

Disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva

Introduzione

Parlare di **disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva** significa entrare in un territorio che, solo in apparenza, riguarda il cibo.

In realtà, il cibo è spesso la superficie visibile di un processo molto più profondo: la costruzione del rapporto con il mondo, con il corpo, con il desiderio, con l'assenza, con la dipendenza e con la separazione.

Quando si osserva un bambino, un preadolescente o un adolescente che restringe il cibo, lo seleziona in modo rigido, lo rifiuta, lo usa compulsivamente o lo trasforma in un campo di lotta, l'errore più frequente è fermarsi alla sola condotta alimentare. È un errore clinico e, prima ancora, uno sguardo riduttivo.

Il sintomo alimentare non è quasi mai soltanto alimentare: è un **modo di esprimere un disagio**, una forma di traduzione corporea di conflitti antichi, un tentativo di organizzare angosce che non hanno ancora trovato parola.

Questa prospettiva è particolarmente importante nell'età evolutiva, dove la diagnosi non può essere pensata come una semplice applicazione delle categorie dell'adulto. I manuali diagnostici contemporanei – dal [DSM-5-TR](#) alla classificazione [ICD-11](#) – offrono strumenti utili per orientarsi, distinguendo quadri come **anoressia nervosa**, **bulimia nervosa**, **binge eating disorder**, **ARFID** e altre condizioni alimentari e della nutrizione.

Ma il punto decisivo, soprattutto nel lavoro clinico con bambini e adolescenti, è che la categoria diagnostica non coincide mai con la storia del sintomo. I sistemi diagnostici classificano; la clinica, invece, ricostruisce i nessi, ascolta il processo, interroga il senso. ([Psichiatria](#))

In altre parole: **non ci sono esordi senza storia**. Nessun disturbo compare davvero all'improvviso. Quando arriva all'osservazione clinica, porta già con sé una lunga genealogia affettiva, relazionale e simbolica.

È qui che l'età evolutiva obbliga lo psicoterapeuta a una maggiore finezza diagnostica, perché il sintomo di oggi spesso si appoggia a passaggi molto precoci dello sviluppo:

- l'alimentazione
- il contatto
- la regolazione tra soddisfazione e frustrazione
- il modo in cui il bambino è stato aiutato – o non aiutato – a tollerare l'attesa
- la mancanza
- il desiderio

Il problema della diagnosi in età evolutiva

Nel mondo dell'adulto, la psicopatologia tende a essere incasellata con maggiore nitidezza. In età evolutiva, invece, tutto è più mobile. I sintomi cambiano forma, migrano, si travestono, si appoggiano a funzioni corporee ancora in costruzione.

Per questo la diagnosi non può limitarsi a dire "anoressia", "bulimia" o "selettività alimentare": deve domandarsi **che cosa quel comportamento sta facendo nella vita psichica del soggetto.**

La difficoltà nasce da almeno tre elementi. Il primo è che il bambino non ha ancora, se non in parte, una piena capacità di rappresentare verbalmente ciò che prova. Il secondo è che il sintomo appare sempre dentro una rete di relazioni, non in un vuoto. Il terzo è che molte condotte fisiologiche – sonno, alimentazione, evacuazione, controllo sfinterico, movimento, sguardo – possono diventare il luogo in cui il conflitto si esprime.

Da questo punto di vista, i disturbi del comportamento alimentare non sono semplicemente "disturbi dell'alimentazione". Dire "disturbo dell'alimentazione" spinge a pensare che il problema stia nel mangiare, mentre dire "disturbo del comportamento alimentare" permette invece di vedere che il mangiare è un **linguaggio del sintomo.**

È il supporto corporeo attraverso cui si esprime un conflitto che può avere a che fare con l'angoscia, la separazione, l'invasione, il controllo, la dipendenza, la colpa, il rapporto con

l'immagine corporea, la regolazione affettiva o la dinamica familiare.

Questo sguardo è coerente anche con ciò che sappiamo oggi sul piano nosografico: i sistemi moderni distinguono diversi disturbi, ma sottolineano che essi implicano **pensieri, emozioni e comportamenti persistenti** che compromettono il funzionamento fisico e psicosociale. Il cuore del problema, dunque, non è mai solo il cibo, ma il modo in cui il soggetto vive il corpo, il controllo, la fame, la sazietà, la paura, il disgusto, il desiderio e il giudizio su di sé. ([Psichiatria](#))

Il cibo come primo rapporto con il mondo

Una delle intuizioni cliniche più fertili, quando si lavora sui disturbi del comportamento alimentare, è che il cibo non è soltanto nutrimento. Fin dall'inizio della vita, è anche **relazione, contatto, attesa, ritmo, piacere, frustrazione, conoscenza**.

