

“La maternità conflittuale”

Ricerca di un percorso nella cura dei disturbi alimentari: dalla struttura secondaria all'organizzatore emotivo di base

[articolo pubblicato su *State of Mind*, oct 2013

<http://www.stateofmind.it/2013/10/maternita-conflittuale-cura-disturbi-alimentari/>]

di Sabba Orefice

Il percorso cui mi riferisco nel titolo rientra di fatto in un approccio alla psicopatologia cui faccio riferimento da anni insieme ai colleghi A.R.P.

L'orientamento attuale nella comprensione e cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, che descriverò qui brevemente, ha preso avvio a partire da osservazioni cliniche e ha a sua volta fornito materiale per il lavoro tutt'ora in atto sulla psicopatologia, soprattutto per quanto riguarda il criterio della differenziazione tra sentimenti di base del Sé, vicissitudini relazionali e organizzazioni sintomatologiche.

In questo scritto ometterò volutamente tutte le considerazioni sulla psicopatologia del Sé emergente e delle sue evoluzioni nell'adolescenza, che mi riservo di descrivere in un altro momento. L'obiettivo è invece “raccontare” sinteticamente una modalità di lavoro clinico, in parte già consolidata ma in continua evoluzione, che apre interessanti prospettive su questa complessa patologia.

I disturbi alimentari sono sindromi cliniche complesse, con definizioni diagnostiche tra le più minuziose e dettagliate del DSM – sia nella versione IV¹ che nella più recente 5² – seppure sia comunque difficile includere nelle definizioni le molte variabili di decorso³, sia dal punto di vista della gravità che delle fasi di cronicizzazione e acuzie.

Perché si strutturi un disturbo alimentare vero e proprio sono necessari elementi clinici ben definiti, che poco hanno a che fare con i canoni estetici a cui fanno tanto spesso riferimento i mass media; notizie e dibattiti sul tema non tengono conto della differenza tra “problemi alimentari” e “disturbi alimentari” veri e propri e finiscono per contribuire al peggioramento di situazioni già compromesse, ma non sono da soli in grado di strutturare un disturbo alimentare.

Affinché si sviluppi un vero disturbo alimentare è necessaria la compresenza di due elementi invariati: un profondo disturbo del sentimento del sé corporeo e un disturbo

¹ American Psychiatric Association (APA) Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, (DSM-IV-TR), Masson, Milano (2001)

² American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (2013)

³ Per esempio, io ritengo utile considerare l'esistenza di manifestazioni sintomatologiche miste, con rapida alternanza di ritiro dal cibo, attacchi di fame e restrizione, che porta alla disorganizzazione acuta del rituale.

specifico dell'appetito, che insieme contribuiscono a formare la costellazione "primaria" da cui si scatena, solitamente in adolescenza e proprio sotto la pressione delle spinte evolutive, il ben noto irriducibile tormento verso il proprio aspetto e la propria fame.

Sui disturbi del comportamento alimentare molto è stato detto e molto si dice.

In particolare, i colleghi cognitivisti⁴ hanno descritto l'apparato emotivo e cognitivo secondario e ritualistico che caratterizza questi quadri clinici in modo che possiamo ormai considerare clinicamente esaustivo ed efficace e a tali descrizioni, quindi, ci si può riferire. Per apparato secondario intendo tutto quanto di emotivo e cognitivo si mette in moto, in adolescenza, attorno ai due elementi base "primari" cui ho appena fatto riferimento.

Nella mia personale casistica e in quella che afferisce al Servizio Disturbi Alimentari A.R.P. ho da tempo⁵ avuto modo di effettuare alcune osservazioni, molto istruttive, che mi hanno indotto a rivolgere sin dall'inizio della consultazione clinica una specifica e immediata attenzione, oltre che all'apparato secondario, a quello primario - ovvero alle emozioni di fondo che strutturano e organizzano i diversi casi di disturbo alimentare, e ciò sia per quanto riguarda l'aspetto diagnostico sia per il successivo intervento.

Certamente la casistica del nostro Servizio non può essere rappresentativa di tutta la gamma di possibili quadri sintomatologici che caratterizzano i disturbi alimentari in quanto, almeno in parte, è inevitabilmente preselezionata: sia per il tipo di invio che per la scelta da parte delle⁶ pazienti e delle loro famiglie di afferire a una consultazione clinica privata e a una struttura molto caratterizzata⁷ nella sua metodologia.

Ritengo che questa casistica possa comunque fornire un interessante apporto per alcuni spunti di riflessione sia sulla psicopatologia che sulle possibili vie di trattamento.

È importante precisare che l'impostazione clinica che qui presento è nata grazie al contributo iniziale di alcune madri di pazienti, che hanno spontaneamente raccontato quanto era accaduto nei primi mesi di vita della figlia e *con* la figlia, concorrendo a farci ricorrere e addestrare a una particolare "anamnesi emotiva": relativa, cioè, ai

⁴ C. Fairburn (1996, 2010) S. Sassaroli e G.M. Ruggiero (2010), R. Dalle Grave (2012), Walzer et al. (2007)

⁵ Seminario sui Disturbi Alimentari, A.R.P. 2005

⁶ Per quanto il numero di casi di disturbi alimentari in pazienti maschi sia in costante aumento, la casistica in carico al nostro Servizio Disturbi Alimentari rimane prettamente femminile; scelgo per questo motivo di riferirmi genericamente a pazienti femmine.

⁷ Mi riferisco alla notevole differenza rispetto alla casistica afferente, per esempio, ai Servizi Pubblici o ai reparti di degenza ospedalieri.

primi mesi di vita della bambina e al costituirsi della relazione madre-figlia, proprio nella fase di accudimento e nutrizione primari.

