

# I disturbi alimentari della 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> infanzia: problematiche psicomodinamiche fondamentali della "fase orale"

Anna Maria Lanza \*

XVIII congresso dell'AIEMPR  
Luglio 2009  
St-Maurice – Losanna (Svizzera)

Sempre più numerose sono state, negli ultimi anni, le richieste di consultazioni psicodiagnostiche nel Servizio di Psicoterapia del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Età Evolutiva di "Sapienza Università di Roma", per bambini in tenera età con disturbi alimentari gravi e persistenti.

Le storie di questi bambini, pur nella loro diversità, sono accomunate dalla presenza di dinamiche individuali e relazionali molto simili, e dall'insorgenza dei primi segnali del disturbo alimentare nelle prime fasi della vita.

Dalle consultazioni psicodiagnostiche, che si basano su vari colloqui con i genitori, sedute di osservazione partecipe di gioco con i bambini e valutazioni testologiche, oltre che sulle relative restituzioni (sedute di risposta) emergerà come nella dinamica della coppia madre-bambino siano presenti difficoltà emotive riguardanti il binomio separazione-dipendenza e come siano anche presenti disfunzionalità, non sempre sufficientemente considerate, all'interno della relazione, nella coppia coniugale e nel rapporto padre-bambino.

Gli esempi clinici di seguito riportati ci permetteranno di valutare la presenza di bisogni e vissuti ambivalenti non elaborati, unitamente alla presenza di difese rigide e strutturate, che ostacolano sia l'accesso alla dimensione triangolare ed alla scoperta dell'altro da sé e del mondo esterno, sia l'esperienza profonda del proprio mondo interno e l'adeguata strutturazione del proprio Sé.

## Brevi dati clinici

Daniele

Daniele ha cinque anni e mezzo quando viene condotto dai genitori alla consultazione psicodiagnostica per una grave selettività alimentare.

Il bambino è figlio unico di una coppia dalla storia travagliata da numerosi periodi di crisi e di rottura e da due dolorose esperienze di aborto spontaneo, entrambe intorno ai due mesi di gestazione.

Daniele viene concepito durante una breve separazione, che sembrava essere definitiva. La gravidanza è descritta dalla madre in termini idilliaci, nonostante la presenza di una placenta infartuata e di un fibroma uterino. "Ero molto felice, mi sembrava di poter comunicare con lui in ogni momento della

giornata". Anche i primi mesi di vita sono descritti con tonalità enfatiche, esprimenti il bisogno di negare qualsiasi vissuto non idealizzato.

E' solo allo svezzamento, in concomitanza con il suo ritorno al lavoro, che la madre segnala le prime difficoltà del figlio: il bambino per due mesi rifiuta la colazione. Accetterà poi di mangiare, ma solo tre cibi: pasta, uovo, mozzarella, bruciati nel forno, neri e duri. Ingoierà poi accidentalmente un proiettile di plastica e subirà un'indagine con sondino naso-gastrico. Svilupperà in seguito, dopo essere stato obbligato dal nonno ad osservare le proprie feci nel vasino, una grave stitichezza che si protrarrà per oltre due anni: "un periodo traumatico", sottolinea la madre, che terminerà con la spontanea e ferma decisione di Daniele di tornare a defecare regolarmente: "Daniele prende sempre le decisioni così, da solo, di punto in bianco".

La mamma ha la sensazione che il bambino non possa mai mostrarsi contento in sua presenza "perché non vuole che io sia felice, mi vuole triste". Riferisce di essere ingrassata di venti chili da quando Daniele si rifiuta di mangiare e sostiene che il bambino le vieta di stare a dieta. Circa altri aspetti, è descritto come un bambino "molto educato", che sembra anche più grande della sua età: non fa capricci, non protesta, non esprime mai un desiderio. Se sbaglia, chiede di essere punito e picchiato, fino a picchiarsi da solo. Non ama giocare con i coetanei e passa il pomeriggio, mentre la mamma ancora lavora, con i nonni paterni, molto presenti ed invadenti, specie nell'ambito dell'alimentazione.

Per ciò che concerne i genitori di Daniele, *il padre* non ricorda nulla della sua infanzia, che definisce "normale". E' figlio unico ed il rapporto con i suoi genitori "è sempre stato ottimo, con un'educazione basata su sani principi".

*La madre*, al contrario, sostiene di ricordare ogni singolo episodio della sua infanzia. Ha perso il padre a quattro anni, a seguito di un'operazione al cuore; la madre, crollata in una profonda depressione per la morte del marito, l'ha abbandonata in un collegio di suore allontanandosi con una scusa e sparendo per oltre un anno, al termine del quale le è stato chiesto di riprendersi la bambina. La signora afferma perciò di essere cresciuta con una madre "indifferente, egocentrica, malata", tanto fragile da non poter provare neanche rabbia. Afferma di essere dovuta crescere in fretta, di non aver mai pianto, di dover essere forte. A quindici anni è rimasta incinta dell'attuale marito, ma è stata costretta dalla famiglia ad abortire al terzo mese di gravidanza, rendendosi realmente conto di quanto stava avvenendo al momento di vedere "la bambina viva e già formata, buttata nel secchio". Due anni dopo ha subito un altro aborto, ma spontaneo, di cui incolpa il marito che sembrava non accettare questa gravidanza.

Irene

Irene ha cinque anni quando la conosciamo. E' una bambina indiana, adottata a un anno e nove mesi. Alla sua ripetuta richiesta che le venga raccontata la storia della sua "vera mamma", la madre adottiva le racconta come la mamma le volesse tanto bene e "proprio per questo ha pensato di lasciarla in istituto,

perché *non poteva darle abbastanza da mangiare*". Irene si rifiuta di mangiare, accetta solo di bere, in quanto *"noi indiani non abbiamo bisogno di mangiare"*.

Entrambe le storie dei genitori adottivi di Irene sono segnate da lutti, malattie e perdite. Conosciutisi sui banchi dell'università, hanno sentito di "essere molto simili e di sentire le cose allo stesso modo".

