



GIOVANNI FIORITI EDITORE

Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

via Archimede 179, 00197 Roma

tel. 068072063 - fax 0686703720.

E-Mail [info@fioriti.it](mailto:info@fioriti.it) – [www.fioriti.it](http://www.fioriti.it)

[www.clinicalneuropsychiatry.org](http://www.clinicalneuropsychiatry.org)

# Pensare il corpo

L'esperienza corporea in psicoanalisi e oltre



## Presentazione

Questo libro delinea il valore di un approccio psicoanalitico per la comprensione del corpo e delle sue vicissitudini e per affrontare questi aspetti nell'ambito della psicoanalisi e della psicoterapia psicoanalitica. I capitoli coprono una gamma vasta e complessa di argomenti che spesso non sono discussi in ambito psicoanalitico, come la funzione della mastoplastica additiva, le origini psichiche dei capelli, l'uso del gabinetto dell'analista, il transessualismo e la relazione tra disturbi dermatologici e fantasie necrofile. I temi del libro vanno anche "oltre il lettino dell'analista" per discutere la natura dei reality televisivi di *makeover*.

Il libro si basa sulla vasta esperienza clinica di Alessandra Lemma come psicoanalista e psicologa in una quantità di contesti clinici, sia pubblici sia privati, con pazienti per i quali il corpo è il primo problema con cui si presentano o che hanno inconsciamente fatto uso del corpo per comunicare il loro dolore psichico. *Pensare il corpo* fa ricorso a esemplificazioni cliniche dettagliate, in modo da illustrare chiaramente come l'autrice affronta queste manifestazioni cliniche nella stanza di consultazione, fornendo al clinico sia indicazioni che guideranno i suoi tentativi di riformulare in modo psicoanaliticamente orientato le difficoltà dei pazienti, sia suggerimenti su come aiutare questo genere di pazienti. Sarà una lettura indispensabile per psicoanalisti, psicologi, psichiatri, operatori della salute mentale, accademici, ricercatori e lettori interessati al corpo, alla sessualità e al genere.

## INDICE

### PREFAZIONE

di Donald Campbell

1

### RINGRAZIAMENTI

15

### INTRODUZIONE: QUANDO IL CORPO PARLA

17

1. L'invidia e il corpo materno.	
Le dinamiche psichiche della chirurgia estetica	43
2. E dunque di chi è la pelle? Alcune riflessioni sulla funzione psichica delle fantasie necrofile	65
3. Un ordine di pura decisione. Crescere in un mondo virtuale e l'esperienza dell'essere-in-un-corpo in adolescenza	83
4. Un presente senza passato. L'interruzione dell'integrazione temporale nel caso di un'adolescente transessuale	103
5. Il corpo che si ha e il corpo che si è. Il bisogno dei transessuali di essere visti	120
6. Il trauma e il corpo. Una lettura psicoanalitica de <i>La pelle che abito</i> di Pedro Almodóvar	138
7. Il corpo dell'analista e il setting analitico. Riflessioni sul setting incarnato e sul transfert simbiotico	149
8. Una rivisitazione di Raperonzolo. Districare il significato inconscio dei capelli	170
9. Dal lettino al gabinetto. Esplorando gli usi psichici del gabinetto dell'analista	188
10. Imprenditori del Sé. Alcune riflessioni psicoanalitiche sulle funzioni psichiche e sociali dei reality show di makeover	208
BIBLIOGRAFIA	219
INDICE ANALITICO	233

## PREFAZIONE

Donald Campbell

*Pensare il corpo* non parla soltanto di ciò che Alessandra Lemma ha capito sulla relazione mente-corpo, ma anche del modo in cui è giunta alle sue conclusioni. Questo libro intellettualmente stimolante interesserà professionisti, studenti e lettori comuni che sono interessati alla natura e alla funzione del corpo, e alle sue diverse, a volte enigmatiche, manifestazioni. Si tratta di una ricerca ampia e accurata che l'autrice arricchisce con citazioni raccolte da tutte le discipline psicoanalitiche, occupandosi anche di biologia, filosofia, cinema, fiabe e neuroscienze. *Pensare il corpo* approfondisce ed estende la comprensione di quel territorio che Lemma aveva già esplorato nel suo volume precedente: *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*.

All'inizio del libro, Lemma ci informa che i dati su cui basa le sue conclusioni derivano soprattutto dalla sua pratica psicoanalitica con adolescenti e adulti, un lavoro che svolge con un setting che va dalle tre fino alle cinque sedute a settimana. I resoconti clinici chiari, schietti e dettagliati che Lemma ci offre delle sue sedute con pazienti che presentano sintomi somatici saranno di grande aiuto per i professionisti della salute mentale. Lo sarà in modo particolare il modo in cui Lemma interpreta le proprie reazioni somatiche ed emotive nella relazione con questi pazienti. L'esperienza di transfert e controtransfert di Lemma – in particolare di controtransfert somatico – rappresentano la principale risorsa per poter comprendere lo stato mentale del paziente e per stabilire come e quando intervenire.

L'assunto fondamentale di Lemma è che l'incarnazione modella la mente. Come fa notare l'autrice, seguendo le idee di Freud, la forma più primitiva di autorappresentazione è una rappresentazione corporea. Il corpo radica l'Io nella realtà fisica. L'Io emerge in relazione al corpo. L'idea di Lemma è che il "corpo è un fatto basilare della vita che sostiene tutte le altre funzioni psichiche" (Freud 1927).

