

Il doppio ‘doppio legame’ delle persone *transgender* e le vie per un suo possibile superamento

Fulvio Frati*

SOMMARIO. – Nei loro percorsi di affermazione della propria identità di genere, le persone *transgender* possono a volte trovarsi ‘invischiate’ in una sorta di ‘doppio doppio legame’, di cui uno fondato sulla percezione della contrapposizione tra il proprio sesso anatomico e la propria identità di genere e l’altro provocato dalla divergenza tra le proprie aspettative di genere individuali e quelle che verso di esse sono invece manifestate dal proprio ambiente familiare e sociale. Per cercare di aiutare queste persone a superare questa situazione, spesso fonte per esse di sofferenze soggettive non trascurabili, l’autore propone in questo lavoro un trattamento psicologico o di psicoterapia, ascrivibile al cosiddetto ‘modello affermativo di genere del consenso informato’ e fondato essenzialmente sul modello della Psicoanalisi della Relazione italiana integrato da contributi provenienti dalla ‘Teoria dei sistemi complessi dinamici non-lineari’, dalla *Infant Research*, dai contributi di vari altri autori di ambito psicoanalitico, dalla Neurofenomenologia e, infine, dal concetto di campo psicoanalitico come introdotto nel secolo scorso dai coniugi Baranger e in seguito sviluppato da vari autori anche italiani.

Parole chiave: disforia di genere, doppio legame, espressione di genere, identità di genere, orientamento di genere, *transgender*.

Identità di genere, espressione di genere ed orientamento sessuale

La cosiddetta ‘identità di genere’, termine oggi particolarmente diffuso nel dibattito scientifico sulle attitudini sessuali delle persone e sui loro comportamenti conseguenti, si riferisce specificatamente al senso psicologico soggettivo del proprio genere che una persona presenta, e se non è sufficientemente in linea con le aspettative familiari sociali generalmente attribuite a quel genere (si parla pertanto, in tal caso, di *gender non-conforming*) può generare in quella persona livelli di disagio personale anche significativamente elevati.

*Psicologo, Psicoterapeuta, Criminologo Clinico, Psicoanalista SIPRe. Già Direttore del Centro SIPRe di Parma, Italia. E-mail: fulviofrati@libero.it

Appare comunque utile precisare al riguardo, innanzitutto, che l'identità di genere è una cosa diversa dalla cosiddetta 'espressione di genere'. L'espressione di genere di una persona non è infatti sempre sovrapponibile alla identità di genere che essa realmente presenta, e riguarda sostanzialmente, a livello puramente esteriore, il modo in cui ci si presenta al mondo relativamente al proprio genere.

Ad esempio, in gran parte del mondo cosiddetto 'Occidentale' (incluso il nostro Paese) indossare un abito fasciante attillato con minigonna viene oggi considerato come una 'espressione di genere femminile', mentre indossare uno smoking con giacca nera e cravatta è generalmente considerato una 'espressione di genere maschile'. Tali interpretazioni sociali del modo di vestire sono culturalmente definite e, perciò, variano nel tempo e nell'ambiente specifico in cui sono espresse (non è infatti particolarmente insolito, anche già oggi, trovare all'interno di sfilate di nuove 'collezioni d'alta moda' modelle vestite con abiti maschili e modelli in minigonna e scarpe coi tacchi a spillo: ma si tratta appunto di situazioni estremamente particolari, che rappresentano più una sorta di 'eccezione che conferma la regola' piuttosto che la regola vera e propria). Sia l'identità di genere che l'espressione di genere inoltre, oltre che designare aspetti diversi della singola personalità individuale, vanno distinte entrambe anche dal cosiddetto orientamento sessuale: quest'ultimo si riferisce infatti specificatamente ai tipi di persone verso cui si è sessualmente attratti.

Coloro in cui il cui sesso assegnato alla nascita si allinea sia con la propria identità di genere che con la propria espressione di genere sono a volte definite come *cisgender* (neologismo composto dalla preposizione latina *cis*, che significa, 'di qua da', e dal sostantivo inglese *gender*, che in questo caso va inteso come 'genere assegnato' e si fonda quindi su criteri di tipo sostanzialmente anatomico e/o genetico): tale termine significa pertanto 'persona che si sente a proprio agio con il proprio sesso assegnato alla nascita'. Esso però è poco utilizzabile in ambito scientifico e andrebbe quindi usato solo in senso generale, descrittivo, in quanto non prende in specifica considerazione proprio l'importante criterio dell'orientamento sessuale.

Infatti una persona che si sente a proprio agio con il sesso che le è stato assegnato alla nascita può essere attratta soltanto, o quasi esclusivamente, da persone del sesso opposto al proprio (e viene pertanto definita in tal caso come eterosessuale), ma può anche essere attratta solamente o quasi esclusivamente verso persone del proprio stesso sesso, ed essere quindi omosessuale (si parla pertanto, in questi casi, di maschi gay o di donne lesbiche), anche senza manifestare mai in alcun modo il desiderio di assegnare al proprio corpo le caratteristiche tipiche del sesso opposto. Una persona *cisgender* può peraltro manifestare attrazione anche verso persone di entrambi i generi, ed in tal caso viene definita con il termine di bisessuale.

Le persone in cui la propria identità di genere non si allinea invece affatto

con il sesso assegnato loro alla nascita, bensì con quello del sesso opposto, vengono invece oggi definite soprattutto con il termine di *transgender*, mentre il termine transessuali usato al riguardo in passato appare invece oggi in via di abbandono in quanto troppo generico e poco preciso (molte persone *transgender*; ad esempio, non si identificano completamente né con il genere loro assegnato alla nascita né con il nuovo genere da esse adottato, e spesso – pur effettuando un completo passaggio di genere dal punto di vista legale ed anagrafico – non modificano completamente i loro caratteri sessuali primari). Anche le persone *transgender*, sostanzialmente al pari di quelle *cisgender*, presentano inoltre una gamma molto vasta di orientamenti sessuali: ad esempio una donna *transgender* (cioè una transessuale da maschio a femmina, MtF) può essere sia eterosessuale che bisessuale che lesbica, così come un uomo *transessuale* (cioè da femmina a maschio, FtM) può essere eterosessuale, gay oppure anche bisessuale.

Spesso comunque, nella loro esistenza quotidiana, le persone *transgender* si trovano a vivere in modo molto superiore alle persone *cisgender* una gamma di difficoltà che, complessivamente, tende a metterle in una sorta di 'doppio legame' (intendendo questo termine nel senso assegnato ad esso da Gregory Bateson e dai suoi colleghi dalla cosiddetta 'Scuola di Palo Alto' nella seconda metà degli anni 1950, ma considerandolo oggi in un'ottica comunicativa molto più ampia di quella originariamente considerata da questi studiosi del secolo scorso anche perché gli strumenti comunicativi sono nel frattempo enormemente cambiati) verso due problematiche principali: la divergenza tra il proprio sesso anatomico e la propria identità di genere da un lato e, dall'altro, le proprie aspettative di genere individuali e quelle che verso di esse sono invece manifestate dal proprio ambiente familiare e sociale.

Il doppio 'doppio legame' delle persone *transgender*

Con il termine doppio legame (detto in Italiano anche doppio vincolo e in inglese *double bind*) si intende una situazione in cui due o più persone sono coinvolte in una sorta di 'ambivalenza comunicativa' per cui, da un lato, viene emesso un messaggio di un certo tipo verso uno specifico destinatario ma, dall'altro, verso il medesimo destinatario vengono diffusi dagli stessi mittenti del messaggio originario (o da altri mittenti ad essi assimilabili) altri messaggi di significato sostanzialmente opposto. Di solito il messaggio del primo tipo è di carattere verbale, mentre quelli ad esso contrari sono di tipo non verbale: ma questa non è una regola fissa, e a volte tale situazione si può originare anche attraverso l'utilizzo di soli messaggi verbali oppure di soli messaggi non verbali (come sono, ad esempio, i messaggi impliciti che una persona *transgender* riceve dal proprio corpo, o anche semplicemente dal proprio sesso anatomico, ogni volta che non vi ci si riconosce).

Comunque sia, la presenza di messaggi che si contraddicono tra di loro origina, di norma, nel destinatario di tale confusiva comunicazione una sorta di ‘conflitto che si autopropaga’ e che, sia pure in misura differente in ogni singolo caso, tende a produrre nel destinatario un significativo disagio soggettivo spesso di lunga durata e, quindi, potenzialmente in grado di originare in esso condizioni di sofferenza psichica soggettiva di non trascurabile rilevanza clinica che include, non di rado, concreti rischi di autolesionismo se non, addirittura, di autosoppressione.

