

impaginazione
Verena Papagno

© copyright Edizioni Università di Trieste, Trieste 2016

Proprietà letteraria riservata.
I diritti di traduzione, memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento totale e parziale di questa
pubblicazione, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm,
le fotocopie e altro) sono riservati per tutti i paesi.

E-ISBN 978-88-8303-770-2

EUT - Edizioni Università di Trieste
Via E. Weiss, 21 - 34128 Trieste
eut@units.it
<http://eut.units.it>
<https://www.facebook.com/EUTEdizioniUniversitaTrieste>

Identità di genere.
Riflessioni
cliniche e letture
fenomenologiche
sulla costruzione
delle identità
transessuali

Elisabetta Pascolo-Fabrizi
Federico Sandri
Alessandro Saullo
Tommaso Bonavigo

prefazione
di Eugenio Borgna

Sommario

7 *Eugenio Borgna*
7 Prefazione

11 Introduzione

PRIMA PARTE

PER UNA CLINICA DELL'IDENTITÀ TRANSESSUALE

Capitolo 1

Elementi storici, evolutivi e classificativi

- 19 1.1 Introduzione
- 22 1.2 Il transessualismo
- 24 1.3 Transessualismo e disforia di genere
- 26 1.4 Alcuni cenni storici
- 27 1.5 Il transgenderismo
- 30 1.6 L'androgino
- 31 1.7 I compiti di sviluppo
- 35 1.8 Considerazioni conclusive

Capitolo 2

Dal primo colloquio all'emersione del genere

- 41 2.1 Dalla legge al DSM-5
- 42 2.2 Identità emergenti ed emerse
- 43 2.3 Le tipologie della domanda
- 44 2.4 Primo colloquio e indagini diagnostiche
- 44 2.5 Un nuovo nome, un nuovo significato
- 45 2.6 I margini di riflessione per il clinico
- 46 2.7 Il ruolo del terapeuta
- 47 2.8 I significati della domanda

SECONDA PARTE

LA CRISI DELL'IDENTITÀ. RIFLESSIONI SUI CONCETTI DI IDENTITÀ E GENERE

Capitolo 1

La Mente Incarnata. Concetti generali sul tema dell'identità e del corpo

- 51 1.1 Il concetto di Identità
- 52 1.1.1 Il *cogito*
- 53 1.1.2 L'identità sociale

54	1.1.3 Le forme concettuali del Sé
55	1.1.4 La critica ad una concettualizzazione dell'Identità
56	1.1.5 Il contributo della fenomenologia
58	1.2 Ipse, Idem e "storia di una vita"
58	1.2.1 <i>Ipseità</i>
60	1.2.2 La medesimezza
61	1.2.3 L'identità narrativa
63	1.2.4 L'identità corporea
64	1.2.5 Il corpo
64	1.2.6 Il corpo vivo
66	1.2.7 L'identità di genere

Capitolo 2

Psicopatologia dell'Identità. Riflessioni sul crollo dell'identità e quadri psicopatologici

73	Nota introduttiva alla parte seconda
74	2.1 L'Ipse nella schizofrenia
74	2.1.1 L'esperienza schizofrenica
76	2.1.2 Lo scacco dell'Ipse
78	2.2 Identità e integrità corporea
78	2.2.1 Dalla perversione al disturbo dell'identità
79	2.2.2 Criteri descrittivi per il BIID
80	2.2.3 Tre assi di osservazione
81	2.2.4 Terapia ed etica
82	2.3 Identità e genere
83	2.3.1 Considerazioni terminologiche
84	2.3.2 Il transessualismo
85	2.3.3 Diffusione del Fenomeno
86	2.3.4 Forma primaria e secondaria
87	2.3.5 Quale diagnosi?
90	2.3.6 La comorbidità
91	2.3.7 Il processo di transizione
93	4. Conclusioni

Capitolo 3

Conclusioni. Una proposta di visione psicopatologica dell'identità di genere

103	3.1 La costituzione dell'identità di genere atipica
104	3.2 La transizione di genere
105	3.3 Nota conclusiva
107	Bibliografia

Prefazione

Questo libro si confronta in pagine di grande interesse clinico e psicopatologico, sociale e giuridico, e di bruciante attualità, con gli orizzonti tematici della identità di genere, e in particolare delle identità transessuali, muovendo da premesse conoscitive storiche e cliniche, psicodinamiche e fenomenologiche. L'assoluto rigore delle riflessioni si accompagna alla vastissima bibliografia rielaborata e recuperata nelle sue fondazioni epistemologiche, ed etiche.

Questa mia introduzione vuole solo richiamarsi alle linee tematiche essenziali del discorso. La prima parte è dedicata alla clinica della identità transessuale, e si richiama in un primo capitolo agli elementi storici, evolutivi e classificatori, del problema e in un secondo capitolo alla sintomatologia e alla diagnosi delle identità transessuali, e alla loro significazione clinica. La seconda parte è dedicata invece, in un primo capitolo, alle crisi della identità, alle riflessioni sugli aspetti teorici della identità, e delle loro risonanze nella percezione soggettiva del corpo: descritto, e analizzato, nella dicotomia fenomenologica fra il corpo-cosa, il corpo-oggetto, e il corpo significante, il corpo vissuto; e in un secondo capitolo alla psicopatologia della identità, e in particolare a quello che gli autori chiamano, con una bella immagine, il crollo della identità. Le conclusioni completano il cammino teorico e pratico del discorso.

Il grande tema del libro è quello del femminile e del maschile, e delle relazioni fra l'una e l'altra connotazione sessuale: l'una contrapposta all'altra come il cielo

e la terra, l'acqua e il fuoco, o l'una sconfinante nell'altra in possibili posizioni intermedie senza che sesso e identità di genere si sovrappongano? Questa ultima è la tesi del libro: ancorata alla definizione di genere che è stata formulata nella quinta edizione del DSM nel quale non si parla più di "disturbi dell'identità di genere" ma di "disforia di genere": riconoscendo, così, nella disforia la linea tematica fondamentale della mutata esperienza della propria identità.

Come si dice nel corso del libro, nella esperienza transessuale si manifesta una mancata sincronia fra quello che è dato, e quello che è desiderato dalla persona, e una transizione da una forma di corpo all'altra; e non si può in ogni caso non riconoscere la legittima esistenza di un vasto spettro di identità di genere, e la necessità di collocare il tema della identità di genere al centro del lavoro con le persone transessuali al fine di ascoltarne i vissuti e i bisogni, i desideri e le idee su di sé, e sulle relazioni con il mondo. L'obiettivo clinico, a sua volta, non può se non essere quello di eliminare la disforia, e questo si raggiunge solo nel rispetto della identità di genere delle persone con cui ci si incontra.

Nel corso del libro si ribadisce poi come già la legge 164 del 1982 ("Norme in materia di rettificazione di sesso") oltrepassava la tesi che la sessualità sia determinabile solo su base cromosomica, e metteva in evidenza l'aspetto psichico del genere, e la possibilità di una costruzione, non necessariamente biologica, della identità sessuale. Ma è stato il movimento transgender a radicalizzare il discorso proponendo una visione duttile di sesso e di genere, e rivendicando il diritto di ogni persona a situarsi in qualsiasi posizione intermedia fra gli estremi del maschile e del femminile senza subire discriminazioni sociali. Certo, sesso biologico, esperienza soggettiva di genere, e orientamento sessuale sono considerati variabili indipendenti.

Nella seconda parte del libro si svolgono radicali riflessioni fenomenologiche sui concetti di identità, di corporeità e di genere, richiamandosi in pagine straordinarie al pensiero di Kant, di Husserl e di Ricoeur, e giungendo alla conclusione che la identità di genere possa essere definita come un complesso di credenze nei riguardi delle proprie connotazioni femminili, maschili, o transgender, e cioè come un complesso di credenze di natura soggettiva e psicologica. In questa seconda parte il libro si confronta fra l'altro con la psicopatologia della identità nella schizofrenia, e con il tema lacerante della identità e della integrità corporee, e cioè con il desiderio di essere amputati di un arto, o di più arti, nel tentativo di sanare angosce di natura sessuale.

Nelle conclusioni gli autori sostengono come la persona transessuale, quando si presenti alla osservazione clinica, e porti con sé una domanda di cambiamento medico, o chirurgico, abbia percorso un lungo cammino di dubbi angosciosi sulla propria identità; giungendo alla costituzione di una sua atipica identità, e rivendicandola nelle sue esigenze di intervento medico, e di riconoscimento pubblico. Certo, il ruolo della salute mentale non deve essere quello di censurare, o di giudicare, ma invece quello di sostenere la persona transessuale nella ricerca dei significati correlati, in particolare, con la riconversione chirur-

gica che ha in sé una sua sconvolgente portata di liberazione, e di drammatica irreversibilità.

Un libro, che si confronta con problemi di estrema complessità (anche etica), descritti e analizzati con una grande chiarezza espositiva, e con una radicale conoscenza di esperienze, come quelle transessuali, che si dovrebbero riguardare nella loro genesi storico-vitale, e nella loro lacerante sofferenza. Un libro che testimonia delle competenze psicopatologiche e socioculturali, psicodinamiche e fenomenologiche, ma anche filosofiche, degli autori e che riporta il discorso sulle dimensioni transessuali della vita in aree di rispetto e di tolleranza umana. Un libro che dimostra, in particolare, la straordinaria importanza delle prospettive psicodinamiche e fenomenologiche nella interpretazione delle problematiche sessuali che oggi riemergono nella loro complessità, e nelle loro sconvolgenti risonanze emozionali. Un libro che mi ha consentito di riflettere da punti di vista inattesi, e consapevoli degli scogli dilemmatici che ne scaturiscono, sui problemi della sessualità atipica: così facilmente ignorati e rimossi dalla psichiatria. Un libro, infine, che ha il coraggio di guardare in volto la dimensione complessa e oscura della vita sessuale, e questo al di là di pregiudizi, e di fatali discriminazioni.

Eugenio Borgna

Introduzione

La pubblicazione di una raccolta di scritti sul tema dell'identità nella persona transessuale può sembrare anacronistica, perfino paradossale o provocatoria, considerando che il più noto manuale classificatorio dei disturbi mentali (il DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), nel passaggio dalla quarta alla quinta edizione, ha sostituito la dicitura “Disturbo dell'Identità di Genere” con la nuova definizione di “Disforia di Genere”. Se ci si ferma alla variazione di titolazione – senza approfondirne le motivazioni, il clima socioculturale in cui ciò è avvenuto e i percorsi attraverso i quali si è giunti a questa scelta – si potrebbe concludere semplicemente che l'elemento dell'identità non è più parte della questione e che pertanto non va preso in considerazione nelle riflessioni successive sul concetto di genere, né indagato nella clinica della transessualità.

Certamente la diagnosi di disforia di genere è ciò che oggi continua a consentire alle persone transessuali l'accesso alle procedure di riassegnazione chirurgica del sesso, con la finalità di ridurre proprio la componente disforica. Al contempo questa nuova diagnosi – non definendo parametri di idoneità identitaria – si astiene da giudizi in merito all'identità dell'individuo e, indirettamente, garantisce la possibilità clinica di identità non convenzionali quando vissute dalla persona egosintonicamente. È evidente come questa nuova prospettiva si adegui al mondo contemporaneo, nel quale ha sempre più spazio la libera espressione di ciascuno così com'è.

Nel contesto socio-culturale attuale, infatti, i percorsi di costruzione dell'identità appaiono sempre più eterogenei nelle modalità e sfumati nei risultati, sfaccettati e ricchi di margini individuali di non facile standardizzazione. Si allungano i tempi e la complessità del processo identificativo (i termini dell'adolescenza sono sempre meno definiti); si fanno incerti i modelli di riferimento e si frammentano le esperienze di confronto, separazione, transizione e reintrazione, che subiscono la flessione di un contesto in continuo divenire. Se da un lato ciò crea incertezza perché gli individui sfuggono alle abituali categorie sociali, dall'altro offre nuove opportunità e maggiore libertà di scelta individuale. La libera espressione esistenziale dell'individuo e l'adesione a categorie sociali prestabilite rappresentano, infatti, i due poli di un continuum lungo il quale ogni persona può situarsi, in parte come sua scelta personale e in parte come misura dell'autonomia concessa ai singoli dalla società in cui vivono.

Libertà individuale e norme sociali si pongono agli antipodi anche per quanto riguarda la definizione e costruzione dell'identità sessuale degli individui – composta per definizione da sesso biologico, identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale. Se il sesso biologico rappresenta un dato di fatto fin dalla nascita, così non è per le altre componenti. L'identità di genere, in particolare, è il vissuto soggettivo di posizionamento lungo il continuum maschile-femminile, ed è fortemente condizionata dalle influenze provenienti dal contesto socioculturale.

Nella nostra cultura, l'identità di genere è spesso pensata come un fenomeno naturale, segregato secondo categorie discrete di maschilità e femminilità, scotomizzando l'evidenza che ogni ambito del nostro quotidiano è segnato implicitamente da espressioni, simbologie e immagini che condizionano le nostre idee sulla realtà. Così finisce per sembrarci scontato che le bambine giochino con le bambole e i maschietti con le macchinine, e chi non vi si adegua non rientra nella normalità. Che il genere sia una costruzione sociale appare evidente – come suggerisce Héritier – quando si prendono in esame alcune società neoguineane o inuit presso le quali l'identità “sessuale” del nascituro non è connessa al sesso biologico, ma all'identità sessuale dell'anima-nome reincarnata. L'anima-nome è assegnata al neonato nel momento in cui viene al mondo in base ai segni interpretati dagli sciamani. Fino alla pubertà i bambini appartengono al genere della loro anima-nome (anche se opposto al loro sesso biologico); una volta adulti si devono reinserire nei ruoli tipici del loro sesso biologico, assumendone le responsabilità connesse.

Tuttavia maschile e femminile sono concettualizzati in molte culture – anche nella nostra – come posizioni stereotipicamente polarizzate e finiscono per essere considerate come socialmente alternative, tanto che l'antropologa Mila Busoni li descrive in una relazione come quella tra terra e aria, acqua e fuoco, cioè tra loro contrapposti e mutuamente esclusivi. Le posizioni intermedie sono respinte e ciò va spesso di pari passo con l'idea per cui ciò che è dato (il sesso) è ciò che è giusto, e che non è possibile assumere un'identità di genere che non corrisponda a questo.