Il neonato non riceve semplicemente latte, ma con il latte riceve una forma di presenza. Attraverso la bocca, l'odore, la voce, la temperatura, il tono del corpo materno o del caregiver, il bambino incontra il mondo. **Per questo il momento alimentare è una delle prime matrici dell'esperienza**. Nel nutrimento non passa solo sostanza: passa regolazione. Non passa solo latte: passa un modo di essere tenuti, calmati, attesi, guardati.

Le indicazioni internazionali sulla prima infanzia insistono molto sul concetto di **responsive feeding**, cioè un'alimentazione responsiva, fondata sul riconoscimento dei segnali di fame e sazietà del bambino e su un'interazione attenta, faccia a faccia, regolata e non intrusiva.

L'OMS sottolinea sia l'importanza dei primi due anni di vita, sia il valore di pratiche di nutrizione che sostengano crescita, sviluppo e qualità della relazione. Anche i materiali UNICEF sulla responsive care evidenziano il rilievo dello sguardo, della reciprocità e della risposta sensibile del caregiver durante il pasto. ([Organizzazione Mondiale della Sanità](#))

È in questo contesto che acquista rilievo la riflessione clinica sul seno, sul biberon, sullo sguardo, sulla bocca come zona di conoscenza e non solo di sopravvivenza.

Il punto non è sostenere ideologie semplicistiche, ma comprendere che l'atto del nutrire è sempre anche un atto relazionale.

Se il bambino riceve tutto e subito senza alcuna esperienza di attesa, non impara a sostare nel desiderio. Se invece sperimenta soltanto frustrazione o assenza non elaborabile, il desiderio può irrigidirsi in angoscia.

Il tema decisivo è proprio questo: il cibo partecipa alla **educazione al desiderio**. Per desiderare, il soggetto deve poter tollerare un piccolo vuoto. Deve poter fare esperienza che non tutto è immediatamente disponibile, ma che l'assenza non coincide con annientamento né con abbandono. Qui si gioca una delle grandi questioni dello sviluppo: il passaggio dal bisogno immediato alla capacità di rappresentare, attendere, simbolizzare.

Soddisfazione, frustrazione e nascita del desiderio

Nella clinica dell'età evolutiva, il confine tra fisiologia e psicopatologia non si gioca sul fatto che il bambino mangi molto o poco, ma su **come il pasto entra nella trama delle emozioni**. Il cibo diventa sintomatico quando si carica di unilaterali: troppo controllo, troppa angoscia, troppa fusione, troppo conflitto, troppa colpa, troppo bisogno di dominio.

Le prime esperienze di soddisfazione e frustrazione sono decisive perché costruiscono una grammatica affettiva di base. Il bambino impara progressivamente che il piacere non è illimitato, che l'altro esiste separatamente, che l'attesa è possibile, che l'assenza non coincide con la catastrofe. Quando questo processo è sufficientemente buono, si forma una base per la simbolizzazione. Quando invece si inceppa, il corpo può diventare il teatro in cui il conflitto prende forma.

Da qui l'importanza, spesso sottovalutata, del fatto che il sintomo alimentare sia legato al **rapporto con il mondo**. La persona che restringe in modo rigido, che si abbuffa, che teme certe consistenze, che vomita, che compensa con esercizio compulsivo, che seleziona pochi alimenti "sicuri", sta mettendo in scena non soltanto un problema col cibo, ma un modo di organizzare la relazione tra dentro e fuori, tra incorporare e rifiutare, tra dipendere e difendersi.

Per questo, in molti casi, l'intervento clinico non può limitarsi a ristabilire un piano alimentare. Serve un lavoro che aiuti il soggetto a ricostruire l'esperienza emotiva sottostante: cosa significa mangiare? Cosa rappresenta il cibo? Consola? Sporca? Invade? Seduce? Minaccia? Addormenta? Punisce? Riempie un vuoto? Permette di non sentire altro?

