

(2015). *Psicoterapia e Scienze Umane*, **49(1)**:7-36

IL LUTTO DEL CORPO COME “ROCCIA BASILARE” NEL TRATTAMENTO PSICOANALITICO DI TRANSESSUALI*

Avgi Saketopoulou **

Viene introdotto il concetto di “trauma grave di genere”, una sindrome che emerge dall'incontro tra il mancato riconoscimento di genere dei pazienti transessuali e l'esperienza angosciata del corpo in cui si è nati. Negli ultimi anni, la consapevolezza degli psicoanalisti sulla complessità delle interazioni tra psiche, soma e cultura è progressivamente cresciuta, per cui i rischi psicologici del mancato riconoscimento di genere hanno suscitato un interesse sempre maggiore. Ma la disforia legata al corpo è spesso trascurata anche da quegli analisti che lavorano con l'esperienza di genere. Col resoconto della terapia di una bambina transessuale di cinque anni, nata con un corpo maschile, viene seguito il percorso evolutivo di un corpo non sufficientemente mentalizzato. Mettendo a fuoco le trasformazioni della fantasia inconscia, si mostra quanto per i pazienti *transgender* sia importante la rappresentazione mentale del dolore originato dal corpo, la quale è una delle condizioni necessarie per una sana transizione transessuale.

C'è voluto un lavoro di un anno e mezzo, con due o tre sedute settimanali di terapia psicoanalitica basata sul gioco, prima che Jenny, la mia paziente di sei anni, fosse in grado di condividere con me una cosa che già sapevo dai suoi genitori: Jenny era nata maschio. Un lavoro svolto con estrema cautela e pazienza, che descriverò in dettaglio, ha permesso a Jenny di abbandonare il suo investimento tenace nella mia “non conoscenza” del suo sesso di nascita per riuscire finalmente a condividere con me questa informazione, per lei enormemente dolorosa. Però in quel momento, invece di dirmi direttamente -come ci si potrebbe aspettare - che era nata maschio, Jenny, con grande preoccupazione, mi ha confidato: «Non voglio che tu pensi che ti ho mentito, ma c'è una cosa che non ti ho detto: papà pensa che io sia un maschio». E dopo una breve pausa, cercando sul mio viso una qualche reazione alla rivelazione, ha aggiunto con tono triste: «A volte mi vesto da maschio, così il suo cuore smette di andare in pezzi».

La dichiarazione di Jenny contiene un elemento che caratterizza l'esperienza di molti pazienti come lei: nella sua mente è senza dubbio il padre

* Edizione originale: “Mourning the body as bedrock: Developmental considerations in treating transsexual patients analytically”. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2014, 62, 5: 773-806 (DOI: 10.1177/0003065114553102). Questo articolo ha ricevuto il premio *Ralph E. Roughton Award* dell'*American Psychoanalytic Association* per il 2014. Copyright © 2014 by the *American Psychoanalytic Association*. Reprinted by Permission of *SAGE Publications*. Traduzione di Guido Giovanardi. [Il termine *bedrock* contenuto nel articolo è ripreso dal termine freudiano *gewachsener Fels* (*Gesammelte Werke*, vol. XVI, p. 99), tradotto appunto con *bedrock* in inglese nella *Standard Edition* (vol. XXIII, p. 252) e con “roccia basilare” nell'edizione italiana delle *Opere* (Freud, 1937, p. 535), termine che qui abbiamo voluto conservare aggiungendo le virgolette - *N.d.T.*]

** 80 East 11th Street, #407, New York, NY 10003, E-Mail <avgisaketopoulou@gmail.com>.

che commette un errore nell'attribuzione di genere. Tutto ciò mette in primo piano una delle controversie centrali nel nostro campo rispetto all'esperienza transessuale¹: è il paziente a essere confuso in merito al suo genere, fallendo nell'esame di realtà, o è l'ambiente a essere incapace di rispecchiare un'esperienza interna che, rispetto al genere, non assume una forma prevista e accettata?

Questa concezione dicotomica dei fenomeni transessuali che contrappone realtà esterna a esperienza interna pone gli aspetti sociali in opposizione a quelli psichici, anziché promuovere la loro integrazione. Su questa base, la concettualizzazione è scontata: Jenny, per esempio, è senz'ombra di dubbio una bugiarda. O almeno, una bugiarda in senso winnicottiano. Così come molti altri bambini transessuali della sua età (Ehrensaft, **2011a, 2011b, 2013a**), ha sviluppato con grande impegno un “falso Sé” (Winnicott, **1954, 1960**) che si possa presentare al maschile per proteggere il padre dalla sofferenza causata dalla sua femminilità². Consapevole del fatto che la morfologia del corpo detta in larga misura il modo in cui gli altri comprendono il proprio genere, la frase negativa di Jenny («Non voglio che tu pensi che ti ho mentito») nasconde la sua preoccupazione che, una volta scoperta la verità, l'avrei anch'io considerata un maschio. Tuttavia, il problema che Jenny si trova ad affrontare non sorge esclusivamente dall'esterno - ovvero da un mondo che considera il genere fissato dalla biologia. Quello di Jenny è anche un problema di vita interiore: dal momento che il suo genere esperito è in conflitto in modo doloroso e disorientante con ciò che il corpo le presenta, Jenny è tormentata, *lei stessa* confusa dal fatto che si senta una femmina mentre il corpo, in modo incontrovertibile, afferma: “maschio”.

In terapia è arduo affrontare ognuna di queste problematiche; gestirle tutte, insieme alle fantasie inconse e alle strategie difensive a loro sottese, costituisce una sfida che richiede al clinico un grande impegno (**Di Ceglie, 2006**). In linea di principio, la psicoanalisi ha l'equipaggiamento necessario per far

¹ In questo articolo uso il termine *transessuale* per riferirmi a individui il cui genere esperito contraddice il sesso di nascita e la cui identità di genere segue una classificazione binaria maschio/femmina (per esempio individui nati con un'anatomia maschile che si sentono femmine). Uso il termine *transgender* per descrivere invece individui con un'anatomia sessuale o un'esperienza e un'espressione di genere che fanno riferimento a uno spettro più ampio. Per motivi che spiegherò in dettaglio, considero Jenny una bambina transessuale (*trans girl*). Di conseguenza, le dinamiche e gli interventi che descrivo, rilevanti soprattutto per il lavoro con bambini e adulti transessuali, non possono essere applicati a tutti i pazienti *transgender*.

² Nei bambini, le difese messe in atto quando percepiscono di essere una delusione per i loro oggetti primari possono spesso disorientare le persone che hanno intorno, che le interpretano come prove di una “confusione” riguardo alla loro identità di genere (**Lev, 2004**). È significativo che in terapia molte donne transessuali raccontano che da piccole hanno spesso adottato stereotipi maschili nel vestiario e nelle maniere per nascondere la loro femminilità.

fronte a esigenze terapeutiche così sfuggenti e intricate, proprio perché può aiutare a illustrare le dinamiche di amplificazione e complicazione reciproca tra mondo interno ed esterno³.

Tratterò queste problematiche da un punto di vista psicoanalitico, focalizzandomi con la cautela necessaria sulle sfide e i pericoli evolutivi che i pazienti transessuali si trovano ad affrontare. Nel corso di questa esplorazione, scelgo deliberatamente di astenermi dalla tanto dibattuta ricerca di fattori eziologici, per diversi motivi. In primo luogo, né la ricerca né la clinica hanno ancora trovato risultati che supportino in modo chiaro una delle ipotesi avanzate per spiegare il transessualismo (**de Vries & Cohen-Kettenis, 2013**; Gómez-Gil, Vidal-Hagemeijer & Salamero, **2008**; **Smith et al.**, 2005). Inoltre, la ricerca di fondamenti eziologici considera l'esperienza transessuale un fenomeno unitario e non il punto di arrivo di linee di sviluppo eterogenee e di formazioni di compromesso complesse (**Marcus & McNamara, 2013**). Il genere si struttura in modo polivalente e quindi non si presta a facili generalizzazioni. Le teorie non specifiche sull'origine della disforia rispetto al corpo hanno spesso prodotto orientamenti clinici troppo rigidi. Infine, se le caratteristiche del genere, sia esso normativo o non normativo, sono assemblate in rapporti complessi e specifici (**Corbett, 2011a**; **Goldner, 2011**; **Harris, 2009**), le questioni che riguardano l'eziologia emergono invece solo quando il genere esperito non coincide con la superficie materiale del corpo. Ne consegue che mentre il genere normativo dei pazienti è preso per buono così come si presenta, quello non normativo deve rendere conto di sé e lottare per una legittimazione. Questa convinzione costituisce il cuore, nel nostro campo, delle teorie che vedono nell'esperienza transessuale un prodotto indiscutibile della fantasia inconscia. Io mi discosto da questa convinzione orientandomi verso una comprensione a mio avviso più accurata dei pazienti transessuali, considerando il genere non come un sintomo, ma come una *possibile realtà soggettiva*. Il mio obiettivo principale è quello di comprendere come la fantasia inconscia venga mobilitata per gestire la dolorosa esperienza di una non corrispondenza tra corpo e genere *una volta che essa si verifica*. Una possibile dinamica messa in atto per fronteggiare la sofferenza che deriva da questa discontinuità è, a mio parere, la fantasia inconscia di essere nati in un corpo sbagliato. Per seguire le tracce di tali operazioni inconse è fondamentale adottare un'ottica evolutiva. A tale scopo descriverò per esteso una terapia infantile, integrando la descrizione con il materiale proveniente dall'analisi di una persona adulta.

³ Al contrario di quanto scrive Chiland (2009), non ritengo che i pazienti transessuali intraprendano una psicoterapia solo di rado. Non sono d'accordo nemmeno con Simona Argentieri (2009) quando sostiene che questi pazienti entrano in analisi solo dopo che “il danno [individuato criticamente dall'autrice negli interventi ormonali e chirurgici] è stato fatto” (p. 4).

Psicoanalisi dell'esperienza *transgender*

Storicamente, la psicoanalisi ha intrapreso lo studio delle problematiche del *gender* e dell'*embodiment* di genere riconducendole a sottostanti disturbi narcisistici (**Chiland, 2000; Oppenheimer, 1991, 1992; Quinodoz, 1998; Stein, 1995**), a perversione (**Argentieri, 2006; Limentani, 1979; Socarides, 1970**) o a difficoltà nella separazione (**Coates, 1990, 2006; Coates & Moore, 1998**) o disidentificazione (**Stoller, 1985**) dalla madre. Più di recente, nella psicoanalisi sono emerse nuove posizioni che accolgono con viva curiosità le questioni poste dal transessualismo, in particolare la disconnessione tra il corpo sessuato e il genere esperito. Alcuni autori hanno descritto i fenomeni transessuali e *transgender* concependo la varietà di generi libera da presunte patologie (**Corbett, 1996, 2009, 2011b; Ehrensaft, 2011a, 2013b; Goldner 2011; Hansbury, 2013; Harris, 2009; Lemma, 2012, 2013; Saketopoulou 2011a, 2011b**). Borg (2011), Hansbury (2011) e Suchet (2011), per esempio, ci hanno offerto straordinari resoconti di lunghe terapie psicoanalitiche con pazienti transessuali. Il lavoro di questi clinici mette in primo piano la necessità di migliorare la nostra comprensione della fenomenologia delle mutevoli identità di genere, della loro progressione evolutiva e dell'impatto che esse hanno sulla strutturazione psichica. Spesso si osserva un maggiore rafforzamento dell'Io a sèguito di trattamenti che riconoscono i generi esperiti dai pazienti e non si prefiggono meramente di "curarli". Questi trattamenti, specialmente con i bambini, hanno un ruolo centrale anche nella prevenzione, in una popolazione così a rischio di gravi problemi psicologici, come per esempio la bassa autostima, le difficoltà nelle relazioni con i pari (**Balleur-van Rijn et al., 2013**), i comportamenti di *acting-out* (**Bockting et al., 2013**) e l'alta suicidalità (**Roberts et al., 2012; Spack et al., 2012**)⁴.

