

L'imbricazione tra i due aspetti del cibo – la necessità fisiologica e la soddisfazione emotiva ed estetica – risultano seriamente compromessi nel quadro clinico di un disturbo dell'alimentazione. Nel caso dell'anoressia nervosa, il cibo, venendo meno alla sua necessità fisiologica, in un prolungato regime di privazione che svuota il corpo, potenzia la sua valenza estetica, alimentando ossessivamente il pensiero.

Nel presente articolo prendiamo in considerazione, della complessa trama clinica della sindrome anoressica, la sintomatologia del digiuno che produce nel corpo privato e scarnificato dal rigore ascetico della protratta iponutrizione, la magnificazione del rito del nutrimento. Osteggiato e sottoposto a razionamento, trasformato dal protratto distanziamento del soggetto, il pasto viene celebrato nella sua polifonia sensoriale, come momento, vertiginoso, *imperfetto*, di cui resta, alla fine, nel ritorno al *regime*, un ricordo abbacinante (Fabbri 1988). Il controllo granitico sul corpo, esercitato dal soggetto anoressico, priva di senso gli altri ambiti esistenziali, che sono segnati da un'iteratività aspettuale, fatta di colpe e attese modulate dal cibo, che segna un ciclico ritorno di rime tra figure del pieno e del vuoto<sup>1</sup>.

Il protocollo della terapia di tipo cognitivo-comportamentale<sup>2</sup> (Garner, Dalle Grave 1999) dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), nella fase del primo intervento che mira al ripristino del peso corporeo ponderale del paziente, corregge le modificazioni cognitive, emotive e fisiche della sindrome da digiuno, e impone una delega del controllo sul gusto al terapeuta che istruisce il paziente con un pasto meccanico.

L'articolo propone un'analisi del programma discorsivo e dell'allestimento figurativo della rialimentazione terapeutica, un'unità di senso complessa, che espropria le sequenze cerimoniali dal pasto, svilendone i sensi coinvolti, annullando le attese tra le portate che sono regolate da una temporalità prestabilita. Collettivizzando le paure, le trepidazioni e gli affanni nella "ribalta" della mensa clinica, il protocollo di cura rifonda, attraverso la meccanicità ingegneristica imposta, la base biologica e medica dell'alimentazione. Lo spirito del cibo che, unendo "unità differenti – sapore e sostanza – produce così un'unità composta" (Barthes 1961, p. 52), deve pertanto riancorarsi alla sua base biologica, per rigenerare, nella guarigione, il senso del gusto.

Incrociando, nella trattazione, i due assi della ricerca semioantropologica sul cibo – quello che riguarda il livello soggettivo, e dunque "gli attori sociali coinvolti nel sistema alimentare e le loro relazioni reciproche e quello che concerne invece il lato dell'oggetto manipolato, l'alimento" (Marrone 2012, p. 14) – articoliamo un percorso in quattro movimenti: il tempo del digiuno, il momento del pasto, la fase della cura e il ritorno a tavola.

### 1. Il tempo del digiuno

Secondo l'*International Classification of Diseases*, il primo criterio diagnostico dell'Anoressia Nervosa (AN) è il ri-



## Dal *pasto nudo* al *pasto bianco*. Sul protocollo di riabilitazione dei disturbi dell'alimentazione

Elsa Soro

fiuto di mantenere il peso corporeo al livello minimo normale stabilito per l'età e la statura<sup>3</sup>.

In un quadro di malnutrizione di tipo marasmatico<sup>4</sup>, dovuta a un deficit prevalentemente calorico, il calo di peso causa importanti alterazioni metaboliche e biochimiche le cui complicanze riguardano e si riscontrano negli apparati scheletrico, cardiovascolare e gastroenterico. Nella diagnosi, lo stato di malnutrizione è indicato dai bassi valori dell'albumina ematica dovuti a una ridotta sintesi epatica (Athey 2003). La psichiatra statunitense Hilde Bruch (1978) avvertiva già, alla fine degli anni Settanta, come nel trattare l'anoressia, non fossero stati presi a sufficienza in considerazione gli effetti fisici e psichici dell'inedia: "quelle che sentono fame si allenano il più possibile a trovare questa sensazione piacevole e desiderabile" (Bruch 1978, p. 20). Per riconoscere un DCA, *The eating attitudes test*<sup>5</sup> inserisce nei suoi questionari quattro quesiti-spia: 1. "sento che il cibo domina la mia vita"; 2. "impiego più tempo degli altri per mangiare"; 3. "ho l'abitudine di sminuzzare il cibo"; 4. "mi è capitato di mangiare con enorme voracità sentendomi incapace di smettere".

La dimostrazione più efficace delle alterazioni che la dieta restrittiva e la conseguente perdita di peso esercita sul comportamento proviene inoltre da uno studio sperimentale condotto nel 1950 dall'Università del Minnesota. Effettuato dal 19 novembre 1944 al 20 dicembre 1945 (Keys et al. 1950), l'esperimento fu ideato per valutare gli effetti fisiologici e psicologici di una severa e prolungata restrizione dietetica calorica e l'efficacia della riabilitazione nutrizionale. Lo scopo principale dello studio fu capire come assistere le vittime della carestia in Europa e in Asia durante e dopo la Seconda Guerra Mondiale usando i dati derivati da una simulazione laboratoriale della carestia. L'esperimento comportava una valutazione accurata di trentasei giovani uomini, sani e psicologicamente normali cui era stato

ristretto l'apporto calorico per circa sei mesi. Più di cento uomini si offrirono volontari per lo studio, come alternativa al servizio militare, ma ne furono selezionati solo trentasei, quattro dei quali abbandonarono l'esperimento perché ritenuto non sopportabile. Gli uomini, sottoposti per sei mesi a una restrizione che corrispondeva approssimativamente alla metà del loro introito di cibo iniziale, accusarono una perdita approssimativa del 25% del loro peso iniziale. Nei mesi dell'esperimento, con l'avanzare dello stato di denutrizione dei volontari, uno dei cambiamenti più evidenti verificatosi, fu un drammatico aumento della preoccupazione nei confronti del cibo, che divenne non solo un pensiero incessante, ma anche uno dei principali argomenti di conversazione e di lettura.

