

Il modello affermativo dell'identità di genere per persone Transgender e di Genere Non-Conforme incontra la Psicoanalisi

*Andrea Crapanzano, Ph.D.**

«Il mio corpo non è più il mio destino. Adesso è la mia tela¹»

Abstract: In questo articolo l'autore si propone di descrivere il modello affermativo dell'identità di genere per persone Transgender e di Genere Non Conforme basato su teorie psicoanalitiche classiche riadattate specificatamente al lavoro clinico con questa popolazione. Viene inoltre presentato un caso clinico in cui questo modello viene applicato all'interno di un percorso psicoanalitico con un giovane paziente transgender.

Parole chiave: Modello Affermativo, Identità di Genere, Psicoanalisi, Transgender, Non Conformità di Genere

* Andrea Crapanzano (Ph.D.) è Psicoterapeuta Psicoanalitico, Docente di Psicologia Forense, Teorie e Tecniche Psicodinamiche e Psicosessualità Umana presso la San Francisco State University, San Francisco, CA. www.andreacrapanzanophd.com

¹ (Goldner V., 2011, pp.166)

Abstract: The gender-affirmative model for Transgender and Gender Non-Conforming people meets

Psychoanalysis: In this article, the author aims to describe the affirmative model of gender identity for Transgender and Gender Non-Conforming people based on classic psychoanalytic theories specifically adapted to clinical work with this population. A clinical case is also presented in which this model is applied within a psychoanalytic process with a young transgender patient.

Keywords: Affirmative Model, Gender Identity, Psychoanalysis, Transgender, Gender Non-Conformity

Introduzione

Negli ultimi anni, abbiamo assistito ad un aumento considerevole del numero di giovani pazienti che richiedono aiuto psicologico per questioni relative alla loro identità di genere. Tale fenomeno comporta inevitabilmente la messa in discussione delle nostre idee ed opinioni profonde, siano esse cosce od inconscie, sul concetto di genere. Infatti, il superamento dei nostri pregiudizi e preconcetti è fondamentale per supportare

queste persone nel loro viaggio esplorativo o, qualora lo desiderino, nel loro percorso di transizione/affermazione di genere in maniera accogliente, competente e validante.

Per dare un'idea di questa "esplosione" nel numero di giovani che vengono inviati a diversi centri specializzati su questioni relative al genere, il *Tavistock Clinic Gender Identity Development Service* (Regno Unito) ha registrato tra il 2009 ed il 2017 un aumento negli invii da 96 a 2.016 all'anno. Similmente, gli Stati Uniti, che nel 2007 ospitavano solo una clinica specializzata in questioni di genere (*Boston Children's Hospital*), un decennio dopo ospitavano oltre 50 cliniche pediatriche specializzate sull'argomento e disseminate in tutto il paese (Turner C., 2017).

Nonostante l'inevitabilità di questa nuova realtà, molti di noi dichiarano apertamente di non possedere le competenze necessarie per affrontare queste tematiche all'interno di un percorso psicoterapeutico (APA, 2009). Proprio a partire da tali constatazioni, di recente sono apparsi diversi documenti e linee guida volti ad aiutare i professionisti della salute mentale nel loro lavoro con questa popolazione.

In tale contesto, anche la psicoanalisi sta cercando di adattarsi a questa nuova realtà e migliorare il suo rapporto, da sempre molto complicato, con le persone diagnosticate con disforia di

genere (DSM V, 2013). Per molti anni, infatti, la psicoanalisi ha patologizzato individui Transgender² e di Genere Non Conforme³ (TGNC) ed ha sviluppato modelli teorici e clinici volti a “riparare il genere” di questi pazienti e “convertirli” verso ciò che veniva considerato come l’unico esito possibile dello sviluppo psicosessuale umano ovvero una “normale eterosessualità”. Questa visione stigmatizzante e binaria del genere ha avuto inevitabilmente un impatto negativo sui nostri sforzi di lavorare in maniera empatica ed accogliente con pazienti Transgender e di Genere Non Conforme. In realtà, è proprio la psicoanalisi stessa che ci fornisce le tecniche più appropriate per lavorare con questa popolazione. Queste tecniche, infatti, una volta riadattate e modificate, possono illuminare il percorso psicoanalitico con pazienti TGNC verso la scoperta e l’espressione del loro sé autentico (Ehrensaft, 2012 & 2018).

Breve storia del “transgenderismo” in psicoanalisi

² «*Transgender* è un aggettivo ed un termine generico usato per descrivere l'intera gamma di persone la cui identità di genere o ruolo di genere non è conforme a ciò che è tipicamente associato al sesso assegnato loro alla nascita» (APA, 2021, p. 57).

³ Il termine *Genere Non Conforme* (GNC) viene usato per descrivere persone che sentono che la loro identità di genere non è completamente allineata con il sesso assegnato loro alla nascita. È anche usato per descrivere bambini che mostrano un aspetto esteriore o comportamenti che sembrano rompere, piegare o deviare dai ruoli di genere stereotipici e generalmente attesi da bambini/bambine o ragazzi/ragazze. Alcuni di questi bambini, ma non tutti, potrebbero diventare, una volta adolescenti o adulti, TGNC (Singh, A., & dickey, l. m., 2017).

Molti di noi hanno imparato le principali teorie psicoanalitiche che spiegano lo sviluppo dell'identità di genere all'interno dei loro programmi di specializzazione. In sintesi, queste teorie ruotano intorno al Complesso d'Edipo. Il sesso del bambino viene assegnato alla nascita: maschio o femmina. Entro i primi due anni di vita il bambino sviluppa la propria identità di genere basata su questa designazione (*l'essere del genere*: “sono una bambina”; “sono un bambino”). Dai due ai sei anni di età il bambino impara cosa significa essere maschio o femmina e viene socializzato in ruoli di genere appropriati (*il fare del genere*: assimilazione di comportamenti congruenti con il sesso biologico assegnato alla nascita). Se tutto va bene, i bambini giungono, intorno ai sei anni, ad accettare il sesso assegnato loro alla nascita, a superare le proprie fantasie erotiche rivolte al genitore del sesso opposto in quanto pericolose ed a consolidare la propria identità di genere ed eterosessualità come permanente. Ciò avviene attraverso l'identificazione del bambino con il genitore dello stesso sesso così da esser pronto per il futuro ruolo di uomo o donna, marito o moglie e madre o padre (Freud, 1905).