*La madre* dice di poter rievocare ogni momento della propria infanzia. Ha perso la propria madre all'età di dodici anni per un carcinoma gastrico. Ricorda come la madre abbia trascurato i sintomi iniziali "perché si dedicava troppo alla famiglia e non aveva la possibilità di pensare a sé". "Ora che sono madre, capisco che una persona abbia poco tempo per sé, ma bisogna prenderselo, altrimenti si arriva alla morte". Dopo la perdita della madre dice di essere cresciuta in fretta, nel rispetto delle regole e si sentiva sola; sono anche subentrati forti disturbi mestruali. "Mia sorella più grande mi ha fatto un po' da mamma, non c'erano più giochi da condividere, studiavo soltanto". Questa sorella maggiore è ora malata di sclerosi multipla in fase evolutiva.

*Il padre* di Irene, dallo sguardo intenso e triste, non ha ricordi d'infanzia, salvo "una sensazione di noia" e la capacità di avere buoni rapporti con tutti. Ricorda una madre abbastanza presente e un padre distante, chiuso, irraggiungibile. La sua adolescenza è stata segnata da una grave malattia, un linfoma di Hodgkin, a 17 anni, per cui ha dovuto sottoporsi ad una radioterapia che lo ha reso sterile. Non avendo all'epoca dei veri amici, ma solo compagni di studio, non ha mai rivelato a nessuno le sue condizioni per non essere compatito. Persiste ancora oggi in lui il timore della recidiva del tumore e soffre di una gravissima insonnia.

Irene, al suo arrivo in Italia (che la madre una volta con un lapsus indica come "la sua nascita") soffriva di un'infinità di infezioni: tubercolosi, scabbia, giardia, helicobacter pylori, andando successivamente incontro a ripetute infezioni delle vie respiratorie.

Da subito si è dimostrata una bambina sorridente, incapace di capricci, ordinata e perfezionista, ma "si rifiuta di mangiare, se fosse per lei non mangerebbe mai". Quando è iniziato, per così dire, lo 'svezzamento', un anno dopo il suo arrivo in famiglia e quando le condizioni fisiche lo poterono permettere, Irene vomitava ogni giorno. Il vomito è cessato con il tempo, ma è rimasto un rifiuto totale dei cibi solidi: è capace di tenere per ore il cibo in bocca, senza ingerirlo.

I genitori hanno anche da un anno, in affidamento preadottivo sin quasi dalla nascita, una bambina italiana, Elena, che ha attualmente un anno e sette mesi. A differenza della prima, Elena mangia con voracità, ma "è Irene sicuramente la nostra preferita, per tutta la sua storia". E' Irene la "preferita" dai genitori, proprio in quanto condivide con loro esperienze drammatiche e vissuti di lutto, di malattia e di perdita. La bambina stessa dice ai genitori che vorrebbe che morissero tutti e tre insieme, perché non vuole rimanere sola senza di loro.

Lucia

Lucia, di tre anni e mezzo, ha un fratello, Federico, di 7 anni. Con lui, riferisce la madre, "è stato tutto molto bello, è stato un rapporto veramente simbiotico... Eravamo come fusi, fino a quando non è nata Lucia, anzi già prima, con i problemi durante la gravidanza... Per lui la nascita della sorella è stata una vera e propria interruzione del rapporto... prima ero *tutto* per Federico!".

Anche con Lucia le prime settimane dopo il parto sono state "bellissime", ma poi con lo svezzamento Lucia ha avuto "una immediata difficoltà ad ingoiare" ed ha iniziato a soffrire di una gravissima insonnia, per cui dai cinque mesi ai due anni non ha mai dormito per più di venti minuti di seguito. Lucia dunque non mangia, ma prende il biberon nel dormiveglia; notare la sua tendenza a camminare sulle punte dei piedi.

A 9 mesi, non essendo in grado di gestire questa situazione da sola, la mamma ha preso in casa una tata straniera, Sophie, affidandole Lucia. Così ha potuto prendere una vacanza di dieci giorni con il marito e Federico, per poi, al ritorno, riprendere a lavorare a tempo pieno.

Colpisce anche la storia di Sophie, come viene riferita: durante il ricovero in ospedale per la nascita della sua secondogenita, perderà per un incidente stradale il suo primo figlio. Al lutto seguì una grave depressione, anche con ricovero in una struttura psichiatrica, per cui non poté seguire la secondogenita. Attualmente la tata, a detta della signora, sta recuperando nel suo legame stretto con Lucia quel rapporto mancato con la propria figlia.

Circa la storia dei genitori, *la mamma di Lucia* sostiene di essersi sentita sempre rifiutata dalla propria madre, che privilegiava la sorella minore, sofferente tra l'altro di crisi convulsive. Anche lei da piccola mangiava molto poco e, non sentendosi mai valorizzata né "vista" dalla madre, è dovuta crescere in fretta per rendersi autonoma e realizzare il suo 'riscatto', consistente nel primeggiare a scuola e poi all'università, per dimostrare a se stessa ed alla madre di valere e di esserci. A 19 anni si è trasferita con la famiglia in un'altra città, perdendo tutte le amicizie e i punti di riferimento, in una solitudine di studio e di sacrifici, cui seguirono lunghi periodi di depressione.

*Il padre di Lucia* ricorda poco della sua infanzia, e dell'adolescenza rievoca soltanto momenti di studio e di impegno, volti a soddisfare le aspettative di un padre molto severo, rigido ed esigente, alle prese con il tentativo di riemergere da un grave crollo economico. "Nessuno di noi tre fratelli ha mai avuto un momento di divertimento o di svago", e lui in particolare "ha sacrificato tutto, senza mai ribellarsi, prima allo studio e poi al lavoro, per realizzare il suo 'riscatto'.

Entrambi dediti al lavoro, aspettarono molto prima di sposarsi, e giunsero al matrimonio dopo un'ennesima separazione. Egli affermerà: "Lei, sempre instabile ed indecisa, in un continuo tira e molla, si rese improvvisamente

conto di non poter vivere senza di me, ed io non volevo più rischiare di perderla”.

## Un passaggio critico: lo svezzamento

“Daniele ha rifiutato di mangiare per due mesi quando ho ripreso a lavorare”. “Irene si rifiuta di mangiare cibi solidi, accetta solo di bere”. “Lucia non mangia, l’unica cosa che prende è il biberon nel dormiveglia”.

