

L'anoressia nella stampa divulgativa e scientifica: modelli culturali, criticità e linee di sviluppo

di Federico Fanelli, Francesca Terri*

1. Premessa

Con questo lavoro abbiamo voluto individuare i modelli culturali che organizzano il discorso intorno all'anoressia in parte della produzione scientifica e giornalistica del contesto italiano, nel periodo tra il 2000 e il 2005.

L'ipotesi è che tali culture influenzino ed "organizzino" le azioni di intervento e prevenzione di chi si occupa di anoressia e che, nello stesso tempo, orientino le attese e la domanda del sistema sociale.

La considerazione alla base della ricerca è che qualunque operazione professionale, attuata o attuabile da parte di associazioni, istituti e tutti gli attori che si occupano di anoressia, possa (e debba) situarsi in un "contesto" di cui si possiedono tutte le coordinate *culturalmente* significative, e che interventi, progetti, politiche di prevenzione possano così ottenere una configurazione netta e percepibile e scegliere una direzione di senso realmente incisiva, che parta e che risponda ad aspettative, domande, concezioni e quant'altro possa essere attribuito al vissuto ed al sentire della collettività e della cultura scientifica nei confronti di un "evento sociale" come l'anoressia.

La ricerca è tesa dunque ad individuare luoghi ed aree culturali ove risulti particolarmente presente la "domanda" sociale legata all'anoressia, leggibile entro il rapporto con l'"offerta" del contesto.

Si ipotizza, infine, che la conoscenza dell'immagine dell'anoressia, veicolata dalla stampa divulgativa e scientifica, possa garantire occasioni di dialogo tra esperti, operatori, interlocutori istituzionali ed aprire a trasformazioni e negoziazioni di significato intorno alla rappresentazione dell'anoressia. Confrontarsi con questa non implica soltanto descrivere le forme della sofferenza o i modi della cura, ma anche interrogarsi sui fattori di rischio o sulle risorse che una determinata cultura implica e sulla prevenzione, e dunque sulle possibili protezioni, la cui messa in opera richiederebbe interventi "politici" sulla cultura.

2. Metodologia

2.1 La scelta delle fonti scientifiche e la raccolta degli articoli

Si è scelto di consultare, in un'ottica interdisciplinare, articoli sull'anoressia reperiti nelle seguenti riviste italiane:

- *L'Arco di Giano*: è la prima rivista di *medical humanities*: incontro non occasionale ma sistematico tra discipline e pratiche diverse afferenti alla sanità. Essa intende guardare nelle due opposte direzioni delle scienze della natura e delle scienze dell'uomo, per abbracciare il campo totale costituito dalla cura della salute.
- *La Rivista Telematica di Psychomedia - Psychomedia Telematic Review*: nelle versioni inglese ed italiana ospita articoli, link e indicazioni bibliografiche di specifiche aree tematiche di ambito psicologico.
- *Psicologia Della Salute*: quadrimestrale di psicologia e scienze della salute; la psicologia della salute riguarda la ricerca, l'applicazione e la verifica di interventi relativi alla promozione ed al mantenimento della salute, alla prevenzione e trattamento delle malattie, all'analisi e al miglioramento dei sistemi di tutela della salute e all'elaborazione delle politiche della salute.
- La rivista *Costruzioni Psicoanalitiche*: vuole essere l'espressione di un riflettere intorno a temi che, partendo dai fondamenti della psicoanalisi, si muovono in varie direzioni, abbracciando anche campi non strettamente correlati con lo specifico terapeutico, ma con la società in senso lato, con le sue trasformazioni e con le manifestazioni attraverso le quali questa si esprime.
- *Psicoterapia e scienze umane*: ospita contributi di matrice psicoanalitica accanto a quelli di rappresentanti di discipline come la psicologia, la psichiatria, la sociologia, l'antropologia, la filosofia, le scienze dell'educazione, la storia.

* Specialisti in psicologia della salute

- *Psichiatria di comunità*: è una rivista trimestrale che muove dai problemi umani e sociali, da quella stessa valenza politica che l'intervento di comunità ha in sé, per stimolare il dibattito, raccoglierne le proposte, tradurle in progetti.
- *Studi Jungiani*: nata ufficialmente nel 1995, ha lo scopo di favorire l'approfondimento dei diversi orientamenti e i molteplici interessi teorici e clinici nell'ambito della psicologia analitica. Si apre inoltre al confronto con la psichiatria, con la filosofia e l'antropologia.
- *Psicobiiettivo*: si propone di dare un contributo alla ricerca di punti di contatto e di convergenza tra orientamenti psicoterapeutici differenti, nel rispetto delle reciproche diversità. Essa risponde ad una esigenza oggi diffusa nel campo della psicoterapia: quella di superare drastiche contrapposizioni concettuali e pratiche tra i vari indirizzi, a favore di "paradigmi di complessità" che propongono la necessità di punti di vista molteplici e tra loro complementari.
- *Terapia Familiare*: è una rivista interdisciplinare di ricerca ed intervento relazionale. Centro del suo interesse è lo studio dell'individuo nelle sue relazioni familiari e sociali. È la rivista più antica di studi e ricerche sulla famiglia.

Sono stati raccolti 16 articoli pubblicati tra il 2000 e il 2005 nelle 9 riviste considerate, costituendo un testo di 142 pagine.

2.2 La scelta dei quotidiani e degli articoli

Per la ricerca si è scelto di consultare quotidiani italiani dal 2000 al 2005 attraverso gli archivi degli stessi giornali e di Lexisnexis messi a disposizione dalla Biblioteca del Senato della Repubblica. Si è scelto di consultare i primi tre quotidiani nazionali: *La Repubblica*, il *Corriere della Sera* e *La Stampa*. Il *Corriere della Sera*, pubblicato a Milano, è attualmente il quotidiano più diffuso in Italia con una tiratura media di più di 840.000 copie giornaliere. *La Repubblica* è un quotidiano appartenente al Gruppo editoriale L'Espresso, pubblicato a Roma. La vendita media giornaliera, calcolata dal novembre 2004 all'ottobre 2005, è risultata essere di poco meno di 790.000 copie. *La Stampa* è attualmente il terzo quotidiano nazionale, con una tiratura media di circa 430.000 copie¹. Un accordo per l'uscita in abbinamento locale con una serie di piccoli e medi quotidiani sparsi in tutto il Paese (i maggiori dei quali sono il *Corriere di Napoli*, il *Corriere di Caserta*, *Cronache del Mezzogiorno*, *Il Domani della Calabria*, *Il Domani di Bologna*), ne ha favorito la diffusione anche nelle regioni del Sud. La ricerca è stata effettuata inserendo la parola "anoressia" nei motori di ricerca che hanno riportato tutti gli articoli in cui la parola appariva nel testo o nel titolo. Da una lettura attenta sono stati selezionati soltanto gli articoli incentrati sull'argomento, scartando quelli in cui l'anoressia era soltanto citata o in cui la parola veniva riportata in elenco, o ancora usata in senso metaforico. Ne è risultato un campione di 224 articoli (41 de *La Stampa*, 91 de *La Repubblica* e 92 de *Il Corriere della Sera*), che hanno formato un testo di 180 pagine.

2.3 L'Analisi emozionale del testo

Per analizzare il discorso sull'anoressia nella stampa e nella letteratura scientifica si è scelto di individuare i modelli culturali presenti nei testi attraverso l'analisi emozionale del testo (AET), uno strumento psicologico di analisi di testi scritti². Si tratta di una metodologia che consente di evidenziare dinamiche collusive presenti in un testo, al fine di analizzare i modelli culturali che organizzano emozionalmente il testo stesso. L'Aet, dunque, consente di analizzare la "cultura", intesa come "costruzione emozionale della conoscenza" di specifici contesti, oggetti e relazioni sociali. L'analisi effettuata sui testi considerati ha evidenziato, dunque, i modelli collusivi con i quali la stampa e la letteratura scientifica organizzano emozionalmente la rappresentazione e la conoscenza dell'anoressia.

Si ipotizza che le parole con cui è organizzata la produzione linguistica possano essere suddivise in due grandi categorie: *parole dense*, con il massimo di polisemia³, se prese a sé stanti, ed il

¹ Fonte dei dati concernenti la tiratura media dei tre quotidiani citati: Pubblicità Italia - dati ADS riassuntivi medi - Media mobile di 12 mesi - da Novembre 2004 a Ottobre 2005 su <http://www.pubblicitaitalia.it/ads.asp>.

² Per approfondimenti si veda Carli R., Paniccia R. M. (2003), *L'Analisi Emozionale del Testo*, FrancoAngeli, Milano.