La psicoanalisi oggi accoglie con sempre maggiore interesse le teorizzazioni sul genere non normativo, e spesso vede nella porosità di genere un possibile aspetto dell'esperienza soggettiva (**Corbett, 2008, 2009; Dimen & Goldner, 2002, 2005; Saketopolou, 2011a**). Questo allargamento di orizzonte rende possibile l'identificazione dei pregiudizi e dei sistematici errori che per anni hanno mantenuto l'esperienza *transgender* al di fuori dell'indagine empatica psicoanalitica (**Corbett, 2011b; Gelé et al., 2012; Pula, 2011, 2013**).

⁴ Si noti che i comportamenti atipici di genere richiamano maggiormente l'attenzione quando si manifestano nei bambini piuttosto che nelle bambine (Cohen-Kettenis *et al.*, 2006; **Zucker et al.**, 2009); nelle femmine, i comportamenti mascholini sono interpretati più spesso come segni di uno sviluppo precoce (**Halberstam, 2005**); vedi anche Abell & Dauphin (2009) per una discussione articolata di questo fenomeno.

Nonostante questi significativi progressi teorici, lavorare con la fenomenologia transessuale nell'infanzia continua a essere estremamente complicato. Non solo a causa di quella che Corbett (2009) definisce *ansia di regolazione*, che con i pazienti transessuali, in particolare con i bambini, raggiunge livelli molto alti, ma anche perché la varianza di genere nell'infanzia è in larga misura fluida e soggetta a diversi esiti evolutivi (Edwards-Leeper & Spack, 2013; Meyer, 2012; Steensma *et al.*, 2011; Zucker *et al.*, 2013). Per la maggior parte dei bambini transessuali, il genere non troverà una piena identificazione con l'altro sesso: l'esito più probabile è infatti quello di una omosessualità adulta (Davenport, 1986; Green, 1987; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Una piccola parte, tuttavia, evolverà verso un transessualismo adulto (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011; Spack *et al.*, 2012). Alla domanda su come distinguere dagli altri quei bambini i cui conflitti di genere persisteranno nel tempo non si è ancora trovata - e forse non si troverà mai - una risposta (Drescher & Byne, 2013).

Una mole crescente di studi sta indagando questa distinzione e tende a classificare i bambini in due gruppi: *persisters* (nei quali la disforia di genere persiste) e *desisters* (nei quali la disforia non persiste). Nei *desisters*, il genere continua a essere polimorfo per tutta la vita, non si conforma a uno dei due poli della scissione maschile/femminile e non si accompagna quindi al bisogno urgente di modificazioni corporee o trattamenti ormonali. I *persisters*, al contrario, evolvono verso il transessualismo adulto e mostrano un chiaro desiderio di interventi chirurgici e terapie ormonali. Nella popolazione di bambini con varianza di genere, gli studi mostrano per il primo gruppo percentuali intorno al 12-27% (de Vries & Cohen-Kettenis, 2013; Steensma *et al.*, 2011; Drummond, 2008 [quest'ultimo studio è su un campione esclusivamente femminile di nascita]).

Queste ricerche sono ancora in una fase embrionale. Al momento non è possibile determinare quali fattori possano aiutare a differenziare i due gruppi. Alcuni interessanti studi identificano i *persisters* con quei bambini che esprimono un grande disagio causato dalle caratteristiche sessuali del loro corpo (“Non voglio avere il pene”), laddove i *desisters* presentano un'ansia maggiore rispetto alle limitazioni della loro espressione di genere (“Perché non mi posso mettere la gonna?”). Con la pubertà, nei maschi avviene una graduale mascolinizzazione del corpo, nelle femmine si sviluppa il seno e compare il menarca. In questa fase le differenze tra i due gruppi diventano più chiare. Nel primo gruppo i livelli di sofferenza psicologica mostrano un incremento vertiginoso. Aumentano i sintomi di depressione e ansia, si possono verificare *acting-out* contro di sé e gli altri e scompensi psicotici. L'esacerbazione dei sintomi può essere vista come un indicatore diagnostico e determinare il trattamento

ormonale del giovane adolescente (**Spack et al.**, 2012)⁵. Nel secondo gruppo, la pubertà non determina una tale intensificazione della sofferenza psicologica. La varianza di genere tende in ogni caso a persistere, ma trova di solito un consolidamento in una presentazione di sé con particolari connotazioni dal punto di vista del genere (per esempio, un maschio gay effeminato) senza un estremo disagio rispetto al corpo o bisogno di modificazioni corporee. La predilezione per attività, giochi e vestiti tipici dell'altro genere può rimanere ma, nei *desisters*, il rapporto con il corpo non sfocia nell'egodistonia. Zucker *et al.* (**2002**) osservano che mentre i risultati degli studi retrospettivi mostrano prevalentemente una progressione dalla disforia di genere infantile verso un transessualismo adulto, gli studi prospettici indicano che la maggior parte dei bambini con varianza di genere non prenderanno quella direzione. Dal momento che nessuno di questi risultati preliminari offre indicazioni cliniche inequivocabili per il trattamento di un bambino che ancora non ha raggiunto la pubertà e la cui sofferenza legata al genere è evidente, i terapeuti di questi bambini si trovano sprovvisti di linee guida affidabili.

Trauma grave di genere

Uso l'espressione "trauma grave di genere" per indicare un percorso evolutivo che accomuna le problematiche delle due pazienti - Jenny, una bambina, e Hazel, un'adulta - che descrivo in quest'articolo e che potrebbe descrivere anche le difficoltà di altri pazienti transessuali. Il trauma grave di genere emerge dalla tanto dolorosa quanto frequente intersezione di due eventi psicologici critici, che spesso si trovano associati:

- 1) *L'esperienza di un mancato riconoscimento di genere*, ovvero essere riconosciuti da uno degli oggetti primari come appartenenti al sesso natale nonostante

⁵ In questa fase vengono usati sempre più frequentemente i bloccanti ormonali per sopprimere la secrezione endogena di ormoni sessuali, in modo da arrestare lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie. Senza bloccanti, i bambini *transgender* che attraversano i cambiamenti puberali, quando più avanti richiederanno la riassegnazione sessuale, dovranno eseguire interventi medici più invasivi per la modifica di quegli stessi cambiamenti di cui si vogliono disfare. Inoltre, alcuni tra questi cambiamenti non desiderati (per esempio, il cambiamento della voce) sono virtualmente irreversibili (**Wren, 2000**). Negli Stati Uniti la soppressione ormonale è stata usata negli ultimi dieci anni: nel 2009 l'*Endocrine Society* ha redatto le linee guida ufficiali per il trattamento degli adolescenti che soddisfino rigidi criteri di raccomandabilità per l'uso di analoghi del GnRh reversibili a partire dalla fase Tanner 2 o 3 (**Hembree et al.**, 2009). Una discussione sui bloccanti ormonali va al di là dello scopo di quest'articolo, ma chi è interessato può consultare l'articolo di Drescher & Byne (**2013**). Che io sappia, esistono solo due studi sulla soppressione puberale: il primo ha coperto un periodo di 22 anni e riporta un buon adattamento psicologico e sociale, nessuna complicazione medica e nessun segno di rimpianto (**Cohen-Kettenis et al.**, 2011). Il secondo (**de Vries et al.**, 2014) mostra che la soppressione ormonale, seguita dalla somministrazione di ormoni dell'altro sesso e da interventi chirurgici, porta a una diminuzione di sintomi disforici e un netto miglioramento dello stato psicologico.

l'esplicita espressione di una differente identità di genere; quando il genere viene rigidamente legato alla morfologia corporea, il soggetto può sentirsi non visto e non conosciuto (**Goldner, 2011; Lemma, 2013**).

- 2) *La disforia rispetto al corpo provocata dal gender*, ovvero la dolorosa sensazione che il proprio corpo fisico non corrisponda al proprio genere (per esempio bambine che si sentono maschi). Questa forma di disforia può presentarsi molto presto, intorno ai due o tre anni di età (**Coates, 2006; Edwards-Leeper & Spack, 2013**) ed è spesso accompagnata da un profondo desiderio di rendere coerente l'anatomia del corpo con l'esperienza del genere⁶.

Il trauma grave di genere emerge dall'incontro di questi due eventi psichici, distinti ma interconnessi. Ne deriva una mistura particolarmente tossica e psicologicamente pericolosa che mostra alcune caratteristiche comuni a tutte le esperienze traumatiche: dissociazione, ansia, depressione. Descrivendo il lavoro della mia terapia con Jenny proverò a illustrare come nei bambini queste difficoltà devono essere negoziate attraverso e in parallelo ad altri compiti dello sviluppo psicologico normativo, rendendo vulnerabile a sindromi psichiatriche la psiche in formazione. Le modalità in cui la fantasia inconscia può venire impiegata nella gestione della discontinuità tra corpo e genere, e le soluzioni dinamiche che i bambini adottano nell'affrontare queste sfide, possono essere incorporate nella struttura della personalità e determinare problemi gravi sul versante del carattere, difficoltà nella regolazione emotiva e anche compromissioni dell'esame di realtà. Le strategie messe in atto per affrontare il trauma grave di genere entrano a far parte della trama personale formata dalle negoziazioni tra mondo intrapsichico e intersoggettivo e quindi diventano parte del carattere individuale (**Krystal, 1978, 1985**) e del funzionamento psicologico in generale. Le difficoltà emotive e le problematiche psichiatriche che ne conseguono sono spesso, secondo la mia opinione, *risultato* dell'effetto traumatico e della mancata mentalizzazione dell'essere transessuali, e non piuttosto, come spesso vengono interpretate, la loro *causa*. Le ricerche sui bambini che presentano problematiche di genere mostrano infatti una prevalenza di disturbi dell'umore (**Edwards-Leeper & Spack, 2013**) i cui sintomi diminuiscono col progredire del percorso medico e della transizione sociale.

Allo stato attuale, molti modelli terapeutici per bambini con genere atipico concepiscono il genere esclusivamente come un prodotto culturale. Gli interventi previsti da questi modelli si focalizzano su un aiuto rivolto alla famiglia a metabolizzare le complessità incomprese del genere del bambino. D'altro canto, le terapie orientate psicoanaliticamente tendono invece a privilegiare in

⁶ In quest'articolo mi concentro su individui che soffrono per la disforia rispetto al proprio corpo a partire da età molto precoci, ma non è così per tutte le persone transessuali. Ci tengo a fare chiarezza su questo punto perché in passato influenti autori psicoanalitici (per esempio **Person & Ovesey, 1978; Stoller, 1985**) o fornitori di servizi specialistici (per esempio **Benjamin, 1977**) hanno sostenuto il valore diagnostico della disforia precoce rispetto al corpo per identificare i “veri transessuali”, delineando una tassonomia di grande rilevanza per il potere e il “discorso” politico, dal momento che ha regolato l'accesso dei *transgender* ai servizi sanitari.

modo assiomatico la corporeità come unica determinante del genere. Fino a oggi (a parte poche eccezioni, una delle quali è Ken Corbett) ciò ha determinato l'interpretazione del genere atipico come sintomo.