Con queste parole, le nostre tre mamme sembrano domandarsi perché i/le loro bambini/e, al momento dello svezzamento, non abbiano potuto accettare, e non accettino tuttora, di mangiare cibi nuovi e vari, perché debbano esercitare questo controllo rigido sulla loro alimentazione, negando del tutto l’originaria fonte di gratificazione orale o riducendo massicciamente la soddisfazione di un bisogno primario.

Le madri ricordano l’allattamento come un’esperienza gratificante per i due membri della coppia madre-bambino/a, in cui questo/a succhiava con forza al seno o al biberon, come se con il passaggio al cibo solido avesse perso la possibilità di godere del nutrimento offertogli.

Lo svezzamento costituisce per il bambino, ma anche per la madre, la prima grande esperienza di separazione successiva alla nascita. Il bebé si trova a dover tollerare con crescente consapevolezza la sua *separatezza* dalla madre e, allo stesso tempo, la sua *dipendenza* da una madre, il cui allontanamento suscita vissuti di frustrazione e di rabbia. Il bambino da questo momento è obbligato gradualmente a rinunciare all’illusione di esercitare quel controllo totale sull’oggetto primario, che aveva caratterizzato la relazione simbiotica bidirezionale e che permette al piccolo di percepirsi come colui che crea onnipotentemente l’oggetto dell’unità duale (Winnicott D.W., 1971). Per la madre, questo primo periodo di separazione e differenziazione, caratterizzato anche dall’introduzione di cibo ‘estraneo’ e che viene ad inserirsi in una fase di massima idealizzazione nel rapporto con il figlio, segna la rinuncia all’illusione della fusione simbiotica con il piccolo e all’idea onnipotente di essere per questo l’unica fonte vitale di nutrimento.

Per entrambi, quindi, madre e bambino, si tratta di affrontare un *lutto* da elaborare: il lutto per la madre della perdita della speranza inconscia di poter riparare la propria deprivazione infantile attraverso il perdurare di una fusione vissuta come perfetta con il piccolo; il lutto per il bambino di dover rinunciare, prima della stabilizzazione di un oggetto interno buono, ad una sorta di piattaforma di sicurezza, che permetta di affrontare l’esperienza nuova, lo svezzamento, senza il ricorso rigido al diniego, alla scissione, all’onnipotenza che sono sottese al disturbo alimentare.

Le madri degli esempi clinici riportati sembrano infatti aver usato il/la neonato/a, nei primi mesi, per difendersi dai propri bisogni narcisistici e regressivi, con la speranza o l’illusione di poter essere un tutt’uno indifferenziato e di tenere fuori dal rapporto la rabbia, la sofferenza e gli antichi vissuti di ambivalenza diretti verso i propri oggetti primari. Si può infatti ipotizzare che per le nostre madri, che hanno perso un genitore durante

l'infanzia e che si sono ritrovate sole con l'altro genitore depresso, non in grado di prendersi cura di loro, la separazione equivalga all'abbandono, al rifiuto, alla morte. Il fantasma della separazione mortifera trova la sua presentificazione anche nella storia della tata di Lucia, che subentra alla madre nel momento in cui questa non si può più prendere cura della figlia perché è finita la "fusione bellissima".

Con le prime separazioni, l'introduzione di un cibo 'nuovo' e la ripresa dell'attività lavorativa, sembra aver fatto irruzione nel rapporto il fantasma materno non elaborato, non 'digerito' (Fraiberg S., Adelson E., Shapiro V., 1975) di un genitore dal quale non ci si può separare o differenziare senza essere abbandonati od espulsi.

La qualità persecutoria di tali oggetti interni spiega i forti vissuti di inadeguatezza rispetto alle proprie funzioni materne, che le donne riportano nei colloqui: è mancata la possibilità di identificarsi con un oggetto materno capace di cogliere i bisogni e di accogliere la rabbia del proprio Sé bambino. Sembra nascere allora la fantasia identificatoria inconscia secondo cui diventare madre significa attaccare o rifiutare il proprio bambino. La fantasia distruttiva che è potuta rimanere celata finché ha retto l'idealizzazione, solo ai primi segnali di malessere del bambino ha riproposto drammaticamente alla madre quei vissuti di rabbia e di rifiuto, così a lungo denegati.

I sintomi del bambino ed il suo rifiuto del cibo sembrano trasformarlo agli occhi della madre angosciata in un persecutore sadico, che le infligge una continua ferita narcisistica e rafforza i suoi vissuti di inadeguatezza, richiamando oggi l'oggetto genitoriale rifiutante ed abbandonante del passato. La fantasia inconscia distruttiva trova pertanto una sua triste conferma e diventa sempre più arduo riconoscere il bambino reale.

Tale connotazione sado-masochista del rapporto emerge dalla affermazione della madre di Daniele, secondo cui il figlio "non vuole che io sia felice", come connota anche il rapporto di continuo attacco ed opposizione tra Lucia e sua madre e la delicata relazione tra Irene e la sua mamma adottiva.

La scelta di Daniele verso i cibi *duri*, neri e bruciati e la sua richiesta, come avviene nelle sedute di gioco durante la valutazione diagnostica, di un olio che permetta alle porte di aprirsi senza cigolare, potrebbe rappresentare il suo vissuto di una relazione con la madre dura, *cigolante*, *nera* di rabbia e di depressione, e *bruciata* nei suoi valori vitali e nutritivi dalla presenza di un passato traumatico.

Il rifiuto del cibo da parte del bambino può costituire inoltre per la madre anche una modalità indiretta di espressione dei propri sentimenti intollerabili di rabbia e di rifiuto verso l'oggetto materno amato ed odiato. In tal caso, la madre si identifica con il bambino e ne rafforza inconsapevolmente il sintomo, traendone un vantaggio indiretto. Nei casi riportati possiamo pensare siano presenti entrambe queste valenze: il bambino persecutore ed il bambino portatore della propria rabbia, determinandosi così un circolo vizioso, in cui madre e figlio possono incontrarsi solo sulla base di vissuti depressivi, di rifiuto e di abbandono ed il sintomo del bambino conferma drammaticamente le

proiezioni e le identificazioni proiettive materne, acuendone la ferita narcisistica.