³ Per *polisemia* si intende l'infinita associazione di significati e di senso attribuibili ad una parola se presa a sé stante, se svincolata dal contesto linguistico che ne riduce la polisemia stessa. Si tratta, evidentemente,

minimo di ambiguità nel significato, e *parole non-dense*, con il massimo di ambiguità di senso e quindi con il minimo di polisemia le quali, per aver assegnato un senso entro il linguaggio, hanno bisogno di essere iscritte entro il contesto linguistico. Le parole dense, che mantengono un forte significato emozionale anche se prese a sé stanti, se vengono individuate in un testo possono essere raggruppate in funzione della loro ricorsività entro segmenti del testo stesso.

Questa operazione di segmentazione del testo e di identificazione di raggruppamenti ricorrenti di parole entro specifici segmenti è possibile grazie all'analisi delle corrispondenze⁴ tra le parole dense evidenziate nel testo ed i segmenti del testo, preventivamente individuati. Queste analisi sono rese possibili da specifici programmi informatici per l'analisi del testo; in questo caso, il software utilizzato è Alceste (*Analyse des Lexèmes Co-occurents dans les Enoncés Simples d'un Texte*) di Max Reinert. Dall'analisi fattoriale delle corrispondenze e dalla successiva analisi dei cluster⁵ è possibile ottenere quindi dei raggruppamenti di parole dense chiamati repertori o cluster: "Repertori Culturali" caratterizzati da parole dense co-occorrenti entro un insieme di segmenti ove le stesse parole ricorrono con la più elevata probabilità. La funzione della co-occorrenza delle parole dense entro lo stesso repertorio è di ridurre *gli infiniti significati* di ciascuna parola densa; è come se ciascuna parola considerata nell'incontro di co-occorrenza con le altre parole perdesse una quota di polisemia, consentendo così la costruzione dei differenti repertori, veicoli della dinamica collusiva insita nel testo stesso.

3. Repertori culturali

Iniziamo col considerare ed analizzare gli incontri di co-occorrenza a partire da quelli tra le parole dense a più elevata centralità nel repertorio, ossia le parole che più hanno contribuito, in termini di significatività statistica, alla costituzione del repertorio. L'ipotesi che regge l'analisi è che l'insieme delle co-occorrenze analizzate consenta di comprendere la "cultura" che caratterizza quel repertorio⁶.

Nella figura 1 è rappresentato lo spazio fattoriale (Spazio Culturale), definito dall'incrocio dei tre assi cartesiani, denominati fattori, che spiegano il massimo della varianza totale dei dati.

L'Aet ha evidenziato la presenza di 4 cluster o Repertori Culturali, posizionati nel modo seguente nello Spazio Culturale: alla sinistra del primo asse fattoriale, quello orizzontale, si situa il R.C. 2, che si contrappone al R.C. 1 dislocato all'estremità opposta; sul secondo asse fattoriale, quello verticale, si trova in alto il R.C. 3 che si contrappone ai R.C. 1 e 4, dislocati nella parte bassa dello spazio culturale; il terzo fattore, infine, differenzia i R.C. 4 e 1.

Inizialmente descriveremo le dimensioni culturali che caratterizzano i singoli Repertori Culturali emersi con il trattamento statistico del testo e, successivamente, approfondiremo le relazioni tra le culture presenti nei quattro repertori, con l'obiettivo di rilevare la specifica Cultura in analisi, così come si è organizzata entro lo Spazio Culturale. La successione dei Repertori Culturali descritti è funzionale alle loro reciproche posizioni sul piano fattoriale: si inizierà dal R.C. 1, cluster che

di una polisemia "emozionale", che viene trasformata nel "senso", cognitivamente inteso, della parola stessa quando questa sia iscritta entro il contesto linguistico.

⁴ Come tutti i metodi di analisi fattoriale, l'analisi delle corrispondenze consente di estrarre nuove variabili - i fattori appunto - che hanno la proprietà di riassumere in modo ordinato l'informazione. Consente inoltre di predisporre grafici atti a rappresentare - in uno o più spazi - le entità linguistiche raggruppate per co-occorrenza.

⁵ Insieme di tecniche statistiche il cui obiettivo è costituito dall'individuare raggruppamenti di oggetti (nel nostro caso, di parole dense) che abbiano due caratteristiche complementari: al loro interno, la massima somiglianza tra gli elementi che li costituiscono (le parole appartenenti a ciascun cluster); tra di loro, la massima differenza.

⁶ L'analisi degli incontri di co-occorrenza parte prendendo in considerazione l'etimologia delle parole dense che compongono i cluster o Repertori Culturali. Come mettono in evidenza Carli e Paniccia (2002, p. 169), "il ricorso all'etimo delle parole ha la funzione di orientare il ricercatore, entro la polisemia della parola densa, individuando aree emozionali ove la mente può associare". A tal fine si è scelto di utilizzare i seguenti dizionari: Devoto G., *Avviamento all'etimologia italiana*, Le Monnier, Firenze, 1989; Cortellazzo M., Zolli P., *Dizionario etimologico della lingua italiana*, Zanichelli, Bologna, 1984; Castiglioni L., Mariotti S., *Vocabolario della lingua latina*, Loesher, Torino, 1966; De Mauro T., *Grande Dizionario italiano dell'Uso*, Utet, Torino, 2003.

abbiamo chiamato “jolly” perché, essendo in rapporto con tutti i fattori, aiuta a definire, per differenza, tutti gli altri repertori.

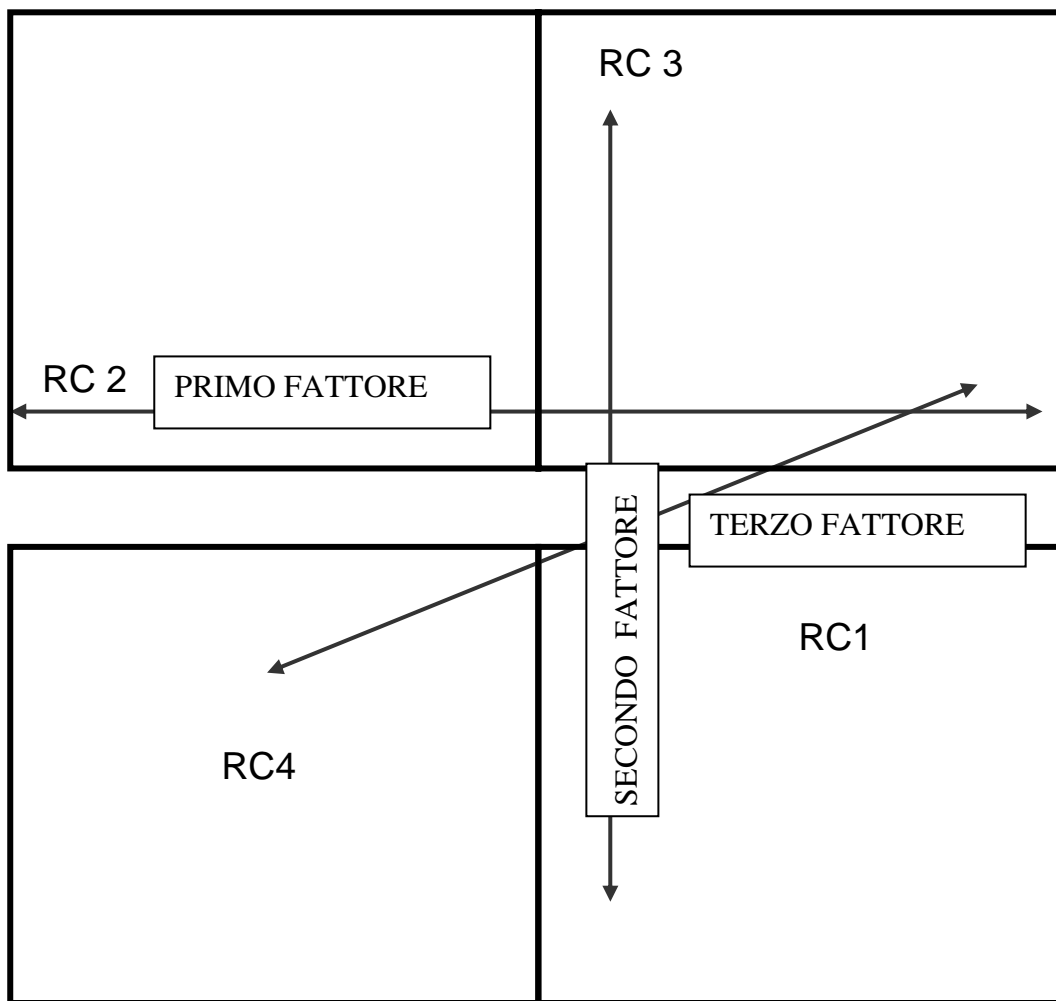


Fig. 1 Lo spazio fattoriale (o culturale)

3.1. Repertorio Culturale 1

Si è scelto di partire dall'analisi del RC 1 perché è il più esteso dei quattro che compongono lo spazio culturale; la percentuale di testo analizzato che appartiene ad esso è pari a circa il 42% del testo complessivo.