Qualsiasi tipologia di deviazione da questa norma viene considerata come una anomalia ed in quanto tale necessitante di trattamento. In queste *terapie riparative o di conversione*, il bambino, definito come “perverso” e vittima di eccessive ansie

primitive (ansia di castrazione), incontra uno psicoanalista dello stesso sesso che funge da modello positivo. I genitori, invece, vengono solitamente colpevolizzati per essere troppo presenti o gratificanti, se madri, o troppo assenti, se padri, e svolgono una psicoanalisi parallela (Stoller, 1985; Green, 1987; Chiland, 2003). L'obiettivo di queste forme di terapie è quello di cambiare i comportamenti, le idee e le identificazioni di genere in bambini per scongiurare un esito gay o transgender. Queste forme di terapia, ancor oggi in uso in diverse parti del mondo, sono state dichiarate non etiche, inefficaci e dannose dalle principali associazioni nazionali e internazionali per la salute mentale (APA, 2015).

Approcci affermativi dell'identità di genere

Le cose hanno cominciato a cambiare all'inizio del ventunesimo secolo grazie ai contributi di un gruppo di psicoanalisti (Adrienne Harris, Virginia Goldner, Muriel Dimen, and Ken Corbett) che hanno cambiato profondamente i costrutti psicoanalitici tradizionali relativi ai concetti di sesso, genere e sessualità. Questi autori sostengono che lo sviluppo di genere ha molti percorsi (varianza di genere), non uno solo, e che il genere è, almeno in parte, un costrutto sociale con un'ampia variabilità

piuttosto che una categorizzazione dicotomica di maschio/femmina predeterminata esclusivamente a livello biologico (Corbett K., 1993).

Questi cambiamenti radicali nel mondo psicoanalitico e non solo hanno facilitato lo sviluppo di nuove forme di trattamento per questa popolazione basate su un approccio definito “affermativo-validante-assertivo” nei confronti dell’esperienza interiore di genere vissuta da queste persone. Questo approccio si basa sui seguenti principi: 1) le variazioni di genere non sono disturbi; 2) vi sono infiniti percorsi di genere; 3) ogni percorso di genere è positivo; 4) nessun percorso è privilegiato rispetto ad un altro; 5) le presentazioni di genere sono diverse e variegata a seconda della cultura di appartenenza; 6) il genere è un intreccio di biologia, sviluppo, socializzazione, cultura e contesto sociale; 7) il sesso è un costrutto fluido e non binario; 8) i problemi psicologici concomitanti, se presenti, non sono correlati ad alcuna patologia interna all’individuo, bensì alle reazioni della società verso espressioni non conformi di genere (Ehrensaft, 2018).

Secondo questo modello, l’obiettivo del trattamento non è quello di “riparare il genere”, ma piuttosto fornire uno spazio sicuro e validante ai pazienti per esplorare ed esprimere sé stessi e per costruire o rafforzare la resilienza di cui avranno bisogno

per far fronte ad un mondo non sempre pronto ad accettarli. Altri obiettivi sono alleviare lo stress derivante dall'appartenere ad una minoranza sessuale e sviluppare una rete di supporto sociale positiva intorno la persona TGNC. Questo è il concetto di *salute di genere*, ovvero l'opportunità di vivere nel proprio genere in modo autentico, senza proibizioni o inibizioni, attraverso accettazione e sostegno (Ehrensaft, 2017).

Sebbene il modello affermativo di genere sia adattabile a diversi approcci psicoterapeutici, questo approccio è particolarmente adatto alla terapia psicoanalitica infantile, dove attraverso l'ascolto, il gioco, il rispecchiamento, l'osservazione, la relazione e l'interpretazione, possiamo entrare nel cuore del vissuto di genere dei nostri pazienti. Allo stesso tempo, questi strumenti possono aiutare il terapeuta a decifrare se questa espansività di genere possa essere, invece, una soluzione o un sintomo di un altro problema psichiatrico sottostante (psicosi, autismo, trauma, ansia, sindrome di Peter Pan...), possibilità che, pur essendo estremamente rara, può occasionalmente verificarsi (Ehrensaft, 2012 & 2018).

Diane Ehrensaft: Vero Sé di Genere, Falso Sé di Genere, Rete di Genere, e Creatività di Genere

Diane Ehrensaft ha utilizzato e riadattato le teorie winnicottiane del Vero Sé, Falso Sé, e Creatività Individuale (Winnicott, 1960 & 1965) per la comprensione dell'identità di genere dei suoi giovani pazienti TGNC. Questo adattamento ha dato origine a tre concetti fondamentali: il Vero Sé di Genere, il Falso Sé di Genere, e la Creatività di Genere (Ehrensaft 2012, 2021). Il *Vero Sé di Genere* rappresenta il nucleo dell'identità e dell'espressione di genere del bambino, esiste fin dalla nascita e risiede nell'intersezione fra mente, corpo e cervello. Questa intersezione va immaginata come un insieme di fili che va a formare una *rete di genere* ed include: cromosomi; ormoni; recettori ormonali; gonadi/caratteristiche sessuali primarie; caratteristiche sessuali secondarie; cervello; mente; socializzazione (famiglia, scuola, religione o spiritualità), comunità; cultura (valori, etica, politica, leggi, teorie). Questa rete di genere non è un'entità statica o fissa, ma si trasforma nel corso della vita. Ciò significa che sia l'identità di genere sia le espressioni di genere di un individuo mutano in continuazione come risultato delle interazioni fra il bambino ed il mondo esterno. Al contrario, il *Falso Sé di Genere* è la facciata che il bambino mostra al mondo a seconda delle aspettative dell'ambiente esterno ed a seguito dell'interiorizzazione di comportamenti di genere “appropriati” o “adattivi”. Infine, il

termine *Creatività di Genere* si riferisce al processo attraverso il quale il bambino intreccia fattori interni (corpo, cervello, mente, psiche) e fattori esterni (socializzazione, cultura, famiglia) nel tentativo di tessere una rete che rappresenta il suo autentico sé di genere che possa esprimersi in maniera confortevole e sicura nel mondo. Questo processo può anche essere descritto come una sorta di negoziazione tra il bambino ed il suo ambiente, in particolare la famiglia che può favorire o sfavorire questo processo stesso (Ehrensaft, 2012).