Tuttavia un'assoluta e necessaria coincidenza tra sesso e identità di genere non è un elemento ineludibile. In diverse culture nella storia dell'uomo sono esistiti esempi in cui la società ha codificato alternative possibili a chi non si riconosceva nella binarietà dei sessi o non si arrendeva all'ineluttabilità di un sesso che non riconosceva come suo. Così, ad esempio, le "fa'afafine" delle isole Samoa che, nate biologicamente maschi, conducono una vita al femminile con un ruolo riconosciuto nella società, integrate a livello familiare e non discriminate. O gli "hijra" di India e Pakistan, che si identificano nell'altro genere o in un terzo né maschile né femminile, e che rinunciando alla sessualità trasformano quest'energia in un potere sacro. O ancora la figura tradizionale – e ormai quasi scomparsa – dei "femminielli napoletani", che, intimamente integrati nel contesto popolare partenopeo, incarnano un femminile parziale e affascinante in netta contrapposizione all'universo transessuale classico. I femminielli partecipavano alla vita comunitaria come protagonisti di matrimoni e battesimi e le loro cerimonie pubbliche erano condivise con la popolazione in una forte dimensione collettiva e sociale. Infine, le "vergini giurate" del Kosovo e dell'Albania settentrionale: donne alle quali il codice consuetudinario tradizionale (Kanun) consentiva di proclamarsi uomo, di comportarsi come tale e di acquisirne tutti i diritti peculiari (e in effetti, in questo caso, le motivazioni di questo istituto appaiono principalmente di carattere socio-economico, quant'anche legato al ruolo di genere).

È quindi indubbio che ciò che una società consente e offre ai suoi membri (in termini di riconoscimento di una certa categoria o ruolo sociale) finisce per favorire o negare possibilità esistenziali e forme d'espressione dei singoli e, allo stesso tempo, fornisce agli stessi membri del gruppo dei parametri con i quali orientarsi rispetto agli altri. Infatti, l'approccio all'altro è sicuramente più facile quando possiamo categorizzare il nostro interlocutore applicando un modello di riferimento a noi familiare. Tanto più le sue caratteristiche personali sono comprensibili e note, tanto più ci sentiremo a nostro agio nella relazione interpersonale, perché sarà possibile applicare modelli di comportamento culturalmente appresi. Tanto più i dettagli che leggiamo sulla superficie dell'altro sono coerenti tra di loro e con gli stereotipi culturali, tanto più le nostre idee saranno confermate e sarà possibile procedere nell'incontro con più velocità e automaticamente, dando molto per scontato. Con questa modalità di esperienza si mette da parte il dubbio e ci si affida al noto.

Esistono tuttavia situazioni nelle quali qualcosa non torna nell'incontro con l'altro, ad esempio perché la forma del corpo è contraddetta dal nome che porta, il suono della voce è dissonante rispetto all'abito che indossa, il racconto della sua esistenza contravviene la norma dell'abitudine. Sono quelle situazioni in cui l'esperienza attuale dell'incontro con l'altro non concorda con le nostre esperienze precedenti o con quanto sappiamo di come gli altri devono essere. Esperienza e norma ci lasciano soli e disorientati rispetto a ciò che non conosciamo e che ci obbliga a un di più di attenzione, tolleranza, curiosità, apertura, accoglienza.

Nell'esperienza transessuale, ciò che spaventa è proprio l'esplicita non sincronia tra ciò che è dato e ciò che è desiderato dalla persona, e la transizione progressiva e ibrida da una forma di corpo ad un'altra. Va notato però che, se il processo di transizione scandalizza alcuni perché contraddice il dato di natura e richiede una fase – più o meno lunga – di ambiguità del corpo, tuttavia la sua meta finale è comprensibile perché rappresentata da una forma di corpo umano già nota: maschile o femminile. Il problema dell'incontro con l'altro transessuale sembrerebbe quindi risolversi “medicalmente”, attendendo che la transizione ormonale e chirurgica faccia il suo corso e riconsegna la persona a uno stereotipo corporeo socialmente accettato. Infatti, l'intervento medico-chirurgico rappresenta la soluzione che normalizza ciò che è fuori dagli schemi sociali classici e riordina i corpi in base alle richieste dei singoli, ma sempre in una dicotomia netta maschile-femminile. Così che dopo il momento di turbamento quella persona è ora comprensibile ai nostri occhi.

Tuttavia – e riprendiamo da sopra –, la situazione attuale è molto più sfaccettata, e oggi riconosciamo l'esistenza e la legittimità di un ampio spettro di identità di genere, non tutte destinate ad cambio di sesso un completo. Non è quindi più possibile applicare al mondo transessuale il binarismo maschile-femminile, che riduce la complessità di quest'esperienza umana a un semplice problema corporeo di pertinenza chirurgica. È invece necessario riportare il tema dell'identità di genere al centro del lavoro con le persone transessuali, per ascoltarne i vissuti e i bisogni, le aspirazioni e le idee su di sé e sul loro rapporto con il mondo, accettando soprattutto l'indeterminatezza di queste storie e la loro impossibilità di essere categorizzate in cliché di normalità. Se il nostro obiettivo come clinici è l'eliminazione della disforia di genere, questo può essere raggiunto solo rispettando le identità di genere delle persone con cui lavoriamo.

Nei due scritti che presentiamo in questo volume abbiamo quindi cercato di esplorare il tema dell'identità di genere seguendo due approcci (la clinica psicodinamica e l'indagine fenomenologica), a tratti diametralmente opposti. È il frutto di un lavoro di ricerca e riflessione maturato negli anni nella Clinica Psichiatrica di Trieste, che è parte del team multidisciplinare per la presa in carico della persona durante il percorso di transizione di genere a Trieste.

Abbiamo immaginato un volume che possa essere utile, senza presunzioni e medicalizzazioni, ai vari attori coinvolti nel grande universo della disforia di genere.

È indirizzato alle persone che percepiscono una discrepanza fra il corpo definito biologicamente, il corpo percepito e il corpo immaginato. Abbiamo tentato, con onestà, di dare una lettura quanto più laica possibile a un paradigma che sfugge sempre di più alle definizioni psichiatriche e acquisisce un valore individuale e soggettivo, non sempre facilmente comprensibile per la legge e le norme istituzionali.

Un testo fruibile dai familiari delle persone che percepiscono una disforia di genere. Spesso nei colloqui clinici ci vengono posti interrogativi da parte dei parenti che chiedono risposte non banali a domande che ancora non hanno un nome definito.

È un testo per gli studenti che si avvicinano, a prescindere che provengano da discipline umanistiche, scientifiche o sociali, al delicato universo dell'identità di genere e alle sue declinazioni possibili. È un panorama sfaccettato dove, fra psicopatologia e normalità, si articola la domanda di chi vuole solamente assomigliare alla propria idea di realtà.

È un testo per noi, persone che lavoriamo con altre persone, che abbiamo molte domande da farci e responsabilità da sostenere, che manteniamo la curiosità nell'approccio clinico e che ancora non riusciamo a convincerci che esista una risposta giusta alla domanda sull'identità.

Prima parte
Per una clinica
dell'identità transessuale

Capitolo 1

Elementi storici, evolutivi e classificativi

Noi andiamo in giro con un sacco di scafandri, tuta spaziale, cappotto e... Siamo pieni di sbarre che non vediamo, perché sono troppo vicine agli occhi. Siamo pieni di sovrastrutture sin da bambini: tutine colorate, i maschietti, le femminucce... Ad oggi ti dico che l'uomo dovrebbe fare ben altre cose, non deve essere mezzo marziano... Ma deve imparare ad entrare in contatto con la natura che ha in se stesso, per far convivere le parti in modo coerente. Perché se credi nella tua vita di essere qualcosa di troppo definito, poi troverai qualcosa d'altro che farà vacillare le tue sicurezze... E prima ne avrai paura, poi avrai ancora più paura delle certezze.
(Maurizio C., paziente)

1.1 INTRODUZIONE

Il tema dell'identità è da sempre materia di ricerche storiche, filosofiche, antropologiche e psicologiche. Ogni individuo, nel suo venire al mondo e nel confronto con il mondo stesso, si pone interrogativi esistenziali e cerca risposte. Quello dell'identità è forse il centro di ogni questione esistenziale.

Traendo spunto dal testo della professoressa Flavia Monceri¹, ci chiediamo con sincerità e curiosità "a chi serve l'identità?". Forse – ipotizziamo – a chiunque voglia mettersi in salvo dalle proprie componenti psicotiche e tema di perdere

la propria coerenza esistenziale; forse a tutti quelli che desiderano integrarsi nel proprio tessuto sociale e culturale; o forse, più semplicemente, non si può rinunciare ad avere un'identità. L'identità è un tentativo di accordo - fluido e perfezionabile - fra le definizioni interne di sé e le definizioni che, come riflessi, ci vengono rimandate dagli occhi del mondo. Individuo significa "non diviso" e individuazione indica il processo per cui la persona diventa se stessa: un essere umano intero, inscindibile e differenziato dalla psiche collettiva conscia e inconscia².

In un ambiente sociale e relazionale, essere individui richiede pertanto di individualizzarsi senza isolarsi dal contesto, continuando - come sistemi aperti - a costruire reti di senso con la realtà che ci circonda.

Scrive Jung che «per evitare equivoci bisogna distinguere tra individualismo e individuazione. L'individualismo è un mettere intenzionalmente in rilievo le proprie presunte caratteristiche in contrasto coi riguardi e gli obblighi collettivi. L'individuazione, invece, è un migliore e più completo adempimento delle finalità collettive dell'uomo, in quanto il tener sufficientemente conto delle caratteristiche dell'individuo lascia sperare una funzione sociale migliore che se le caratteristiche vengono trascurate o represses [...]. Ogni volto umano ha un naso, due occhi ecc. ma questi fattori universali sono variabili, ed è questa variabilità che rende possibili le caratteristiche individuali. Il termine individuazione può quindi indicare soltanto un processo psicologico che adempie finalità individuali date, ossia che fa dell'uomo quel determinato essere singolo che è. Individuandosi, l'uomo non diventa "egoista" ma si conforma unicamente a una sua peculiarità: il che è ben diverso dall'egoismo o dall'individualismo»³.

Il corpo è ciò che attiene primariamente a ogni individuo che si presenta entro la scena della sua nascita sociale. La pelle è l'involucro che lo riveste e che differenzia ogni essere umano dal suo simile, distanziandolo dall'indifferenziazione sconcertante di cui parlava Jung. Senza la pelle saremmo tutti molto più uguali. La pelle è luogo, specchio e scenario; di fatto già non vergine alla nascita, perché tinto dalle aspettative materne e dalle interazioni di contatto intrauterino, e nel quale vengono a declinarsi le costellazioni emozionali del mondo interno. La pelle è relazione, è legame che connette le parti del corpo, che entro l'involucro epidermico trovano allocazione e senso.

La pelle ha un ruolo centrale nella costituzione dell'io psichico, secondo Anzieu⁴. E, quindi, della sua identità in quanto persona. Sebbene non abbia la priorità cronologica, tuttavia la pelle funge da principale contenitore dell'io germinale poiché antecedente strutturalmente agli altri sensi. La pelle ricopre tutto il corpo, contiene in sé più sensi distinti che si estrinsecano attraverso attributi recettoriali specifici, che condividono non solo un valore fisico ma anche una esperienza psichica con il soggetto. È sede del tatto, che è l'unico senso dotato di una competenza riflessiva, tant'è che la pelle ha percezione del toccare, dell'essere toccata e del toccarsi. Nello scivolare della mano destra sul polso sinistro si esplicita un processo di integrazione di strati psichici che, ad ogni tocco successivo, si appoggiano gli uni sugli altri dando consistenza all'identità nascente. Il soggetto, in una

narrazione in divenire che contempla spazio e tempo, si percepisce come persona incarnata nella forma della propria pelle; il modello di questa riflessività costituisce la riflessività del pensiero. L'instaurarsi dell'io-pelle risponde, secondo l'autore, al «bisogno di un involucro narcisistico e assicura all'apparato psichico la certezza e la costanza di un benessere di base»⁵. La pelle riveste grande importanza in quanto fornisce all'apparato psichico le rappresentazioni che costituiscono l'io e le sue funzioni: ogni funzione psichica si sviluppa basandosi su una funzione corporea sottostante, di cui traspone il funzionamento sul piano cognitivo. L'io-pelle è «una rappresentazione di cui si serve l'io del bambino, durante le fasi precoci dello sviluppo, per rappresentarsi se stesso come io che contiene i contenuti psichici, a partire dalla propria esperienza della superficie del corpo»⁶. L'io-pelle, una volta costituitosi, svolge una serie di funzioni. La prima è quella di fornire un sostegno e una conservazione della vita psichica. Una seconda è quella di contenimento: è la percezione del «corpo come sacco». Si evidenziano due aspetti del «sacco»: uno passivo (il «recipiente», che accoglie passivamente immagini, sensazioni, affetti, conservandoli) e uno attivo (il «contenitore» di trasformazione ed elaborazione delle sensazioni). Una terza funzione è quella che Wilhelm Reich definisce di «corazza caratteriale». Fra le funzioni che attengono in modo più specifico alla costruzione dell'identità si individua la funzione di individuazione del Sé: essa comporta il sentimento di percepirsi come soggetto unico che diparte dalla pelle verso un approfondimento radicato nella carne e nelle matrici sottostanti; è una narrazione che, giorno dopo giorno, prende più senso e struttura.

Schilder ritiene che lo schema corporeo si costituisca non solo sulla base delle sensazioni (cenestesiche, tattili, ecc.), ma soprattutto mediante l'integrazione di queste sensazioni con i vissuti esistenziali ed emotivi del singolo soggetto⁷. L'ottica funzionalista si frammenta per reintegrarsi e riaccorparsi all'esperienza soggettiva: non sono quindi solo i correlati biologici e neurofisiologici alla base della costruzione di uno schema corporeo ma soprattutto l'integrazione dei significati e delle esperienze emotive, i valori e le considerazioni culturali che derivano dalla messa in atto del corpo entro una propria cornice individuale e familiare, e ancora storica e culturale. Contesti di varia natura, sempre nell'interazione fra il Sé e il mondo, partecipano alla costruzione di una matrice duttile e dinamica in cui si definisce strutturalmente traccia di una identità; ma come suggerisce Freud, «L'io è innanzitutto una entità corporea, non soltanto una entità di superficie ma è anche la proiezione di una superficie»⁸ e ancora «L'io è in definitiva un derivato da sensazioni corporee, soprattutto provenienti dalla superficie del corpo»⁹. La cute è confine da mantenere per enunciare l'esistenza di un io, che possiede un limite da travalicare per l'incontro con un tu. «La pelle si è trasformata in una duplice qualità psichica: la ricettività e la resistenza»¹⁰.

È interessante che molto di ciò che immaginiamo dell'anatomia del nostro corpo, del suo funzionamento, del suo valore sia dato da ciò che di esso interpretiamo osservandone la superficie. Vediamo «il fuori» immaginando di vedere «il dentro», ma come suggerisce Hillman «il dentro è davvero dentro e pertanto

fuori dalla portata della comprensione»¹¹: l'identità, come esperienza intima, è l'esito di un'interazione che sfugge alle trame della razionalità.

