strategica breve di tipo sistemico

4/05/2015: Dott.ssa Francesca Cazzella, Dietista

16/10/2015 Dott.ssa Stefania Bulletti, Medico psichiatra.

6/05/2105 Tania Mococchi, Psicologa, specializzanda in Bioenergetica, gruppo di BE.

3/09/2105 Costanza Pannacci, Psicologa con formazione filosofica, Laboratorio teatrale.

3/05/2015 Emanuela Falconi, Educatrice e counselor filosofico. Rapporti con le scuole.

1/05/2015: dott. Diego Bravetti, Psicoterapeuta gruppoanalitico, gruppo psicodinamico.

2/10/2015 Ingrid Palazzetti, Dietista ETAB/ASL.

4/05/2015 Valentina Benfatti, Dietista, gruppo nutrizionale.

8/09/ 2015: Paola Bianchini, Consulente filosofica, gruppo filosofico, pedagogia genitoriale.

31/05/2015 Raffaella Fasoli, Educatrice, gruppo danzamentoterapia, terapia dello specchio.

5/10/2015 dott. Massimo Lombardo, Psicoterapeuta gruppoanalitico, gruppo psicodinamico.

13/10/ 2105: Manuela Fraire, Psicoanalista didatta, supervisione équipe.

* Le interviste citate nel testo sono state svolte personalmente dall'autrice, che ne conserva le registrazioni insieme alle interviste non citate, ai diari di campo e a tutte le altre fonti utilizzate.