

Le emozioni dei terapeuti e la memoria della paziente.

Un ipertesto sull'anoressia

“Ho iniziato nel '90 a perdere chili e ad essere in amenorrea anche se ho continuato sempre a lavorare. Ricordo l'ultimo giorno di lavoro, avevo l'appuntamento col medico e alle 18 è venuto a prendermi mio papà per accompagnarmi alla visita. La mattina dopo ero già in ospedale, ma ho lavorato fino all'ultimo giorno...”

Manuela

Massimo Giuliani*

Nove voci dell'anoressia

Questa storia narra di una relazione terapeutica. È raccontata dalla voce di una ex paziente anoressica e da quella del suo terapeuta. Alle voci dei protagonisti si aggiungerà quella fuori campo di un collega dello psichiatra, che con lui aveva costruito e sperimentato un protocollo di intervento terapeutico.

Siamo partiti seguendo la strada tracciata da Mary Olson (2000), per poi accorgerci che stavamo procedendo in una direzione un po' diversa^[1]. Come la Olson raccoglieva storie familiari di ex pazienti e narrazioni in prima per-

* MASSIMO GIULIANI Psicologo, psicoterapeuta, libero professionista in provincia di Brescia docente del Centro Eidos, sede di Treviso del Centro Milanese di Terapia della Famiglia. Del secondo capitolo *“il terapeuta, dodici anni dopo”* sono coautori, con Massimo Giuliani, P. Benini, D. Cioffi, I. Togni, F. Gregori e R. Naclerio, che hanno realizzato le interviste a Gianpiero Covelli (Togni e Gregori, 2003) e a Cesare Casati (Gregori, Benini, Naclerio, Cioffi, 2002).

[1]. Il lavoro è stato condotto in seno al Forum sulle Matrici Culturali della Diagnosi, coordinato da Pietro Barbetta presso l'Università di Bergamo (Barbetta, 2005).



sona sull'anoressia, noi abbiamo incluso nella storia della paziente la storia della sua psicoterapia^[2].

I protagonisti ci hanno parlato di *differenze*: hanno raccontato di qualcosa che era accaduta molti anni prima e dei cambiamenti che da allora sono avvenuti.

Questo ci ha fatto tornare alla mente Gregory Bateson e il suo ammonimento a prestare attenzione alle differenze, senza le quali non esiste informazione: così abbiamo messo a confronto i ricordi dei soggetti che nel processo terapeutico erano coinvolti nei diversi ruoli di chi cura e chi è curato. Dopo esserci appassionati al racconto di una differenza, dunque, ci siamo lasciati incuriosire da un altro livello di differenze: cioè quello delle differenze nel raccontare differenze. Che vuol dire adottare quella prospettiva binoculare capace di produrre non solo informazione, ma informazione sull'informazione, che nel nostro caso significa idee e osservazioni autoriflessive su cosa intendiamo quando parliamo della pratica e della relazione terapeutica.

La distanza di tempo e lo sgranarsi degli eventi - sono passati dodici anni dalla terapia all'intervista - ci hanno permesso di raccontare non solo la storia di una malattia e di una guarigione, ma quella di un'interazione umana che per lungo tempo non ha cessato di avere qualche effetto nella vita di chi vi fu coinvolto.

Manuela, dodici anni dopo

Manuela entra nella stanza, soltanto inizialmente intimorita dal contesto.

Il suo terapeuta di dodici anni prima le ha telefonato un paio di settimane fa rivolgendole una richiesta un po' curiosa: alcuni psicologi che fanno ricerche all'università, le ha detto, vorrebbero incontrarla perché sono interessati ad ascoltare il racconto di una ex paziente. Sarà utile, le ha spiegato lo psichiatra, perché il suo racconto aiuterà altri terapeuti a mettersi nei panni delle ragazze che chiedono di essere curate per disturbi alimentari.

Al suo arrivo ha fatto gli onori di casa il collega che, dopo aver preso accordi con il suo terapeuta, si era messo in contatto con lei per chiederle l'appuntamento^[3].

[2]. Pensandoci, era inevitabile che questo lavoro prendesse una piega diversa. L'intervistatore di Manuela, poi autore di quest'articolo, è un maschio, come un maschio fu il suo terapeuta. La Olson ha dato invece al suo lavoro l'impronta della critica femminista.

[3]. Si tratta di Ivan Togni, che è stato intermediario con il terapeuta, Gianpiero Covelli, che ha tenuto i contatti con Manuela in modo professionale ma cordialmente informale al contempo, che ha partecipato al colloquio con Manuela (e ne ha trascritto tutta la registrazione): Manuela ha potuto così sentirsi a proprio agio anche nel rapporto con me, che per lei ero uno sconosciuto, ma che ho potuto giovarmi del delicato e rispettoso lavoro di intermediazione condotto nei giorni precedenti da Ivan Togni. Lo ringrazio: senza di lui quest'occasione non si sarebbe realizzata.

Manuela è arrivata con il marito e con la bambina di tre anni, che l'hanno accompagnata e con lei hanno esplorato il quartiere, giunti con mezz'ora di anticipo per essere sicuri di trovare in tempo il luogo dell'appuntamento.

Ora la sua famiglia l'attende di là. Abbiamo fatto accomodare marito e figlia in una stanza e ci hanno accordato con generosa disponibilità il tempo necessario a ripercorrere con Manuela quel periodo, lontano, della sua vita.

Solo alle prime battute, dicevo, Manuela manifesta una certa deferenza verso "i dottori dell'università", atteggiamento che ben presto cede il posto a una cordialità simpaticamente irriverente ed estroversa. Stavolta le domande che i professionisti le rivolgeranno sono domande "vere"... , domande per sapere. Stavolta siamo noi che l'abbiamo cercata e abbiamo bisogno di lei. Manuela si mostra una donna a cui piace cimentarsi con la vita e a cui piace percorrerla a testa alta, senza timori né soggezione.

Si presenta: oggi ha passato i trent'anni, e per raccontarci chi è ci racconta il suo lavoro, di cui va orgogliosa^[4]:

Manuela: *Lavoro in una fabbrica di chiusure lampo. Mi piace e secondo me è anche quello che mi ha riscattata, nel senso che lì ho cominciato a stare bene. Sono lì dal '92^[5]. Comunque ho sempre lavorato anche prima, ma lì sto bene, ci sono delle persone che mi fanno stare bene.*

Intervistatore: "Riscattata"? In che senso?

Manuela: *Sì, sono stata dimessa dall'ospedale nel '92 e in autunno ho cominciato a lavorare in questo posto. Ero ancora in terapia, ma da quando ho trovato questo lavoro ho cominciato a stare bene, poi sarà anche l'associazione delle cose.*

Facciamo un salto indietro, allora. Manuela comincia a ricostruire la storia della sua anoressia e del ricovero:

Manuela: *Faccio fatica a ricordare le date esatte; mi sono dimenticata tutto quello che è stato precedente al ricovero in ospedale. Ieri, infatti, sono andata a guardarmi la cartella perché non mi ricordavo nulla. Non ho mai avuto problemi a parlare con qualcuno di quel periodo. Certo, non è una cosa facilissima, ma se serve lo faccio. Non ricordo, per esempio, come sono arrivata in un certo stato, il tempo che è passato... Invece, a partire dal primo giorno di ricovero, mi ricordo tutto. Sono entrata in ospedale nel '92 a febbraio; dopo un mese e mezzo mi hanno dimesso e ho cominciato con la psicoterapia e con la dieta.*

[4]. È quasi superfluo puntualizzare che, per proteggere la riservatezza di Manuela ho alterato - oltre che il suo nome - alcuni dettagli non basilari della storia.

[5]. L'intervista risale all'inizio del 2004: è una precisazione necessaria alla comprensione della scansione degli eventi e dei riferimenti temporali che si trovano qua e là nel testo.



Ho iniziato nel '90 a perdere chili e ad essere in amenorrea anche se ho continuato sempre a lavorare. Ricordo l'ultimo giorno di lavoro, avevo l'appuntamento col medico e alle 18 è venuto a prendermi mio papà per accompagnarmi alla visita. La mattina dopo ero già in ospedale, ma ho lavorato fino all'ultimo giorno. Lavoravo nella stessa fabbrica in cui lavoro adesso, ma in un altro reparto, in un posto dove serviva anche molta forza fisica.

Intervistatore: Quindi, nonostante dimagrisse, impiegava anche molte energie fisiche...

Manuela: *Mi hanno spiegato poi che più che energia si trattava di forza di volontà, il voler dimostrare a tutti i costi che comunque stavi bene. Tutti mi dicevano: "Mangia che sei magra..." e più mi sentivo dire così, più mi intestardivo a non mangiare. Mi ricordo tutte le facce degli infermieri, dei dottori, dei pazienti, tutti i passaggi che abbiamo fatto, tutte le terapie che mi hanno dato. Una volta dimessa, per un certo periodo andavo tutte le settimane dal dottor Covelli per pesarmi, poi accadeva sempre più raramente. Mi ha dato il "patentino di persona normale" nel '98.*

Manuela dunque ci racconta un tema classico: il rapporto tra l'anoressica e lo sguardo degli altri.

Manuela: *Mi guardavo allo specchio e pensavo: "Ma cosa dicono le persone?". Una volta sono andata in un negozio a comprare dei pantaloni; gli unici che mi andavano bene erano quelli delle ragazzine di 14 anni. La commessa mi diceva: "Avevo io un fisico come il tuo", ed io ero contenta. Quando sono arrivata a 38 chili non riuscivo a stare seduta sulle sedie, non avevo più carne e sentivo le ossa, ma ancora non mi rendevo conto. Devo ringraziare mio papà che un giorno mi ha portata dal dottore. Ora è morto, ma continuo a dirgli grazie.*

Il suo racconto assomiglia a quello di tante ragazze che hanno scelto di digiunare contro il parere degli altri: la molesta apprensione dei parenti per la salute della ragazza, la divergenza di vedute. Poi, Manuela comincia a parlare di sentimenti più nascosti e delle contraddizioni insanabili che sperimentava nella relazione con le persone vicine...

Intervistatore: Le persone vicine, importanti, che cosa pensavano? Come le vedeva lei?

Manuela: *Mi infastidiva la loro felicità e il fatto che ridessero. Io non sapevo più ridere, non ridevo più. Vivevo come se non mi riguardasse più niente, non sentivo più niente. Si dimagrisce a livello fisico, ma si dimagrisce anche nei pensieri, nei sentimenti; non rimane nulla. Si è completamente vuoti.*

Capivo comunque che mi erano vicini, che, se mi rompevano le scatole, lo facevano per me, però non lo accettavo. Allo stesso tempo, se non lo avessero fatto sarei stata peggio.