Il cibo tra antropologia, cultura e simbolo

Una riflessione approfondita sui disturbi del comportamento alimentare non può fermarsi alla psicopatologia individuale. Il cibo è anche un oggetto **culturale, rituale, simbolico e sociale**. Anzi, proprio perché è così carico di significati nella storia umana, diventa un supporto potentissimo per i conflitti psichici.

Ogni civiltà ha elaborato attraverso il cibo i temi della vita, della morte, dell'appartenenza, della purezza, della legge, del desiderio e della trasgressione.

Il pasto non è mai solo ingestione calorica, è: comunione, divieto, offerta, festa, lutto, alleanza, separazione, memoria. Le religioni lo fanno da millenni: il digiuno, il sacrificio, il pane condiviso, il cibo proibito, il banchetto rituale, l'astinenza, la purificazione sono tutti dispositivi che mostrano quanto mangiare non significhi mai semplicemente nutrirsi.

Sul piano antropologico, il passaggio dalla natura alla cultura può essere letto anche attraverso il cibo: il crudo e il cotto, il raccolto e il cucinato, il selvatico e il domestico, l'animale e il commestibile, il lecito e l'impuro. Ogni società insegna non solo **che cosa mangiare**, ma **come, quando, con chi e in quale cornice di senso** mangiarlo.

Da qui una conseguenza clinica importante: il sintomo alimentare è sempre anche un fatto culturale, non nasce nel vuoto. Si intreccia con ideali estetici, codici familiari, fantasie di purezza, paure del contaminante, modelli di controllo, immagini del corpo, narrazioni sulla salute e perfino con linguaggi morali.

Il cibo "buono" e il cibo "cattivo" non sono soltanto categorie nutrizionali: sono spesso categorie affettive e superegoiche.

In molte storie cliniche, il paziente non parla del cibo come nutrimento, ma come **colpa**, **minaccia**, **prova morale** o **misura del proprio valore**. È qui che il sintomo si fa più eloquente: non sto mangiando una mela, sto ingerendo qualcosa che mi rende forte o impuro; non sto rifiutando un piatto, sto rifiutando un legume; non sto contando calorie, sto tentando di **dominare un'angoscia**.

Gravidanza, fantasie materne e prime radici del sintomo

Uno dei passaggi più delicati della clinica evolutiva riguarda la possibilità che alcune radici del disturbo precedano di molto l'esordio manifesto. In questo senso, la gravidanza occupa un posto decisivo come **tempo psichico originario** in cui possono organizzarsi fantasie, paure, rappresentazioni del figlio, angosce di danno, vissuti di invasione o catastrofe.

Non esiste alcun automatismo per cui una madre angosciata in gravidanza "produce" un disturbo alimentare nel figlio. Sarebbe una semplificazione colpevolizzante e clinicamente povera.

Tuttavia, l'osservazione clinica mostra spesso che alcune storie di disturbo alimentare si collegano a un campo materno iniziale segnato da paure pervasive, fantasie di danneggiamento, allarme costante, rappresentazioni catastrofiche del corpo e del nutrimento.

Quando l'angoscia materna invade la scena, la cura del bambino può diventare meno una risposta ai suoi bisogni reali e più un tentativo di esorcizzare una paura interna.

In queste condizioni, **il cibo rischia di trasformarsi precocemente in un luogo di controllo**. Non si nutre soltanto un bambino: si combatte un fantasma, **si placa una minaccia immaginata**, si tenta di tenere lontano un pericolo senza nome.

Questo può contribuire, in alcuni casi, a costruire un'atmosfera in cui l'alimentazione perde la sua spontaneità e diventa precocemente gravata da allarme, ipercontrollo, forzatura o confusione tra i segnali del bambino e le fantasie del caregiver.

Dalla prima infanzia ai disturbi precoci del comportamento alimentare

È molto importante ribadire che i disturbi del comportamento alimentare **non iniziano necessariamente nell'adolescenza**. Possono assumere forme molto precoci, diverse per espressione, significato e gravità.

Nei primissimi anni di vita si possono osservare rifiuti alimentari intensi, difficoltà gravi nello svezzamento, alimentazione rigidamente selettiva, dipendenza da consistenze liquide o semiliquide, condotte di evitamento legate a consistenza, odore o paura di soffocare.