Assistiamo così come ad un'inversione del meccanismo sano di identificazione proiettiva e del rapporto contenitore/contenuto (Polacco Williams G., 1994): non è più il bambino a convogliare sulla madre i propri sentimenti negativi e rabbiosi nella speranza di vederseli restituiti 'digeriti' (Bion W, 1962), ma è la madre ad usare il bambino come ricettacolo dei suoi sentimenti antichi non elaborati o denegati.

Una riflessione

Alla luce di ciò, può essere utile ritornare sulla storia di Irene e della sua mamma adottiva. Questa racconta che la propria madre è morta "perché si dedicava troppo alla famiglia e non aveva la possibilità di pensare a sé". Dietro tali parole si celano enormi sensi di colpa, che non hanno certo permesso alla signora di vivere ed esprimere sentimenti di rabbia verso una madre, che 'abbandona', ma è indubbiamente 'sacrificale': sensi di colpa per esserne stata in qualche modo la causa, come successivamente verso la sorella, ora gravemente malata.

Tali vissuti di colpa e di distruttività sembrano aver interferito gravemente nella elaborazione del lutto e, in seguito, nel rapporto con la propria figlia adottiva, impedendo a questa l'identificazione con un oggetto materno buono, che nutre e che *digerisce* i sentimenti ostili. Come può allora nutrire e poi separarsi dalla propria bambina, senza riattivare i fantasmi di una dipendenza mortifera ("bisogna prendersi del tempo per sé, altrimenti si può arrivare alla morte") o di una separazione che si trasforma in abbandono e solitudine?

Irene sembra fare propri questi fantasmi materni, si vieta ogni espressione di aggressività (come nel rifiutarsi di mordere del cibo solido), è sempre adeguata, ma "non ha mai fame": rifiutando il cibo che la madre le offre, conferma l'angoscia materna di non poter essere una buona madre. Quando poi madre e figlia condividono ripetutamente il racconto dell'abbandono della bambina da parte della "vera mamma" e della vita in istituto, le due sembrano tentare invano di elaborare il fantasma persecutorio condiviso di una madre che abbandona "perché ti voleva tanto bene" e l'esperienza dolorosa di una vita in istituto, segnata dalla solitudine e dall'adattamento a regole rigide, a sostegno di alcune funzioni dell'Io che spingono difensivamente verso un'ipertrofia del funzionamento intellettuale.

Madre e figlia sembrano essere immerse in un circolo vizioso, in cui si rafforza la scissione tra passato e presente, ed affidano al passato perduto e doloroso ogni elemento vitale, privandosi della possibilità di vivere insieme momenti gioiosi e 'nutrienti'. Il confronto continuo con la minaccia della perdita e con l'angoscia di morte legate al passato sembrano allora paradossalmente divenire un elemento vitalizzante, che viene rievocato continuamente nel presente, attraverso ricordi privi di emozioni, attraverso il sintomo di Irene, attraverso la sua richiesta di "morire tutti insieme".

## Il bisogno di confini e di contenimento

Alla prima seduta di osservazione di gioco Lucia entrerà con la madre nel setting, in quanto non vorrà separarsi da lei. Mentre la bambina si aggrappa a lei, la signora tira fuori dalla scatola dei giochi un coccodrillo di plastica, gli spalanca la bocca, lo avvicina alla figlia e dice: "Adesso ti mangio". Una sequenza simile si ripeterà all'inizio della seconda seduta diagnostica.

Dinnanzi alle difficoltà emotive della figlia, la madre sembra non riuscire ad offrirsi come 'contenitore', piuttosto sembra mettere in scena un *proprio* fantasma: la separazione come aggressione, la dipendenza come pericolo. L'unica via di uscita, che la signora propone a se stessa e alla figlia, è quella di inglobare l'oggetto d'amore, di 'mangiarlo' e diventare un tutt'uno: "adesso ti mangio", al fine di annullare la minaccia della separatezza e della dipendenza.

Tale esempio illustra con intensità la situazione paradossale in cui si trovano coinvolti i nostri bambini: al loro bisogno, alle loro angosce le madri rispondono con il *proprio* bisogno, le proprie *angosce*. I bambini si trovano dinanzi a contenuti *egoalieni* (Bonaminio V., Carratelli T., Giannotti A., 1991), che ostacolano il loro non facile procedere sul cammino della separazione e dell'individuazione. I bambini da una parte sembrano identificarsi con i fantasmi aggressivi materni, dall'altra sembrano 'chiudere la bocca' per non far entrare il cibo, che è simbolo della madre (Freud A., 1946).

Lucia, nelle sedute psicodiagnostiche, disegna uno squalo dai denti affilati e dalla bocca spalancata che insegue dei pesciolini: l'immagine minacciosa prodotta include sia il fantasma materno, sia la propria aggressività 'incorporatrice' non contenuta né trasformata dalla madre. Come pure, nel corso di tutte e tre le sedute della consultazione, la bambina sovrappone fogli di carta, scotch, colore e colla, fino a costruire una sorta di 'corazza' dura, spesso ed impenetrabile.

Polacco Williams G. (1994) parla di una "no entry syndrome": la sindrome del "vietato l'accesso". Questa, che "può essersi sviluppata come sistema difensivo da un bambino che si è sentito invaso da proiezioni (...) ha la funzione difensiva di sbarrare l'ingresso ad ulteriori oggetti vissuti come potenzialmente intrusivi e persecutori". Tale drammatica sovrapposizione tra la presenza di proiezioni materne intrusive e persecutorie e l'esperienza concreta di interventi medici dolorosi e intrusivi è spesso presente nelle storie di questi bambini. Vediamo, in particolare, come anche Daniele e Irene abbiano dovuto subire numerosi interventi ed indagini strumentali invasive, in un eccesso di esperienze fisicamente dolorose e di vissuti persecutori nei confronti di medici "cattivi, giudicanti, incapaci", che certo non hanno attenuato le angosce persecutorie di violazione del Sé del bambino.

I nostri bambini sembrano cercare, attraverso il disturbo alimentare, di tenere sotto controllo sia le proiezioni persecutorie genitoriali sia i propri impulsi distruttivi, nel tentativo di mantenere un *controllo ossessivo* "su un oggetto esterno ed esternalizzato, che è sentito estremamente pericoloso per l'integrità

del Sé, e allo stesso tempo contro un Sé che è sentito estremamente pericoloso per l'integrità dell'oggetto" (Bertolini R., Caccia O., 2002).