Il trattamento psicoanalitico del trauma grave di genere richiede un'attenzione sdoppiata su due oggetti: da una parte, gli effetti traumatici del mancato riconoscimento di genere⁷, dal momento che è spesso vissuto come una forma di violenza e aggressione psicologica (Langer, 2012), vanno scrupolosamente e attentamente indagati. Tuttavia, ciò può non essere sufficiente. Una questione critica e raramente affrontata - che costituisce il tema centrale di questo articolo - è l'angoscia percepita a causa di caratteristiche sessuali primarie e secondarie. I genitori, di fronte alla disforia dei bambini rispetto al loro corpo, reagiscono con ansia, allarme e smarrimento. Sopraffatti dalle loro emozioni, spesso chiedono aiuto. Le terapie focalizzate unicamente sul supporto dell'identità di genere del bambino potrebbero però non bastare. Questo tipo di approcci, basandosi su una lettura sbagliata della teoria contemporanea che si basa sulla performatività di genere (Butler, 1993), punta a separare il corpo dal genere assumendo il presupposto che il genere sia qualcosa che si *sceglie di mettere in atto* in maniera consapevole, non qualcosa che si è (Meadow, 2014; Serano, 2013). Il rischio che corrono questi interventi è quello di perdere di vista una delle necessità pressanti dei bambini portatori di disforia rispetto al corpo: la mentalizzazione delle loro intollerabili sensazioni somatiche. In questi bambini, l'angoscia proviene dalla loro incapacità a risolvere il conflitto tra la realtà del loro genere esperito (Jenny dice: "Io sono una bambina") e la consapevolezza, fortemente rifiutata, che la realtà del genere sia dettata da quella del corpo. Jenny, come vedremo meglio in seguito, non poteva accettare di essere una bambina mentre il corpo le diceva di essere un bambino.

Per risolvere questo rompicapo, molti pazienti transessuali fanno ricorso alla fantasia inconscia che il loro sesso di nascita non sia vero e non lo sia mai stato. In questo modo riescono a mantenere un senso del loro genere senza doversi confrontare con la realtà materiale del loro sesso. Al livello della coscienza questa dinamica può manifestarsi con la convinzione di essere nati in un corpo sbagliato. Per fare un esempio, persone biologicamente maschi che non sono state capaci di elaborare la discrepanza tra la loro corporeità e il loro genere possono credere di essere nate per sbaglio in un corpo maschile quando invece *sarebbero dovute* nascere femmine. Come interpretare queste convinzioni se non come la rappresentazione di un dolore intollerabile sotto forma di un'ingiustizia cosmica perpetrata contro loro stessi? «Il dolore non elaborato - scrive Cheng (2001) - si trasforma in reclamo» (p. 46). Qualsiasi sia

⁷ Alessandra Lemma (2012) ha descritto in maniera esaustiva le discontinuità nella formazione dell'identità che avvengono quando la corporeità individuale delle persone transessuali non viene recepita dalla mente del genitore e non riceve quindi significato a livello dell'esperienza sensomotoria e propriocettiva. Altre conseguenze nefaste delle stesse dinamiche nelle relazioni oggettuali e con il Sé sono state brillantemente descritte da terapeuti come Griffin Hansbury (2011) e Melanie Suchet (2011).

il credo religioso o metafisico alla base di questa convinzione, la fantasia inconscia di essere nati in un corpo sbagliato - opposta a quella di essere nati in un corpo non riconosciuto come proprio - proviene, a mio parere, direttamente dal conflitto non risolto della disforia legata al corpo. Per questi pazienti, elaborare il lutto di un corpo che non trova una corrispondenza armoniosa nel loro genere è una parte fondamentale del processo terapeutico. Per *lutto* intendo ciò che Steiner (1992) definisce come il senso di perdita che spesso si accompagna alla rinuncia di un controllo onnipotente. Nei pazienti transessuali, la funzione originaria del controllo onnipotente è quella di tenere a bada la sofferenza legata alla disgiunzione tra corpo e genere. In analisi, la sfida che si presenta è quella di aiutare il paziente a liberare il genere dal legame opprimente che ha col corpo in modo da scardinare la fissità della relazione tra la materialità della carne e l'esperienza del genere e, all'interno dell'intricata rete psichica, creare uno spazio per il linguaggio e la simbolizzazione.

Il lavoro analitico con i pazienti transessuali ha bisogno di una migliore comprensione di questa particolare forma di sofferenza. In assenza di modelli psicoanalitici che non abbiano la pretesa di dare forma all'esperienza psichica sulla base di quella somatica e che tollerino la soluzione di continuità tra corpo e psiche, le persone transessuali spesso non trovano l'aiuto necessario per "conoscere" i corpi in cui sono nati. Per "conoscenza" faccio riferimento alla nozione di Bion (1967) di +K, che intende il conoscere non come un atto cognitivo di percezione intellettuale ma come un evento emotivo che comprende un contatto con la vita interiore e con il dolore che la abita, che presume la capacità di rimanere fermi a osservare questo dolore prima di passare all'atto. Questo tipo di conoscenza richiede che il riconoscimento cognitivo e il dolore psichico siano riconciliati piuttosto che evasi o negati.

Riconoscere e affrontare l'angoscia rispetto al corpo, esplorarne i significati psicologici e accettare il corpo in cui si è nati sono passaggi cruciali per la salute psicologica. Ma, contrariamente alla posizione sostenuta da diversi psicoanalisti (Chasseguet-Smirgel, 1985; Chiland, 2000; Stein, 1995)⁸, non penso che questo tipo di accettazione sia risolutiva rispetto al bisogno dei pazienti transessuali di trattamenti ormonali e chirurgici. Né considero questi interventi come un *acting-out* della fantasia inconscia, bensì come tentativi di adattare la forma del corpo a quella del "corpo percepito"⁹ (tornerò su questo concetto più avanti, ma si faccia riferimento a Salamon, 2010, in particolare al cap. 6). Piuttosto, riconoscere il corpo che si possiede costituisce il lasciapassare per un processo di transizione medico-chirurgico che sia sano psicologicamente. Questa considerazione è di vitale importanza perché può guidare la tecnica psicoanalitica: il paziente deve riconoscere il corpo in cui è nato *in modo che, se necessario, lo possa eventualmente trasformare (o abbandonare)*.

⁸ Più avanti discuto la ricorrente convinzione analitica che gli interventi medici mettano l'azione in primo piano rispetto al pensiero, e rendano i pazienti *transgender* non analizzabili.

⁹ Nell'originale *felt body*, concetto preso da Salamon (2010), che indica un senso soggettivo del corpo che può essere in dissonanza con la realtà corporea. [N.d.T.]

Jenny

Jenny, una bambina di 5 anni di una famiglia caucasica di ceto medio-alto, mi è stata inviata dal Dr. A., uno psicoanalista di talento ed esperienza che l'aveva vista in consultazione con tutta la famiglia. Non essendo stato informato a sufficienza del livello dei conflitti di genere di Jenny, il Dr. A., incontrandola nella sala d'aspetto, si è chinato verso di lei e l'ha salutata, dicendo: «Ciao, io sono il Dr. A. e tu dovresti essere Johnny». Questa frase ebbe l'effetto di una straziante esplosione emotiva, rabbiosa e disperata. Jenny scoppiò in un pianto inconsolabile e, tra le lacrime, rinfacciò ai genitori il loro tradimento: «Me l'avevate promesso! Me l'avevate promesso!». I genitori cercarono di calmarla dicendole che era tutto sotto controllo, che il Dr. A. aveva già incontrato altri bambini come lei. Ma non c'era niente da fare. Jenny non riuscì a sopportare tutti i 45 minuti della seduta e furono costretti a finirla in anticipo. Al Dr. A. fu presto evidente che l'impatto del suo involontario errore di denominazione sulla fragile sensibilità di Jenny aveva impedito qualsiasi possibilità di stabilire una relazione terapeutica.

Quando ricevetti la telefonata del Dr. A. per l'invio, considerammo entrambi quanto dovesse essere stata destabilizzante per Jenny quella particolare formula («dovresti essere»), che probabilmente per lei aveva avuto il valore di “tu *devi* essere Johnny”. Ci colpì particolarmente anche l'incapacità di Jenny di modulare l'intensità dei suoi sentimenti. Una volta elicitata, l'esperienza dolorosa non poté ricevere conforto. Mi sono chiesta a cos'altro potesse aver dato sfogo Jenny col suo sconvolgente scatto d'ira, oltre all'evidente dolore per il mancato riconoscimento.

Quando li ho incontrati, i genitori mi hanno detto che Jenny dice di essere una bambina sin da quando aveva due anni e che praticamente da sempre esprime un'angoscia per il suo corpo e un risentimento profondo quando viene scambiata per un maschio. Nel corso degli anni la sofferenza si è trasformata in depressione, *acting-out* violenti, autolesionismo e, di recente, ricorrenti idee suicidarie. La preoccupazione dei genitori era enorme. Nonostante la storia dello sviluppo di Jenny da loro presentata fosse ricca di dettagli, tuttavia rispetto alla sua costruzione dell'identità di genere rimanevano nel vago. Ebbi l'impressione che, sebbene si mostrassero tranquilli rispetto all'identità di genere di Jenny, nascondessero a loro stessi, e di conseguenza anche a me, un conflitto nettamente maggiore. Il padre forse, in misura maggiore della madre, riusciva a dare voce a una sorta di ambivalenza, ma entrambi, contrariamente alle comuni reazioni dei genitori di bambini con problemi di genere (**Brill & Pepper, 2008; Hill & Menvielle, 2009**), si presentarono da subito completamente a loro agio rispetto alla femminilità di Jenny¹⁰. Mi sono chiesta se le

¹⁰ Nel corso della terapia la situazione è cambiata: il padre è diventato capace di entrare in contatto con - ed esprimere più apertamente - il suo disagio rispetto al genere di Jenny, disagio che Jenny aveva colto già da molto prima che il padre ne divenisse consapevole.

mananze mostrate nel non informare a sufficienza il Dr. A. riguardo l'identità di Jenny dipendessero dalla loro ambivalenza. È possibile che in quel modo abbiano inconsciamente reclutato il Dr. A. per mettere in scena ciò che per loro era impossibile da pensare o elaborare?¹¹

I genitori di Jenny mi hanno raccontato che un anno prima del nostro incontro erano stati convocati dal suo allenatore sportivo e informati della sua identificazione al femminile. L'allenatore, con Jenny presente, aveva chiesto come dovesse essere gestita la situazione. A questo punto Jenny è intervenuta dicendo che era lei la persona cui chiedere e che da quel momento in poi il suo nome sarebbe stato Jenny. I genitori erano profondamente turbati. Nessuno dei due aveva mai sentito quel nome prima, né avrebbero mai immaginato che la femminilità di Jenny trovasse spazio anche al di fuori delle mura domestiche. Ciò detto, l'identità di Jenny non era per loro una novità e dato che entrambi, come ebbi subito modo di sapere, nel loro passato avevano vissuto difficoltà relative al proprio senso di autonomia ed espressione personale, si sentivano fortemente motivati a non ripetere le stesse dinamiche con Jenny. Entrambi erano molto orgogliosi della forza con cui Jenny portava avanti la sua battaglia. Da quel momento in poi, infatti, le diedero pieno supporto e in breve le fu permesso di assumere socialmente il ruolo di bambina: Jenny iniziò a vestirsi da femmina e a indossare forcine per capelli, presentandosi regolarmente al femminile. I genitori si sono attenuti scrupolosamente alle indicazioni di Jenny e, riconoscendo il fatto che era “nata nel corpo sbagliato”, si sono impegnati a cancellare all'istante ogni traccia del suo passato maschile. Comportandosi come se Jenny fosse nata femmina, i genitori hanno da lì in poi evitato sistematicamente qualsiasi riferimento all'anatomia del suo corpo (per esempio, durante il bagnetto) e qualsiasi discorso sulla sua nascita maschile.