## Bisessualità

Uno dei primi collegamenti tra psicoanalisi e biologia, che derivava dall'anatomia e dall'embriologia dell'epoca, si è basato sull'ipotesi freudiana di una predisposizione innata alla bisessualità. Come scrisse alla fine della sua vita:

La psicoanalisi si pone sullo stesso piano della biologia in quanto ipotizza un'originaria bisessualità dell'individuo umano (nonché di quello animale). Essa, tuttavia, non può chiarire l'essenza profonda di ciò che nel linguaggio comune o in quello biologico è chiamato "maschile" e "femminile", e deve limitarsi ad assumere questi due concetti ponendoli a fondamento dei propri lavori. Se tenta un'ulteriore riduzione, la mascolinità si dissolve nell'attività e la femminilità nella passività, il che è troppo poco

Freud 1920, p.166

Ai nostri giorni, abbiamo ampliato la nostra comprensione della complessità del genere e gli psicoanalisti riconoscono che la mascolinità non può essere ridotta all'"attività" tanto quanto la femminilità non può essere considerata solamente in termini di "passività". Tuttavia, conservare il concetto di bisessualità ci mette al riparo da una visione riduzionista della sessualità.

Sebbene la prospettiva psicoanalitica di Freud fosse concentrata sugli aspetti *intrapsichici* della bisessualità, egli considerava con tutta evidenza la bisessualità come qualcosa di radicato nel corpo. In *Pensare il corpo* Alessandra Lemma torna ripetutamente a esplorare la relazione tra la dimensione biologica e quella psichica. Per Freud la bisessualità era sempre derivata dalla sessualità infantile, che considerava come la principale forza motrice nella formazione dei sintomi, così come considerava il complesso edipico come il complesso nucleare della nevrosi. Tuttavia la natura innata e idiosincratca della nostra bisessualità prende forma nei conflitti edipici e nel modo in cui vengono risolti. La forma peculiare della bisessualità di ogni individuo pervade le fantasie sul corpo, che si presentano in modo così evidente nei pazienti di Alessandra Lemma.

Non sto facendo riferimento alla pratica della bisessualità, piuttosto vorrei concentrarmi sulla bisessualità intrapsichica e sul modo in cui essa si manifesta sia a livello clinico sia in termini evolutivi. Smith (2002) ha riassunto tre aspetti della bisessualità, che sono importanti per la nostra comprensione dei pazienti che Lemma descrive nel suo libro: 1) le identificazioni bisessuali inconsce possono essere osservate in ognuno di noi, sia che definiamo queste identificazioni come maschio e femmina, maschile e femminile, materno e paterno. Come la paziente adolescente di Freud (1920), tutti noi siamo un misto di quanto appena elencato poc'anzi e, in questo senso, siamo bisessuali. 2) Di conseguenza, possiamo osservare nel *comportamento* di qualsiasi individuo una combinazione di tratti femminili e maschili. 3) Qualsiasi scelta di un oggetto sessuale è una scelta bisessuale; ovvero, di nuovo come la paziente di Freud (1920), andiamo alla ricerca di oggetti sessuali che inconsciamente ci ricordano le figure sia femminili sia maschili del nostro passato (Freud 1920, p. 552). Come scrisse Freud a Fleiss: "Mi sto anche abituando all'idea di considerare ogni atto sessuale come un processo nel quale sono implicati quattro individui" (Freud 1990, p. 402).

La tragedia della bisessualità è che si tratta di uno stato incompleto: non si è interamente né l'uno né l'altro. Nel corso dello sviluppo, fino a quando l'immagine del nostro corpo non si consolida verso la fine dell'adolescenza, utilizziamo la nostra bisessualità innata per identificare il nostro corpo come più o meno maschile o femminile. Nei pazienti adolescenti e adulti descritti da Lemma si è verificato un arresto in questa normale

traiettorie di sviluppo. Se consideriamo la complessità della nostra attitudine bisessuale, tuttavia, non c'è da sorprendersi che raggiungere una forma di congruenza tra il nostro corpo e l'immagine di noi stessi sia spesso un processo tumultuoso.

Anche se ci si aspetterebbe che vengano plasmati dalla nostra bisessualità, i nostri impulsi attivi e passivi sono anche stimolati da stati fisici interni, per esempio malattie, fantasie e stati mentali come la mania o la depressione, ma anche da fattori esterni, come esperienze traumatiche o relazioni oggettuali. La nostra costituzione bisessuale è una risorsa istintuale che usiamo per rispondere a qualsiasi stimolo, e la sua presenza è più visibile nei tratti attivi e passivi della nostra personalità, specialmente quando viene espressa nei nostri comportamenti aggressivi e sessuali.

Durante la fase orale dello sviluppo, la pelle e la bocca del bambino sono i primi organi e veicoli di soddisfazione sessuale/erotica che mediano il rapporto *psicosensuale* tra madre e bambino. La costruzione del senso di me e non-me si verifica in un campo bisessuale fin dalla nascita: l'esperienza di un capezzolo duro e di un seno morbido, l'intrusione psichica attraverso la proiezione sulla madre dei bisogni istintuali, l'incorporazione attraverso l'accoglimento del latte della madre, l'esplorazione attiva e il contenimento. Il primo oggetto di identificazione per il bambino, la sua prima "scelta" oggettuale, per così dire, è proprio la madre, in modo particolare il suo seno e il suo corpo. Durante il primo anno di vita, ancor prima di riconoscere il genere, il bambino si identifica con la bisessualità della madre, con le sue caratteristiche maschili e femminili.