A questo proposito è interessante notare come Daniele non solo eserciti un rigido controllo sulla propria alimentazione, ma anche su quella della madre, impedendole di fare una dieta, quasi tema di poter essere lui il responsabile di un deperimento di questa. Nel corso delle sedute di osservazione Daniele mette in scena una storia in cui egli dipende da un re che gli vende a caro prezzo dell'olio scaduto e duro, fino a quando non sarà lui ad ingannare il re con del latte avvelenato. Il latte e l'olio hanno pertanto più delle proprietà venefiche che nutritive ed il rapporto con l'altro è minato alle radici dall'inaffidabilità e pericolosità dell'altro e dello stesso Sé e dal continuo bisogno di controllo.

Lucia, a sua volta, sembra esprimere tale bisogno di controllo sull'oggetto mediante i suoi comportamenti oppositori e di rifiuto, ma forse, ancora prima, la sua gravissima insonnia e la sua iniziale tendenza a camminare sulle punte dei piedi esprimevano una sorta di tensione e di ipervigilanza, che segnala l'impossibilità di lasciarsi andare, di affidarsi al sonno ed al sostegno della terra sotto i piedi.

Anche l'importante stipsi di Daniele, durata per oltre due anni, sembra segnalare il suo bisogno di esercitare un rigido controllo sulla propria rabbia, trattenendo l'oggetto persecutorio interno, e simboleggiare il terrore di perdere parti preziose di sé al contatto con tale oggetto. Ci possiamo chiedere per chi la "vista traumatica delle feci", di cui parla la madre, sia traumatica, feci che peraltro rievocano l'immagine del *cibo nero* richiesto da Daniele.

Il rifiuto di cibo da parte del bambino da un lato, come abbiamo visto, rafforza i vissuti luttuosi e persecutori della madre, dall'altro potrebbe rappresentare per entrambi un mezzo per non rinunciare del tutto all'illusione di una fusione perfetta, una regressione a quei momenti in cui non c'era ancora 'cibo estraneo' e in cui si poteva negare ogni conflitto: Lucia, come accennato prima, accetta di essere nutrita solo nel dormiveglia con il biberon.

La duplice valenza del sintomo come *chiusura* verso un oggetto persecutorio e come *ri-unione* con un oggetto idealizzato, pare possa corrispondere all'osservazione dei Kestenberg (1972), per i quali l'adolescente anoressica resta bloccata in una posizione schizoparanoidea, senza poter passare alla fase depressiva. Del resto, la difficoltà a raggiungere la posizione depressiva, secondo M. Klein (1952) è già presente in questi piccoli nell'assenza dell'angoscia dell'estraneo tra gli otto e i dieci mesi, come i genitori di questi bambini riportano nei colloqui.

Per non sentire la minaccia della dipendenza, nell'impossibilità di rinunciare alla propria onnipotenza e alla madre quale oggetto narcisistico onnipotente, nutrono *fantasie onnipotenti*, che negano l'importanza dell'altro e annullano ogni frustrazione. "A me piace mangiare solo l'acqua" afferma Irene durante la consultazione, mentre riferisce alla madre: "noi indiani non abbiamo bisogno di mangiare", in un tentativo di differenziazione dalla madre adottiva,

ricongiungendosi ad una madre naturale idealizzata, onnipotente e priva di bisogni.

Tali disturbi, che attengono alla patologia psicosomatica, costituiscono quindi "una modalità estrema di differenziazione, che viene ad assumere l'aspetto di scissione patologica, a difesa di un Sé altrimenti non definibile (Lanza A.M., 1998). Infatti, negando la dipendenza ed i bisogni, questi bambini sembrano volersi sostituire ai genitori, far proprie le loro funzioni, come appunto Daniele che "prende sempre le decisioni così, da solo, di punto in bianco", là dove i genitori non sembrano capaci di farlo.

Il ricorso al diniego e all'onnipotenza si traduce nei due bambini più grandi, Daniele ed Irene, in un'apparente *autosufficienza* o *pseudo-indipendenza*. Irene è sempre sorridente ed adeguata e "non chiede mai aiuto a nessuno", Daniele è educato, sveglio, "sembra più grande della sua età". Aderendo massicciamente alle aspettative degli adulti ed inibendo la propria aggressività, questi bambini sembrano 'svuotarsi' della propria vita emotiva più profonda, fonte di dolore.

Le tendenze adultomorfe e compiacenti di questi bambini e il loro distacco emotivo corrispondono, peraltro, ad una modalità difensiva peculiare dei loro genitori. Questi, pur ricordando di aver dovuto essi stessi crescere in fretta ed aggrapparsi per lo più al successo scolastico quale rifornimento narcisistico, sostengono ed incoraggiano lo sviluppo ipertrofico e disarmonico dell'Io dei loro figli. Raccontano orgogliosi, per esempio, di come Daniele non si diverta con i giocattoli, ma cerchi di capire piuttosto in che modo funzionano, sostenendo il figlio nel suo ricorso all'*intellettualizzazione*, quale difesa dagli impulsi libidici ed aggressivi: sono condivisi pertanto un Io ipertrofico ed un Sé compiacente, nell'impossibilità di un'espressione libera e giocosa delle emozioni e degli impulsi più autentici. Sostiene W. Bion (1959): "Sentimenti di odio sono diretti verso tutte le emozioni e contro la realtà esterna che li provoca. Il passo è breve dall'odio verso le emozioni, all'odio verso la vita stessa".

La pulsione aggressiva viene in qualche modo canalizzata nel rifiuto del cibo, ma anche qui rimane bloccata in una *resistenza passiva*, in un'opposizione silente: tenere il bolo in bocca per ore, senza poter deglutire o rifiutarsi di mordere e masticare, come abbiamo visto per Irene e Lucia, quasi per *proteggere se stesse e l'oggetto materno* dal contatto con sentimenti di ostilità e rabbia. Si cerca così di evitare di attaccare con la propria avidità un oggetto materno fragile, poco contenitivo che, invece di 'sopravvivere' all'attacco, come postula Winnicott (1954), potrebbe sparire perché "divorato", o deprimersi perché "distrutto" o ancora vendicarsi perché "aggredito": nella storia dell'adozione di Irene, trova concretizzazione drammatica il fantasma di una madre che scompare *perché la figlia ha fame*. Come pure il terrore verso la propria aggressività e 'cattiveria' si traduce anche nel bisogno di autopunirsi, di privarsi del cibo buono, o anche di "picchiarsi da solo" come fa Daniele; e tale comportamento, oltre a riflettere un *rivolgimento dell'aggressività contro di sé*, sembra anche caratterizzarsi come una forma di *autocontenimento*, segnale di un disperato bisogno di limiti e confini.