Quando l'espressione del Vero Sé di Genere viene soffocata di continuo dai meccanismi di difesa messi in campo dal Falso Sé di Genere, assistiamo alla comparsa di sintomi. In alcuni casi estremi, il Vero Sé di Genere può non trovare alcun modo di esprimersi nella vita di questi bambini il che può tradursi in veri e propri tentativi di suicidio. Purtroppo, il numero di minorenni TGNC che si tolgono la vita è elevatissimo (Grant et. Al., 2011). La spiegazione alla base di questo drammatico fenomeno è legata a due fattori. Vi sarebbe un fattore interno legato all'impossibilità di questi giovani di esprimere il loro Vero Sé di Genere ed un fattore esterno legato alle esperienze di rifiuto, alle molestie o alla violenza (bullismo) che i giovani TGNC subiscono di continuo in un ambiente transfobico. Queste esperienze negative causano traumi così profondi da portare questa popolazione

all'estinzione (Ehrensaft, 2021). Diverse ricerche evidenziano come la mancata accettazione da parte dei genitori dell'identità TGNC dei propri figli sia altamente correlata alla presenza di ideazione suicidaria in questi bambini (Grant et. Al., 2011). Detto al contrario, l'accettazione dell'identità TGNC ed il supporto da parte dei genitori rappresenta il maggior fattore protettivo per questa popolazione contro lo sviluppo di sintomi o patologie psichiatriche e comportamenti a rischio quali veri e propri tentati suicidi (Turban, J. L., & Ehrensaft, D., 2018).

La stessa autrice ha agganciato il concetto di Creatività di Genere, ovvero l'arte di creare la propria rete di genere, alla teoria dello sviluppo del genere di Irene Fast (1984, 1999). Secondo Fast, i bambini in età preedipica, una volta divenuti consapevoli del concetto di genere, abbracciano una sorta di *inclusività di genere*, ovvero pensano di poter essere di ambedue i generi (pensiero magico). Il concetto di inclusività di genere di Fast, basato su una visione binaria del genere (uomo o donna), viene ripreso ed ampliato da Ehrensaft che descrive, invece, uno stadio dello sviluppo in cui il bambino pensa di poter essere di "tutti i generi" (uomo, donna o qualcos'altro). Inoltre, Fast procede spiegando come il bambino abbandoni questa posizione di inclusività di genere e diventi consapevole dell'impossibilità di essere sia un bambino che una bambina (lutto) cristallizzando

in maniera permanente la sua identità di genere attraverso l'identificazione con il genitore dello stesso sesso. Ehrensaft critica questa visione binaria e riduzionista del genere intrappolata nella biologia ed enfatizza l'importanza del ruolo della mente nella costruzione dell'identità di genere. Infatti, il numero elevato di bambini TGNC dimostra che alcuni bambini abbracciano il concetto di inclusività di genere ben oltre i tre anni ovvero oltre la scomparsa del pensiero magico o la consapevolezza delle restrizioni biologiche del loro corpo. Infine, secondo l'autrice, la frustrazione e l'ansia che questi bambini sviluppano non sono connesse alla realizzazione di non poter essere "anche" del sesso opposto (lutto, come affermato da Fast), ma al mancato riconoscimento del loro Vero Sé di Genere. In tal modo, la persistenza della posizione di inclusività di genere da parte del bambino non viene interpretata come un arresto dello sviluppo, bensì come un traguardo importante.

Ehrensaft (2012) ha operazionalizzato questi concetti teorici all'interno della sua pratica clinica con giovani TGNC traducendoli nella tecnica chiamata: *terapia infantile basata sul Vero Sé di Genere (true gender self child therapy)*.

Questa forma di terapia offre un ambiente sicuro in cui un bambino può esprimere liberamente il proprio genere mentre il terapeuta ascolta con attenzione senza tentare di ridirezionare

l'identità di genere del bambino, senza pregiudizi ed accettando di “stare” in uno spazio intermedio di ambiguità di genere, di non conoscere (Ehrensaft, 2018).

Tuttavia, questa tecnica non è “cieca”. Ciò significa che in questi percorsi terapeutici vengono considerate potenziali diagnosi differenziali ed i limiti sociali che impediscono al bambino di esprimere pienamente il suo genere. Vengono inoltre insegnate sia tecniche volte sia a riconoscere situazioni pericolose in cui il bambino avrà bisogno di proteggersi sia modi per evitare di internalizzare un'immagine negativa di sé come conseguenza dei continui messaggi ostili che l'ambiente circostante invia al bambino (resilienza) (Turban, J. L., & Ehrensaft, D., 2018).

Secondo questo modello di terapia, il terapeuta si troverà a collaborare con la famiglia, in particolare, e con la comunità in cui il bambino vive (compresa la scuola), più in generale. I compiti del terapeuta saranno diversi a seconda del livello di accettazione familiare della varianza di genere del bambino ed il contesto comunitario di appartenenza. Nel caso in cui la famiglia si dimostri accettante, il terapeuta dovrà insegnar loro che la comunità di appartenenza potrebbe non essere altrettanto di supporto. In questi casi la famiglia si troverà nel delicato ruolo di negoziare di continuo tra i bisogni interni del bambino e le restrizioni e i pericoli dell'ambiente circostante (Ehrensaft, 2007). Inoltre,

queste famiglie potrebbero essere vittime di minority stress in quanto esposte anch'esse a diverse forme di stigma, critiche, attacchi, e isolamento da parte della società (Ehrensaft, 2017). In questi casi, i genitori vanno aiutati a navigare queste situazioni attraverso terapia o gruppi di supporto.