L'esperienza psichica della bisessualità è spesso perturbante. Freud (1919) descrive il perturbante come spaventoso, qualcosa di estraneo, *unheimlich*, ma al tempo stesso familiare, dotato di un vago senso di "dimora". Freud ci ricorda che la dimora originaria (*heim*) è il "luogo in cui ognuno ha dimorato un tempo e che è anzi la sua prima dimora. 'Amore è nostalgia', dice un'espressione scherzosa, e quando colui che sogna una località o un paesaggio pensa, sempre sognando 'questo luogo mi è noto, qui sono già stato' è lecita l'interpretazione che inserisce al posto del paesaggio l'organo genitale o il corpo della madre" (1919, p. 106). La casa originaria di tutti noi è stata un'esistenza intrauterina, il nucleo della femminilità della madre. Freud descrive due tipi di esperienze perturbanti: una derivante dalla riscoperta di credenze primitive precedentemente superate e l'altra (che riguarda ciò di cui sto parlando) derivante dal ritorno del rimosso dei complessi infantili innescato da "una qualche impressione" (p. 249), come nel caso della (ri)scoperta da parte del ragazzo dell'organo genitale femminile.

Ho avuto la sensazione che la dinamica perturbante della coesistenza del familiare e dell'estraneo sia radicata nei corpi di alcuni pazienti transessuali che ho incontrato. Come ci ricorda Kohon, "il perturbante può emergere anche quando è presente qualcosa che non è ancora diventato esplicito" (2014, p. 24). Il transessuale si sente estraniato dal suo corpo. L'incertezza e il terrore della tensione bisessuale, il fatto di non essere esclusivamente maschili o femminili, è insopportabile. E la complementarità diventa impossibile. L'obiettivo della riassegnazione chirurgica del sesso (SRS) è di cancellare le prove esteriori del perturbante, di ciò che viene sentito come incompleto ed estraneo.

Il benessere, la protezione e la sicurezza che il neonato riceve dal contatto con il corpo della madre possono rinforzare gli aspetti femminili di questa bisessualità. Questo elemento femminile del modello originariamente bisessuale del maschio può essere dimenticato, ma più tardi nel corso della vita riemerge, proprio come l'esperienza del perturbante.

Le opportunità offerte dalla nostra bisessualità includono anche la capacità di identificare, esprimere e apprezzare caratteristiche maschili e femminili negli altri e in noi stessi. Con la riviviscenza della sua "dimora" femminile perturbante, l'esperienza che fa il bambino maschio di oggetti primari femminili e maschili influenzerà identificazioni sia negative sia positive. La scoperta da parte del bambino maschio che i genitali dell'altro sesso sono diversi dai propri genera la sensazione perturbante di qualcosa di familiare nell'alterità dell'altro, una sensazione basata su un'identificazione primaria con il femminile, che lascia il residuo inconscio di qualcosa che il bambino ha quasi avuto, ma non del tutto. Questo può comportare un sentimento di inferiorità o di mancanza devastante. Per altri individui, il perturbante come dimora sessuale può farli sentire deprivati o derubati di qualcosa.

La nostra bisessualità psichica gioca un ruolo inconscio nel dialogo dell'individuo con i suoi oggetti interni primari. Per Freud la componente maschile della bisessualità della donna contribuiva al desiderio e all'invidia della bambina di avere un pene. L'aspetto femminile della sua bisessualità trasformava poi l'invidia del pene nel desiderio di avere un figlio. Il "desiderio non esaudito del pene è destinato a diventare desiderio del bambino e dell'uomo che reca il pene" (Freud 1937, p. 534).

Denominatore comune dei pazienti con cui ha lavorato Lemma era il rifiuto per la riflessione e la tendenza a ricorrere all'azione per risolvere i conflitti interni. Per ogni paziente usare la parte riflessiva della propria mente per pensare il proprio corpo era un compito molto difficile. Il loro sviluppo non aveva portato all'integrazione della bisessualità in una struttura edipica e in una simbolizzazione del conflitto, ma era culminato in un'identità sessuale a due dimensioni, senza spazio per una funzione strutturante del pene del padre. La conseguente frammentazione poteva essere contenuta solo fisicamente.

Ferraro (2001) osserva che il concetto di Birksted-Breen (1996) di pene-come-legame unisce la madre e il padre, e in questo modo consolida la bisessualità nella coppia edipica (il rapporto di Freud con quattro persone). I pazienti descritti da Lemma non sono stati in grado di integrare il pene con questa funzione di legame. Per loro il corpo viene ancora vissuto come un oggetto pre-simbolico e concreto. Ferraro ci ricorda che questa modalità di pensiero “trasforma il corpo in un fallo, schiavizzato in modo allucinatorio a una fantasia di autosufficienza e invulnerabilità, bloccando in tal modo la predisposizione a interiorizzare il pene del padre nella sua funzione strutturante (Ferraro 2001, p. 497). Il consolidamento della bisessualità in una stabile costellazione edipica offre la possibilità di un dialogo simbolico con una realtà tridimensionale.

Ma che cosa succede se l’esperienza del perturbante, spesso riportata dai pazienti transessuali, diventa una “dimora” vuota o una minaccia per la sopravvivenza? Per questi individui la madre diventa una presenza incerta ed estranea che viene proiettata sui loro corpi. Il transessuale cerca di utilizzare la riassegnazione chirurgica per sbarazzarsi in modo cosciente e concreto di un oggetto che lo minaccia, ormai identificato con il suo corpo, allo scopo di creare un corpo conosciuto e migliore, come nel caso dei pazienti di Lemma descritti nei capitoli 4 e 5.

## Automutilazione per procura

Nel libro, Lemma sottolinea che l’urgente necessità dei suoi pazienti di modificare il corpo (in realtà o in fantasia) è guidata da una fantasia conscia o inconscia che ne motiva la messa in atto. È quindi la fantasia stessa a diventare la soluzione psichica all’angoscia, alla paura, al dolore psichico, alla disperazione, agli stati mentali violenti e in particolare alle ansie relative all’investimento libidico insufficiente o eccessivo nel corpo del figlio. È fondamentale comprendere questi fenomeni se si vuole aiutare il paziente.