Questi accorgimenti presi a casa e poi anche a scuola fecero velocemente svanire i pensieri suicidari di Jenny, ma presto comparirono nuove problematiche comportamentali. Jenny iniziò ad avere violenti litigi col fratello minore ogni volta che per errore sbagliava il suo nome o i pronomi da usare con lei. Ogni accidentale riferimento alla sua maschilità fatto da parenti o compagni di scuola la gettava in crisi di pianto inconsolabile con lunghi strascichi di rabbia che avevano l'effetto di traumatizzare l'intera famiglia. Quella che all'inizio sembrava un'accettazione nel segno di un'apertura mentale fece presto sentire i genitori in una spirale senza controllo. Iniziarono a preoccuparsi del pervicace rifiuto di Jenny rispetto al suo passato e delle sue possibili evoluzioni. Che spiegazioni avrebbero dato alle persone che conoscevano Jenny da prima, e

¹¹ La elaborazione del lutto delle fantasie che si fanno sui figli è un aspetto importante del lavoro terapeutico ma in questo articolo non ha trovato spazio; chi è interessato può riferirsi a Di Ceglie (2012) e a Riley *et al.* (2011a, 2011b).

come avrebbero gestito le disperate e a volte rabbiose richieste di essere presentata a una nuova scuola come se fosse femmina dalla nascita? Qual era il confine tra il rispetto del suo bisogno di *privacy* e la collusione con una trasformazione quasi magica, impossibile da riconoscere e ricordare?

Presto le difficoltà di Jenny nella regolazione emotiva si estesero ad altri ambiti, ben oltre il genere. Perse quasi completamente la capacità di tranquillizzarsi da sola e divenne progressivamente incapace di farsi consolare dai genitori. Il processo culminò nella dichiarazione perentoria di Jenny di non avere un pene e di non averlo mai avuto¹². Sembrava si stesse instaurando un processo di diniego su larga scala. Jenny iniziò a rispondere a qualsiasi riferimento casuale al suo corpo o ignorandolo, o mostrandosi sinceramente sorpresa dal fatto che il suo corpo potesse essere ancora presente nella mente degli altri nella sua forma maschile - o, in altri termini, che fosse sopravvissuto in quella forma nonostante l'impiego dei suoi onnipotenti mezzi per farlo svanire. Queste manovre difensive iniziavano a oltrepassare il limite del desiderio generato dalla sofferenza di genere: Jenny, a mio avviso, si stava muovendo nel territorio delle operazioni psicotiche.

Interpretando i comportamenti di Jenny giustamente come sintomi di difficoltà psicologiche, i suoi genitori accolsero seriamente la mia opinione che Jenny soffrisse di una disregolazione emotiva, diagnosi su cui convenne anche il neuropsichiatra infantile che la famiglia aveva contattato in precedenza. Lo psichiatra si era chiesto se le problematiche di genere fossero il sintomo di una fase precoce di un disturbo bipolare. Per me il problema era inverso: se per la sua identità di genere Jenny aveva ricevuto pieno supporto e rispecchiamento dall'ambiente, il suo orrore generato dal corpo era rimasto completamente non affrontato. Nella mia comprensione, il suo nascente stato psicotico e la conseguente disregolazione emotiva erano indicatori dell'incapacità di Jenny di elaborare la logorante discrepanza tra il suo corpo e il suo genere esperito (nella **Figura 1** sono visibili i conflitti di genere di Jenny e la disorganizzazione psichica di quel periodo). Sentire di essere una bambina per poi abbassare lo sguardo e incontrare un pene non può che generare un profondo malessere e disorientamento. Questa discrepanza pone serie difficoltà al mantenimento di un pensiero coerente: contro il suo potente e incessante sentimento di essere una bambina, il corpo di Jenny le rispondeva a gran voce un deciso "no". Come può elaborare una dissonanza così terribile e fastidiosa un bambino con disforia legata al corpo?

¹² Nei bambini, i conflitti legati al genere spesso vengono localizzati sui genitali dal momento che gli altri indici corporei del genere, ovvero le caratteristiche sessuali secondarie, non sono ancora sviluppati. Diverso è per i transessuali adulti, nei quali un'attenzione focalizzata unicamente sui genitali potrebbe essere riduttiva e svalutante della complessità dei sentimenti disforici dei pazienti.

Figura 1

Permettetemi di accennare brevemente alla mia paziente transessuale adulta Hazel, che quando è entrata in terapia era in guerra col mondo, immersa in un profondo risentimento legato all'essere nata nel “corpo sbagliato”. All'inizio del nostro lavoro Hazel era molto depressa, aveva trascorso gran parte della sua vita in uno stato prevalentemente dissociato e si trovava quasi completamente isolata, distaccata in massimo grado dalle altre persone. Durante il terzo anno di analisi Hazel raggiunse finalmente la consapevolezza

- 19 -

che non erano solo gli altri, ma anche lei stessa, a fallire nel rappresentare l'incoerenza tra corpo e genere. «Da una parte lo so, *lo so*, che sono una femmina e lo sono sempre stata, ma *questo* - diceva, indicando con disprezzo il suo corpo - è tutto sbagliato. Il petto è piatto e c'è questa *cosa* tra le mie gambe. Non so come fare. Posso dire di essere una donna se non ho il seno? Se il mio pene sta lì a prendermi in giro? Se dicessi di essere un canguro, allora sarei un canguro? Non mi sarei semplicemente bevuta il cervello? Non me lo dica per favore». Hazel si affrettava a mettere in chiaro che la domanda è retorica, che in ballo non c'è tanto quello che penso io: «Non importa. Quello che importa è che *io stessa mi sento pazza*».

Alcuni analisti potrebbero erroneamente interpretare il tormento di Hazel come il suo sforzo di venire a patti con se stessa, che in ultima analisi rivelerebbe l'insostenibilità della sua esperienza di genere. Quello che tale esperienza mette in discussione, a pensarci bene, è infatti il principio cardine della psicoanalisi per l'organizzazione del genere secondo cui la differenza tra i sessi è radicata nell'anatomia (**Chasseguet-Smirgel, 1985; Kubie, 1954**). Questo tipo di interpretazione però non risponde ai bisogni reali di pazienti come Hazel, non li aiuta ad aumentare la consapevolezza sull'esperienza e l'*embodiment* del genere e, in ultima analisi, non rende pensabile la confusione generata dalla loro anatomia. La mancata identificazione di questo bisogno cruciale per i pazienti transessuali impedisce l'elaborazione necessaria del *lutto*, che a mio avviso deve essere il principale obiettivo terapeutico. È come se Hazel avesse allentato il controllo sul suo corpo interpretandolo come qualcosa di “sbagliato”, precludendo allo stesso tempo la sua capacità di provare dolore per l'esistenza del corpo e per la perdita legata al metterlo in secondo piano rispetto al genere.

Come Hazel, anche Jenny provava un profondo disagio rispetto al suo pene, ma la sua reazione alla sofferenza la faceva velocemente precipitare in territori psicologici instabili. La sostituzione dei suoi sentimenti disforici rispetto al pene e del suo desiderio di essere nata femmina con la costruzione di una realtà in cui il suo pene non esiste e *non è mai esistito* mostra l'accesso a stadi precoci di un emergente stato psicotico (vedi **Figure 2 e 3**). Per Jenny, la percezione della realtà stava diventando progressivamente subordinata alla fantasia inconscia di un corpo che non era mai stato maschile: stava perdendo la percezione realistica della sua materialità corporea in nome della coerenza di genere. Provavo la netta sensazione che Jenny avesse urgente bisogno di aiuto per tollerare la conoscenza della realtà materiale del suo corpo e per risolvere la sua incongruenza con il suo senso di sé. L'unico modo che Jenny aveva a disposizione per sentirsi sana era quello del rifiuto del verdetto del corpo.

Figura 2

Figura 3

- 21 -

In terapia, nel gioco, ho lasciato sempre iniziativa e comando a Jenny. Non le ho mai chiesto nome o genere. Ho dato l'opportunità a lei di introdurli quando e come voleva, inserendomi all'interno dei suoi scenari di gioco e mostrandomi aperta a narrative riguardanti cambi d'identità (per esempio, lei giocava spesso con un *peluche* a forma di bozzolo, che rigirato diveniva farfalla). Per gran parte del tempo, tuttavia, Jenny mi ignorava. Interpretavo questa distanza come un segnale del suo bisogno di portare il corpo in terapia solo alle sue condizioni. Fuori dalle sedute Jenny continuava a provare grande turbamento ogni volta che doveva avere a che fare col suo pene. Quando dovette scegliere un costume da bagno per le lezioni di nuoto si verificò un episodio disastroso. Jenny insistette per prendere un costume da femmina, ma quando se lo provò, il pene fece sfrontatamente sfoggio di sé in un bozzetto sotto il tessuto. L'esperienza la lasciò sconvolta per diversi giorni.

All'interno delle sedute, Jenny poteva viverci in presenza dell'altro la fantasia di essere sempre stata una bambina. Nella nostra relazione, darle la possibilità di fare esperienza del suo genere come una realtà non limitata dalla storia mi sembrava cruciale per diversi motivi. In primo luogo, lei aveva espresso un disagio profondo e articolato rispetto al proprio corpo - che, come suggeriscono alcune ricerche preliminari, potrebbe essere uno dei marcatori per distinguere i *persisters* dai *desisters* - indicando a mio avviso un'evoluzione futura più probabile verso il transgenderismo piuttosto che verso l'omosessualità. Inoltre, l'incidente col Dr. A. mi aveva messo in guardia rispetto al relazionarmi al suo genere in qualsiasi altro modo diverso da quello presentato da lei, cosa che avrebbe messo seriamente a rischio la relazione terapeutica. Infine, ritenevo che fosse fondamentale per Jenny non vivere con me le stesse angosce che viveva rispetto al corpo e rispetto all'ambiente domestico. A tale scopo, evitavo di assumere un ruolo regolatore riguardo a ciò che lei dovesse dirmi e non dirmi su di lei e sul suo corpo.

Nella stanza di analisi le fu così permesso di entrare in contatto con l'ansia legata alla sua soluzione magica. Il conflitto di Jenny iniziò a materializzarsi e a essere messo in scena nelle nostre sedute: durante il terzo mese di terapia, emerse a poco a poco un pattern ricorrente nel momento in cui, per qualche minuto in ogni seduta, Jenny aveva urgente bisogno del bagno. Ogni volta entravo con lei nel bagno femminile e da dentro la cabina¹³, mi dettava le istruzioni: «Non entrare. Non voglio che tu veda le mie parti intime!». A volte, mentre urinava, in ansia chiedeva a gran voce: «Da lì non vedi niente, vero?».