Oggi una parte di queste manifestazioni può rientrare, in specifici casi, nel quadro dell'**ARFID** (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder), che i criteri diagnostici contemporanei descrivono come una restrizione o evitamento dell'assunzione di cibo non motivata da paura di ingrassare, ma da **ansia per le conseguenze del mangiare, disinteresse per il cibo o avversione per caratteristiche sensoriali dell'alimento**.

Non tutto il *picky eating* è psicopatologia, molte selettività infantili sono transitorie. Tuttavia, quando il comportamento si irrigidisce, si prolunga, compromette crescita, socialità o vita familiare, allora diventa necessario interrogarsi più a fondo.

Alcuni quadri precoci mostrano anche il rischio di effetti iatrogeni quando la risposta sanitaria si concentra soltanto sul riempire il corpo senza considerare il significato relazionale del sintomo. Nei casi più gravi, il nutrimento assistito può essere necessario per ragioni vitali, ma la clinica relazionale ricorda che **il corpo non va mai pensato separatamente dall'esperienza soggettiva**.

Nutrire senza simbolizzare salva talvolta la sopravvivenza, ma non basta a curare il rapporto col cibo.

Forme mascherate e segnali da non banalizzare

Uno dei contributi più utili della clinica psicodinamica è l'attenzione alle **forme mascherate**, parziali o precursori del disturbo alimentare. **Non sempre il problema appare con la nettezza dell'anoressia o della bulimia conclamata.** Talvolta si presenta sotto forma di comportamenti apparentemente secondari, che però meritano ascolto.

- **L'allattamento molto prolungato**, quando non è una semplice scelta condivisa ma si inserisce in una dinamica di forte fusionalità e impedisce il processo di separazione, può diventare un segnale
- **L'alimentazione esclusivamente fluida** oltre età in cui la masticazione dovrebbe essere consolidata può esprimere timori più profondi verso il solido, il contatto, l'incorporazione
- **La selettività estrema su pochissimi alimenti "sicuri"** può veicolare non una preferenza, ma una struttura difensiva

Non ogni bambino che mangia solo pasta in bianco ha un disturbo, ma il clinico deve chiedersi: **quanto è rigida questa selezione? quanto compromette la vita? quali angosce emergono se si propone un cambiamento?**

Quando l'alimento nuovo è vissuto come persecutorio, minaccioso, impossibile da tollerare, il cibo smette di essere nutrimento e diventa oggetto psichico carico di significati.

Il passaggio all'adolescenza: quando il sintomo si organizza

L'adolescenza rappresenta il momento in cui molti disturbi del comportamento alimentare diventano più visibili. Perché in questa fase della vita si concentrano trasformazioni decisive: pubertà, sessualizzazione del corpo, ridefinizione dell'identità, bisogno di appartenenza, vergogna, confronto, separazione dalle figure genitoriali, pressione sociale sull'immagine.

I sistemi clinici contemporanei confermano che anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder e altri disturbi possono emergere o strutturarsi in questa fase, con conseguenze mediche anche gravi e compromissione del funzionamento psicologico e sociale.

L'APA sottolinea l'importanza di una valutazione tempestiva e di trattamenti evidence-based integrati; il NIMH ricorda che si tratta di condizioni serie, non raramente associate a depressione, ansia e altri disturbi.

Ma la clinica dell'adolescenza insegna anche un'altra cosa: alle volte il sintomo alimentare non esordisce dal cibo. Comincia prima, in modo più sottile, attraverso **ritiro sociale**, cambiamento del carattere, irrigidimento morale, consumo solitario dei pasti, irritabilità, perdita di interessi, controllo ossessivo, relazione persecutoria con il corpo, vergogna e isolamento.

Prima ancora che il piatto si svuoti, spesso si svuota il mondo. Il ritiro dalle relazioni può precedere la restrizione. La perdita di spontaneità può precedere la perdita di peso. Il cibo torna così a mostrare il suo statuto profondo: non è solo nutrizione, è **metafora del rapporto col mondo**.

Anoressia, bulimia, alimentazione compulsiva: tre figure, molti funzionamenti

Nella pratica clinica, obesità, bulimia e anoressia sono spesso indicate come tre grandi rappresentazioni del sintomo alimentare. **Tuttavia, è fondamentale evitare una lettura troppo schematica.** Dietro comportamenti simili possono esserci funzionamenti mentali diversi; viceversa, dietro strutture psicopatologiche simili possono esserci condotte alimentari differenti.