Oltre a collezionare libri di cucina e ricette, alcuni uomini iniziarono perfino a collezionare caffettiere, piatti da forno e altri utensili da cucina. Gli uomini passavano la maggior parte del giorno pianificando come avrebbero mangiato la loro razione giornaliera e, verso la fine del periodo di restrizione calorica, i volontari impiegavano due ore a mangiare un pasto che in precedenza richiedeva loro pochi minuti, mentre altri ancora venivano spesso sorpresi a ingoiare il cibo voracemente. Si registrò un significativo aumento del consumo di caffè e tè e più genericamente di grandi quantità liquidi (acqua e zuppe), preferibilmente consumati bollenti; gli alimenti, poi, venivano allestiti nel piatto in modo inedito e inusuale rispetto alle normali abitudini dell'epoca, incrementando esponenzialmente l'uso di sale e spezie. Anche il consumo di gomme da masticare, assieme al vizio del fumo e dell'onicofagia aumentarono marcatamente<sup>6</sup>.

Allo stesso modo Bruch (1978), nel capitolo dedicato a quello che definisce il "morbo della fame" all'interno del suo saggio su eziopatogenesi, sintomatica e trattamento dell'anoressia, traccia una corrispondenza tra la malattia psichiatrica e i comportamenti di collettivi sottoposti forzatamente a un regime d'iponutrizione, come per esempio i prigionieri politici:

Le persone giocherellano con il cibo e preparano piatti che in condizioni normali sarebbero considerati pasticci balordi e disgustosi, con abbondante uso di spezie e di sale (...). I prigionieri parlavano continuamente di cibo, di ricette e dei loro piatti preferiti e si abbandonavano a fantasticherie su quello che avrebbero mangiato una volta liberati (Bruch 1978, p. 24).

Accanto all'ansia, all'insonnia e alla depressione, il digiunante sperimenta una costante allucinazione, "il pensiero ossessivo e ruminante del cibo" (*ibidem*), che culmina nel consumo frenetico e clandestino di quello che definiamo, in analogia con la "scimmia" che assilla il *Junkie* di William Burroughs (1959) un *pasto nudo*, in un *corpo vuoto*.

La medico-psichiatra Anna Salvo (2008), da parte sua, descrive la straniante esperienza dei pasti affamati delle sue pazienti:

Teresa riduceva in tanti microscopici pezzi un cracker, e solo così riusciva a mangiarlo. Allo stesso modo affrontava una foglia d'insalata. Contava i piselli prima di metterli nel piatto. Anche l'acqua o il tè, rigorosamente senza zucchero, venivano bevuti a piccoli sorsi. Mi sorprendevo ad associare il suo comportamento a quello di un domatore che, giorno dopo giorno, s'impegna per conquistare la capacità di soggiogare le belve con cui lavora. La fiera, contro la quale quest'adolescente lottava, era la fame (*ivi*, p. 41).

Il cibo sottratto dal corpo nutre il pensiero, al centro di minuziose strategie di sottrazione:

Quello che avviene è una sorta di monologo tra chi mangia e cosa si sta mangiando: ogni boccone dev'essere guardato pensato prima di essere ingerito per poi essere masticato con una lentezza estenuante [...]. Eppure, in questi rituali che regolano le giornate di un'anoressica, esiste una specie di libido, non urlata ma certamente confessata a se stesse: un Desiderio di arrivare illibate per cercare disperatamente in tutti i non sapori e i non colori, un colore e un sapore a cui finalmente concedersi" (*ivi*, p. 42)

La mortificazione del corpo traduce quindi il cibo bianco e insapore in una sostanza tossica:

Era ossessionata per gli ossessivi pensieri di cibo che mi venivano in tutte le forme, i tipi e le dimensioni [...]. A volte odo delle voci e sento cose nella mia testa, altre volte mi vengono immagini mentali spaventose (*ivi*, p. 40).

Si crea, nella sintomatologia anoressica, una forma autonoma di organizzazione dell'esperienza di tipo militare, che mette in atto programmi d'azione volti a replicare quotidianamente l'alternanza di pieni e vuoti. La fame riguarda tutti i livelli possibili della generazione del senso, coinvolge e trasforma valori e modalità d'azione, passioni e percezioni, alla pari della droga, che – secondo la descrizione di Gianfranco Marrone (2005):

[...] altera spazializzazioni, temporalizzazioni, attorializzazioni, ritmi, agogie, tensioni, intensità; dà luogo a specifiche forme di figurativizzazione e di visualizzazione, di sonorità e di gusti, di consistenze e di visceralità; convoca apparati giuridici e sanitari, distribuisce vizi e virtù, abbatte logiche ("se... allora") e ne propone di nuove ("lo so... ma comunque"); tocca da molto vicino l'assiologia profonda della vita e della morte (p. 125).

Analizziamo quindi, in questo scenario clinico compromesso, la trasformazione del pasto in una cerimonia *estesica*, deputata a ripristinare la comunione originale fra il soggetto anoressico e il sensibile-sapore. Questo momento "fusionale", nello stato contingente di privazione, si traduce, a sua volta, in un *hangover*<sup>7</sup>, uno stato "postumo", etimologicamente di colpevole sospensione, prima del ripristino subitaneo e moralizzatore dell'ordine infranto, vero e proprio ritorno a regime.

## 2. Il momento del pasto

Paolo Fabbri (1991) analizza la sequenza della colazione futurista, istruita dal *Pranzo parolibero primaverile*, che appartiene alla raccolta di Marinetti e Fillia del 1932, mettendo in evidenza lo stretto vincolo retorico tra cibo ed emozione in tutte le fasi del pasto. Se la prima parte del pasto è infatti destinata a placare l'ansia letteraria ed erotica dei tre giovani, facendo sì che “il loro palato spicchi il volo cercando nel piatto *sinottico sin-gustativo* un'indispensabile nuova armonia”<sup>8</sup> (Fabbri 1991), la seconda parte, servita dalla “contadinotta ventenne e grassa” è destinata a superare il tedio e la monotonia provocato presumibilmente “dall'aglio alla rosa”.