La parola che più ha contribuito alla costituzione del repertorio è **bulimia**, spesso descritta come l'altra faccia dell'anoressia, come uno dei due sensi dell'altalena dei disturbi alimentari. Una "sensazione morbosa di fame", opposta al resistere alla fame dell'anoressica⁷. Un pieno contrapposto ad un vuoto. La parola origina dal greco *boulimía*: "fame divoratrice", da "fame (*limós*) grande, da bue (*bôus*)", che indubbiamente evoca l'aspetto invasivo e compulsivo del desiderio di cibo alla base del comportamento bulimico.

Scendendo nell'ordine dei valori di ricorrenza entro il repertorio, la polisemia della prima parola si riduce con **centro clinico**: c'è una forte contestualizzazione che inserisce la bulimia entro una dimensione medica.

BULIMIA CENTRO CLINICO

Clinico deriva dal greco *linikē* "letto", per estensione "arte medica". Centro clinico inteso come clinica, "settore ospedaliero diretto da un clinico; ospedale" (1818 G. Rasori). Ospedale viene dal latino *hospitalis*, ospitale, che accoglie, relativo agli ospiti, ove *hospes* significa straniero, forestiero, estraneo. Il contesto medico si confronta quindi con l'estraneità e la trasforma in qualcosa che conosce, le dà un nome, la identifica per poi, ad ogni successivo incontro, riconoscerla ed intervenire su di essa. Ecco che entro un contesto medico la bulimia si connota come un disturbo, come lo scarto da una norma-normalità che l'azione medica cerca di ristabilire.

BULIMIA CENTRO CLINICO

CURARE

E **curare**, la parola che va a formare il successivo incontro di co-occorrenza, specifica l'azione. Curare come: "sottoporre il malato ai trattamenti necessari per guarirlo", trattare una malattia, una ferita e sim. per guarirla, (sec.XIII Pietro Ispano, volgar.), ma anche procurare (av. 1347 B. Da S. Concordio) e preoccuparsi (av. 1294 B. Latini).

L'incontro di co-occorrenza arriva a delineare quasi tutti gli elementi dell'intervento medico: il luogo della cura, l'azione del curare e l'oggetto di tale azione, la malattia. Ed è proprio con **medico** che si chiude il cerchio paradigmatico dell'intervento clinico. E con "medico" si introduce un principio di autorità fondata sulla competenza a curare.

BULIMIA

CENTRO CLINICO

CURARE

MEDICO

Medico da *medeor* (*mederi*), medicare, curare, sanare. Nel suo senso traslato significa anche venire in aiuto, provvedere, rimediare. Ma qui la presenza della parola medico pare ribadire la delega totale alla medicina del compito di confrontarsi con la bulimia. La medicalizzazione del disturbo sembra in questa cultura rappresentare la strada maestra per confrontarsi con un'estraneità altrimenti inconoscibile.

La bulimia, come i "disturbi del comportamento alimentare" in generale e l'"anoressia" (parole che rientrano successivamente nel cluster in analisi), sembrano riuscire a definirsi perché situati entro un contesto specifico, il contesto medico. Si configura, fin da queste prime parole dense, un rapporto dall'emozionalità ben definita e conosciuta, fondata sullo standard della prassi medica, qui forte nella sua immobilità, rigidità, invarianza.

La comparsa di un soggetto professionale – il medico – sembra accentuare il ruolo giocato dal potere di chi cura nei confronti di chi soffre, di chi è malato (quadro che si approfondisce con le parole "sofferenza e malattia" dei successivi incontri di co-occorrenza) nel garantire le invarianze, le condizioni e le regole necessarie per affrontare la malattia e riportare "lo scarto" alla norma. Un

7 Il DSM IV riporta per la bulimia i seguenti criteri: a) Ricorrenti abbuffate; b) Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo; c) Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi; d) I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo; e) L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.

potere che fa guarire se chi soffre si affida ad esso: è un affidarsi “scontato” quando si è arrivati all'estremo e non si sopporta più quello che sta accadendo.

Il quadro sembra aprirsi con il quinto incontro di co-occorrenza:

BULIMIA

CENTRO CLINICO

GIOVANI

CURARE

MEDICO

La parola **giovani** da *iūvene* – “di persona che è tra l'adolescenza e la maturità” (sec. XIII, TF)- dà un volto, sebbene ancora impersonale, alla malattia, individuando la fetta di popolazione più colpita dai disturbi del comportamento alimentare⁸. La parola “**ragazzi**” presente più in là nel repertorio rafforzerà e completerà l'identificazione.

Abbandonando qui l'analisi particolareggiata degli incontri di co-occorrenza, è possibile aprirsi all'ipotesi che l'edificio di senso emozionale, sin qui tracciato, consenta una prima visione d'insieme della cultura presente nel repertorio. La presenza schiacciante di sostantivi sottolinea la forza della dimensione del “fare”, dell'intervenire a livello medico: “**sofferenza**” – “**malattia**” – “**ospedale**” – “**ricovero**” rafforzano la determinazione dell'intervento medico e la fragilità dell'oggetto della cura; “**disturbi del comportamento alimentare**” – “**anoressia**” vanno a completare la dimensione diagnostica, identificando gli oggetti della prassi medica; le parole: “**grave**” - “**aumento**” – “**allarme**” “**sanità**” rimarkano la dimensione dell'urgenza con cui la medicina deve confrontarsi. Si accenna ai disturbi del comportamento alimentare come ad un problema medico di vaste proporzioni che la medicina è chiamata ad affrontare. La competenza professionale non fa intravedere soluzioni mediche, non sembra declinarsi in azioni professionali specifiche, ma sembra giustificata dal peso del mandato sociale che grava sulla medicina come disciplina con un “potere forte”, con una grande responsabilità sociale. Parole come “specialista, dottore, professione” lo ribadiscono.

Siamo, così, confrontati con questa prima area culturale confermata anche dalla natura dei verbi presenti nel cluster. Alcuni di questi, come “**colpire**”, sembrano rimarcare la fermezza di una prassi medica che deve sconfiggere la malattia e “**guarire**” (altro verbo presente nel repertorio) chi è “colpito”, evocando una delle due facce della funzione medica proposte da Fornari: quella paterna del curare; verbi come “**aiutare**”, “**progettare**”, “**collaborare**”, “**consigliare**” sembrano invece rispecchiare la funzione materna del prendersi cura. Nella lingua inglese la stessa distinzione si pone tra *to cure* (curare) e *to care* (prendersi cura).

Provando a riassumere e puntualizzare quanto finora emerso dalla progressiva restrizione della polisemia delle parole dense emerge l'ipotesi che questo Repertorio Culturale – il più rappresentativo della Cultura in analisi – sostanzi una rappresentazione dell'anoressia, e dei disturbi del comportamento alimentare in generale, come concepibile solo entro il contesto medico, dimensione esclusiva nel confronto con un'estraneità che solo la medicina può capire, rendere asettica e prevedibile.

Qui sembra delinearci una cultura propria di una medicina che ripristina e non sviluppa, che si rapporta alla malattia intravedendo un inizio ed una fine più che uno spazio o un movimento aperto, che si concentra sulla finalità terminale più che essere rivolta al processo.

Si intravede una cultura medica che fonda l'intervento sulla doppia separazione: della malattia dal soggetto, del corpo della persona dal contesto di vita. Doppia separazione cagionata dall'urgenza (“allarme”, “grave”) della cura medica, perché in presenza del pericolo di morte; una cultura che dimentica la multifattorialità delle determinanti della salute e l'evidenza che le cure sanitarie rappresentano solo uno tra i vari fattori che intervengono su di essa.

La dinamica emozionale che organizza questo repertorio si rivela incentrata sulla medicalizzazione del disturbo alimentare, che sembra eludere i bisogni di interventi legati al contesto relazionale, sociale, economico non solo dei singoli ma anche della collettività che si confronta con i disturbi del comportamento alimentare. L'immagine dell'anoressia sembra dunque essere saturata emozionalmente dall'intervento di cura del potere medico specialistico.

3.2. Repertorio Culturale 2

Questo repertorio rappresenta poco più del 15% delle frasi del testo.

⁸ Il DSM IV indica l'età di insorgenza tra i 12 e i 18 anni nel 95% dei casi.

La prima parola densa che si incontra è **corpo**. Dal latino *corpus*, forma, immagine; dalla radice indo-germanica *kar*, fare, comporre a cui pare si colleghi *karp*, bell'aspetto, bellezza. Dal greco *kra-inò* creare, comporre.