Molte volte l'ambiente ostile è rappresentato dalla famiglia stessa. In questi casi è fondamentale che il terapeuta lavori con il bambino al fine di render chiaro che il problema non è lui od un danno interno alla sua mente, ma un fattore esterno di cui il bambino non ha alcuna colpa. Il terapeuta può inoltre lavorare direttamente con i membri familiari o inviarli ad un altro terapeuta per aiutarli ad analizzare i propri sentimenti di confusione e conflitti senza proiettarli sul bambino.

In ogni caso, i genitori vanno accompagnati nel loro percorso che, nella migliore delle ipotesi, li porterà a adattarsi alla nuova situazione. Nello specifico, questi genitori vanno aiutati a modificare il proprio stile parentale, elaborare il lutto del figlio che pensavano di avere ed esplorare le opzioni a loro disposizione per supportare il percorso del figlio (Ehrensaft, 2007).

Parte integrante di questo lavoro è la collaborazione con altre figure professionali. Per esempio, il terapeuta dovrà collaborare con endocrinologi per la somministrazione, qualora indicato, di ormoni che bloccano la pubertà utili a “guadagnare tempo” e

gestire l'ansia relativa alla comparsa di caratteristiche sessuali secondarie o di ormoni cross-sessuali (testosterone o estrogeni) solitamente utilizzati quando il bambino è almeno sedicenne. Questo percorso può anche sfociare, se desiderato dall'individuo una volta giunto all'età adulta, in trattamenti chirurgici di affermazione di genere (vaginoplastica, falloplastica, ...) (Coleman et al., 2011).

Alessandra Lemma: Incongruenza di Genere, Rispecchiamento,

Temporalità

Alessandra Lemma ha sviluppato un modello di sviluppo per persone transgender basato sulla teoria dell'attaccamento e delle relazioni oggettuali.

L'assunto di partenza dell'autrice è che questi pazienti costringono gli analisti a relazionarsi con un'*alterità* spesso vissuta come inquietante e disturbante. Questo controtransference avrà ovviamente un impatto notevole nel modo in cui l'analista si rivolge a questa alterità influenzando così, a sua volta, l'esperienza del paziente. Partendo da questo assunto di base, il modello proposto dall'autrice si propone di fornire al clinico un modo alternativo di relazionarsi a questa alterità e di leggere le

esperienze di “una parte di queste persone” in terapia. Infatti, esistendo molteplici esperienze transgender, vi è la necessità di avere una vasta gamma di prospettive diverse per cogliere le diverse presentazioni cliniche di queste persone.

Secondo questa teoria, in alcune persone transgender l’oggetto primario non sarebbe stato in grado di rispecchiare e contenere le loro esperienze precoci di incongruenza tra il corpo biologico e l’esperienza soggettiva di genere. Tale incongruità, rimanendo non mentalizzata, andrebbe poi ad interrompere il processo di coesione di sé e porterebbe l’individuo, una volta adulto, a perseguire interventi chirurgici di conferma di genere al fine di provare sollievo dal senso di incongruità percepito interiormente (Lemma A., 2013).

Lemma descrive due temi centrali nell’esperienza transgender: *il senso di incongruenza di sé e l’esperienza di non essere visti*. L’incongruenza viene solitamente descritta dalle persone transgender come “divario”, “separazione”, ed “incongruità” tra il corpo biologico ed il corpo parallelo da loro immaginato e riconosciuto come la loro “vera” casa. Comune è anche l’esperienza di “incomunicabilità” di questa esperienza di incongruità durante l’infanzia per l’assenza di un linguaggio capace di esprimere questo vissuto ai loro *caregivers*. Il secondo tema, invece, si riferisce all’esperienza di “essere visti”, ovvero

di esperire il “Sé come un oggetto visivo”. In questo caso viene evidenziata l’esperienza di incongruità tra ciò che viene visto dall’esterno (apparenza) e ciò che viene vissuto dall’interno (Lemma, A., 2012).

Ancora una volta, i lavori di Winnicott vengono utilizzati per meglio spiegare questa dinamica. Winnicott (1988), infatti, ha ben evidenziato che la percezione che “la psiche risiede nel corpo” non sia affatto qualcosa da dare per scontato, ma sia invece una conquista da ottenere nel corso dello sviluppo infantile attraverso precoci esperienze sensoriali ed affettive. Ciò ricorda anche la teoria dello sviluppo di Freud (1905) in cui il corpo e le precoci esperienze senso-motorie del bambino vengono descritte come il punto di partenza per lo sviluppo del funzionamento mentale. Infatti, l’Io, secondo Freud, nasce come un Io-corporeo per cui la prima forma di rappresentazione di sé è una rappresentazione corporea. Il corpo inoltre influenza le esperienze del bambino tanto quanto queste esperienze influenzano la rappresentazione del corpo e del Sé del bambino. Di conseguenza, il modo in cui il bambino si presenta all’esterno influenza l’ambiente in cui il bambino vive tanto quanto il modo in cui l’ambiente risponde alla presentazione del bambino influenza la sua rappresentazione di sé. Tale processo è applicabile al vissuto transgender in almeno due modi: da una

parte, questo processo spiegherebbe la continua ricerca, da parte delle persone TGNC, di un corpo in cui il loro sé autentico possa trovare dimora; dall'altra, questo processo mostrerebbe come le menti dei *caregivers* con i quali queste persone si sono trovate a crescere non sono state capaci di alloggiare (Winnicott) o metabolizzare (Bion) o mentalizzare (Fonagy e Target) le loro esperienze di incongruità, confusione ed incertezza. Tale processo, inoltre, sarebbe alla base della difficoltà di queste persone a “trasformare il corpo che hanno nel corpo che sono” (Lemma A., 2013).

Questa esperienza è visibile anche in analisi, nel momento in cui l'analista avverte, a livello di controtransference, il bisogno del paziente di esser visto ed ospitato nella mente dell'analista in questo stato di incongruità. Poiché queste persone sono state esposte durante l'infanzia a continui fallimenti nei processi di mentalizzazione e rispecchiamento, la relazione analitica può fungere da elemento riparatore offrendo al paziente un'esperienza positiva in seduta. La funzione riparativa assume un ruolo centrale in psicoterapie psicoanalitiche, solitamente svolte vis-a-vis, nelle quali la relazione visiva tra analista e paziente transessuale ha un impatto fondamentale nella creazione del processo di transference. Infatti, in questi modelli psicoterapeutici, l'analista entra subito in contatto con la

presentazione fisica del paziente venendo così immediatamente esposto all'esperienza di qualcosa che viene percepito come fondamentalmente “un sé alieno o frammentato o incongruo” (Fonagy, 2022). L'analista avrà quindi bisogno di rappresentare nella sua mente questa esperienza ed integrare questa dissociazione fra corpo materiale ed esperienza psicologica in modo da rispecchiarla al paziente prima che siano possibili ulteriori esplorazioni su potenziali conflitti inconsci o traumi infantili.

