

Anoressia e gravidanza

Percorsi di cura, vissuti
psicopatologici, ricerca clinica

A cura di
Luigi Enrico Zappa

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Anoressia e gravidanza

Percorsi di cura, vissuti
psicopatologici, ricerca clinica

A cura di
Luigi Enrico Zappa

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Presentazione. Nuovi contributi della ricerca sui disturbi del comportamento alimentare, di *Alessandro Chinello, Gloria Faraci e Federico Boschetti* pag. 7

Introduzione. Anoressia e gravidanza: spunti di riflessione per nuove aree di ricerca, di *Luigi Enrico Zappa e Francesca Parma* » 11

Parte I – Epidemiologia

1. La diade mamma-bambino nei disturbi alimentari in gravidanza: aspetti psichiatrici ed epidemiologici, di *Elena Tenconi e Tatiana Zanetti* » 27
2. Gravidanza e psicopatologia: corpo, desiderio ed emozioni, di *Alessandro Chinello e Luigi Enrico Zappa* » 50

Parte II – Psicologia e psicopatologia

1. Anoressia e maternità nella prospettiva psicoanalitica. Uno sguardo attraverso la poesia, di *Ronny Jaffè* » 63
2. Anoressia e gravidanza attraverso le riflessioni e i pensieri vissuti di pazienti in psicoterapia, di *Valentina Miot e Luigi Enrico Zappa* » 74

Parte III – Ricerca clinica

1. Analisi fenomenologica interpretativa: discussione e critica di una metodologia possibile per la ricerca in psicologia, di <i>Laura Rivolta</i>	pag. 91
2. L'esperienza della gravidanza durante l'anoressia nervosa: un'analisi fenomenologica interpretativa, di <i>Alessandro Chinello, Valentina Dolci, Sara Covili Faggioli, Elena Tugnoli, Sara Bertelli, Nadia Micali e Luigi Enrico Zappa</i>	» 117
3. I testi delle interviste alle pazienti anoressiche con pregresse gravidanze secondo il metodo IPA, di <i>Valentina Dolci, Sara Covili Faggioli, Elena Tugnoli e Luigi Enrico Zappa</i>	» 128
Lecture consigliate e riferimenti bibliografici	» 153
Gli Autori	» 163

Presentazione.

*Nuovi contributi della ricerca
sui disturbi del comportamento alimentare*

di *Alessandro Chinello, Gloria Faraci e Federico Boschetti*

L'anoressia nervosa, come ogni patologia multifattoriale complessa, è stata sino ad oggi per lo più studiata attraverso meccanismi metodologici di tipo “top-down”, caratterizzati da presupposti teorici offerti dal ricercatore e poi calati e quantificati in un campione di soggetti variamente rappresentativo. Dalla categorizzazione nosografico-sintomatologica ad aspetti dimensionali co-segreganti e diversamente manifestati quali Alessitimia e competenze emotive, i disturbi della nutrizione sono sempre stati adattati a paradigmi di studio aprioristici. Tuttavia, per quanto numerosi siano i modelli di riferimento, item e variabili, comorbidità e attitudini temperamentali, misurati attraverso scale standardizzate e calcoli matematici, questo *modus operandi* pesca sempre in una vasca chiusa, con il grossolano limite di perdere dei fattori mascherati ma, non per questo, meno rilevanti nell'ostico bilancio della multifattorialità.

Psichiatria e psicologia nel corso della loro storia evolutiva hanno sofferto l'imprescindibile esigenza di emancipazione da pseudoscienze, aderendo, a partire dal Novecento, al metodo scientifico tuttora in vigore. Se, da un lato, assurgere a discipline sperimentali deduttive ha senza ombra di dubbio nobilitato ricerca e conquiste cliniche, dall'altro, paradossalmente, ha penalizzato lo spettro di indagine fenomenologica.