L'etimo rimanda in prima istanza ad una dimensione estetica, "formale", ma parallelamente il termine evoca la "sostanza" dentro l'atto del creare, naturalmente inscritta nella capacità generativa e riproduttiva del corpo umano. Ancora viene alla mente il corpo come termine di una storica dicotomia che lo contrappone alla mente o, ancora, allo spirito. Corpo come "complesso degli organi che costituiscono la parte materiale e organica dell'uomo e degli animali" (inizio sec. XIII, Rinaldo d'Aquino). Il corpo come simbolo del "materiale", del "terreno", e quindi "caduco", "fugace", contrapposto al "divino", all'eterno. E **simbolo** è proprio la parola che va a formare il primo incontro di co-occorrenza:

CORPO SIMBOLO

"Simbolo" dal greco *symbolon*, segno, dal quale si riconosce, si argomenta, si presume; ma anche convenzione, patto; da connettersi al verbo *sybállein* metto insieme, conchiudo, composto da *syn*, con, insieme e *ballo*, getto ed in composizione pongo, metto. "Elemento materiale, oggetto, figura animale, persona e sim., considerato rappresentativo di un'entità astratta" (av. 1542, G. Benivieni). Il primo incontro di co-occorrenza sembra configurare sotto il profilo emozionale una funzione specifica data al corporeo: quella di mettere insieme, di con-tenere, di chiudere in sé significati e rappresentazioni. "Il corpo che rappresenta": si pensi ai significati simbolici legati al corpo femminile in diversi momenti storici e in diverse società; si pensi ancora al corpo "vuoto" dell'anoressica.

Ma veniamo alla parola successivamente associata: **identità**.

CORPO SIMBOLO
IDENTITA'

Ancora un termine che sembra approfondire la funzione data al corpo nella costruzione di una propria identità. Riportando soltanto le parole nel loro ordine di apparizione viene ancora una volta rimarcato il ruolo giocato dal "corpo" come "simbolo" della propria "identità", un'identità, come si rivela dal successivo incontro di co-occorrenza, "sociale", un simbolo "sociale", un ideale estetico-sociale. Un **sociale** (dal lat. *socius*, compagno) come "compagnia di più persone, unione, collettività", a cui si appartiene o da cui si rimane esclusi, estranei. In questa dimensione culturale sembra dunque che il corpo rappresenti il veicolo di accettazione sociale, il simbolo di un'identità costruita sulla base di un'appartenenza.

CORPO SIMBOLO
IDENTITA' SOCIALE

La dimensione soggettiva sembra qui sacrificata per un'idealità, una rappresentazione che sancisce un'amabilità sociale in cui ci si "identifica".

Il quarto incontro di co-occorrenza sembra specificare l'oggetto della cultura in esame: **femminile**. E' il corpo femminile che viene investito emozionalmente e simbolicamente. Sono i significati sociali legati all'immagine del corpo della donna che la cultura evoca, è il corpo della donna l'ideale estetico-sociale a cui l'identità femminile è sovente obbligata a riferirsi. "Femminile" dal latino *fēmina*, stessa radice di *fellare* nel senso di allattare, succhiare e di *fecundus*, fecondo, e dal greco *phyo*, produco: femmina è colei che allatta, nutre, genera, partorisce.

CORPO SIMBOLO
FEMMINILE
IDENTITA' SOCIALE

Questa dimensione femminile sembra in forte contrasto con le descrizioni del corpo dell'anoressica riportate in letteratura. Si parla spesso di un corpo asessuato, lontano dai significati simbolici delle rotondità legate alla fertilità e capacità riproduttiva, di un annullamento dei tratti femminili del proprio corpo come soluzione al problema dell'identità.

CORPO SIMBOLO FEMMINILE
DIO CULTURA MISTICO
IDENTITA' SOCIALE

Le parole successive sembrano definire in modo più forte la dimensione simbolica fin qui delineata: "**dio**", "**cultura**" e "**mistico**" sembrano, da un lato, predefinire il senso di un'identità femminile inscritta in un corpo che allatta e che nutre, e dall'altro rappresentano un potere (la parola "patriarcale" aiuta a definirne il senso) che toglie, che sacrifica la femminilità al divino. Dio, dal

latino “che risplende”, “il celeste” e dal greco *thyo*, “sacrificare”. Mistico dal latino *mysticus*, misterioso, arcano e dal greco *myein*, chiudere, tacere; ma anche culto, venerazione.

Si ribadisce ancora la contrapposizione accennata all’inizio tra la dimensione spirituale e quella corporea. L’ancoraggio al divino toglie femminilità al corpo: il controllo sul corpo priva il corpo stesso della sua capacità riproduttiva.

La dimensione di religiosità sacrificale sembra confermata dalle parole dense successive: la “**rinuncia**” al proprio “**desiderio**” egoistico, la “**sofferenza**”, l’“**umiltà**” e l’“**umiliazione**” marcano la strada verso la “**salvezza**”, la vita “**eterna**”, sotto lo “**sguardo**” di Dio.

Parole come “**paradosso**”, “**contraddittorietà**”, “**tensione**” evocano il rischio di una conflittualità inevitabilmente presente nell’atto della rinuncia, come tentativo di soffocamento dell’umano, una corporeità sacrificata al soprannaturale, un’umana ambivalenza nell’uso del proprio corpo come strumento-simbolo per un rapporto esclusivo con Dio.

Conflittualità, ambivalenza e tensione vengono descritte spesso in letteratura come elementi chiave della personalità anoressica, in cui il comportamento di autoprivazione si rafforza nel sentimento maniacale suscitato dall’ostinato controllo sul corpo, fino a divenire l’unica fonte della coscienza di sé. “*Il non-soddisfacimento provoca una intensa sensazione fisica, forse confusa con il piacere, che conferisce un vissuto d’immortalità che l’esperienza della realtà esterna non riesce ad alterare*” (Favaretto & Santonastaso, 1999).

Nell’anoressia il controllo del corpo e delle sensazioni vitali sembra quindi attuato nel tentativo di raggiungere una perfezione estetica, un corpo etereo, trasparente che consente di appropriarsi della propria esistenza. Ma la lotta incessante con il corpo, l’annullamento della propria femminilità e delle sue passioni, assume il significato di una sfida che la giovane donna attua nei confronti della morte, poiché il dominare la fame e il ridursi a scheletro contribuiscono alla sensazione di potere nei confronti delle imposizioni naturali e del raggiungimento dell’“eternità”.

Come già riportato nei paragrafi iniziali, psichiatri e psicoanalisti hanno spesso sottolineato la dimensione religiosa, ascetica e mistica delle anoressiche e così alcuni storici (Bell, 1985) hanno cercato delle analogie tra il comportamento delle moderne adolescenti anoressiche e quello di ascetiche sante medievali: la ricerca della privazione, la negazione e la frustrazione dei bisogni del corpo, il controllo degli istinti, la tendenza al sacrificio, le distorsioni percettive indotte dal digiuno, l’aspirazione all’immortalità, il rapporto con un’immagine ideale, la vicinanza e la contiguità con la morte. Altri studiosi (Favaretto & Santonastaso, 1999), al contrario, ritengono i fenomeni non sovrapponibili: il differente contesto culturale di appartenenza permetterebbe semmai di ascriverli a due diverse categorie etnopsichiatriche: quella del “disturbo sacro” nel caso dell’astinenza dal cibo delle sante, e quella del “disturbo etnico” nel caso dell’anoressia.

Al di là delle divergenze teoriche, la cultura che il cluster delinea sembra rivelare il senso di un linguaggio universale, che attiene strettamente all’umano e che riguarda alcuni valori fondamentali dell’identità (quali la relazione del soggetto con l’alterità, con il cibo, con il piacere) che l’anoressia sembra esprimere.

3.3. Repertorio Culturale 3

Il 3° Repertorio Culturale rappresenta il 22 % del testo.

La prima parola densa è **paziente**; deriva dal latino *patientem*, da *pati* ‘soffrire’ (composto da *sub-* e *ferre*, portare sotto, sopportare, sostenere, tollerare), significa letteralmente “colui che soffre, che sopporta, che tollera dolori fisici o morali”. Per estensione ‘paziente’ è “chi è affetto da un male ed è sottoposto alle cure d’un medico” (av. 1320, Crescenzi volgar.). Diversamente dal repertorio 1, organizzato sul piano simbolico-emozionale intorno alla categorizzazione nosografica, alla dimensione diagnostica, qui la dinamica emozionale che organizza la rappresentazione dell’anoressia si sviluppa a partire dal riconoscimento di una soggettività, connotata come sofferente e pertanto bisognosa di essere presa in cura. Paziente, in questo senso, evoca sul piano simbolico l’utenza dell’universo medico; utenza che per definizione è *impotente* e *incompetente* a trattare il “male”, e per questo si sottopone alle cure dell’esperto – il medico – delegando a lui il compito di intervenire. L’etimologia della parola aiuta nella lettura: “paziente” condivide la stessa radice di “passivo”; il paziente dunque è colui che soffre della dipendenza, “che subisce l’azione o è atto a subirla” (1304-08, Dante).

Si è di fronte ad una soggettività che si connota scontatamente come portatrice di un bisogno di cura/di essere presa in cura con lo scopo di porre fine alla sofferenza e di ritornare ad una condizione di normalità.