Altra area fondamentale da indagare nel lavoro psicoanalitico con persone TGNC è il concetto di *temporalità*. Infatti, pur essendo vero che gli interventi di conferma di genere rappresentano una importante fonte di sollievo per queste persone, è anche vero che questo “nuovo” corpo modificato è sempre un corpo ricostruito che porta con sé una storia. Perciò “vivere nel tempo” richiede accettazione non solo del cambiamento, ma anche della continuità, cioè accettazione di ciò che non può essere cambiato. Come affermato da Lemma: «Possiamo aggiungere seni dove una volta non c'erano, possiamo togliere un pene da dove si trovava una volta, ma è impossibile ottenere i genitali originari dell'altro sesso [...] e quindi il 'nuovo' corpo è sempre sulla scia di un corpo che fu» (Lemma A., 2012 p. 94). L'elaborazione di questi fattori è fondamentale per l'adeguamento post-operatorio ad un

corpo ricostruito che deve essere integrato con un corpo passato. La negazione da parte di alcune persone TGNC della loro storia personale precedente l'“editing corporeo” genera una sorta di “corpo-fantasma” il cui lutto non può essere elaborato in quanto questo corpo non viene percepito come esistente (Lemma A., 2012). Tale negazione è ben visibile nel momento in cui, per esempio, alcune persone transgender nascondono o distruggono ogni prova possibile della loro esistenza pre-transizione o procedono, oltre che con un editing corporeo, anche con un editing biografico. Tuttavia, anche in questo caso vi sono delle ovvie limitazioni che i pazienti devono essere aiutati ad accettare. Per esempio, questi interventi riescono a modificare il corpo all'interno del quale una persona nasce, ma non il corpo che ci viene assegnato dai nostri genitori. Questo legame, infatti, non si può spezzare in alcun modo, neppure con gli interventi di modifica corporea. Infatti, «Le persone possono manipolare l'aspetto del proprio corpo in modi più o meno drammatici e persino cambiare il proprio aspetto oltre il riconoscimento, ma non possono mai cancellare l'impronta dell'altro sul corpo» (Lemma A., 2016, p. 361). Un altro modo di dire ciò è che le persone devono accettare di non poter partorire sé stesse. Questo fatto psichico deve essere in qualche modo integrato nel senso che queste persone possiedono di chi sono ed è un costituente fondamentale del loro

orientamento nel tempo. Questi aspetti teorici diventano visibili in terapia nel momento in cui, per esempio, il terapeuta fatica nel creare nella propria mente un'immagine di questi pazienti prima della transizione o il paziente fatica a riportare la propria storia infantile, compresa la storia familiare e della coppia genitoriale. In tal modo la loro storia risulta frammentata e disconnessa come se la loro vita partisse, in certi versi a ragione, nel momento in cui hanno cominciato il loro percorso di transizione.

Il caso di Tommy

Il lavoro dei professionisti della salute mentale con bambini e adolescenti TGNC è delicato e generatore di preoccupazioni profonde. Il terapeuta si trova, infatti, in una posizione complessa in cui oltre a gestire l'ansia e la frustrazione derivante dal “non sapere”, deve anche trovar risposta a molte domande. Alcuni esempi. È possibile che vi sia una correlazione tra la storia infantile di questi pazienti e lo sviluppo della loro identità di genere? È possibile che il loro desiderio di affrontare un percorso di transizione sia una difesa derivante da esperienze di trauma o una sorta di soluzione di compromesso per la gestione di conflitti interiori? Come è possibile differenziare adolescenti che stanno attraversando una “normale crisi adolescenziale” e provando ad assumere momentaneamente diverse identità in cerca della

propria, da adolescenti che invece stanno provando ad esprimere la loro autentica e stabile identità di genere? È possibile che vi siano altri significati inconsci correlati al loro desiderio di possedere un corpo diverso da quello assegnato alla nascita? E se fosse una “sindrome di Peter Pan”, ovvero il tentativo di evitare un percorso di sviluppo verso un corpo ed una identità adulti? Ma soprattutto, è possibile esplorare tutte queste questioni in un percorso psicoanalitico evitando di patologizzare e stigmatizzare il paziente?

Il caso clinico presentato qui di seguito cercherà di dar risposta ad alcune di queste domande. L’approccio terapeutico utilizzato è quello psicoanalitico e segue le linee guida della *terapia infantile basata sul Vero Sé di Genere* (“true gender self therapy”) così come descritte da Ehsenraft.

La mia paziente, Mary, mi viene inviata tre anni fa come una ragazza di 13 anni con sintomi di ansia e depressione. Al momento dell’invio, non sapevo che un anno e mezzo dopo l’inizio della terapia avrebbe fatto coming out come un giovane ragazzo trans. Utilizzerò quindi, da ora in poi, il nome Tommy e pronomi maschili per riferirmi a lui.

Tommy viene inizialmente portato in terapia dalla nonna, genitore affidatario. La nonna riferisce che Tommy si è trasformato in poco tempo da persona gentile e piena di amici, in

una persona solitaria, ansiosa e facilmente irritabile. Anche gli insegnanti di Tommy hanno notato un abbassamento dei voti scolastici.

Tommy vive a casa dei nonni paterni, con i due fratelli più piccoli da quando aveva sei anni. I tre bambini sono stati affidati ai nonni dal tribunale a causa del consumo di alcol e metamfetamine da parte dei genitori.