Quelle madri hanno descritto reazioni emotive verso la neonata e la necessità di nutrirla che inizialmente ho definito come un "ripudio conflittuale": una sensazione di disagio, rifiuto, talvolta paura o soggezione per la figlia, che al contempo le faceva sentire profondamente colpevoli e sbagliate, ma anche costrette a "combattere" per eliminare quel sentimento disturbante. Successivamente ho avuto modo di individuare con più precisione una gamma di situazioni differenti e il fatto che, accanto a madri con difficoltà più generalizzate verso la maternità, fosse spesso prevalente una problematicità nel sentirsi idonee, come madri, proprio a causa dei sentimenti sperimentati verso "quella figlia".

Si è configurata, così, l'ipotesi di un disturbo definibile come *maternità conflittuale*, cioè un conflitto emotivo complesso che coinvolge il Sé materno e quello della figlia.

Devo in particolare ringraziare una signora (di origini e cultura modeste ma molto lucida sul proprio modo di sentire) che parecchi anni fa, dopo che ebbi visto la figlia con un grave disturbo anoressico-bulimico⁸ cronico, mi chiese un appuntamento per spiegare il suo punto di vista ed esprimere il suo cruccio: "Dottore, avrei preferito che questa figlia non ci fosse, perché ero innamorata di un altro e volevo separarmi da mio marito. Addirittura, per un attimo, ho sperato che lei potesse essere figlia dell'altro, ma appena l'ho vista ho capito che non era così: era proprio la copia di mio marito. Non sono cattiva, ma questa odiata creatura non c'entrava niente con la mia situazione, era figlia di un momento di debolezza, quasi una violenza subita. Io so che lei ha sentito in che stato ero: a 2-3 mesi da un lato mi respingeva, dall'altro si attaccava al seno come se fosse l'ultimo pasto, e così ha continuato con il biberon, e adesso fa col cibo. Certo, io non ero tranquilla, anche se cercavo in tutti i modi di impormi di esserlo. Ancora oggi le preparo da mangiare come se fosse il mio modo di farmi perdonare per non averla voluta, ed è per questo che non riesco mai a prepararle del cibo normale, né a dargliene di meno, anche se so che poi vomiterà. Le assicuro, dottore: mia figlia sentiva che io ero in quello stato d'animo".

La splendida lezione di psicopatologia fornita da questa signora può ben far capire quanto dicevo riguardo al cambio di approccio diagnostico: l'importanza di tornare a chiedere, quando possibile alle persone giuste, al di là di teorie e spiegazioni varie, cosa davvero è capitato tra madre e figlia, anni prima, per comprendere come si è strutturato il disturbo alimentare tutt'ora presente.

Il cambiamento di approccio ha permesso di intravedere rapidamente anche una possibile modalità di intervento. Ciò è avvenuto anche perché la stessa signora ha accettato di spiegare alla figlia, che appariva irrimediabilmente persa in una sua diagnosi di inguaribilità – era convinta di essere posseduta da una fame

⁸ vedi nota 3, pag. 1

“geneticamente” mostruosa e da una profonda e imm modificabile cattiveria e deformità – quanto era accaduto. Ne è conseguita una commovente modificazione sia della relazione madre-figlia che della situazione clinica della ragazza.

Le situazioni emotive descritte dalle madri intervistate con il nuovo assetto erano molto diverse tra loro; ne cito alcune: “Le sembrerà strano, ma appena nata mia figlia mi faceva paura, fisicamente paura, anche solo a guardarla. Sembrava già subito determinata e prepotente e avevo davvero difficoltà a nutrirla”; “Quando è nata ho provato subito un profondo sentimento di estraneità: non poteva essere mia figlia, completamente diversa e molto più bella di me, era uguale alla famiglia di mio marito, verso cui ero così in soggezione”; “Era come una clandestina, nella mia vita dedicata al lavoro: la nutrivvo appena potevo, il resto del tempo stava con una tata. Ma sembrava che la disturbasse avere a che fare con me, dovevo ogni volta riguadagnarmi, quasi imponendomi, il diritto di accudirla e nutrirla”; “L’aveva voluta mio marito, a tutti i costi. Quando sono rimasta incinta sono stata profondamente contrariata e speravo di abortire, poi è nata e all’inizio l’ho odiata e mi sono odiata. Provavo davvero fastidio ad occuparmene e nutrirla. Lui mi stava addosso, dicendomi che non stavo volentieri con lei perché non lo amavo”; “Ho dovuto allattarla per forza e con un fastidio tremendo fino a tre mesi, con la suocera che mi dava della viziata e della fannullona se solo accennavo all’idea di passare al biberon”.

Come si può facilmente rilevare, ciò che accomuna queste mamme è il fatto di aver sperimentato la maternità con una forte criticità, un vero e proprio momento di crisi. Con alcune madri non è stato possibile accedere ad alcuna utile traccia emotiva: si tratta di persone con cui si è immediatamente instaurato un contatto troppo disturbato per stabilire una vera alleanza. Nei racconti delle madri più collaborative si rileva spesso, invece, al di là delle notevoli differenze che ogni caso presenta, che sin dalla nascita e già nei primi 3-4 mesi di vita della figlia si è creato un sentimento conflittuale, in vario modo relativo all’esistenza stessa della piccola: un’interferenza emotiva specifica verso il suo corpo e il relativo accudimento e verso la sua nutrizione, un sentimento molto disturbante per la mamma e, conseguentemente, per la bambina.

Sovente in quei resoconti viene descritto un disturbo sub-clinico del rapporto con il cibo, generalmente insorto entro i tre mesi di vita, cui al momento non era stato attribuito un particolare significato e che può riaffiorare alla memoria se, nella ricostruzione anamnestica, si conferisce molta attenzione proprio ai primi mesi – cosa peraltro non sempre facile.

In questi casi non viene dunque descritta una vera e propria patologia alimentare infantile ma un disturbo relazionale, precoce e significativo, con manifestazioni clinicamente lievi a carico dell’appetito, frequentemente entro il terzo mese di vita

della bambina, e che può venire collegato dalla madre stessa al "contagio emotivo" con il conflitto personalmente sperimentato nei confronti della piccola.