Scendendo nell'ordine dei valori di ricorrenza entro il repertorio si incontra la parola **terapia**.

PAZIENTE TERAPIA

Terapia, dal gr. *therapeia* 'servizio', dal verbo *therapeuo* 'io ho cura, servo', 'assisto, guarisco'. Un termine che si riferisce sia al "mettersi al servizio di qualcuno, quindi al prendersi cura", ma anche al "curare, guarire" intervenendo in senso medico. Paziente e terapia sono parole fortemente connesse sul piano letterale e simbolico; si integrano e delincono il contesto entro cui ha luogo l'azione professionale tra un terapeuta ed un soggetto-paziente: il primo che mette al servizio del secondo il suo sapere e saper fare con lo scopo di "curare" e "prendersi cura". Un'azione professionale che implica delle tecniche terapeutiche la cui applicazione presuppone la delega e la conseguente presa in carico da parte dell'esperto.

Veniamo al secondo incontro di co-occorrenza:

PAZIENTE TERAPIA
GRUPPO

Gruppo, dal latino *cruppa* 'insieme di persone unite fra loro da vincoli naturali, da rapporti di interesse, da scopi o idee comuni' (av. 1808 M. Cesarotti). La polisemia delle parole co-occorrenti sembra ridursi nella direzione di un'azione terapeutica che configura il paziente nei termini di un gruppo, più persone unite dalla sofferenza.

Andando avanti con gli incontri di co-occorrenza la quarta parola in ordine di ricorrenza è **relazioni**.

PAZIENTE TERAPIA
GRUPPO RELAZIONI

La parola "relazioni" significa letteralmente rapporto, legame tra due o più persone (dal latino *relatio*, da *referre* 'riferire'). La sofferenza si riferisce dunque a ciò che tiene unito un gruppo: i legami, le relazioni. Pertanto, l'azione terapeutica si declina come intervento focalizzato sulle relazioni interne al gruppo. Si ipotizza qui un'uscita da una centratura sull'individuo da curare o di cui prendersi cura ed un'apertura alla sfera relazionale entro cui si gioca la dimensione terapeutica. In particolare, l'analisi delle relazioni entro i gruppi è principalmente alla base dell'ottica e dell'intervento psicologico di matrice sistemico-relazionale e ne rappresenta il materiale di costruzione. A differenza di altri approcci teorici, quello sistemico si propone infatti di osservare quanto accade nel momento in cui due o più persone interagiscono tra di loro e come le sequenze interattive che ne derivano influenzino il loro comportamento ed il loro rapporto. In tale prospettiva, l'interazione è pertanto strettamente legata alla comunicazione: mentre si interagisce si comunica e un disturbo della comunicazione può determinare la comparsa di fenomeni psicopatologici nelle persone interagenti (Telfener & Casadio, 2003).

La terapia relazionale sostituisce il termine stesso "paziente" – il singolo portatore della malattia e del disturbo – con l'espressione "paziente designato", intendendo così coloro che fanno da altoparlante al disagio di tutti e che segnalano, attraverso il proprio malessere, la disfunzionalità del gruppo-sistema (Telfener & Malagoli Togliatti, 1991). Il sintomo (termine peraltro successivamente presente negli incontri di co-occorrenza) viene ad assumere, in quest'ottica, una funzione specifica: il paziente designato sembra scontare con il sintomo la sofferenza di tutto il sistema in cui si trova: si sacrifica per garantire un equilibrio, se pur precario, entro un circolo vizioso relazionale che fonda e alimenta il sintomo stesso. È da considerare una modalità di annuncio (epifanica) di qualcosa che si sta manifestando, comunica un momento-stato di sofferenza (Telfener & Casadio, 2003).

Nel successivo incontro si definisce il gruppo naturale entro cui avviene l'intervento terapeutico: la famiglia. Gruppo naturale su cui l'ottica sistemica per prima ha posto l'attenzione, proponendo un'unità di analisi alternativa a quella "individuo-centrica" propria della medicina, della psichiatria e di una certa psicologia.

PAZIENTE TERAPIA
GRUPPO RELAZIONI
FAMIGLIA

Famiglia, dal latino *familia* (da *famulus*, *famiglio*, servitore), deriva da *faama* 'casa', i membri della casa uniti da legami di sangue. Entro il gruppo familiare sembra originarsi la sofferenza e su di esso si dirige l'intervento terapeutico di matrice sistemica. La famiglia diventa paziente. Entro

l'ottica relazionale si parla di "famiglie anoressiche", che si caratterizzano per la propria organizzazione interna e per le peculiari modalità comunicative focalizzate sul cibo. Secondo la letteratura sistemico-relazionale, si tratta di famiglie che celano sotto un'apparente equilibrio e serenità un profondo grado di insoddisfazione, che si traduce sul piano comportamentale con il malessere del figlio, l'elemento più fragile su cui si concentrano le attenzioni ed il conseguente controllo dei genitori. Questi esprimono sul piano affettivo e relazionale delle dinamiche di rapporto che hanno una funzione importante nella genesi e nel mantenimento del disturbo alimentare. A questo proposito è utile ricordare come in letteratura l'anoressia sia definita spesso come una forma di guarigione, la soluzione ai problemi relazionali della famiglia.

La dinamica simbolica che organizza questo repertorio configura dunque l'anoressia come 'sofferenza familiare', oggetto di intervento della terapia sistemico-relazionale. Le parole successive confermano e ampliano questa rappresentazione: "**sintomo**", "**emozione**", "**cognizione**", "**valutazione**", "**clinica**", "**psicopatologia**", "**disturbo**", "**intervento**", "**diagnosi**", "**disfunzione**", "**psicoterapia**".

Si tratta di categorie cliniche che fondano l'azione conoscitiva e di intervento della psicoterapia in generale, e dunque anche quella di matrice relazionale, utilizzando in alcuni casi una terminologia prettamente medica (sintomo, valutazione, disturbo, diagnosi, disfunzione). Ricordiamo che la parola densa che più contribuisce alla costruzione del repertorio è 'paziente'; se a questa si associano le altre sopra citate emerge con maggiore chiarezza l'organizzazione simbolica dell'anoressia propria di questo repertorio. Oggetto della terapia non è più l'individuo singolo ma la famiglia, intesa come rete di relazioni costruita intorno al sintomo anoressico. È su di essa che si concentra la diagnosi, prima, e l'intervento, poi. Si istituisce, dunque, sul piano simbolico, un'azione professionale clinica volta al superamento della sofferenza generata dalla psicopatologia familiare e al ripristino di una condizione di normalità, di assenza cioè di forme di disturbo. Il verbo "**adattare**" (*ad- aptare*, rendere idoneo) presente nel repertorio conferma questa ipotesi. La famiglia anoressica rappresenta uno scarto da un modello predefinito di funzionamento familiare; si tratta pertanto di 'guarirla', riportandola ad un funzionamento normale.

L'intervento psicologico sembra fondarsi sulle stesse premesse di quello medico: si osservano e si valutano i disturbi, le disfunzioni e le devianze, confrontandoli con una 'norma' codificata, in questo caso, dallo psicoterapeuta. Non ci sono parole che segnalano un'attenzione alle risorse individuali e dei contesti ed alle dimensioni culturali entro cui si manifesta l'anoressia: siamo passati in sostanza dall'anoressia come patologia individuale all'anoressia come patologia familiare. Passaggio che segna un'evoluzione, seppur problematica, rispetto al Repertorio 1. Anche qui infatti la dinamica emozionale che organizza l'immagine dell'anoressia si definisce come presa in carico di un potere terapeutico esperto, in questo caso quello della psicoterapia relazionale. Questa, per riprendere un'altra parola densa presente nel repertorio, si configura come **strategia** (dal greco *strategos* 'comandante dell'esercito', composto da *stratos* 'esercito' e *agein* 'condurre'), evocando sul piano simbolico un modello di azione prefissato entro un rapporto di asimmetria necessitato e legittimato socialmente perché volto alla correzione di un disfunzionalità.

3.4 Repertorio Culturale 4

Il 4° Repertorio Culturale rappresenta circa il 21 % del testo.

Seguendo lo stesso criterio utilizzato precedentemente, si inizia dalla parola con maggior frequenza nel Repertorio. Seguiranno le altre a definire i primi incontri di co-occorrenza.

La prima parola densa è **magro**, dal latino *macru*, dalla radice *mak-* lungo, cioè sviluppato in lunghezza; scarno, sottile, (sec. XIII, Canzone del fi' Aldobrandino); piccolo, tenue.

La parola rimanda in prima istanza alla magrezza come ideale che, soprattutto in Occidente, e forse in tutto il mondo industrializzato, si configura sempre più come un imperativo. A tal proposito la letteratura individua negli anni Sessanta il periodo in cui le diete e la magrezza hanno iniziato a diventare una vera e propria "ossessione culturale di massa" (Bennett & Gurin, 1982). Viene inoltre riportata l'attenzione sulla stretta relazione fra aumento della magrezza ed incremento del numero di donne laureate o inserite nel mondo del lavoro come dirigenti o professioniste, individuando nel modello del corpo piatto e androgino il veicolo per raggiungere i privilegi e il prestigio sociale maschili.