Per alcuni dei miei pazienti che avevano fatto domanda di riassegnazione chirurgica del sesso (SRS), una delle fantasie inconse ricorrenti era quella di subire un’automutilazione per procura. Alla clinica Portman, dove ho lavorato per 30 anni, ho avuto in trattamento molti pazienti che si erano mutilati tagliando il proprio corpo con rasoi, coltelli e bisturi, oppure bruciandosi, di solito con una sigaretta. Ho inoltre incontrato individui che chiedevano la SRS – un termine che ritengo inappropriato perché basato sull’idea che il genere si possa assegnare – e che, prima di prendere la decisione di operarsi, venivano indirizzati alla clinica per riflettere insieme a qualcuno sul loro desiderio di operarsi. Come sottolinea Alessandra Lemma, la decisione di sottoporsi alla SRS è guidata dal desiderio di realizzare una fantasia, che a sua volta è la soluzione di un profondo dolore psichico. Ho riscontrato che per molti pazienti che chiedevano la SRS vi era un meccanismo di spostamento dei propri impulsi automutilanti sui chirurghi, al punto che uno degli elementi delle loro fantasie era l’automutilazione per procura.

Ci sono importanti differenze e somiglianze tra l’automutilazione e l’automutilazione per procura, che, nella mia esperienza, caratterizzano le fantasie di alcuni pazienti che cercano chirurghi disposti a operarli. Da un punto di vista descrittivo, la differenza più ovvia è che i comportamenti automutilanti tendono a essere violenti, temporanei e possono essere – e nei fatti sono – spesso ripetuti. Al contrario, l’operazione è generalmente un evento unico e irreversibile. In entrambi i casi il corpo è l’oggetto delle proiezioni. Ma con l’operazione, come illustra chiaramente Lemma nei capitoli 1, 3 e 4, la superficie del corpo diventa più facilmente il focus della catessi.

Un individuo che mutila se stesso (come Sharon nel Capitolo 3) ha una relazione complessa e ambivalente con la superficie del suo corpo. Kafka (1969), nella sua analisi di una giovane donna che si tagliava, ha sottolineato l’importanza della pelle come oggetto transizionale. La pelle, il primo medium di cui dispone il bambino per il contatto sensuale, il benessere e la comunicazione, può anche registrare il mancato contenimento della madre e il dolore fisico non mitigato del bambino, il suo malessere e la sua rabbia. Quando la proiezione della rabbia nei confronti di una madre non protettiva si rivolge contro il Sé, la pelle del bambino può trasformarsi in un oggetto cattivo diventando il bersaglio di una vendetta. In questo senso, la superficie del corpo diventa l’oggetto di una proiezione sia per l’individuo autolesionista sia per l’individuo che richiede la SRS.

Ho però riscontrato che gli individui autolesionisti di solito sono primariamente interessati all’interno del corpo, soprattutto al sangue. Caroline Kettlewell descrive in modo vivido questo fenomeno nella sua autobiografia *Skin Game* (2000):

Sui segni del rasoio la pelle si dissolveva, si separava per mostrare gli strati bianco latte sottocutanei per un breve momento, prima che una linea sottile e gocciolante di sangue rosso scuro si diffondesse lungo l’apertura lunga circa due centimetri. Il sangue sgorgava e cominciava ad alterare i confini puri e netti della mia ferita creata delicatamente.

Il caos nella mia testa si trasformava in un filo di silenzio. Avevo distillato me stessa nell’immediatezza di una mano, di una lama, di sangue e carne.

Di fronte alla comparsa del loro sangue i miei pazienti offrivano associazioni interessanti. Per alcuni era evidente la gratificazione erotica che derivava dal sangue che fuoriusciva dai confini della loro pelle. Spesso questi pazienti si sentivano intrappolati nei loro corpi, così come si sentivano soffocati dalle loro madri, come i pazienti con cui ha lavorato Lemma. L'atto di tagliarsi offriva così una liberazione carica di tensione sessuale. Il paziente di Kafka descriveva il suo sangue mentre lo guardava definire e accarezzare il suo corpo, "come se si trattasse di un bagno voluttuoso che, sgorgando dalle colline e dalle valli del suo corpo, modellava il suo contorno e ne scolpiva la forma" (1969).

Per altri il sangue assumeva caratteristiche tossiche e rappresentava gli aspetti del Sé più disgustosi, dai quali si possono sbarazzare mentre il sangue scorre via. Un paziente di Rob Hale (Campbell e Hale 2014) si esprimeva in questi termini: "Il dolore diventa insopportabile e ti tagli per vedere il sangue. Sono sempre stato convinto che dentro di me ci fosse muco verde. Così, al posto del sangue, nelle mie vene ci sarebbero stati sporco e muco. E talvolta avrei potuto sentire una voce dire 'sei sporco, sei una schifezza'. E allora semplicemente tagli... un gesto per provare che c'era sangue".

Mentre la SRS per alcuni individui può diventare una *idée fixe*, l'automutilazione può diventare una dipendenza. Coid e colleghi (1983) hanno osservato che l'atto di tagliarsi è accompagnato da un aumento dei livelli di endorfine nel plasma – un "oppiaceo" naturale del corpo. Rob Hale descrive pazienti che affermano di aver sperimentato un aumento di endorfine prima di tagliarsi o bruciarsi. L'esito era duplice: per prima cosa, non sentivano dolore fisico, secondo, l'esperienza psicologica che vivevano era di euforia, eccitamento sessuale e allentamento del controllo del Super-Io.