Se si pensa alle pazienti anoressiche, questo risulta particolarmente rilevante: spesso solo un disturbo profondo, precoce e molto "fisico", può produrre un effetto così potente da permettere un ritiro, un'astinenza totale dal cibo – probabilmente altrimenti inaccessibile – in grado di persistere addirittura fino alla morte⁹. La capacità di ritirarsi totalmente dal cibo, dalla fame e dal mondo è altrimenti estremamente difficile da raggiungere, e può essere importante reperire e ricostruire un precursore di quell'attitudine, sperimentata in una fase precocissima, magari in sintonia con un profondo ritiro emotivo della madre, come spesso viene dolorosamente descritto.

È essenziale non dimenticare che per molte donne, di tutte le età, provenienze ed estrazioni sociali, la maternità rappresenta un vero e proprio "esame della vita", spesso particolarmente drammatico: per la puerpera, dal momento in cui nasce il suo bambino, nella particolare condizione post partum può avere inizio un vero e proprio tormento: una incessante e allarmata verifica della propria adeguatezza, come madre ma anche come donna ed essere umano, attraverso la propria capacità di amare, accudire e far crescere il figlio. Ogni reazione, sentimento e comportamento nei confronti del piccolo è vagliato con apprensione e incertezza, con un verdetto sospeso sulla propria capacità di affrontare il compito, divenuto centrale nell'esistenza di quella donna, di essere una buona madre, in grado di provvedere alla sua vita.

Questa atmosfera incumbente va tenuta sempre presente, e non solo per i disturbi alimentari. Può costituire infatti la cornice entro cui, mentre una neomamma sorride faticosamente a parenti e amici, dentro di lei si scatenano sentimenti molto intensi e particolarmente violenti, con difficoltà spesso non facili da sopportare.

Se una madre è in grado di dirsi: "Questa figlia non mi piace/non è come la volevo" oppure "Non avrei voglia di allattarla", e può fare a suo modo i conti con questo sentimento, è possibile che non si strutturi una relazione tormentosa con la figlia intorno al contatto con il suo corpo e la sua nutrizione. Provare sentimenti di ostilità e fastidio per quel piccolo esserino può essere difficile da tollerare e può accadere, in presenza di particolari condizioni emotive, che il pensiero "Assomiglia a quell'odiosa di mia suocera, la detesto" si trasformi nel tormento: "Se lo penso non sono una buona madre" (o addirittura "Sono incapace di fare la madre") e sfoci in un sentimento, spesso rifiutato e misconosciuto, di ulteriore ostilità e/o soggezione verso la figlia, che può pervadere e disturbare la relazione nascente.

Si può creare insomma un clima emotivo in cui la figlia, e la situazione di accudimento e nutrimento, diventano un pericolo persistente per la madre, perché la fanno sentire continuamente sbagliata e in lotta per essere invece impeccabile e, proprio per questo, impossibilitata a chiedere aiuto; a sua volta la bambina, condividendo

⁹ La situazione più simile è la cosiddetta depressione anaclitica

inevitabilmente l'emozione tormentosa della madre, struttura un senso di sé e della nutrizione profondamente alterato. Si tratta di un vero e proprio contagio emotivo, in una situazione di vicinanza molto stretta come quella dei primi mesi: la condivisione di un'inquietudine profonda e disturbante che mamma e figlia vivono su di sé e verso l'altra, e che si struttura in un modo di sentire di fondo che, anni dopo, riemergerà nella forma virulenta tipica di questi casi.

La diagnosi dell'eventuale disturbo precoce relativo al contatto fisico con il corpo e con la nutrizione e l'individuazione delle emozioni condivise da mamma e figlia possono dunque essere elementi di fondamentale importanza per comprendere e trattare le patologie alimentari: per poterli indagare è cruciale riuscire a stabilire una buona alleanza diagnostica con entrambe le protagoniste, la paziente e sua madre.

La procedura che sto presentando prevede infatti come passaggio essenziale, in tutti i casi in cui ciò sia possibile, il ricorso alla testimonianza delle madri, indipendentemente dalle eventuali concomitanti anamnesi familiari. Queste ultime sono solitamente utilizzate, infatti, per ricostruire eventuali situazioni più complesse all'interno del gruppo familiare che potrebbero altrimenti sfuggire all'attenzione del clinico, ma non possono sostituire il particolare clima dei colloqui anamnestici con le madri, dedicati ai primi mesi e all'allattamento.

Fin dal primo colloquio con la paziente, la si informerà che al fine di effettuare una ricostruzione della situazione primaria e degli affetti più primitivi e "psicosomatici" ancora attivi nella sua vita, potrà essere necessario, come prassi abituale, coinvolgere sua madre in quanto in grado di ricordare elementi e situazioni che lei non potrebbe recuperare perché troppo piccola quando sono avvenuti.

Questo approccio, invece che spaventarle o irritarle, sorprende spesso positivamente le pazienti con disturbo alimentare, che nella maggior parte dei casi accettano l'assetto diagnostico così impostato con maggior naturalezza e senza che questo coinvolgimento sia percepito come una indebita ingerenza in un loro spazio; spesso, al contrario, trapela la soddisfazione per il fatto che la madre si impegni e lavori attivamente per loro.

Il fatto di dichiarare che si cerca di comprendere quali vicende emotive sono all'origine del problema alimentare, oltre che incuriosire le pazienti, ha spesso contribuito a far spostare la loro attenzione dal complesso apparato ritualistico connesso al cibo verso la qualità della relazione affettiva con la madre. La disponibilità di quest'ultima a dare il proprio contributo, inoltre, ha spesso di per sé facilitato una parziale apertura tra le due, spesso fino a quel momento assai problematica.