A differenza di quanto accade nelle circostanze esplicitamente conflittuali, nelle quali almeno a livello teorico vi è da parte di chi ve ne è coinvolto la possibilità di scegliere e decidere quali azioni intraprendere per superarle, nelle situazioni di doppio legame la via d’uscita è infatti, spesso, molto più difficoltosa da intraprendere. Ciò in quanto, essendo esse determinate dalla presenza di un paradosso con un messaggio strutturato in maniera contraddittoria all’interno del quale si afferma e si nega contemporaneamente la medesima cosa, il soggetto si trova come ‘ingabbiato’ in una situazione che egli stesso non riesce a focalizzare in maniera sufficientemente nitida, e rispetto alla quale non è pertanto in grado né di identificare la relazione di essa con il proprio disagio conseguente né di elaborare una funzionale strategia per risolverla e superarla.

Nel caso delle persone *transgender* poi, in particolare, non di rado la condizione di ‘paradosso intrinsecamente conflittuale’ tipica del doppio legame si presenta contemporaneamente a due differenti livelli. Il primo – di cui peraltro la persona stessa può a poco a poco raggiungere anche autonomamente livelli più ampi di esplicitazione a se stessa e, quindi, di autoconsapevolezza ed autoconsapevolezza – riguarda la contraddizione tra i messaggi riguardanti il proprio corpo fisico come percepito dalle altre persone e la propria identità di genere come a sua volta percepita da sé e dagli altri. Il secondo, spesso molto più ‘implicito’ anche all’interno delle relazioni tra la persona stessa e le altre figure per essa maggiormente significative a livello familiare e sociale, coinvolge invece più direttamente le proprie aspettative di genere individuali e quelle che verso di esse sono manifestate dal proprio ambiente prossimale esterno.

Nella realtà concreta, ad esempio, un genitore che si sia generalmente dimostrato come un *caregiver* efficace per il proprio figlio o per la propria figlia potrebbe non presentare troppa difficoltà a dimostrarla anche nel caso di un figlio o una figlia *transgender*, e non ingenerare quindi in essa un conflitto interiore eccessivamente elevato riguardo ad entrambi gli aspetti qui già rilevati. Ma in caso contrario – soprattutto nelle situazioni in cui venga manifestata verso l’identità di genere espressa dalla persona *transgender* una più o meno esplicita oppure, all’opposto, velata ostilità – è evidente che quest’ultima si trova esposta ad un elevato rischio di incertezza, dubbio o addirittura palese disconferma rispetto ad un aspetto così radicalmente

importante, per ogni essere umano, come è appunto quello della propria identità di genere.

Inoltre, indipendentemente dalla presenza o meno di un adeguato sostegno verso la persona *transgender* da parte dei propri *caregivers*, situazioni di comunicazione di più o meno implicita disapprovazione o addirittura di esplicita ostilità possono manifestarsi verso di essa anche da parte di altri attori sociale per lei comunque significativi. Ed è quindi evidente che, considerando tutto ciò, il potenziale doppio conflitto della persona *transgender* (tra la propria identità di genere ed il proprio corpo da un lato e tra la propria identità di genere e la propria sfera relazionale ed interpersonale significativa dall'altro) la rende particolarmente esposta alla condizione di 'doppio doppio legame' che si vuole qui evidenziare ed alle sicuramente spesso non trascurabili, ed in alcune situazioni anche molto significative, sofferenze psichiche che essa può di conseguenza originare.

Il rifiuto familiare e sociale dell'identità di genere, in particolare, è oggi pressoché unanimemente considerato come uno dei più forti predittori di difficoltà soggettiva per le persone *transgender*. Una terapia familiare, oppure una terapia di coppia per i genitori, può essere pertanto estremamente utile per creare un ambiente di supporto che possa favorire il benessere psichico e psicofisico di queste persone.

Le esperienze sin qui condotte dimostrano inoltre che, di norma, i genitori di bambini e adolescenti *transgender* possono trarre significativi benefici anche dalla regolare frequentazione di gruppi di sostegno, sia fondati sul modello dell'auto-mutuo-aiuto tra pari sia condotti da uno o più (al massimo, generalmente, due) professionisti esperti. Anche i gruppi di sostegno tra pari per le persone *transgender* stesse sono spesso risultati molto utili per condividere – ed eventualmente invalidare o convalidare – differenti aspetti delle proprie esperienze di transizione: un ruolo particolarmente importante su tutti questi aspetti problematici può infine essere svolto da un eventuale percorso individuale di sostegno psicologico o di psicoterapia rivolto alla persona *transgender* oppure ad uno dei suoi familiari più significativi, ad esempio il/la partner.

La condizione di disagio soggettivo che il termine 'disforia di genere' intendeva originariamente evidenziare appare comunque oggi – anche alla luce delle varie considerazioni già qui espresse – molto più legata ad aspetti di carattere sociale e relazionale che a problematiche di funzionamento psicologico considerate come a sé stanti. Ed è anche per tali motivi, almeno mio avviso, che la categoria diagnostica della 'Disforia di genere' è stata già giustamente eliminata dall'ultima versione del Manuale Diagnostico adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2018).

In quest'ultimo manuale, infatti, la categoria diagnostica della 'disforia di genere' è stata non solo sostituita da quella di 'incongruenza di genere'

(togliendo quindi ad essa qualunque caratterizzazione di tipo psicopatologico): ma soprattutto, di conseguenza, essa è stata rimossa dal capitolo dei ‘Disturbi mentali e del comportamento’ (che riguarda cioè specificatamente la cosiddetta ‘salute mentale’) ed inserita invece con la sua nuova denominazione in un nuovo capitolo, appositamente creato, riguardante invece la cosiddetta ‘salute sessuale’.

La diagnosi di ‘disforia di genere’

Si rendono pertanto opportune a questo punto, a mio avviso, alcune ulteriori considerazioni sulla cosiddetta ‘disforia di genere’. Non ci sono infatti dubbi che al riguardo, al momento attuale, la questione della sua utilità scientifica o meno non è affatto risolta una volta per tutte: peraltro, nel campo della Psicologia clinica e della psicopatologia, di norma nessuna questione di questo tipo lo è mai, ed è proprio per questo che le categorie diagnostiche afferenti a tali ambiti risultano sempre in continuo aggiornamento.

Ma, ciò premesso, ad oggi un chiaro ‘corteo di segni e sintomi’ che definisca con sufficiente precisione una situazione individuale clinicamente delineabile come *Disforia di Genere* in modo complessivamente condiviso dalla psicopatologia internazionale ancora non c’è, anche perché – come si è già sottolineato – l’*International Classification of Diseases* (ICD) 11 l’ha ormai già completamente eliminata, almeno sotto questa denominazione, dalla sua complessiva classificazione psicodiagnostica. (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2018)

Tale importante processo di revisione non è invece ancora avvenuto per quanto concerne il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali internazionale DSM-5-TR recentemente redatto dall’Associazione degli Psichiatri degli Stati Uniti (American Psychiatric Association, 2022), che a tutt’oggi conserva l’utilizzo del termine ‘disforia di genere’ inteso come un disagio psicologico clinicamente significativo associato ad un’incongruenza soggettiva tra il sesso espresso a livello di identità individuale e il sesso assegnato alla nascita. Questa permanenza di significato con evidenti rischi di connotazione in senso psicopatologico tuttora presente nel DSM-5-TR non è in alcun modo, almeno a mio avviso, un dato trascurabile o minimizzabile, soprattutto se si considera che tale manuale è ad oggi pienamente adottato ed utilizzato da gran parte della comunità scientifica internazionale.

Questo sistema di catalogazione fornisce inoltre al riguardo, esattamente come già avveniva del DSM-5 e quindi senza alcun cambiamento rispetto ad esso, due differenti sistemi specifici di identificazione di questo quadro clinico, basati sull’età della persona considerata, con altrettante serie di criteri specifici ben distinti e separati tra di loro: uno per gli adolescenti e gli adulti ed uno, invece, per i bambini sino a 12 anni di età.

Vediamo pertanto ora nel dettaglio questi due differenti sistemi di identificazione, o criteri diagnostici.

- 1) Il DSM-5-TR, in primo luogo, definisce la disforia di genere negli adolescenti e negli adulti come 'una marcata incongruenza tra il genere sperimentato/espresso e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, come manifestato da almeno due dei sintomi seguenti:
 - a. Una marcata incongruenza tra il genere sperimentato/espresso e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (o nei giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie previste).
 - b. Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il proprio genere sperimentato/espresso (o nei giovani adolescenti, un desiderio di prevenire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie previste).
 - c. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie dell'altro genere.
 - d. Un forte desiderio di appartenere all'altro genere (o ad un qualche genere alternativo diverso dal genere assegnato alla nascita).
 - e. Un forte desiderio di essere trattati come l'altro genere (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato alla nascita).
 - f. Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipiche dell'altro genere (o di qualche genere alternativo diverso dal genere assegnato)'.