S'ingegnino loro finalmente a mangiare, leccare, bere, smacchiarsi, rissando sulla tavola con aggettivi illuminanti, verbi chiusi fra due punti, rumorismi astratti, urlì animaleschi che sedurranno tutte le bestie della primavera, ruminanti, ruscanti, borbottanti, fischianti, raglianti e cinguettanti in giro (Marinetti, Fillia 1932).

La ricostruzione locale di un rapporto semiotico tra cibo ed emozione avvolge l'intera condotta anoressica che, paradossalmente, in maniera non troppo dissimile dal festino culinario-grammaticale futurista, attribuisce una valenza estetica a quel pasto rado e scarnificato che il malato si concede, traducendo i suoi formanti in elementi figurativi di una *Passione*: “Teresa contava i piselli prima di metterli nel piatto per verificarne il numero. Allo stesso modo, Giulia, contava le pennette” (Salvo 2008, p. 45). Ogni elemento poi, prima di produrre un “gonfiore insopportabile” (*ivi*, p. 48), dev'essere assaporato al massimo. Il corpo-macchina, affamato, produce processi percettivi, passionali ed estetici complessi. Nelle testimonianze raccolte dalla Bruch, la nutrizione, per il corpo affamato, rappresenta la rottura della continuità del digiuno, il momento intempestivo e imperfettivo dell'infrazione, nella continuità dell'inedia:

Non pensavo ad altro che a mangiare. Questo impegno si era impadronito di tutta la mia vita, sconquassandola del tutto. Affamarsi ha lo stesso effetto di una droga e ti senti fuori dal tuo corpo. Sei veramente fuori di te e allora puoi tollerare il dolore senza reagire, non sentivo alcuna sofferenza a quell'epoca (Bruch 1978, p. 32).

Nella fenomenologia del digiuno, il momento del pasto rappresenta uno sgretolamento del quadro competenzaiale del soggetto anoressico che assiste a un'*epoché* del proprio programma narrativo principale, che si identifica con il controllo dell'appetito. Ci sembra di poter descrivere questo momento fusionale col piatto, questo sovrappiù di senso intempestivo, nei termini di una *presa estetica*, così come la ripensa Fabbri (1988) nell'introduzione alle analisi sulla *quête* del bello che Greimas (1987) conduce in *Dell'Imperfezione*

In quest'istante assoluto – tutt'uno o nonnulla (di non so che o di altroché) il Soggetto e l'Oggetto si ridispongono in un nuovo spazio transizionale di sapere e di sapore; è un sentire altro, insostenibile, e irripetibile di cui resta soltanto la reversibile nostalgia o il respiro della speranza, il lutto o entusiasmo, ventaglio di cartoline illustrate, repertorio di meraviglia (*ivi*).

Il sapore è per il digiunante un'insostenibilità, un “mancamento”, nella duplice accezione, interocettiva di venir meno a sé ed esterocettiva di contravvenzione alla norma, in cui il soggetto viene meno alla propria intenzionalità: nella logica del controllo il soggetto manca a se stesso, venendo meno alle proprie intenzioni. Passato il guizzo, c'è il coagularsi del ricordo; Francesco Marsciani, nell'analizzare l'estesia greimasiana (1990), argomenta che nel momento del ricordo della presa estetica siamo già tornati “a regime” e per questo si registra una difficoltà nel leggere quel *balugginare*. Nell'alternanza tra vuoti e vuoti, in cui “il tempo appariva tremendamente accelerato eppure le giornate erano interminabili” (Bruch 1978, p. 30), il momento pregnante del pasto si dilata e si espande nella *risacca* colpevole della sua fissazione memoriale.

Queste considerazioni, tradotte nella dimensione fenomenologica del disturbo, mettono in luce l'incommensurabilità tra la logica del discorso imperante del controllo anoressico e l'*inopinatum* del pasto imprevisto. In questa direzione ci sembra molto appropriata la considerazione che fa ancora Marsciani rispetto all'autoascrizione dell'esperienza estetica da parte del soggetto:

Il soggetto finisce per registrare l'esperienza estetica in via negativa, come un beato cedimento dei suoi abiti, quasi che di fronte a un vestito sporco ci si concentrasse più sul nitrone perduto che non sulla macchia occorsa<sup>9</sup>.

Il ricordo del pasto è rivisitato con l'intensità di una memoria potenziata dalla fame: come dimostra un recente studio dell'Istituto Metropolitano di Scienza Medica di Tokio<sup>10</sup>, da prove realizzate sulle mosche, la fame risveglia un ormone deputato alla riduzione dello zucchero nell'organismo e attiva una proteina capace di migliorare la memoria. I risultati, secondo l'*equipe*, possono essere allargati agli esseri umani che possiedono la stessa proteina nel cervello: il corpo che ha fame registra con lucidità l'ultimo pasto, e allo stesso tempo prova quella “difficoltà dell'autoascrizione dell'esperienza” di cui parla Pierluigi Basso (2007) a proposito della vertigine, nel campo della semiotica della percezione.

Se tutte le tensioni sono investite dal malato sul momento pregnante del cibo, gli altri domini della sua esistenza si svuotano di senso. Come dimostra infatti l'esperimento condotto negli anni Cinquanta dall'Università del Minnesota (cfr. *supra*) nel periodo dell'iponutrizione, si verificò nei volontari, accanto all'ansia e alla depressione, il sorgere dell'apatia che si manifestava innanzitutto come una forma di disaffezione rispetto

alla cura del proprio aspetto, di un disinteresse generale per il prossimo, incluso per le donne e la sessualità. Riduzione della forza fisica, impoverimento del controllo motorio, edema, perdita dei capelli, diminuzione della tolleranza al freddo, disturbi della vista dell'udito, parestesie (sensazioni anormali di formicolio o pizzicore): l'accumulo di sintomi neutralizza il codice affettivo del corpo a digiuno che allenta la sua prensione sugli altri ambiti dell'esistenza.