Il corpo è quindi il luogo dove si rappresenta il riflesso di ogni identità: è "l'intersemiotico" in cui prima o poi si incontrano e si sovrappongono tutti i segni possibili. Il corpo è linguaggio¹²: pieghe, rugosità, anfratti, rigonfiamenti, appendici, livellamenti sono tutti segni che descrivono il linguaggio, il tempo, la densità della vita che scorre, il valore delle scelte fatte e da fare, le imposizioni della biologia che non muta, la sessualità, il genere, le creatività possibili.

Le identità sono matrici simboliche che rappresentano appartenenze e collocazioni ma forse, come suggerisce Argentieri, «essere tutto – maschio e femmina, omo ed eterosessuale – è la lusinga dell'eterna illusione narcisistica, che nasconde la realtà di non essere né l'uno né l'altro»¹³.

1.2 IL TRANSESSUALISMO

Transessualismo è un termine per definire un'identità sociale, psicologica e culturale che comprende infinite identità soggettive, che declinano questo termine a seconda della propria e personale adesione ad esso. Ognuno fornisce una sua descrizione di mondo¹⁴ che implicitamente orienta la riflessione del soggetto sulla definizione di limite inclusivo o esclusivo, concavo o convesso (non solo nell'esperienza anatomica). Transessualismo è un termine che descrive un paradosso logico, una sfumatura inafferrabile, e allo stesso tempo è una descrizione che attiene al comparto psicopatologico: definisce un vissuto alla base del quale vi è un rifiuto del proprio sesso anatomico, che viene occultato e vincolato attraverso comportamenti evitanti o mascheramenti che sottendono una sofferenza psicologica.

Durante alcune fasi del ciclo di vita il corpo cambia sotto la spinta di una biologia inarrestabile, che si esplicita attraverso variazioni ormonali che impattano a livello fisico e psichico. Tali effetti pongono la persona in contatto con i cambiamenti della propria identità, fino a poco tempo prima ritenuta strutturalmente stabile. Ad esempio, l'identità del ragazzo varia dal periodo puberale al periodo dell'adolescenza, l'identità della donna si modifica in maniera significativa nell'età adulta per poi subire ulteriori variazioni durante le fasi della gravidanza o durante il climaterio, così come nell'uomo sono presenti variazioni dell'identità – seppure meno evidenti – durante l'invecchiamento. Voler cambiare e dover cambiare sono esperienze vissute in parziale contraddizione: la realtà fisica incarnata nel corpo trasgredisce, a volte, i tempi di una realtà immaginata – fatta di sogni, di modi e vissuti – che poco hanno a che fare con gli evidenti e necessari sviluppi del corpo biologico.

Il corpo è contemporaneamente una cosa, un'immagine e un simbolo¹⁵: è cioè un costruito di piani che si intersecano e sfumano l'uno nell'altro.

Il fisico denuncia la trasformazione in corso attraverso un manifestarsi arrogante e intenso, che trova nella sessualizzazione secondaria un'esperienza ag-

gressiva e auto-aggressiva palese. Di fronte a questo corpo, non più in comunione con il soggetto ma diventato oggetto che aggredisce, ad ogni persona viene implicitamente chiesto di scegliere tra diverse alternative: accogliere la tensione ed elaborare una perdita fluendo verso un'altra espressione possibile di sé, negare il valore trasformativo dell'evento (palese nell'esperienza anoressica che scorpora l'incarnato desessualizzandolo), oppure ancora falsificare la narrazione biografica frammentandola in un "prima" inesistente e un "dopo" possibile. Qualunque sia la scelta ne consegue in ogni caso un prezzo, che è quello dell'angoscia (più o meno cosciente): essa rappresenta il valore di una scelta che non ammette sbagli e leggerezze. Come fa notare Winnicott, l'adolescenza (anche l'adolescenza del genere) «è una scoperta personale durante la quale ogni individuo è impegnato in un'esperienza: quella di vivere; in un problema: quello di esistere»¹⁶. Fare l'esperienza della propria definizione sottopone all'angoscia di perdere – nella trasformazione – l'unità del Sé.

Nella persona transessuale l'esperienza di vivere, legata alla ricerca di una identità di genere meno distonica di quella rimandata dal corpo, viene gestita pragmaticamente nella scelta di vestiti e nell'adozione di comportamenti tipici del sesso biologico opposto. È il tentativo di ricercare una seconda pelle quando la prima pelle si è scollata – come dice Lacan, distaccata dal corpo – come una buccia¹⁷; è una pelle che non rappresenta più la verità dell'identità percepita.

La sofferenza identitaria e il disagio vissuto possono essere tali da condurre la persona a formulare una domanda (molto spesso conflittuale in termini impliciti) di modifica degli organi sessuali per mezzo di un intervento chirurgico (Riassegnazione Chirurgica del Sesso - SRS) e alla successiva richiesta, in ambito legale, di cambio del nome. Spesso la conflittualità della domanda poggia sulla pretesa di cancellare il passato per darsi una nuova forma narrata verso un futuro di maggiore possibilità: tuttavia la morfologia si cambia, ma solo in parte! Il corpo modellato, sagomato, ritagliato, ridefinito non è sufficiente a gestire un disagio che si trova altrove, forse proprio nelle zone di confine fra corpo e mente e nei significati soggettivi dati alle ricadute emotive dell'uno nei confronti dell'altro. Ciò che può essere modificato è molto minore rispetto alle aspettative di una riscrittura totale della propria persona. Non ci può essere, cioè, modifica del passato, non c'è riattribuzione genetica, non c'è costruzione identitaria che non preveda la presa in carico di tutto il patrimonio di vita maturato sino a quel momento, anche quello sociale e familiare.

La tensione identitaria che la transizione comporta offre un'importante prospettiva di analisi, non solo del vissuto del paziente ma anche del ruolo articolato e sfaccettato del consulente. «Il processo di pensiero del transessuale, sia pure limitatamente al nucleo dell'identità di genere, è vincolato alla concretezza del corpo, è collassato nel reale ed è insensibile al gioco dell'illusione»¹⁸. La dialettica fra corpo reale e immaginato si perde, e allo stesso tempo si perde la possibilità del clinico di leggere la domanda formulata dal paziente entro le alternative possibili di un percorso che non necessariamente deve, a forza, trovare una im-

mediata collocazione e riqualificazione dell'angoscia esistenziale. La forma, per giungere a compimento, richiede il tempo di una mente in grado di accogliere anche la frustrazione dell'ideale. «Nel nostro tentativo di comprendere la natura e l'evoluzione delle persone con sviluppo atipico del genere, il pericolo è che veniamo sequestrati da Scilla, focalizzandoci sul lavoro che la mente del paziente fa negando l'esperienza del corpo reale, oppure alternativamente siamo assorbiti nel gorgo di Cariddi e ci focalizziamo sulla realtà del corpo e perdiamo di vista la possibilità che sia dato spazio all'esperienza della sua mente [...] e c'è un prezzo da pagare se vogliamo che sopravviva tutto l'equipaggio»¹⁹.

La ricerca dell'identità è una strada ripida che non deve per forza condurre a una definizione anticipata assimilabile alle aspettative proposte dal soggetto transessuale. I pazienti a volte chiedono all'Altro di declinare il loro nome nel genere da loro esperito, cosa che funge da restituzione e segno di un'identità riconosciuta: è una richiesta che a volte tradisce una sicurezza identitaria ancora fragile e che ha bisogno dell'altro per essere verificata e assumere una maggiore consistenza. L'identità è il prodotto di una corrispondenza tra rappresentazione del Sé (intesa in senso corporeo e psicologico) ed esperienza di sé^{20,21}, e come tale prevede la costruzione di una sovrastruttura autoriflessiva in grado di tollerare anche l'ansia di un'identificazione in divenire.

1.3 TRANSESSUALISMO E DISFORIA DI GENERE

Stando alle recenti definizioni del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) la persona transessuale manifesta una Disforia di Genere, termine descrittivo che specifica un disagio di tipo affettivo/cognitivo in relazione al genere definito in senso biologico²².

È stato evidenziato in molti studi che il senso di distonia e disforia nei confronti del proprio sesso genetico può svilupparsi in differenti fasi del ciclo di vita della persona. Vi sono evidenze che dimostrano in alcuni casi delle componenti transessuali già nei primi anni di vita, intorno ai 2-4 anni²³. Nel 1998 Di Ceglie propone l'acronimo AGIO (*Atypical Gender Identity Organization*) per identificare quelle formazioni atipiche dell'identità di genere che si sviluppano nel bambino molto precocemente²⁴. La maggiore frequenza della Disforia di Genere sembra tuttavia riscontrarsi durante il periodo dell'adolescenza o la prima età adulta, più raramente in età matura. Va sottolineato che la casistica è influenzata da un numero relativamente limitato di studi in grado di valutare l'insorgenza del fenomeno su una popolazione ampia e per un periodo di tempo adeguato. In aggiunta a questa problematica metodologica va ricordato che, come accade a volte nelle questioni che riguardano l'orientamento sessuale non eterosessuale, la persona transessuale tende a vivere la propria identità in via di svelamento come una componente verso la quale prova sentimenti ambivalenti. In alcuni casi la tensione emotiva e il vissuto di disagio sono tali da indurre la persona a

sperimentare una forma di dissociazione fra parti di sé, e alcune parti vengono maggiormente criticate perché non confacenti al valore sociale dominante: è il fenomeno ormai noto dell'introiezione dello stigma (*self-stigma*). La persona che incorpora un senso di disagio rispetto ad una o più parti di sé rischia di negare a se stessa il proprio bisogno. Come suggerisce Saraceno, lo stigma è attribuito sin dall'infanzia alle diverse forme di “non aderenza” alle norme convenzionali relative al genere, ai così detti “transgenderismi”²⁵. Nel caso di una persona transessuale lo stigma interiorizzato è molto spesso il risultato di un'adesione e una mancata capacità di separazione dai modelli valoriali o sociali dominanti, dalle etichette dei giudizi morali o culturali, dalle idee che il sistema di appartenenza ha elaborato su quella questione. Ad esempio, se alla categoria “transessuale” viene applicata l'etichetta di “prostituta”, tale etichetta finisce per essere trasferita a tutti gli individui appartenenti alla categoria, così generalizzando la percezione che “tutte le persone transessuali siano delle prostitute”. Se nel tentativo di evitare l'autostigmatizzazione la persona aderisce ad un'immagine falsificata di sé, tuttavia rimangono tracce di un dolore sordo che riguarda la negazione di parti della propria identità di genere. L'interiorizzazione dello stigma è un fenomeno che trae origine primariamente dalla famiglia, proviene da epoche remote e perdura fino alla maturità. Nel caso della transfobia-interiorizzata, sembra che l'esposizione ed un contesto sociale stigmatizzante vada ad interferire sulla qualità della relazionalità affettiva nel rapporto di coppia²⁶.

Tutti questi fenomeni sono connessi ad un elevato numero di casi sommersi che non afferiscono ai servizi o alle associazioni, e che pertanto non vengono contattati nei campioni di analisi. Secondo l'associazione PFLAG (Parents, Families and Friends of Lesbians and Gays), che coinvolge 200.000 membri e si occupa di dare supporto a più di 350 famiglie affiliate negli Stati Uniti, sarebbero all'incirca 1000 le persone che ogni anno nascono con la percezione di non conformità del proprio sesso biologico²⁷. Le revisioni della letteratura riportano tassi di prevalenza che vanno dagli 0,14 agli 0,26 casi ogni 100.000 adulti per anno²⁸, nei bambini il rapporto fra i nati maschi e le nate femmine varia fra 2:1 e 4,5:1, mentre nell'adolescenza e l'età adulta la differenza sembra ridursi²⁹.

Anche se non tutte le persone vivono in modo uguale l'incongruenza fra genere esperito e genere assegnato biologicamente, è evidente come possa essere doloroso e sconcertante percepire il proprio corpo come un contenitore che non rimanda una corrispondenza lineare fra vissuto fisico e vissuto emotivo. In molti casi il vissuto di disagio e sofferenza viene solo in parte gestito dagli interventi endocrinologici e chirurgici, e rimane percepibile il livello di dissonanza fra sé reale e sé ideale. In tal senso, anche attraverso l'uso del termine “disforia”, piuttosto che “disturbo” (come era nel DSM-IV-TR³⁰), si vuole porre l'accento sempre più sul valore clinico del disagio sperimentato che non è legato ai caratteri dell'identità in sé³¹.

1.4 ALCUNI CENNI STORICI

Il termine “transessuale” viene coniato da Hirschfeld agli inizi del '900³², per distinguere questa condizione dal travestitismo e dai quadri più tipicamente a carattere medico nei quali fin dalla nascita i genitali si presentano ambigui. Il termine venne successivamente ripreso da Cauldwell nel 1949 che lo implementò con un'interessante considerazione più prettamente psicologica: la persona transessuale si caratterizza per un quadro clinico caratterizzato da «angoscia relativa al rifiuto del proprio sesso anatomico»³³.

La prima formalizzazione sistematica del fenomeno con approccio nosografico si ha grazie al lavoro del dott. Benjamin³⁴, che lo definisce come l'unica patologia psichiatrica che non deve essere curata psichiatricamente: lo psichiatra infatti non ha come obiettivo la risintonizzazione della persona transessuale con il suo sesso biologico, indirizzandola invece verso un processo di indagine psicologica, sessuologica e successivamente all'eventuale transizione anche chirurgica.

Nel corso degli anni sono state proposte diverse definizioni per indicare tale condizione: dal punto di vista nosografico il “Disturbo dell'Identità di Genere” comparve per la prima volta nel 1980 nella terza edizione del DSM nella sezione “Disturbi psicosessuali”. Nel DSM-III-R, i Disturbi dell'Identità di Genere (DIG) vengono inseriti nel capitolo riguardante i “Disturbi che esordiscono solitamente nell'Infanzia, nella Fanciullezza e nell'Adolescenza”. Con l'arrivo del DSM-IV tale condizione viene inserita all'interno del capitolo “Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere” – scelta confermata sedici anni dopo nel DSM-IV-TR –, e scompare il termine transessualismo.

Dal DSM-IV-TR al DSM-5 il cambio di definizione – da “Disturbo di Identità” a “Disforia di Genere” – ha implicato un passaggio molto significativo, non solo a livello semantico. Così come il termine “disturbo” attiene a qualcosa che deve essere sanato o modificato riportandolo alla situazione pre-morbosa (ovvero normalizzato), il termine “disforia” comunica una difficoltà che ha una ricaduta psicologica. Attraverso l'uso del termine “disforia” si evidenzia che la persona manifesta uno stato di ansietà derivante dalle difficoltà conseguenti al conflitto fra genere biologico e genere esperito psichicamente: tutto questo non ha un impatto sull'identità, che in quanto tale non è disturbata. Questo movimento concettuale sembra incarnare più esplicitamente la considerazione di molti clinici, che vedono il transessualismo sempre più di competenza psicologica e sempre meno appannaggio dell'area medico-psichiatrica e chirurgica. Il sesso non si cambia; si possono modificare i genitali, ma la sessualità è una costruzione che non riguarda la chirurgia: è una esperienza narrativa che riguarda il corpo solo come sede di un suo esplicitarsi.