- L'**anoressia nervosa** comporta restrizione severa, intensa paura di aumentare di peso e alterazione dell'esperienza corporea; può produrre conseguenze mediche molto serie e richiede un trattamento tempestivo
- La **bulimia nervosa** include abbuffate ricorrenti seguite da condotte compensatorie come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o esercizio fisico eccessivo. Anche qui il nucleo non è la semplice quantità di cibo, ma il circuito tra impulso, perdita di controllo, colpa, riparazione forzata e spesso profonda depressione successiva
- Il **binge eating disorder** si caratterizza per abbuffate ricorrenti senza compensazioni regolari; una forma di disregolazione che spesso si intreccia con vergogna, anestesia emotiva e autosvalutazione

Dal punto di vista psicodinamico, però, la domanda resta la stessa: **che cosa fa il sintomo per quel soggetto?** Difende dalla depressione? Dà una forma al caos? Costruisce un'identità fondata sul controllo? Tiene lontana la sessualità? Sostituisce il legame? Regola rabbia e vuoto? È una protesta muta? Una lotta col corpo materno interiorizzato? Una barriera contro l'invasione?

Qui la diagnosi categoriale è necessaria, ma non sufficiente. Senza comprensione del funzionamento mentale, la terapia rischia di rincorrere il comportamento senza toccarne la radice.

I maschi, la sottodiagnosi e la muscolarità come ideale difensivo

Per molti anni i disturbi del comportamento alimentare sono stati pensati quasi esclusivamente al femminile. Oggi sappiamo che questa idea è fuorviante. Le fonti recenti mostrano che i maschi sono **meno intercettati, meno diagnosticati e meno inclini a cercare aiuto**, anche a causa di stereotipi culturali e strumenti di screening storicamente più centrati sull'esperienza femminile. ([National Eating Disorders Association](#))

In alcuni casi, il sintomo maschile non si presenta come paura di ingrassare, ma come ossessione per la massa muscolare, la definizione corporea, il corpo percepito come troppo gracile o insufficiente. Qui si colloca il tema della **muscle dysmorphia**, talvolta chiamata anche "vigoressia" o "reverse anorexia", in cui il soggetto si percepisce troppo piccolo o poco muscoloso nonostante appaia ad altri ben sviluppato. La NEDA la descrive come una forma specifica di disturbo dismorfico corporeo, spesso intrecciata a pratiche alimentari e di allenamento compulsive. ([National Eating Disorders Association](#))

Clinicamente, questo significa che non dobbiamo lasciarci ingannare dall'accettabilità sociale del sintomo. Un adolescente che passa ore in palestra, organizza il cibo solo in funzione della massa, perde il piacere del mangiare, vive nel conteggio e nel controllo, e trasforma il corpo in un progetto ossessivo, può stare soffrendo intensamente anche se il sintomo appare meno "classico". Ancora una volta, non conta solo il comportamento, ma **il funzionamento mentale che lo sostiene**.

Il cibo come regolatore emotivo

Molti pazienti, soprattutto nelle forme compulsive, usano il cibo per fare qualcosa alle emozioni. Non per nutrirsi, ma per **sedare, riempire, zittire, stordire**. In questi casi il cibo diventa un regolatore affettivo sostitutivo. Serve a non sentire la noia, la tristezza, la solitudine, il vuoto, la rabbia, il fallimento, la frustrazione.

Questo uso del cibo non è infantile nel senso banale del termine, ma profondamente regressivo nel senso tecnico: riporta il soggetto verso una modalità primaria di rapporto con l'oggetto, dove incorporare equivale a calmarsi, riempirsi equivale a non crollare, svuotarsi equivale a espiare.

È anche per questo che l'intervento terapeutico richiede delicatezza. **Se si toglie il sintomo senza offrire alternative di simbolizzazione, si lascia il soggetto nudo davanti alla tempesta affettiva.** Il sintomo va limitato, certo, quando mette a rischio la salute; ma va anche compreso nella sua funzione difensiva.

Famiglia, conflitto e sintomo come messaggio

Nell'età evolutiva il sintomo alimentare è raramente isolabile dal contesto familiare. Non significa che la famiglia "causi" in modo lineare il disturbo. Significa piuttosto che il sintomo prende forma in una rete di scambi, silenzi, tensioni, ruoli, angosce, alleanze e conflitti.