L'individuo di sesso maschile che intraprende la SRS ha in mente due obiettivi. Innanzitutto, lo scopo è di tagliare o mutilare quella parte del corpo che percepisce come estranea e indeterminabile, ovvero il pene. Nei pazienti che ho seguito questo desiderio di colpire il proprio corpo era in parte motivato dall'identificazione con una madre percepita come assente, distruttiva, che negava la loro mascolinità. In secondo luogo, è presente un desiderio di creare un altro corpo attraverso i ferri del chirurgo, anche in questo caso identificato con la madre. Una fonte di eccitamento provocata da questo desiderio sta nell'idea che il chirurgo scolpisca in modo chirurgico la rappresentazione di un altro genere a partire dal genere del corpo in cui si ritrovano. La superficie corporea diventa uno strumento, che il chirurgo taglia per conto loro.

Sfortunatamente la bisessualità psichica – rappresentata dal perturbante – viene negata dal transessuale e, di conseguenza, questa assenza non permette la costruzione di una struttura interna tridimensionale su cui costruire, lasciando l'individuo con una superficie bidimensionale. Di conseguenza, il transessuale costruisce inconsciamente una superficie che si impone sulla sua interiorità e la contraddice. Si verifica così una discontinuità tra interno ed esterno, e per chi osserva rimane quel senso di incongruenza con cui il paziente è cresciuto, come descrive Lemma nel Capitolo 5.

Vale la pena notare che il travestito, sebbene si preoccupi anche della superficie del suo corpo e della sua presentazione visiva e indossi gli abiti del sesso opposto cercando di simulare l'appartenenza all'altro sesso, non è interessato tanto a modificare il proprio corpo da un punto di vista sessuale, ma piuttosto a nascondere. Uno degli obiettivi del *cross-dressing* è travestirsi con gli abiti dell'altro sesso per ingannare e confondere gli altri sull'esistenza dei propri genitali. Un altro scopo è sentirsi indirettamente all'interno del corpo materno, superando in questo modo le angosce relative alla perdita, al rifiuto e all'abbandono da parte della madre. Uno degli sviluppi contemporanei del *cross-dressing* consiste in un travestimento che prevede la maschera in silicone della testa di una donna e/o una tuta che simula un corpo femminile, entrambi fatti su misura per il proprio corpo. Questi costumi mimano l'aspetto di una bambola, diventando l'imitazione dell'imitazione di una donna. Per gli uomini che praticano il *cross-dressing*, un elemento fondamentale consiste nell'abilità di eludere l'aspetto femminile, per fuggire dal corpo della madre che minaccia di inghiottirli e annientare il loro senso di Sé (Glasser 1979, Campbell in corso di pubblicazione).

I postumi dell'SRS e dell'automutilazione svolgono un ruolo importante ma differente. Lemma attira la nostra attenzione sul ruolo del corpo post-operatorio nel mostrare al mondo esterno la sua incongruenza. Le ferite e le cicatrici di un corpo automutilato vengono spesso presentate sadicamente per scioccare e disgustare gli altri o per assicurarsi l'assistenza dello staff medico e infermieristico. In altri casi la componente masochista prende il sopravvento e le ferite vengono tenute nascoste, spesso per far sì che si infettino prolungando il processo di sofferenza. L'individuo automutilato può anche interferire in modo attivo con il processo di guarigione, inserendo oggetti estranei nella ferita. Il masochismo viene così utilizzato al servizio del sadismo. Insieme a Rob Hale ho incontrato pazienti che hanno chiesto di applicare i punti senza anestesia, per rendere il medico complice nella somministrazione di ulteriore dolore. Sul lungo periodo le ferite possono diventare fonte di vergogna, colpa e imbarazzo, al punto da essere nascoste dalla vista degli altri. Tuttavia ho anche incontrato individui che dopo l'operazione hanno realizzato di aver compiuto un errore – un errore irreversibile. Provavano rabbia verso i chirurghi, odio verso le loro madri e presentavano ideazioni suicidarie mescolate a disperazione e senso di colpa.

## Le osservazioni di Lemma sul corpo

Nel Capitolo 1 Alessandra Lemma mostra come il desiderio dell'operazione chirurgica sia motivato da tre fantasie che si costruiscono in risposta all'esperienza che il bambino fa della madre. In un gruppo di pazienti Lemma osserva una particolare invidia nei confronti della madre, che possiede ma al tempo stesso nega al bambino ciò di cui egli avrebbe bisogno. La fantasia del bambino è perciò di superare questa invidia ottenendo da parte del chirurgo quel corpo che la madre si è rifiutata di dargli. Lemma identifica questa fantasia come *fantasia di autocreazione*, in cui l'individuo, progettando e costruendo un corpo perfetto, agisce la fantasia onnipotente di dare alla luce il proprio Sé. In questo modo l'individuo trionfa sulla madre (o sull'altro) e aggira qualsiasi esperienza di dipendenza dall'"oggetto del desiderio" (Britton 1998). Lemma precisa che la fantasia di autocreazione si distingue dalle altre fantasie per via dell'attacco invidioso nei confronti della madre deprimente e della coppia genitoriale generativa.

Alcuni pazienti di Lemma si sentivano intrappolati nel corpo della madre. La fantasia di rivendicare il proprio corpo alla madre diventa una soluzione rispetto all'angoscia annichilente di essere fagocitati. Lemma ha notato che nella *fantasia di rivendicazione* lo spazio claustrofobico dell'interno della madre è stato proiettato sul Sé corporeo, che viene perciò percepito come una presenza estranea e malevola.

Il corpo del soggetto, e non quello della madre, viene così percepito come una minaccia che può inghiottire e distruggere il Sé. La soluzione concreta di questa fantasia terrorizzante che minaccia la sopravvivenza è quella di rimuovere attraverso la chirurgia gli aspetti del corpo che rappresentano una presenza estranea. Diversamente dalla fantasia di autocreazione, in questo caso è possibile osservare la battaglia tra la vita e la morte che motiva la violenza e il dolore necessari a espellere l'oggetto che minaccia la propria esistenza.