A fronte del noto entusiasmo che analisi quantitative e statistiche hanno suscitato finora, la comunità scientifica contemporanea si ritrova a esprimere perplessità rispetto a una contraddizione epistemologica troppo a lunga sottovalutata: in che modo un metodo scientifico che si ispira a principi empirici di semplificazione e riproducibilità può adeguarsi allo studio di tratti multifattoriali complessi (quali i disturbi del comportamento alimentare) che, di contro, per definizione, non sono né semplici né tanto meno sempre ugualmente espressi?

L'analisi fenomenologica interpretativa (IPA) di J.A. Smith applicata alle narrative di donne affette da anoressia nervosa che hanno vissuto l'espe-

rienza della gravidanza toglie da ogni imbarazzo intellettuale rispondendo a questo spinoso quesito metodologico. Tale strumento gode in un certo senso del fascino della filosofia induttivista baconiana, la quale valorizza una logica procedurale “bottom-up”, attingendo direttamente dal fondo del fenomeno per estrarre temi ricorrenti e ipotesi associative. Lo studio fenomenico recupera così una sorta di vitalità, pur non sovvertendo il rigore del metodo, per così dire, “mainstream”: l’osservazione qualitativa su cui si concentra il focus esplorativo passa in un secondo tempo al vaglio dell’esame quantitativo. Il metodo IPA opera a livello di analisi del discorso, attraverso l’identificazione da parte del ricercatore di temi e motivi salienti. Tale metodo si basa sul concetto di doppia ermeneutica, ovvero di doppia interpretazione, in quanto il ricercatore interpreta, attraverso l’annotazione manuale dei temi rilevati, le interpretazioni scritte dai soggetti narranti sul proprio vissuto. Infatti le pazienti, autrici dei testi autobiografici, filtrano, ordinano e interpretano i processi e gli eventi che ritengono pertinenti al tema generale in oggetto, applicando in modo più o meno consapevole e in maniera più o meno adeguata i criteri pragmatici di misura, veridicità, pertinenza e chiarezza. Dovendo esprimere con le loro parole fatti e interpretazioni, le autrici si trovano a dover codificare il continuum della loro esperienza nel discretum del messaggio verbale. È quindi compito del ricercatore decodificare l’intenzione comunicativa che sta alla fonte delle loro descrizioni e dei loro racconti. I testi prodotti sono il risultato di forze in gioco concorrenti di cui il ricercatore deve avere piena consapevolezza. Per quanto alle autrici sia garantita piena libertà di espressione, sono sempre in atto condizionamenti sociali (reticenza), culturali (stereotipi), educativi (ricchezza e precisione del vocabolario), che il ricercatore deve saper individuare e decodificare in modo corretto. Anche di fronte a testi scritti apparentemente molto semplici da un punto di vista linguistico e quasi sempre privi di valore letterario, lo psicologo deve essere in possesso almeno di nozioni elementari di linguistica generale e filosofia del linguaggio (atti linguistici in essere), di psicolinguistica (bias nelle scelte lessicali di termini connotati affettivamente), sociolinguistica (grado di immediatezza nella comunicazione) e antropologia culturale (distorsioni nell’interpretare la realtà determinate culturalmente).

Prese queste precauzioni, il ricercatore trova nei testi stessi gli elementi che accomunano le esperienze delle pazienti e gli elementi che invece si distinguono per originalità e sorpresa rispetto alle aspettative iniziali. Ecco quindi che tale metodo esplorativo può rafforzare o indebolire le ipotesi del ricercatore che intende applicare il metodo IPA e può stimolare la creazione di nuove associazioni semantiche e di tematiche sfuggite a metodi più tradizionali, facilitando l’organizzazione delle tematiche più rilevanti che emergono dai testi stessi. Questa prospettiva di ricerca fonde, pertanto,

due metodi da sempre dibattuti come antitetici, con il felice scopo di non distorcere l'oggetto analizzato, mantenendone piuttosto originalità e individuale unicità, rivelandosi di fatto un promettente sistema di studio estendibile ad altri caratteri umani non mendeliani, geneticamente stratificati ed embricati con l'intervento pleiotropico dell'ambiente in senso lato.