Limiti e confini che i genitori di questi bambini sembrano non poter delineare, trovandosi in grandi difficoltà nel porre loro regole e principi, risultandone spesso dolorosi 'braccio di ferro'.

Il vietarsi il cibo o la sua severa selezione assumono quindi diversi significati, quali: chiusura della mente di fronte alle intrusioni genitoriali, ma anche di fronte ai propri impulsi libidici ed aggressivi negati e scissi, una sorta di *dieta mentale* (Magagna J., 1994) oltre che dieta alimentare; *negazione* di ogni bisogno e della dipendenza con l'illusione onnipotente di potersi 'autonutrire'; tentativo di autocontenersi e difendersi dall'oggetto materno, insieme alla speranza di potersi riunire regressivamente con un oggetto materno onnipotente e idealizzato; bisogno di esercitare un rigido controllo sul Sé e sugli oggetti primari: i nostri bambini sembrano non poter 'prendere dentro' e 'fare esperienza' di cose buone, dove il cibo è l'equivalente dell'affetto, del piacere, della vita stessa.

## La coppia genitoriale e le complementarità collusive

Il discorso sin qui condotto va completato con un cenno sulle dinamiche genitoriali delle coppie descritte.

Nei colloqui con i genitori sono spesso i padri a rispondere alle domande relative al parto, all'allattamento ed alle prime tappe dello sviluppo, come se avessero vissuto tali eventi in prima persona. Parlano dei loro bambini con molta tenerezza e commozione, in una forte identificazione con i figli, che sembra spesso annullare ogni distanza. Ciò contrasta con il maggiore distacco o disagio, se non proprio evitamento, proposto dalle madri, che sembrano in grande difficoltà ad entrare in contatto emotivo con il bambino, una volta oltrepassata la fase della fusione "bellissima".

Ed anche ad altri livelli i due coniugi sembrano collocarsi su poli esperienziali opposti.

Infatti, a fronte di mogli che riferiscono di infanzie ed adolescenze cariche di esperienze e vissuti molto forti, spesso drammatici e dolorosi, vi sono mariti che non ricordano nulla e descrivono la propria infanzia ed adolescenza come "normale", a volte "vuota", ma con "rapporti ottimi con tutti". Ai forti ricordi emotivi delle mogli, si contrappone, quindi, una estrema piattezza o addirittura un'assenza di contenuti esperienziali ed emotivi nei racconti dei mariti.

Su poli opposti sembrano collocarsi anche gli oggetti interni genitoriali riferiti rispettivamente dai coniugi: nei racconti delle mogli, i padri di queste risultano del tutto assenti o perché morti e dimenticati o perché inconsistenti, mentre prevalgono figure materne dominanti, con caratteristiche rifiutanti, abbandonanti, depressive o persecutorie.

I mariti invece riportano in primo piano figure di padri molto esigenti, distanti, autoritari, a fronte di figure materne molto invasive, deboli e sottomesse, ma sicuramente più affettive.

Le qualità degli oggetti interni sembrano pertanto opposte ed incrociate e la presenza nelle nostre coppie di relazioni e di oggetti interni, appunto, dalle polarità opposte e complementari sostiene la collusione di coppia: è come se ognuno cerchi nell'altro, e metta nell'altro, per identificazione proiettiva, parti carenti e negate del proprio Sé e dei propri oggetti interni. Infatti ogni membro della coppia "si sforza di trovare nell'altro, o di indurre l'altro a diventare, la personificazione vera e propria di quell'altro, la cui cooperazione gli è necessaria come complemento dell'identità particolare che egli si sente costretto a mantenere" (Laing R.D., 1959). Dinamiche queste che possono anche avere una funzione curativa, quando gli aspetti egodistonici proiettati possono essere metabolizzati e recuperati; funzione curativa che viene meno se ognuno dei due trae vantaggio dal proiettare e vivere *attraverso e nell'altro* ciò che più l'angoscia: "se la collusione avviene su aspetti percepiti come altamente egodistonici, il sistema di coppia tende a congelarsi indefinitamente" (Giannotti A., Lanza A.M., 1984).

Se esaminiamo brevemente le valenze collusive e le motivazioni inconscie che possono aver determinato la reciproca scelta (Dicks V., 1967) nelle coppie genitoriali dei nostri casi clinici, troviamo, come già detto, che i mariti sembrano schiacciati da figure paterne autoritarie con le quali non è stato possibile confrontarsi e quindi identificarsi, e ciò li ha portati verso un'identificazione con un oggetto materno, più caldo, ma anche più passivo. Ne è conseguito che con i figli, ed in parte anche con le mogli, hanno preferito assumere funzioni più materne che paterne, separative e differenzianti. Nei disturbi alimentari in età evolutiva, come sostiene J. Magagna (1994) spesso "la figura paterna è debole e dominata da un'altra figura molto potente, arrabbiata e prepotente", caratteristiche presenti anche nella propria consorte.

I nostri padri hanno nella loro storia un grande *vuoto* esperienziale da colmare e sembrano utilizzare la moglie e i figli per *vivere* le emozioni forti della fusione e dell'abbandono, della ribellione e dei sensi di colpa, senza doversene far carico direttamente: diventano infatti più vivi e vitali proprio quando parlano dei difficili rapporti delle mogli con i propri genitori.

Due dei nostri padri sono stati più volte lasciati dalle mogli, attendendo pazientemente il loro ritorno, senza manifestare alcuna rabbia, quasi si 'nutrirono' dell'attacco operato dalle mogli. Possiamo ipotizzare che gli aspetti più aggressivi e fallici delle mogli, espresse anche nella loro forte affermazione professionale, suppliscano anche ad una insicurezza dei mariti circa la propria mascolinità. Troviamo, per esempio, in Daniele così come in altri maschietti da noi esaminati, una difficoltà ad identificarsi con figure maschili forti e positive, a fronte di una forte attrazione verso il femminile. Daniele racconta alla psicoteapeuta di spadaccini feriti dalle loro stesse spade e, mentre disegna, è attratto più volte, vergognandosene, dal colore rosa.