Inoltre, al fine di poter soddisfare i criteri per la diagnosi, la condizione individuale deve anche essere associata ad un disagio personale clinicamente significativo oppure ad una evidente compromissione in aree sociali, lavorative o altri importanti settori del funzionamento individuale.

- 2) Il DSM-5-TR definisce inoltre la disforia di genere nei bambini come 'una marcata incongruenza tra il genere vissuto/espresso e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, come manifestato da almeno sei dei seguenti (uno dei quali deve essere il primo criterio tra i seguenti) sintomi:
 - a. Un forte desiderio di appartenere o l'urgenza di essere dell'altro genere (o di qualche altro genere diverso dal genere assegnato).
 - b. Nei ragazzi (genere assegnato), una forte preferenza per il travestimento o la simulazione di abbigliamento femminile; nelle ragazze (genere assegnato), una forte preferenza per indossare solo abiti tipici maschili e una forte resistenza all'uso di abiti tipici femminili.
 - c. Una forte preferenza per i ruoli cross-gender nei giochi di finzione o di fantasia.
 - d. Una forte preferenza per le attività, i giochi o i giocattoli stereotipicamente utilizzati dall'altro genere.
 - e. Una forte preferenza, come abituali compagni di gioco, per persone dell'altro genere.

- f. Nei ragazzi (genere assegnato): un forte rifiuto di attività, giochi e giocattoli tipicamente maschili e un forte evitamento del gioco rude; nelle ragazze (genere assegnato): un forte rifiuto di attività, giochi e giocattoli tipicamente femminili.
- g. Una forte avversione per la propria anatomia sessuale.
- h. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali fisiche che corrispondono al proprio genere sperimentato’.

Inoltre, come già sottolineato anche per i criteri diagnostici per gli adolescenti e gli adulti, la condizione individuale del/della bambino/a considerato/a deve anche essere associata ad un disagio soggettivo clinicamente significativo, oppure alla evidente compromissione in aree sociali, lavorative o altri importanti settori del funzionamento personale complessivo.

Riguardo alla presenza di questa specifica condizione psicologica all’interno della popolazione generale dei Paesi occidentali, il portale dell’Istituto Superiore di Sanità (2021) ‘ISSalute: Informarsi, conoscere, scegliere’ specifica, alla voce ‘disforia di genere’, che essa può riguardare sia i soggetti di sesso femminile che quelli di sesso maschile. In particolare, ‘la prevalenza della disforia di genere negli adulti (>18 anni) è di 0.005-0.014% per le persone con sesso biologico maschile e 0.002-0.003% per le persone con sesso biologico femminile’ (Zucker, 2017).

La disforia di genere, quindi, negli adulti è più frequente nelle persone di genere assegnato alla nascita maschile, con un rapporto maschi/femmine di circa 3:1.

Nei bambini sotto i 12 anni, ‘il rapporto maschio/femmina va da 3:1 a 2:1; mentre negli adolescenti (cioè oltre i 12 anni) il rapporto maschio/femmina è di circa 1:1.7’ (Zucker, 2017).

Sembrirebbe quindi, da una sommaria analisi di tali dati, che per le femmine l’adolescenza potrebbe oggi costituire un momento maggiormente critico, rispetto alla propria identità di genere, rispetto ad altri periodi della propria vita. Ovviamente tale ipotesi richiederebbe di essere approfondita da altri studi, prima di poter trarre al riguardo qualunque tipo di significativa conclusione.

Peraltro, secondo vari studi attribuibili a differenti autori a livello sia italiano che internazionale (ad es. Crapanzano *et al.*, 2021; Drescher, 2010, 2016), la permanenza della diagnosi di ‘disforia di genere’ all’interno del DSM-5 e del DSM-5-TR sembrerebbe tuttora costituire di fatto, per molte persone *transgender*, un concreto ostacolo all’accesso ad un adeguato sistema di presa a carico delle loro complessive problematiche. Ciò in quanto molte compagnie di assicurazioni hanno assunto da anni, anche in sede legale, la posizione di rifiutarsi di coprire le spese sanitarie per l’accompagnamento al percorso di transizione in assenza di questa specifica diagnosi psicopatologica, che non tutte le persone *transgender* – soprattutto per comprensibili e, a mio avviso, insindacabili motivi personali di prevenzione

dello stigma sociale spesso conseguente ad ogni diagnosi di psicopatologia – sembrano ovviamente disposte ad accettare.

Il trattamento di supporto psicologico e di psicoterapia per le persone *transgender* secondo il modello affermativo di genere del ‘consenso informato’

Il trattamento di supporto psicologico e di psicoterapia per le persone *transgender* secondo il cosiddetto ‘modello affermativo di genere del consenso informato’ si basa soprattutto, al di là delle differenze individuali di tecnica, di stile o di riferimento teorico complessivo adottate dai singoli professionisti che ad esso si ispirano, su di un approccio ‘olistico’ e ‘umanistico’ alla persona, che a sua volta comprende e include i contributi di differenti autori tra essi integrati ed armonizzati al fine di rispondere nel modo più efficace possibile ai concreti bisogni psicologici, emotivi e relazionali dei singoli e specifici pazienti. Esso si basa, generalmente, sulla possibilità di esplorazione aperta dei loro sentimenti ed esperienze sia di identità che di espressione di genere, e tutto ciò – in ogni caso – senza che il terapeuta né esprima né presenti alcuna inclinazione verso un’identità di genere o un’espressione di genere come preferibile ad un’altra: al contrario, il terapeuta si impegna costantemente sia con se stesso sia col paziente a mettere in atto un totale rispetto per le scelte relazionali, affettive e sessuali attuate dal paziente stesso nella sua concreta realtà quotidiana.

I tentativi psicologici di indirizzare una persona *transgender* verso un’identità di tipo *cisgender* (a volte indicati in letteratura come terapie riparative, oppure anche come terapie di conversione dell’identità di genere) sono oggi considerati come assolutamente non etici – in quanto potenzialmente molto dannosi – dalla quasi totalità della comunità scientifica mondiale, e sono pertanto espressamente vietati ai professionisti medici o psicologi in quasi tutti i Paesi della cosiddetta ‘area occidentale industrializzata’. Il supporto psicologico e di psicoterapia per le persone *transgender*, sulla base di queste premesse, va pertanto oggi sostanzialmente inteso nel senso di un sostegno e di un accompagnamento nella direzione dell’affermazione di genere del/della paziente stesso/a, come da quest’ultimo/a espressamente desiderato ed auspicato, nelle varie aree di attività quotidiana in cui l’identità di genere di ogni persona si esprime.

L’affermazione di genere sociale, ad esempio, può includere le scelte individuali di adottare i pronomi, i nomi e vari altri aspetti dell’espressione di genere che maggiormente corrispondono alla propria identità di genere. L’affermazione di genere dal punto di vista legale può altresì comportare la modifica del nome (o dei nomi) e dei marcatori di genere assegnati alla nascita su vari documenti o atti di identificazione o di trattamento dei dati personali a livello sia governativo che locale.

L'affermazione medica può, a sua volta, includere trattamenti farmacologici o chirurgici sino a comprendere, ad esempio, la soppressione dell'attività puberale per gli adolescenti con incongruenza o disforia di genere e la somministrazione di ormoni di affermazione di genere (come ad esempio estrogeni e testosterone) per gli adolescenti più grandi e per gli adulti: essa, al momento attuale (marzo 2023), non è comunque raccomandata per i bambini in età prepuberale, almeno nel nostro Paese. Gli adulti (meno frequentemente invece gli adolescenti, soprattutto se minorenni) possono comunque già sottoporsi anche nel nostro Paese a vari aspetti dell'affermazione medica, inclusa – se già maggiorenni e comunque dopo l'autorizzazione al riguardo rilasciata dal Tribunale Civile al riguardo territorialmente competente – l'affermazione chirurgica del sesso in cui essi si identificano.

Il trattamento di supporto psicologico e di psicoterapia per le persone *transgender* secondo il modello affermativo di genere del consenso informato si configura quindi in molti casi, con queste premesse, come un trattamento complesso, che richiede da parte del professionista chiamato ad effettuarlo una presa a carico complessiva della persona e di tutte le problematiche personali, familiari e sociali che essa potrebbe presentare. Per tale ragione, esso andrebbe di regola effettuato in collaborazione con un'équipe multiprofessionale integrata composta da professionisti di varie discipline mediche, sanitarie ed eventualmente anche sociali, e richiede da parte del professionista che si occupa specificatamente del trattamento psicologico vaste competenze fondate su una profonda conoscenza di vari aspetti della psicologia clinica, al fine di poter rispondere in modo il più possibile adeguato e completo alle varie problematiche di volta in volta presentate dalla persona seguita.