¹³ Nell'edificio dove lavoro, un unico bagno serve le diverse stanze di tutto un corridoio. Le cabine sono divise da separatori che ne assicurano la *privacy*, mentre i lavandini sono situati in una zona comune.

Queste scene erano dolorose e comiche allo stesso tempo. Il nostro “gioco del bagno” si arricchì di una serie di rituali interattivi: chiudere la porta, provare la resistenza della serratura, misurare la visibilità della fessura tra il muro della cabina e la porta. Stabilimmo anche un fischio speciale per segnalare ulteriori pericoli legati all'ingresso di altre persone nel bagno.

Queste frequenti “gite” al bagno, con la sua decisione di assumermi per la sicurezza della sua *privacy*, avevano una doppia utilità: da una parte controllavano il mio accesso al suo corpo ma allo stesso tempo, al livello inconscio, mi invitavano a tenerlo a mente. Tornando nella stanza della terapia, Jenny però ignorava qualsiasi mio riferimento alle visite al bagno. Ho capito presto che di ciò che accadeva in bagno non si doveva parlare, non per un patto dissociativo, ma per proteggere qualcosa che doveva per il momento rimanere separato in un altro spazio.

I bagni pubblici sono notoriamente dei luoghi molto complessi per le persone *transgender*: in quanto spazi nettamente codificati per il genere, sollevano questioni di identità e diritti. Nel mio lavoro con Jenny sono arrivata a interpretarli anche come sintesi paradigmatiche del rapporto tra corporeo e sociale. Sono spazi estremamente carichi di significato nella misura in cui mettono una persona come Jenny nella posizione di interagire privatamente con la sua anatomia maschile mentre pubblicamente, scegliendo il bagno delle femmine, dichiara il proprio genere femminile. In quel luogo Jenny trovava lo spazio ideale per l'incontro con la scissione tra corpo e genere, uno spazio limite che le permetteva in modo transizionale di esercitare il suo controllo onnipotente sulla realtà (**Winnicott, 1951**). Questo spazio paradossale costituiva un nuovo registro per la conoscenza e la non conoscenza del corpo: lì il corpo percepito poteva appartenere sia alla vita intrapsichica sia all'esperienza intersoggettiva, poteva essere contemplato, esposto e poi abbandonato senza tante cerimonie.

Anche se mi astenevo dal fare riferimenti alle nostre gite al bagno, mi focalizzavo in ogni caso sulle sue emozioni. Per esempio, commentavo il modo ansioso in cui voleva proteggere la sua *privacy* o le chiedevo se il fischio segreto da noi stabilito la facesse sentire più tranquilla. Potevamo a quel punto immaginare insieme le persone che sarebbero entrate, cosa avrebbero fatto, come avremmo affrontato l'intrusione. Una volta che questi sentimenti riuscirono a entrare nella stanza di terapia, la rigidità di Jenny nei copioni del gioco del bagno iniziò a diminuire. La mia paziente iniziò occasionalmente a “dimenticarsi” di chiudere la porta. In quelle situazioni si affrettava freneticamente a uscire chiedendomi se avessi visto qualcosa. Sentivo che ci stavamo progressivamente avvicinando alla sua “rivelazione” - e alla sua stessa “scoperta” - della realtà del suo corpo.

Embodiment di genere e natura della realtà

Gli psicoanalisti tradizionalmente hanno considerato l'anatomia del corpo come un principio cardine, una «roccia basale» (*bedrock*) (Freud, 1937, p. 535). Nel suo articolo pionieristico “The drive to become both sexes” [La pulsione a diventare entrambi i sessi], Kubie (1954) per esempio considera il genere come una verità inequivocabile che risiede nelle differenze anatomiche. Partendo dalla premessa che sia il corpo a dettare la realtà del genere, molti autori hanno sostenuto che per i pazienti transessuali un buon esito della terapia coinciderebbe con la loro accettazione del sesso di nascita e con una rinuncia al desiderio di modificazioni corporee (Chasseguet-Smirgel, 1985; Chiland, 2000, 2006; Coates, 2006; Limentani, 1979; Stein, 1995).

Negli ultimi decenni però sono emersi nuovi modi di pensare sul corpo che stanno rimodellando la nostra comprensione della realtà corporea. Ispirandosi al lavoro del filosofo fenomenologo Maurice Merleau-Ponty e dello psichiatra Paul Schilder, Gayle Salamon (2010) sottolinea che la superficie materiale del corpo a volte può essere disgiunta dal senso somatico “percepito”. Nelle persone di qualsiasi genere - sostiene - l'esperienza del corpo è mediata dalla fantasia, ma solo nei corpi transessuali il lavoro della fantasia diventa osservabile perché non trova una corrispondenza armoniosa nella realtà del corpo. I progressi della medicina hanno ampliato enormemente le possibilità corporee dei pazienti transessuali. Oggi si può pensare di adeguare in buona parte il corpo in cui si è nati al genere esperito (Ettner, Monstrey & Eyler, 2013; Ousterhout, 2009) con processi che determinano una profonda affermazione identitaria.

Inoltre, è importante specificare che un'analisi più attenta degli esiti di terapie riparative per l'identità di genere riportati nella letteratura psicoanalitica rivela un successo molto minore rispetto a quello rivendicato. Per esempio, in uno dei pochi articoli che fornisce un resoconto dettagliato di un'analisi di un paziente transessuale *MtoF*¹⁴, Ruth Stein (1995) segue da vicino nel suo paziente l'evoluzione della fantasia inconscia e delle relazioni oggettuali interne. Attraverso un lavoro graduale, il paziente riesce a «accettare le differenze tra i sessi» e mostra un grande miglioramento del funzionamento. Secondo l'autrice, il «desiderio transessuale» è stato eliminato. Tuttavia, confinata all'ultimo paragrafo dell'articolo, lì dove la Stein tratta rapidamente i problemi di fiducia e riservatezza che il paziente continua ad avere, c'è la dichiarazione riportata a titolo illustrativo che il paziente continua «in gran segreto a coltivare le sue fantasie di cambio di sesso» (pp. 287-288). Questa frase sorprendente, che rivela la permanenza della disforia rispetto al corpo, non induce la Stein a mettere in dubbio il suo successo terapeutico (per una dettagliata ed eccellente

¹⁴ *MtoF* (*Male to Female*), si riferisce a un maschio biologico con identità di genere femminile che in alcuni casi arriva a effettuare la riassegnazione chirurgica del sesso. *FtoM* (*Female to Male*), si riferisce invece a femmine biologiche con identità di genere maschile. [N.d.T.]

critica all'approccio terapeutico della Stein, vedi **Chodorow, 1995**). Che possiamo dire di questa evidente omissione se non interpretarla come segno della tenacia con cui gli analisti difendono il “potere definitorio” del corpo sul genere?

Gli interventi chirurgici di riassegnazione sessuale sono sempre stati visti, a mio avviso erroneamente, in opposizione all'enfasi che la psicoanalisi pone sul primato dell'insight rispetto all'azione. Pertanto la rinuncia del paziente a tali interventi è sempre stato uno degli obiettivi principali delle terapie con i pazienti transessuali. Cambiare il corpo per farlo corrispondere al genere esperito è per Chiland (**2006**) un'«idea folle» (p. 43). Per Simona Argentieri (**2006**) offre «una forma concreta (...) all'*acting-out*» (p. 4 trad. inglese), per Kubie (**1954**) non è nient'altro che un assurdo «esperimento di trasmutazione di genere» (p. 366 ediz. del 1974). In queste sentenze troviamo la diagnosi erronea e denigratoria di un bisogno, letto da questi autori come fondativo per i pazienti transessuali, di agire sul corpo, in luogo di un disinteresse per l'autoriflessione e per l'insight. Questo non solo è smentito dai dati che provengono dalla clinica, ma è anche in contraddizione con le recenti scoperte sul rapporto delle persone transessuali con i loro corpi. Alcuni pazienti transessuali provano una sorta di nostalgia a livello del corpo per qualcosa che, pur non essendo reale da un punto di vista anatomico, è comunque percepito a livello somatico. La ricerca di Ramachandran & McGeoch (**2008**) mostra che gli uomini transessuali hanno frequenze di sintomi da arto fantasma penieno comparabili a quelle degli uomini biologici soggetti a penectomia per motivi medici. Inoltre, le frequenze di sintomi da arto fantasma del seno dopo la mastectomia, negli stessi soggetti, sono significativamente minori se paragonati con quelle di donne di nascita che in seguito a diagnosi di tumore al seno hanno dovuto fare la stessa operazione. Allo stesso modo, le donne transessuali sembrano fare esperienza di molti meno sintomi da arto fantasma penieno in seguito alle vaginoplastiche se confrontati con i controlli normativi.

Oggi abbiamo anche robuste prove che ci permettono di affermare l'impossibilità per le condotte genitoriali di modificare l'identità di genere (**Brill & Pepper, 2008; Deutsch, 2011**) e siamo in possesso di dati clinici che suggeriscono chiaramente che non esistono interventi terapeutici o psicoeducativi in grado di conformare l'esperienza di genere al corpo (**Menvielle, 2013; de Vries & Cohen-Kettenis, 2013**). Nella letteratura psicoanalitica, resoconti di terapie con pazienti transessuali indicano che anche dopo l'elaborazione e il superamento, livello dopo livello, di traumi precoci e conflitti inconsci, il genere rimane imm modificabile (**Suchet, 2011**). Oggi, dopo infiniti tentativi vani di “curare” la varianza di genere (**Pfäfflin, 2006; Stoller, 1997**), dobbiamo accettare che quando si parla di transessualismo è il corpo -insieme alle nostre vecchie teorie - che deve, per così dire, dichiarare sconfitta. Negli adulti, questa “sconfitta del corpo” comprende gli interventi ormonali e chirurgici. Alla fine, una nuova materialità corporea può essere creata in modo più conforme all'esperienza psicologica.

Tuttavia, anche in seguito agli interventi ormonali e chirurgici più sofisticati e meglio riusciti, le modifiche corporee sono solo parziali. L'adeguamento del corpo al genere può essere molto migliorato, ma non diventerà mai perfetto. Molti degli indicatori biologici (cromosomi, organi sessuali interni, ampiezza delle spalle, dimensione di mani e piedi, voce) rimangono immutati¹⁵. Transizioni sane da un punto di vista psicologico si devono quindi basare su un solido lavoro di analisi volto all'elaborazione del lutto e della sofferenza legata al corpo in cui si è nati. Il corpo, scrive Langer (2012), «deve essere in ultima analisi accettato come un progetto imperfetto» (p. 12). Questa accettazione si basa sulla capacità di accogliere, riconoscere e integrare il passato biologico nella nuova identità. Il lavoro di Quinodoz (2002) con una paziente transessuale operata con vaginoplastica suggerisce che anche dopo gli interventi chirurgici l'adattamento al nuovo genere è facilitato dalle dinamiche del lutto a carico della fantasia inconscia di una “asportazione del passato”. Quando un paziente *FtoM* (vedi nota 14), per esempio, diventa capace di provare le sensazioni del lutto legate al fatto di non essere nato maschio, diventa a quel punto anche capace di sviluppare un'identità maschile che non sia tormentata dalla paura di “essere scoperti” o di “qualcuno che se ne accorga”. Il rigido controllo esterno e interno richiesto da queste preoccupazioni può interferire con la formazione di relazioni intime.