Intervistatore: “Rompevano le scatole” che vuol dire?

Manuela: *Facevano mille osservazioni, cercavano di deviare il progetto che avevo in testa. Io sapevo che dovevo mangiare, ma non volevo farlo; facendomi delle osservazioni dicevano una verità che non volevo ammettere. Spiegare cosa si sente e cosa si prova è difficilissimo. A livello fisico si chiude la gola, come se ci fosse stato un tappo e non va più giù niente.*

Dunque Manuela non condivideva le idee altrui sul suo corpo e sul suo regime alimentare, ma aveva bisogno della sfida ingaggiata con le persone care, nella quale sentiva la loro vicinanza e il loro sguardo. Non condivideva la definizione del “problema”, ma sentiva che un “problema” c’era. Ecco come oggi ricostruisce le sue idee di allora sul “problema”:

Manuela: *In parte era un malessere fisico. Facevo fatica a sedermi, dovevo cercare il modo giusto per farlo altrimenti mi facevo male. Anche il materasso era diventato duro e avevo difficoltà a stare sdraiata. Ovunque mi appoggiassi mi venivano formicolii. Poi, ho imparato a difendermi e a diventare bugiarda con gli altri e con me stessa. Credo che questa sia la prima cosa del “non star bene”.*

Ma il suo “non stare bene” provvedeva anche a una piccola consolazione che la ripagava:

Manuela: *Alcune persone dicevano: “Voi ragazze volete fare la dieta, volete fare le modelle...”, ma io non ho mai guardato le modelle, non mi sono mai detta: “Mi piacerebbe essere come quella ragazza”. Avevo il fidanzato, non era che non mi guardava nessuno. Mi ricordo, invece, che quando stavo male tutti mi coccolavano di più; più mi coccolavano più io stavo male perché se stavo male di meno ero coccolata di meno. Queste sono però riflessioni che faccio adesso...*

Il terapeuta, dodici anni dopo

Il terapeuta di Manuela fu Gianpiero Covelli che, assieme a Cesare Casati, aveva messo a punto un protocollo d’intervento che entrambi sperimentarono per qualche tempo nel trattamento delle pazienti anoressiche (Casati, Covelli e Sesana, 1991). Il nostro gruppo li ha intervistati (Togni e Gregori,



2003; Gregori, Benini, Naclerio, Cioffi, 2002) per farci raccontare il modello che applicavano, tra la fine degli anni 80 e l'inizio dei 90, al lavoro con i disturbi alimentari.

Si trattava di un intervento che aveva l'interessante caratteristica di portare a risoluzione casi tenaci di disturbi alimentari in un periodo abbastanza breve. Ecco, nel racconto di Cesare Casati, come nacque l'idea di sperimentare una terapia breve dell'anoressia:

Casati: *Quando ero studente di medicina (a Pavia nella prima metà degli anni 60, n.d.a.) e svolgevo l'internato in patologia medica, ho avuto il mio primo incontro con l'anoressia. Mi era stata presentata una ragazza con diagnosi di Morbo di Simmonds. Probabilmente, l'attribuzione di questa diagnosi era più un modo che consentiva al professore di presentarci un caso di una sindrome rara come il Morbo di Simmonds. Di fatto credo si sia trattato di una diagnosi sbagliata. Questo era un caso di anoressia che ho trattato utilizzando l'ipnosi, che a quel tempo m'interessava, d'accordo con il medico del reparto di medicina. A Pavia c'era la scuola di ipnosi del professor Pavesi.*

Dopo questo trattamento basato sulle suggestioni ipnotiche, la ragazza riprese a mangiare. Tornata per salutarmi e ringraziarmi in un periodo successivo, non l'ho più riconosciuta tanto si era trasformata fisicamente, era diventata una ragazza molto carina.

Il professore si era un po' indispettito perché gli avevo sottratto un caso di Morbo di Simmonds che voleva mostrare a lezione. Poiché nel giro di 15 giorni la giovane aveva ripreso a mangiare e aveva recuperato peso, diventava difficile presentarla come Sindrome di Simmonds.

Alcuni casi successivi furono trattati con minor successo - sostiene Casati che gli interventi furono inficiati da errori di diagnosi differenziale - ma l'idea che situazioni così terribili potessero essere affrontate e risolte in un periodo relativamente breve era troppo appassionante per poterla accantonare.

Negli anni 80 Casati viene a contatto con le idee del gruppo di Milano espresse in "Paradosso e controparadosso" (Selvini Palazzoli et al., 1978) e con quelle di De Giacomo (1989 e 1992). Nel contesto ospedaliero, con pazienti - in pochissimi casi uomini - ricoverati in medicina e in psichiatria per problemi alimentari, Casati si ispirò anche alle esperienze di quei clinici per la sua modalità di intervento. Così descrive la tecnica che sviluppò in quegli anni:

Casati: *[...] partiva dal mio vissuto controtrasferale rispetto alle pazienti anoressiche. Avevo come vissuto personale l'impressione che la paziente*

e i parenti mi lanciassero una sfida: "Fammi mangiare se puoi". Facevo delle proposte che non venivano accettate e avvertivo tutto questo come una sfida. Pensai che potesse essere utile ribaltare la sfida, la mia proposta era: fare la diagnosi basandosi sui tratti indicati dal DSM III (mancanza di mestruazioni, calo di peso superiore al 20%...). Le persone che venivano così diagnosticate erano prese in carico da me e dal mio collega dottor Covelli. Insieme avevamo deciso di comunicare alla paziente che non era possibile aiutarla poiché il suo problema non era né fisico né di tipo nevrotico, ma prettamente psichiatrico. La nostra intenzione era mostrare che nella situazione in cui si trovava non era in grado di aiutarsi. Il messaggio era: "Se anche lei volesse mangiare, ormai non può riuscirci".

Così Casati spiega l'effetto dell'intervento:

Casati: [...] *quando nel reparto di medicina era ricoverata una persona con diagnosi di anoressia, ci chiamavano e noi attuavamo l'intervento davanti a loro. Sostanzialmente, si cercava di indurre la paziente ad arrabbiarsi molto contro di noi. A mio avviso questo era molto positivo, perché nella mia fantasia ciò consentiva alla paziente di deviare su di me tutta la rabbia che sentiva nei confronti del padre o della madre^[6]. Ribaltavo su di lei il paradosso: "Potrebbe mangiare solo se lo volesse, ma non può perché è matta e quindi non può capire!".*

Su 27 casi seguiti e poi descritti in alcuni lavori, in 25 era scattata nella paziente la molla: "Non è vero; se io voglio, posso mangiare". A questo punto sfidavo la paziente dicendo che non le credevo: "Le do una settimana, non m'interessa se mangia pane piuttosto che carne, faccia quello che vuole. Io la peso adesso, se lei fra una settimana è aumentata di peso, mi scuserò, perché vorrà dire che ho sbagliato la mia diagnosi".[...] Penso che la maggior parte delle pazienti abbia ripreso a mangiare entro la prima settimana. In seguito però, mi sono accorto che qualcuna diventava bulimica, mettendomi così in un'impasse incredibile; per questo, dal terzo caso in poi, abbiamo arricchito il nostro intervento con il messaggio: "Lei non può mangiare e poi, anche

[6]. Trovo molto curioso il fatto di mescolare a una tecnica che appare figlia della terapia strategica, della cibernetica del primo ordine e degli studi sulla comunicazione del Gruppo di Palo Alto, elementi di interpretazione che discendono da una tradizione e da un pensiero, se non psicoanalitico, di certo spiccatamente intrapsichico: una violazione del paradigma della "scatola nera"! È possibile che Casati e Covelli, esterni alla tradizione sistemica e strategica, avessero l'innocenza di dichiarare cose che per terapeuti più coinvolti con il punto di vista cibernetico era difficile distinguere o inopportuno ammettere: vale a dire che i "non detti" del loro modo di lavorare avessero più di qualche parentela col pensiero psicoanalitico e che "cancellare" punti di vista precedenti è più dura di quanto sembri, dal momento che ogni nuova teoria nasce epigeneticamente da quelle passate (Boscolo e Bertrando, 1996).



se si mettesse a mangiare, diventerebbe bulimica”. Da quel momento in poi, non abbiamo avuto più casi di bulimia. In quegli anni avevo letto Erickson e può essere che questa strategia l’abbia presa da lui, ma non ne sono sicuro. Avevo letto che l’anticipare un evento fosse un modo per prevenirlo, perché crea nell’altro il senso di essere facilmente comprensibile e leggibile.

Pur essendo definito esplicitamente un intervento “non sistemico”, esso aveva cospicue ripercussioni che riguardavano il sistema familiare. Spiega Covelli:

Covelli: *[...] al genitore veniva spontaneo prendere le difese della figlia e questo forse creava una certa alleanza tra di loro, si ricompattava un po’ la famiglia. Alla figlia veniva lasciata libera solo una via per cui si diceva: “Se io devo difendere me e la mia famiglia dall’attacco esterno devo solo far vedere che posso mangiare”. Per questo dico che maggiore era la reazione dei familiari e migliore la risposta alla terapia.*

Come si spiega il fatto che una formula così efficace ebbe vita breve? Covelli introduce una motivazione che a suo dire è connessa con la rinuncia, dopo ventisette trattamenti, all’*intervento interattivo non sistemico*: il peso emotivo che esso imponeva al terapeuta. Si avverte quanto un intervento così congegnato fosse distonico per l’identità del medico: “*non posso fare nulla per aiutarla*”.

Intervistatore: Lei come si è trovato con questo metodo?

Covelli: *Bene. In pochi abbiamo adottato tale metodo, con il quale è previsto un “non intervento”, nel senso che si dice alla paziente che non c’è niente da fare e si aspetta che sia lei a fare qualcosa. È un metodo ben lontano da un tipico intervento medico e accettare un ruolo simile non è facile, implica un’assunzione di responsabilità importante. All’inizio temevamo tentati suicidi, ma non è mai accaduto, anche perché, in un certo senso lo anticipavamo esplicitandolo e, in tal modo, la paziente, agendo con un acting out mi avrebbe dato ragione e non se lo poteva permettere. Era messa all’angolo: “O mangi o ti devi dichiarare pazza scatenata”.*

Casati racconta dei vantaggi che tale pratica presentava in confronto agli altri trattamenti che erano diffusi all’epoca:

Casati: *[...] esistevano approcci diversi di cui non ho avuto esperienza diretta. Sono venuto a conoscenza, tramite amici che operavano in questa direzione, del buon esito d’interventi rivolti a tutta la famiglia. Questa*

pratica mi aveva incuriosito da subito, da quando cominciai a scriverne la dottoressa Palazzoli Selvini. Altri miei colleghi procedevano con un'analisi classica e questa mi sembrava riscuotere pochi risultati: si rischiava a mio parere di cronicizzare la situazione, inoltre erano pratiche molto dispendiose in termini di tempo e di denaro. Diversamente il mio intervento era molto più immediato, anche se rischioso e pressante per chi lo svolgeva.