Tra le varie teorie e tecniche psicologiche e psicoterapeutiche concretamente utilizzabili nell'ambito del trattamento di supporto psicologico e di psicoterapia per le persone *transgender* posso illustrare in questa sede, ovviamente, solo alcune tra le più conosciute dal sottoscritto, che si fondano essenzialmente sul modello della Psicoanalisi della Relazione opportunamente integrato da acquisizioni provenienti dalla 'Teoria dei Sistemi complessi dinamici non-lineari', dalla cosiddetta *Infant Research* (vale a dire quel filone di ricerche sullo sviluppo psichico infantile che, pur traendo origine dalla Psicoanalisi e dalle sue scoperte sull'attività mentale precoce, se ne è poi in parte distaccato per aderire invece a modalità metodologiche e di ricerca maggiormente riferibili soprattutto alla psicologia cognitivista), dai contributi di vari altri autori di ambito psicoanalitico, come ad esempio Donald W. Winnicott (1949; 1958) e Wilfred R. Bion (1961; 1962; 1963; 1965; 1967; 1970; 1996), dalla Neurofenomenologia (momento di sintesi tra le Neuroscienze contemporanee fondate sull'intersoggettività e la Filosofia fenomenologica di Edmund Husserl, Edith Stein e Maurice Merleau-Ponty) ed, infine, dal concetto di 'campo psicoanalitico' come introdotto nel secolo scorso dai coniugi Baranger (1961-2) ed in seguito sviluppato da vari autori

anche italiani come ad esempio Francesco Corrao (1986), Antonino Ferro (2009; 2011) e Gabriele Lenti (2021).

Vediamo quindi di esaminare più in dettaglio alcuni dei principali ruoli che ciascuno di questi apporti, se reciprocamente e adeguatamente tra di loro integrati, possono utilmente svolgere nei concreti momenti applicativi della psicologia clinica e psicoterapia, considerandoli dapprima sul piano più complessivo e generale e, successivamente, su quello più specificatamente rivolto alle persone *transgender*.

Rileva innanzitutto, al riguardo, lo Psicoanalista ed esperto italiano dei Sistemi complessi e del concetto di campo analitico Gabriele Lenti:

'Fu Bion che per primo propose l'idea che attraverso il cambiamento analitico si attivino trasformazioni dell'esperienza emotiva e della struttura psichica medesima.

L'interpretazione è il principale veicolo di trasformazione dell'esperienza emotiva a contatto con il paziente. Il compito specifico dell'analista risiede proprio nell'impegno a trasformare contenuti emotivi latenti in significati comunicabili. Ora, nella teoria del campo le trasformazioni diventano un aspetto centrale della nuova psicoanalisi, perché l'accento posto sull'intersoggettività sottolinea anche la trasformabilità delle esperienze e conseguentemente della struttura psichica. In questa tradizione di ricerca lo strumento più innovativo risiede senz'altro nell'interpretazione debole, un intervento non censurante e non perentoriamente deco-dificante, il quale apre a nuovi sviluppi di senso validati intersoggettivamente' (Lenti, 2005, p. 188).

Relativamente al concetto di 'interpretazione debole' inoltre, citando gli psicoanalisti italiani Bezoari e Ferro, lo stesso Lenti precisa precisa che essa *'non veicola in termini in termini esplicativi un senso già chiaramente configurato, ma contiene piuttosto una progettualità semantica altamente insatura, che può attualizzarsi e definirsi meglio soltanto con il contributo attivo del paziente [...] le interpretazioni acquistano forma e senso grazie ad una cooperazione ermeneutica che vede il paziente impegnato con pari – anche se non simmetrica – dignità di funzioni, miglior collega dell'analista nel pieno significato del termine (Bezoari e Ferro, 1989, p. 1048)'* (Lenti, 2005, p. 188).

Il contributo teorico di Wilfred Bion, peraltro, non viene ritenuto particolarmente importante solo riguardo alla cosiddetta 'teoria del campo' applicata al contesto psicoterapeutico generale, ma appare assai utile – insieme a quelli di Winnicott, delle attuali Neuroscienze e della *Neurofenomenologia* – anche riguardo alla possibilità di affrontare con adeguati strumenti psicologici uno degli aspetti assolutamente cruciali per il trattamento terapeutico della persona *transgender*, vale a dire il rapporto tra quest'ultima ed il proprio corpo. Questo specifico aspetto, come già si è detto, costituisce infatti il nucleo centrale di uno dei due aspetti più critici dell'equilibrio complessivo di queste persone, e se non adeguatamente da esse gestito può sviluppare appunto quel 'doppio legame' specifico, a cui qui si è già fatto riferimento, tra le comuni-

cazioni che esse ricevono nella percezione del proprio corpo fisico e quelle che invece le raggiungono attraverso i canali della propria emotività e della identità sessuale nella quale si riconoscono ed alla quale vorrebbero pertanto appartenere anche fisicamente.

La questione del rapporto di ciascun essere umano tra la propria mente e il proprio corpo, peraltro, è presente con un ruolo di grande rilevanza all'interno di molte culture sviluppatasi in ogni parte del mondo sin dalla più remota antichità. Su di essa sono state proposte varie teorie, spesso anche confliggenti tra di loro (basti pensare, nella nostra cultura cosiddetta 'occidentale', a quelle dei filosofi greci e latini di cui alcune fondate sulla loro indivisibilità ed altre su di una loro netta separazione, oppure al celebre 'dualismo' ribadito in tempi più recenti da Cartesio). L'articolata impostazione del problema come operata dapprima dalla Psicoanalisi e poi dalle scienze fenomenologiche e cognitive rende oggi sicuramente molto più credibile e condiviso, al riguardo, il concetto di 'unità psicofisica' (all'interno del quale, se poi vogliamo poi analizzare aspetti più circoscritti e specifici, possiamo poi ancora certamente utilizzare i termini di 'mente' e di 'corpo', ma soltanto considerandoli sostanzialmente come 'le due facce della stessa medaglia': intendendoli cioè, rispettivamente, nei loro più specifici significati di 'vissuti' e di 'corporeità' di una stessa persona costituita, sempre ed inscindibilmente, da entrambi).

Già Freud, peraltro, aveva assegnato nella propria elaborazione teorica complessiva un ruolo assolutamente centrale al corpo anche nel processo di costituzione dell'apparato psichico individuale, soprattutto con la sua celeberrima affermazione contenuta nel volume del 1922 'L'Io e l'Es' secondo la quale 'L'Io è innanzitutto un'entità corporea' (Freud, 1922, p. 488). Con essa quindi, nonostante un certo 'dualismo corpo-mente' presente invece nei primi scritti freudiani, per il fondatore della Psicoanalisi e per il suo complessivo costruito il corpo e i suoi affetti diventano assolutamente e definitivamente prioritari nella costruzione dell'Io, che costituisce una delle tre componenti di base dell'apparato psichico umano secondo la cosiddetta 'Seconda Topica' della teoria freudiana nella sua definitiva formulazione.

Non meno importante di quello di Freud, al fine di ristabilire il primato di una visione 'unitaria' ed 'olistica' dell'essere umano rispetto a quella 'dualistica' di Platone e di Cartesio, è poi risultato il contributo del filosofo francese Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), esponente di primo piano della Fenomenologia del secolo scorso. Secondo questo autore (1945), il corpo non è soltanto lo strumento attraverso cui noi percepiamo il mondo e lo conosciamo, ma proprio ciò attraverso cui noi 'siamo' al mondo e nel mondo.

In altri termini, per Merleau-Ponty, il 'primato della percezione' nell'acquisizione da parte di ogni persona di una propria sufficientemente adeguata ed armonica 'unità psicofisica' stabilisce per il genere umano anche il 'primato dell'esperienza', attraverso la quale la percezione riveste un ruolo attivo e costitutivo della personalità umana nella sua completezza ed unicità.

Successivamente a Merleau-Ponty, ritornando ancora nel solco della tradizione psicoanalitica, Donald W. Winnicott e Wilfred R. Bion hanno sviluppato una concezione del significato psicoanalitico del corpo ancora più profonda e significativa rispetto a quella enunciata da Freud, fondata per entrambi questi Autori – sebbene attraverso il ricorso a teorizzazioni e concetti per ognuno di essi originali e differenti – sul riconoscimento di una pressoché assoluta continuità tra l'organico e lo psichico e sull'importanza del ruolo della madre per un'adeguata integrazione tra questi due aspetti nell'evoluzione psicologica del bambino.