Diversi pazienti di Lemma sentivano che le loro madri erano incapaci di investire libidicamente il loro corpo, oppure percepivano il concreto rifiuto della madre nei confronti del loro corpo. Lemma ha identificato in questi pazienti la fantasia di creare un corpo nuovo, che costituisca una *corrispondenza perfetta* rispetto alla madre, un corpo che la madre avrebbe finalmente desiderato. La chirurgia estetica permette così di superare per sempre il dolore della delusione o del rifiuto, assicurandosi la certezza di una madre che amerà e desidererà il Sé per sempre. Il narcisismo della madre svolge un ruolo importante nello sviluppo di queste fantasie, ma nella fantasia della *corrispondenza perfetta* l'ipercatessi della madre nei confronti del corpo del bambino sembra sostenere la fantasia che all'intervento chirurgico seguirà una fusione con l'oggetto desiderato e idealizzato. In alcuni casi le tre fantasie del corpo auto-creato, del corpo rivendicato e della corrispondenza perfetta possono sovrapporsi, per esempio la fantasia della rivendicazione può svolgere un ruolo importante nel raggiungere la corrispondenza perfetta.

Mentre Alessandra Lemma attinge da molte fonti per sviluppare le sue teorie, ogni capitolo include materiale clinico dettagliato, che trasmette la finezza e la complessità del suo lavoro psicoanalitico. Il lettore avrà la possibilità di osservare nel dettaglio le interazioni di Lemma con i suoi pazienti, principalmente individui affetti dal disturbo borderline di personalità, difficili da comprendere e spesso difficili da gestire con un trattamento psicoanalitico. Nel primo capitolo il lavoro lento e dettagliato di Lemma con la Signora A. segue il passaggio dal dolore psichico insopportabile della Signora A. al dolore fisico dovuto dell'operazione chirurgica di aumento del seno. Il lettore vedrà come Lemma sia arrivata a capire che per la Signora A. la protesi rappresentava il furto di un oggetto artificiale, implicitamente rubato dal corpo della madre, che viene reificato in un seno ideale.

Nel Capitolo 2 Alessandra Lemma esamina la funzione psichica delle fantasie necrofile che mirano a rovesciare una ferita narcisistica derivante dal fatto di essere stati guardati con disgusto dalla madre. Il lavoro analitico di Lemma con il Signor B. esemplifica la massima secondo cui "Se il paziente è una virtù, aspettare è un'arte". Lemma si sente ripetutamente a disagio, ciononostante si ferma ad ascoltare il Signor B. e le sue associazioni. L'attesa e l'ascolto hanno aiutato più di una volta Lemma a non trarre conclusioni premature che avrebbero realizzato la paura del paziente di essere ispezionato in una sincronia perfetta con l'analista/madre, di abitare nella stessa pelle. Dietro la fantasia necrofila del Signor B. si nascondeva l'immagine della madre morta, con il suo cadavere che lo metteva al sicuro, proteggendolo dal senso di annichilimento che temeva nel penetrare una donna. Lemma ha sottolineato come in questi casi l'esperienza di essere umiliati sia una dinamica importante, che comporta un'ipersensibilità allo sguardo dell'altro. Per il Signor B. gli occhi venivano percepiti come castranti, e da qui la creazione di una fantasia necrofila in cui l'oggetto non ha occhi per guardare.

Nel Capitolo 3 Lemma osserva quanto il mondo virtuale di Internet possa diventare irresistibile per alcuni adolescenti, perché evita il bisogno di distinguere e collegare realtà diverse, interne ed esterne, e permette la creazione di un'illusione in cui la realtà interna e quella esterna sono isomorfe. Nella realtà virtuale Internet diventa allettante perché non ci sono né limiti né confini. Ciò che può essere immaginato può essere realizzato. **L'impotenza è sostituita dall'onnipotenza. L'alienazione è sostituita dall'onniscienza.** Gli avatar prendono il posto delle persone reali.

La pubertà pone il corpo al centro del palcoscenico psichico. Per l'adolescente che si sente confuso e spaventato dai cambiamenti ormonali e fisiologici non è inusuale percepire il corpo come un mostro minaccioso o alieno, un oggetto del tutto estraneo che non fa parte del Sé (Campbell 2003). La realtà virtuale può stimolare le fantasie sessuali e la masturbazione, ma evita il contatto con il corpo sensuale che viene alla luce nel contatto con l'altro (Anzieu 1989). Attraverso Internet il corpo può diventare una fonte di gratificazione sessuale per gli individui che si sentono impotenti ed estranei rispetto al proprio corpo, ma non è più la base per una connessione con gli altri.

Lemma presenta due pazienti adolescenti per illustrare in che modo il cyberspazio può offrire un rifugio per sfuggire dal corpo e dalla mente. Attraverso il delicato lavoro analitico di Lemma capiamo come la realtà virtuale abbia permesso ai due pazienti adolescenti di controllare l'alterità terrificante che risiedeva nei loro corpi.

Al lettore di questo libro verranno presentati pazienti su cui raramente si è scritto. Nel Capitolo 4 Lemma affronta le estensive modificazioni corporee di una adolescente transessuale MtF, che chiameremo Paula, e i loro effetti sull'esperienza temporale della paziente rispetto al corpo. Lemma usa questo caso per esaminare il modo in cui il corpo può diventare un richiamo di quella coppia genitoriale che ci ha esclusi e ci ha creati. L'origine del corpo rappresenta concretamente la dimensione temporale di un'"epoca-prima-di-me".