Ma l'idea del "magro" evoca anche il corpo sottile, **filiforme**, **piccolo**, di **bambino** (parole presenti successivamente nel repertorio) dell'anoressica. Risulta utile ricordare qui che in tedesco il termine usato per indicare l'anoressia è *Pubertätsmagersucht*, traducibile in "mania giovanile per la snellezza" o, con un'espressione oggi più comune, "dipendenza dalla magrezza".

Ma ecco il primo incontro di co-occorrenza:

MAGRO

GRASSO

Esso configura, sotto il profilo emozionale, una dicotomia, un gioco degli opposti, l'oscillare di una bilancia in rapporto ad un peso.

Una dicotomia in cui "l'ago della bilancia" ha sempre variato in funzione di "pesi" sociali e culturali diversi. Infatti, diversi studi rilevano come, nella maggioranza delle culture umane, la grassezza sia stata preferita alla magrezza, soprattutto nelle donne (Gordon, 2000). Il corpo **grasso**, nelle società in cui le risorse e le ricchezze sono limitate, è sempre stato oggetto di ammirazione in quanto simbolo di ricchezza e di scorte di cibo abbondanti. Ancora, al corpo grasso della donna, alle sue formosità, si associa simbolicamente il valore della procreazione, la fertilità: un'intuizione culturale di un dato biologico.

Ma nelle attuali società occidentali, nelle quali l'obesità rappresenta un problema sociale, oltre che medico, di vaste proporzioni, la grassezza tende ad assumere significati simbolici differenti: ad essa, sempre più spesso, si attribuisce ogni sorta di qualità riprovevole. Alla grassezza viene culturalmente associata, sovente, la stupidità, la pigrizia, la sciattezza, la mancanza di forza di volontà (Gordon, 2000).

La terza parola del Repertorio è **bellezza**. Il secondo incontro di co-occorrenza aiuta a comprendere come nella dicotomia appena definita si giochi l'ideale estetico. La bellezza tra l'essere grasso e l'essere magro. Un "ideale" caratterizzato, dagli anni Sessanta ad oggi, dalla magrezza, in contrasto con la realtà del peso corporeo medio, in uno sfondo sociale in cui l'esteriorità, l'apparenza e l'immagine hanno un ruolo sempre più rilevante.

MAGRO

GRASSO

BELLEZZA

"Bello" viene dal latino *bellu* (m) "carino", diminutivo di *bonus* "buono", e ancora, "confacente". Il legame con "bene" non è stato mai dimenticato. L'etimo introduce quindi assieme alla dimensione estetica un piano etico su cui si installano contrapposizioni come "buono/cattivo", "bene/male". E' facile a questo punto ipotizzare il valore simbolico che la dimensione esteriore, che "provoca impressioni gradevoli" (1224 S. Francesco D'Assisi), assume entro dinamiche di accettazione sociale ("**piacere**" e "**guardare**", presenti nel cluster, risultano coerenti con questa lettura: il primo nel suo significato di "riuscire gradito", sec. XIII Bondie Dietaiuti, il secondo come "rivolgere lo sguardo per vedere").

Procedendo nell'analisi del terzo e quarto incontro di co-occorrenza si incontrano due parole che rafforzano il concetto di bellezza come "ideale sociale". La prima, **modello**, dal latino *modu* (m), misura, ma anche esemplare, prototipo. Questo termine evoca una dimensione di idealità che, per definizione, è altro dall'umana realtà (interessante notare un nuovo gioco di contrapposizioni tra ideale e reale) ed è perciò irraggiungibile, sfuggente alla percezione diretta, che esiste solo nella fantasia (av. 1640, C. Achillini), "che unisce tutta la **perfezione** (parola successivamente presente nel cluster) che la mente umana può concepire" (1650 G.F Loredano) e quindi qualcosa di "finito, compiuto, eccellente, alla pari dell'essere supremo che non ha difetti", "**sogno**".

MAGRO

GRASSO

BELLEZZA MODA MODELLO

La seconda, **moda**, anch'essa dal latino *modu* (m) foggia, maniera, misura, "usanza e costume in auge" (1666, L. Magalotti: Dardi 200), rimarca il ruolo della dimensione sociale nella definizione dei canoni estetici, degli esemplari a cui tendere.

Se ci si ferma a ragionare sulla dimensione culturale che si sta delineando non si possono non considerare quei contributi teorici che descrivono l'anoressia come il tentativo di raggiungere un ideale, questa volta estetico, socialmente condiviso, accettato e accettabile. Se nel repertorio 2 si era guidati da un valore "divino", qui il valore è tutto "terreno": si tende al bello "standardizzato", stereotipato, riproposto come valore sociale condiviso, alla "moda".

In questo Repertorio Culturale l'anoressia sembra dunque descritta come il risultato di un adeguamento alle aspettative sociali nei confronti delle "**donne**" (parola presente nei successivi incontri di co-occorrenza), quasi diventandone una caricatura. D'altra parte anche la caricatura,

seppure indiretta, è una forma di protesta sociale: nell'anoressia il regime dietetico è spesso interpretato come uno sciopero della fame silenzioso (Orbach, 1986).

Il successivo incontro di co-occorrenza definisce il contesto del **mangiare** e, nel caso specifico, la sua funzione nel raggiungimento dell'aspetto estetico ideale. Il cibo magro e il cibo grasso, l'ingrassare e il dimagrire in rapporto a ciò che si mangia, il ruolo delle "diete" nel perdere "chili", l'alimentazione sana, il regime ipocalorico, l'ossessione per i grassi. L'etimo rimanda inoltre a masticare, deglutire, ingurgitare e, per estensione, mettere dentro, introiettare, ed ancora: consumare e divorare.

MANGIARE MAGRO
 GRASSO
BELLEZZA MODA MODELLO

Nei successivi incontri di co-occorrenza si delinea, ancora una volta, una polarità, con il verbo **vomitare** che descrive il vortice che risucchia l'anoressica, intrappolata tra l'ingurgitare e l'espellere, il riempirsi e lo svuotarsi, l'introiettare e il "lanciar fuori con violenza" (1673, P. Segneri).

MANGIARE MAGRO
VOMITARE GRASSO BELLO
SPECCHIO BILANCIA MODELLO
MUSCOLO MODA

La linea interpretativa finora percorsa è confermata dalle parole dense successive presenti nel repertorio: se **muscolo** rimanda ad uno dei canoni estetici di un certo ideale di bellezza, **specchio** e **bilancia** sono strumenti di controllo per verificare il rispetto di quei canoni (peso, distribuzione delle forme...). Per l'anoressica diventano strumenti di potere sul proprio corpo e vere e proprie armi nella sua battaglia contro la fame.

Accanto alle polarità già individuate, se ne possono riconoscere altre due: ingrassare/dimagrire e vincere/perdere. Si ha l'impressione che, attraverso le contrapposizioni, avvenga una traduzione in termini emozionali di una "guerra" che l'anoressica "combatte" contro se stessa, in nome di un potere dato dal controllo sul proprio corpo. L'etimo del verbo "guardare", già accennato in precedenza, come "stare in guardia" (sec. XIII Uggieri Apugliese), "esaminare", "osservare attentamente" (av. 1292 B. Giamboni), "difendere" (sec. XIII I. Mostacci), rimanda anch'esso all'attenzione ossessiva e controllante dell'anoressica sul proprio corpo. D'altra parte, tale guerra non sembra connotarsi come *personale*, ma dentro una dimensione *sociale* che propone canoni, imperativi a cui sottostare. Seppure la dimensione emozionale delineata sembri intrappolata entro le maglie del controllo della realtà sociale, si può intravedere in essa lo spiraglio di un incontro con questa realtà, un incontro di opposti che potrebbero integrarsi, di dicotomiche che esistono anche per essere superate.

3.5. Lo Spazio Culturale

Procediamo ora dando una visione d'insieme delle dinamiche emozionali che caratterizzano l'immagine dell'anoressia. Il grafico che segue illustra le posizioni e le dimensioni entro lo spazio fattoriale (o culturale) dei quattro repertori appena analizzati.