Il percorso di transizione, formalizzato in alcune fasi, potrà avvalersi anche di terapie endocrinologiche e completarsi in una riattribuzione chirurgica e civile del genere, tuttavia la possibilità di RCS è solo una e l'ultima a cui fa riflesso il genere psichico.

L'identità di genere, essendo un costrutto psichico, non riguarda prioritariamente le questioni legate alla chirurgia; questa è solo l'ultimo livello di intervento, che di fatto modifica l'anatomia e non il valore psicologico del proprio sentirsi identificati nel continuum fra maschile e femminile. L'identità di genere è una costruzione fluida che si edifica attraverso uno scambio dialettico di processi di identificazione, disconferma e ricalibrazione, e non è necessariamente pensabile come struttura a priori. Questa concettualizzazione genera molti interrogativi che in parte trovano risposta nelle nuove assunzioni del DSM-5. Contrariamente a quanto avveniva nella versione precedente, il nuovo testo prevede, e di fatto formalizza, che una persona possa identificarsi in modo maggiormente fluido entro «un genere alternativo rispetto a quello biologico»³⁵.

1.5 IL TRANSGENDERISMO

La fluidificazione della polarità maschile e femminile introduce il bisogno di una categoria più ampia che tenti di contenere in sé tutta la variabilità dell'esperienza di genere. Il termine *transgender* nasce nei primi anni Ottanta per identificare un movimento politico-culturale che trova desueta l'etichetta di "travestito", che non descrive appieno il desiderio di vivere come una donna. Il movimento transgender propone una visione duttile di sesso e genere, e rivendica il diritto di ogni persona di situarsi in qualsiasi posizione intermedia fra gli estremi stereotipati senza per questo dover subire stigma sociale o discriminazione. Nel contesto socioculturale contemporaneo, sesso, genere e orientamento si configurano sempre più intersecati tra loro e sfumati al limite del disinteresse nominativo. La variabilità di significato induce un conflitto di senso fra il bipolarismo stereotipico e il genere individualizzato: sono gli *unique gender*³⁶. «Per me è indifferente, può chiamarmi come vuole. Io rispondo sia che mi chiamino al maschile che al femminile. Io mi sento al 50% uomo e al 50% donna, vengo qui solo perché vorrei essere un po' più femminile e so che gli ormoni potrebbero aiutarmi in questo. Io sono bisessuale, ho vissuto con donne e uomini e con ambedue ho giocato ruoli attivi e passivi. Non mi interessa incarnare nessun ruolo (di genere, ndr) specifico. La fissità mi annoia. Io mi sento semplicemente io» (paziente LR35). Pur sentendosi transgender sin dalla prima infanzia, molti ragazzi non sanno come e dove identificarsi, e possono rimanere limitati nella loro manifestazione esterna fino a che non sentono che è sicuro esporsi al contesto sociale, o fino a che non trovano delle etichette che li rappresentino anche solo parzialmente. Per fare ciò è di vitale importanza percepire come accogliente il proprio ambiente familiare e relazionale intimo. La difficoltà della famiglia è, in prima battuta, quella di dare un nome a qualcosa di estremamente invisibile, poiché è la stessa persona transgender che, non potendo avere chiarezza del proprio vissuto, non sa rimandare una richiesta coerente al sistema di appartenenza. L'identità di genere, così come l'orientamento sessuale non hanno evidenti riflessi fenotipici;

pertanto è la stessa libertà di travalicare il limite, di disegnarsi a proprio modo, di definirsi quotidianamente che apre lo scenario della difficoltà di relazione fra contenitore e contenuto. I vissuti di smarrimento e disagio legati all'incongruenza di genere, alcune modalità correttive e l'imbarazzo che viene interiorizzato dal minore, quando limitato o negato nei suoi attributi emergenti, sembrano essere fra i motivi che portano ad una emersione traviva del fenomeno e ad una sua sottostima³⁷. Secondo una ricerca condotta nel 2013 dallo Student Support Services Department (SSSD) di San Francisco, i bambini transgender sarebbero lo 0,7% della popolazione studentesca³⁸.

Transgender rappresenta un macroinsieme identitario smosso da gemmazioni terminologiche in continuo fermento ed evoluzione. È un sistema instabile che punta all'individuazione momentanea di una categoria per poi perderla e ricollocarla – ampliata o modificata – in un continuum che si espande nel tempo e nello spazio.

A questa macro-area appartengono:

- la persona transessuale operata (che in seguito a intervento RCS ottiene tutti i diritti di uomo o donna anche a norma di legge, con relativo cambio del nome); alcuni transessuali operati si definiscono usando i termini “donne non biologiche” o “uomini non biologici”, per altri è semplicemente il genere di arrivo quello che conta;
- la persona transessuale non completamente operata (che può iniziare un trattamento ormonale, sottoporsi a interventi parziali di chirurgia femminilizzante o mascolinizzante, sottoporsi a interventi di asportazione delle gonadi senza modifica dei genitali esterni);
- la persona *genderqueer* o *queer* (femmina genetica o maschio genetico di qualsiasi orientamento sessuale) che non si riconosce nel binarismo/dicotomia uomo/donna, rifiutando così lo stereotipo “genere” che la società e la cultura impone ai due sessi. *Queer* significa “attraverso” e proviene dalla radice indoeuropea *twerkw*, dalla quale derivano anche il tedesco *quer* (trasversale), il latino *quere* (torcere) e l'inglese *athwart* (trasversalmente). *Queer* è un termine molto più complesso della traduzione “attraverso i generi”, riguarda la relazione con la propria identità e con quella dell'altro e l'essere estraneo alla norma³⁹;
- la persona travestita. Il termine “travestito” – utilizzato maggiormente in passato e coniato da Hirschfeld dal latino *trans* (al di là, oltre) e *vestitus* (vestito) – era usato per descrivere le persone che abitualmente e volontariamente indossavano abiti del sesso opposto. Non necessariamente ha connotazione legata all'orientamento di genere. Hirschfeld credeva che l'abbigliamento fosse solo un simbolo esteriore scelto sulla base di diverse situazioni psicologiche;
- la persona *crossdresser*; termine che può essere sovrapposto in alcuni casi al termine “travestito”. Il *crossdresser* è una persona che si traveste, per lo più in privato ma anche pubblicamente. Il *crossdressing* non ha implicazio-

ni legate ad desiderio e all'eccitazione sessuale e può essere praticato sia da una donna che da un uomo, indipendentemente dal suo orientamento sessuale;

- il "feticista di travestimento" (attualmente definito "Disturbo da Travestitismo"⁴⁰) rappresenta il polo *borderline* dell'universo transgender, parzialmente dentro e parzialmente fuori da questo sistema; Non è sempre chiaro dove termini la componente feticistica e quella del travestimento: di fatto sembrerebbero sfumare l'una nell'altra. Se da un punto di vista prettamente psicopatologico il Disturbo da Travestitismo rientra nella macroarea delle parafilie, è ben vero che ogni persona che si traveste, anche se lo fa per rappresentarsi maggiormente entro il suo parametro identitario, ha un margine in cui sperimenta la propria attrattività individuale e sessuale anche grazie all'abito che indossa. L'abito nel transessualismo non vicaria in toto la propria rappresentazione esterna, e infatti può essere scisso dalla componente prettamente pulsionale ed eccitatoria: qui il vestito ha la funzione di veicolare «lo sguardo concreto degli altri incontrati»⁴¹ e proprio attraverso questi sguardi «la persona cerca costantemente conferma della propria identità assunta»⁴². Distinguere in modo netto i due ambiti è tuttavia una tendenza che va contro il modello transgender, che lascia aperte infinite possibilità soggettive andando contro le tendenze categoriali. Una tipicità riscontrata spesso nel feticista, rispetto al travestito/crossdresser, è molto spesso il bisogno di liberarsi dei vestiti dopo il raggiungimento dell'orgasmo, ovvero nel momento del calo dell'investimento libidico: all'abito è vicariata la spinta erotica e non la totalità dell'identità;
- *gender bender* è un termine specifico della teorizzazione transgender. La definizione (che in inglese significa "piegatrice/tore del genere", indica la persona che trasgredisce al comportamento previsto dal ruolo del suo genere sessuale ad esempio, attraverso il travestitismo)⁴³.

Leslie Feinberg (transgender e attivista del movimento) affermava che le nostre esistenze sono la prova tangibile che le questioni legate al sesso e il genere sono molto più complesse di quanto possa apparire durante una visita medica in sala parto; la variabilità è ben più complessa della mera osservazione dei genitali e non si esaurisce con l'esposizione di un fiocco blu o di un fiocco rosa⁴⁴.

Come suggerisce Argentieri, è attraverso il riconoscimento delle proprie differenze e della propria unicità che accettiamo il limite⁴⁵; che – io aggiungerei – è ciò che ci impone di non poter essere tutto, accontentandoci del fatto evidente di essere semplicemente qualche cosa. Anche se riuscire a contenere l'apparente incoerenza e l'incertezza della rappresentazione esterna del mondo sconvolge.

1.6 L'ANDROGINO

In molte tradizioni esoteriche l'androgino viene raffigurato come guardiano e custode delle porte, che rappresentano i transiti da uno stato di coscienza ad un altro. Nella porta alchemica di Villa Palombara a Roma gli stipiti sono connotati da un segno maschile e uno femminile⁴⁶. La soglia si fregia del simbolo mitologico e filosofico della Monade, che rappresenta una figura che richiama alla concezione dell'Uno: il principio che supera il maschile e il femminile. Sull'architrave il motto palindromo dice: "se siedi non procedi" e "se non siedi procedi" (verrà ripresa più avanti una lettura in chiave interpretativa dell'iscrizione).

Nella mitologia cinese veniva riconosciuta una divinità suprema androgina, dio dell'oscurità e della luce: «luce e tenebre sono soltanto aspetti successivi di una realtà unica; considerandoli isolati, questi aspetti parrebbero separati, opposti, ma agli occhi del saggio si manifestano più che "gemelli" (come Ormuzd e Ahriman): formano una sola e unica essenza, ora come manifestata e ora come non manifestata»⁴⁷.

Il transessuale si trova ad affrontare durante un periodo ampio della sua vita un complesso insieme di esperienze psicologiche, che per loro entità e sviluppo possono paragonarsi all'esperienza dell'adolescente.

L'adolescenza è uno stadio della vita caratterizzato da compiti evolutivi, richieste di *coping* e fronteggiamento, strategie di adattamento che servono per affrontare i cambiamenti somatici e psichici⁴⁸. Anche nella transessualità si assiste ad un bisogno di rimodellamento della somaticità introiettata, una scoperta della sessualità spesso limitata o non totalmente espressa, un bisogno di confronto e contenimento sociale. Se è vero che il transessuale adulto ha passato la pubertà e l'adolescenza e si trova nella vita presente ad affrontare il cambiamento, è anche vero che la transizione stessa implica una serie di sconvolgimenti (anche ormonali), che per complessità e articolazione aprono panorami di incertezza, ansia e aspettative tipiche del periodo adolescenziale. I processi psichici sono costantemente impegnati in un percorso edificativo per la costruzione di un'identità, che è sempre instabile, perché in divenire e mai definita una volta per tutte.

Tuttavia poiché l'identità si costituisce anche a partire dal rinforzo (attivo/passivo, confermate/negante) che si cerca e trova nella realtà esterna, nel soggetto transessuale il processo di costituzione dell'identità può talvolta difettare dell'abituale ambivalenza e plasticità quando questi – coscientemente o meno – ricerca, nel confronto con le vite degli altri, solo conferme ex post alle sue teorie e indicazioni sui vissuti che dovrà esperire. Può giungere così alla costituzione di un'identità solida e coerente, ma che allo stesso tempo sarà un'identità altrove: ma dove? "Altrove" è in "ogni dove", nei contesti più disparati: forum online, associazioni dedicate, gruppi di discussione. In questi contesti, a volte, i membri sono più propensi a confermare l'identità dell'altro per confermare la propria e a raccogliere segmenti frammentati di percorsi altrui per legarli assieme e ottenere una presunta forma di propria identità. Secondo la teoria dell'identità

sociale di Tajfel⁴⁹, il gruppo rappresenta il luogo di formazione dell'identità sociale. È un funzionamento spontaneo e specifico di tutti gli individui appartenenti ad una certa minoranza che, attraverso i tre processi di categorizzazione, identificazione e confronto sociale, cercano in similitudini anche minime tra loro una conferma della propria appartenenza al gruppo; e allo stesso modo il gruppo appare talvolta iperinclusivo nel restituire all'individuo una conferma della sua appartenenza. Tuttavia nel confronto continuo del proprio *ingroup* (i membri del gruppo) con l'*outgroup* (chi non fa parte di quel gruppo sociale), i soggetti tendono spesso a cadere in *bias* valutativi in favore del proprio *ingroup* (quando sopravvalutano gli elementi a favore della propria appartenenza e sottostimano quelli contraddittori).

Tuttavia la realtà soggettiva di ogni persona è fatta di ambiguità e vie di mezzo, che non permettono una totale aderenza ad una sola identità di ruolo o esistenziale, e che non possono essere completamente negate. Allo stesso modo la voce del transessuale si scompatta ed esce scissa in timbro maschile e femminile, e trova riverberi che rimandano l'eco di interiorità ambivalenti. In questa discordanza l'essere nominati è comunque un processo doloroso che rimanda la propria parzialità. La mente del transessuale si trova in qualche modo a transitare per la seconda volta dentro un corpo che riserva sempre innumerevoli sorprese e che nelle aspettative tenta di sedare l'ansia della crisalide davanti ad una seconda nascita. Più volte ho visto appendere fiocchi rosa sulle porte della camera ospedaliera dopo l'intervento di RCS MtF: ho così capito come alcuni genitori salutano l'arrivo di una nuova e seconda nascita.

1.7 I COMPITI DI SVILUPPO

La costruzione e la rielaborazione narrativa dell'identità è un compito che permea il corso della vita intera. Durante la fase adolescenziale, anche sotto la spinta di cambiamenti ormonali che determinano ricadute sull'assetto fenotipico, vengono messi in campo una serie di processi: il corpo è teatro di desideri e pulsioni non sempre organizzabili e gestibili secondo una logica razionale, la mente viene scardinata per poi riadattarsi ai cambiamenti in atto, l'individuo nella sua totalità, si rappresenta come involucro psicofisico fatto di plasticità riparate, di cicatrici emotive, di confini che si determinano e si ridefiniscono entro un nuovo ed emergente sé. Prendere la forma del proprio divenire, che è corpo e mente e allo stesso tempo coscienza che li contiene entrambi, fa parte dei processi più articolati e sostanziali dell'intero percorso di vita.