Winnicott, in particolare (1949), ha indicato proprio nella corporeità il punto di partenza dello sviluppo dell'Io. Per questo autore non solo esiste una sola 'unità psiche-soma', ma proprio soltanto quando la mente è intimamente connessa al corpo (ciò che avviene soprattutto attraverso la funzione del cosiddetto 'contenimento psichico' o *holding*, esercitato da una 'madre sufficientemente buona') noi gradualmente arriviamo a vivere noi stessi come abitanti dei nostri corpi e possiamo quindi sviluppare adeguatamente il nostro 'vero sé'. Al contrario, quando la madre non esercita sufficientemente questa fondamentale funzione di *holding*, la mente del bambino rimane come 'isolata' in tutto o in parte rispetto al suo corpo, ed egli può di conseguenza allontanarsi dalla prospettiva di una reale possibilità di affermazione del proprio sé autentico e sviluppare, invece, un cosiddetto 'falso sé' di più o meno ampia entità.

Wilfred R. Bion, nei suoi scritti a partire all'incirca dai primi anni 1960, ha ampliato l'ipotesi di Freud secondo cui il pensiero e le emozioni sono inseparabili, sostenendo esplicitamente anch'egli che il corpo sia il punto di avvio, per gli esseri umani, dei fenomeni di pensiero. Questo autore ha elaborato al riguardo una complessa ma molto accreditata teoria, che sostiene innanzitutto che la capacità di contenimento e di elaborazione delle emozioni è alla base del poter imparare dalla propria esperienza e che essa viene acquisita mediante la funzione che viene esperita per il bambino, praticamente sin dalla sua nascita, attraverso la cosiddetta *reverie* materna.

Bion indica in particolare, con questo termine (di difficile traduzione nella lingua italiana, anche se al riguardo alcuni autori utilizzano a volte le espressioni sogno ad occhi aperti oppure fantasticheria), la capacità della madre di assorbire le impressioni sensoriali ed emotive del neonato e di elaborarle in una nuova formazione mentale che la psiche del bambino possa, quindi, reintriettare ed assimilare in una forma più elaborata, meno ansiogena e maggiormente utile per la costruzione del proprio apparato mentale.

Un estremamente interessante raffronto del modello di Winnicott dell'integrazione mente-corpo fondata sulla funzione materna dell'*holding* e di quello di Bion fondata invece sulla *reverie* è stato effettuato da Vittorio Gallese, Paolo Migone e Morris Eagle nel loro articolo 'La simulazione incarnata, i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune

implicazioni per la psicoanalisi' (2006). A dire il vero, peraltro, in questo loro lavoro gli autori hanno considerato e messo tra di loro a confronto non solo i due concetti – di derivazione sostanzialmente psicoanalitica – di *holding* e di *reverie*, ma anche quello di *attunement* ('sintonizzazione affettiva') avanzato nel 1985 da Daniel N. Stern (1934-2012), uno dei principali promotori e sviluppatori della cosiddetta *Infant Research* (vale a dire quel filone teorico secondo cui la ricerca di relazione costituisce un bisogno primario, al pari di acqua e cibo, che orienta il bambino fin dai primissimi istanti di vita, e che ha chiaramente mostrato che la costruzione dell'apparato psichico di ogni essere umano si fonda su di una matrice sostanzialmente interpersonale).

Secondo questo lavoro, in estrema sintesi, questi tre autori concludono che sia l'*holding* di Winnicott che la *reverie* di Bion che la sintonizzazione affettiva di Stern descrivono, da differenti punti di vista, processi almeno in parte simili, in quanto si fondano tutti, a livello mentale e relazionale, sul comune fattore dell'empatia il quale, a sua volta, costituisce l'espressione psichica del meccanismo fisiologico che caratterizza il funzionamento, a livello cerebrale, del cosiddetto 'sistema dei neuroni specchio'.

Peraltro, secondo questi stessi Autori, i contributi di Winnicott, Bion e Stern non sono i soli ad essere rinvenibili nella letteratura scientifica riguardo a questi processi interpersonali alla base dello sviluppo psichico individuale: assimilabili ad essi sarebbero infatti anche gli apporti teorici di Sterba (1934), con il suo concetto di 'autoriflessione' come attività mentale specifica dell'essere umano, di Lacan (1936), con la sua teorizzazione della 'fase dello specchio' durante la quale il bambino di 8-10 mesi acquisisce la immagine totale del sé, di Kohut (1984), coi suoi concetti di 'transfert speculare' e 'internalizzazione trasmutante' e dello stesso Freud (1919) con la sua descrizione di quella struttura psichica 'auto-osservantesi' che rappresenta il risultato di una precedente internalizzazione (quella del *caregiver*) che gradualmente svolgerà una 'funzione guida' autonoma all'interno della mente e che in seguito originerà il Super-Io. Tutte queste concettualizzazioni, in altri termini, evidenziano il ruolo fondamentale della qualità della relazione precoce col *caregiver* nella progressiva organizzazione del sistema complessivo 'mente-corpo' di ogni individuo.

Per Bion, in particolare, la mente si sviluppa attraverso un continuo percorso di apprendimento dall'esperienza emotiva ed è in continua trasformazione, attraverso un processo dinamico di elaborazione dei dati sensoriali 'grezzi', cioè non elaborati psicologicamente, provenienti dal proprio corpo, stimoli che nella concettualizzazione di Bion vengono denominati 'elementi beta'.

Gli 'elementi beta', precisa Bion, non possono essere direttamente utilizzati come materiale di riflessione e di elaborazione cognitiva (in altri termini, non possono essere 'pensati') senza prima essere trasformati in qualcosa d'altro, qualcosa che costituisce invece un materiale 'pensabile' e costituire quin-

di la base per costruire le nostre riflessioni, le nostre attività mentali coscienti, i nostri 'pensieri'.

Bion ha denominato questi elementi utilizzabili per 'pensare i pensieri' con il termine di 'elementi alfa', ed il processo attraverso il quale gli elementi beta vengono trasformati in elementi alfa è stato da lui definito come 'funzione alfa'.

La funzione alfa, secondo Bion, si riferisce alla capacità di creare significato da dati sensoriali grezzi e non elaborati rappresentati dagli 'elementi beta'. Per questo autore, in altri termini, la funzione alfa agisce sugli elementi beta non elaborati e li trasforma in elementi alfa in un modo per certi aspetti paragonabile a ciò che avviene nel nostro apparato digestivo quando ingeriamo del cibo: tramite la digestione, infatti, gli elementi nutritivi in esso contenuti – e che non potrebbero essere assimilati dal nostro organismo senza tale processo trasformativo – subiscono una serie di reazioni chimiche che li rende invece assimilabili dal nostro corpo come 'carburante' per la vita e la stessa sopravvivenza del nostro organismo.

Analogamente, a livello mentale, attraverso la 'funzione alfa' gli 'elementi beta' vengono come 'digeriti', cioè appunto modificati in modo da diventare utilizzabili per i processi di pensiero vero e proprio: divengono cioè letteralmente, per usare le parole di Bion, 'cibo per la mente'.

Negli esseri umani adulti questa 'funzione alfa' viene svolta dall'apparato psichico complessivamente già in essi costituitosi nel corso degli anni, ma il bambino piccolo – che ancora non dispone di tale apparato in modo sufficientemente adeguato – non è ancora in grado di svolgerla autonomamente. Gli viene allora in soccorso, spiega Bion, la figura materna, che proprio attraverso il meccanismo della *reverie* vicaria il bambino nello svolgimento di tale compito fondamentale per la sua salute psichica.

Nel bambino, inoltre, la funzione alfa svolta dalla madre protegge il bambino dalle emozioni e dalle angosce provocategli dagli stimoli provenienti sia dall'esterno che dall'interno del proprio corpo, ma che egli non è autonomamente in grado di fronteggiare. Il compito di *reverie* svolto adeguatamente da parte della madre costituisce per Bion un concreto ed evidente esempio di attività della funzione alfa: la madre e il bambino piccolo formano quindi, nella concettualizzazione di questo autore, una vera e propria 'coppia pensante' che rappresenta il 'prototipo del processo di pensiero' che continuerà poi a svilupparsi per tutta la vita individuale, nonché un'evidente espressione naturale di ciò che in ambito psicoterapeutico abbiamo qui già indicato con il termine di 'campo analitico'.