Quando vedo il mio paziente per la prima volta mi sono ritrovato davanti una ragazzina dal fare mascolino con capelli a spazzola, jeans ed una maglietta a maniche corte con il nome della sua squadra di football preferita (*importanza dell'elemento visivo*). Passiamo le prime sedute a conoscerci e giocare insieme mentre cerco di raccogliere informazioni sulla sua vita. Dopo circa quattro settimane, accetto la richiesta di Tommy di invitare il padre, che lo accompagna regolarmente nel mio studio, a partecipare a qualche seduta. Interpreto questa sua richiesta come un desiderio di farmi vedere e vivere di persona il forte legame tra lui ed il padre. Il padre mi racconta di essere sobrio da quattro anni, di frequentare gli Alcolisti Anonimi e di avere un lavoro fisso ed una nuova compagna che piace ai suoi tre figli. Mi dice anche di non sentirsi ancora pronto ad assumersi la responsabilità di crescere i suoi figli e di non aver avuto il permesso di entrare nella casa di famiglia per molto tempo a causa di una lite tra lui ed il padre,

ovvero il nonno di Tommy. Le visite nella casa paterna sono riprese di recente e solo dopo che il nonno ha lasciato la casa, cosa che ha dato un grande sollievo a tutti i familiari, Tommy compreso. Pochissimi, invece, sono i contatti con la madre di cui Tommy non parla volentieri. La madre ha espressamente detto di non voler essere coinvolta nella terapia.

In una delle nostre prime sessioni, il paziente afferma: “Sono fisicamente attratto dalle ragazze ... probabilmente è perché sono lesbica, ma non so” (*creatività di genere, rete di genere*). Mi dice anche di aver condiviso questo “segreto” solo con la nonna (*fattore protettivo*) che ha reagito in maniera accogliente e comprensiva e di voler aspettare “ancora un po’ di tempo” prima di condividere questa informazione con i fratelli ed il nonno. È preoccupato soprattutto della reazione del nonno (*fattore di rischio*) “perché so come è fatto, si arrabbia sempre, ed ho sentito quello che dice quando vede queste cose alla televisione”.

Elemento significativo nel percorso terapeutico di Tommy è ciò che emerge nel suo primo “vassoio di sabbia”, creato nella nostra terza sessione. Durante questa seduta, avvenuta quando Tommy si identificava ancora come una ragazza che “potrebbe essere lesbica”, il paziente posa nel vassoio cinque figure umane, tutte maschili. La più grande di queste cinque figure rappresenta un re che il paziente posiziona in piedi in cima ad un castello formato

con la sabbia esattamente al centro del vassoio. Tommy mi dice che vorrebbe essere “forte e sicuro” come questo re (*identificazione con una figura maschile e fallica*). Appena un po’ sopra questo tumulo di sabbia con il re sulla cima, Tommy forma altri due cumuli di sabbia, simili a seni, uno accanto all’altro. A destra dei tumuli, colloca due guerrieri nativi americani, entrambi con un’ascia in mano. Dopo aver collocato i diversi personaggi come sopra descritto, Tommy comincia a colpire i due tumuli di sabbia con l’ascia dei due personaggi nativi americani. Alcuni mesi dopo, quando Tommy mi dice quanto odiasse vedere i suoi seni “diventare più grandi” e quanto desiderasse sbarazzarsene, la scena appena descritta mi viene subito in mente. Ho pensato ad una sorta di tentativo da parte di Tommy di comunicarmi qualcosa che allora non poteva ancora venire espresso chiaramente a parole (*assenza di linguaggio, incomunicabilità*).

Dopo questo vassoio di sabbia, Tommy comincia a manifestare ambivalenza rispetto al percorso terapeutico. Noto, infatti, come sembri maggiormente a proprio agio in seduta (*spazio validante e sicuro*), ma allo stesso tempo vulnerabile e ansioso all’idea di parlare della propria infanzia. Durante i miei tentativi di aprire una porta nel suo passato, Tommy tronca il discorso e dice: “Non ricordo molto, giochiamo” (*temporalità, diniego del passato*). In questo periodo, caratterizzato da frequenti silenzi difensivi e

sedute in cui Tommy si siede sul divano e inizia a leggere o disegnare senza rispondere ai miei interventi, ho anche cercato di indagare come si sentisse rispetto al venire agli incontri. Risponde: “Non ho proprio niente di cui parlare e non credo di aver più bisogno di venire qui”, ma poi aggiunge: “Ma non voglio farti del male”. Commento: “Ti preoccupi dei sentimenti degli altri” al che lui aggiunge: “Sì e tu sei divertente ... mi piaci”. Gli dico di sentirsi libero di dirmi se qualcosa lo infastidisse e lui risponde che l'avrebbe fatto.

Otto mesi dopo l'inizio del trattamento, Tommy, sempre depresso e distante, non vuole parlare dei suoi sentimenti. In una seduta, l'allora Mary mi dice: “Se ne parlo poi piango, non voglio piangere perché ‘gli uomini veri’ sono forti e non si deve piangere”. Successivamente, interpreto questa affermazione come un altro tentativo inconscio da parte di Tommy di mandarmi un messaggio sulla sua identità di genere e collego il suo tono dell'umore alla sua disforia di genere ed agli effetti del minority stress, di cui all'epoca non ero pienamente consapevole.

Con la pandemia, le sedute devono svolgersi su Zoom. Tommy non ne è contento e talvolta si ribella, non mostrando la sua faccia sullo schermo (*assenza dell'elemento visivo*) e dandomi risposte di una sola parola. Punta spesso il portatile verso il soffitto, in modo che tutto ciò che posso vedere è la ventola che gira sopra di

lui. Mi sento come se fossi ipnotizzato e mi ritrovo particolarmente confuso al termine delle sedute.