L'apatia si traduce medicalmente in *alesitimia* ("mancanza di parole per l'emozione"<sup>11</sup>), un costrutto multidimensionale, uno stile cognitivo che riflette un'assenza di pensieri interni e fantasie, così come un minore livello di espressività emozionale (Taylor, Bagby, Parker 1997). L'*équipe* di medici diretta da Treasure e Steel (2001) ha indagato come i pazienti affetti da anoressia nervosa riconoscano e regolino i propri contenuti emotivi, sottoponendo i soggetti reclutati a un'indagine basata nel *Reading the Mind Eyes Test* (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, Plumb 2001). I risultati hanno evidenziato come i malati registrino un deficit di competenza emotiva in diverse aree, con una conseguente maggiore difficoltà nella regolazione dei contenuti affettivi. Gli autori sottolineano l'influenza che fattori fisiologici come la fame e l'eccessiva perdita di peso, nonché le alterazioni ormonali e plurimetaboliche, potrebbero giocare nella presentazione di questi quadri clinici.

### 3. Le fasi della cura

Il primo intervento che si fornisce ai pazienti anoressici, in grave stato di denutrizione, serve a interrompere il cortocircuito dell'astinenza e il conseguente insostenibile investimento estetico sul cibo.

Il recupero del peso ponderale, attraverso un adeguato ripristino della nutrizione, deve supplire agli effetti della restrizione calorica che contribuisce al mantenimento del sintomo (Fairburn, Cooper, Shafran 2003; Dalle Grave et al., 2007). La fame o il precoce senso di pienezza, interagendo con la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione sono, infatti, interpretati come una minaccia al volere del soggetto. Ciò fa sì che l'individuo incrementi il controllo dell'alimentazione e i livelli di restrizione dietetica, manipolando continuamente il cibo, allo scopo di identificare ed eliminare gli alimenti a maggiore densità energetica e raggiungere un peso progressivamente sempre più basso.

Il ripristino del peso corporeo, in regime di ricovero, passa attraverso la nutrizione assistita del paziente funzionale a ricreare quella discontinuità tra il *polo soggettale* e il *polo oggettuale*, che si era compromessa nell'assorbimento fusionale, attivato dalla logica alterata del digiuno. Questo passaggio, funzionale a ristabilire un ampliamento del volere del soggetto, passa per una *dissfatta* della sua soggettività, che lo converte in *paziente*, al di fuori di un sentire-sapere.

Se il digiuno prolungato è per il malato un linguaggio (Marrone 2012, p. 16) che, attraverso sostanze e forme

espressive, veicola significati sociali, e forme di parlare (o tacere) al mondo, il primo intervento terapeutico agisce sul riassetto del soggetto che deve riacquistare massa corporale, forma e sostanza per rifondare il proprio codice emozionale, ridistribuendo su tutta una serie di aree il peso attribuito precedentemente al cibo:

In che modo potrei riempire il mio tempo? La domanda è semplice e straziante. La ragazza non intravedeva altro modo o altra possibilità di essere se non quella affidata alla cifra esistenziale in cui era costretta a perpetuare la propria strategia coattiva (Salvo 2008, p. 104).

In letteratura psichiatrica si parla, a questo proposito, di *désaffectation* (McDougall 1982), nel senso tanto di separazione, quanto di perdita degli affetti, esiliati e opacizzati dalla strategia militare messa in atto dal malato che ammette commozione e partecipazione solo al cibo, in una meccanica di mera sopravvivenza. Un approccio cognitivo-comportamentale (cfr. *supra*) ai DCA, sostiene appunto che l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione è il problema psicologico centrale dei disturbi dell'alimentazione:

Mentre le persone si valutano generalmente in base alla percezione delle loro prestazioni in una varietà di domini della loro vita (es. relazioni interpersonali, scuola, lavoro, sport, abilità intellettuali e genitoriali, ecc.), quelle affette da disturbi dell'alimentazione si valutano in modo esclusivo o predominante in base al controllo che riescono a esercitare sul peso o sulla forma del corpo o sull'alimentazione<sup>12</sup>.

Lo schema di autovalutazione di una persona affetta dal disturbo<sup>13</sup> mostra chiaramente la marginalizzazione degli altri domini della vita a scapito di un interesse quasi esclusivo per il cibo.

In altri termini, per recuperare un quadro stabilizzante di compromissione con la vita, si tratta di sospendere la concezione del cibo come unico motore dell'esistere. Nell'istruzione terapeutica si inizia con la decostruzione della "coalescenza delle sensazioni" (Greimas 1987) convocata dal momento del pasto nel corpo del digiunante, del quale si delega il controllo a terzi. Il personale terapeutico, detentore di una fare specialistico, agisce secondo la logica analitica dell'ingegnere (Lévi-Strauss 1962, Floch 1995)<sup>14</sup>, trasformando il cibo in una medicina per un corpo meccanico *demodalizzato*, che si limita a ingerire e processare fisiologicamente il nutrimento. L'obiettivo principale del primo intervento di riabilitazione nutrizionale è quindi far coincidere i valori alimentari nutritivi e salutisti con i valori gastronomici gustativi e sociali recuperando il concetto d'utilità di quest'ultimi. Il discorso terapeutico svincola quindi l'intreccio tra il piacere e la necessità, ristabilendo una sorta di simmetria originaria fra il ruolo del medico e quelle del cuoco: entrambi ancorati alle funzioni nutritive e vitali degli alimenti, procedono, nella somministrazione

**Rappresentazione grafica dello schema di autovalutazione di una persona con il disturbo dell'alimentazione e di una senza il disturbo dell'alimentazione**