Nel caso dei disturbi della condotta alimentare e, nella fattispecie, dell'anoressia nervosa, il metodo IPA si rivela una rara risorsa in grado di cogliere processi cognitivo-comportamentali, meccanismi psicodinamici, vissuti socio-culturali, concause e contesti morbosi soggettivamente traumatici, con sensibilità e specificità "sartorializzate" sul singolo individuo. Tale individualizzazione di studio trova ragione di esistere alla luce della suddetta complessità multifattoriale eziopatogenetica: queste patologie, che coinvolgono équipes cliniche interdisciplinari sconfinanti la psichiatria, sono sempre doppie diagnosi da un punto di vista squisitamente psicopatologico. Infatti si associano a disturbi dell'umore, stati ansiosi assortiti, tratti ossessivi, sindromi post-traumatiche più o meno destrutturanti personalità e identità a seconda dell'età di insorgenza e della severità di trigger e ipersensibilità emotiva. Questa complessità viene ulteriormente amplificata dalla gravidanza, la quale, di per sé, rappresenta notoriamente una condizione psico-fisica di globale stravolgimento biologico. Allo stesso modo, è facilmente intuibile il vantaggioso outcome terapeutico potenzialmente derivabile dall'uso applicativo del metodo IPA sulle pazienti che esperiscono o hanno già affrontato la maternità e che presentano una storia anamnesticamente di anoressia. La narrazione introspettiva svela in questi casi contenuti adattivi e resilienti sorprendentemente interferenti rispetto alla rigidità cronicizzante dei processi patogeni preconcezionali: le madri riscoprono nuovi equilibri con l'immagine corporea, rivedono priorità di obiettivi e scale di valori, distogliendo l'attenzione da vecchi rituali alimentari anacastici, provano sentimenti positivi, sviluppano empatia e inediti significati identitari. La valorizzazione di strumenti diaristici di questo tipo, quindi, ad alto flusso informativo e formativo, sortisce duplice efficacia, ermeneutica e terapeutica. Riportare una paziente con riacutizzazione alimentare su un pezzo "autoetnografico" (in un certo senso) di un periodo gravidico, per esempio, potrebbe mimare quelle atmosfere cognitive ed emotive che avevano permesso a suo tempo il favorevole cambiamento psichico.

Introduzione.
Anoressia e gravidanza:
spunti di riflessione per nuove aree di ricerca

di *Luigi Enrico Zappa e Francesca Parma*

Il semplice non comunicare è come il riposare: è uno stato a sé stante che lascia spazio alla comunicazione per ricomparire poi naturalmente.

Winnicott D.W., *Sviluppo affettivo e ambiente*, 1970

Affrontare il tema della gravidanza come evento nel decorso della malattia anoressica comporta prendere in considerazione le dinamiche di relazione ed i *vissuti* riguardanti il rapporto madre-figlia, le paure, le angosce e gli eventi traumatici che la donna adulta custodisce nella propria storia relativi alle condizioni di vita e di relazione che hanno costruito le dinamiche infantili/adolescenziali della propria esistenza.

L'argomento è complicato da vari fattori che si intrecciano e creano difficoltà nella costruzione di un percorso di ricerca psico-pato-logica che permetta di individuare alcune caratteristiche o tratti presenti nel vissuto della madre anoressica durante il periodo della gravidanza. A tale scopo la metodologia di ricerca che abbiamo deciso di utilizzare (IPA; Smith, Flowers e Larkin, 2009) rende necessaria la presa in considerazione di alcuni aspetti che hanno costituito il materiale di indagine. Tali argomenti sono:

- la relazione madre-figlia;
- le varie forme di anoressia;
- la definizione di gravidanza condivisa nell'ambito del gruppo di ricerca.

La relazione madre-figlia

Nel pensiero del gruppo di lavoro si è definito il bisogno di ricercare alcune delle *caratteristiche* che costituiscono la realtà psichica delle madri di pazienti con anoressia nervosa. Le ricerche effettuate hanno messo in evidenza alcune dinamiche presenti nel rapporto madre-figlia:

- il controllo reciproco;
- la dialettica tra onnipotenza e impotenza;
- il rapporto di devozione;
- la passione e l'ostilità.