I colloqui con le madri vanno – ovviamente – rigorosamente effettuati in un clima il più possibile collaborante e non giudicante, esplicitando apertamente che non si è a caccia di colpevoli ma che, al contrario, è stata e continua ad essere la cosiddetta

colpa¹⁰ a rappresentare la principale fonte del disturbo: mi è capitato di dover paradossalmente citare l'esempio di madri che, per sottrarsi a una relazione faticosa e disturbante per sé e per i figli, hanno scelto di farli allevare dalla nonna o da apposito personale.

Ed è d'altra parte anche importante poter riconoscere a queste mamme che il timore di essere sottoposte a un processo, come madri e come persone, può rappresentare un vero e proprio ostacolo mentre si sta tentando di comprendere, grazie al loro prezioso apporto, che cosa è accaduto anni prima.

Lo scopo, vero e dichiarato, di questi colloqui è invece rilevare *le difficoltà* che possono aver sperimentato, verso la figlia e con la figlia, in alcuni casi sin dal suo concepimento e comunque nei suoi primi mesi di vita. Esplicitare l'intento non giudicante della consultazione è fondamentale, ma risulta convincente solo se genuinamente convinto: è quindi necessario avere la consapevolezza di addentrarsi in un mondo tormentoso in cui la madre è spesso prigioniera di un continuo processo alla sua persona. Sapersi muovere in questo clima senza aggravare la sua percezione di colpevolezza è una competenza, tecnica ed emotiva, difficile da apprendere e maneggiare, e il rischio per il clinico è sentirsi a sua volta colpevole di arrecare dolore con le proprie domande; può essere di aiuto, in questi casi, pensare alle difficoltà di quei primi mesi come un equivalente di una depressione post-partum.

Le madri di pazienti con disturbo alimentare sono costantemente afflitte, anche quando inizialmente lo negano, da un cruccio specifico in relazione alla figlia. Questo cruccio riguarda il passato ma è sempre presente, anche nella situazione attuale, con diverse caratteristiche – di colpa, profonda inadeguatezza, ostilità – perché la figlia, con il suo disturbo e spesso con le sue accuse, esplicite o implicite, continua da sempre a tenere vivo il proprio tormento.

Il cruccio materno può essere molto spesso accompagnato da una, seppur conflittuale, esigenza riparativa. Proprio questa esigenza, come ho già detto, ha fatto intravedere non solo la possibilità di accedere all'alleanza con le madri, ma anche quella di un utile raffronto, diretto e guidato, con la figlia, che si è dimostrato potenzialmente in grado di intervenire rapidamente sul disturbo alimentare, pur lasciando ovviamente sul campo molte delle tematiche conflittuali correlate, comprese quelle relative alle cosiddette, e spesso vistose, comorbilità.

Il confronto diretto tra madre e figlia sull'origine del disturbo si rivela spesso cruciale per il trattamento del disturbo; ogni qualvolta ciò sia possibile, questi incontri a tre (clinico, paziente e madre) sono previsti come parte culminante della procedura e si traducono spesso in momenti di "verità": per le pazienti con disturbo alimentare sentirsi raccontare dalla madre quali sono state le vicende emotive che hanno fatto

¹⁰ In realtà la colpa è solo una componente: l'altra è, come spiegherò più avanti, l'intollerabile sentimento di inadeguatezza del Sé.

instaurare il disturbo, persistente e da sempre presente tra loro, ha un potente effetto di chiarificazione del tormento che le affligge. Questo spesso permette un accesso emotivo in grado di smontare la certezza di queste pazienti di essere portatrici di una caratteristica mostruosa spesso vissuta come ontologica e irrimediabile, più di qualunque interpretazione o spiegazione da parte dei dottori.

In questi incontri il clinico si limita a fare da facilitatore e da intermediario tra le due: senza intervenire troppo, cerca di aiutare la figlia a entrare in contatto con la sensazione di profondo malessere in cui la madre ha vissuto decenni prima. Questo consente il riconoscimento della genesi dell'antica e costante sensazione di non piacere alla mamma: si tratta di un intervento che certamente potremmo definire "riparatore". Il racconto della madre, che rivela ciò che è accaduto nel suo modo di sentire anni prima assume quasi sempre, infatti, caratteristiche riparative nel vissuto delle pazienti con disturbo alimentare, perché così facendo la madre torna, dolorosamente e faticosamente, a occuparsi di lei e del suo dolore e non più del suo cibo, ridiventando davvero madre.

Il poter dire alla mamma: "Sento di non piacerti" oppure "Sono sempre stata un problema per te" e sentirsi confermare che è stato davvero così, anni prima e per ragioni ben precise, ha frequentemente l'effetto di smontare il malessere profondo che le lega; può ridurre il senso di continua contesa, di reciproca accusa e di falsità sottostante, e soprattutto può sanare il livello di tensione e di sofferenza continue per la sensazione di non andare mai bene, condiviso da entrambe e diventato ormai oggetto di rivendicazione reciproca perenne, spesso con accese polemiche intrise di caratterialità e spesso connesse proprio alle abitudini alimentari.

Si struttura infatti, in questa interazione, difficile sin dal suo inizio, ciò che ho definito il "tragico equivoco": una relazione patologica madre-figlia, disturbata e disturbante, che si mantiene nel tempo e nelle successive tappe evolutive. La figlia, infatti, sviluppa un atteggiamento verso l'alimentazione diverso dalle attese della madre, proprio perché già impregnato dalle inquiete sensazioni provenienti dal contatto iniziale; la madre, interpretando il contatto relazionale disturbato come un ripudio, un'imputazione, un attacco, una tirannia oppure un fallimento, finisce per prenderne le distanze e respingerlo risolutamente, senza riconoscerne la genesi.

Il fatto che la madre, nell'incontro a tre, possa finalmente dire: "Ero in difficoltà con me stessa e quindi con te" permette di spostare il profondo sentimento di persistente disagio dal Sé della figlia, su cui era finito, al disturbo del contatto primario, vera origine del sentimento disturbato.