Per tutti questi motivi, ho pensato che il pene di Jenny dovesse divenire per lei pensabile (Bion, 1967), per evitare di aderire completamente alle soluzioni onnipotenti basate sulla fantasia inconscia e per sviluppare un'interazione migliore con gli altri in cui il sesso natale non costituisse un tabù. Con tutti i sussurri e le risatine nei corridoi della scuola dei compagni che sapevano che Jenny prima era Johnny, il riconoscimento del passato diveniva ancora più urgente.

Proseguendo nell'interpretazione delle emozioni di Jenny rispetto alle nostre gite al bagno, il nostro gioco cambiò: iniziò a ruotare intorno a storie di animali e di loro metamorfosi. Un animale poteva davvero trasformarsi in un altro? Jenny iniziò a disegnare una trasformazione dietro l'altra e si poneva delle domande. Una mucca poteva diventare davvero un uccello? Se uno struzzo metteva la testa sotto la sabbia, il mondo intorno a lui scompariva *veramente*? Avevo la sensazione che, nel domandare se queste complicate trasformazioni fossero possibili, Jenny stava provando a opporsi ai meccanismi di rimozione che aveva messo in atto. Per diversi giorni, abbiamo giocato intorno a questi temi. In una seduta Jenny disegnò la metamorfosi di un asino: partito come un asino a inizio pagina, l'animale divenne prima un cavallo e

¹⁵ La soppressione ormonale all'inizio della pubertà associata alla successiva somministrazione di ormoni dell'altro sesso (rigidamente regolamentata perché non venga effettuata prima dei 16 anni dalle linee guida della *Endocrine Society* americana) promette di intervenire su più indicatori, ma comunque non su tutti.

alla fine, arrivato al traguardo, era chiaramente diventato uno struzzo (**Figura 4**). Mentre disegnava parlavamo dei cambiamenti corporei dell'animale e, arrivata allo struzzo, Jenny si girò verso di me con aria interrogativa. Le dissi che probabilmente si sentiva confusa perché si chiedeva se una simile trasformazione potesse avvenire davvero e che era evidente quanto quel cavallo volesse che tutti sapessero che in realtà era uno struzzo. Jenny annuì, scoppiò a ridere e poi, in modo assolutamente inaspettato, con una sorprendente messinscena esibizionistica si alzò la gonna fin sopra la testa. Sotto il tessuto delle mutandine, comparve il bozzetto dei suoi genitali. Fu questo il modo in cui Jenny fece *coming-out* con me.

Figura 4

Diede un'occhiata verso il basso con la gonna ancora alzata, fissò i genitali e poi, abbassando la gonna, mi rivolse uno sguardo pieno di aspettative. Come rispondere a questa comunicazione? Ero appena stata invitata a dare un nome a qualcosa che lei non riusciva a mettere in parole? Il nominare quelle parti avrebbe avuto uno sconcertante effetto disorganizzante? L'avrebbe gettata nella vergogna? Avrebbe rovinato la nostra relazione? In questi momenti clinici inaspettati, il tempo ci mette pressione. Si dilata e si contrae. I pochi secondi successivi mi sembrarono infiniti. Presto il silenzio divenne troppo lungo: Jenny avrebbe potuto pensare che il suo pene non era pensabile nemmeno per me. Le dissi: «Quello che ho appena detto rispetto al desiderio del cavallo ti ha fatto provare tante cose diverse. Secondo me vuoi dirmi qualcosa ma non trovi le parole». Le frasi suonarono strane. Mi chiese se era finita la seduta. In effetti lo era.

La seduta successiva iniziò in un modo diverso dal solito. Invece di precipitarsi verso il cassetto dei giochi, Jenny si andò a sedere sul divano annunciando che aveva qualcosa da dirmi: «Papà pensa che io sia un maschio. A volte mi vesto da maschio, così il suo cuore smette di andare in pezzi». Questa frase - già menzionata all'inizio dell'articolo - aprì la diga. Nei mesi successivi passammo gran parte del tempo a cercare di capire insieme cosa significasse essere una bambina e cosa volesse dire che il padre la vedeva come un

maschio. Questi discorsi aprirono la strada alle descrizioni del corpo e all'ammissione finale che non era solo il papà, ma che anche lei non capiva come potesse essere una bambina dal momento che aveva un pene. Nei giochi Jenny riuscì a mettere in scena il suo senso di panico di essere «un falso», la sua paura di avere «ingannato» tutti e l'ansia incessante di essere «scoperta» dai compagni di classe, dai loro genitori e persino dagli sconosciuti.

Nella stanza, la sua anatomia maschile divenne più affrontabile, iniziammo anche a parlare chiaramente del suo pene e di quanto non lo sopportasse. Mi spiegò con allegria il modo che aveva escogitato per nascondere (con una manovra che conferiva all'area del bacino un'apparenza piatta) e si domandò se il pene sparisse veramente quando non lo vedeva più. Se si fosse tolta i vestiti, avrei potuto controllare e dirglielo? Con la comparsa di questi discorsi, le nostre gite al bagno diminuirono, fino a interrompersi. In alcuni giochi Jenny iniziò a occuparsi direttamente di questioni di genere, in altri invece si domandava se fosse bianca o nera, cinese o messicana, terrestre o aliena, animale o umana (**Figura 5**). Tutto ruotava intorno all'identificazione e alla legittimazione delle categorie: possedeva i giusti attributi per essere collocata in modo incontrovertibile in una delle due classi? Verbalizzando queste preoccupazioni la sua rabbia iniziò a scemare e, pur continuando a non gradire discorsi sul suo pene, il ricorso a soluzioni magiche iniziò a svanire.

Figura 5

- 28 -

La tensione legata al suo genere e ai conflitti coi genitori non scomparve ma diminuì significativamente. Negli episodi spiacevoli in cui il fratello o i compagni di scuola non la riconoscevano come femmina, Jenny recuperò in parte la sua capacità di regolazione emotiva.

Iniziò così una serie di sogni che indicavano un'emergente abilità nel formare rappresentazioni dei suoi stati affettivi. In un sogno, uno struzzo metteva la testa sotto la sabbia, in altri riemergeva senza testa - una speranza, sebbene un po' raccapricciante, castrazione. Nel sogno, Jenny era in ansia che la sabbia andasse negli occhi dello struzzo: «Non funzionerà!», pensava angosciosamente nel sogno. Quando però l'uccello si rialzava, Jenny poteva chiaramente distinguere un collo rimpicciolito. Ora sembrava più un pollo, «ma non un pollo normale, perché più o meno si capisce che prima era uno struzzo». Jenny esitò cercando una parola che lo definisse e - *eureka!* - esclamò con eccitazione: «Non era né uno struzzo né un pollo: era uno *strullo!*». Questo sogno, carico di sollievo per Jenny, condensa il controllo onnipotente dello struzzo sulla realtà (la testa sotto la sabbia), la sua consapevolezza emergente sui problemi legati a questa fantasia inconscia (la sabbia negli occhi dello struzzo) e l'ambita sparizione del pene (il collo rattrappito). Grazie alla nuova capacità di prendere le distanze dalle sue fantasie onnipotenti, Jenny si è inventata uno "strullo", un neologismo tranquillizzante e generativo in cui inscrivere temporalità, memoria e storia.

Riflessioni conclusive

Ho scelto di condividere questa storia clinica, in cui ho visto Jenny sporgersi sul precipizio della disgregazione psicotica, perché voglio mettere in evidenza come una gestione erronea della disforia legata al corpo possa generare una patologia. I nostri interventi possono diventare iatrogeni e *costringere* questi pazienti al ricorso a meccanismi psicotici per affrontare affetti insostenibili. Avendo lavorato diversi anni con bambini piccoli gravemente disturbati, ho avuto molte occasioni per osservare come questi meccanismi, nati di solito per gestire le conseguenze di esperienze traumatiche, acquisiscano vita autonoma e divengano strategie dominanti per affrontare le difficoltà emotive (**Krystal, 1978, 1985**). Con il tempo queste soluzioni danno forma ad alcuni schemi di interazione col mondo e il soggetto si trova per così dire a rischio costante di essere stritolato dalla strategia patologica, come se vivesse immerso in una selva di edera velenosa.

Siamo in un'epoca particolare della storia. Rispetto a soli dieci anni fa abbiamo acquisito un'enorme consapevolezza sulle problematiche transessuali. Il nostro discorso psicoanalitico sul genere sta diventando sempre più ricco e approfondito. Accanto a tutte le questioni del lavoro clinico coi pazienti transessuali che rimangono aperte, ce ne sono probabilmente molte altre che ancora non sono state nemmeno formulate. Oltre alle sottili concettualizzazioni e allo scrupoloso lavoro analitico è fondamentale anche prestare attenzione all'ansia controtransferale. Si prenda come esempio l'ironica dichiarazione di Chiland (2006) nel discutere il "problema" della transessualità: «E allora diciamo addio alla differenza tra i sessi e tra le generazioni, rinunciamo alla "stella polare" sessuale della psicoanalisi» (p. 52). Cosa dobbiamo leggere tra le righe di queste sentenze se non una profonda ansia generata dalla perdita di ciò che per lungo tempo abbiamo considerato il nostro nord magnetico?

Abstract. Mourning the body as bedrock: Developmental considerations in treating transsexual patients analytically. The concept of massive gender trauma, a clinical syndrome arising at the intersection of the misgendering of transgender patients and the anguished experience of the natal body, is introduced. Psychoanalysts have become increasingly aware of the complex interactions between psyche, soma, and culture, and of the psychic risks inherent in misgendering. However, patients' body dysphoria is often left unaddressed even by analysts who work within gendered experience. Through a detailed account of work with a five-year-old trans girl (female-identified, male-bodied), the developmental implications of the natal body's not becoming sufficiently mentalized are tracked and explored. Attention to unconscious fantasy and its transformations shows the importance of helping transgender patients whose bodies are a source of suffering to be able to psychically represent their pain as a critical step in the process of a psychologically healthy sexual transition. [KEY WORDS: gender, misgendering, body dysphoria, unconscious fantasy, transgender]