In che senso “pressante”? Casati lo spiega in un altro passaggio:

Casati: *Devo dire che questo mio modo di intervenire sulle pazienti era molto pesante, carico di tensione anche per chi lo attuava. Ogni volta era una sfida, ci chiedevamo: “Funzionerà ancora? È così meravigliosamente funzionante!”. Così ho deciso di non operare più con questo metodo.*

Parlando della collaborazione con Covelli, Casati aggiunge:

Casati: *Anche il dottor Covelli [...] si è progressivamente allontanato dal trattamento di questo tipo di disagio. [...] Ci siamo un po' persi di vista, ma nei pochi contatti che abbiamo avuto mi ribadiva che questo “intervento” era troppo gravoso anche per lui, quindi interveniva solo in casi d'estrema necessità.*

Dopo ventisette trattamenti e venticinque successi, dunque, Casati decise di abbandonare l'uso di questo genere di intervento, nonostante esso sembrasse garantire successi terapeutici in percentuali a dir poco esaltanti. Covelli lo seguì poco dopo. Una delle principali ragioni emerge da questi ultimi passaggi: il suo utilizzo era emotivamente sfiancante per il terapeuta^[7].

Covelli continuò con l'applicazione del metodo per qualche tempo dopo che Casati decise di abbandonarlo. Ci ha raccontato le ragioni per cui anche lui, dopo un breve periodo, cambiò strategia. È un punto di vista diverso ma complementare a quello di Casati:

[7]. Quando presentammo in un seminario all'università di Bergamo il colloquio di *follow up* con Manuela, una domanda di spiazzante buon senso che si levò dal pubblico suonò più o meno così: “se un intervento terapeutico è così efficace, è eticamente accettabile abbandonarlo soltanto perché è stressante per il terapeuta? Sarà un problema suo!”. Il fatto è che, oltre alle considerazioni qui illustrate, ciò che ha contribuito a un diffuso superamento dei modelli strategici è stata anche una consapevolezza crescente delle loro implicazioni etiche. Esse riguardavano, come si può capire, l'utilizzo di artifici logici per indurre un cambiamento nel paziente, il fatto che il terapeuta avesse un'intenzione manipolatoria. Oggi, in generale, è più diffuso di allora un atteggiamento terapeutico che tenga conto, se non della responsabilità del paziente, quantomeno della sua consapevolezza nel processo di cura.



Covelli: [...] ho notato ad un certo punto che, non so se a causa di impegni diversi che mi hanno distolto, se per un calo di motivazione o se invece, come penso sia stato realmente, il fatto che tra le anoressiche o tra le famiglie ci sia stata una sorta di catena e di fuga di informazioni circa la metodologia d'intervento vuoi via Internet, vuoi attraverso le pubblicazioni, questa tecnica si è molto indebolita e ha perso di significato. Mi è anche capitato che qualche paziente mi anticipasse l'intervento, facendolo fallire. Potrebbe anche darsi che questa tecnica possa essere ripresa con efficacia tra qualche anno, sarebbe da verificare. Mi capita ancora ogni tanto di tenere un atteggiamento di questo tipo, ma l'efficacia è minore rispetto a prima.

In qualche modo con le conseguenze della grande diffusione della cultura psicologica facciamo i conti tutti quanti, e tutti ci troviamo nella necessità di inventare nuovi vocabolari e nuovi modi di parlare: il paziente che, sempre più spesso, dice cose del tipo “dottore, ho un problema: proietto!” ha finito per sottrarre al professionista, se non un sapere, quantomeno frammenti di un linguaggio privilegiato che aveva reso quest'ultimo fino ad oggi titolare unico della condizione di “esperto” - un po' come la grafia incomprensibile delle ricette mediche è segno inequivocabile della distanza tra l'uomo della strada e gli scienziati che detengono un sapere impenetrabile e lontano.

La larga diffusione di pubblicazioni divulgative, ma anche la maggiore disponibilità al pubblico dei testi scientifici hanno diffuso una certa informazione su modelli e teorie psicologiche, o almeno una certa familiarità con un vocabolario che permette “o dà l'illusione” di conversare alla pari con un sapere sul quale, sempre di più, si vuole giustamente “dire la propria”.

Anche Mara Selvini (1988) spiegava qualcosa del genere, vale a dire che il fatto che i pazienti si preparassero, prima di incontrarla, con la lettura dei suoi libri e dei suoi articoli, le imponeva di inventare nuove tecniche di intervento. Fu anche una simile ragione a portare lei e il suo gruppo a sviluppare la tecnica delle “prescrizioni invariabili” e a sua volta, qualche anno dopo, anche quella cedette il passo ad altri modi di lavorare.

Un “intervento invariabile” era anche quello che Casati e Covelli applicarono a cavallo dei primi anni 90 alla terapia delle loro pazienti anoressiche, tra cui la nostra Manuela. La ripetibilità di un tipo di intervento offriva il vantaggio di poter costruire un progetto di ricerca basato su dati comparabili. Come si sa, la ripetibilità è criterio indispensabile allo statuto di scientificità: l'efficacia di una modalità di intervento poteva diventare oggetto di valutazione proprio perché un certo numero di interventi erano fra di loro confrontabili.

Ma la ripetibilità comporta il prezzo di un invecchiamento inevitabile. Il modello di intervento terapeutico più valido non può essere atemporale e acontestuale. Nasce e si sviluppa in accoppiamento strutturale col pensiero

del suo tempo: vale a dire che, se da quello trae nutrimento, a sua volta gli restituisce chiavi di lettura e metafore. Si pensi a come il pensiero psicoanalitico ha attraversato l'ultimo secolo della storia culturale dell'Occidente contaminandola fino a penetrare nelle idee degli individui, ben oltre le università e le stanze degli psicoanalisti. Scrivono Cecchin e Apolloni (2003):

Le teorie della moderna psicoterapia sono innanzitutto rivoluzioni semantiche, utili per decodificare i segni di intolleranza alle rigidità dei significati che il mondo ci impone, anche se le teorie stesse tendono poi a diventare mode inutili. Progressivamente la psicoanalisi ha tramato la propria letteratura, e ciò che era rottura, trasgressione, è stato ormai ceduto alla cultura ufficiale che, ingigantendo e falsificando, ha convertito tutto in prassi linguistica quotidiana (p. 122).

È il destino di molte avanguardie e di molti tentativi d'innovazione nelle arti e non solo: quello che prima era gesto d'insurrezione, di novità, diventa prassi e consuetudine e magari finisce per rassegnarsi a un'inoffensiva ma serena vecchiaia nell'*establishment* del pop. Continuano Cecchin e Apollini:

Tutti oggi infatti son capaci di fare interpretazioni. L'interpretazione classica (come ne "L'uomo dei topi") non ha più attualmente alcun effetto perché fa parte del linguaggio comune, perché non rappresenta più una prodezza destrutturante, bensì una prassi consolidata nel nostro agire conversazionale (ibidem).

Così come l'interpretazione psicoanalitica classica è entrata ormai a far parte del patrimonio comune, anche i più classici *reframing* della terapia familiare hanno perso parte della capacità di essere destrutturanti o destabilizzanti, al punto che non è strano che un'anoressica esordisca dicendo di essersi "inventata l'anoressia per tenere unita la coppia genitoriale" (p. 122, *ibidem*)^[8].

[8]. Il cinema ha contribuito a costruire una sorta di "vulgata" che riguarda la terapia sistemica e i suoi luoghi comuni, sebbene non paragonabile alla diffusione che ha dato ai concetti psicoanalitici. Nel film "Il grande cocomero" di Francesca Archibugi, ispirato alla vita e all'opera di Marco Lombardo Radice, un gruppo di terapeuti pionieristici segue una seduta con una famiglia al di là di uno specchio unidirezionale piuttosto rudimentale. La psicologa offre una ingenua ipotesi secondo la quale la malattia della bambina evita la separazione dei genitori. Bisogna comunque ammettere che il *setting* della terapia della famiglia ha occupato gli schermi del cinematografo in misura nient'affatto paragonabile al lettino dell'analista. Nel film "Storie di amori e infedeltà" di Paul Mazurski (1990), una commedia brillante su una coppia in crisi, c'è una battuta di Woody Allen, protagonista accanto a Bette Midler, in cui "family therapist" diventa nel doppiaggio italiano "terapista per famiglie", sgradevole locuzione usata in luogo del più comune "terapeuta familiare". Senza dubbio i traduttori delle sceneggiature di Woody Allen sono soliti usare maggiore accuratezza quando sono alle prese con la terminologia psicoanalitica, di certo più familiare.



Storie diverse

Come nel film “*Rashômon*” di Akira Kurosawa, una realtà è osservata e raccontata da più punti di vista. È lo stesso evento, ma nel racconto dei testimoni diventa più eventi diversi. Chi ha ragione? Ma soprattutto: uno stesso evento visto da più osservatori è sempre lo stesso evento?

Ci siamo fatti raccontare da Manuela come ricorda, dal proprio punto di vista, la relazione terapeutica e come affrontò quel trattamento che Casati e Covelli raccontano come una sfida estenuante.

Manuela: *Io metto il dottor Covelli su un piedistallo, per me è in gambissima. Anche il mio ragazzo mi ha aiutata tanto ed anch'io ho fatto la mia parte. Il perché mi sia capitato questo non lo so. Adesso, da persona lucida, dico che ho un carattere forte e parte del merito va anche a me. Il dottor Covelli diceva sempre che la bravura del medico è relativa, chi deve guarire è la persona che soffre. Mi è rimasta impressa una frase del dottor Covelli: “Devo dare atto alla tua volontà perché pensavo che tu non ce la facessi”. Ora mi ripeto quella frase anche quando ho delle difficoltà al lavoro o da qualche altra parte. Penso che se sono guarita da quella malattia con la “M” maiuscola ce la posso fare anche in altre situazioni difficili. [...] Per me le terapie, ripeto, sono state la manna. Non ne ho mai saltata neanche una, era una sofferenza andarci, ma non ne ho mai saltate. Questo, però, penso faccia parte del mio carattere, sono abbastanza tenace e costante, se inizio una cosa la porto a termine altrimenti non la inizio neppure. Sono sempre stata così. Sono anche convinta che questa malattia mi abbia reso forte.*

“Mi ha reso forte”: dall'anoressia e dalla terapia scaturiscono autonarrazioni nuove. Se la psicoterapia è una tecnologia del sé (Foucault, 1988), allora è possibile rintracciare il modo in cui essa fa emergere un certo *tipo* di soggetto e di storie, che non esisterebbero se il soggetto e le storie che egli racconta di sé non fossero passati attraverso *quel* particolare tipo di terapia (Bertrando e De Filippi, 2005).