E parallelamente, come si è già riportato, abbiamo mogli che presentano notevoli difficoltà ad identificarsi con un oggetto materno buono e che vivono le richieste ed i bisogni dei bambini con ansia persecutoria. La scelta di un marito '*materno*', che inoltre porta con sé nel matrimonio una suocera che "pensa solo a dare da mangiare" (vedi pranzi domenicali o cenette serali a casa

dei nonni paterni), può assicurare la moglie rispetto alla propria fantasia di inadeguatezza e di distruttività e le permette di delegare le proprie funzioni ad una figura ausiliaria o sostitutiva, o addirittura di trovare una 'nuova famiglia', in cui realizzare l'accudimento desiderato. Inoltre, la tendenza alla passività dei mariti permette alle loro compagne di 'attaccarli', senza timore di rivele o abbandoni, come quelli subiti nel passato.

Pertanto, ogni membro della coppia sembra poter *delegare* all'altro quelle funzioni e quei ruoli che gli apparterebbero, ma di cui non può appropriarsi per l'antica deprivazione sperimentata particolarmente nel rapporto con il genitore dello stesso sesso.

Tale delega reciproca protegge, certo, dall'angoscia, ma si accompagna a sentimenti di invidia ed amplifica i vissuti di inadeguatezza di ognuno, trasformandosi a volte in aggressività e squalifiche reciproche, che non facilitano la progressiva riappropriazione delle parti del Sé 'consegnate' all'altro.

L'incastro collusivo, qui tracciato a grandi linee, sembra paralizzare le nostre coppie in una complementarità poco funzionale e rigida. L'unione, sostenuta dai bisogni anaclitici di entrambi, e il bisogno di costituire con l'altro un tutt'uno indifferenziato danno luogo a frustrazione e deprivazione, che non lasciano spazio all'integrazione, nella coppia, degli impulsi libidici ed aggressivi. L'aggressività viene proiettata su terzi, come i medici persecutori o gli insegnanti incapaci, oppure confluisce in quell' "oggetto interno condiviso" (Teruel G., 1966) raffigurato, nei casi da noi osservati, dal genitore deprivante o abbandonante. L'area del piacere, compresa la sessualità, risulta coartata, perché è soffocata dalla troppa rabbia e dal dolore vissuti, che devono essere tenuti fuori dalla coppia. Il bambino diventa allora, come Daniele, colui che "non vuole che io sia felice", venendo a rappresentare il deprivante 'oggetto interno condiviso'. La sessualità, non potendo costituire un'area di gioco e di piacere condivisa ed essendo fonte di una temuta differenziazione, sembra dover essere evitata.

La 'sterilità di coppia' o la riduzione di capacità generativa nei padri, che si concretizza come il fantasma della 'castrazione', il dormire separati, le problematiche della sfera genitale femminile (infiammazioni, dolori mestruali ecc.), il lutto non elaborato di aborti ripetuti, che appare come il fantasma di una sessualità mortifera e distruttiva, sembrano trasparire anche nei profili che il partner offre di se stesso al momento della scelta di coppia. Ciò mostra la difficoltà di accedere al desiderio sessuale, che implica appunto l'integrazione delle pulsioni libidiche ed aggressive. "Era una brava ragazza", "era un ragazzo con la testa sulle spalle, "eravamo molto simili", possono indicare la carenza di attrazione, di eccitazione, di desiderio, prevale il bisogno di sicurezza e di protezione. E, da un altro lato, sulla base di quanto i genitori riferiscono, "si è dovuto crescere in fretta", "non si è mai potuto giocare"... : il bisogno di sicurezza, di riconoscimento e di riparazione alla deprivazione del passato è stato tale da non permettere l'accesso alla dimensione libidica.

Riepilogando, le dinamiche di coppia così simili negli esempi riportati, così come in molti altri casi esaminati, sostengono le ipotesi relative ai legami esistenti tra le difficoltà alimentari dei bambini e le dinamiche relazionali all'interno della coppia genitoriale.

Per quanto riguarda i bambini, la difficoltà per i padri di porsi come figure differenzianti, come *terzi*, per favorire la defusione della coppia madre-figlio/a, la difficoltà di offrire dei limiti e la loro tendenza a cercare piuttosto un contatto confusivo e regressivo con il bambino, non facilita certamente il districarsi della complessa dinamica nella relazione madre-bambino come si è cercato di descriverla sopra. Identificandosi pressoché completamente con il figlio e perdendo in qualche modo il contatto con la propria parte adulta, il padre diventa un rivale del bambino, piuttosto che un adulto capace di empatia. Sembra mancare, in entrambi i partner, madre e padre, la possibilità di esplicitare quella particolare "funzione paterna capace di dare dei limiti alle proiezioni del bambino e di comprendere in particolare i sentimenti di natura aggressiva" (Quagliata E., 2002). Il figlio viene dunque come risucchiato all'interno di una coppia dai confini indefiniti e dai ruoli confusi, e ne riproduce le modalità difensive disfunzionali: il diniego dell'aggressività, la fuga nella compiacenza, la forte identificazione proiettiva, la proiezione, la scissione ecc.

Per ciò che riguarda la coppia, dunque, questa sembra sollecitata, per una massiccia identificazione proiettiva, a proiettare nel bambino proprio quell'oggetto interno condiviso dalla qualità deprivante e rifiutante (Teruel G., 1966), *contro* il quale si è *unita* e che pertanto deve continuare a mantenere in vita. *Il bambino*, contenitore delle proiezioni genitoriali, diventa il *persecutore*; è *colui* che non consente loro di essere felici, di dormire nello stesso letto, di godere di una pausa di riposo dal lavoro e dalle preoccupazioni, come pure di sentirsi dei buoni genitori.

La coppia sembra aver bisogno e di 'nutrirsi' del rifiuto del bambino ed al figlio non resta altra scelta che chiudere la bocca dinanzi al cibo presentato dai genitori. Il figlio che rinuncia al cibo rievoca nei genitori tutte le rinunce del passato, rinunce al piacere, al gioco, alla vita stessa, dalle quali non sembra possibile affrancarsi.