Dopo la pausa estiva, su richiesta della nonna di considerare l'idea di incontrare il paziente nel mio studio, ricomincio a vedere Tommy di persona con mascherine, distanziamento e finestre aperte. Tommy è molto contento di essere tornato a vederci di persona e le sessioni sono diventate più produttive. Poco dopo, a distanza di 19 mesi dall'inizio della terapia, Tommy, allora quasi quindicenne, dichiara: “Sono abbastanza sicuro di essere trans ... mi son sempre sentito un ragazzo rinchiuso all'interno del mio corpo”. Ho chiesto se avesse un nuovo nome. Sorride e con le lacrime agli occhi mi dice: “Tommy” (*accettazione, validazione*). In quel momento, ho sentito un rilassamento istantaneo in lui. Mi racconta di aver pensato per molto tempo di essere una lesbica, ma di non esser mai stato convinto di ciò (*incongruenza, mancata coesione di sé*). Mi dice che la sua confusione al tempo non fosse tanto “sul chi mi piace” (*orientamento sessuale*) ma sul “chi sono” (*identità*) e che il pensiero fisso nella sua testa era: “E se fossi un po' di tutto, poi come scelgo?” (*inclusività di genere*). Nella stessa seduta, Tommy mi dice di aver trovato su Internet un documentario su giovani transgender e di aver subito pensato: “Ecco, è quella la parola, quello è ciò che sono”. Mi dice anche di essersi particolarmente identificato con un ragazzino che ha

raccontato, nello stesso documentario, di come si sia sempre sentito “uno straniero imprigionato in vestiti sbagliati guardandosi allo specchio” (*sé alieno, dissociato, frammentato*).

Quello è stato un punto di svolta: dopo questa rivelazione Tommy ha iniziato a mostrare ed esplorare di più il suo *Vero Sé di Genere*. Questo è anche stato l’inizio di una fase esplorativa al fine di valutare la *persistenza, insistenza e consistenza* della sua identità di genere. Ciò ha richiesto l’accettazione da parte mia di una posizione caratterizzata da ambiguità e dal “non sapere” al fine di seguire il percorso del paziente senza pressioni. Come prassi, discuto con Tommy la possibilità di comunicare questa informazione alla sua famiglia. Mi dice di volerlo fare “ma solo con te, ho paura del nonno”. Quest’ultimo, nell’incontro organizzato nel mio ufficio reagisce con una risata e il commento: “Un’altra cavolata dei giovani d’oggi”, mentre la nonna e il padre reagiscono in modo relativamente positivo. Invio i tre parenti di Tommy ad un gruppo di supporto rivolto a familiari di minori TGNC. Non parteciperà mai il nonno, che non accetta la situazione e fa continue “battutine” invalidanti e transfobiche in casa. Nel frattempo, Tommy mi dice che sta pianificando di prendere il testosterone, sottoporsi a interventi chirurgici e alla fine arrivare alla creazione di un pene anche se al momento, può solo usare ormoni che bloccano la pubertà.

In questa fase, seguono interventi da parte mia quali la collaborazione con il medico di base e l'endocrinologo di Tommy (discussione effetti collaterali, piano terapeutico, fertilità), i contatti con la scuola ed il coach della squadra di calcio (contatti con le istituzioni, sviluppo rete di supporto positiva), e diverse conversazioni con il mio paziente su concetti quali la sicurezza, la necessità di negoziare di continuo tra il suo bisogno di esprimere il suo Vero Sé di Genere ed i limiti ambientali. Parliamo anche di come evitare di internalizzare potenziali messaggi ostili provenienti dall'ambiente circostante (incluso il nonno) e come affrontare situazioni difficili nelle quali potrebbe trovarsi (*resilienza*).

Non molto tempo dopo, Tommy inizia a farmi molte domande sugli interventi di transizione di genere e guardiamo insieme video sull'argomento su richiesta del paziente stesso. Percepisco la sua ansia e il suo desiderio di cominciare il percorso il prima possibile. Lo metto sull'avviso che si tratta di un processo lungo. So che questo è importante per lui e che anch'io devo imparare (*contenimento, mentalizzazione, rispecchiamento*). Questa sorta di complicità e sensazione di imparare insieme gli ha permesso di condividere con più sicurezza i suoi pensieri, progetti e sentimenti rispetto al “diventare un uomo”. Tommy, compiuti i sedici anni, ha iniziato a prendere il testosterone. A ciò è seguito un

cambiamento positivo nel suo atteggiamento nei confronti della scuola, della famiglia e della vita in generale.

Le sedute più recenti hanno come argomenti principali da una parte i cambiamenti fisici che stanno avvenendo in lui durante il trattamento ormonale (*esperienza di essere visto*), dall'altra i cambiamenti “positivi” che stanno avvenendo in casa dopo che il nonno è stato “cacciato di casa dalla nonna” ed il padre può finalmente passare del tempo nella casa di famiglia con tutti i figli e la nonna.

Questa presentazione ha voluto evidenziare prevalentemente il percorso di esplorazione dell'identità di genere di Tommy. Molti sono gli argomenti che dovranno lentamente essere analizzati in seduta. In particolare, sarà molto utile riuscire a trovare un canale di accesso verso l'infanzia di Tommy e le esperienze di trauma ancora non elaborate e profondamente evitate.

CONCLUSIONI

Nella cultura occidentale, il concetto di genere è stato incastonato nella nostra psiche come fondamento – dobbiamo sapere: bambino o bambina. In realtà, il ventunesimo secolo ha completamente spazzato questa visione statica e binaria del genere. Infatti, il caso di Tommy non è affatto unico, ma è semplicemente un esempio del numero crescente di giovani che

cercano servizi psicologici per essere aiutati a scoprire, comprendere ed esprimere il loro autentico Sé di Genere.

Sebbene l'eziologia (o le eziologie) alla base di questa varianza di genere sia ancora poco chiara, i dati che abbiamo attualmente suggeriscono che queste identificazioni sono molto probabilmente il frutto di una combinazione di fattori biologici e psicosociali. Nonostante questa assenza di chiarezza relativa all'eziologia, diverse ricerche longitudinali suggeriscono che la combinazione di psicoterapie e procedure mediche affermative dell'identità di genere aumentano il funzionamento globale ed il grado di soddisfazione rispetto alla loro vita in persone TGNC. Oltre a ciò, queste procedure contribuiscono in maniera sostanziale alla diminuzione dell'ansia ed altri sintomi legati al minority stress (de Vries et al., 2014).

Per tali ragioni, è fondamentale che i professionisti della salute mentale si formino al fine di poter offrire un servizio competente ed evitare di causare danni.