Viceversa, un eventuale fallimento della madre nel contenere le emozioni e le angosce (ed in particolare la paura di morire) del suo bambino può produrre per quest'ultimo, come esito, l'insorgenza di un'esperienza di tipo psicotico. In questa situazione, quando cioè la madre si mostra incapace di arginare e contenere le paure del figlio, l'ansia e le paure del bambino che erano

state proiettate nella madre vengono restituite ad esso, spesso in una forma addirittura intensificata. A seguito di tale fallimento della *reverie* materna, l'instaurazione della funzione alfa nel bambino è pesantemente ostacolata e lo sviluppo della sua capacità di pensiero può di conseguenza risultarne gravemente compromesso.

La funzione alfa effettuata attraverso il meccanismo della *reverie* avviene, secondo Bion, tramite una serie di rapidi e reciproci scambi di impulsi mentali – che fluiscono dal bambino alla madre e viceversa soprattutto attraverso il canale oculare, ma che si avvalgono anche di tutte le altre principali vie sensoriali (in particolar modo l'udito, il tatto, la propriocezione, il gusto e l'odorato) – tramite un complesso e fundamentalmente inconscio 'gioco incrociato' di meccanismi di funzionamento mentale molto arcaici, che già Sigmund Freud aveva individuato nella proiezione, nella scissione e nella introiezione. Vediamo pertanto ora, sinteticamente, in che cosa consistono e come agiscono secondo la teoria psicoanalitica questi tre fondamentali meccanismi di funzionamento psichico.

1. Proiezione: l'attribuire ad un'altra persona caratteristiche – in genere vissute inconsciamente come negative – che sono invece presenti nella struttura dell'Io propria dell'individuo stesso.
2. Scissione: tendenza del soggetto, per inclinazione o per necessità, ad effettuare una netta divisione degli oggetti esterni in 'tutti buoni' o 'tutti cattivi'.
3. Introiezione: meccanismo di funzionamento mentale estremamente precoce, presente già nei bambini molto piccoli. È anche denominata 'Incorporazione' perché in psicanalisi indica l'incorporazione inconscia nella struttura dell'Io propria dell'individuo, dei valori, degli atteggiamenti e delle qualità di un'altra persona. In altri termini, esso è quel meccanismo che tende a far proprie e portare dentro di sé sia quelle parti desiderabili del mondo esterno sia quelle indesiderabili, le prime facendole proprie per impossessarsene e le seconde per neutralizzarle facendole sparire all'interno di sé. Secondo la teorizzazione di Melanie Klein (la celebre psicoanalista inglese il cui contributo teorico può essere situato cronologicamente – almeno schematicamente – dopo quello di Freud e prima di quello di Bion, il quale fu da essa sicuramente influenzato) il bambino molto piccolo è peraltro solito utilizzare queste modalità arcaiche di funzionamento anche combinandole tra di loro, dando così origine ad altri due particolari meccanismi mentali primitivi che essa nomina, rispettivamente, come identificazione proiettiva e identificazione introiettiva.
4. Identificazione proiettiva: consiste nell'azione combinata dei meccanismi psichici della proiezione e dell'introiezione. Attraverso di essa, parti del soggetto vengono proiettate nell'oggetto, ed il soggetto si identifica con esse reintroiettandole.
5. Identificazione introiettiva: consiste anch'esso nell'azione combinata e

spesso complementare dei due meccanismi della proiezione e dell'introiezione, ma in forma opposta a ciò che avviene nell'identificazione proiettiva. Parti dell'oggetto vengono introiettate dal soggetto, che può così proiettare al di fuori di sé le proprie parti ad esse riferibili.

La funzione alfa esercitata verso il bambino da parte della madre durante il processo della *reverie* si fonderebbe quindi, secondo Bion, sull'azione combinata di questi meccanismi arcaici: il bambino 'proietta' nella madre gli elementi beta che costituiscono i propri vissuti negativi 'impensabili' (vale a dire ciò che attraverso il corpo gli origina tensioni ed angosce, nonché la propria aggressività e la propria rabbia da esse derivanti); la madre 'introietta' dentro di sé questo materiale psichico carico di aggressività e, attraverso la propria funzione alfa, lo 'deaggressivizza' e lo 'neutralizza' trasformandolo in 'elementi alfa' costituiti da emozioni e contenuti positivi, non più 'spaventosi' e quindi finalmente gestibili dall'apparato psichico del bambino per 'costruire i pensieri'; il bambino a sua volta 'reintroietta' dentro di sé queste emozioni e questi vissuti positivi, da lui finalmente gestibili, e li utilizza per iniziare a sviluppare autonomamente un proprio apparato psichico in grado di sostenerlo nella genesi e nello sviluppo del proprio apparato mentale.

Attraverso il processo della *reverie*, in altri termini e descrivendolo secondo una nota e sintetica formula che molto chiaramente rappresenta il pensiero espresso al riguardo da Bion, 'la madre riceve angoscia e dona pace'.

Secondo Bion infine, analogamente a quanto avviene nel rapporto tra il bambino e la madre quando quest'ultima esercita la propria 'funzione alfa', anche la psicoanalisi e la relazione analitica attivano un funzionamento mentale capace di reggere l'impatto con le emozioni e possono così permettere il cambiamento in senso evolutivo dell'apparato mentale. Il corpo concreto, nel qui e ora della seduta psicoanalitica, viene considerato da Bion come una potenzialità di pensiero in divenire, come 'un pensiero in attesa di essere pensato', laddove il ruolo dell'analista nel favorire la nascita di un pensiero attraverso i corpi proprio e del paziente può essere – metaforicamente – assimilato a quello dell'ostetrica che contribuisce alla 'venuta al mondo' di un bambino che sta per nascere.

Se poi si considera, prendendo spunto dal pensiero di Ludwig Von Bertalanffy secondo il quale 'ogni organismo è un sistema, e cioè un ordine dinamico di parti e di processi mutualmente interagenti' (Von Bertalanffy, 1952, p. 317), è evidente che non solo le singole 'unità mente-corpo' della madre e del bambino da un lato e dell'analista e del paziente dall'altro, ma anche ciascun 'campo' creato dalla loro reciproca interazione vanno considerati come 'sistemi complessi' ed interpretati pertanto, oltre che sulla base dei contributi provenienti da tutti questi autori di ambito psicologico/psicoanalitico, anche attraverso i principi indicati dalla cosiddetta 'Teoria dei Sistemi complessi dinamici non-lineari' (Von Bertalanffy, 1952; Von Foerster, 1981; Seligman, 2005; Parisi, 2021).

La diade ‘terapeuta-paziente’ è infatti un insieme nel quale entrambi i componenti sono, a loro volta, due ulteriori sistemi complessi uniti da un regolare rapporto di interazione e di interdipendenza reciproca. A seguito di ciò, di questo processo di continua ‘co-costruzione’ della relazione di cura che si riverbera e produce cambiamenti all’interno sia del ‘soggetto-paziente’ che del ‘soggetto-analista’, la Psicoanalisi della Relazione odierna non si caratterizza più, come avveniva nella Psicoanalisi freudiana delle origini, come una ‘cura dell’animo umano’ che il terapeuta attua nei confronti del proprio assistito, bensì come una continua variazione degli assetti interiori di entrambi fondata sul cosiddetto ‘principio di mutualità’.

Il ruolo delle emozioni vissute attraverso le due ‘unità mente-corpo’ del paziente e dell’analista, nella loro reciproca azione ed interazione, può dare in questo modo origine ad una tecnica applicativa della psicoanalisi che, a mio avviso, può trovare una concreta ed efficace applicazione con varie tipologie di persone che intendono avvalersi di un percorso psicoterapeutico ed in particolare, ad esempio, proprio con le persone *transgender*.

Non vi è infatti alcun dubbio sul fatto che, per queste ultime, il rapporto col proprio corpo e coi vissuti che esso ingenera in loro appare assolutamente centrale riguardo a tutto il complesso della loro attività e del loro equilibrio psicofisico complessivo, ed è infatti alla base di entrambi i sopra descritti ‘doppi legami’ che sono all’origine delle loro problematiche emotive e delle loro difficoltà esistenziali.

Attraverso una relazione fondata sul reciproco ‘consenso informato’ fattuale ed un lavoro terapeutico che, proprio fondandosi sulla fiducia che – analogamente a quella che ripone il bambino nella propria ‘madre sufficientemente buona’ che svolge per lui la funzione della *reverie* – sia concretamente in grado di consentire al paziente *transgender* di trasformare in ‘elementi alfa’ quegli ‘elementi beta’ che invece i due ‘doppi legami’ summenzionati sistematicamente gli trasmettono (e che sono alla base del suo disagio o, comunque, dei suoi malesseri e delle sue difficoltà esistenziali), un percorso di supporto psicologico e di psicoterapia per le persone *transgender* può effettivamente, a mio avviso, non solo aiutarle ad uscire dal ‘doppio doppio legame’ in cui frequentemente esse si possono trovare invischiate, ma soprattutto a prevenire ed evitare problematiche psicologiche ancora più gravi – come ad esempio la depersonalizzazione, i sintomi somatici o addirittura la dissociazione – alle quali una esposizione troppo prolungata nel tempo allo stress indotto da tale estremamente confusiva condizione sicuramente le espone.