Essere unici, appartenere, non essere, essere solo in parte, rappresentano possibilità discorsive di percorso che si rimappa, si rattoppa di pezze fatte di idee e sogni sperati, si contrae e viene rimaneggiato in una relazione costante fra dentro e fuori, fra pelle che descrive e pelle che si frantuma, fra individuo e contesto, fra appartenenze ed esclusioni.

Percepirsi in quanto individuo e avere un proprio ruolo sociale e interpersonale sono fra gli elementi più salenti della fase che porta il bambino all'essere individuo. È un percorso cognitivo ed espressivo che si cuce addosso, è una descrizione scritta con le parole di una narrazione familiare e sociale, fatta di storie avvenute e storie a venire, di aspettative e filtri, massime e miraggi.

Ogni incontro e ogni esperienza di mutuo contatto nella danza relazionale portano all'emersione di nuove dichiarazioni e nuove ridefinizioni dell'idea di sé, non scevra da perplessità, ansie e fratture. Percepirsi uomo o donna dentro un modello antropologico, di ruolo e stereotipico, in particolare, può rivelarsi, in molti casi un evento carico di ansietà. Il processo che porta all'identificazione sessuata di sé impone all'individuo di riflettere sulle proprie idee di genere nel confronto con un contesto dominante che dà per scontata, prima di tutto, la sovrapposizione fra genere biologico e identità di genere.

Nel confronto fra adolescenza e transizione, nel percorso del transessuale si evidenziano delle similitudini per quanto riguarda il tema dei compiti di sviluppo.

I "compiti di sviluppo"⁵⁰ sono gli obiettivi a cui la persona deve far fronte, e risolvere, per affrontare la propria crescita e transitare verso l'essere adulto; questo paradigma ipotizza che il disagio possa insorgere ogni qual volta il soggetto si trovi a sperimentare una battuta d'arresto o un fallimento di fronte all'adempiimento di un compito evolutivo. Nella storia della persona transessuale la stessa appartenenza/percezione di appartenenza al genere opposto può diventare motivo per definire una battuta di arresto, un limite alla possibilità che un compito di sviluppo possa compiersi.

Esistono svariati compiti di sviluppo che si articolano lungo tutto il continuum della vita e che incrementano in complessità e impegno⁵¹. Tuttavia vi sono dei compiti che si pensa fungano da basamento per l'edificazione e il buon esito delle tappe di crescita successive⁵². Negli adolescenti questi compiti di base hanno a che vedere con il concetto di ristrutturazione e di consolidamento dell'identità da un punto di vista cognitivo e affettivo (anche in rapporto all'integrazione del concetto di sé e nella relazione con gli altri) e da un punto di vista corporeo.

Per quanto riguarda l'ambito psicosessuologico, nella persona in transizione si osserva un continuo incremento della funzione del sé, che si destruttura e si ristruttura nell'immagine che il soggetto propone a sé stesso e al mondo. In un ininterrotto flusso di processi trasformativi, l'immagine tenta di aderire ad un sistema recettoriale che fa afferire alla mente feedback viscerali discordanti, che non rappresentano l'immagine desiderata. La pelle, come schermo riflettente l'identità, viene tesa, modellata, riorganizzata: dove ci sono vuoti la mente immagina e percepisce riempimenti, dove il corpo è pieno si fantasticano svuotamenti, appiattimenti e stiramenti seguendo i parametri di una ricerca che ancora non è chiara neppure nella mente della persona stessa. Come per l'adolescente, la sofferenza identitaria si nutre di un presente che non è ancora guadagnato e di un passato che necessita di essere elaborato.

Il transessuale vive un tempo psichico limitante, in cui la ricerca per la piena espressione del Vero Sé occupa un posto principale. Gli Altri rimandano la parzialità della propria espressione ed è qui che la persona transessuale (così come l'adolescente) lotta per la rivendicazione di un maschile o un femminile svincolati dalla sensorialità corporea e dalle vicissitudini fantasmatiche connesse alla sessualizzazione.

La ricerca del Vero Sé sessuato diventa la ricerca dell'Altro sessuato, che nel processo di identità o disconferma funge da limite entro il quale è possibile costruire un'integrità riflessa. È in questa prospettiva che il transessuale chiede (come l'adolescente) che il suo nome – ovvero la sua identità separata dal piano parentale, da quello di un patriarcato nominale e dal retaggio storico –, sia reso singolo agli occhi della legge. Chiede, in qualche modo, di essere “ri-fatto” ai sensi del suo essere libero, rifatto all'interno di un processo simbolico di “ri-nascita”.

Il tema della seconda nascita è stato più volte esplorato nell'abito della crescita dell'adolescente, ma si esprime, forse con maggiore solidità e autenticità, nella descrizione che Van Gennep offre in merito alla tripartizione del “rito di passaggio”, in cui si notano una prima fase preliminare, una fase liminale e una postliminale⁵³. Nella persona transessuale i momenti chiave sono: 1) l'avvicinamento alla separazione (fase preliminare) in cui il soggetto transessuale elabora il lutto sulla propria percezione passata, derivante dal retaggio affettivo genitoriale, ed elabora i suoi vissuti in merito al significato sociale e al ruolo di genere che aveva appreso all'interno della propria cultura di origine; 2) la transizione (fase liminare – *limen* significa confine), in cui l'ambivalenza delle forme, dei desideri, del nome stesso, che si declina al maschile e al femminile, rappresenta l'appoggiarsi a quello stipite bipolare alchemico, ovvero un'appartenenza che è anche negazione e stazionamento nella terra di nessuno, dove solo *queer* ha un senso compiuto. All'albeggiare dell'ombra, la persona verifica il suo non esserci, accoglie l'angoscia del Caos, senza volto e senza nome, che non può essere contenuta razionalmente⁵⁴. È questo il momento più delicato nell'esperienza della transizione, il momento del passaggio, quando ancora il nome non c'è, quando il corpo è ancora da farsi, quando l'identità che emerge frantuma il continuum biografico; 3) la reintegrazione (fase postliminare), in cui la rinascita acquisisce un significato con l'esposizione del nuovo nato alla società. È questa la riemersione dalle profondità della notte della coscienza: non più bisogno di riflessione sociale, non più bisogno di riflessione solipsistica, il soggetto può esistere appoggiandosi al suo vissuto identitario coerente. In un processo occultato non solo entro la sala operatoria ma anche in uno spazio somatico e mentale, la persona transitata ha abbracciato l'ombra così visceralmente da viverci dentro integrandola.

L'acquisizione dei nuovi diritti e la dissoluzione dei vincoli civili che erano stati assunti precedentemente alla transizione, viene sancita dalla legge: così l'intervento di RCS «provoca lo scioglimento del matrimonio o la cessazione degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio celebrato con rito religioso», come definito nell'articolo 4 della Legge 164/82⁵⁵.

Si ritiene che l'adolescenza termini in senso generale con la costruzione di una forma stabilizzata di sé rappresentata da una personalità formata, dalla costruzione di un senso identitario integrato a cui fanno seguito anche il concetto di Sé sessuato e di immagine di Sé. Nel concetto freudiano di "io corporeo" si manifesta l'importanza che il fisico rivestiva per Freud nella formazione dell'io: quest'ultimo si struttura in funzione dei limiti corporei poiché le percezioni esterne e interne originano nel corpo e particolarmente nella sua superficie. Freud definisce l'io «... prima di ogni altra cosa un Io-corpo [...]. Esso può venire considerato come una proiezione psichica della superficie del corpo»⁵⁶. Vale a dire che l'io trae origine dalla percezione interna ed esterna del proprio corpo e dei suoi limiti; limiti che inizialmente non sono chiaramente separabili dall'ambiente. Quindi se per l'adolescente il corpo diventa unità di misurazione per la strutturazione di un sé organizzato, nella persona transessuale la dicotomia fra viscerale e cutaneo struttura l'insaldabilità di questi due lembi psichici.

E mentre l'adolescente, passando attraverso la porta alchemica, viene tratto in salvo da un modello di mondo e di cultura che lo nega (confermandolo) e lo disconferma (affermandolo), il transessuale si trova ancora una volta sulla soglia come rappresentante di un genere individualizzato e per tanto spiazzante. «Ciò che all'inizio è soffice si fa ruvido e sotto la pelliccia del coniglio sta in agguato il capro»⁵⁷.

Le trasformazioni del corpo richiedono un importante lavoro psichico in cui elaborare costrutti articolati come quelli di identità, di corporeità e di sessualità all'interno di un unico contenitore di senso coerente. Il paziente transessuale tende verso questo obiettivo, tuttavia la discordanza fra la rappresentazione mentale del corpo e l'accettazione delle implicazioni psicologiche connesse creano uno spazio e un limite che non può essere valicato se non tramite un processo di adeguamento esterno e una consapevolizzazione della differenza fra io corporeo e io psichico, e della differenza fra corpo sperato e corpo reale.

«Nel corpo c'è perfetta identità tra essere ed apparire, e accettare questa identità è la prima condizione dell'equilibrio»⁵⁸.

Lo stesso concetto di "identità" (che significa anche uguaglianza, matematicamente parlando) sottende implicitamente che nel soggetto vi sia una ricerca in cui, a partire da uno stereotipo vissuto come modello esterno, si possa giungere ad un modellamento interno che crea l'Identità. L'identità trans è una non-identità, un tempo non-tempo, in cui esserci rappresenta la definizione di un punto troppo doloroso da reggere e non esserci falsifica l'esperienza interna annichilandola.

Ogni persona affronta nella prima adolescenza l'espressione inevitabile della sua fisicità, che si manifesta nel caso della donna con l'albeggiare dei seni e le mestruazioni, e nel caso del maschio con le erezioni spontanee, le polluzioni, la modifica della voce e la comparsa della barba. Il corpo adolescente viene visto come estraneo e manipolato per governarlo⁵⁹. L'adolescente deve iniziare a rapportarsi con la sua sessualità, con un corpo adulto complementare al corpo dell'altro, verso il quale prova attrazione e desiderio sessuale. Le pulsioni sessuali parziali devono essere ricondotte al primato della genitalità e riorganizzate nella nuo-

va identità sessuale. Il transessuale (che può sperimentare una forma di disagio nei confronti del proprio genere sin dalla primissima infanzia) affronta nella fase dell'adolescenza un secondo livello di frustrazione: in questa fase il corpo non può più essere nascosto e richiama la nominalità dal contesto sociale (è il momento della vera presentazione sociale): è in questa fase che possono nascere modelli di mascheramento. Ogni etichetta rinforza la scissione fra ciò che è percepito interiormente e quello che viene visto socialmente. Questa dissonanza può bloccare le fasi del compito di sviluppo, vincolando in molti casi l'esplorazione del proprio essere sessuato. È comune il vissuto delle persone transessuali che sperimentano i propri genitali come estranei oppure non conformi, e che per questo accedono ad essi in modo parziale e limitante. La sessualità è vissuta in modo sublimato non solo nella forma, ma anche nella possibilità di ricercare un piacere che sia quanto più conforme possibile ai propri desideri, i quali, non potendo passare attraverso una recettorialità cutanea, fantasticano una sessualizzazione psichica. La rappresentazione della realtà interna e la costruzione del significato avviene attraverso l'uso del pensiero ipotetico-deduttivo e del pensiero narrativo⁶⁰; ma se il processo di narrazione è interrotto visceralmente, il rischio è che la coerenza dell'io vacilli e che il paziente non giunga ad una costruzione integrata del Sé. Tale azione in molti casi viene vicariata all'intervento di RCS che disegna su una mente consapevole e anelante il suo desiderio inespresso: la principessa e il principe che da sempre dorme nel fondo del ventre del drago, «e allora bisturi per seni e fianchi / una vertigine di anestesia / finché il mio corpo mi rassomigli / sul lungomare di Bahia»⁶¹ (dal brano *Princesa* di Fabrizio de André).

1.8 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

«Tutti gli dei guardano con favore a questo nostro bambino dai piedi caprini; essi lo considerano come un dono per il divino; ciascuno di loro scopre di avere una affinità con lui, Pan li riflette tutti»⁶². Le divinità olimpiche, poste dinnanzi alla creatura che più di ogni altra rispecchia le loro ambivalenze, non possono fare altro che accettarlo non “con loro” ma come «uno di loro lontano da loro»⁶³. Pan, infatti è il dio dei boschi, della natura più selvaggia che si trova in quel limite di oscurità fra forma e istinto; un concetto altro che prescinde natura e cultura, dentro il mondo degli archetipi. «Gli archetipi – dice Jung – sono, per definizione, fattori e motivi che ordinano elementi psichici [...] essi sono preconsoci. [...] Come condizione a priori gli archetipi rappresentano una speciale istanza psichica del *pattern of behaviour* [...] che dà ad ogni essere vivente la sua forma specifica. [...] Dal punto di vista empirico l'archetipo non è mai nato nell'ambito della vita organica [...] è un quesito metafisico che perciò non può trovare risposta»⁶⁴.

Non trovare risposta può significare dover accettare l'idea possibilistica ed enigmatica della pura riflessione interna, osservando con coraggio quell'iscrizione «se siedi non procedi/se non siedi procedi»⁶⁵: confrontarsi con la rappre-

sentazione nuova, l'idea sorta dal mare dell'inconscio che genera fenomeni poco controllabili, e che attraverso la sua candida emersione ci rimanda a domande semplici a cui non sappiamo rispondere.

Specchiarci in un lago così profondo ci espone al diverso, a quella parte giudicata mostruosa e inquietante che abbiamo nascosto e accantonato. È il tema del transito, del non chiaro, della instabilità: è la serratura universale che rompe il vaso da cui non escono i mali del mondo ma le nostre paure. Come suggerisce Nietzsche, «chi lotta con i mostri deve guardarsi di non diventare, così facendo, un mostro. E se tu scruterai a lungo in un abisso, anche l'abisso scruterà dentro di te»⁶⁶. Chi ha paura dell'abisso certamente non si confronterà con realtà liminali: non è per tutti valicare lo spazio degli eroi. Abbracciare l'ombra del presunto mostro diventa l'unica possibilità evolutiva per incontrare quella transizione che visceralmente è sempre presente in ognuno.

La persona transessuale sta fuori dalle regole della normalità sociale e per questo si trova a confrontarsi con la negazione del posto. Noi siamo oppressi perché non rientriamo nelle norme sociali che ci vorrebbero incasellati, noi le combattiamo⁶⁷. Non ci può essere un posto per chi valica quella soglia ambigua senza volerla attraversare.

Giano bifronte – *Janitor* – è l'unico che abita per un attimo lo spazio contemporaneo: mentre con il piede destro varca l'inverno, con quello sinistro incontra l'estate creando la transizione dell'interstagione⁶⁸.

Nelle tradizioni più antiche la ricerca della divinità integrata e incarnata ha creato ideali fantastici e strutturato possibilità mitologiche: «quello che da qualcuno è stato considerato un tabù che vietava la rappresentazione dell'unione e degli attributi sessuali, rappresenta invece un sacro connubio, il raggiungimento dello stato androgino delle due metà maschile e femminile nella presunta individualità di sintesi che diviene appunto "divinità androgina"»⁶⁹.