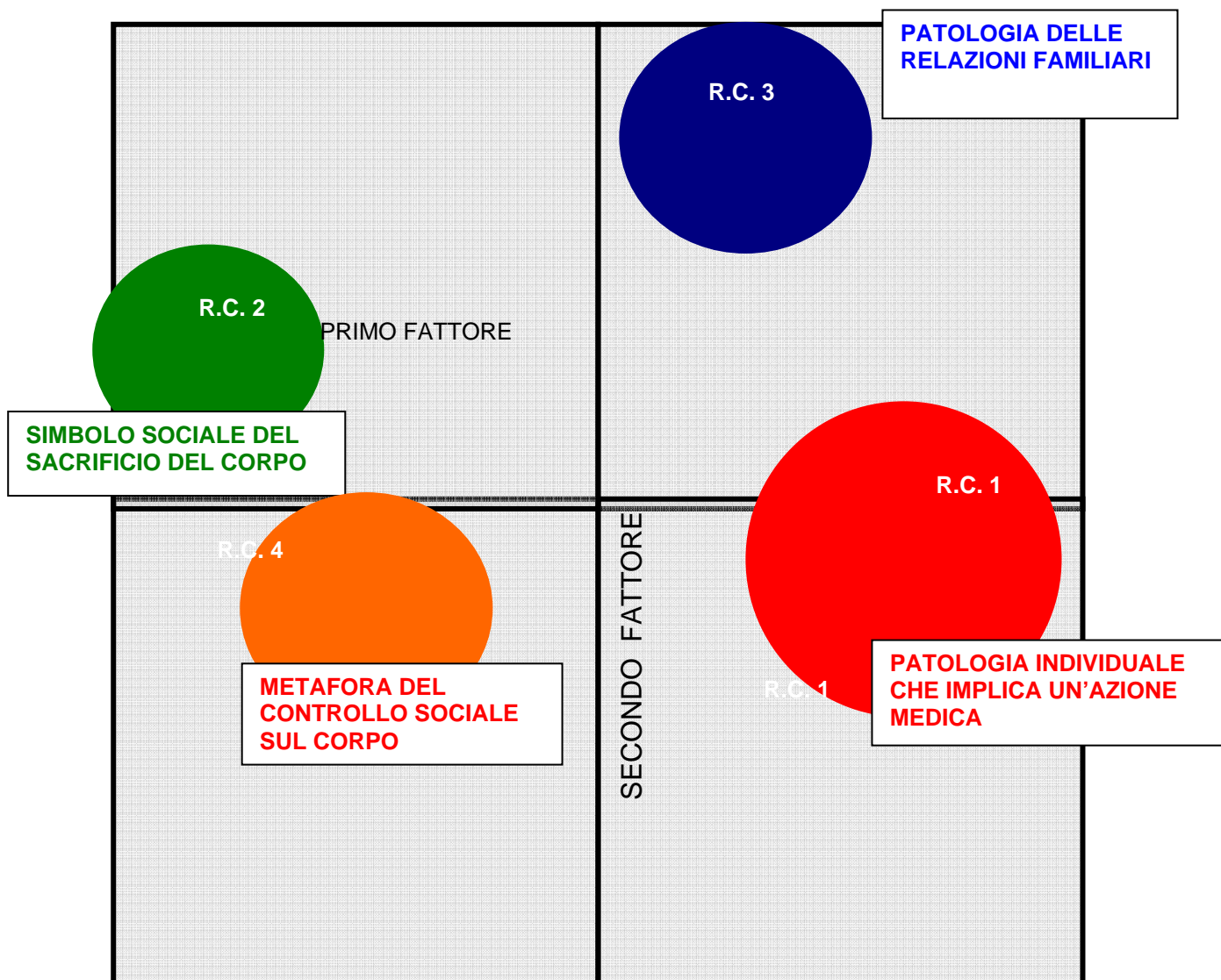


Fig. 2 Posizione e dimensioni dei Repertori Culturali entro lo Spazio Culturale

Quali possibili significati assumono i quattro Repertori Culturali, così come sono posizionati entro lo Spazio Culturale?

Sul **primo fattore** – l’asse orizzontale – si situa il R.C. 1, a cui appartengono, come già detto, il 42% delle frasi del testo: si tratta del repertorio più esteso della Cultura in analisi, che contribuisce in modo determinante alla definizione della dinamica simbolica e che organizza la conoscenza dell’evento “anoressia” anche sugli altri due assi che compongono lo spazio culturale. Il 1° Repertorio è caratterizzato da una rappresentazione dell’anoressia come *disturbo individuale*, oggetto di intervento della medicina a cui, per mandato sociale, è delegato il potere di cura. L’“estraneità” di chi porta una “domanda di intervento” viene codificata secondo la *categorizzazione nosografica* propria della medicina. L’anoressia (così come la bulimia) viene pensata *esclusivamente* come “comportamento deviante”, come “scarto da una norma-normalità” che l’azione medica intende ristabilire. Il medico rappresenta, sul piano simbolico, quel potere che “mette in salvo” e “ripara”, che ripristina lo status quo ante. Come già messo in evidenza, questo tipo di *medicalizzazione del disturbo alimentare* implica la doppia scissione, della malattia dal soggetto e del corpo del soggetto dal contesto di vita; doppia scissione che nega le dimensioni sociali, culturali e relazionali entro cui si genera il comportamento anoressico. Si tratta di una rappresentazione problematica, veicolata dai tre *quotidiani* presi in esame, e che contribuisce

quindi, in modo determinante, alla costruzione dell'*immagine pubblica* dell'anoressia, intesa come **patologia individuale che implica un'azione medica**.

Sullo stesso asse fattoriale, ma in posizione opposta, troviamo il R.C. 2, la cui dinamica simbolica caratterizza le *riviste di impostazione più marcatamente interdisciplinare* ("L'arco di Giano", "Psicoterapia e scienze umane", "Costruzioni psicoanalitiche"). Questo repertorio, che rappresenta il 15 % delle frasi del testo, istituisce una rappresentazione dell'anoressia intorno al tema del corpo come simbolo sociale dell'identità femminile e, nel contempo, dentro il quadro anoressico, come sua negazione: la rinuncia e il sacrificio della propria corporeità per soddisfare un desiderio di trascendenza e di eternità. Diversamente dal R.C. 1, centrato sull'individuo, qui l'anoressia viene letta come *dinamica sociale*. Essa scaturisce dall'immaginario collettivo che fonda l'appartenenza di genere, in particolare come rappresentazione di una corporeità che progressivamente vede annullarsi i tratti della femminilità, legati sul piano simbolico alla fertilità e al nutrimento, sostituendoli con i segni del sacrificio, della rinuncia e dell'umiliazione del corpo, vie di fuga da un'identità femminile precostituita, già data, e nel contempo, sfida nei confronti dei limiti umani e aspirazione all'immortalità. L'anoressia si declina sotto il profilo emozionale come **simbolo sociale del sacrificio del corpo**.

Sul **secondo fattore** troviamo in alto il R.C. 3, che rappresenta il 22% del testo. La dinamica simbolica che organizza questo repertorio configura l'anoressia come **patologia delle relazioni familiari**, lettura che caratterizza in modo significativo il gruppo di *riviste di ambito psicologico*. E' nella famiglia che si origina il sintomo anoressico, pertanto è su di essa che si concentra la relazione di cura, intesa come superamento della sofferenza generata dalla psicopatologia familiare e volta a "guarire" il disturbo, riportando la famiglia ad un corretto funzionamento. Questa lettura "relazionale" si contrappone su questo stesso asse alla lettura "individuale" fornita dal R.C. 1, ma ne condivide due aspetti: la centratura sulla "relazione di cura" e sulla "guarigione come esito" – il primo aspetto – colloca questo sguardo in un'ottica di intervento per cui le devianze, i disturbi e le disfunzioni sono confrontati con una 'norma' che segna un obiettivo predefinito e che non si misura – è questo il secondo aspetto – con la variabilità delle *dimensioni sociali e culturali* dei contesti entro cui si manifesta l'anoressia. Lo stesso sistema familiare, entro l'ottica terapeutica delineata, rappresenta una "monade", al cui interno si generano dinamiche patologiche. E' la famiglia qui ad essere identificata come "soggetto patologico". Sempre sul II° fattore, in posizione contrapposta rispetto al R.C. 3, troviamo il R.C. 4. Questo repertorio, rappresentato dal 21% delle frasi del testo, definisce un'immagine dell'anoressia che recupera, contrariamente al R.C.3, la *dimensione sociale e culturale* entro cui si manifesta il sintomo anoressico. Sembra che lo sguardo del 3° repertorio, rappresentato dal focus sulle relazioni che costruiscono il sintomo anoressico, da una parte, e che divengono l'oggetto della cura dell'intervento psicologico di matrice relazionale, dall'altro, si opponga nel R.C. 4 ad *una lettura relazionale declinata in termini sociali e culturali*. Qui l'ideale sociale della bellezza è il precipitato di un gioco degli opposti, di una polarità emozionale tra la magrezza e le grassezza, tra ciò che è socialmente desiderabile e ciò che non lo è, entro cui si esercita il controllo sociale sulla corporeità. L'anoressia e il sintomo anoressico si configurano come prodotto e processo sociale di un'idealità standardizzata, fino a farne una caricatura. In altri termini, l'estremizzazione di una cultura fondata sul potere controllante della mente sul corpo. L'anoressia diviene dunque **metafora del controllo sociale sul corpo**. Si tratta di una lettura dell'anoressia, propria del R.C. 4, che sul **terzo fattore** – da immaginare perpendicolare ai primi due assi fattoriali – si differenzia da quella espressa dal R.C. 1. Se quest'ultimo organizza l'immagine dell'anoressia intorno alla categoria individuale e nosografica che legittima l'intervento della medicina sul corpo della persona malata, nel R.C. 4 l'anoressia diviene la categoria sociale che metaforizza il controllo ed il potere sul corpo.