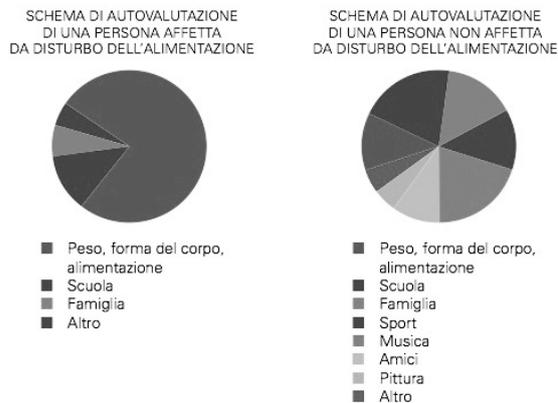


Fig. 1 - Rappresentazione grafica dello schema di autovalutazione di una persona con il disturbo dell'alimentazione e di una senza il disturbo

di sostanze a terzi, per prescrizione (Fischler 1990). L'alimentazione assistita deve, in questa direzione, ristabilire il livello ponderale del peso corporeo fissato sulla soglia minima di un IMC (Indice di massa corporea) superiore a 19 kg/m: in questa fase il paziente delega il controllo su cibo e corpo, che, nel tempo della malattia, aveva esercitato in un dispotico solipsismo, al trattamento terapeutico specialistico. Il corpo è curato dal testo gastronomico, configurato come un'unità di senso complessa, che diventa tutt'uno con la terapia: "ogni scritta è una regola per il pasto, che qui si chiama terapia", spiega la dottoressa Antonietta Ammirati, responsabile dell'accoglienza del Centro di Riferimento Regionale per la cura dei disturbi del comportamento alimentare e del peso di Chiaromonte<sup>15</sup>. Allo stesso modo riferisce il dott. Della Grave:

I pazienti sono incoraggiati a considerare il cibo come una medicina e a mangiare meccanicamente senza farsi influenzare da qualsiasi stimolo esterno (es. la presenza di cibo o di altre persone) e interno (es. ansia e pensieri sul peso e la forma del corpo). Questo nuovo modo di alimentarsi va continuato fino a che l'alimentazione non sarà più influenzata dall'ansia e dalla preoccupazione per il peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione. Il dietista aiuta i pazienti anche a interrompere alcuni rituali alimentari (es. mangiare lentamente o sminuzzare il cibo in piccoli pezzi), se sono usati per aumentare il controllo dell'alimentazione, e alcuni comportamenti di *check* dell'alimentazione (es. guardare quello che mangiano gli altri)<sup>16</sup>.

Il dottor Antonio Sanchirico, nutrizionista del Centro Villa Garda, spiega che una riabilitazione nutrizionale equivale a quella emozionale. "Il cibo inizialmente viene percepito come farmaco, in un secondo momento deve diventare un mezzo, fino a trasformarsi in alleato al termine del percorso"<sup>17</sup>. L'ingresso del paziente in regime di trattamento ospedaliero,

presso i centri che adottano a livello europeo i presupposti diagnostici dettati dal DSM IV T-R<sup>18</sup>, inizia con l'adesione al contratto stipulato con il personale medico, basato su un codice normativo di comportamento che regola l'intera permanenza nel centro.

Del trattamento internistico a cui si sottopone il paziente, abbiamo rivolto la nostra attenzione a un sistema di norme che regolano l'alimentazione assistita. Analizzando il programma discorsivo di un campione di protocolli clinici in uso presso alcuni centri d'eccellenza nella cura dei disturbi alimentari<sup>19</sup>, abbiamo provato a rendere conto delle strategie enunciative messe in atto intorno a tre passaggi fondamentali.

In primo luogo il trattamento costruisce una cornice per il pasto dettando una grammatica degli aspetti (perfettivo e imperfettivo, incoativo, durativo, terminativo, iterativo) che ordinano il pasto sull'asse paradigmatico delle scelte alimentari e su quello sintagmatico della successione delle portate.

All'interno della cornice così stabilita, poi, il soggetto, demodalizzato rispetto a qualsiasi volere alimentare, delega la propria competenza sul cibo al personale medico, trasformandosi in pura performance digestiva.

Un terzo gruppo di prescrizioni mostrano infine come il paziente assoggettato diventa un attore collettivo deputato alla stessa sanzione del gruppo a cui è a sua volta sottoposto. In un gioco di sguardi incrociati si fa spettatore delle resistenze, delle trepidazioni e degli sgarri dell'altro, proiettando visivamente fuori di sé il tempo della malattia.

L'articolazione in questi passaggi fa dell'alimentazione assistita un'unità testuale complessa in cui intervengono altre dimensioni sensoriali oltre a quella propriamente gustativa: la presentazione del piatto e tutti gli aspetti visivi relativi non solo alla disposizione delle pietanze ma anche all'ambiente ristorativo, la consistenza degli alimenti, le sonorità ambientali e i rumori prodotti dall'allestimento della tavola, i commenti degli infermieri, le osservazioni e le esclamazioni dei pazienti, gli aromi sprigionati dalle cibarie. Tutte questi formanti forgiavano l'operazione gastronomica della cura, correlati con il paratesto che regola, orari e ritmi dei pasti. Piatti e gesti sono testi culinari che accostano la sensazione del sapore con l'atmosfera del refettorio e vanno a formare delle vere e proprie frasi sintattiche, all'interno del discorso terapeutico.

La prima frase digitalizza le tempistiche del pasto mortificando la dimensione euforica dell'attesa (rigorosamente prestabilita) che è ciò che genera, nelle circostanze abituali del convivio, la dimensione vitale e inattesa del pasto: "Si hanno disposizione 45 minuti per consumare il pasto (un quarto d'ora per ogni pasto). Se si impiega più tempo, tutto il gruppo recupera 10 minuti all'uscita". Il pasto diventa un'orchestrazione di cucchiai, forchette, bicchieri imbracciati all'unisono nello spazio topico allestito per il pasto: "A mensa il paziente deve sedersi nel posto assegnato che non può essere

cambiato”. Da contrappunto fa lo spazio eterotopico della fabbricazione del pasto meccanico, un laboratorio per addetti ai lavori: “Non si può entrare in cucina”. La *fucina* del senso diviene spazio paratopico riservato a chi è dotato di un sapere specialistico e quasi segreto. Il fuori-cornice irrompe poi sotto forma di prodotto finito, la cui alchimia rimane occulta: “I piatti escono già serviti dalla cucina. Si serve un piatto per volta”. In maniera complementare poi la mensa è l’unico spazio adibito alla nutrizione: “È proibito mangiare o bere in qualsiasi altro spazio del Centro”.