Il controllo reciproco

Il problema del controllo rappresenta il cuore della dinamica psicologica in pazienti con anoressia nervosa e nelle loro relazioni con la famiglia. Il perfezionismo e l'inflessibilità si aggiungono come tratti di personalità frequentemente presenti. Una continua tensione tra impulsi e bisogno di controllarli si esprime in una lotta costante tra madri e figlie. Le madri manifestano la necessità di controllare le loro figlie, sostenendo che non credono che queste siano in grado di badare a se stesse. Negano la loro individualità e cercano di porsi come tutrici delle figlie imponendo un modello di controllo che le rende, le figlie, confinate e controllate.

Dopo vari tentativi di controllo reciproco, tale dinamica termina con l'indifferenziazione, e tra madri e figlie si stabilisce una perdita dei confini psichici ed emotivi. Ciò che appartiene alla madre e ciò che appartiene alla figlia non sono più distinguibili. Le madri inoltre ritengono che le loro figlie usino l'anoressia come una strategia per controllare la loro vita e le vite degli altri. Le relazioni emotive/affettive sono così permeate dal senso di colpa; le madri mantengono l'illusione del potere e della protezione, senza rendersi conto che esse sono profondamente coinvolte e paralizzate dalla malattia delle loro figlie e la malattia diventa l'elemento che governa il rapporto tra di loro.

La dialettica tra onnipotenza e impotenza

L'impotenza è il sentimento predominante di queste madri che non riescono, nei loro numerosi tentativi, ad aiutare/controlare le loro figlie, la sensazione di impotenza è accompagnata da intensi sentimenti di colpa come se fossero responsabili del disturbo delle loro figlie. Tale atteggiamento protrae una situazione di stallo in cui la malattia rischia la cronicizzazione. Spesso si associa una fantasia onnipotente in quanto queste madri sono convinte che possono cambiare il mondo intorno alle loro figlie, esse non riescono a capire che è proprio il fatto di essere madri ipercontrollanti ad allontanarle dalle figlie. L'atteggiamento di onnipotenza che mantiene il rapporto fusionale tra la madre e la figlia fa sì che il padre non appaia come una figura importante e decisiva nella dinamica familiare.

Il rapporto di devozione

La devozione che queste madri dedicano alle loro figlie nasconde l'aspetto centrale di queste relazioni: l'annientamento dell'altro come essere,

come individuo. La figlia cessa di esistere come individuo, è come se venisse distrutta. Le varie ricerche (Raphael-Leff, 2014) ritengono che la reazione, espressa attraverso i comportamenti anoressici, è motivata dall'invito di annientamento materno all'individualità della figlia. Il risultato finale di questo processo di dipendenza e controllo è la perdita della loro identità e autonomia, con conseguente svuotamento dei sentimenti e impoverimento delle rappresentazioni interne.

La passione e l'ostilità

Viglietti (2001) sottolinea come sia indispensabile la necessità di disarticolare rapidamente il nucleo del controllo reciproco all'interno della relazione che condiziona la vita di entrambe (madre-figlia) e la riduce ad uno stato di passione e devozione che catalizza tutte le loro possibilità. I dati raccolti evidenziano questi aspetti importanti nella dinamica psichica di base della patologia anoressica. *L'individuazione delle caratteristiche frequenti delle madri configura una particolare struttura psichica che influenza la patologia delle figlie*, con lo scopo di mantenere e prolungare i sintomi all'interno della dinamica di relazione. Si può dire oggi che sotto il travestimento di un atteggiamento di devozione appassionata si cela l'annientamento psichico dell'altro e questo, in casi estremi, può portare alla morte fisica come scopo ultimo dell'anoressia nervosa.

Forme anoressiche: il problema della diagnosi

La dinamica psichica dell'anoressia nervosa è costituita dai seguenti elementi:

- il cibo;
- il corpo;
- la sessualità;
- il rapporto madre-figlio/figlia.