4. Riflessioni conclusive

Dal lavoro di analisi realizzato possiamo trarre delle informazioni intorno alle potenzialità di sviluppo dell'immagine dell'evento "anoressia" presente nella letteratura scientifica e nella stampa giornalistica.

Dividendo lo spazio culturale lungo il II° fattore (il più complesso dei tre perché con esso entrano in rapporto ben tre dei quattro repertori), si possono costruire diverse ipotesi sulle rappresentazioni dell'anoressia, espresse dalle relazioni tra i cluster, che delineano possibili evoluzioni.

I R.C. 1 e 3, seppur su premesse diverse, rappresentano *ciò che si fa* rispetto all'evento "anoressia", ovvero, le azioni di intervento. Ci sono dei "poteri" che curano, che trattano il disagio conclamato dentro una dimensione individuale. Si è visto che anche il sistema famiglia, costruito dal RC 3, è emozionalmente connotato come *monade patologica* che nega ogni elemento "estraneo", inserendolo nel repertorio di stilemi stereotipati delle stesse relazioni familiari.

Siamo confrontati con delle *culture dell'intervento*, di *presa in carico* del disturbo anoressico, fondate su delle premesse di ordine simbolico che configurano l'intervento stesso come cura del disturbo. Non è pensabile entro tale lettura un'azione sociale e di comunità volta alla prevenzione e promozione della salute. Ciò che interessa è il trattamento e la cura, socialmente legittimati da un mandato sociale che delega all'esperto, medico e/o psicologo, un'azione di cambiamento volta a ristabilire la normalità. Un'azione, inoltre, che elude la domanda emergente che fonda la relazione tra il contesto sociale ed esperto della cura, e dunque annulla una possibile *situabilità* nel "sociale" dell'evento "anoressia", in grado di ri-orientare e ri-pensare le strategie di intervento. L'esperto si sostituisce completamente al "sociale", assumendo su di sé la delega dell'intervento.

I R.C. 2 e 4 rappresentano invece due letture "sociali" dell'anoressia, che si declinano in modo complementare: il R.C. 2 si organizza intorno al tema del *sacro*, inteso come *sacrificio* del femminile e via di fuga da un'appartenenza di genere precostituita; il R.C. 4 intorno al tema dell'esteriorità del corpo: l'incontro e scontro con un ideale sociale, anch'esso standard, predefinito, e che rappresenta la dimensione *profana* dell'evento sociale anoressia. Si tratta di immagini "sociali" che prefigurano possibili evoluzioni e sviluppi della cultura in analisi.

Il R.C. 4 raccoglie in modo significativo dei movimenti (ipotizzabili come dimensioni di sviluppo dell'immagine dell'anoressia) presenti entro lo spazio culturale (nel passaggio dal II asse fattoriale al III): dalla rappresentazione di una patologia individuale ad una patologia relazionale-familiare, per arrivare ad una visione sociale che sembra connotare l'anoressia come veicolo di un controllo sociale sul corpo. Qui le azioni di intervento, prefigurate o prefigurabili in relazione al risalto dato alla dimensione sociale, potrebbero essere declinate come **azioni di prevenzione e di promozione della salute: di recupero e integrazione della corporeità nel confronto con dimensioni sociali** e con i canoni che propongono/impongono. Come accennato in precedenza, si tratta di una lettura che sembra caratterizzare in maniera pressoché nulla le riviste specialistiche e in modo poco significativo i quotidiani, ma che sta ad indicare comunque possibili linee di sviluppo di un'immagine dell'anoressia e dei disturbi alimentari in generale come "eventi sociali complessi". Ad uno sviluppo dell'immagine in tal senso contribuisce anche il R.C. 2 che si organizza intorno alle dimensioni simboliche della negazione sacrificale del corpo, allargando lo sguardo, e nel contempo segnandone un'evoluzione difficile ma possibile, che scaturisce dalla dinamica culturale del R.C. 1. Il sintomo anoressico che caratterizza scontatamente il corpo individuale "sta per" qualcos'altro, diviene indizio di una criticità sociale legata ad una rappresentazione storico-culturale del femminile.

Siamo di fronte a linee di sviluppo che si configurano come **possibili azioni integrative** tra le diverse conoscenze dell'evento "anoressia" che restituiscano ad esso la complessità che gli è propria, recuperando le dimensioni che caratterizzano il R.C. 2 e il R.C.4, dimensioni che rivelano entrambe lo sforzo di un confronto con "un'estraneità" scotomizzata dall'uso della categoria nosografica, come rilevata invece nel repertorio 1, il più esteso e *dominante* della cultura in analisi. Queste dimensioni prefigurano la possibilità di azioni di intervento complesse, *interdisciplinari*, non finalizzate esclusivamente alla riconduzione ad uno stato di normalità o alla recessione del sintomo, ma che si confrontano con i significati sociali e culturali e i ruoli che i disturbi alimentari assumono nelle nostre società.

Dalla cultura rilevata nel presente lavoro si delinea quindi una possibile evoluzione nella conoscenza dell'evento "anoressia" che rappresenta nel contempo un'opportunità di sviluppo delle epistemologie e delle pratiche professionali di carattere scientifico: si evincono delle dimensioni da integrare entro una visione complessa dell'anoressia e che implicano una reciproca azione integrativa tra domanda del sistema sociale e pratiche di intervento delle scienze umane e sociali.

Il tentativo di un confronto con una complessità così connotata potrebbe contribuire alla realizzazione di azioni di intervento e prevenzione non "sostitutive" rispetto al contesto sociale, ma orientate alla conoscenza della domanda sociale, e dunque all'utilizzazione delle risorse del contesto stesso. Azioni guidate non da valori "a-storici", fondati sulla pretesa di universalità e di fatto a-critici nei confronti del sistema sociale entro il quale vengono perseguiti, ma, al contrario,

connotate come interventi volti a leggere le domande, formulate non solo dai singoli ma dal contesto sociale, relative all'universo dei disturbi alimentari e quindi legate anche agli aspetti connessi alla corporeità, all'alimentazione, al ruolo femminile entro la società.

Si individua, dunque, la possibilità di orientare politiche di intervento e prevenzione sulla base dell'iscrizione del comportamento anoressico entro una dimensione *temporale*, cioè sulla base di una storicizzazione e contestualizzazione dei problemi alimentari, alla ricerca dei significati individuali e sociali che essi assumono.

Bibliografia

Barbetta, P. (2005). *Anoressia e isteria. Una prospettiva clinico-culturale*. Milano: Raffaello Cortina.

Barbetta, P. (2003). *Le radici culturali della diagnosi*. Roma: Meltemi.

Bell, R. M. (1985). *Holy Anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press.

Bennett, W. & Gurin, J. (1982). *The Dieter's dilemma*. New York : Harper and Row.

Bruch, H. (1988). *Anoressia: Casi clinici*. Milano: Raffaello Cortina.

Bynum, C. (1987). *Holy feast and holy fast: The religious significance of food to medieval women*. Berkeley-London: University of California Press.

Carli, R., & Salvatore, S. (2001). *L'immagine della Psicologia: Una ricerca sulla popolazione del Lazio*. Roma: Kappa.

Carli, R. & Panizza, R. M. (2002). *L'analisi emozionale del testo*. Milano: FrancoAngeli.

Gordon, R.A. (2000). *Eating Disorders. Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.

Montanari, M. (2003). *La fame e l'abbondanza: Storia dell'alimentazione in Europa*. Bari: Laterza.

Muzzarelli, M.G. & Tarozzi, F. (2003). *Donne e cibo*. Milano: Bruno Mondadori.

Orbach, S. (1986). *Hunger Strike: Anorexia as a metaphor for our time*. New York: W.W. Norton.

Santonastaso, P. & Favaretto, G. (1999). *Ascetismo Digiuni Anoressia: Esperienze del corpo, esercizi dello spirito*. Milano: Masson.

Telfener, U., & Casadio, L. (2003). *Sistemica: Voci e percorsi nella complessità*. Torino: Bollati Boringhieri.

Telfener, U., & Malagoli Togliatti, M. (1991). *Dall'individuo al sistema. Manuale di psicopatologia relazionale*. Torino: Bollati Boringhieri.

Vandereiken, W., & Van Deth, R. (1994). *From fasting saints to anorexic girls. The history of self Starvation*. The Athalone Press.