- In alcuni bambini, il rifiuto del cibo sembra organizzarsi dentro un campo familiare carico di litigiosità, in cui il sintomo finisce per assorbire il conflitto e costringere tutti a convergere sul corpo del figlio
- In altri casi, il sintomo difende dalla simbiosi: smettere di mangiare o mangiare solo in modo ritualizzato diventa un modo paradossale per dire no, per introdurre una distanza, per sottrarsi a una relazione vissuta come troppo invadente

Nella clinica con genitori di bambini piccoli, inoltre, il pasto è spesso una delle prime scene in cui si giocano fantasie inconsce di valore e fallimento:

- “se non mangia, non sono una buona madre”
- “se lo lascio aspettare, lo danneggio”
- “se rifiuta il mio cibo, rifiuta me”

Quando il pasto si carica di questi significati, il bambino non è più libero di mangiare o non mangiare: diventa il depositario di una battaglia emotiva che non gli appartiene del tutto.

Corpo, immagine e sguardo

L'adolescenza porta in primo piano il tema dell'immagine corporea, ma il problema dello sguardo inizia molto prima. Il corpo si costruisce anche attraverso gli occhi dell'altro: essere guardati, riconosciuti, desiderati, regolati, oppure giudicati, invasi, controllati, derisi, misurati.

I disturbi del comportamento alimentare trasformano spesso il corpo in una superficie morale. Non è più semplicemente un corpo vivente, ma un oggetto da correggere, punire, ridurre, svuotare o perfezionare. La fame e la sazietà, che dovrebbero essere segnali interni, vengono zittite da un tribunale esterno interiorizzato.

Qui il lavoro terapeutico è anche un lavoro sullo sguardo:

- passare da uno sguardo persecutorio a uno sguardo pensante
- da uno sguardo che misura a uno sguardo che riconosce
- da uno specchio crudele a una presenza che aiuta a pensare

Quale postura clinica?

Una postura clinica utile, soprattutto in un'ottica psicodinamica, è quella di non farsi sedurre solo dalla drammaticità del sintomo corporeo. Il rischio, altrimenti, è ridurre il trattamento a una lotta sul comportamento, perdendo il soggetto.

Occorre certo valutare sempre la gravità medica, il rischio nutrizionale, le urgenze internistiche e la necessità di lavoro integrato con pediatra, nutrizionista, psichiatra infantile o servizi specialistici. Le linee APA raccomandano infatti valutazione completa, presa in carico multidisciplinare e trattamenti basati sull'evidenza, compresi approcci familiari per adolescenti in specifici quadri. ([Psichiatria](#))

Ma, parallelamente, lo psicoterapeuta deve chiedersi: **quale problema psichico sta organizzando questo uso del cibo?** Finché questa domanda resta viva, il sintomo non viene banalizzato né idolatrato.

Conclusione

I **disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva** costringono la clinica a ricordare una verità semplice e difficile insieme: il corpo parla dove la parola non basta ancora. E parla, spesso, in uno dei luoghi più primitivi e simbolicamente densi dell'esperienza umana: il cibo.

Mangiare è sopravvivere, ma è anche incorporare, scegliere, rifiutare, attendere, desiderare, condividere, separarsi. Per questo il sintomo alimentare ha una potenza così grande: **tocca insieme il biologico, il relazionale, il culturale e il simbolico.**

Ridurre tutto a calorie, peso e tabelle significa perdere il cuore del problema. Allo stesso modo, spiritualizzare o romanticizzare il sintomo sarebbe un altro errore.

Serve una clinica capace di tenere insieme i livelli: corpo e mente, sviluppo e storia, famiglia e soggetto, cultura e psicopatologia.

Solo così si comprende davvero che il disturbo del comportamento alimentare non è semplicemente un problema del mangiare. **È, più profondamente, una crisi del rapporto con il mondo.** E proprio per questo, quando viene accolto e pensato, può diventare anche una **via di accesso privilegiata alla storia affettiva della persona**, alle sue angosce più antiche e al suo possibile processo di trasformazione.

Appunti di una lezione in [AIPA](#), 18 Marzo 2026, Psicopatologia dello sviluppo, didatta F. Montecchi