Che genere di autonarrazioni scaturiscono, allora, dall'esperienza della terapia di Manuela?

Manuela sembra parlare della “malattia” come di una “*situazione unica*” (White, 1992) da ricordare, una testimonianza del fatto che *quella volta* è stata capace di esercitare un forte dominio sulla propria vita e una salda capacità di governare gli eventi: come dire “se sono guarita da quella malattia ce la posso fare anche in altre situazioni!”.

Qui la storia di un problema, delle soluzioni tentate e del suo superamento, costituisce una cornice di significato per le storie su di sé: come il pro-

blema emerge dentro la cornice delle autonarrazioni dell'individuo, che gli fanno da contesto e gli costruiscono un senso, così la storia di un problema e della sua soluzione diventa contesto per nuove storie su di sé: l'influenza tra i due livelli è reciproca e ricorsiva (cfr. Cronen, Johnson, Lannamann, 1982).

Manuela sente come un propria conquista il ritrovato benessere: *“la bravura del medico è relativa, chi deve guarire è la persona che soffre”*, e anche ciò appare coerente con lo spirito di un intervento breve, che esalta le potenzialità autoterapeutiche del paziente più che la perizia e la sollecitudine del terapeuta: anzi, quest'ultimo *“sbaglia”* diagnosi e prognosi e la guarigione è tutta opera della paziente.

Ma ciò che appare interessante è che Manuela attribuisce la propria guarigione a ragioni differenti da quelle con cui i terapeuti erano soliti spiegare i successi terapeutici raggiunti con quel modello. Come se, nell'intreccio complesso di una lunga conversazione terapeutica, avesse selezionato connessioni e percorsi ipertestuali diversi. Di sicuro dal suo racconto si avverte un'implicazione emotiva diversa da quella *“sfida”* che i due clinici raccontano. Se il racconto del terapeuta è centrato sul breve periodo dell'intervento paradossale, la punteggiatura di Manuela dà invece rilevanza agli incontri di *“verifica”* successivi al ricovero e molto diluiti nel tempo, ai quali il racconto della donna attribuisce una funzione tutt'altro che secondaria.

Il terapeuta emerge non come un avversario da sfidare, ma come una guida benevola anche se severa. Manuela racconta dei segreti che nascondeva al dottore, dei piccoli trucchi per alterare il peso registrato dalla bilancia, e racconta il proprio rammarico per quegli inganni:

Manuela: *Ci si rende conto che non si dice più la verità, ma non si fa niente per dirla [...] Probabilmente mi accorgevo di dire bugie, ma non le ammettevo. Per certi versi, ho continuato a dirle anche dopo, ad esempio quando andavo dal dottor Covelli dopo essere stata dimessa per tenere monitorato il mio peso, andavo con molte monete in tasca o con le chiavi della macchina perché dovevo pesare di più altrimenti mi sgridava, mi aumentava la dose dell'antidepressivo. Si diventa furbe; al posto dei sandali mettevo le scarpe da ginnastica [...]. Sono sempre andata volentieri dal dottore, non avevo paura che mi sgridasse però dovevo ammettere delle cose che mi tenevo nascoste e questo mi dava un po' fastidio.*

Ogni volta che uscivo dalla terapia non ero in grado di ripetere ciò che ci eravamo detti talmente ero piena di frasi che mi aveva detto e di cose che avevo detto io. Il dottor Covelli faceva sempre un esempio, diceva: “Tu devi raggiungere un traguardo che è 100; se tu dai 50 ed un'altra persona dà 50 va tutto bene; se l'altra persona dà 30 tu automaticamente devi dare 70. Se questo ti sta bene tutto ok, ma se non ti sta bene non devi arrivare necessariamente



a 100 e non sei obbligata a spremerti perché l'altra persona non dà niente. Devi accettare che l'altro sia libero di scegliere di non dare niente, questo non dipende da te, tu non puoi cambiare il mondo", invece io pensavo di essere Giovanna d'Arco.

E, alla domanda su cosa l'abbia aiutata realmente in quel periodo, Manuela risponde senza esitazioni. Non ricorda i dettagli delle conversazioni, eppure ha idee piuttosto chiare su cosa, di quelle conversazioni, l'ha aiutata a operare un cambiamento:

Intervistatore: Secondo lei, cosa l'ha aiutata di più della terapia? Cos'è che ha funzionato?

Manuela: *La fiducia nel medico e il fatto di poter fare qualcosa per me stessa. Era arrivato il momento di pensare a me e non pretendere che gli altri ti volessero bene a 360 gradi. Accettarsi è molto importante e soprattutto non aspettarsi che tutti gli altri ti accettino. Come ho detto, sono stata meglio quando ho trovato il mio lavoro attuale; siamo cinque donne con età totalmente diverse, la mia migliore amica ha 48 anni e tra noi abbiamo creato un rapporto d'intesa e di rispetto. In quel posto ho cominciato a sentirmi rispettata per quel che dicevo e per come lo dicevo e soprattutto mi sono sentita considerata. Poteva capitare che dicessi qualcosa a qualcuna di loro e il giorno dopo magari lei tornava e mi diceva: "Grazie Manuela, mi hai aiutata molto, grazie del consiglio". Io mi sentivo importante, mi sentivo bene perché capivo che quel che dicevo poteva servire e per questo mi ringraziavano. Prima non era mai successo.*

Intervistatore: Prima succedeva più raramente che lei sentisse che poteva dire o dare qualcosa d'importante?

Manuela: *Si. Venivo considerata "la polemica, la brontolona".*

Intervistatore: Si riferisce alla famiglia o al lavoro?

Manuela: *Alla famiglia. Non mettevo in piazza i miei problemi al lavoro. Facevo le mie otto ore e tornavo a casa, non ci mettevo niente a livello emotivo. A casa invece bisognava relazionarsi in tutte le cose pratiche e quotidiane.*

Intervistatore: A casa c'era quindi quest'idea di "Manuela polemica". Mi chiedevo se negli anni del digiuno quest'idea è cambiata in qualche modo o si è conservata...

Manuela: *Si è conservata e, forse, si è aggiunto a questo il fatto che non ridevo più. Io però continuavo a non mangiare. In casa non mi ascoltava nessuno. Non venivo ascoltata neppure su alcune cose logiche; per esempio, quando si toglieva la carne dal freezer, io dicevo che era meglio lasciarla scongelare nel frigorifero prima di toglierla completamente.*

Ecco! Ora mi viene in mente, tutti i miei disturbi sono iniziati con queste idee sul cibo salutare. È iniziato tutto quando ho cominciato a dire che alcuni alimenti facevano male preparati in un certo modo e andavano preparati in un altro. Tutto è partito da lì. Per esempio, non volevo più il burro; chiedevo così a mia mamma di usare in alternativa l'olio extravergine d'oliva, ma lei continuava ad usare il burro. Lei aveva le sue ragioni ed io avevo le mie e così cominciavamo a bisticciare. Insomma, io le chiedevo di fare qualcosa in un certo modo per me e lei non la faceva; oltretutto, erano cose che non mi inventavo, ma che tutti sanno. Nonostante questo, loro non mi hanno mai ascoltata. Nemmeno le prime volte quando avrebbero potuto dirmi: "Guarda Manuela non ci piace con l'olio, preferiamo il burro", almeno sarei stata considerata, invece questo non succedeva.

Quando sono tornata dall'ospedale avevo la mia dieta personale e l'unico che mi aiutava era mio papà. Mi faceva fare la dieta, ma mi lasciava anche scegliere qualche piccola variazione. Mia madre era più oppressiva. Anche ora che mio papà è morto, non riesco ad avere un rapporto buono con mia mamma. Ce l'ho per dovere, ma quando vado a trovarla sento che c'è qualcosa che non va. Premetto che mia mamma non sta bene. Talvolta, quando sono al lavoro, qualche mia collega mi dice che sua madre le ha fatto il ragù per tutta settimana e io ho un po' d'invidia perché nel mio caso sono io che devo farlo a lei.

Difficile riconoscere in queste parole la fiera avversaria di un braccio di ferro controparadossale. Anzi, della terapia Manuela ricorda soprattutto la relazione calda instaurata con il suo terapeuta e la consapevolezza che ne scaturì della possibilità di dedicarsi a sé stessa.

Eppure, dalla lettura del racconto dei terapeuti, viene da pensare che esso rispecchi lo spirito del pensiero "strategico" di quel periodo, carico di elementi di un linguaggio bellicoso - "mettere in scacco"; "strategia"; "manovrare"; "attacco"; "ricompattarsi"; "alleanze"; "avere il controllo" - o almeno competitivo - "la paziente, agendo con un acting out mi avrebbe dato ragione e non se lo poteva permettere"; "era messa all'angolo" - soprattutto, una grande quantità di volte ricorre il termine "sfida"; ancora, si parla dell'effetto dell'intervento come di uno "shock".

Manuela parla invece di un percorso di conoscenza e di riscoperta delle relazioni con le persone significative. Anzi, mentre descrive come tesi e simmetrici i rapporti con i familiari e gli amici, narra della terapia come di un percorso compiuto grazie a una guida sicura e accettante alla quale si è ben presto affidata.

Cosa, allora, in quell'incontro, ha contribuito al cambiamento? Ascoltare Manuela mette in crisi le nostre convinzioni sulle strategie terapeutiche...

È probabile che se pensiamo al cambiamento avvenuto nella vita di Ma-



nuela come all'effetto lineare di una strategia tesa a una modificazione comportamentale, perdiamo una parte importante di quanto è accaduto. Dal racconto del dottor Covelli conosciamo gli intenti strategici che sottostavano all'intervento; ma il resoconto di Manuela ci suggerisce che non sempre la finalità cosciente del clinico coglie la fitta rete di eventi e di influenze reciproche di cui è intessuta la relazione di cura.

Finalità cosciente e azione processuale in terapia: tecnologie della disidentità

Dunque dopo dodici anni sia Manuela che il suo terapeuta raccontano la storia di un cambiamento.

Possiamo punteggiare questa storia come un copione medico: un individuo ha fatto qualcosa per "guarire" la malattia di un altro individuo^[9].