In letteratura possiamo trovare un punto di incontro nelle varie letture della malattia anoressica riguardante la *fantasia* che: controllando rigidamente l'assunzione di cibo, la ragazza sarà anche in grado di controllare le rappresentazioni interiorizzate dei propri genitori, nonché la loro relazione. Attraverso l'impedimento di un rapporto interno con i genitori, la configurazione edipica diviene impossibile e la costruzione di uno spazio di simbolizzazione fallisce. Invasività della madre, amore e odio, desiderio fusionale sono gli elementi che caratterizzano la dinamica psicopatologica all'interno della relazione.

L'aspetto diagnostico ha prodotto una serie innumerevole di ipotesi psicodinamiche che hanno come finalità l'inquadramento psicopatologico dell'anoressia (Zappa, 2017).

I lavori effettuati in questi ultimi anni da Anna Nicolò (2010), Sours (1974), Brusset (1998) hanno contribuito alla costruzione di un *paradigma classificatorio* che permette di affermare come lo stesso sintomo possa celare organizzazioni mentali molto diverse, da forme passeggere reattive a momentanee difficoltà a forme di difesa per evitare scompensi psicotici. Nelle forme gravi si può avere anche una sorta di corteggiamento della morte con significati diversi e con esito estremamente infausto.

A tale proposito abbiamo deciso come gruppo di ricerca di utilizzare e proporre la seguente classificazione.

Schema 1

Ipotesi psicodinamiche per la psicopatologia dell'anoressia (Bers, Blatt e Dolinsky, 2004)

- Conflitti rispetto alla sessualità (Falstein, Sherman, Feinsten e Judas, 1956).
- Difficoltà nel processo di separazione-individuazione (Bruch, 1962; Selvini Palazzoli, 1981, 1998).
- Problemi narcisistici della madre con risposte inibitorie del bambino (Sours, 1980).
- Perdita di senso di controllo e autonomia del bambino (Wilson e Mintz, 1982).
- Assenza di una presenza genitoriale calmante e rassicurante (Goodsitt, 1983).
- Fallimenti nella connessione empatica (Geist, 1985).
- Espressione difensiva di conflitti relativi all'oggetto (Ritvo, 1980).
- Risposta a una bassa tolleranza affettiva (McDougall, 1989).

Fonte: Zappa, 2017

Gravidanza: alcune definizioni

La gravidanza costituisce un periodo di grandi cambiamenti per la donna e per la coppia e molteplici risultano le emozioni e i vissuti psicologici associati all'evento della nascita di un bambino. La Benedek (1956) ha definito la gravidanza come un evento psicosomatico che genera modificazioni sia fisiologiche che psicologiche. La Bibring (1959), invece, utilizza l'e-

spressione di crisi maturativa e concepisce la gravidanza come un processo in cui si riattivano conflitti legati al periodo infantile e si riattualizzano processi di identificazione inconsci con la figura materna e contemporaneamente i conflitti infantili possono trovare una risoluzione in questo periodo di svolta, che comporta una rielaborazione delle proprie esperienze e il raggiungimento di un maggiore livello di integrazione. Secondo la Pines (1982), le neo mamme in questa fase del ciclo vitale, ridefiniscono la propria identità femminile, rivivono il processo di separazione-individuazione dalla propria madre e sperimentano una *duplice identificazione con la madre e il feto*: sono allo stesso tempo figlie delle loro madri e madri dei loro figli. A seconda del proprio vissuto, possono emergere soprattutto emozioni positive e emozioni negative di diversa intensità anche nelle situazioni in cui la gravidanza è desiderata ed è rappresentata positivamente nella propria mente.

Le ricerche fatte nel gruppo di lavoro hanno evidenziato che le donne durante la gravidanza sviluppano uno stile materno che influenza le aspettative, le fantasie e le rappresentazioni della donna gravida e la relazione tra madre e bambino. I tre stili materni riscontrati sono stati così definiti (Raphael-Leff, 2014): la madre *facilitante*, la madre *regolatrice* e nel mezzo si colloca lo stile della *reciprocità*.