All’interno dello spazio-tempo allestito per la nutrizione medicalizzata si sutura così la frattura di quel digiuno che era interrotto inopinatamente dal singhiozzo di un pasto imprevisto durante la malattia, con la prevedibilità scientifica della successione canonica del pasto “inferto”, segnalato dal momento di apertura (“Il pranzo e la cena constano di un primo piatto, di un secondo piatto, accompagnati da un pezzo di pane e da un dolce”), di chiusura (“Dopo ogni pasto bisogna riposare per 15-30 minuti”) e dai passaggi intermedi (“È previsto un bicchiere d’acqua con il primo e un bicchier d’acqua con il secondo”; “il sugo deve accompagnare l’alimento e non può essere lasciato alla fine. Con il pane si raccoglie il sugo che rimane nel piatto”). Nel montaggio sistematico il soggetto attua una delega sulla dimensione euforica del pasto, che viene privato di quell’investimento estetico, centrale nella logica sintomatica del digiuno.

Nella prospettiva del paleoantropologo André Leroi-Gourhan (1965), espressa in *Il gesto e la parola*, l’estetica rappresenta la terza tappa dell’evoluzione umana, acquisita dopo la costituzione dell’utensile e del linguaggio, in quel processo di progressiva esteriorizzazione, in cui si attua una presa di distanza fra l’esperienza vissuta e l’organismo umano, per mezzo dell’istituzione di una facoltà simbolica, che permette all’uomo di collocare la memoria delle esperienze al di fuori di se stesso. L’espropriazione del senso estetico del pasto rifonda invece la sua base biologica, che Leroi-Gourhan (*ivi*, p. 338) individua nella segnalazione preventiva dell’ingestione di sostanze tossiche per l’organismo. L’esigenza funzionale (evitare il pericolo) e nutrizionale (sostentarsi energeticamente) slittano così in primo piano, narcotizzando l’altra funzione, quella estetica.

La delega sul controllo del corpo (il *body check* che, in gergo medico-psichiatrico, si riferisce alle strategie di serrato monitoraggio del corpo messo in atto della sindrome anoressica) si traduce in una delega sul sapore, attuato attraverso uno svilimento collettivo del gusto personale, a cui è sottratta ogni possibilità di espressione. Norme come “la porzione adeguata è quella indicata dall’equipe medica” suppliscono all’alterazione dei segnali di fame profondamente alterati nei casi di grave denutrizione (Bernini et al. 2004), e riproducono inoltre lo stile cognitivo tipico dei pazienti anoressici caratterizzato dall’ordine, dall’esattezza, dalla pianificazione e precisione (Dalle Grave et al. 2007). Nello spazio clinico

però il regime è eterodiretto: “Non sono ammessi commenti sulla dimensioni dei piatti”.

Sebbene seduto a tavola, come al ristorante, il paziente si trova all’interno di un sistema di ruoli invertiti, non è chi è servito che ordina il piatto ma colui che lo serve: “Non si può chiedere un cambio nel menu stabilito” né “non sono permessi privilegi alimentari”.

Una serie di norme, poi, stabiliscono il controllo degli stati della materia nel piatto e della disposizione dei formati compositivi del piatto (mescolato/puro, amorfo/strutturato, discreto/compatto, concentrato/espanso, semplice/composto): “Bisogna ingerire tutti gli alimenti del piatto in forma combinata”, “è vietato fare scambi e mescolamenti”, “bisogna tagliare i cibi in pezzi adeguati, né troppo grandi, né troppo piccoli”. Allo stesso modo con prescrizioni come “non masticare eccessivamente”, “si devono utilizzare le posate ed evitare di mangiare con le mani”, non solo l’accesso visivo alla preparazione dei piatti è negato, anche ma anche l’olfatto e il tatto vengono messi fuori gioco. La complessa sinestesia del pasto si riduce così al grado zero del gusto, l’inghiottire funzionale alla trasformazione dell’alimento in massa corporale.

Privato infine della sua funzione edonica e creativa, il gusto personale si rifrange in una moltiplicazione di punti di vista. Se nel digiuno prolungato, il momento del pasto aveva costituito un segreto incontro tra il soggetto e il boccone, provocando in questo modo “la rottura del convivio e la assenza alla mensa familiare e la trasformazione del mangiare in un atto solitario e privato” (Carestia 2000, p. 81), il protocollo terapeutico getta il soggetto nell’intersoggettività di un pasto collettivo, pubblico e sorvegliato.

È per questo che ci è sembrato importante immaginare e strutturare, all’interno del nostro Centro, per i pasti una *setting* condiviso. È così che proprio durante tali attività si è concepita una situazione di grande condivisione di spazio e di tempo, tanto che i pasti avvengono in una sala comune<sup>20</sup>.

L’intersoggettività della tavola “in cui il corpo di ciascuno di noi, senza perdere le proprie specifiche istanze, si fa essere sociale” (Marrone 2012, p. 8), diviene, nello spazio panottico della mensa clinica, un sistema incrociato di sorveglianze e crea un gioco di rifrazione degli sguardi degli altri sul proprio piatto: “Non ci si può alzar dal tavolo mentre un compagno sta ancora consumando il pasto”.

La reversibilità dei ruoli tra medico e degente – dettata dal parametro “all’interno del pasto ambulatoriale uno dei pazienti di ogni tavolo è incaricato di marcare il ritmo del pasto” – instaura un attore collettivo demodalizzato, senza volere e senza sapere (sul gusto), pura performance da sanzionare diffusamente.

Anche le funzioni fisiologiche, legate ai residui patologici della malattia, sono “sotto gli occhi di tutti”. Nel campione raccolto si indica infatti che la persona che

si induce il vomito dovrà raccogliarlo e dovrà ripetere tutto il pasto. L'immagine del sé malato proiettata su uno schermo condiviso, stende un velo tra i due tempi, la malattia e la cura. Il *mostraggio* della meccanica fisiologica del paziente si estende oltre il pasto e regola tutto lo spazio della cura: "È l'infermiere che si deve incaricare di tirare l'acqua, dopo l'utilizzo del servizio igienico". Ma il trattamento supera l'opposizione tra exteriorità corporea e pensiero interiore; entrambi gli ambiti infatti sono sottoposti a un sincretismo espositivo finalizzato a dissuadere il rimuginare patologico, nel coagularsi colpevole del ricordo del cibo: si raccomanda infatti ai pazienti di non parlare durante i pasti di temi relazionati con gli alimenti.