L'idea transessuale rappresenta un limite in cui la percezione viene respinta e in cui si trova rispecchiata la difficoltà di categorizzare la certezza dell'essere che, accettando profondamente la contraddizione, diventa Monade e realizza l'immaginario: Icaro può toccare il Sole!

La forma del pensiero logico si accartocchia quando l'immaginazione lascia Apollo e Dioniso e si confronta con Pan: «allora il panico non sarebbe più considerato un meccanismo fisiologico di difesa o una reazione inadeguata o un *abaissement du niveau mental*, ma sarebbe invece visto come la giusta risposta davanti al numinoso»⁷⁰.

«Il trans è una invenzione artistica, tutto si fa più misterioso quando c'è un trans là vicino, il trans è la pace promiscua, la pace perversa, la libertà sensoriale; perché noi (trans) conosciamo veramente l'essere umano senza maschera, siamo i guardiani dei segreti»⁷¹.

NOTE

1. F. Monceri, *Oltre l'identità. Teorie queer e corpi transgender*, Pisa, Edizioni ETS, 2010.
2. A. Carotenuto, *Trattato di psicologia della personalità e delle differenze individuali* Milano, Raffaello Cortina Editore, 1991.
3. C.G. Jung, *L'io e l'Inconscio*, trad. di A. Vita, Torino, Boringhieri, 1967, p.173.
4. D. Anzieu, R. Tagliacozzo, A. Verdolin, *L'io-pelle*, Borla, 2005.
5. Ivi. p. 55.
6. Ivi. p. 56.
7. P. Schilder, *Immagine di sé e schema corporeo*, trad. di R. Cremante e M. Poli, FrancoAngeli, 1973.
8. S. Freud, *Volume 9: L'io e l'es (1917-1923)*, a cura di C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, 1989, p. 488.
9. *Ibid.*
10. N. Lalli, *Lo spazio della mente. Saggi di psicosomatica*, Liguori Editore, 1997, <<http://www.nicolalalli.it/pdf/consultazione/spazio8.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.
11. J. Hillman, *Figure del Mito*, Milano, Adelphi, 2007, p.61.
12. D. Le Breton, *Segni d'identità. L'alterazione del corpo*, in "Kainos Rivista Telematica di Critica Filosofica", 2002, *L'esperienza dell'altro*, n. 2, <<http://www.kainos.it/numero2/sezioni/ricerche/dottilebreton.html>>; sito consultato il 15/02/2016.
13. S. Argentieri, *A qualcuno piace uguale*, Milano, Einaudi, 2010, pp.70-71.
14. F. Monceri, *op. cit.*
15. L. Tumaiaiti, *La freccia e il dolore*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006.
16. D. Winnicott, *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando Editore, 1970.
17. M. Bottone, P. Valerio, R. Vitelli, *L'enigma del transessualismo. Riflessioni cliniche e teoriche*, Milano, FrancoAngeli, 2004.
18. S. Argentieri, *Travestitismo, transessualismo, transgender, X*, Milano, Psicoanalisi, 2006.
19. D. Di Ceglie, "Between Scylla and Charybdis: exploring atypical gender identity development in children and adolescents", in: *Travestitism, Transsexualism in the Psychoanalytic Dimension*, London, Karnac Books Ltd, 2009, p. 56.
20. V. Ruggieri, *Mente corpo malattia*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1988.
21. V. Ruggieri, *L'esperienza estetica. Fondamenti psicofisiologici per un'educazione estetica*, Roma, Armando Editore, 1997.
22. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione*, Milano, Raffaello Cortina, 2015.
23. Ivi, p. 532.
24. D. Di Ceglie, *L'identità di genere: organizzazione atipica e percorsi di sviluppo*, in: "Rivista di Sessuologia", vol. 37, n. 3-4 Luglio-Dicembre, Roma, Scione Editore, 2013.
25. C. Saraceno, *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2003.
26. C. Arcidiacono, I. Di Napoli *Sono caduta dalle scale. I luoghi e gli attori della violenza di genere*, Milano, FrancoAngeli, 2012.
27. S. Hubbard, *Parents' reactions to transgender youths' gender nonconforming expression and identity*, in: "Journal of Gay & Lesbian Social Services", n. 18, 2005, pp. 3-16.
28. L. Scapin, B. Fabris, "Epidemiologia", in: E. Belgrano, B. Fabris, C. Trombetta, *Il transessualismo*, Milano, Kurtis, 1999.

29. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, pp. 531-532.
30. American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
31. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione.
32. M. Hirschfeld, *Die Transvestiten, eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material*, Berlin, Medizinischer Verlag, Leipzig, Ferdinand Spohr, 1925.
33. D.O. Cauldwell, *Psychopathia Trans-sexualis*, in: "Sexology Magazine", December, 1949.
34. H. Benjamin, *Il fenomeno transessuale*, Roma, Astrolabio - Ubaldini, 1968.
35. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, p. 528.
36. E.E.P. Benestad, *Oral Presentation at 11th Congress of European Federation of Sexology "Promoting sexual health: a pathway to happiness"*, Madrid, 20-22/09/2012.
37. E.D. Lindenmuth, *Mom, I need to be a girl*, New York, Walter Trook Publishing, 1998.
38. Student Support Services Department (SSSD), *San Francisco Unified School District LGBTQ Student Data 2013, Youth Risk Behavior Survey (YRBS)*, San Francisco, 2013, <<http://www.healthiersf.org/LGBTQ/GetTheFacts/docs/LGBTQ%20Student%20Safety%20Data%20SY2013-14.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016
39. D. Welzer-Land, *Maschi e altri maschi. Gli uomini e la sessualità*, Torino, Einaudi, 2006.
40. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, pp.816-819
41. R. Vitelli, *L'al di là del femminile: nota per una lettura daseisanalitica del transessualismo maschile*, in: "Comprendre", n. 21, 2010, p. 303 <<http://www.rivistacomprendre.org/allegati/XXI/vitelli.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.
42. *Ibid.*
43. L. Carroll, J.P. Gillroy, J. Ryan, *Counseling Transgendered, Transsexual, and Gender-Variant Clients*, in: "Journal of Counseling & Development", Spring, Vol. 80, 2002.
44. L. Feinberg, *Trans liberation: beyond pink and blue*, Boston, Beacon Press, 1998.
45. S. Argentieri, *A qualcuno piace uguale*, Milano, Einaudi, 2010.
46. <<http://roma.andreapollett.com/S1/romac20i.htm>>; sito consultato il 15/02/2016.
47. M. Eliade, *Trattato di storia delle religioni*, Torino, Bollati Boringhieri, 1948, p. 437.
48. G. Pietropolli Charmet, E. Riva, *La seconda nascita*, Milano, Unicopli, 1992.
49. H. Tajfel, *Gruppi Umani e Categorie Sociali*, Bologna, Il Mulino, 1999.
50. R.J. Havighurst, *Development task and education*, New York, Davisit Mc Kay, 1952.
51. G. Pietropolli Charmet, *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Milano, Raffaello Cortina, 2000.
52. A. Palmonari, "Identità, concetto di sé e compiti di sviluppo", in: A. Palmonari (a cura di), *Psicologia dell'adolescenza*, Bologna, Il Mulino, 1993.
53. A. Van Gennep, *I riti di passaggio*, Torino, Bollati Boringhieri, 1981.
54. J. Hillman, *Figure del Mito*, Milano, Adelphi, 2007.
55. Legge 14 aprile 1982, n.164, Norme in materia di rettificazione di riattribuzione di sesso, <http://www.esteri.it/mae/doc/l164_1982.pdf>; sito consultato il 15/02/2016.
56. S. Freud, *Volume 9: L'io e l'es (1917-1923)*, a cura di C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, 1989, pp. 489-490.

57. J. Hillman, *Saggio su Pan*, Milano, Adelphi, 1977, p. 52,
58. U. Galimberti, *Il corpo*, Milano, Feltrinelli, 1983, p. 278.
59. A.M. Benaglio, *Adolescenza e corpo: dal corpo manipolato al corpo attaccato*, in: "Bollettino delle Farmacodipendenze e dell'Alcolismo", 2003, <http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/2003-4/pag%2027%2042003.pdf>; sito consultato il 15/02/2016.
60. J.S. Bruner, *Prime fasi dello sviluppo cognitivo*, Milano, Armando Editore, 1991.
61. F. De André, *Princesa*, in: *Anime salve*. BMG Ricordi, 1996 <<https://www.youtube.com/watch?v=t2otefoJrWw>>; sito consultato il 15/02/2016.
62. J. Hillman, *Saggio su Pan*, Milano, Adelphi, 1977, p. 52.
63. J. Hillman, *Saggio su Pan*, Milano, Adelphi, 1977, p. 53
64. J. Jacobi, *Complesso archetipo simbolo nella psicologia di C. G. Jung*, Torino, Bollati Boringhieri, 1971, pp. 38-39.
65. <http://roma.andreapollett.com/S1/romac20i.htm>; sito consultato il 15/02/2016.
66. F. Nietzsche, *Al di là dal bene e dal male*, Milano, Adelphi, 1977, p. 79.
67. L. Feinberg, *op. cit.*
68. R. Guenon, *Simboli della Scienza sacra*, Milano, Adelphi, 1962.
69. M. Giannitrapani, *Archetipi del divino*, in: "Archeologia", Anno X, n. 2, feb, 2011, p.3, <http://estovest.net/pdf/Archetipi_del_divino.pdf>; sito consultato il 15/02/2016.
70. J. Hillman, *Saggio su Pan*. Milano, Adelphi, 1977, p. 68.
71. Vanguard Current Luana Muniz, <<https://www.youtube.com/watch?v=-I5XVhYZwRE>>; sito consultato il 15/02/2016.

Capitolo 2

Dal primo colloquio all'emersione del genere

Ho aspettato anche troppo, ma sai... Del resto adesso sono un po' più esperta della vita: ho mantenuto mia madre e mia sorella, ho dato soldi a chi me li chiedeva, adesso voglio pensare un po' a me stessa. Sono contenta che da domani portò essere donna... Certo, lo so anche io che fino in fondo non sarò mai donna davvero, perché non potrò avere un figlio che mi cresce dentro... Ma che ci posso fare, mi accontenterò sperando che le leggi cambino e che, come ho fatto io per tanti, qualcuno pensi un po' anche a me, che mamma per biologia non posso essere, ma per cuore sì!
(Francesca B., paziente)

2.1 DALLA LEGGE AL DSM-5

Quando nel 1982 fu emanata la legge 164 (“Norme in materia di rettificazione di sesso”)¹, questa rappresentava un’innovazione rispetto alle idee dominanti su sesso e genere. La credenza che la “sessualità” fosse determinabile su base puramente cromosomica veniva superata, e ancora una volta riemergeva l’aspetto psichico del genere e la possibilità di una costruzione – non necessariamente biologica – dell’identità.

Tuttavia, pur nella sua lungimiranza, la legge 164/82 non definisce le modalità per il lavoro clinico con il paziente transessuale, non specifica un iter coerente e necessario, ma apre margini interpretativi (di fatto non negativi), lasciando spazio a percorsi valutativi disparati che possono lasciare il clinico e il paziente vicendevolmente smarriti. La legge definisce come prima tappa la necessità di accertamento delle condizioni psico-sessuali dell'interessato ed è a questa certificazione che è subordinata la valutazione da parte del tribunale per dare avvio all'assunzione ormonale e alle successive prassi chirurgiche.

Le procedure che i clinici mettono in atto per fare diagnosi di Disforia di Genere (DG) – come è ora definita questa condizione clinica nel DSM-5² – sono dipendenti dall'orientamento psicodiagnostico di riferimento e fortemente variabili in relazione ai luoghi di applicazione. Tale forte variabilità si propone come riflesso dell'entroterra filosofico e teorico legato anche alle formazioni psicoterapeutiche specifiche e ai contesti socioculturali di riferimento. Pur esistendo delle normative nazionali proposte da organismi parasanitari – ad esempio l'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG) –, tuttavia ogni ente, associazione o singolo professionista può impiegare termini valutativi individuali, che sono talvolta legati alle richieste dei tribunali di riferimento a cui afferiscono i casi. Mancando omogeneità tra i protocolli psicodiagnostici e testistici, lo spazio di lettura e valutazione delle modulazioni dell'identità di genere risulta ampiamente soggettivo. Quindi, partendo dal presupposto che il clinico sia già alfabetizzato sulla questione “genere” (dato non scontato), è sensato iniziare l'approccio con il paziente introducendo un primo livello di chiarificazione della domanda che porta, al fine di definire meglio l'implicito e l'esplicito della richiesta, così come le idee ancora sommerse che il clinico possiede in merito alla tematica della transessualità.

2.2 IDENTITÀ EMERGENTI ED EMERSE

Come suggerisce Judith Butler, «la capacità di sviluppare una relazione critica con queste norme presuppone infatti una presa di distanza da esse, una certa abilità nel sospenderne o nel differirne la *necessità*»³. Tuttavia è la stessa richiesta di certificazione – che proviene come domanda di “necessità” del paziente DG – che impone al valutatore una riflessione sulle norme e una aderenza ad alcuni contesti di riferimento (siano essi il DSM-5, le cornici teoriche apprese, le sue idee in merito all'argomento).

All'interno della diade di riflessi fra l'identità del paziente e l'identità del terapeuta, molto del senso del percorso può perdersi in costruzioni teorico-immaginative senza giungere ad un “vero” punto.

Esistenzialmente parlando, tuttavia, l'idea di un punto di verità non riguarda solo i bisogni del terapeuta, ma ricade soprattutto nella necessità del paziente di mettere nero su bianco qualcosa che spesso risulta un'approssimazione – piuttosto che il vero punto – per dare avvio alle procedure legali.

È già nella stessa modalità di afferenza ai servizi che si inizia a frammentare la richiesta del paziente, che può formulare le idee su di sé e sulla sua identità (nata o nascente) ad una sfaccettata gamma di professionisti: medico di base, chirurgo, psicologo, assistente sociale, psichiatra del CSM.

Di fatto sempre più pazienti DG formulano la domanda di riconoscimento prima di tutto ai social network, dove sono numerose le pagine orientate alla creazione di un'identità collettiva. In quelle stesse pagine tuttavia alcuni pazienti rischiano di trovare una risposta dogmatica, piuttosto che una vera elaborazione sul concetto di identità e di individualità di genere.

Se da un lato ogni paziente DG vuole essere identitariamente singolo e autentico, dall'altro la stessa persona può tendere a rifarsi al paradigma di un transessualismo di appartenenza stereotipica, finalizzato a tranquillizzare i termini di un'identità spesso ancora in fase di definizione.