La madre *facilitante* vive la maternità come un'esperienza positiva che le consente di rivivere l'unione vissuta dalla madre durante l'infanzia, la donna si costruisce la propria identità di madre, accetta la gravidanza e si prepara adeguatamente al parto. Talvolta però la madre *facilitante* può idealizzare eccessivamente il bambino, negando qualsiasi forma di imperfezione. La madre *facilitante* in genere non coglie nessun difetto o problematica nella gravidanza, la vive come un'esperienza meravigliosa e a volte rischia di sacrificare completamente se stessa e la sua realizzazione personale.

La madre *regolatrice* non tollera le trasformazioni corporee, considera il feto un intruso, la gravidanza le riattiva conflitti infantili e il parto è concepito come un'esperienza negativa.

In una posizione intermedia, invece, si colloca lo stile della *reciprocità*: la donna è felice di aspettare un bambino, ma presenta anche rimpianti rispetto ai cambiamenti inevitabili che subiranno la sua vita professionale, personale e di coppia.

Scrive Raphael-Leff (2014):

Quanto alla gravidanza quello che ho dentro è un essere benvenuto e sono felice che ci sia. Sono io che l'ho invitato, sento che ha preso il controllo in maniera creativa, non invasiva. Il bambino non mi fa richieste irragionevoli, è una sensazione benevola. Sono sempre più legata a questa creatura che si muove dentro di me, e

osservo anche come risponde alle cose. Ma non voglio fantasticare troppo, a rischio di rimanere delusa: questo bambino è una persona con le sue risposte e con una personalità, che sono sinceramente curiosa di conoscere. Non voglio introdurre le mie aspettative personali, è meglio aspettare e stare a guardare e vedere come si sviluppano queste qualità nel corso del tempo.

Il caso C.

Paziente con diagnosi di anoressia nervosa restrittiva, in gravidanza, in psicoterapia.

Scopro senza nessuna consapevolezza di essere incinta. Credevo di avere delle coliche. Gli esami in pronto soccorso dimostrano la positività al test di gravidanza. La risposta più istintiva è «non l'affronto», ci giro intorno, leggo a riguardo, osservo e cerco di assorbire come una spugna quante più informazioni possono sull'argomento, guardo le varie mamme che incontro ogni giorno ma non mi avvicino mai a questa sconosciuta realtà... dico sconosciuta non solo perché non sono madre... ma anche e soprattutto perché finora non ho mai pensato alla maternità come rapporto tra madre e figlia... le mie paure riguardano il concepimento, la gravidanza, il parto. La mia ansia che prenderà il sopravvento in ogni nuova situazione comandando su tutto, mai pensato alla maternità in termini di rapporto con un'altra persona... io e mia madre o io e mia figlia, questo *compito* però mi apre gli occhi su questo rapporto, che a quanto apre esiste... c'è... imperfetto, complicato, pieno di emozioni belle e meno belle, pieno di delusioni, conflitti, sofferenza e Dio solo sa di quante altre cose ancora. L'elenco è lungo, interminabile, ma dovrebbe essere più semplice, tra madre e figlia dovrebbe esserci solo amore, con tutte le sue difficoltà ma sempre e comunque amore.

La sensazione che ho è di non averlo mai conosciuto questo sentimento e quindi non riesco ad immaginare di nutrirlo a mia volta verso un figlio. Forse inconsciamente sono ancora in attesa di sentirmi amata e immaginarmi in un ruolo nuovo a mia volta di genitore, è come se segnasse la parola fine, basta aspettare ciò che non arriverà mai, ora tocca a te, il tuo ruolo ora è quello di dare... rassegnati.

Nel testo sopra riportato si evidenziano due caratteristiche del pensiero anoressico rispetto alla gravidanza. Il primo riguarda *l'evento gravidanza vissuto come compito*, il secondo *il tema della reciprocità madre-figlia, figlia-madre, che risulta «coscientemente inaspettato»*.