Possiamo, invece, uscire da questa cornice e guardare a quanto raccontato da Manuela e dal suo psichiatra come "cose" che le persone "fanno". Mangiare, non mangiare, sfidare, adottare "strategie" con la speranza di influenzare i comportamenti di qualcun altro, mettere a confronto le rispettive premesse, cercare conferma ad esse: usciamo da una prospettiva medica e guardiamo a Manuela e al terapeuta come a due individui che costruiscono la propria coerenza nella cornice di un costruito sociale che punteggiamo come "terapia".

Quello che vediamo, allora, è che due individui raccontano della profonda trasformazione attraversata da quei giorni fino al momento in cui li incontriamo: quella relazione, nell'intreccio con altri eventi di quel periodo, ha segnato per entrambi una discontinuità e un cambiamento.

Nel pensiero occidentale il precetto "conosci te stesso" ha avuto la meglio su "prenditi cura di te stesso" (cfr. Foucault, 1988).

Ma, come accadde con Ulisse giunto nella terra dei Feaci (v. Pontalti, 1998), la cura è anche ascoltare la storia di chi ha bisogno di cura. Per ascoltarne il racconto bisogna prima prendersi cura dello straniero. Lavarlo, rifocillarlo. Così come per prendersene cura è necessario ascoltarlo. È quella fase che costituisce la "costruzione del progetto terapeutico" o, come normalmente si definisce con linguaggio medico, la "diagnosi". Costruzione del progetto e cura "diagnosi e terapia" stanno in una relazione ricorsiva e non di opposizione né di priorità cronologica. Piuttosto sono embricati, nel senso

[9]. Con Bertrando (1999) potremmo dire che se Manuela è guarita da un "sintomo" che la costringeva a ridurre l'apporto di cibo, il suo psichiatra è guarito da una strana "sindrome" che si manifestava con una coazione a fare interventi paradossali in presenza di una ragazza digiunatrice. Apparentemente bizzarro, è un punto di vista piuttosto coerente con una cornice di pensiero in cui ai comportamenti delle persone si applicano le categorie della "patologia" e della "normalità".

che si specificano mutualmente ed emergono l'una dall'altra (Fruggeri, 2003). Se è così, *conoscere sé stessi* (più nel senso di costruire storie possibili che in quello di scoprirne di reali) e *curarsi* non sono momenti distinti né esercizi alternativi l'uno all'altro.

Manuela sembra ripercorrere quel periodo della sua vita e il rapporto col suo terapeuta come un'occasione di profonda conoscenza di sé - nel senso di costruzione di storie nuove su di sé, sul suo passato e sul suo futuro - e delle proprie risorse. Ricorda il terapeuta come una guida e la relazione con lui come emotivamente pregnante. La sua storia sembra farsi beffe del principio per cui la cura nasce unidirezionalmente dalla conoscenza - e dunque un cambiamento che non passi attraverso *insight* e presa di coscienza è un cambiamento apparente ed effimero. È anzi attraverso la storia della guarigione, che Manuela può costruire e raccontare la storia di una donna forte e orgogliosa, senza timori né soggezioni. È dalla conoscenza che viene la cura? O piuttosto è dalla cura che nasce la conoscenza?

Può una terapia che non ha lambito - non esplicitamente, almeno - aspetti affettivi, emotivi, evolutivi della paziente, configurarsi come una "tecnologia del sé" (Bertrando e Defilippi, cit.)?

Alcune delle narrazioni più popolari sul disturbo alimentare insistono sull'eliminazione di cause pregresse della sofferenza come via maestra alla guarigione; in due volumi di grande successo e di larga tiratura (De Clercq, 1990 e 1995), - che pertanto hanno grandemente contribuito alla costruzione di narrazioni condivise sull'anoressia, anche attraverso il sito web dell'autrice^[10], sul quale molte ragazze scrivono, si confrontano, ricevono risposte - l'autrice, sofferente in passato di bulimia e poi di anoressia, ripercorre l'esperienza dell'analisi e della comprensione dei fatti che "stanno" dietro l'anoressia e la indica come condizione necessaria al superamento del disturbo. Ancora una volta: "conosci te stesso". Dalla conoscenza, la cura.

La narrazione essenzialista per la quale "conoscere le cause" è indispensabile per "guarire" è una premessa forte, solidamente radicata nella cultura occidentale. È una premessa che sfida il tempo e che è vera se si desidera che lo sia. Ma in che senso la terapia di Manuela potrebbe avere svelato e rimosso cause interne della sofferenza? Non sembra facile riconoscere un processo simile nella storia di Manuela così come lei ce la racconta: non è facile rintracciare nella sua vicenda qualcosa che assomigli alla scoperta e alla rimozione di cause pregresse, o un'operazione, per quanto metaforica, che consista nell'individuazione e nell'estirpazione di cause patologiche. Non

[10]. Nella pagina delle "domande frequenti" del sito, fra le altre cose, si legge: "(...) Davvero si può guarire dai disordini alimentari? Sì, attraverso un percorso di cura che miri ad aiutare il soggetto ad elaborare le cause della sua sofferenza, ripercorrendo le tappe della vita alla conquista della propria identità perduta (...)".



un “trauma”, non un “pattern” più o meno omeostatico, non un legame d’attaccamento mal riuscito o un gioco familiare è stato ripercorso e “risanato”. Nulla che assomigli a un qualche *insight* sulle cause dell’anoressia: anzi, “*Il perché mi sia capitato questo non lo so*”, dice Manuela.

La conoscenza di cui parla Manuela è piuttosto una nuova costruzione di sé, la conquista della consapevolezza di essere qualcosa di cui ci si può prendere cura e la scoperta di potenzialità autoterapeutiche di cui quell’esperienza resterà sempre come esempio da conservare per trovare fiducia per le future prove della vita.

Ma dodici anni dopo, quella terapia sembra la storia di un cambiamento reciproco. Anche lo psichiatra passa attraverso una trasformazione e una rinegoziazione della propria coerenza, e racconta quel processo creatore di discontinuità nella sua storia e nella sua identità di medico. La storia che narra oggi assomiglia a un ipertesto (Nascimbene, 2003; Giuliani, 2006), e la terapia narrata sembra il link che mette in connessione i testi che lo compongono: è un racconto a più dimensioni, che nasce dal confronto tra più testi, proprio come la visione binoculare nasce dal confronto tra due punti d’osservazione. Un racconto che privilegia la discontinuità rispetto alla coerenza, il cambiamento rispetto all’identità.

Su continuità e discontinuità, identità e disidentità, scrive Lai (1988):

Una traccia impressionante del pregiudizio identitario costruito da una lunga tradizione psicologica, filosofica, psichiatrica, letteraria, la troviamo nel vocabolario a cavallo dei due secoli. Per indicare la pazzia si parla di alienazione, schizofrenia, personalità multipla, scissione di sé. Si scrive Dottor Jeckill e Mister Hyde. Si inventa Dorian Gray. Si usano parole e descrizioni che alludono all’essere altro invece di essere se medesimo, all’essere doppio, multiplo, frammentato, sparso invece di essere uno, unico, intero, coeso. [...] La salute psichica è allora funzione dell’identità. La pazzia è un incidente di percorso dell’identità. (pp. 25-26)

È comprensibile come una costruzione dell’Io e del sé come essenze unitarie e permanenti trovi giustificazione storica e sociale nel vantaggio offerto dalla funzione di proteggerci da cambiamenti troppo repentini di condizioni e di contesto, conducendo una vita mentale accettabile ed essendo riconosciuti dagli altri come soggetti psicologici e sociali - funzione che si apparta a quella svolta dalla pelle per il corpo, pur nel continuo e incessante avvicendamento delle sue cellule (Longo, 1998).

La storia della terapia di Manuela è una storia di discontinuità e disidentità, più che di continuità e costanza - valori irrinunciabili per una teoria della personalità e del sé.

A dispetto di una vasta tradizione del pensiero occidentale che identifica la salute con il mantenimento dell'identità, è possibile definire la terapia una "tecnologia della disidentità", che aiuta le persone a liberarsi della tirannia di un'identità unica ed esclusiva, di un "testo" ufficiale e definitivo, per sperimentare nuovi modi di essere e di raccontarsi, nuove costruzioni ipertestuali del sé?

Guardiamo al campo terapeutico come una costruzione congiunta di paziente e terapeuta (Inghilleri, 2004): se la terapia si configura come una "tecnologia del sé", lo è altrettanto per il terapeuta?

Anche qui un riferimento a Gregory Bateson è opportuno. Bateson non nascose mai il disagio nei confronti dell'uso che, dal gruppo di Palo Alto in poi (Watzlawick et al., 1967), fu fatto delle sue idee sulla comunicazione e sul doppio vincolo. Soprattutto guardava con sospetto all'azione finalistica che imperava nelle terapie strategiche, volte a intervenire su qualcuno per indurre un cambiamento (G. Bateson e M. C. Bateson, 1989). L'azione finalistica è un'attività soggetta alla coscienza: questa la controlla e ne verifica gli esiti. L'azione processuale, al contrario, è "misteriosa, non prevedibile e caratterizzata dal non-perseguimento di fini consapevoli" (Madonna, 2003, p. 59). L'azione finalistica è al servizio della finalità estroversa, del proposito di sortire un effetto su qualcosa o qualcuno di esterno; l'azione processuale ha a che fare piuttosto con la finalità introversa, con un'aspirazione di cambiamento rivolta non verso l'altro ma verso sé stessi.

Il terapeuta e Manuela partecipano entrambi a un processo disidentitario. Ciascuno dei due appare in qualche misura artefice del cambiamento dell'altro; ciascuno dei due, anche lo psichiatra, riconosce in qualche misura a quell'esperienza un contributo in questo processo di messa in discussione della propria identità^[11].

L'idea di embricazione ci suggerisce l'uso migliore dei concetti di identità e disidentità: dobbiamo intendere cioè queste due nozioni non tanto come due opposti che si escludono mutualmente ma anzi come due concetti che emergono l'uno dall'altro e che non possono fare a meno l'uno dell'altro. Identità/disidentità; continuità/discontinuità; unitarietà/molteplicità: sono coppie di complementari che, in un'ottica non dualistica, diventano polarità che garantiscono l'equilibrio nel mutamento.