Come afferma, al riguardo, Gabriele Lenti (2020), ‘Sentire il proprio corpo è dovuto all’amore che si prova per se stessi: quando si manifestano tendenze distruttive vi è depersonalizzazione, il corpo si ‘sparge per il mondo’, si deforma nel suo vissuto più intimo diventando estraneo. Compagnono sintomi somatici importanti come emicrania, dispnea, vertigini, e

si può sviluppare l'idea di essere alla presenza del proprio corpo come elemento separato.

Può fare la sua entrata sulla scena affettiva l'impressione di non esistere, il soggetto perde i contorni della propria immagine, sente di perdere la propria consistenza e non si riconosce più. Spesso possiamo parlare di disappropriazione del corpo e le fenomenologia si complica lasciando intatta, comunque, la stabilità dell'Io profondo oltre l'Io corporeo [...] Le facoltà mentali, come già indicava Meynert, rimangono intatte durante un episodio di depersonalizzazione; questo perché non si tratta di una frammentazione schizofrenica o di un delirio paranoico ma di un vissuto strettamente legato alla dimensione fenomenica del corpo' (Lenti, 2020, p. 60).

La ricerca di nuovi elementi alfa che sostituiscano il più possibile, per queste persone, gli elementi beta provenienti dal loro corpo e dai conflitti spesso 'impensabili' che da esso si originano rappresenta, a mio avviso, una sorta di 'strada maestra' attraverso cui esse possano stabilire un rapporto tra se stessi ed il mondo esterno fondata sull'armonica integrazione tra l'affermazione del proprio 'vero Sé' ed il rispetto del principio di realtà. Tali nuovi 'pensieri pensabili' rappresentano infatti gli elementi costitutivi della psiche umana su cui possono essere poi a poco a poco costruiti sistemi più complessi e più stabili nel tempo, e la loro preminente presenza nell'apparato psichico di ciascuno di noi – e per le persone *transgender* in particolare – rappresenta quindi, a mio avviso, uno dei principali obiettivi che l'intervento psicologico e psicoterapeutico dovrebbe necessariamente perseguire.

Conclusioni

Nella storia della Psicologia Clinica e della Psichiatria, sin dai loro albori, le inclinazioni individuali verso il *transgenderismo* furono generalmente considerate come manifestazioni di una patologia mentale. Questa interpretazione si è sicuramente diluita nel corso del tempo, ma ancor oggi (al contrario di quanto è avvenuto invece, intorno alla metà degli anni 1970, per il concetto di 'omosessualità') non risulta del tutto superata.

Molti psicoterapeuti, di conseguenza, ritengono ancor oggi che coloro che le evidenziano necessitino di una sorta di 'cura' che li porti ad un livello di funzionamento mentale non più connotato in senso 'regressivo' e 'psicopatologico' bensì maggiormente orientato nella direzione di una più o meno teorica 'normalità'.

Si sta invece assistendo, in questi ultimi anni, ad un vasto ed approfondito dibattito che tende a mettere al centro della psicoterapia non più una visione 'scientifica' ed 'oggettivizzante' per la quale il principale obiettivo di essa risulterebbe essere il superamento di una condizione di malfunzionamento mentale, bensì l'acquisizione di uno stato soggettivo di benessere

fondato sul superamento sia del conflitto tra il genere assegnato ed il genere percepito come autenticamente proprio dalla persona stessa, sia di quello proveniente dalla sensazione di stigma e di conseguente malessere che la persona interessata riceve dal contesto familiare, sociale ed interpersonale nel quale è costantemente immersa. Ciò necessita, operativamente, di un articolato processo fondato su molteplici elementi tra i quali un ‘nodo’ iniziale appare tuttora quello costituito dal non ancora completo superamento del concetto di ‘diagnosi’ riferibile a questa specifica condizione soggettiva.

Così si è espresso ad esempio Jack Drescher (2010), componente sia del gruppo di lavoro del DSM-5 sui disordini sessuali e della identità di genere sia del gruppo di lavoro dell’ICD-11 sui disordini sessuali e la salute sessuale: ‘Il principio guida in medicina è innanzitutto, non arrecare danni [...]. Il danno del mantenere la diagnosi è lo stigma, e il danno della sua rimozione è la potenziale perdita dell’accesso alle cure’.

La duplice stigmatizzazione dell’essere *transgender* e di avere contemporaneamente una diagnosi di disturbo mentale crea per queste persone, secondo Drescher, una situazione doppiamente critica, che contribuisce a creare per molte di loro una situazione di ‘stallo’ di non facile superamento.

Il problema tuttora al riguardo più rilevante, secondo questo autore, permane ancor oggi quello dei diritti umani delle persone *transgender*, che sono già violati nel momento stesso in cui le loro manifestazioni di ‘varianza di genere’ vengono etichettate come sintomi di un ‘disturbo mentale’. Per questo motivo, innanzitutto, ogni tipo di ‘diagnosi’ all’interno di questo processo di presa in carico dovrebbe essere ‘depatologizzato’, proprio come venne fatto per l’omosessualità nel 1973 da parte del DSM e nel 1990 da parte dell’ICD.

Evitare ogni tipo di ‘diagnosi psicopatologica’ per queste persone potrebbe comportare come conseguenze immediate numerosi vantaggi:

- 1) Innanzitutto, potrebbe portare all’acquisizione di un argomento potente e di potenziale successo nei casi legali che contestano la negazione della copertura finanziaria per le cure necessarie ai *transgender* di qualunque età.
- 2) Di conseguenza, potrebbe portare le varie Assicurazioni a cessare di negare l’accesso alle cure a quei *transgender* alle prese con fonti di finanziamento inadeguate sia private che pubbliche per cure psicologiche, mediche e chirurgiche.
- 3) Infine, attraverso l’acquisizione di tali coperture economiche, potrebbe consentire a queste persone l’accesso ad un sistema globale di cura basato sull’accettazione incondizionata della persona del paziente, sul perseguimento del suo benessere psicologico soggettivo nel rispetto di quello degli altri e, finalmente, sulla affermazione ed il conseguimento concreto del genere da esse effettivamente desiderato.

Come rilevano, al riguardo, Crapanzano *et al.* (2021):

'Appare evidente come sia auspicabile, in quest'ambito, la formulazione e l'adozione di modelli e di approcci che possano da una parte facilitare il coming out, che non fungano da ostacolo per la persona transgender, che siano quanto più possibile accoglienti e rispettosi dei bisogni specifici della singola persona, ma che, allo stesso tempo, possano garantire la massima tutela della salute psicofisica. L'individuazione e l'adozione del modello più adatto a soddisfare i complessi e variegati bisogni della popolazione transgender potrebbe certamente essere di grande aiuto a superare il disagio, a ridurre l'alto rischio suicidario e a garantire una buona qualità di vita in queste persone'.

Sono questi, a mio avviso, gli obiettivi che la complessiva comunità degli psicoterapeuti e delle altre 'professioni d'aiuto' stanno già perseguendo da tempo ed il cui completo conseguimento appare oggi più che mai, anche nel nostro Paese ma soprattutto a livello internazionale, un traguardo concretamente raggiungibile.

Glossario

Termini relativi alle problematiche di genere oggi particolarmente utilizzati e diffusi:

- **Cisgender:** termine che descrive le persone in cui il cui sesso assegnato alla nascita si allinea sia con la propria identità di genere che con la propria espressione di genere.
- **Coming-out:** espressione usata originariamente nella lingua inglese, ma ormai ampiamente utilizzata anche in Italia, per indicare la decisione di dichiarare apertamente, o comunque di non celare rispetto al mondo esterno, il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere. Non va confuso con l'*outing* (vedi).
- **Disforia di genere:** un disagio clinicamente significativo, oppure una compromissione correlata all'incongruenza di genere, che può includere il desiderio di cambiare le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie, e che viene definito nel DSM-5-TR come derivato da una marcata incongruenza tra il genere vissuto/espresso ed il genere assegnato della durata di almeno 6 mesi caratterizzata dalla presenza di specifici sintomi. Non tutte le persone *transgender* o di genere diverso soffrono di disforia di genere.
- **Espressione di genere:** la manifestazione esteriore del genere di una persona, che può ma non necessariamente deve riflettere la sua identità di genere interiore, e che riguarda sostanzialmente il modo in cui essa si presenta al mondo relativamente al proprio genere sulla base delle aspettative sociali tradizionali. L'espressione di genere di una persona non è quindi sempre sovrapponibile alla identità di genere che essa realmente presenta; essa rappresenta invece il modo in cui una persona presenta se stessa, i

vestiti che indossa, gli accessori, l'acconciatura, l'eventuale cosmesi, i modelli di voce/discorso, le modalità conversazionali e le sue caratteristiche fisiche.