Una raccomandazione simile – "si suggerisce di non mangiare da soli o in compagnia della televisione o altri fattori che possano facilitare l'isolamento" – riguarda invece la fase della cura successiva all'alimentazione assistita e traghetta il paziente verso una parziale riacquisizione della podestà sul gusto, fuori dalla cornice della mensa clinica.

#### 4. Il ritorno a tavola

Quando avviene il recupero del peso ponderale il paziente viene gradualmente incoraggiato ad abbandonare l'alimentazione meccanica, sostituendo ad essa un diario della pianificazione alimentare che viene compilato subito dopo aver mangiato. In questa fase il paziente viene aiutato ad affrontare gli evitamenti e i *check* dell'alimentazione, le regole dietetiche e le reazioni patologiche alla trasgressione delle regole dietetiche. Nell'analisi della fase più critica della riabilitazione ha voluto mostrare come il discorso terapeutico agisca sul piano dell'espressione, organizzando i dispositivi di organizzazione degli alimenti e delle loro proprietà, la strutturazione del pasto e la segmentazione della giornata, per rifondare la giusta corrispondenza con l'emozione, sul piano del contenuto. Le configurazioni organizzative trovano corrispondenza con la rifondazione di uno schema di autovalutazione più articolato e non dipendente in modo predominante dal cibo e dal peso. Inibendo i sensi, smontando il sincretismo sensoriale del gusto, mortificando la ritualità in una "puntualità prevedibile", annullando l'aspettativa dell'attesa tra una portata e l'altra, la mensa terapeutica è un luogo di delega a cui siede un soggetto che deve rimodulare unicamente sulla salute la propria esperienza del sensibile del gusto e il proprio scenario valoriale, ridotto e compromesso durante il digiuno e la malattia. Le delega sul sapore chiama in causa una logica terapeutica di ordine ingegneristico che segue un sistema di regole funzionali alle soluzioni previste (aumento del peso) e che si avvale di strumenti precisi (gli alimenti), basata su una razionalità di tipo scientifico che deve mirare a soppiantare la "logica del *bricoleur*", basata sulla creatività e sul pensiero sensibile che il malato, nella disfunzionalità sintomatica, aveva applicato, associando in maniere alterata cibo ed emozione.

Solo dopo una sanzione positiva sul peso, il soggetto in cura riacquisisce gradualmente il dominio sul proprio corpo e sul proprio senso del gusto e si riappropria di una forma di organizzazione dell'esperienza volta. Nella fase successiva della terapia, il paziente è reinvestito di una competenza, ed è invitato a replicare in forma autonoma i programmi d'azione e i processi di autoconservazione appresi nella fase dell'alimentazione assistita, preparandosi così al ritorno a tavola.

Questo percorso, dagli esiti non sempre lineari, articolando il passaggio dal *pasto nudo* del malato, al *pasto neutro* istruito dal terapeuta, ha tentato di far emergere, in negativo, le numerose implicazioni dell'esperienza gustativa, intesa nella sua doppia accezione, di apprensione sensoriale e di apprezzamento del sapore. L'appetito vien mangiando.

#### Note

1 La letteratura sul tema dell'anoressia è ampia e variegata. In particolare per il concetto di dilatazione del tempo, provocato dal disturbo alimentare, cfr. Salvo (2008).

2 Nei DCA (Disturbi del comportamento alimentare) e dunque anche nel trattamento dell'anoressia nervosa viene recentemente perlopiù utilizzata la cosiddetta Terapia Cognitivo-Comportamentale-Multi-Step (CBT-MS), derivata dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale transdiagnostica (CBT-E) messa a punto da Fairburn, Cooper e Shafran nel 2003. Questa teoria si basa sull'assunto che l'eccessiva valutazione del controllo sull'alimentazione, sul peso e sulla forma del corpo sia centrale nel mantenimento del disturbo (cfr. Fairburn, Cooper, Shafran 2003).

3 Si fa riferimento all'Indice di Massa Corporea (Body Mass Index, BMI), che è dato dal rapporto tra il peso in chilogrammi e l'altezza, espressa in centimetri ed elevata al quadrato:  $BMI = \text{peso}/\text{altezza}^2$ . Viene considerato normale un BMI compreso tra 19.5 e 24.5 per i maschi, e tra 18.5 e 23.5 per le donne.

4 Facciamo riferimento al tipo di malnutrizione proteico-energetica (MPE) "similmarasmatica" che si riscontra nelle pazienti anoressiche e che si caratterizza per la grave alterazione della composizione corporea (Torun, Chew 1994).

5 Cfr: "Psychometric features and clinical correlates", in *Psychological Medicine*, n.12, 871-878.

6 Sul metabolismo del digiuno, cfr. Millán, De la Torre, Pérez García (2004).

7 Sull'etimologia di *hangover*, cfr. Bas (2003, pp. 35-40) in Marrone (2005).

8 Articolo consultato online il 14/03/2013.

9 Articolo consultato online il 12/03/2013.

10 Fonte: [www.abc.es/ciencia](http://www.abc.es/ciencia). Consultato il 25/01/2013.

11 Il termine venne coniato da P. E. Sifneos (1972) nello scritto *Psicoterapia breve e crisi emotiva* per descrivere uno stile affettivo e cognitivo caratterizzato da una difficoltà marcata a esprimere verbalmente le emozioni ed una accentuata diminuzione, o assenza, della fantasia.

12 Fonte: *Trattamento residenziale dei disturbi dell'alimentazione. Opuscolo informativo per i pazienti* in: [www.villagarda.it](http://www.villagarda.it) consultato il 20/02/2013.