Il Capitolo 5 esplora l'importanza che riveste per il transessuale la possibilità di generare negli altri un'esperienza di confusione e ambiguità attraverso la presentazione visiva del proprio corpo. Lemma amplia il suo studio dell'esperienza soggettiva dell'incarnazione del corpo attraverso le interviste di otto persone transessuali e il lavoro in psicoterapia durato cinque anni con una cadenza di una seduta alla settimana con la Signora C., una transessuale MtF che si è sottoposta all'intervento di riassegnazione chirurgica del sesso. Il primo tema che emerge in questi scambi è relativo all'incongruenza tra il corpo dato e il corpo che questi individui identificano come la loro vera dimora fisica. Il secondo tema è l'importanza di essere visti, del Sé come oggetto visivo, che Lemma considera l'esperienza fondante del transessualismo. Ciò che colpisce è l'assenza di una mente ricettiva che possa offrire una dimora all'ambiguità, alla confusione e all'incertezza che avevano sede nel corpo. Lemma ritiene che l'assenza di un rispecchiamento iniziale di questa incongruenza abbia esposto il bambino all'insopportabile esperienza di sentirsi dissociato dal corpo dato, un'esperienza che lo ha portato a ricercare un corpo "giusto" che possa alleviare il dolore di questa incongruenza. Lemma puntualizza che l'incongruenza interna del transessuale viene manifestata esternamente, in modo visivo, attirando l'attenzione dell'osservatore su questo sentimento di incongruenza del soggetto.

Nel Capitolo 6 Lemma analizza il film di Almodovar *La pelle che abito* per riflettere sull'impatto dell'immagine interna della madre sull'identità di genere del figlio maschio. Lemma descrive in modo vivido l'incapacità del protagonista, il dottor Ledgard, di elaborare il lutto della figlia Norma. Ledgard rapisce Vincente, un giovane uomo, lo tiene prigioniero e lo tratta come un animale. Durante la prigionia di Vincente, Norma si suicida, come aveva fatto sua madre prima di lei. Ledgard regredisce a uno stato schizo-paranoide e castra chirurgicamente Vincente praticando una vaginoplastica, agendo in questo modo la propria impotenza e la rabbia vendicativa legata al lutto della figlia. *La pelle che abito* conferma quello che abbiamo osservato nel caso della Signora A. (nel Capitolo 1), ovvero che a dispetto della speranza, dell'illusione e delle potenti proiezioni della superficie corporea sugli osservatori, il cambiamento esteriore del corpo non influenza l'identità interiore. Almodovar presenta Vera (prima di dirci che in realtà si tratta di Vincente) come una donna dalla solida identità interiore maschile. Lemma osserva che ciò che tiene vivo Vincente nel corpo di Vera è la sua convinzione che la madre lo cercherà. Diversamente dalla Signora A (nel Capitolo 1) e della Signora C. (nel Capitolo 5), le cui madri hanno smesso di cercare l'identità di genere interiore del bambino, Vincente ha sempre creduto che ci fosse una mente materna a sostenere la sua mascolinità.

Quando si lavora con pazienti il cui corpo è il primo strumento di comunicazione inconscia, è inevitabile che il corpo dell'analista compaia durante la terapia come un elemento invariante, una parte incarnata del setting. Questo è l'argomento del Capitolo 7. Per Alessandra Lemma la presenza e l'aspetto fisico dell'analista offrono un contenimento incarnato alle angosce e alle fantasie del paziente. Lemma fa inoltre riferimento all'ascolto da parte dell'analista delle libere associazioni del proprio corpo, un controtransfert di tipo somatico. Questo ambiente incarnato è particolarmente utile per identificare e lavorare con il nucleo di un'indifferenziazione primaria, che Bleger (2012[1967]) considera caratteristico nei pazienti che presentano una scissione tra le parti nevrotiche e psicotiche della personalità. Con questi pazienti il corpo dell'analista diventa il depositario di elementi inconsci presimbolici che non possono essere integrati. Questo porta Lemma a comprendere in che modo le angosce primitive che riguardano una mancata differenziazione dall'oggetto abbiano un impatto sul corpo dell'analista come "fantasie incarnate", in una mutua simbiosi tra paziente e analista" (Bronstein 2013).

Nel concettualizzare il corpo dell'analista come forma incarnata del setting, Lemma utilizza le formulazioni di Bleger per riflettere sull'analisi della Signora D. Per questa paziente il respiro, i suoi capelli e quelli di Lemma erano incarnazioni dell'ambiente simbiotico; di conseguenza non c'erano spazi "come se" che avrebbero potuto dare significato alle interpretazioni di transfert. L'analisi lunga e complessa della Signora D. mostra al lettore la



capacità di Lemma di incontrare la Signora D. nel suo setting, privo di differenziazione, aiutandola a capire le terrificanti angosce psicotiche che emergevano dalla separatezza rappresentata dai cambiamenti nel corpo di Lemma, in particolare quando Lemma si è tagliata i capelli. Lemma continua a esplorare il significato dei capelli nel Capitolo 8 rivisitando la favola di Raperonzolo.

Nel Capitolo 9 Lemma esplora le funzioni psichiche del gabinetto dell'analista distinguendo due diverse modalità con cui può essere utilizzato. La prima riguarda l'uso perverso del bagno per mettere in atto dinamiche sessualizzate ostili e intrusive nella relazione con l'analista. Nel secondo uso del gabinetto che identifica Lemma, il paziente è angosciato dalla possibilità di danneggiare l'oggetto mostrando le parti inaccettabili e disturbate del Sé. Lemma nota come l'incapacità di questi pazienti di utilizzare l'analista come un "seno-gabinetto" sia un modo per preservare una versione più idealizzata della relazione con l'analista (Meltzer 1967).