- **Gender non-conforming:** termine 'ombrello', vale a dire generico, che ricomprende molte sfumature e possibilità riguardanti l'identità di genere di una persona, e che descrive quindi soggetti con identità e/o espressioni di genere non rigidamente definite. Esso include anche persone che si identificano come appartenenti – simultaneamente e/o alternativamente – a più generi oppure anche senza genere. In Italiano viene generalmente tradotto con le espressioni 'genere diverso', 'genere non conforme', 'non-conformità di genere' o altre analoghe.
- **Identità di genere:** il senso psicologico soggettivo del proprio genere che una persona presenta, vale a dire il sentimento interiore di una persona di essere una ragazza/donna, un ragazzo/uomo, una combinazione di entrambi o qualcos'altro, incluso il non avere alcun genere. Quest'ultimo può corrispondere, oppure non corrispondere, al sesso assegnato alla nascita.
- **Non binario:** un termine usato per definire le persone la cui identità di genere non è né ragazza/donna né ragazzo/uomo.
- **Outing:** La parola inglese *outing* indica, nella lingua italiana, la pratica di rendere pubblico l'orientamento sessuale o l'identità di genere di una persona *in assenza del suo consenso*. Si differenzia pertanto in modo netto dal cosiddetto *coming out* (vedi), che invece indica un atto volontario di rivelazione in prima persona del proprio orientamento sessuale o della propria identità di genere. Inoltre, il termine *outing* viene spesso usato anche in un'accezione più ampia rispetto alla sfera delle abitudini e delle inclinazioni sessuali, attraverso il rendere pubblico un fatto personale di qualcuno che vorrebbe invece mantenerlo segreto (ad esempio, relativamente all'orientamento politico o al credo religioso della persona alla quale si riferisce).
- **Sesso assegnato alla nascita:** designazione anagrafica di una persona come 'femmina', 'maschio' (oppure, più raramente, come 'intersessuale'), effettuata in base all'anatomia (ad esempio, genitali esterni e/o organi riproduttivi interni) e/o ad altri fattori biologici (ad esempio i cromosomi sessuali). 'Sesso' e 'genere' sono spesso termini al riguardo usati in modo intercambiabile, ma in realtà sono entità distinte: pertanto è sempre più indicato distinguere tra sesso, identità di genere ed espressione di genere, al fine di evitare rischiose supposizioni su di una di queste caratteristiche di una persona basandosi solo sulla conoscenza delle altre. Il sesso effettivamente assegnato alla nascita viene talvolta abbreviato con l'acronimo AMAB ('assegnato maschio alla nascita') oppure con AFAB ('assegnato femmina alla nascita').
- **Orientamento sessuale:** termine che descrive i tipi di individui verso i quali una persona ha attrazione emotiva, fisica o entrambe. Ogni essere

umano può infatti, ad esempio, essere attratto soltanto o quasi esclusivamente da persone del sesso opposto al proprio (e viene pertanto definito in tal caso come *eterosessuale*), ma può anche essere attratto solamente o quasi esclusivamente verso persone del proprio stesso sesso, ed essere quindi *omosessuale* (si parla pertanto, in questi casi, di maschi gay o di donne lesbiche). Inoltre, una persona può manifestare attrazione (sia alternativamente che contemporaneamente) anche verso persone di entrambi i generi (ed in tal caso viene definita con il termine di bisessuale), verso nessuna persona di alcun genere (e viene allora definita come asessuale) oppure verso qualunque altro tipo di persona anche di genere non definito (ed in tal caso si usa di solito, per definirla, il termine pansessuale).

- **Transgender:** termine generico che descrive le persone in cui la propria identità di genere non si allinea con il sesso assegnato loro alla nascita, bensì con quello del sesso opposto.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione, revisione del testo*. Tr. it.: Milano: Masson, 2023.
- Baranger, W., Baranger, M. (1961-2), *La situazione analitica come campo bipersonale*. Milano: Cortina, 1990.
- Bezoari, M., Ferro, A. (1989). Ascolto, interpretazioni e funzioni trasformative nel dialogo analitico. *Rivista di Psicoanalisi*, 35(4): pp.1015-1051, 1989.
- Bion, W.R. (1961). *Experencies in groups and other papers*. London: Tavistock Publications, 1961 (Tr. it.: Esperienze nei gruppi. Roma: Armando Editore, 1970).
- Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma, Armando, 1972
- Bion, W.R. (1963). *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando, 1979.
- Bion, W.R. (1965). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Roma: Armando, 1973.
- Bion, W.R. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.
- Bion, W.R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando, 1973.
- Bion, W.R. (1996). *Cogitations-Pensieri*. Roma: Armando, 2010.
- Corrao, F. (1986), Il concetto di campo come modello teorico. In: *Gruppo e Funzione analitica*, VII, N.1, Gennaio/Aprile 1986.
- Crapanzano, A., Carpinello, B., Pinna, F. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Riv Psichiatr* 2021; 56(2): 120-128.
- Drescher, J. (2010) Trans-sexualism, gender identity disorder and the DSM. *J Gay Lesb Ment Health*, 2010; 14: 109-22.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P.T., Reed, G.M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 297-304.
- Ferro, A. (2009). Transformations in dreaming and characters in the psychoanalytic field. *Int. J. Psychoanal.*, 90: 2009-2030.
- Ferro, A., Basile, R. (a cura di) (2011). *Il campo analitico*, Roma: Borla, 2011.
- Freud, S. (1919). Il perturbante. *Opere*, 9: 81-114. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1922). L'Io e l'Es. *Opere*, 9: 467-520. Torino: Boringhieri, 1977.
- Gallese, V., Migone, P., Eagle, M.N. (2006). La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le

- basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi. In: *Psicoterapia e scienze umane*: 2006, XL, 3: 543-580. Milano: Franco Angeli, 2006.
- Istituto Superiore di Sanità (2021). Disforia di Genere. In *ISSalute: Informarsi, conoscere, scegliere*. Roma: Portale dell'Istituto Superiore di Sanità, 26 Aprile 2021. Indirizzo web: <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/d/disforia-di-genere>
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: Univ. of Chicago Press (trad. it.: *La cura psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1986).
- Lacan, J. (1936). Le stade du miroir. Théorie d'un moment structurant et génétique de la constitution de la réalité, conçu en relation avec l'expérience et la doctrine psychanalytique. Relazione presentata al *Fourth International Psychoanalytic Congress* a Marienbad, 1936.
- Lenti, G. (2005). *Al di là del principio di entropia. Alcune riflessioni su psicoanalisi e complessità*. Roma: Armando Armando editore, 2005.
- Lenti, G. (2020). *Un vivo fascio di garofani rossi. Ricerche psicoanalitiche sulla poetessa Antonia Pozzi*. Roma: Europa Edizioni, 2020.
- Lenti, G. (2021). *Complessità e campo psicoanalitico. Scritti*. Roma: Europa Edizioni, 2021.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Il Saggiatore, 1965.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2018). ICD-11, versione informatizzata in lingua Inglese, 2018. Indirizzo web: <https://icd.who.int/en>
- Parisi, G. (2021). *In un volo di storni*. Milano: Rizzoli, 2021.
- Seligman, S. (2005). Le teorie dei sistemi dinamici come meta-inquadramento della Psicoanalisi. In: *Ricerca Psicoanalitica*, Anno XVIII, n. 3, pp. 309-343, 2007.
- Sterba, R. (1934). Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Int. Z. Psychoanal.*, 20: 66-73 (Trad. it.: Il destino dell'Io nella terapia analitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1994, XXVIII, 2: 109-118).
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books, 1985. (trad. it.: *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987).
- Von Bertalanffy, L. (1952). *Teoria generale dei sistemi*. Milano: Mondadori, 1971
- Von Foerster, H. (1981). *Observing systems*. Seaside, Ca. Intersystems Publications, 1981. (Trad. It. *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio, 1987)
- Winnicott, D.W. (1949). L'intelletto e il suo rapporto con lo Psiche-Soma. In: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D.W. (1958). *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Zucker, K.J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. In: *Sexual Health*, 2017 Oct, 14(5):404-411.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 3 marzo 2023.

Accettato: 23 giugno 2023.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:791

doi:10.4081/rp.2024.791

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.