La dominanza del sentimento di Sé precoce, con tutti i suoi effetti percettivi ("mi vedo per come mi sento") e somatici ("ho una fame mostruosa o un ritiro ascetico dal corpo e dalla sua fame"), è la traccia emotiva che può consentire di smontare l'importanza dell'elaborazione secondaria della sopravvenuta crisi adolescenziale, dell'estetica, dello

schifo, del perfezionismo, dei rituali fisici ed alimentari. Questi elementi, certamente dominanti nell'esistenza delle pazienti con disturbi alimentari conclamati, sono comunque secondari ai sentimenti di base, che potremmo definire gli "organizzatori emotivi" del disturbo alimentare; il recupero del fastidio originario può diventare il vero elemento in grado di produrre un effetto mutativo sul disturbo in atto, ma soprattutto nel modo di percepirsi della paziente, mentre gli elementi secondari vengono ridotti nella loro virulenza.

Ciò può valere anche per le conseguenze nelle relazioni. È infatti possibile un doppio chiarimento: comprendere le modalità con cui le emozioni della madre hanno agito nell'eziopatogenesi del sintomo della figlia, ma anche esplorare l'effetto della piccola e delle sue alterate richieste alimentari sulla mamma, con il mantenimento di una struttura relazionale che spesso diviene successivamente "polemica" tra famiglia e paziente e tra i familiari che parteggiano per l'una o l'altra posizione.

Nei casi in cui il coinvolgimento delle madri non è stato realizzabile e si è potuto ricorrere alla sola ricostruzione con le pazienti, l'esperienza pregressa con madri collaborative ha comunque offerto una serie di utili tracce nel tentativo di identificare con sufficiente approssimazione le qualità del disturbo di base originario. Potremmo dire che le testimonianze delle madri collaborative sono d'aiuto, oltre che alle proprie figlie e ai clinici, anche ad altre madri e altre pazienti.

Sulla base di queste esperienze, come ho accennato, si è venuto a strutturare in A.R.P. un procedimento clinico che prevede tappe specifiche (primi colloqui con le pazienti; test¹¹ e anamnesi alle pazienti; colloqui anamnestici¹² alle madri e, in alcuni casi, ai padri; colloqui di confronto con pazienti e madri), anche in presenza di una eventuale psicoterapia già in corso¹³ mantenendo, per quanto possibile e il più delle volte, l'intero percorso nell'ambito dell'assetto diagnostico.

Questa scelta affatto particolare ha diverse motivazioni. La prima deriva dall'esperienza, che ci ha mostrato come proprio l'assetto di consultazione viene spesso spontaneamente utilizzato dalle pazienti per una più rapida riduzione della tormentosità e dell'intensità del sintomo, potendolo di fatto esse stesse trasformare in una tecnica di intervento mutativo. La seconda ragione è che queste pazienti accettano spesso con sollievo la comunicazione che si intende procedere con un lavoro sostanzialmente diagnostico e non con un ulteriore trattamento.

¹¹ Una scala valutativa dei disturbi alimentari e una batteria di test standardizzata completa di test cognitivi, narrativi e proiettivi

¹² Il protocollo di queste anamnesi è andato perfezionandosi nel tempo, soprattutto per la qualità delle domande previste

¹³ In quest'ultimo caso l'intervento si può inserire nel trattamento senza sostituirlo, un apporto esterno alla processualità già in atto.

Molte di loro, il più delle volte pluritrattate e reduci da innumerevoli tentativi di cura, inefficaci e interrotti, spiegano le pregresse rotture – alcune anche in corso di prenotazione telefonica o di consultazione iniziale – con quella che ho definito la “sindrome delle mani nel piatto”: l’attribuzione, anche arbitraria, al clinico di una troppo precoce e inopportuna intenzione di interferire con le proprie abitudini alimentari e il proprio modo di vivere. Spesso tale attribuzione si inserisce nel clima già fortemente e reciprocamente critico dell’ambiente in cui la paziente si muove e in cui finisce per essere coinvolto sia l’invio che il clinico.

Viene quindi chiaramente precisato sia alla paziente che ai familiari che la consultazione avrà una finalità di ricerca approfondita, non limitata al disturbo, e che in questa fase non si metterà in atto alcun trattamento, proprio perché queste pazienti insegnano che è determinante mantenere, per il tempo necessario, un assetto sospensivo. Questa scelta ha mostrato di ridurre notevolmente le interruzioni precoci che spesso si manifestano nei preliminari della consultazione con pazienti con disturbo alimentare.

La procedura “diagnostica” sembra spesso avere, già di per sé, un effetto momentaneamente calmante sulla conflittualità e la rivendicatività tipiche di queste costellazioni sintomatologiche, purché siano garantiti collateralmente, quando necessari, i trattamenti d’urgenza. Questi ultimi, spesso invocati a gran voce dai familiari, talvolta si rendono immediatamente necessari perché fasi di acuzie si possono scatenare già solo nella prospettiva della consultazione, come peraltro è esperienza comune di chi si occupa di questi disturbi.

Soprattutto nei casi più gravi è molto importante, perciò, che sia prevista sin dall’inizio, collateralmente alla consultazione, la collaborazione con un dottore o un’istituzione sanitaria di fiducia in grado di controllare i parametri vitali e maneggiare le eventuali urgenze mediche o psichiatriche dichiarando che ciò è importante, oltre che per la salute dell’interessata, proprio per garantire lo spazio di indagine al di là dell’urgenza.