Lo psichiatra narra una discontinuità traumatica, Manuela una crisi che ha prodotto un solco profondo nella sua biografia: entrambi felici di poter raccontare quelle esperienze dodici anni dopo, proprio in virtù di quello strappo narrativo che ha garantito la continuità dell'esperienza e dell'identità, di terapeuta il primo,

[11]. La questione ha più di qualche assonanza con i concetti di "curiosità" (Cecchin, 1987) e di "terapeuta non-esperto" (Anderson e Goolishian, 1992): se il terapeuta non pone le sue pre-conoscenze a un livello gerarchico più elevato di quelle del paziente, e se entra nella relazione con il progetto consapevole di apprendere da essa, contribuisce a un cambiamento sistemico di tipo non istruttivo.



di donna caparbia la seconda, con le sue fragilità e le sue aspettative. Entrambi hanno potuto cambiare evitando le insidie della rigidità e della continuità: e grazie a quel cambiamento oggi possono raccontare una storia. È in questo senso che l'identità e la disidentità hanno bisogno l'una dell'altra, come la continuità della discontinuità e l'ordine del disordine. Scrive Pontalti (*cit.*):

È quindi possibile concettualizzare la coscienza di sé, in relazione ad altri, entro un determinato contesto come riorganizzazione cognitiva e affettiva di molteplici potenzialità del Sé entro un'apparente unitarietà [...] Le riorganizzazioni possibili non sono certo infinite, ma si muovono entro un repertorio la cui mobilità molto ha a che vedere con i concetti di salute e malattia. *Un eccesso di variabilità renderebbe instabile l'autorappresentazione del soggetto; una povertà di variabilità rende il soggetto incapace di competenza al confine di ambiti ignoti* (p. 103; corsivo mio).

La disidentità non è un incidente di percorso dell'identità: può essere la condizione perché quella si conservi senza diventare una prigione opprimente o un'esperienza paralizzante che impoverisce l'autonarrazione. E la salute ha bisogno di entrambe, più o meno al modo in cui chi cammina sui trampoli ha bisogno di continui spostamenti per stare fermo in un punto.

Il corpo indocile

Uno dei più diffusi luoghi comuni vuole l'anoressia strettamente connessa alla diffusione sociale di un modello femminile astinente, quello che per esempio viene identificato con le esili - e dall'aria sempre più scontrosa - indossatrici dell'alta moda. È facile trovare ampia documentazione di quest'idea nella letteratura popolare e nei siti web che si occupano di disturbi alimentari^[12]. Sappiamo che Manuela ha un punto di vista sull'argomento:

[12]. L'ipotesi dell'effetto patogeno dei mass media ebbe una spinta poderosa nel 1999, dopo che la BBC riportò le conclusioni dell'indagine dell'antropologa Anna Becker a proposito dei cambiamenti nelle abitudini alimentari delle adolescenti delle Isole Fiji, registrati a cavallo del 1995. I nativi della zona si caratterizzano per una corporatura rotondeggiante e morbida: ma nel 1995 arrivò la televisione, e con essa i serial americani e le bagnine di Baywatch. Le ragazze dell'arcipelago cominciarono a confrontare il loro corpo e l'immagine femminile ereditata dalla loro tradizione con i nuovi modelli d'importazione statunitense e con le forme - tutt'altro che ossute, in verità... - di Pamela Anderson. La Becker si spinse fino a paragonare quell'evento alla colonizzazione degli esploratori inglesi che cent'anni prima avevano portato ai nativi morbillo e altre malattie. Piuttosto, parlando dell'influenza dei modelli culturali, sarebbe utile occuparsi non tanto della responsabilità di un modello in sé, quanto di come un dualismo rigido di modelli - quello, caro alla cultura patriarcale, della donna carnosa e feconda e quello recente, che ad esso si contrappone, di una femminilità astinente - diventi la negazione di qualunque possibilità di scelta (Giuliani e Valle, 2007), soprattutto quando sulla scelta gravi il peso della censura morale. Il problema non è che un modello "disfunzionale" si

Manuela: *Alcune persone dicevano: “Voi ragazze volete fare la dieta, volete fare le modelle...”, ma io non ho mai guardato le modelle, non mi sono mai detta: “Mi piacerebbe essere come quella ragazza”. Avevo il fidanzato^[13], non era che non mi guardava nessuno. Mi ricordo, invece, che quando stavo male tutti mi coccolavano di più; più mi coccolavano più io stavo male perché se stavo male di meno ero coccolata di meno. Queste sono però riflessioni che faccio adesso...*

Manuela dunque liquida sbrigativamente quel luogo comune^[14]. Piuttosto sembra cercare un proprio “stile” attraverso il contrasto, la differenza. Manuela racconta una storia di distanze e di avvicinamenti: a tavola, da adolescente, cominciò una conversazione con i suoi cari su competenza, “*moral agency*” (Cronen, 1991), alimenti, stili di vita, abitudini. Poi sulle sue scelte e la sua salute, su differenti visioni del mondo e del corpo. Fa proprio e difende un modello dissonante in confronto ai modelli familiari. Non è con i modelli della televisione che si confronta, ma con quelli della propria cultura familiare, e cessa di essere un corpo docile (Manini, 2003) per iniziare una tenace negoziazione dell’identità con le persone care e vicine.

È così che impone al proprio corpo l’ingiuria del digiuno e dell’assottigliamento: più dimagrisce, più gli altri la amano, la circondano di protezione e calore. Questo, almeno, è ciò che Manuela spera: il suo dimagrimento è anche l’esplorazione di un mondo possibile, di altri modi di essere. “Quanto mi amerebbero se...?”.

Manuela ci racconta delle sua battaglia per avere voce, per essere ascoltata^[15].

contrapponga a un altro, presunto più sano e funzionale: il problema è che non esiste libertà di scelta tra più modelli possibili di femminilità. Il margine di libertà e di competenza morale della donna sulla propria vita, sul proprio piacere, sul proprio corpo è piuttosto limitato. Del bipolarismo rigido dei modelli di femminilità - uno rassicurante e tradizionale, l’altro trasgressivo e insubordinato - appare una caricatura la contrapposizione tra anoressia e bulimia, che portano alle conseguenze estreme il modello binario dell’identità femminile.

Vagando tra alcune delle pagine web che si occupano di anoressia, ho potuto notare che molte di esse sono rintracciabili nella rete anche digitando in un motore di ricerca, tra le parole chiave, “fotomodelle” oppure “top model” o simili. Il fatto che un utente di internet, conducendo una ricerca sulle fotomodelle, sia condotto automaticamente alle più frequentate pagine della rete sui disturbi alimentari - oltre che a una quantità di siti erotici di grana grossa: ecco a confronto i due peccati estremi della morale bipolare, l’astinenza e la smoderatezza! - suggerisce alcune riflessioni sulle vie attraverso le quali i discorsi sulla malattia e sulla patogenesi si costruiscono socialmente.

[13]. Oggi è suo marito: lo abbiamo incontrato qualche pagina fa.

[14]. Sui punti di vista di ragazze anoressiche circa le più diffuse narrazioni che riguardano i disturbi alimentari, vedi anche il resoconto di Benini e Naclerio (2005) della ricerca condotta sulle voci di ragazze digiunatrici raccolte nelle *mailing list* in internet.

[15]. Sul tema dell’aver “voce in capitolo” nell’anoressia, si rimanda a Olson (*cit.*).



Manuela: *Anche adesso, non posso dire che tutto si è stabilito alla perfezione. Forse non c'è mai stato un buon rapporto, ma mia mamma ha molti problemi.*

Intervistatore: Si riferisce al fatto che qualche volta è lei che si prende un po' cura di sua mamma?

Manuela: *Sì, da sempre. Mi sono presa cura di mia mamma, di mio padre, dei miei fratelli, anche a livello economico.*

Intervistatore: Ha dei fratelli?

Manuela: *Sì, quattro. Adesso accetto che il rapporto con mi mamma sia così. Ogni tanto però dico: "Mi piacerebbe avere una mamma sana, che mi venga a trovare, che faccia qualcosa per me".*

Intervistatore: Anche allora aveva dei problemi di salute sua mamma?

Manuela: *Sì. Ha iniziato nell'¹⁶87*

Intervistatore: Parlando del rapporto con sua mamma, di com'era prima, di come è adesso, sente che tutto questo ha un legame con quello che succedeva in quegli anni o è qualcosa che non ha percepito?

Manuela: *Non necessariamente. Per me era tutto l'insieme, non era legato alla figura materna.*

Intervistatore: "Tutto l'insieme"... cosa intende?

Manuela: *Il fatto che nessuno mi ascoltava. Non ci voleva molto a sedersi al tavolo e dire: "Guarda, Manuela, che non ti ascoltiamo per queste ragioni", avrei avuto almeno delle spiegazioni.*

Intervistatore: Include in questo anche i suoi fratelli?

Manuela: *No. Forse la seconda che aveva solo un anno e mezzo meno di me, ma gli altri erano troppo piccoli. Con mia sorella sono sempre stata cane e gatto. Ora, invece, usciamo tutte le sere insieme. Lei non ha mai avuto problemi psicologici perché ha un altro carattere, ma da quando abbiamo fatto famiglia tutte e due ci siamo ritrovate, forse perché siamo fuori da quella casa. Credo che il rapporto sia cambiato anche perché io ho smesso di pretendere che lei si comportasse come avrei voluto io.*

Intervistatore: In che senso?

Manuela: *Siccome siamo completamente diverse, alcune cose di lei non le condividevo e viceversa, anche a livello di pensieri. Ci hanno sempre trattato in modo diverso: io ero quella che si comportava male, mentre a lei non dicevano niente sebbene non rispettasse neppure lei le regole.*

Intervistatore: Il fatto che fosse la maggiore ha avuto un peso in tutto questo?

Manuela: *Sì. Come no?*

[16]. Naturalmente Manuela fa un ampio resoconto dei gravi problemi di salute che hanno segnato la vita della madre. Omettiamo quel passaggio, che poco aggiungerebbe alla storia, preferendo evitare qualunque riferimento che possa far risalire alle identità dei personaggi.

Intervistatore: Con sua madre, con sua sorella o con suo marito, ha avuto occasione di riparlare del periodo che ha passato in ospedale?

Manuela: *No, mai, anche adesso non ne parliamo mai. Non mi sento di dirlo perché penso che non capirebbero comunque. Quando ho compiuto gli anni in ospedale, loro sono arrivati con un mazzo di fiori, mia sorella con un bigliettino con tante belle parole. Conservo ancora oggi i bigliettini, però non l'ho mai ringraziata per questo. Non mi aiuta farlo adesso. Ora sono contenta di come mi sono ricreata i rapporti, non vado a rivangare le cose passate.*

Intervistatore: Come la vedono oggi? Se chiedessimo, per esempio, a sua sorella cosa ne pensa di Manuela?