Possiamo provare a pensare alcune modalità riguardanti la relazione vissuta nel periodo infantile-adolescenziale che sono «scomparse» nella storia delle persone affette da anoressia nervosa e che nel corso delle psi-

coterapie si ri-attualizzano improvvisamente come aspetti di un linguaggio sconosciuto e non condiviso. Il silenzio, il non ricordo, la sensazione di estraneità davanti ai contenuti della relazione madre-figlia ci costringono a pensare che cosa si è costituito ed è *accaduto* nella mente della madre nel corso dei primi anni di crescita e accudimento di queste figlie. Potrebbe essere utile come scopo di ricerca rivisitare questa relazione nelle prime teorie psicoanalitiche. Gli autori che potrebbero essere presi in considerazione sono: S. Freud, M. Klein, D. Winnicott e W. Bion. Melanie Klein, in *Amore, colpa e riparazione* (1969) accenna alla molteplicità e varietà di identificazioni di cui è fatta la condizione di madre:

Vi sono molti punti di contatto che collegano il rapporto tra la madre e il suo bambino con il rapporto che essa ha avuto a sua volta con la propria madre nella prima infanzia (...). Certe difficoltà in queste relazioni passate possono facilmente interferire con i sentimenti verso il proprio figlio, specialmente se esso sviluppa reazioni e tratti di carattere che tendono a risvegliare in lei queste difficoltà.

Anoressia e gravidanza: riflessioni

Anoressia e gravidanza, tenere insieme due stati così «interessanti» e al contempo così differenti è una sfida; una sfida epistemologica la cui posta in gioco è altissima, perché si deve pensare a una vita dentro a una non-vita o vita positivamente negata come è quella dell'anoressica.

Partendo dal presupposto che nella società moderna la donna è libera di gestire il proprio corpo come meglio crede, ci interroghiamo sull'effettiva possibilità che un'anoressica disponga di questa libertà, specie nel momento in cui desidera, o si ritrovi, ad affrontare una gravidanza. Ma già questo stato presuppone un ciclo mestruale e una vita sessuale attiva, cose non affatto scontate, anzi, decisamente problematiche per un corpo anoressico, specie se gravemente sottopeso. Quindi se pensiamo ad un'anoressica gravida, per forza di cose pensiamo ad un tipo specifico di anoressica, i cui sintomi sono presenti in forma attenuata, ovvero che non ostacolino il regolare funzionamento dell'apparato riproduttivo femminile.

Dopo una fase conclamata, che in genere si verifica nell'adolescenza o in giovane età adulta prima dei 26 anni, un'anoressica ha sostanzialmente tre possibilità:

- il decesso;
- la guarigione;
- la cronicizzazione che può accompagnarsi ad una pseudo-convinzione di guarigione. Ossia la paziente sa di non essere guarita, ma cerca scorciatoie e stili di vita compatibili al mantenimento del sintomo/malattia.

Il caso in cui un'anoressica può rimanere incinta è palesemente quest'ultimo, dal momento che nel secondo non abbiamo più a che fare con un'anoressica, ma con una ex anoressica, che probabilmente presenta ancora aspetti cognitivi-comportamentali dissonanti rispetto al cibo e alle forme del corpo, ma in termini non ascrivibili ad una diagnosi di anoressia (EDNOS).

All'interno del terzo caso, l'unico verosimile in cui possa manifestarsi una gravidanza, ci sono almeno quattro variabili che si possono ipotizzare:

1. la gravidanza è desiderata e inserita in una relazione di coppia stabile;
2. la gravidanza è desiderata ma inserita in un contesto relazionale instabile e/o assente;
3. la gravidanza non è desiderata ma accade in un contesto relazionale stabile (Es. Il caso C.);
4. la gravidanza non è desiderata, né inserita in una relazione chiaramente definita.

Le ultime tre possibilità sono evidentemente quelle più problematiche, sia per una donna non anoressica, e a maggior ragione per una donna affetta da anoressia.

Nella situazione di gravidanza non desiderata l'opzione di ricorrere all'IVG, seppur psicologicamente dolorosa, potrebbe essere la soluzione se lo stato psicofisico viene da lei ritenuto incompatibile con il proseguo della gestazione e la presa in cura di un figlio.

Nella nostra casistica, questa possibilità è stata riscontrata in una percentuale molto bassa.