Queste rapide esacerbazioni sono d’altronde la spia dello stato di notevole allarme e attivazione che caratterizza questi disturbi. La sempre presente minaccia di essere profondamente sbagliate, per sé e per gli altri, si accompagna infatti all’attivazione allarmata e all’attitudine eliminatoria: come la madre ha tentato ripetutamente, iperattivandosi, di sbarazzarsi del sentimento disturbante che non avrebbe voluto provare e di tutto ciò che la faceva sentire una madre sbagliata, anni dopo la figlia sentirà parti del suo corpo, o addirittura tutta la sua fisicità, come ontogeneticamente e ineluttabilmente estraniati e disturbanti, e cercherà tormentosamente e attivamente la modalità per sbarazzarsi del fastidio, con tutti i rituali che ne conseguono. Allo stesso modo potrà cercare di sbarazzarsi del disturbo di avere a che fare con i dottori.

Ancora una volta, madre e figlia condividono lo stesso sentimento: in questo caso, il bisogno di eliminare quanto le disturba. A questo proposito, va detto che l'attitudine mentale "eliminatore" nell'affrontare le situazioni – qualunque difetto o sentimento disturbante non dovrebbe esistere e bisogna sbarazzarsene, in modo iperattivo – caratterizza la maggior parte delle famiglie con problematiche alimentari.

Anche a questo proposito non dobbiamo dimenticare che per le pazienti con disturbo alimentare vale quanto detto per le madri riguardo alla maternità: l'esplosione dell'adolescenza diviene il loro terribile "esame della vita", il tormento di fronte al quale si ritrovano sempre sotto la minaccia di risultare definitivamente perdenti, con la terrificante percezione di essere portatrici di un'ineluttabile mostruosità, talvolta una vera e propria maledizione.

Queste pazienti vivono spesso nello stesso clima di processo continuo sperimentato dalle madri, non solo per il tormento originario di fondo ma anche a causa della reazione del loro ambiente alle particolari e disadattive attitudini alimentari messe in atto: molto spesso infatti, come è ben noto, il momento del cibo nelle famiglie di queste pazienti diventa il culmine del dramma familiare.

La rilevazione, nel racconto delle madri, della situazione di conflitto e conseguente allarme riguardo alla vicinanza fisica con la figlia e alla sua nutrizione ha da un lato l'importante funzione di rendere conto della profondità biologica del disturbo: nella precocissima fase della vita in cui si costruisce la fiducia di base – nel suo elemento più "corporeo" – la profonda inquietudine relativa al momento della nutrizione e del contatto fisico si può inserire come un cuneo nella strutturazione del comune sentimento di tranquillità e sicurezza che il cibo arriverà e della fiducia – vera memoria fisica – che dallo stato di appetito si potrà passare alla sazietà e al benessere.

Se per la maggior parte delle persone il momento del cibo, nell'arco della giornata, è piacevolmente e affettivamente atteso, così non è in queste famiglie. Il momento della nutrizione, infatti, divenuto intensamente problematico e carico di allarme in quei primi mesi, lo ridiventa anni dopo, a disturbo conclamato, finendo spesso per modificare radicalmente l'esistenza di tutta la famiglia, in una drammatizzazione rituale dalle caratteristiche eclatanti, che sembrano descrivere le antiche difficoltà emotive di cui sono memoria.

Tornando alla "psicopatologia descrittiva" delineata dalle madri, essa comprende quattro tipi prevalenti di disturbi "affettivi" nelle figlie, riguardo alla nutrizione: 1) il ritiro dal cibo, 2) il rifiuto attivo, 3) la fame avida, spaventata, definita molto spesso come "da ultimo pasto", e 4) la frequente alternanza di questi stati. In qualche caso è capitato che la componente "spaventata" fosse descritta dalla madre come personalmente indotta, per il timore del rifiuto o del ritiro da parte della figlia, proprio per spingerla a mangiare: la piccola a sua volta ha precocemente adottato modalità

tormentose di accesso al cibo e il rimedio attuato si iscrive in una situazione emotivamente sempre inquieta. È evidente, da questi racconti, che se il momento della nutrizione è anche solo minimamente allarmato, la fame non potrà acquisire carattere di naturalezza e ne sarà direttamente coinvolta, alterandosi.

Proprio per questi meccanismi, le pazienti con disturbo alimentare possono sentirsi letteralmente possedute dalla percezione disturbante e innaturale della loro fame e spesso descrivono le proprie giornate come monopolizzate dalla ricerca di modalità per sedarla o tenerla a bada, come per esempio la restrizione da infliggere al proprio corpo. In qualche caso, all'interno di un decorso più "cronicizzato", vi possono essere fasi anche molto acute in cui la paziente "diventa" la propria fame allarmata, totalizzante, la cui sedazione è talmente imprescindibile da non poterla considerare postponibile; pervasa dal terrore che questa percezione crea in lei, ha la necessità di farla sparire in ogni modo: la fame in sé ma soprattutto la paura, fisica e palpabile, ad essa collegata.

Dobbiamo però ricordare che la clinica dimostra che altrettanto rilevante della fame è la questione della sazietà: in questi quadri clinici anch'essa è profondamente alterata, e da stato anche solo parzialmente piacevole può trasformarsi in uno sgradevole e spesso insopportabile "riempimento", che presto si associa al più generale sentimento di sgradevolezza corporea.

Il *disturbo della sazietà* e il suo malessere sono una parte rilevante del tormento giornaliero e dell'organizzazione del rituale che domina la vita di queste pazienti: anche la fase della nutrizione è fonte di possibile fastidio; per questo cercano incessantemente di escogitare il modo di eliminarlo, rendendo così l'inferno del cibo ancora più invasivo. Si tratta dell'attitudine eliminatoria precedentemente descritta: queste pazienti sono letteralmente pervase dal fastidio profondissimo e dall'insofferenza apparentemente incontrastabile per qualcosa che *non dovrebbe esserci*: la sporgenza di un osso, il senso di pesantezza post prandium, la paura di trasformarsi in modo mostruoso e, solo in ultimo, quella vera e propria di "ingrassare" nel senso che possono intendere coloro che non hanno questo disturbo.