Manuela: *Mia sorella risponderebbe: "Precisa, seria, fuori di testa". Dice che sto anche un po' troppo "addosso" alla bambina, nel senso che sto attenta a tutto, soprattutto alle parole che si usano, a come si dicono. Sto attenta quando la sgrido, cerco di non contraddirmi tra quello che dico e quello che faccio. Mia sorella, invece, non si fa molti problemi anche se un giorno dice una cosa e il giorno dopo un'altra. Per certi versi preferisco il suo di carattere. Direbbe: "Precisa, puntigliosa, con tanta memoria".*

Intervistatore: Diceva che anche suo marito è stato uno dei testimoni di quello che le è accaduto.

Manuela: *Lo conosco da quando avevo 11 anni. Tra un po' facciamo il venticinquesimo.*

Intervistatore: Lui come racconterebbe quel periodo?

Manuela: *Penso che non lo racconterebbe. Lui l'ha vissuto in seconda persona e sapeva tutto, del nodo alla gola, sapeva quando non mangiavo, le scuse che prendevo, lui è la persona che conosce più di tutti e quasi tutto, se non tutto. Lui è il dottor Covelli. Adesso però non penso che rivangerebbe le cose perché è un periodo passato anche se è sempre in agguato. Se ogni tanto mi capita di dire: "Claudio, mi stanno bene i pantaloni?", mi risponde: "Che problemi hai adesso?!". Allora lo rassicuro che non c'è nessun problema.*

Intervistatore: Con lui le è capitato di riparlare di quel periodo?

Manuela: *Sì, l'abbiamo vissuto insieme, sa tutto e non posso raccontare storie.*

Intervistatore: Suo marito si è dato una spiegazione di quel problema?

Manuela: *Non lo so. So che quando ci siamo sposati e siamo arrivati nella nostra casa mi ha fatto trovare una cosa. Lui mi aveva tolto l'anello di fidanzamento e me l'avrebbe restituito quando sarei guarita.*

Intervistatore: È una cosa importante questa, vuol dire tante cose.

Manuela: *Siamo arrivati a casa, ho spogliato l'abito da sposa e sul cuscino c'era l'anello e un biglietto con scritto: "Dimentica il passato".*

Intervistatore: Quindi, come il dottor Covelli, anche suo marito ha un'idea del momento in cui è diventata una "persona normale"?

Manuela: *Sì. No, per lui non sono normale tuttora... (scherzando). Penso che per lui sia stato quando il dottore mi ha tolto la medicina. Mio marito non mi ha dato il "patentino di persona normale". Vede comunque che ho un rapporto diverso con*



il cibo. Anche se certe cose rimangono. Una delle frasi che il dottor Covelli mi ha detto è stata: "Va bene, la malattia è passata, però appendiamo il quadro", il quadro rimane appeso. Mi capita di avere delle crisi, per esempio, quando non sto bene mentalmente e sono molto nervosa, mi accorgo che mangio di più. Quando si è ammalati e si capisce che si mangia di più e che è la malattia che ti comanda di farlo, dici: "Ormai è andata" e continui a mangiare di più; ti butti veramente giù e pensi di avere perso. Ora invece capisco che sto mangiando nervosamente e mi prometto di stare più attenta il giorno dopo.

Intervistatore: Mentre allora cosa faceva, dopo qualche eccesso trovava il modo di svuotarsi?

Manuela: *No, non ho mai vomitato. Anche perché, fin da quando ero bambina, piango quando vomito.*

Dunque Manuela la "polemica", la "brontolona", si distanzia dai genitori e infine conosce un commosso riavvicinamento al padre, che la prende per portarla in ospedale dove si prenderanno cura di lei.

Si potrebbe dire che è tornata ad essere un corpo docile, e che l'accompagnamento del padre nel tragitto verso l'ospedale - verso il ravvedimento - pare rappresentare simbolicamente il ristabilimento dell'ordine maschile e patriarcale. Può darsi.

Oppure la sua storia si può raccontare in un altro modo.

Manuela sente che - forse proprio perché donna? - lo spazio per i suoi progetti e per essere responsabile della propria vita era tutt'altro che vasto. Manuela si prende cura dei fratelli e dei genitori, ma allo stesso tempo chiede per sé, aspira a essere ascoltata e ad esaudire i propri desideri. Manuela docile e Manuela "polemica" che difende il proprio diritto di essere due persone incommensurabili l'una all'altra, di sperimentare più modi di essere. Sarà attraverso l'esperienza disidentitaria dell'anoressia prima e della terapia poi, che Manuela riuscirà a provare momenti di forte fragilità e insieme di aspro conflitto con i suoi; l'accorato desiderio di essere curata e quello indomito di contrapporsi; il suo bisogno di vicinanza e quello di distanza; la possibilità di vivere dentro una rete di storie diverse e incommensurabili anziché nel continuo oppressivo vincolo di una storia e di un'identità definitiva e ufficiale.

Possiamo pensare a quel tragitto verso l'ospedale come al momento in cui il padre, riconosciuta la nuova Manuela disidentica, accetta di stare al suo fianco e di accompagnarla verso la rinascita? Dal racconto di Manuela quel tragitto appare più come l'inizio - a lungo atteso - di un esitante e timido avvicinamento reciproco che come una resa unilaterale.

Ecco come Manuela racconta dei suoi sogni infranti e delle sue "ali spezzate". E di come nel periodo del digiuno sopprime la propria femminilità per ricostruirla in maniera nuova e originale attraverso un confronto

non passivo con il modello della madre da una parte e del padre dall'altra. Una femminilità tutt'altro che docile...

Intervistatore: Adesso che idea ha di sé?

Manuela: *Com'è il detto? "Mi piego, ma non mi spezzo". Adesso sicuramente sono più realizzata. Tra i tanti disturbi, c'era anche il fatto che cessava sia il ciclo mestruale sia l'ovulazione e, tra virgolette, non eri più "donna". Questa è una parte di te che non hai più e stando con un uomo è effettivamente una parte importante che manca. A questo si aggiungeva il fatto di non poter avere figli, mentre ora ho una figlia e sono molto contenta. Se dimentico tutti i problemi della mia mamma, che anche adesso non sta bene, posso dire di essere felice; ora mi piaccio anche a livello caratteriale.*

Intervistatore: Che cosa le piace di più di lei?

Manuela: *La costanza, la sensibilità, e la forza, perché effettivamente ne ho. Non sono un tipo irruente, prima ci penso e ragiono molto sulle cose. Non parlo facilmente con persone che sono un gradino più su di me. Ho sempre avuto un desiderio, quello di poter continuare a studiare.*

Intervistatore: Che studi ha fatto?

Manuela: *Ho fatto le scuole medie. Il mio sogno era di diventare archeologa, mi vedevo già piena di progetti, ma dal momento che nella mia famiglia lavorava solo mio papà la risposta è stata negativa e mi hanno mandata a lavorare. Adesso mi rendo conto che sono stata una polla, avrei potuto farmi le serali e qualcosa avrei avuto. Mi ricordo che quando mi hanno detto no, mi sono sentita con le ali spezzate e non ho detto più niente.*

Intervistatore: Oggi un "no" come quello come lo affronterebbe?

Manuela: *Risponderei: "Chi sei tu per dirmi no? Insomma un momento, vediamo se si può fare qualcosa". Ho sempre quel senso di aver perso qualcosa, la scolarità mi manca. Era una cosa che mi sarebbe piaciuto avere e questa mancanza mi è rimasta dentro. Quando c'è un dottore o un ingegnere allora devo stare attenta a parlare, temo di sbagliare le parole, sono un po' condizionata. Se al mio direttore commerciale devo dare delle risposte comincio a schiarirmi la voce, a tentennare e non rendo mai pienamente quello che vorrei veramente dire. Ultimamente, invece, ci riesco. Penso che io mi esprimo con le mie parole e, visto che l'altra persona è laureata, non avrà nessuna difficoltà a capirmi. Ogni volta che riesco in questo, scendo le scale e dico: "Bene, oggi ho guadagnato la mia giornata".*

Intervistatore: Ma cosa l'ha aiutata a guardare le cose da questa prospettiva?

Manuela: *Dopo una, due, tre volte ti guardi allo specchio e ti dici: "Adesso datti una smossa". Penso che il problema più grande sia il non avere considerazione in sé stessi. È vero, è importante la scolarità, ma è anche vero che ci sono molte persone laureate che, scusate, valgono meno di chi non lo è. Non è la scolarità che può fare una persona. Quando è morto mio papà nel '98 ed aveva 55 anni, è morto in braccio a me ed ha avuto una grande dignità di uomo, fino alla fine. Penso sia stata una delle lezioni più importanti che abbia mai potuto darmi. Mi ha annullato così tutti gli anni precedenti in cui magari gli rimproveravo molte cose. Ho riscattato*



mio padre purtroppo solo quando è morto. Solo adesso lo capisco, capisco alcuni suoi atteggiamenti e spesso mi sento uguale a lui.

Intervistatore: In cosa sente di assomigliargli di più?

Manuela: *Nella forza e nella caparbia. Lui diceva sempre: "Domani è un altro giorno e si vedrà". Io non riesco a dirlo ancora perché mi devo programmare tutto. Ho bisogno di programmare, per certi versi sono proprio con il paraocchi. Se non programmo non riesco a fare nulla, sono a disagio. Ad esempio so già che quando uscirò da qua andrò a fare la spesa, è il mio modo di essere. Anche quando c'è qualcosa da organizzare al lavoro, quando bisogna sistemare con logica alcuni archivi, chiamano me; forse perché fin dall'inizio ho fatto di tutto per essere così e perché mi chiamassero, per cui ora mi viene naturale, anzi, prima ero solo contenta quando mi chiamavano, adesso magari dico: "Sì, però imparate anche voi".*

Intervistatore: Secondo lei, su questo suo modo di essere come ha influito il suo problema con il cibo, la terapia?

Manuela: *È stata una prova di vita. Se potessi scegliere certamente non la sceglierei, ne farei altre. Mi ripeto spesso la frase che mi ha detto il dottor Covelli e che vi ho riportato all'inizio: "Devo dare atto alla tua volontà"; mi dico che se sono riuscita a guarire da quella malattia è perché ad un certo punto ho cominciato a dirmi: "Perché non devo credere in come sono? Perché devo avere timore a dimostrarvi davanti agli altri per come sono?".*

La terapia raccontata da Manuela sembra cominciare dove finisce quella raccontata dallo psichiatra. E l'anoressia sembra l'esplorazione di nuovi link ipertestuali, di nuovi modi possibili di essere, o di nuovi significati per vecchie narrazioni.

Manuela: *Queste sono considerazioni che faccio adesso perché quando sei dentro alla malattia non riesci a farle.*

Non so cosa sia stato a scattare, credo pesi molto il carattere della persona e la sua forza. C'è chi dice che chi è forte non cade in certe malattie, ma penso che sia una forza talmente nascosta che per emergere necessiti di un gran lavoro. Con "lavoro" intendo psicoterapia, pazienza, pazienza, pazienza e considerazione. "Considerazione" non è però compatimento, è sentirsi dire: "Io credo in te, ce la puoi fare". Non ti devi rovinare per dimostrare che ci sei.