Alessandra Lemma ha analizzato inquietanti rappresentazioni *pubbliche* della relazione tra il Sé e il corpo, non soltanto nella sua stanza di consultazione, ma anche negli studi televisivi. Per tredici anni Lemma ha monitorato i concorrenti di diversi programmi televisivi per assicurarsi che fossero psicologicamente "adatti" a prendere parte ai reality show di *makeover*. Nel Capitolo 10 Lemma utilizza gli strumenti clinici e teorici della psicoanalisi per identificare alcune funzioni di questi reality show. Come risultato della sua esperienza di valutatrice dei potenziali partecipanti di questo genere di programmi, Lemma ha riscontrato che la creazione di un universo di relazioni oggettuali parziali prende forma all'interno del contesto normalizzante di un genere popolare come i reality, che maschera la reale sofferenza dell'individuo che sottende il desiderio conscio di partecipare a questi show. Lemma descrive i programmi di *makeover* in un universo schizo-paranoide in cui la depressione, l'ansia e l'ingiustizia possono essere soppresse attraverso la trasformazione della superficie corporea in conformità a canoni normativi socialmente determinati.

Nelle conclusioni del capitolo finale, Lemma riprende uno dei temi centrali del suo libro. I reality show di *makeover* non soltanto utilizzano la superficie del corpo per gratificare lo sguardo, ma perpetuano nell'arena pubblica la fantasia privata dei pazienti descritti in questo libro: cioè il fatto che modificare l'esterno possa davvero gratificare un'ingannevole fantasia onnipotente in grado di cancellare l'angoscia interiore relativa ai nostri inevitabili sentimenti di mancanza e di dipendenza.

## Conclusione

Come degna conclusione del suo libro, Alessandra Lemma ci ricorda che il voyeur, che è in ognuno di noi, attraverso lo sguardo partecipa sempre al trauma di qualcuno: "Non siamo mai spettatori innocenti". Penso che possa essere detto lo stesso del lettore di *Pensare il corpo*. Questo libro affinerà la nostra comprensione di alcune delle rappresentazioni più estreme del corpo e dell'essere umano che lo abita. Una volta che abbiamo visto qualcosa, non possiamo dimenticarlo. Lo sguardo non può mai essere innocente e, mi viene da aggiungere, non può mai essere neutrale, perché, come sottolinea Lemma, non siamo mai interamente liberi dall'influenza del nostro inconscio, un aspetto distintamente umano che condividiamo con la vittima e con il perpetratore. Tuttavia, se "ci impegniamo in un continuo processo analitico su noi stessi" (Lemma questo libro), possiamo riconoscere il modo in cui ciascuno di noi si difende inconsciamente dall'angoscia che riguarda la nostra inevitabile mancanza e dipendenza.

## Bibliografia

- Almodóvar, P. (2011). *La pelle che abito* [film]. Warners España, Spain.
- Anzieu, D. (1989). *L'Io Pelle*. Tr. It., Cortina. Milano, 2018.
- Birksted-Breen, D. (1996). Phallus, penis and mental space. *International Journal of Psychoanalysis*, 77: 649–59.
- Bleger, J. (2012[1967]). *Psychoanalysis of the psychoanalytic setting*. In J. Churcher and L. Bleger (eds), *Symbiosis and Ambiguity: A Psychoanalytic Study*. London: Routledge.
- Britton, R. (1998). *Belief and Imagination*. London: Routledge.
- Bronstein, C. (2013). Finding unconscious phantasy in the session: Recognising form. *Bull. Brit. Psychoanal. Soc.*, 49(3): 16–21.
- Campbell, D. (2003). *Dario Argento's phenomena* (1985): A psychoanalytic perspective on the 'horror film' genre and adolescent development. In A. Sabbadini (ed.), *The Couch and the Silver Screen: Psychoanalytic Reflections on European Cinema*. Hove and New York: Brunner and Routledge, pp. 128–138.
- Campbell, D. (in press). *The Core Complex, Violence and Perverse Solutions: Mervin Glasser's Contributions to Psychoanalysis*. London: Routledge.
- Campbell, D. and Hale, R. (2014). *Understanding the Pre-Suicide State of Mind*. London: Routledge.

- Coid, J., Alloko, B. and Rees, L. H. (1983). Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *The Lancet*, 3 December.
- Ferraro, F. (2001). Vicissitudes of bisexuality: Crucial point and clinical implication. *Int. J. Psychoanal.*, 82: 485–499.
- Freud, S. (1919). Il perturbante. OSF, vol. 9.
- Freud, S. (1920). Psicogenesi di un caso di omosessualità femminile. Standard Edition, 18: 145–172.
- Freud, S. (1927). Feticismo. Standard Edition, 21: 149–157.
- Freud, S. (1937). Analisi terminabile e interminabile. OSF, vol. 11.
- Freud, S. (1985). *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess 1887–1904* (trans. and ed. J. M. Masson). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Glasser, M (1979). From the analysis of a transvestite. *International Review of PsychoAnalysis*, 6: 163–173.
- Kafka, J. (1969). The body as transitional object: A psychoanalytic study of a self- mutilating patient. *British Journal of Medical Psychology*, 42: 207–212.
- Kettlewell, C. (2000). *Skin Game: A Memoir*. New York: St Martin's Griffin.
- Kohon, G. (2014). *Reflections on the Aesthetic Experience – Psychoanalysis and the Uncanny*. London: Routledge.
- Lemma, A (2010). *Sotto la Pelle: psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Tr. It., Cortina. Milano, 2011.
- Meltzer, D. (1967). *The Psychoanalytic Process*. London: Heinemann.
- Smith, H. F. (2002). On Psychic Bisexuality. *Psychoanalytic Quarterly*, 71: 549–558.