Il termine "ingrassare" va sempre tradotto, dai clinici, in *trasformazione mostruosa*¹⁴, per comprendere davvero di cosa si parla con queste pazienti, che sembrano volerci sempre dire: "Non mi piace il mio corpo, che percepisco come estraneo, verso cui provo rabbia e il desiderio di eliminarlo (che configura la cosiddetta "suicidarietà strutturale") o di eliminarne le parti più disturbanti".

¹⁴ Nei disturbi alimentari si assiste, oltre alla più nota dismorfofobia, una specifica fobia del cibo, che chiamo *fobia di trasformazione*: più misconosciuta della precedente, innesta la paura che il cibo possa trasformare e deformare, immediatamente e irrimediabilmente, il corpo. Mi riservo di approfondirne la descrizione in altra sede.

La specificità emotiva di questi quadri sintomatologici è quindi il profondo fastidio per il corpo, per il cibo e per il momento dell'alimentazione nel suo insieme, compreso il senso di sazietà. Si tratta di emozioni precoci, cioè di ricordi somatici di quelle emozioni e di quel fastidio, che è a sua volta connesso alla pretesa che tali disturbi non dovrebbero esserci - così come, all'estremo, non dovrebbe esserci il problema di essere nutriti: essendo la questione del cibo e della fame ineliminabile, questo ripudio conflittuale con il corpo e la fame può ingigantirsi fino al punto che il doversi nutrire diventa un mostruoso e fastidioso difetto congenito di cui ci si dovrebbe sbarazzare.

Per questo mangiare un chicco di mais può diventare un gesto pericoloso.

All'interno del percorso di confronto tra madre e figlia, è possibile reperire i precursori di queste situazioni cliniche nelle emozioni, ingigantite dalla drammaticità delle manifestazioni sintomatologiche attuali, che emergono nei racconti delle mamme intervistate. Una di loro ha detto: "Mi sentivo un mostro ad avere questa difficoltà a nutrirla e ad averci a che fare: era un incubo ogni volta, avrei davvero voluto sparire pur di non farlo, avrei voluto non essere sua madre. È stato un sollievo quando a tre mesi ho potuto smettere di allattarla".

Ed è questo tipo di traccia che mi ha sempre fatto pensare all'emozione inevitabilmente condivisa tra madre e figlia, nella situazione difficile di una nutrizione e di un accudimento conflittuale: per entrambe può essere un momento gravemente tormentoso.

Le diverse situazioni e storie familiari danno vita a molteplici variabili cliniche, con caratteristiche emotive diverse, che strutturano casi apparentemente molto differenti tra loro. Citarli tutti è impensabile in questa sede, mi limiterò dunque ad accennarne solo qualcuno: la figlia che si sente cattiva e approfittatrice se mangia; quella che protegge la madre, anche se la respinge, perché la sente fragile (è forse la tipologia clinica con il maggior rischio di morte); la figlia in costante polemica e respingente (diventerà accusatoria: la mamma non fa mai abbastanza, così come il mondo); la paziente incontenibile: la madre è dall'inizio in soggezione e sia lei che la famiglia sentono di doverla subire per cui diviene ai loro occhi sempre più mostruosa e prepotente.

Anche nella descrizione della madri delle pazienti con disturbo alimentare è possibile delineare tipologie diverse. Per esempio, negli ultimi anni accade sempre più frequentemente di osservare mamme influenzate, oltre che da componenti emotive personali e familiari che incrementano l'allarme delle proprie emozioni verso la figlia, dall'idea di non poter dedicare tempo all'allattamento e all'accudimento, spesso con la motivazione di dover tornare rapidamente al lavoro, con un fastidio e un'urgenza che le porta ad affrontare l'allattamento con fretta e impazienza, animate dal sottostante desiderio di far durare quel momento il più breve tempo possibile.

È suggestivo come questo stile "efficientistico-impaziente" rimandi al comportamento di alcune pazienti bulimiche che maneggiano cibo e vomito come una pratica aziendale da espletare in modo perfettamente organizzato. In questi casi si intravede come si può essere instaurata, nella bambina, la paura di perdere il cibo: se non ha sperimentato il sentimento di avere a disposizione tutto il tempo che le serviva, per poppare, ha iniziato a mangiare avidamente, come se fosse appunto l'ultimo pasto, e così sarà, anni dopo, una volta instaurato il disturbo alimentare vero e proprio.

Sono esperienza comune le mamme che considerano il cibo come un premio, da elargire alla piccola come ricompensa, magari riparativa, o come un mezzo per tentare di rinforzare e riaffermare il proprio legame con la bimba; sono quelle che chiamo "spacciatrici di cibo". Anche in questo caso, il momento di alimentarsi non è tranquillo, per la figlia, che vive sempre nella tensione del dubbio e dell'allerta, con un appetito deformato dalla confusione tra il proprio appetito, la necessità di dover mangiare a tutti i costi e quella di accontentare le richieste materne. Queste situazioni sono spesso facilmente identificabili perché la paziente riporta di riuscire a mangiare più tranquillamente in ambienti percepiti come neutri e non richiedenti.

La paziente con disturbo alimentare convive da sempre con emozioni che considera mostruose, nella convinzione di avere a che fare con un proprio difetto biologico intrinseco: la qualità somatica di questi sentimenti è la vera difficoltà con cui ha a che fare, e con lei i dottori che cercano di curarla. Per questo può essere fondamentale che il clinico la aiuti recuperare queste sensazioni come prodotto dei ricordi somatici di emozioni precocemente condivise con la madre nel disagio dei primi contatti. L'obiettivo finale sarà quello di aiutarla a passare dalla convinzione di essere un mostro, senza alcuna possibilità di contrastare questo ineluttabile stato, alla consapevolezza di essere una persona che, per la storia che ha contraddistinto lei e sua madre in quel contesto familiare, ha specifiche paure riguardo al cibo e al fatto di essere portatrice di un difetto mostruoso, paure di cui ci si può occupare.