2.3 LE TIPOLOGIE DELLA DOMANDA

Nel corso degli ultimi venti anni, coerentemente al crescere del numero dei pazienti DG o alla loro rappresentazione ed esposizione sociale, la tipologia della domanda portata in terapia è cambiata in modo evidente. Un tempo veniva richiesto un consulto volto a chiarificare i termini di un disagio ancora muto e ricco di sfaccettature, angosce e ombre: il paziente aveva bisogno di una co-costruzione dentro alla relazione con il terapeuta. Ora la domanda embrionale è spesso messa a fuoco ancora prima di giungere a completa maturazione: il paziente arriva già con una forma ben codificata di risposta al suo interrogativo, è altamente competente e non accatta di buon grado la messa in discussione. In questo scenario, al clinico viene dato il ruolo di riflettere la forma scelta dal paziente, piuttosto che rimandare le sfaccettature ancora insondate di un vissuto spesso non così polarizzato e matematicamente certo. Mentre il paziente che giunge al terapeuta per un problema d'ansia porta in terapia il vissuto di un malessere che non ha ancora una forma – o se ce l'ha è presumibilmente vaga –, il paziente DG porta una certezza che non si aspetta venga messa in discussione dal clinico, non più diagnosta ma testimone di una diagnosi già avvenuta. Paziente e terapeuta rischiano di trovarsi invischiati in un legame che si apre nella considerazione, e successiva evidenza, di nuovi margini di esistenza possibili, non sempre facili da codificare: come evidenziato da Zito e Valerio, «a rompere decisamente il teorema dell'invarianza sessuale è il variegato fenomeno dei transessualismi»⁴. Sono nuovi ambiti possibili nel continuum della *queer zone*, in cui è possibile approcciare fenomenologie emergenti che descrivono appartenenze altamente specifiche e non facilmente catalogabili entro parametri diagnostici formali. Durante un'intervista, Porpora Marcasciano parlando del MIT ha detto «...al consultorio ci sono 670 utenti, 670 storie diverse. Certo per comodità posso dire che sono 670 transessuali, ma di fatto non lo sono: c'è chi

si considera transgender, chi transessuale, chi uomo o donna e non vuole sapere nulla di essere trans...». In tal senso, anche il DSM-5 si è adeguato, introducendo nuovi parametri valutativi nella definizione di Disforia di Genere, che danno maggiori possibilità di autenticità e di riconoscimento a chi si colloca entro una dei possibili scenari del continuum di genere.

2.4 PRIMO COLLOQUIO E INDAGINI DIAGNOSTICHE

In passato il paziente che sospettava una disforia di genere si rivolgeva al Servizio Sanitario Nazionale per ottenere una certificazione e dare l'avvio alle procedure legali e successive chirurgiche; attualmente il quadro è più complesso. L'attuale DSM-5 mette in crisi il principio categoriale ampliando le possibilità di esistenza di sfaccettati transessualismi possibili, che possono sussistere in gradazioni e sfumature indeterminabili. Questo ampliamento sconcerta il valutatore per la contraddizione in termini che propone: come è possibile valutare quando un sistema di riferimento è così atomizzato e di fatto fluido? Che cosa valutare, se forse non c'è nulla da valutare? Quali sono i sistemi di valutazione da proporre, se non è chiaro il parametro da valutare?

Il primo colloquio, ovunque avvenga e qualunque sia l'uditore della domanda esplicitata, è comunque il momento in cui il paziente si presenta – e in tal senso si espone –, declinando il suo nome in termini maschili o femminili e introducendo in questo modo una nuova cornice di ri-narrazione del proprio sé. L'identità storica – ed in tal senso sociale – della persona, si ferma sul gradino di una nuova presentazione, che nel nome e nella definizione si propone e fortifica la vitalità di un sé emergente.

2.5 UN NUOVO NOME, UN NUOVO SIGNIFICATO

Affrontare tematiche nell'area dell'identità e del “nome” costituisce un importante parametro di lettura dei contenuti profondi dell'identità di genere e della propria storia. La matrice del sistema di origine è stata la prima che ha restituito alla persona DG un significato implicito orientato secondo il genere; da questo il paziente ha costruito la forma della sua prima narrazione identitaria, basandosi su un modello di riferimento tipicamente dicotomico, che ha permesso all'idea di sé di accennarsi e poi prendere forma anche rispetto ad una appartenenza sociale.

All'interno delle riflessioni portate dal paziente emerge frequentemente il sistema familiare, che contribuisce a stabilire un panorama di aspettative e ideali di genere di cui non sempre la persona è consapevole, ma che implicitamente ha comunque introiettato. In Italia, contrariamente a quanto avviene nel resto dell'Europa, permane un modello familiare maggiormente “integralista”, eterosessista e genderista⁵: in questo scenario la persistenza del modello matrimonia-

le e di complementarità dei ruoli di genere porta all'emersione di riflessioni e di angosce figlie del contesto che le ha prodotte e che impone una norma per l'accettazione e l'interazione della diversità.

Il contesto familiare, se non funge da sistema espulsivo, interpreta il ruolo di contesto di incubazione dell'identità nascente. Tuttavia, se nei contesti clinici le famiglie contattano dapprima la paura della perdita del genere del figlio, in un secondo momento – spesso fuggendo la paura di un lutto impraticabile – rischiano di spingere il parente verso la costruzione di un'identità anacronistica e parzialmente falsificata, in qualche modo maggiormente simile alla versione stereotipica che la famiglia sente di poter contenere. Piuttosto che affrontare la mancanza, la perdita, il turbamento, il tempo, l'angoscia, alcune famiglie optano per la costruzione di un falso sé.

Essere chiamato al maschile o al femminile nel primo colloquio non è uguale per tutti i pazienti: chi vuole ancora il rispetto del proprio aspetto fenotipico, chi vuole mantenuta la declinazione genotipica fintantoché non subentri il bisturi a ridefinire il corpo, chi attende gli interventi chirurgici per nominarsi dentro alla propria idea di perfezione, chi perché ha deciso di contattare il clinico si sente – solo per questo – già uomo o donna, chi non sa ancora decidere e di volta in volta propone qualcosa di diverso, chi ancora non lo sa, chi accoglie dentro di sé le ambivalenze senza voler spingere verso una definizione polarizzata. Luca dice «Io sono io. Per me è indifferente, può chiamarmi come vuole. Io rispondo sia che mi chiamino al maschile che al femminile. Io mi sento al 50% uomo e al 50% donna, vengo qui solo perché vorrei essere un po' più femminile e so che gli ormoni potrebbero aiutarmi in questo. Io sono bisessuale, ho vissuto con donne e uomini e con ambedue ho giocato ruoli attivi e passivi. La fissità mi annoia. Io mi sento semplicemente io».

Come precedentemente osservato, se talvolta il diagnosta viene ricercato per la sua competenza nel definire una diagnosi – che nell'atto di dare un nome al vissuto del paziente lo tranquillizza, e allo stesso tempo lo angoscia –, in questo caso, la diagnosi esiste già. Il diagnosta modifica il nome (diventando un certificatore, più che un vero diagnosta) mentre il paziente è già certo del proprio!

Come suggerisce Esben Esther Pirelli Benestadt – e come di fatto sembra avvalorare il DSM-5 – ogni identità è un *unique gender*⁶, i paradigmi categoriali si frantumano ed emerge forte il tema di una costruzione sempre più individualizzata anche del genere. Di conseguenza ci si chiede, senza polemica, quale sia il ruolo del clinico.

2.6 I MARGINI DI RIFLESSIONE PER IL CLINICO

Personalmente, le riflessioni che in questi anni sono andate costruendosi in me, mi portano a chiedermi quale sia il limite codificabile nella propria definizione egosintonica di sé e dove invece si apre lo spazio della psicopatologia narcisisti-

ca. Esiste un margine oltre il quale il corpo non può essere modificato, un confine che ponga la persona nella condizione di riflettere se ciò che desidera è lecito oppure no? È possibile desiderare tutto e ottenere tutto? Autodefinirsi in tutto? La costruzione dell'identità è il genere? Io sono un genere? Sono il mio genere o solo la costruzione di un genere sociale? Quanto sono autentico nell'essere definito anche dal mio contesto e non solo dalla mia mente? Cos'ho davvero il permesso di essere? «Essere tutto – maschio e femmina, omo ed eterosessuale – è la lusinga dell'eterna illusione narcisistica, che nasconde la realtà di non essere né l'uno né l'altro»⁷.

Tuttavia chi mette in discussione la propria forma (assunta per dogma o per natura) ha anche il coraggio di porsi interrogativi che prescindano le proprie costruzioni di genere e su cui, di norma, pochi si soffermano a riflettere. Come suggerisce Margherita Graglia, il transessuale si pone la domanda statisticamente infrequente “sono uomo o sono donna?”, mentre la maggior parte delle persone sono preoccupate di “quanto uomo o quanto donna mi sento?”⁸. Come individui tutti noi siamo delle minoranze e io appartengo alla mia, che è quella del mio nome, della mia storia, della mia famiglia, della vita che ho scelto. Non posso che sentire stima per chi, proprio in virtù di una scelta minoritaria di appartenenza a sé, accoglie la propria angoscia identitaria senza dare per scontata la biologia. Come suggerisce il paradigma bio-psico-sociale, non è facile comprendere dove finisca la biologia e dove inizi la costruzione della propria identità psicologica.

Il paziente che sceglie un clinico pieno di interrogativi incontra profonde domande esistenziali piuttosto che risposte, incontra una riflessione sull'unicità dell'individuo e sul suo peculiare modo di intendere la sessualità e l'identità.

2.7 IL RUOLO DEL TERAPEUTA

L'esplorazione del terapeuta dovrebbe muoversi nella direzione di dare una chiave di lettura al paziente sulla differenza che intercorre fra credenze e immaginazioni⁹, senza frustrare la sua possibilità di esprimere una “unicità”, ma tenendo conto che la totipotenza non può essere permessa dalla chirurgia (ancor meno che dalla psicologia).

Come suggerisce Di Ceglie, «nel nostro tentativo di comprendere la natura e lo sviluppo delle persone con sviluppo atipico del genere (Atypical Gender Identity Organization - AGIO), il pericolo è che veniamo sequestrati da Scilla, focalizzandoci sul lavoro che la mente del paziente fa negando l'esperienza del corpo reale, oppure alternativamente siamo assorbiti nel gorgo di Cariddi e ci focalizziamo sulla realtà del corpo e perdiamo di vista la possibilità che sia dato spazio all'esperienza della sua mente [...] e c'è un prezzo da pagare se vogliamo che sopravviva tutto l'equipaggio»¹⁰.

Costruire il crogiolo alchemico dell'identità nascente significa rimandare al paziente la non ovvietà delle sue scelte, discutere sul senso della sua identità

maschile, femminile o altrimenti specificabile; significa affrontare i paradossi di un corpo che nella sua integrità fisica non può essere accettato psichicamente, ma che spesso dopo l'intervento non sarà comunque fisicamente all'altezza delle aspettative psichiche che la mente del paziente tiene ancora sommerse. Significa riportare l'attenzione su quanto il contesto sociale giochi un ruolo importante nella costruzione della nostra idea di maschile e femminile o, come suggerisce acutamente Beatrice Preziado, su quanto testosterone serve per fare un uomo?¹¹. Se non è nel pene e nella vagina che si trovano l'idea di uomo e di donna, allora dove si trovano? Sono parametri soggettivi o oggettivi? Sono idee teoriche che rischiano di essere schiacciate dal bisturi, non trovando mai la possibilità di uno spazio di riflessione autentico.

2.8 I SIGNIFICATI DELLA DOMANDA

Esplorare i significati impliciti della domanda significa accogliere senza spostamenti e proiezioni le possibilità in formazione di un'identità peculiare (come tutte del resto!), in bilico fra adesioni e stigmatizzazione; significa accogliere una nuova fisiologia, prima di tutto delle idee e poi del corpo. «Ho sempre saputo che il mio corpo non coincideva con quello che desideravo per me. La mia mente diceva cose diverse da quello che il corpo mi rimandava. Se all'inizio ho lottato perché non volevo quella cosa fra le gambe, quel pene che la biologia mi aveva dato, poi ho capito che io sono fatta così, non ho mai avuto un pene ma una vagina lunga, forse non sarà come quella delle altre donne ma per me è sempre stata una vagina, mai un pene» (parole di un paziente).

La vagina lunga è una possibilità di esistenza assieme ad altri mosaici infiniti e plausibili che permettono l'espressione di un'esserci individuale svincolato da condizionamenti tutelanti e forme di protezione normalizzanti, è una scoperta di una nuova comunicazione dialogica fra corpo possibile e mente possibile in cui nessuna delle due istanze ha la meglio, vince solo la ricerca di un'identità in costruzione.

NOTE

1. Legge 14 aprile 1982, n.164, Norme in materia di rettificazione di riattribuzione di sesso, <http://www.esteri.it/mae/doc/l164__1982.pdf>; sito consultato il 15/02/2016.
2. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, Milano, Raffaello Cortina, 2015.
3. J. Butler, *Fare e disfare il genere*, a cura di F. Zappino, prefazione di O. Guaraldo, Mimesis, 2014, p. 376
4. E. Zito, P. Valerio, *Corpi sull'uscio, identità possibili. Il fenomeno dei femminielli a Napoli*, Napoli, Filema editore, 2010, p. 36.
5. E. Ruspini, S. Luciani, *Nuovi genitori*, Roma, Carocci, 2010.
6. E.E.P. Benestad, *Oral Presentation at 11th Congress of European Federation of Sexology "Promoting sexual health: a pathway to happiness"*, Madrid, 20-22/09/2012.
7. S. Argentieri, *A qualcuno piace uguale*, Milano, Einaudi, 2010, pp. 70-71.
8. M. Graglia, *Psicoterapia e omosessualità*, Roma, Carocci, 2009.
9. R. Britton, *Credenza e immaginazione*, Roma, Borla, 2006.
10. D. Di Ceglie, "Between Scylla and Charybdis: exploring atypical gender identity development in children and adolescents", in: *10 Transvestitism, Transsexualism in the Psychoanalytic Dimension*, London, Karnac Books Ltd, 2009, p. 56.
11. B. Preciado, *Sex Design*, Centro Pompidou, Parigi, 2007.

Seconda parte
La Crisi dell'Identità.
Riflessioni sui concetti
di Identità e Genere

Capitolo 1

La Mente Incarnata.

Concetti generali sul tema dell'identità e del corpo

1.1 IL CONCETTO DI IDENTITÀ

Dire Sé non significa dire Io.
(P. Ricoeur)

La domanda fondamentale “Chi sono?” è alla base della ricerca del principio di identità. L'immagine interna che ciascuno possiede di sé, il proprio percetto corporeo, sono i punti di partenza in ogni discussione che voglia cercare di comprendere cosa siamo. Nello svolgersi dei nostri pensieri, nella comunicazione e nel confronto con l'Altro è sempre presente un senso del sé.

Il problema sorge non appena cerchiamo di dare un contorno a questo senso di identità, di organizzarne senso e proprietà, ed è una questione che attraversa i molti ambiti della conoscenza umana e riguarda e incrocia il campo della psicopatologia.