- 13 Fonte: *Trattamento residenziale dei disturbi dell'alimentazione. Opuscolo informativo per i pazienti* in: www.villagarda.it
- 14 Floch (1995) utilizza l'opposizione ideata da Levi-Strauss tra ingegnere e *bricoleur* (1962) per tipologizzare gli utilizzatori-modello di due tipi differenti di coltello.
- 15 Fonte: Centro di riferimento regionale per la cura dei disturbi del comportamento alimentare e del peso. "Giovanni Gioia" C/da S. Lucia. Chiaromonte (Pz), in: www.anoressia-bulimiachiaromonte.it
- 16 Fonte: *Trattamento residenziale dei disturbi dell'alimentazione. Opuscolo informativo per i pazienti* in www.villagarda.it
- 17 Ibidem: www.villagarda.it
- 18 Il termine DSM è l'acronimo di Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders («Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali») ed è uno degli strumenti diagnostici per disturbi mentali più utilizzati da medici, psichiatri e psicologi. La prima versione risale al 1952 (DSM-I) e fu redatta dall'American Psychiatric Association (APA).
- 19 Sono stati presi in considerazione i protocolli terapeutici di tre centri per la cura dei DCA. L'omogeneità riscontrata nei protocolli ci ha autorizzato a un uso congiunto delle fonti.
- 20 Fonte: SANIT. VII Forum internazionale della Salute. *Difficile equilibri. Disturbi alimentari e obesità* (2010), in: www.italianhospitalgroup.it

## Bibliografia

- Athey, J., 2003, "Medical complications of anorexia nervosa", in *Prim Care Update Ob/Gyns*, n.10, pp.110-115.
- Barthes, R., 1961, "Pour une psychosociologie de l'alimentation contemporaine", in *Annales ESC, XVI*, pp. 977-86, Parigi; trad. it. "L'alimentazione contemporanea", in G. Marrone, a cura, *Scritti: società, testo, comunicazione*, Torino, Einaudi 1998, pp. 31-41.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., Plumb, I., 2001, "Threading the mind in the eye test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism", in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n. 42, pp. 241-251.
- Basso Fossali, P., 2007, *La tenuta del senso. Vertigine ed emozione secondo una semiotica dell'esperienza*, Roma, Aracne.
- Bernini L., Todesco T., Dalle Grave R., Deiorio F., Saladini L., Vantini I., 2004, "Gastric emptying in patients with restricting and binge/purgative subtypes of anorexia nervosa", in *American Journal of Gastroenterology*, n. 99, pp. 1448-1454.
- Bruch, H., 1978, *Golgen Age. The Enigma of anorexia nervosa*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press; trad. it. *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*, Milano, Feltrinelli 2003.
- Burroughs, W., 1959, *The naked lunch*, Paris, Olympia; trad.it. *Il pasto nudo*, Milano, BUR 1998.
- Carestia, M., 2000, "L'enigma del corpo femminile: dall'isteria all'anoressia-bulimia", in F. Galimberti, a cura, *Corpo, gruppo e istituzione. Il trattamento dell'anoressia e bulimia*, Milano, Franco Angeli.
- Dalle Grave, R., 2003, *Terapia Cognitivo Comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il ricovero*, Verona, Positive Press.
- Fabbri, P., 1988, "Introduzione" in Greimas, A., J., *Dell'imperfezione*, Palermo, Sellerio.
- Fabbri, P., 1991, "Palatogrammi", in A. Pollarini, a cura, *La cucina bricconcella. Omaggio a P. Artusi*, Urbino, Quattroventi.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Shafran, R., 2003, "Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment", in *Behaviour Research and Therapy*, n.41, pp. 509-528.
- Fischler, C., 1990, *L'Homnivore*, Paris, Odile Jacob; trad. it. *L'onnivoro. Il piacere di mangiare nella storia e nella scienza*, Milano, Mondadori 1992.
- Floch, J.M., 1995, *Identités visuelles*, Paris, Puf; trad. it. *Identità visive*, Milano, Franco Angeli 1997.
- Garner, D., Dalle Grave, R., 1999, *Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*, Verona Positive Press.
- Greimas, A. J., 1987, *De l'imperfection*, Fanlac, Périgueux; trad. it. *Dell'imperfezione*, Sellerio, Palermo 1988.
- Hewitt, P.L., Coren, S., Steel, G.D., 2001, "Death from anorexia nervosa: age span and sex differences", in *Aging Ment Health*, n. 5, pp. 41-6.
- Keil, A. B., 1950, *The biology of human starvation*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Leroi-Gouran, A., 1965, *Le geste et la parole. II. La memoire et les rhymes*, Paris, Albin Michel; trad. it. *Il gesto e la parola. II. La memoria e i ritmi*, Torino, Einaudi 1977.
- Lévi-Strauss, C., 1962, *La pensée sauvage*, Paris, Plon; trad. it. *Il pensiero selvaggio*, Milano, Il Saggiatore 1979.
- Marrone, G., 2005, "Sostanze tossiche, forme stupefacenti", in G. Marrone, a cura, *Sensi alterati*, Roma, Meltemi.
- Marrone, G., 2012, "Introduzione", in G. Marrone, A. Giannitrapani, a cura, *La cucina del senso. Gusto, significazione, testualità*, Mimesis, Milano.
- Marschiani F., 1990, *Ricerche attorno alla razionalità semiotica*, Tesi di dottorato, Università di Bologna.
- McDougall, J., 1982, *Theatres of the body*, London, Free Association Books; trad. it. *Teatri del corpo*, Milano, Cortina 1990.
- Millán De la Torre, A., 2004, *Nutrición y Metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria*, Barcelona, Glosa.
- Salvo, A., 2008, *Questo corpo non è mio. Capire l'anoressia attraverso gli occhi di chi ne soffre*, Milano, Mondadori.
- Sifneos, P. E., 1972, *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*, Cambridge MA, Harvard University Press; trad. it. *Psicoterapia Breve e Crisi Emotiva*, Firenze, Martinelli 1982.
- Taylor G.J, Bagby R.M., Parker J.D., 1997, *Disorders of affect regulation*. Cambridge University Press; trad.it. *I disturbi della regolazione affettiva*. Roma, Fioriti Editore 2000.
- Torun B, Chew F., 1994, "Protein-energy malnutrition", in M.E Shils., J.A. Olson, M. Shike, a cura, *Modern nutrition in health and disease*, Lea & Febiger, pp. 950-976.