Concludendo, vorrei farvi notare alcune immagini di speranza, così come vengono offerte dalla piccola Irene, nel corso delle tre sedute di osservazione partecipata.

Nel primo incontro, Irene, attraverso due disegni diversi, anzi opposti, dipinge per così dire la sua rigida scissione tra un mondo ordinato e controllato ed un mondo libero e vivo. Nel primo disegno raffigura una bambina che, pur avendo in mano "tre palloncini", "non può giocare" e pur avendo una casa, che disegna con dentro una "madre che cucina", "vuole mangiare solo acqua". Nel secondo disegno riproduce degli alberi con dei frutti coloratissimi ed una bimba che "gioca sul prato ed è felice". Tale scissione sembra difenderla dal contatto con la frustrazione ed il dolore, ma esprime anche una speranza.

Questa riappare poi nella seconda seduta, traducendosi in un gioco in cui madre e figlia coccodrillo non mangiano più solo acqua, ma si passano del cibo da una bocca all'altra: la madre mangia e digerisce il cibo, che introduce successivamente nella bocca della figlia. Nella terza e ultima seduta madre e figlia coccodrillo escono dall'acqua, abbattano il recinto ed attaccano gli animali sulla terra ferma, in quanto sono arrabbiate perché loro bevono solo acqua, e invece gli altri animali sulla terra hanno tante cose da mangiare.

Irene sembra qui proporre la rabbia che si cela dietro il diniego onnipotente del bisogno, ma l'evoluzione manifestata nel corso dei tre incontri con la psicoterapeuta sembra essere un segnale della mobilità delle sue difese, della possibilità di contattare i propri bisogni e la propria rabbia, della possibilità di creare nella fantasia scenari di vita e di speranza, che la psicoterapia, della bimba e della coppia genitoriale, potrà portare a compimento.

*Ringrazio le Dottoresse Veronica Garms e Joanna Maria Gilarska, con cui ho condiviso il lavoro clinico con i bambini e con i genitori.*

## Bibliografia

Bion W. (1959), Attacchi al legame. In: Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico. Roma, Armando Armando, 1970.

Bion W. (1962), Apprendere dall'esperienza. Roma, Armando Armando, 1972.

Bonaminio V., Carratelli T., Giannotti A. (1991), Equilibrio e rottura dell'equilibrio nella relazione tra fantasie inconse dei genitori e sviluppo normale e patologico del bambino. In: A.A.V.V., Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli, Roma, Borla.

Dicks V. (1967), Tensioni coniugali. Roma, Borla, 1972.

Fraiberg S., Adelson E. Shapiro V. (1975), Ghosts in the nursery: a psychoanalytical approach to impaired infant-mother relationships. In: Fraiberg S. (ed.), Clinical Studies in Infant Mental Health. Londra, Tavistock, 1980. Trad. it.: I fantasmi nella stanza dei bambini. In: Il sostegno allo sviluppo. Milano, Raffaello Cortina, 1999.

Freud A. (1946), Lo studio psicoanalitico dei disturbi infantili dell'alimentazione. In: Opere 1945-1964. vol. II, Torino, Boringhieri, 1979.

Giannotti A., Lanza A.M. (1984), Un metodo di diagnosi e ipotesi teoriche nella patologia psicosomatica infantile: rapporto tra fantasie inconse del bambino e dei genitori. In: Sgarro M. (ed.), L'approccio e la diagnosi nella prospettiva psicosomatica. Milano, Franco Angeli.

Kestenberg E., Kestenberg J., Decobert S. (1962), La fame e il corpo. Roma, Astrolabio, 1974.

Klein M. (1952), Alcune conclusioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia. In: Scritti. Torino, Boringhieri, 1978.

Laing R.D. (1959), *L'Io e gli altri. Psicopatologia dei processi interattivi*. Firenze, Sansoni, 1969.

Lanza A.M. (1998), *La ricerca nella patologia psicosomatica in età evolutiva*. In: Carratelli T., Lanza A.M. (eds.), *Corpo Mente. Studi clinici sulla patologia psicosomatica in età evolutiva*. Roma, Borla, 1998.

Magagna J. (1994), *Attacchi alla vita*. In: Quagliata E. (ed.), *Un buon incontro*. Roma, Astrolabio, 1994.

Polacco Williams G. (1992), *Reversal of the container/contained relationship*. Atti del 1° Convegno Associazione Italiana di Psicoterapia Infantile (AIPPI), Roma, 1992.

Quagliata E. (2002), *L'esperienza del limite e della perdita nella conclusione dell'analisi di un'adolescente anoressica*. In: Quagliata E. *Un bisogno vitale*. Roma, Astrolabio, 2002.

Winnicott D.W. (1954), *La posizione depressiva nello sviluppo emozionale normale*. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze, Martinelli, 1975.

Winnicott D.W. (1971), *Gioco e realtà*, Roma, Armando Armando, 1974.

Riassunto : Spesso nei disturbi alimentari dell'infanzia si può risalire al periodo dello svezzamento, prima grande esperienza di separazione della madre e del/la bambino/a, che si trovano di fronte ad un "lutto" da elaborare. Perdita che trova il più delle volte il piccolo individuo non disponibile per la fusione degli impulsi libidici ed aggressivi, e che nella madre slatentizza l'ambivalenza negata nei confronti del proprio bambino/a (in realtà, nei confronti dei propri oggetti interni genitoriali). Il/la piccolo/a, divenuto/a il contenitore privilegiato di tale ambivalenza, attiva meccanismi di controllo onnipotente sia sulle inevitabili proiezioni persecutorie genitoriali che sui propri impulsi distruttivi, attraverso il rifiuto o un'importante selettività del cibo.

Parole-chiave : fase orale (psicodinamica della) – ambivalenza affettiva – disturbi alimentari dell'infanzia – collusione di coppia

---

\* Neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta; prof. aggregato, ricercatore nella Facoltà di Medicina di Sapienza Università di Roma. Didatta supervisore della Scuola di specializzazione ASNE-SIPsiA in Psicoterapia psicoanalitica dell'infanzia, della adolescenza e della coppia, presso la Sapienza.  
E-mail: anna.lanza@uniroma1.it