Nella stessa situazione, se la gravidanza giungesse a termine senza mettere a rischio la salute della donna e del feto, è possibile che, all'interno di una relazione affettiva stabile, la donna possa riscoprire un suo lato materno, prima rimosso e dunque che i sintomi anoressici lascino progressivamente spazio alla presa in cura del/la figlio/a.

Nel caso 4, sempre che la gravidanza giunga a termine senza rischi per la salute della donna e del feto, un'altra via percorribile/auspicabile potrebbe essere quella dell'adozione.

Tornando al caso 2, questo è forse quello meno prevedibile e con più margini di incertezza. È possibile che la donna in questa condizione cerchi nella maternità un riempitivo che vada a compensare la scarsa o assente vita sentimentale finora esperita; e ciò è riscontrabile sia in donne esenti da disturbo del comportamento alimentare, che tanto più in donne con un disturbo dell'alimentazione, la cui vita affettiva e relazionale è stata spesso inficiata dal sintomo (in concausa o nel decorso).

Conosciamo ragazze che dopo una grave esperienza di anoressia sono rimaste gravide e hanno portato a termine la gravidanza con apparente soddisfazione. Tutto questo mediato dalle immagini postate sui social net-

work che, per antonomasia, sono volte a offrire una visione ottimale di sé agli altri. Ad ogni modo, questa ricerca dello sguardo di approvazione/amirazione altrui, è fortemente radicata nel problema/disturbo anoressico, quindi è possibile, che queste donne abbiano «semplicemente» convertito il proprio sintomo in una dimensione materna, che nella società attuale è sempre più percepita come *eccezionale*, considerata la bassa natalità su cui influiscono i vari fattori socio-economici e generazionali.

La maternità, vissuta per secoli come destino, è divenuta negli ultimi decenni, una decisione personale, ma scegliere non è mai facile in quanto comporta rinunciare ad altre possibilità e la necessità di confrontarsi con dissimmetrie esistenziali che non sempre si possono eliminare. Tempi biologici, psicologici e sociali, ognuno chiede alle donne un'adesione totale, che si può mediare, ma non realizzare (Vegetti Finzi, 1997).

Da qui il disagio della maternità che affligge l'anoressica, e che talvolta esita, in una crisi profonda che, come ogni crisi, contiene in sé una possibile soluzione.

Il desiderio, tortuoso, di una donna anoressica di avere un bambino non è compreso perché non rientra nella logica della medicina moderna, il cui scopo consiste nel restaurare l'efficienza di un corpo malato. In questo caso, di rendere fecondo un corpo sterile, non di assicurare una mente turbata/spaventata.

L'angoscia presente, nella psiche anoressica, esprime un conflitto irrisolto tra *un progetto intenzionale di sessualità non procreativa e un inconscio desiderio di fecondità respinto dalla coscienza ma espresso attraverso il sintomo*. La donna anoressica in gravidanza si trova, in ogni caso, al centro dell'attenzione, ma questa attenzione è stata salutata con l'approvazione e il consenso sociale, molto più di quanto non avvenga con la magrezza, che passata la soglia della prima età adulta, è sempre più considerata con sospetto, proprio perché avversativa al ruolo materno, che per la donna assume ancora un rilievo preponderante.

Una delle più sconcertanti contraddizioni della maternità consiste nella nostra ignoranza come specie; mentre infatti per gli animali l'impresa generativa è regolata da meccanismi dell'istinto, per gli esseri umani la maternità è contemporaneamente un'impresa biologica, psicologica e morale, e dunque culturale. In quanto liberi da prescrizioni noi non ci riproduciamo ma pro-creiamo, cioè mettiamo al mondo un bambino sempre inedito, che è prefigurato dalla fantasia ed evocato dal desiderio, in un processo creativo che precede e in-segue la nascita. Come raccontare il lavoro del pensiero anoressico di fronte a questo ignoto che precede e circonda il corpo? *Il concepimento è un evento che sfugge completamente alla sistematizzazione della psiche anoressica, salvo la possibilità di ri-appropriarsene successivamente, immettendolo nei circuiti dell'identità e del costrutto narrativo della propria vita.*