Bibliografia

- Abell S. & Dauphin B. (2009). The perpetuation of patriarchy: The hidden factor of gender bias in the diagnosis and treatment of children. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 14, 1: 117-133. DOI: [10.1177/1359104508096773](https://doi.org/10.1177/1359104508096773).
- Ambrosio G., editor (2006). *Transvestism, Transsexualism in the Psychoanalytic Dimension (Atti della Conferenza Europea dell'International Psychoanalytic Association [IPA] Committee on Women and Psychoanalysis [COWAP] "Travestitismo, transessualismo, transgender nella dimensione psicoanalitica"*, Catania, 17-18 giugno 2006). London: Karnac, 2009.
- Argentieri S. (2006). Travestitismo, transessualismo, *transgender*: identificazione e imitazione. *Psicoanalisi*, 10, 2: 55-92 (trad. inglese: Transvestism, transsexualism, transgender: Identification and imitation. In: Ambrosio, 2006, pp. 1-40).
- Balleur-van Rijn A., Steensma T.D. Kreukels, B.P. & Cohen-Kettenis P.T. (2013). Self-perception in a clinical sample of gender variant children. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 18, 3: 464-474. DOI: [10.1177/1359104512460621](https://doi.org/10.1177/1359104512460621).
- Benjamin H. (1977). *The Transsexual Phenomenon*. New York: Warner Books.
- Bion W.R. (1967). *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. London: Heineman (trad. it.: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970).
- Bockting W.O., Miner M.H., Swinburne Romine R.E., Hamilton A. & Coleman E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103, 5: 943-951. DOI: [10.2105/AJPH.2013.301241](https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241).
- Borg M.B. (2011). Heisting the analyst's penis (at gunpoint): Community enactment in the treatment of an FtM transgendered analysand. *International Journal of Transgenderism*, 13, 2: 77-90. DOI: [10.1080/15532739.2011.623652](https://doi.org/10.1080/15532739.2011.623652).
- Brill S. & Pepper S. (2008). *The Transgender Child: A Handbook for Families and Professionals*. San Francisco, CA: Cleis Press.
- Butler J. (1993). *Bodies That Matter: On the Discursive Limits of "Sex."* New York: Routledge.
- Chasseguet-Smirgel J. (1985). *Creativity and Perversion*. New York: Free Association Books (trad. it.: *Creatività e perversione*. Milano: Raffaello Cortina, 1987).
- Cheng A.A. (2001). *The Melancholy of Race: Psychoanalysis, Assimilation, and Hidden Grief*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Chiland C. (2000). The psychoanalyst and the transsexual patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 1: 21-35. DOI: [10.1516/0020757001599483](https://doi.org/10.1516/0020757001599483). [→]
- Chiland C. (2006). Some thoughts on transsexualism, transvestism, transgender and identification. In: Ambrosio, 2006, pp. 41-54.
- Chodorow N.J. (1995). Multiplicities and uncertainties of gender: Commentary on Ruth Stein's "Analysis of a case of transsexualism". *Psychoanalytic Dialogues*, 5, 2: 291-299. DOI: [10.1080/10481889509539066](https://doi.org/10.1080/10481889509539066). [→]
- Coates S. (1990). Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 18: 414-438. [→]
- Coates S. (2006). Developmental research on childhood gender identity disorder. In: Fonagy, Krause & Leuzinger-Bohleber, 2009, pp. 103-131. [Related→]
- Coates S. & Moore M.S. (1998). The complexity of early trauma: Representation and transformation. In: di Ceglie D., editor, *A Stranger in My Own Body: Atypical Gender Identity Development and Mental Health*. London: Karnac Books, 1998, pp. 39-62. [Related→]
- Cohen-Kettenis P.T., Owen A., Kaijser V.G., Bradley S.J. & Zucker K.J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A crossnational, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 1: 41-53. DOI: [10.1023/A:1021769215342](https://doi.org/10.1023/A:1021769215342).

- Cohen-Kettenis P.T., Schagen S.E., Steensma T.D., de Vries A.L.C. & Delemarre-van de Waal H.A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 4: 843-847. DOI: [0.1007/s10508-011-9758-9](https://doi.org/10.1007/s10508-011-9758-9).
- Corbett K. (1996). Homosexual boyhood: Notes on girlyboys. *Gender & Psychoanalysis*, 1: 429-461. [→]
- Corbett K. (2008). Gender now. *Psychoanalytic Dialogues*, 18, 6: 838-856. DOI: [10.1080/10481880802473381](https://doi.org/10.1080/10481880802473381). [→]
- Corbett K. (2009). Boyhood femininity, gender identity disorder, masculine presuppositions, and the anxiety of regulation. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 4: 353-370. DOI: [10.1080/10481880903088484](https://doi.org/10.1080/10481880903088484). [→]
- Corbett K. (2011a). *Boyhoods: Rethinking Masculinities*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Corbett K. (2011b). Gender regulation. *Psychoanalytic Quarterly*, 80, 2: 441-459. DOI: [10.1002/j.2167-4086.2011.tb00092.x](https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2011.tb00092.x). [→]
- Davenport C.W. (1986). A follow-up study of 10 feminine boys. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 6: 511-517. DOI: [10.1007/BF01542316](https://doi.org/10.1007/BF01542316).
- Deutsch M.B. (2011). Use of the informed consent mode in the provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13: 140-146.
- de Vries A.L.C. & Cohen-Kettenis P.T. (2013). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. In: Drescher & Byne, 2013a, pp. 7-26.
- de Vries A.L.C., McGuire J.K., Steensma T.D., Wagenaar E.C.F., Doreleijers T.A.H. & Cohen-Kettenis P.T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134, 4: 696-704. DOI: [10.1542/peds.2013-2958](https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958).
- di Ceglie D. (2006). Between Scylla and Charybdis: Exploring atypical gender identity development in children and adolescents. In: Ambrosio, 2006, pp. 55-73. [Related→]
- di Ceglie D. (2012). Response to Alessandra Lemma, APP Lecture “Research off the couch: Re-visiting the transsexual conundrum”. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26, 4: 290-293. DOI: [10.1080/02668734.2012.743226](https://doi.org/10.1080/02668734.2012.743226). [→]
- Dimen M. & Goldner V., editors (2002). *Gender in Psychoanalytic Space: Between Clinic and Culture*. New York: Other Press (trad. it.: *La decostruzione del genere. Teoria femminista, cultura postmoderna e clinica psicoanalitica*. Milano: Il Saggiatore, 2006).
- Dimen M. & Goldner V. (2005). Gender and sexuality. In: Gabbard G.O., Cooper A.M., & Person E.S., editors, *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychoanalysis*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2005, pp. 93-114 (trad. it.: *Genere e sessualità*. In: *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina, 2005, pp. 149-186).
- Drescher J. & Byne W., editors (2013a). *Treating Transgender Children and Adolescents: An Interdisciplinary Discussion*. New York: Routledge.
- Drescher J. & Byne W. (2013b). Introduction: The treatment of gender dysphoric / gender variant children and adolescents. In: Drescher & Byne, 2013a, pp. 1-6. [Related→]
- Drummond K.D., Bradley S.J., Peterson-Badali M. & Zucker K.J. (2008). A follow-up study with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44, 1: 34-45. DOI: [10.1037/0012-1649.44.1.34](https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34). [Related→]
- Edwards-Lepper L. & Spack N. (2013). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a major pediatric center. In: Drescher & Byne, 2013a, pp. 27-42.

- Ehrensaft D. (2009). One pill makes you boy, one pill makes you girl. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 6, 1: 12-24. DOI: [10.1002/aps.185](https://doi.org/10.1002/aps.185). [→]
- Ehrensaft D. (2011a). Boys will be girls, girls will be boys: Children affect parents as parents affect children in gender nonconformity. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 4: 528-548. DOI: [10.1037/a0023828](https://doi.org/10.1037/a0023828). [→]
- Ehrensaft D. (2011b). *Gender Born, Gender Made*. New York: The Experiment.
- Ehrensaft D. (2012). When talking about children's gender, words matter. *The Huffington Post*, March 1, 2012: www.huffingtonpost.com/diane-ehrensaft-phd/gender-nonconforming-kids_b_1311204.html.
- Ehrensaft D. (2013a). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. In: Drescher & Byne, 2013a, pp. 43-62.
- Ehrensaft D. (2013b). "Look, Mom, I'm a boy - don't tell anyone I was a girl". *Journal of LGBT Youth*, 10, 1/2: 9-28. DOI: [10.1080/19361653.2012.717474](https://doi.org/10.1080/19361653.2012.717474).
- Ettner R., Monstrey S. & Eyler A.E., editors (2013). *Principles of Transgender Medicine and Surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Fonagy P., Krause R. & Leuzinger-Bohleber M., editors (2009). *Identity, Gender, and Sexuality: 150 Years after Freud*. London: Karnac Books.
- Freud S. (1937). Analisi terminabile e interminabile. *Opere*, 11: 497-535. Torino: Boringhieri, 1979. Ediz. orig. tedesca: Die endliche und die unendliche Analyse. *Gesammelte Werke*, XVI: 59-99. Ediz. inglese: Analysis terminable and interminabile. *Standard Edition*, XXIII: 216-253.
- Gelé K., McNamara S., Phillips S.H., Shelley R.D., Grossman G., Vaughan S.C. & Roughton R. (2012). Emerging views on gender and sexuality: Celebrating twenty years of new perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender people. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60, 5: 949-967. DOI: [10.1177/0003065112459956](https://doi.org/10.1177/0003065112459956). [→]
- Goldner V. (2011). Trans: Gender in free fall. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 2: 159-158. DOI: [10.1080/10481885.2011.562836](https://doi.org/10.1080/10481885.2011.562836). [→]
- Gomez-Gil E., Vidal-Hagemeijer A. & Salamero M. (2008). MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment: Comparison of patients in pre-hormonal and pre-surgical phases. *Journal of Personality Assessment*, 90, 4: 368-374. DOI: [10.1080/00223890802108022](https://doi.org/10.1080/00223890802108022).
- Green R. (1987). *The "Sissy Boy Syndrome" and the Development of Homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Guralnik O. & Simeon D. (2010). Depersonalization: Standing in the spaces between recognition and interpellation. *Psychoanalytic Dialogues*, 20, 4: 400-416. DOI: [10.1080/10481885.2010.502501](https://doi.org/10.1080/10481885.2010.502501). [→]
- Halberstam J. (2005). *In a Queer Time and Place: Transgender Bodies, Subcultural Lives*. New York: New York University Press.
- Hansbury G. (2005). Mourning the loss of the idealized self: A transsexual passage. *Psychoanalytic Social Work*, 12, 1: 19-36. DOI: [10.1300/J032v12n01_03](https://doi.org/10.1300/J032v12n01_03). [→]
- Hansbury G. (2011). King Kong and Goldilocks: Imagining transmasculinities through the trans-trans dyad. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 2: 210-220. DOI: [10.1080/10481885.2011.562846](https://doi.org/10.1080/10481885.2011.562846). [→]
- Hansbury G. (2013). "The masculine vaginal: Working with queer men's embodiment on the transgender edge". Paper presented at Annual Colloquium, *Manhattan Institute for Psychoanalysis* (MIP), New York, October 25, 2013. [Related→]
- Harris A. (2005). Gender in linear and nonlinear history. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 4: 1079-1095. [→]