Molte sono le difficoltà che incontriamo in questo lavoro specifico. È difficile, infatti, separare con certezza una situazione in cui l'esperienza di genere di un bambino rappresenta un sintomo o l'inizio di un viaggio che lo porterà ad esprimere il proprio autentico Sé. Le fasi di sviluppo si susseguono molto più rapidamente nei bambini che negli adulti. Di conseguenza,

poiché i bambini possono subire cambiamenti importanti nell'arco di pochissimo tempo, dobbiamo essere sufficientemente onesti da dire che non potremo mai sapere con assoluta certezza se un bambino che asserisce di essere TGNC stia esprimendo un'identità stabile e permanente o se sia solo un momento passeggero. Non esistendo in questo momento misure per differenziare questi diversi scenari con assoluta certezza, i mezzi migliori a nostra disposizione rimangono l'ascolto attento della narrazione verbale e non verbale che il bambino ha rispetto al genere e la *persistenza*, *insistenza*, e *consistenza* della sua identificazione di genere.

Inoltre, i cambiamenti di prospettiva rispetto al genere stanno avvenendo così velocemente nel mondo scientifico che è difficile tenersi aggiornati sulle nuove teorie, ricerche e linee guida sull'argomento. Basti pensare che la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) sta per pubblicare l'ottava edizione degli *Standard di cura per la salute delle persone transessuali, transgender e di genere non conforme* (SoC-8) che presenterà cambiamenti significativi soprattutto per quanto riguarda le linee guida per bambini e adolescenti. I cambiamenti più rilevanti andranno a facilitare il processo di transizione sociale dei bambini in età prepubere e ad anticipare l'età in cui questi bambini potranno accedere ad interventi medici

(Coleman E. et al., 2011).

In conclusione, «Nonostante la ‘democratizzazione del transgenderismo’ (Gherovici, 2010), il transessuale confronta ancora molte persone con un’alterità che è intrinsecamente disorientante. Da qualche parte tra patologizzazione e politicizzazione, tra natura e cultura, dobbiamo ritagliarci uno spazio per ascoltare l’esperienza vissuta dell’individuo transessuale, le somiglianze e le differenze tra loro, se vogliamo che le nostre teorie rendano giustizia all’enigma che è la transessualità» (Lemma A., 2012, p. 267).

Bibliografia

- American Psychological Association. Task Force on Gender Identity and Gender Variance. (2009). *Report of the task force on gender identity and gender variance.*
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.*
- American Psychological Association. (2015). *Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people.* American Psychologist, 70(9), 832-864.
- American Psychological Association. APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons. (2021). *Guidelines for psychological practice with sexual minority persons.*

- Chiland, C. (2003). *Transsexualism*. Wesleyan University Press.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., & Zucker, K. (2011). *Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender non-conforming people, version 7*. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165–232.
- de Vries, A.L., McGuire, J.K., Steensma, T.D., Wagenaar, E.C., Doreleijers, T.A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2014). *Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment*. *Pediatrics*, 134, 696–704.
- Diamond, M. (2000). *Sex and gender: Same or different?* *Feminism & Psychology*, 10:46– 54.
- Corbett, K. (1993), *The mystery of homosexuality*. *Psychoanal. Psychol.*, 10:316–357.
- de Vries, A.L., McGuire, J.K., Steensma, T.D., Wagenaar, E.C., Doreleijers, T.A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2014). *Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment*. *Pediatrics*, 134, 696–704.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Goldner, V. (2011). *Trans: Gender in free fall*. *Psychoanalytic Dialogues*, 21(2), 159–171.

- Grant, J.M., Mottet, L., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J., & Keisling, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
- Green, R. (1987). *The 'sissy boy syndrome' and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Ehrensaft, D. (2007). *Raising girl boys: A parent's perspective*. *Studies in Gender and Sexuality*, 8(3), 269-302
- Ehrensaft, D. (2011a). *Gender born, gender made: Raising healthy gender nonconforming children*. New York, NY: The Experiment.
- Ehrensaft, D. (2011b). *Boys will be girls, girls will be boys: Children affect parents as parents affect children in gender nonconformity*. *Psychoanalytic Psychology*, 28:528– 548.
- Ehrensaft, D. (2012). *From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self-child therapy*. *Journal of homosexuality*, 59(3), 337-356.
- Ehrensaft, D. (2016). *The gender creative child: Pathways to nurturing and supporting children who live outside gender boxes*. New York, NY: The Experiment.

- Ehrensaft, D. (2017). *Gender nonconforming youth: current perspectives*. *Adolescent health, medicine, and therapeutics*, 8, 57.
- Ehrensaft, D. (2018). *What's your gender?* *Developmental perspectives in child psychoanalysis and psychotherapy*, 241-262.
- Ehrensaft D. (2021). *Psychoanalysis meets transgender: The Best of times and the worst of times*. *Psychoanalytic perspectives*. 18: 68-91
- Fast, I. (1984). *Gender identity: A differentiation model*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Fast, I. (1999). *Aspects of core gender identity*. *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 633–661.
- Freud, S. (1905/1953). *Three essays on the theory of sexuality*. *Standard Edition*, 7, 135–243. London: Hogarth.
- Lemma, A. (2012). *Research off the couch-revisiting the transsexual conundrum*. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 26. Pp 263-281
- Lemma, A. (2013). *The body one has and the body one is: Understanding the transsexual's need to be seen*. *The International Journal of Psychoanalysis*, 94(2), 277-292.

- Lemma, A. (2016). *Present without past: the disruption of temporal integration in a case of Transsexuality*. *Psychoanalytic Inquiry*, 36(5), 360-370.
- Lemma, Alessandra. (2021) *To be or not to be. The role of the unconscious in transgender transistomy: Identity, anatomy and well-being*. PSC. 74
- Stoller, R. J. (1985). *Presentations of gender*. Yale University Press.
- Turban, J. L., & Ehrensaft, D. (2018). *Research review: gender identity in youth: treatment paradigms and controversies*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(12), 1228-1243.
- Turner, C. (2017, July 8). *Number of children being referred to gender identity clinics has quadrupled in four years*. The Telegraph.
- Winnicott, D. W. (1965). *Maturational processes and the facilitating environment*. International Universities Press.
- Winnicott, D.W. (1970). *Playing and reality*. London, UK: Tavistock Publications.