Queste sono idee mie, magari un'altra ragazza o un altro ragazzo la pensano diversamente. Non so se è la stessa molla che fa scattare le cose, non penso sia uguale per tutti, anche perché se lo fosse sarebbe più facile capire questa malattia e guarirla.

Intervistatore: È anche per questo che anche noi stiamo cercando di capirne di più.

Manuela: *C'è anche qualcosa di positivo che ho preso dalla malattia: mi sono fatta una cultura sugli alimenti e sui componenti degli alimenti. Io sono partita con l'idea di un'alimentazione salutare, magari in modo sbagliato, ad esempio dicevo che il burro fa alzare il colesterolo, la combinazione di due alimenti altamente proteici non va bene...*

Intervistatore: Per cui si è fatta una cultura sugli alimenti, una conoscenza seppur “fai-da-te”?

Manuela: Sì, “cultura” tra virgolette.

Manuela mette a tacere il buon senso di chi insiste perché mangi di più, contrapponendogli una competenza che la rende finalmente “esperta” della propria alimentazione e delle proprie necessità.

Nella narrazione di Manuela ricorre spesso il confronto con gli “esperti”, con chi ne sa di più: è il tema del ricovero in ospedale e del rapporto col terapeuta, è il tema del nostro stesso incontro. Manuela sente di poter dire la propria perché può contare su una competenza che è frutto di un’esperienza vissuta. Quell’esperienza sarà per sempre il suo “diploma”.

Intervistatore: Leggeva molto sull’argomento?

Manuela: Sì, molto. Per assurdo, nel periodo in cui ero a digiuno, mi ero fatta un’enciclopedia di ricette. Ancora adesso la uso per cucinare; avevo rilegato tutti i fogli, ero proprio dentro all’argomento, l’unico problema era che non mangiavo.

Intervistatore: Quindi tra le cose che le ha lasciato quel periodo c’è una bella collezione di ricette?

Manuela: Sì, e ogni volta che ne preparo una che non mi piace la strappo così rimane posto per un’altra. Non è che ho dimenticato tutto; questo, per esempio, anche se potrei dimenticarlo perché una volta passata la malattia potrei non volerne più sapere, non lo dimentico. Che vada la malattia, ma ciò che ho imparato perché non metterlo in atto, magari anche con un po’ di “fissazione” per queste cose. Penso: “Chi è che non ha un pallino per qualche cosa? Io ho questo”. Se comunque mi permette di vivere normalmente perché non averlo? Se per eliminarlo devo fare un altro lavoro interiore allora me lo tengo. Succede anche con la bambina, per esempio non le faccio i piselli con la carne, ma i piselli con il pesce, è una questione di proteine.

Intervistatore: Pensa che un giorno parlerebbe con sua figlia del problema che ha vissuto?

Manuela: Sì. Con mia figlia parlo tantissimo, non so se è perché ho avuto questa malattia. Lei ha il suo caratterino, è anche più forte del mio e anche lei parla tanto.

Intervistatore: Noi siamo arrivati alla fine del nostro colloquio.

Manuela: E ho anche parlato molto.

Intervistatore: Sì, sì. Ci piacerebbe sapere come si è sentita mentre ne parlava...

Manuela: Normale, cioè, ieri avevo un grande movimento interiore, ero un po’ agitata però mi sono detta: “Andiamo là e parliamo un po’”.

Intervistatore: Cosa ha pensato quando le è arrivata la telefonata che le chiedeva di partecipare a questa ricerca?

Manuela: Quando ho sentito il dottor Covelli sono stata molto felice. Anche



quando è nata mia figlia l'ho avvertito. Lui mi aveva detto: "Se avrai un figlio chiamami" e la prima cosa che ho fatto quando ho avuto mia figlia è stata quella di avvertirlo. Quindi sono stata contenta di averlo risentito. La mia preoccupazione era il timore di andare a toccare certi argomenti anche se poi ne ho parlato abbastanza tranquillamente, però sono argomenti che non ti lasciano indifferente. Sono cose che hai vissuto e che ti hanno toccato molto profondamente e ricordare anche il minimo particolare magari costa caro. Non è un argomento leggero anche se sono stata bene. Se dovessi incontrare una ragazza che ha dei disturbi alimentari le parlerei tranquillamente di ciò che ho passato...

Bibliografia

- Anderson, H., Goolishian, H. (1992), "The client is the expert: a not knowing approach to therapy". In McNamee S. e Gergen K., *Therapy as social construction*. Sage, London. Trad. it. *Il cliente è l'esperto: il 'non-sapere' come approccio terapeutico*. In McNamee S. e Gergen K., *La terapia come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano 1998.
- Barbetta, P. (2005), *Anoressia e isteria. Una prospettiva clinico culturale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bateson, G., Bateson, M. C. (1989), *Dove gli angeli esitano*. Adelphi, Milano.
- Benini, P., Naclerio, R. (2005), "Affetti virtuali e sofferenze invisibili". In Barbetta, P. (2005).
- Bertrando, P. (1999), "La diagnosi di 'psicoterapeuta'". *Connessioni*, 5, pp. 129-142.
- Bertrando, P., Defilippi, O. M. (2005), "Terapia sistemica individuale. Effetti di una tecnologia del sé". *Terapia Familiare*, 78, pp. 29-52.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996), *Terapia sistemica individuale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Casati, C., Covelli, G., Sesana, F. (1991) "Venticinque casi di anoressia mentale trattati con l'intervento interattivo non sistemico". *Rivista di Neuropsichiatria e Scienze Affini*. Vol. XXXVII, n.1. Edizioni Maccari, Parma.
- Cecchin, G. (1987), "Hypotesizing, circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity". *Family Process* 26, pp. 405-413. Trad. it. "Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità, neutralità: un invito alla curiosità". *Ecologia della Mente*, 5, pp. 30-41.

- Cecchin, G., Apolloni, T. (2003) *Idee perfette*. Franco Angeli, Milano.
- Cronen, V. E. (1991), "Coordinated Management of Meaning Theory and Postenlightenment Ethics". In Greenberg, K. J. (1991), *Conversations on Communication Ethic*. Ablex, New Jersey.
- Cronen, V., Johnson K. M., Lannamann J. W. (1982), "Paradoxes, double binds and reflexive loops: An alternative theoretical perspective". In *Family Process*, 21: 91-112. Trad. it. "Paradossi, doppi legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa". *Terapia Familiare*, 14, pp. 87-120.
- De Clercq, F. (1990), *Tutto il pane del mondo. Cronaca di una vita tra anoressia e bulimia*. Bompiani, Milano.
- De Clercq, F. (1995), *Donne invisibili. L'anoressia, la sofferenza, la vita*. XI ed., 2001. Rizzoli, Milano.
- De Giacomo, P. (1989), "Brief Interactive Therapy in Anorexia Nervosa, Phobic Obsessive Disorders, Depression and Psychosis. *AFTA Newsletter*. Vol. 37, pp. 29-31.
- De Giacomo, P. (1992), *Psicoterapia breve*. Ed. NIS.
- Foucault, M. (1988), *Technologies of the Self: A seminary with Michel Foucault*. Trad. it. *Tecnologie del sé*. Boringhieri, Milano, 2000.
- Fruggeri, L. (2003), voce "Embricazione". In Telfener U., Casadio L., *Sistemica. Voci e percorsi nella complessità*. Bollati Boringhieri, Milano.
- Giuliani, M. (2006), "Terapia ipertestuale. Nuove metafore postmoderne per la clinica sistemica". *Terapia Familiare* n. 82, pp. 73-89.
- Giuliani, M., Valle, A. (2007), "Uomini e donne oltre lo specchio. Differenza di genere e terapia della famiglia". *Psiconline*, Chieti.
- Gregori, F., Benini, P., Naclerio, R., Cioffi, D. (2002), "Intervista a Cesare Casati". Forum sulle Matrici Culturali della Diagnosi, alla pagina <http://www.terapiasistemica.info/matriciculturali/documenti/intervistacasati.htm>.
- Nascimbene, F. (2003), "La matrice ipertestuale del sé. Riflessioni sul modello sistemico relazionale in un contesto Internet". *Connessioni*, 13, pp. 37-61.
- Inghilleri, M. (2004), "Le psicoterapie e il paradigma della valutazione". Relazione al convegno "Scuole di psicoterapia e mercato del lavoro: nodi critici e prospettive". Milano, 5 maggio 2004.
- Lai, G. (1988), *Disidentità*. III ed. (1999) Franco Angeli, Milano.
- Longo, G. O. (1998), "Per un'epistemologia 'batesoniana'". In Manghi S. (1998), *Attraverso Bateson. Ecologia della mente e relazioni sociali*. Raffaello Cortina, Milano.
- Madonna, G. (2003), *La psicoterapia attraverso Bateson*. Bollati Boringhieri, Milano.
- Manini, E. (2003), "Anoressia e lesbianism". In *Barbetta P. (a cura di) (2003), Le radici culturali della diagnosi*. Meltemi, Roma.
- Olson, M. (2000), "Listening to the Voices of Anorexia: The Research as an 'Outsider-Witness'". In *Feminism, Community and Communication*. Haworth Press. Trad. it. "Ascoltando le voci dell'anoressia". In *Barbetta P., Benini P., Naclerio R. (a cura di) (2003), Diagnosi della diagnosi*. Guerini, Milano.
- Pontalti, C. (1998), "I campi multipersonali e la costruzione del progetto terapeutico". In Ceruti M., Loverso G. (a cura di), *Epistemologia e psicoterapia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1978), *Paradosso e Contro-paradosso*. Feltrinelli, Milano.



- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Togni, I., Gregori, F. (2003), "Intervista a Gianpiero Covelli". Forum sulle Matrici Culturali della Diagnosi, alla pagina <http://www.terapiasistemica.info/matriciculturali/documenti/intervistacovelli.htm>
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1967), *Pragmatic of human communication*. Norton, New York. Trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971.
- White, M. (1992), *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*, a cura di U. Telfener, Astrolabio, Roma. I disturbi del comportamento alimentare e la cura in gruppoanalisi

SCHEDA PER LA CLASSIFICAZIONE	
AMBITO	
INDIRIZZO TEORICO	
CONTESTO DI INTERVENTO	
OGGETTO	
PROBLEMA O TEMA TRATTATO	
PARTE DEL SISTEMA IMPLICATO	
ALTRA CLASSIFICAZIONE	