Come ho già detto, questo profondo cambio di prospettiva, oltre al cambiamento relazionale con la madre, spesso permette il ridursi del disturbo alimentare, sottraendo motivazione all'apparato ritualistico secondario, talvolta senza che occorra toccarlo direttamente.

Un altro aspetto riguarda i dottori: l'esperienza di sentirsi narrare come si è strutturato quel disturbo – frutto di un'emozione antica, condivisa tra madre e figlia, un modo di sentire che tutt'ora le anima entrambe e non uno stato ineluttabile di cui avere paura e di cui doversi sbarazzare a tutti i costi – può permettere ai clinici di seguire la traccia emotiva alla base del disturbo in una prospettiva diversa, rispetto ai sentimenti di inaccessibilità che spesso alcune di queste pazienti suscitano. Anche il sentimento di fondo del clinico, dunque, sia nei confronti della madre che della figlia,

può essere quello di poter essere di maggior aiuto riguardo al sentimento di ineluttabilità del loro destino.

Il confronto tra madre e figlia dimostra infatti che questi modi di sentire, gestiti da sempre da entrambe con modalità conflittuali, sono in realtà condivisi molto profondamente: trasmessi da una all'altra in una sorta di contagio fin dall'origine, comprese le preoccupazioni di tipo ontologico.

Il ruolo determinante della qualità della relazione con la madre nei disturbi alimentari è dato per acquisito da moltissimi AA¹⁵: oltre che fornirne conferma, le osservazioni che presento in questa sede indicano che è spesso possibile trovare risponderne molto strette – e clinicamente utilizzabili – tra gli stati affettivi della madre nei primi mesi di vita della figlia, persistenti tutt'ora nella traccia di relazione conflittuale attuale, e il modo di sentire sottostante alla sintomatologia di quest'ultima, che li drammatizza e amplifica.

Pur non disponendo di una casistica di grandi numeri, tutti gli elementi incoraggiano a proseguire in questa direzione: considerando il disturbo alimentare come conseguenza di una drammatica e complessa difficoltà emotiva relativa alla maternità, al proprio valore come madre e alla relazione madre-figlia, riteniamo sia possibile modificare profondamente le attuali modalità di approccio clinico, perfezionarle e, con gli apporti di colleghi con attitudini diversificate, reperirne altre, anche più efficaci. È infatti a mio avviso evidente che tutte le considerazioni precedenti possono contribuire a modificare le sequenze tecniche e le strategie dei trattamenti, qualunque sia l'orientamento del clinico.

¹⁵ E. Kestenberg e S. Decobert (1972), H. Bruch (1982), M. Selvini Palazzoli (1983, 1988, 1998), Noveletto (1986), S. Minuchin (1978)

Summary

Nei DCA è spesso possibile ricostruire l'esistenza di un significativo disturbo nell'interazione precoce con la madre – che ha coinvolto il contatto corporeo e la nutrizione, il più delle volte con manifestazioni clinicamente lievi e frequentemente con insorgenza entro il terzo mese di vita della paziente – che sembra in grado di organizzare un disturbo dei nascenti sentimenti relativi al Sé corporeo e all'alimentazione.

Ciò avviene in presenza di una particolare difficoltà materna, spesso specifica per "quella figlia", mentre più raramente è una caratteristica che può ripetersi con più figli. Ho quindi momentaneamente optato per la definizione di un profondo disturbo emotivo di "maternità conflittuale" che ben rende l'estensione al Sé sia della madre che della figlia, piuttosto che orientarsi sulla sola alimentazione.

Nell'esperienza che sommariamente riporto mi avvalgo di un'impostazione diagnostica in cui opera una apposita équipe, complessa e diversificata per formazione e specializzazione che, oltre a utilizzare i diversi strumenti tipici per i disturbi alimentari, è addestrata a utilizzare come elemento centrale, ogni volta sia possibile, un accurato lavoro di ricostruzione delle vicende emotive precoci tra madre e figlia e dell'evidente disturbo del contatto tra loro: in atto *allora*, e di solito *tutt'ora* presente.

Le madri vengono quindi coinvolte come testimoni di quanto è accaduto anni prima, e da queste vere e proprie collaborazioni emergono spesso elementi molto significativi.

La prospettiva che si apre in questo percorso è che per disinnescare il disturbo alimentare in atto può divenire prioritario tentare di aiutare a sanare il tormento persistente tra madre e figlia. Permettere quindi innanzitutto, per quanto riguarda la figlia, il passaggio da una diagnosi di disturbo "congenito" e misterioso del Sé a un identificabile, descrivibile e comprensibile disturbo emotivo nella relazione primaria. È al contempo auspicabile la riparazione, per quanto riguarda la madre e il suo cruccio altrimenti ineliminabile, anche indipendentemente dalle patologie d'altro genere eventualmente presenti in entrambe. La riparazione, in sostanza, può aiutare la mamma a riaggiustare almeno in parte il proprio sentimento materno e percepirsi come una buona madre, in quanto finalmente in grado di fornire il proprio aiuto emotivo profondo alla figlia. Per quest'ultima la riparazione può comportare il sentirsi almeno in parte pacificata nel suo essere al mondo e sanare parzialmente il suo sentimento di figlia che non avrebbe dovuto esserci, o non essere così.

Può essere al contrario, ed è possibile asserirlo anche per le frequenti constatazioni nelle pazienti pluritrattate, assolutamente fuorviante perseguire *a priori* e prematuramente percorsi di cosiddetta "emancipazione" tra le due, che spesso fomentano e mantengono nel tempo distruttive polemiche e caratterialità lasciando invariato il disturbo di fondo: la qualità tormentosa mantiene infatti attiva la relazione patologica anche a distanza.

L'esperienza clinica dimostra invece che, quando è possibile, il risanamento della tormentosità della relazione può facilitare una più naturale successiva evoluzione e un più fisiologico distacco.