- Harris A. (2009). *Gender as Soft Assembly*. New York: Routledge.
- Hembree W.C., Cohen-Kettenis P.T., Delemarre-van de Waal H.A., Gooren L.J., Meyer W.J., Spack N.P., Tangpricha V. & Montori V.M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94, 9: 3132-3154. DOI: [10.1210/jc.2009-0345](https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345).
- Hill D.B. & Menvielle E. (2009). “You have to give them a place where they feel protected and safe and loved“: The views of parents who have gender-variant children and adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 6, 2/3: 243-271. DOI: [10.1080/19361650903013527](https://doi.org/10.1080/19361650903013527).
- Krystal H. (1978). Trauma and affect. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33: 81-116. [→]
- Krystal H. (1985). Trauma and the stimulus barrier. *Psychoanalytic Inquiry*, 5, 1: 131-161. DOI: [10.1080/07351698509533579](https://doi.org/10.1080/07351698509533579). [→]
- Kubie L.S. (1954). The drive to become both sexes. *Psychoanalytic Quarterly*, 1974, 43: 349-426 (ristampa: 2011, 80, 2: 369-439. DOI: [10.1002/j.2167-4086.2011.tb00091.x](https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2011.tb00091.x)). [→]
- Langer S.J. (2012). “Our body project: From mourning to making the transgender body”. Paper presented at the Third Annual Trans Symposium, *Institute for Contemporary Psychoanalysis* (ICP), New York, February 26, 2012.
- Lemma A. (2012). Research off the couch: Re-visiting the transsexual conundrum. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26, 4: 263-281. DOI: [10.1080/02668734.2012.732104](https://doi.org/10.1080/02668734.2012.732104). [→]
- Lemma A. (2013). The body one has and the body one is: Understanding the transsexual's need to be seen. *International Journal of Psychoanalysis*, 94, 2: 277-292. DOI: [10.1111/j.1745-8315.2012.00663.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2012.00663.x). [→]
- Lev A.I. (2004). *Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working with Gender-Variant People and Their Families*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Limentani A. (1979). The significance of transsexualism in relation to some basic psychoanalytic concepts. *International Review of Psychoanalysis*, 6: 139-153. [→]
- Marcus B.F. & McNamara S. (2013). “Strange and otherwise unaccountable actions“: Category, conundrum, and trans identities. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61, 1: 45-66. DOI: [10.1177/0003065112468489](https://doi.org/10.1177/0003065112468489). [→]
- Meadow T. (2014). “*Being a gender: A new conceptual framework*”. Lecture given at Princeton University, April 2, 2014.
- Menvielle E. (2013). A comprehensive program for children with gender variant behaviors and gender identity disorders. In: Drescher & Byne, 2013a, pp. 63-74.
- Meyer W.J. (2012). Gender identity disorder: An emerging problem for pediatricians. *Pediatrics*, 129, 3: 571-573. DOI: [10.1542/peds.2011-3696](https://doi.org/10.1542/peds.2011-3696). [Related→]
- Oppenheimer A. (1991). The wish for a sex change: A challenge to psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis*, 72: 221-231. [→]
- Oppenheimer A. (1992). The wish for a sex change. *International Journal of Psychoanalysis*, 73: 582. [→]
- Ousterhout D.K. (2009). *Facial Feminization Surgery: A Guide for the Transgendered Woman*. Omaha, NE: Addicus Books.
- Person E. & Ovesey L. (1978). Transvestism: New perspectives. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 6: 301-323. [→]
- Pfäfflin F. (2006). Research, research politics, and clinical experience with transsexual patients. In: Fonagy, Krause & Leuzinger-Bohleber, 2009, pp. 139-156.
- Pula J. (2011). “When a candidate or analysand identifies as transgender: Impacts for the individual and the institution”. Paper presented to the *American Psychoanalytic Association*, New York, January 15, 2011.

- Pula J. (2013). "Polymorphously perverse candidates, how we fit and conflict with modern psychoanalytic training: Early personal reflections of a transgender doctor". Paper presented at the *William Alanson White Institute*, New York, May 1, 2013.
- Quinodoz D. (1998). A fe/male transsexual patient in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 79: 95-111. [→]
- Quinodoz D. (2002). Termination of a fe/male transsexual patient's analysis: An example of general validity. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 4: 783-798. DOI: [10.1516/7ULG-83LG-PC08-DNTX](https://doi.org/10.1516/7ULG-83LG-PC08-DNTX). [→]
- Ramachandran V.S. & McGeoch P.D. (2008). Phantom penises in transsexuals: Evidence of an innate gender-specific body image in the brain. *Journal of Consciousness Studies*, 15, 1: 5-16.
- Riley E.A., Sitharthan G., Clemson L. & Diamond M. (2011a). The needs of gender-variant children and their parents according to mental health professionals. *International Journal of Transgenderism*, 13, 2: 54-63. DOI: [10.1080/15532739.2011.622121](https://doi.org/10.1080/15532739.2011.622121).
- Riley E.A., Sitharthan G., Clemson L. & Diamond M. (2011b). The needs of gender-variant children and their parents: A parent survey. *International Journal of Sexual Health*, 23, 3: 181-195. DOI: [10.1080/19317611.2011.593932](https://doi.org/10.1080/19317611.2011.593932).
- Roberts L.A., Rosario M., Corliss H.L., Koenen K.C. & Austin B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129, 3: 410-418. DOI: [10.1542/peds.2011-1804](https://doi.org/10.1542/peds.2011-1804).
- Saketopoulou A. (2011a). Minding the gap: Intersections between gender, race, and class in clinical work with gender variant children. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 2: 192-209. DOI: [10.1080/10481885.2011.562845](https://doi.org/10.1080/10481885.2011.562845). [→]
- Saketopoulou A. (2011b). Queer children, new objects: The place of futurity in Loewald's thinking. *DIVISION/Review* (Division 39, *American Psychological Association*), January: www.apadivisions.org/division-39/publications/review/2011/01/gay-children.aspx. [Related→]
- Salamon G. (2010). *Assuming a Body: Transgender and Rhetorics of Materiality*. New York: Columbia University Press.
- Serano J. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Emeryville, CA: Seal Press.
- Serano J. (2013). *Excluded: Making Feminist and Queer Movements Inclusive*. Emeryville, CA: Seal Press.
- Smith Y.L., van Goozen S.H., Kuiper A.J. & Cohen-Kettenis P.T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35, 1: 85-99. DOI: [10.1017/S0033291704002776](https://doi.org/10.1017/S0033291704002776).
- Socarides C.W. (1970). A psychoanalytic study of the desire for sexual transformation ("transsexualism"): The plaster-of-paris man. *International Journal of Psychoanalysis*, 51: 341-349. [→]
- Spack N.P., Edwards-Leeper L., Feldman H.A., Leibowitz S., Mandel F., Diamond D.A. & Vance S.R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129, 3: 418-425. DOI: [10.1542/peds.2011-0907](https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907).
- Steensma T.D., Biemond R., de Boer F. & Cohen-Kettenis P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 16, 4: 499-516. DOI: [10.1177/1359104510378303](https://doi.org/10.1177/1359104510378303).
- Steensma T.D. & Cohen-Kettenis P.T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40, 4: 649-650. DOI: [10.1007/s10508-011-9752-2](https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2).
- Stein R. (1995). Analysis of a case of transsexualism. *Psychoanalytic Dialogues*, 5: 257-289. [→]

- Steiner J. (1992). The equilibrium between the paranoid-schizoid and the depressive positions. In: Anderson R., editor, *Clinical Lectures on Klein and Bion*. London: Routledge, 1992, pp. 46-58. [→]
- Stoller R.J. (1985). *Presentations of Gender*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Stoller R.J. (1997). *Splitting: A Case of Female Masculinity*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Suchet M. (2011). Crossing over. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 2: 172-191. DOI: [10.1080/10481885.2011.562842](https://doi.org/10.1080/10481885.2011.562842). [→]
- Wallien M.S. & Cohen-Kettenis P.T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 12: 1413-1423. DOI: [10.1097/CHI.0b013e31818956b9](https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9).
- Winnicott D.W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 1953, 34, 2: 89-97. Anche in: *Collected Papers. Through Pediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1958, pp. 229-242 (trad. it.: Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Scritti scelti*. Firenze: Martinelli, 1975, cap. XVIII, pp. 275-290. Anche in: *Playing and Reality*. London: Tavistock, 1971; trad. it.: *Gioco e realtà*. Roma: Armando, 1974, cap. 1, pp. 23-60). [Related→]
- Winnicott D.W. (1954). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up. *International Journal of Psychoanalysis*, 1955, 36: 16-26. Anche in: *Collected Papers. Through Pediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1958, pp. 278-295 (trad. it.: Gli aspetti metapsicologici e clinici della regressione nell'ambito della situazione analitica. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Scritti scelti*. Firenze: Martinelli, 1975, cap. XXII, pp. 332-350). Anche in: Caldwell L. & Joyce A., editors, *Reading Winnicott*. London: Routledge, 2011, chapter 6 (trad. it.: Aspetti metapsicologici e clinici della regressione all'interno del setting psicoanalitico. In: *Leggere Winnicott*. Prefazione di Helen Taylor Robinson. Milano: FrancoAngeli, 2014). [Related→]
- Winnicott D.W. (1960). Ego distortion in terms of true or false Self. In: *The Maturation Process and the Facilitating Environment (1957-63)*. New York: International Universities Press, 1965, pp. 140-152 (trad. it.: Distorsioni dell'Io in termini di vero e falso Sé. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1970, pp. 177-193. Anche col titolo "Vero e falso Sé" in: Casonato M., a cura di, *Psicologia Dinamica. 2: Dai pionieri della psicoanalisi alla scuola inglese*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992, pp. 323-334).
- Wren B. (2000). Early physical intervention for young people with atypical gender identity development. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 5, 2: 220-231. DOI: [10.1177/1359104500005002007](https://doi.org/10.1177/1359104500005002007).
- Zucker K.J., Drummond K.D., Bradley S.J. & Peterson-Badali M. (2009). Troubled meditations on psychosexual differentiation: Reply to Hegarty. *Developmental Psychology*, 45, 4: 904-908. DOI: [10.1037/a0016125](https://doi.org/10.1037/a0016125).
- Zucker K.J., Owen A., Bradley S.J. & Ameeriar L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 7, 3: 398-411. DOI: [10.1177/1359104502007003007](https://doi.org/10.1177/1359104502007003007).
- Zucker K.J., Wood H., Singh D. & Bradley S.J. (2013). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. In: Drescher & Byne, 2013a, pp. 75-101. [Related→]

Article Citation [\[Who Cited This?\]](#)

Saketopoulou, A. (2015). IL LUTTO DEL CORPO COME “ROCCIA BASILARE” NEL TRATTAMENTO PSICOANALITICO DI TRANSESSUALI*. *Psicoter. Sci. Um.*, 49(1):7-36

PEP-Web Copyright

Copyright. The PEP-Web Archive is protected by United States copyright laws and international treaty provisions.

1. All copyright (electronic and other) of the text, images, and photographs of the publications appearing on PEP-Web is retained by the original publishers of the Journals, Books, and Videos. Saving the exceptions noted below, no portion of any of the text, images, photographs, or videos may be reproduced or stored in any form without prior permission of the Copyright owners.
2. Authorized Uses. Authorized Users may make all use of the Licensed Materials as is consistent with the Fair Use Provisions of United States and international law. Nothing in this Agreement is intended to limit in any way whatsoever any Authorized User's rights under the Fair Use provisions of United States or international law to use the Licensed Materials.
3. During the term of any subscription the Licensed Materials may be used for purposes of research, education or other non-commercial use as follows:
 - a. Digitally Copy. Authorized Users may download and digitally copy a reasonable portion of the Licensed Materials for their own use only.
 - b. Print Copy. Authorized Users may print (one copy per user) reasonable portions of the Licensed Materials for their own use only.

Copyright Warranty. Licensor warrants that it has the right to license the rights granted under this Agreement to use Licensed Materials, that it has obtained any and all necessary permissions from third parties to license the Licensed Materials, and that use of the Licensed Materials by Authorized Users in accordance with the terms of this Agreement shall not infringe the copyright of any third party. The Licensor shall indemnify and hold Licensee and Authorized Users harmless for any losses, claims, damages, awards, penalties, or injuries incurred, including reasonable attorney's fees, which arise from any claim by any third party of an alleged infringement of copyright or any other property right arising out of the use of the Licensed Materials by the Licensee or any Authorized User in accordance with the terms of this Agreement. This indemnity shall survive the termination of this agreement. NO LIMITATION OF LIABILITY SET FORTH ELSEWHERE IN THIS AGREEMENT IS APPLICABLE TO THIS INDEMNIFICATION.

Commercial reproduction. No purchaser or user shall use any portion of the contents of PEP-Web in any form of commercial exploitation, including, but not limited to, commercial print or broadcast media, and no purchaser or user shall reproduce it as its own any material contained herein.