Questa, per sua caratteristica, si confronta con la realtà di identità lacerate, frammentate, destrutturate, e si misura con questo interrogativo sperimentando quindi quella che Ballerini definisce la strada classica della psicopatologia fenomenologica, che risale dalla patologia agli aspetti costitutivi della normalità,

considerando i tratti patologici esasperazioni abnormi e pervasive di aspetti fondanti anche la vita psichica normale.

Che anzi questi ultimi possono essere colti, illuminati, proprio nelle forme squilibrate che la patologia ci mostra quando vien meno la proporzione che regola questi tratti costituenti, e quindi essi divengono di fatto carenti: cioè possono essere resi visibili in statu detrahendi.¹

In questa prima parte verranno introdotti alcuni argomenti centrali per disporre una riflessione fenomenologica sui concetti di identità, corporeità e genere ed introdurre le successive riflessioni di carattere psicopatologico.

1.1.1 IL COGITO

L'identità di una persona, di un Io, è stata – nella tradizione filosofica, fenomenologica e psicologica moderne – definita come un'entità strutturata e strutturale, che permane al mutare delle circostanze, che permette di ri-conoscere e ri-conoscersi al di là degli avvenimenti.

La concezione psicologica moderna ha le sue radici nel pensiero illuminista, che muove dal *cogito* Cartesiano come solo fondamento costitutivo di ogni percezione e racconta di un Io puro non accessibile, Kantiano. Il pensiero, quello razionale, è reso primo e unico attore nella affannosa ricerca di un punto fermo in un mondo carico di insicurezze interpretative.

Poiché l'unica condizione che accompagna ogni pensiero è l'Io nella proposizione universale: Io penso. La ragione ha a che fare con questa condizione, in quanto essa stessa è incondizionata.²

Nel lungo lasso di tempo che ci separa dall'assunto Kantiano, il dibattito sull'identità e la coscienza si è dipanato nella ricerca delle attribuzioni caratteristiche del Sé, al fine di darne una descrizione che consenta di coglierne la sostanza.

L'elemento comune che lega queste diverse prospettive, da Kant ai sistemi non lineari fino ai sistemi chiusi, è la medesima concettualizzazione del Sé: il Sé inteso come una cosa, in Kant come una sostanza – ancora la *res cogitans* di Cartesio.³

Il *cogito* è l'Io che Si pensa, che si definisce, che riflette "a posteriori".

Il primo problema posto da questa sistematizzazione è quello di definire le proprietà inequivocabilmente possedute dall'*Ego* del *cogito*, e procedere quindi ad un'enumerazione delle stesse. Una definizione fatta attraverso un elenco di proprietà, attraverso il ricorso alle categorie, si sottopone al rischio di mutarsi in una esperienza erratica, in cui i singoli autori tendano a sottolineare aspetti differenti.

Una proprietà immediatamente discussa quale attribuzione primaria, ad esempio, riguarda la consapevolezza di sé stesso, una forma di unitaria *autocoscienza*⁴.

Ora, di un essere pensante io non posso avere la minima rappresentazione per mezzo di una esperienza esterna, sibbene soltanto per mezzo dell'autocoscienza.⁵

Assunta come centrale la questione della consapevolezza di sé, la domanda si sposta sulla modalità con cui si articola il rapporto fra Sé come percettore/conoscitore e il Sé come oggetto di conoscenza.

Il tema venne affrontato già nel XIX secolo da William James, attraverso la scissione del sé individuale: da un lato un Io soggetto consapevole, in grado di conoscere, prendere iniziative e riflettere su di sé, che si muove con continuità nel tempo, autonomia dagli altri e volizione nelle esperienze. Dall'altro lato un Me: quanto del Sé è conosciuto dall'Io (il modo in cui mi conosco), che include una componente materiale (il Me corporeo), una sociale (il Me in rapporto con gli altri) e una spirituale (il Me consapevole e capace di riflessione).⁶

Tuttavia questa visione gerarchica, nella separazione tra Me oggetto e Io soggetto, non coglieva la soggettività intesa come autocoscienza, frammentando la nostra unità nettamente in un continuo "autoesame" effettuato dall'Io sul Me.

Il soggetto è infatti cosciente della propria esperienza non negli istanti in cui si "autoesamina", ma nei mille atti del suo vivere, attraverso quelli, senza una discontinuità. Di solito esperiamo il nostro pensiero insieme a tutta una gamma di esperienze corporee: i pensieri e le percezioni sono quindi saldati in un unico flusso di coscienza che appartiene unitariamente al nostro Sé e che percepiamo come un continuo, accertandoci in modo pre-riflessivo dell'autentica *ipseità* ciascuno delle proprie percezioni, dei propri pensieri. Potremmo chiamarla tendenza a mantenere un senso di unitarietà della propria esperienza, la relazione cioè fra la molteplicità delle proprie azioni e passioni e l'unità del proprio Sé.

a Self is a thing whose nature it is to be capable of being conscious⁷

Il tema della consapevolezza del Sé, istintiva chiave di volta del concetto di identità, non esaurisce le peculiarità del modo di costituirsi dell'identità stessa e appare deficitario nel definire modi e tempi di questa costituzione, non riuscendo a spiegare il modo in cui il soggetto si mette in gioco nell'ambiente e nelle relazioni.

1.1.2 L'IDENTITÀ SOCIALE

Abbiamo discusso di come, partendo dal pensiero illuminista, si stabilisca e definisca il modello di una identità innata, primigenia, fondativa e osservatrice (appunto l'Ego del *cogito*), in qualche modo connaturata e saldamente incrollabile. Negli stessi anni tuttavia l'emergere della psicologia sociale, della sociologia e di una nuova concezione di individuo erano destinati a rimettere in discussione alcuni modelli precedenti. In merito ai tempi di presentazione della consapevolezza di sé e di come questa si formi, le ricerche in ambito di psicologia sociale hanno aperto dibattiti nel corso del '900 su una definizione dell'identità nella relazione con l'altro.

L'idea attribuita a Cooley, definita *looking-glass self*, è che il concetto di sé si formi come riflesso delle risposte e delle valutazioni degli altri, di come cioè gli altri filtrino i nostri comportamenti. Più tardi la scuola di psicologia sociale di Chicago, attraverso il lavoro di altri autori, definirà meglio il concetto di Io come *costrutto sociale*.

In particolare, secondo Mead⁸ il Sé è articolato in due aspetti: l'Io e il Me. L'Io è la parte non intaccata nei processi di socializzazione, che si determina in virtù di un meccanismo stimolo/risposta. Il Me invece è la parte consapevole dell'individuo, cioè rappresenta quella parte della soggettività individuale che è consapevole del proprio mutare e si crea e affina attraverso l'interiorizzazione degli atteggiamenti degli altri.

Se per Mead l'interazione avviene tra un Me che si è fatto carico dell'Altro Generalizzato, in definitiva assorbendone l'intera gamma di ruoli sociali convenzionali e costituendone una rappresentazione unica, per Goffmann⁹ al contrario il confronto con la società fa sì che i ruoli sociali (le identità sociali) che l'individuo mette quotidianamente in scena siano molteplici, nella costante dualità della sua identità tra attore e personaggio (o personaggi) della recita. Personaggio nell'ambito sociale, nella continuità che dà ad una maschera che è funzionale a molteplici scene e molteplici ruoli, attore nella sua porzione introspettiva.

Senza l'apporto dell'Altro non sarebbe dunque possibile la creazione di un Sé completo e organizzato, capace di dotarsi delle peculiarità definite e di acquisire dei ruoli sociali. Il contributo della psicologia sociale in questo senso si pone in opposizione al principio dell'autosufficienza del concetto di Io puro come definito dalla filosofia illuminista: siamo Soggetti perché continuamente contaminati nella società. Il *cogito* è sbalzato dalla sua posizione di primato e l'individualità è ricondotta alla rete sociale, con un forte ridimensionamento della dimensione soggettiva e privata dell'identità, ricondotta a minima porzione creativa.

1.1.3 LE FORME CONCETTUALI DEL SÉ

Un altro esempio di come la complessità del concetto del Sé abbia occupato il dibattito novecentesco si trova in Neisser, il quale, partendo dalla considerazione che il Sé, visto come oggetto unitario, presenti notevoli contraddizioni – essendo simultaneamente fisico e mentale, pubblico e privato, percepito e immaginato, universale e culturalmente connotato – tenta un lavoro di riorganizzazione del concetto, individuando ben cinque differenti sé¹⁰.

1. il Sé ecologico – in relazione all'ambiente fisico: io sono la persona che è qui, in questo luogo, impegnato in questa particolare attività;¹¹
2. il Sé interpersonale – viene riconosciuto grazie a segnali specie-specifici riguardanti rapporti emozionali e comunicativi. È il Sé coinvolto in un'interazione immediata con gli altri;¹²
3. il Sé esteso – è il Sé com'era nel passato e come ce lo aspettiamo nel futuro, dunque basato su ricordi del passato e anticipazioni per il futuro. Il ricordo

e il racconto delle esperienze passate è fondamentale per esprimere la nostra specificità,¹³

4. il Sé concettuale (o concetto di Sé) – si tratta di un complesso reticolo concettuale che comprende assunzioni e teorie concernenti il corpo, i ruoli sociali e i tratti individuali significativi dell'individuo. Ciascuno ha un concetto di sé come persona particolare in un mondo sociale. In questo aspetto del Sé sono rappresentati anche gli altri quattro;
5. il Sé privato – si manifesta quando il bambino si accorge che certe esperienze sono esclusivamente sue, non condivisibili con altri e da altri non direttamente ed egualmente esperibili.

1.1.4 LA CRITICA AD UNA CONCETTUALIZZAZIONE DELL'IDENTITÀ

Come abbiamo visto in precedenza nella lunga ricerca delle “categorie” più adeguate a descrivere l'individualità soggettiva, la consapevolezza di sé, pur mantenendo un posto di rilievo, non appare esaurire il concetto di identità. La visione sociale, per contro, appare ridurre l'individualità ad una riproduzione della società, mentre altri tipi di articolazione, come abbiamo visto, anche nel tentativo di essere (descrittivamente) esaustivi, tendono a non risolvere le contraddizioni tra l'immediatezza con cui siamo consci della nostra identità e il movimento della sua formazione attraverso le esperienze, se non frantumando l'esperienza soggettiva in una sempre più numerosa molteplicità di forme.

Nella riformulazione proposta da Persson essere centri di conoscenza auto-conscienti e fisicamente individuabili non appare più sufficiente a esaurire il concetto di identità. Egli individua tre tratti distintivi: in primo luogo essere il soggetto di certe esperienze, dunque percepirsi come Soggetto (con tutte le implicazioni di essere percepito e percettore) e, infine, essere capaci di considerare le esperienze vissute introspektivamente come proprie¹⁴.

Ma anche considerando di fare riferimento alle sole caratteristiche di privatezza, unitarietà della molteplicità delle esperienze e continuità del senso di Sé¹⁵, il costruito rimane costantemente esposto alle critiche più radicali, quelle relative allo strumento categoriale: alla difficoltà cioè di descrivere un concetto trascendente con le caratteristiche degli oggetti materiali, anche laddove nel Sé permanga una traccia di materialità corporea.

I am not an object.

The Self is not an object.

The word 'I' does not, on any proper occasion of use, refer to an object.¹⁶

Non basta, perché anche ponendo che il Soggetto dell'esperienza abbia la materialità del corpo, e assumendo pienamente quale peculiarità del Sé quella di essere soggetto d'esperienza e d'azione, dotato di una centralità corporea fondativa, van Fraassen risponde che questo non ci porta ancora al nocciolo della questione.

Noi ci esprimiamo tramite il nostro corpo, ma da questo non segue che siamo il nostro corpo: siamo sicuramente Sé incarnati (*embodied selves*), poiché possediamo un corpo, ma non siamo ad esso riducibili¹⁷.

1.1.5 IL CONTRIBUTO DELLA FENOMENOLOGIA

Distaccandoci dal percorso del cogito *Kantiano*, e da quello della costruzione sociale del Sé, messi in crisi dalla mancanza di stabili proprietà intrinseche dell'Io e dalla evidente transculturalità del concetto di identità, è nell'ambito della fenomenologia ermeneutica che incontriamo un nuovo modo d'interrogarsi sul Sé – o meglio, sull'Essere Sé Stesso.

Per dirla come Husserl, «Io sono un'ora permanente nel flusso», un nocciolo duro e stabile a fondamento immutabile della vita intra-psichica.¹⁸

In queste brevi parole di Husserl si ritrova la concezione dell'eterno mutamento di un Sé dinamico, attuale, rispetto alla solida certezza di una identità statica, a testimonianza di una dualità che oppone permanenza e mutevolezza:

Me stesso sono il soggetto del 'Io vivo' attuale, Io vengo modificato, Io sono coinvolto dal mio di fronte, attirato, respinto, cambiato da esso in diversi modi¹⁹

Il Sé fenomenologico quindi non è qualcosa posizionato dietro o in opposizione alle esperienze, bensì una funzione del darsi di queste. In accordo con questa visione, il Sé non è né una ineffabile condizione trascendente (l'Io puro *Kantiano*), né un costrutto sociale che evolve durante il tempo; è invece parte integrante della vita conscia, la quale ha un'immediata realtà esperienziale²⁰.

Il Sé abita il tempo e il mondo, è custode della nostra continuità mondana, alternativa allo schiacciamento operato dalla temporalità, alla ricerca di una definizione che concili assieme le due visioni husserliane di permanenza e mutevolezza.

Nel corso del tempo la ricerca fenomenologica si è sviluppata da una concezione monadica della coscienza individuale verso un'apertura al concetto di intersoggettività come preconditione alla costruzione dell'individualità e dell'identità personale, senza per questo far scomparire la soggettività individuale, come alcune tesi nell'ambito delle scienze sociali rischiano di fare²¹.

Nel porsi dinanzi il concetto di identità, nel tentativo di tracciarne alcuni significati, Ricoeur presenta la propria ermeneutica del Sé, indicando una prima importante distinzione, quella tra l'Io e il Sé. Il *cogito*, dovendo assumersi un'alterità previamente data (poiché l'identità si forma attraverso l'Altro), si scopre non più un Io, quanto piuttosto un Sé, nel quale unicità e alterità si pongono continuamente in gioco determinando l'identità umana²².

L'Io si pone o è depresso. Il Sé è implicato come riflessivo in quelle operazioni la cui analisi precede il ritorno verso esso stesso²³

Si tratta, rispetto al *cogito* cartesiano, di una sottolineatura riflessiva²⁴ che traduce l'Io in un Self, che è tale grazie all'irruzione dell'alterità, la quale è, in quanto relazione con l'altro, fondativa del Sé²⁵.

Il Sé fenomenologico dunque rientra in quella "evidenza naturale" che non può essere regolata solipsisticamente, ma si costituisce nella intersoggettività. Questa costituzione è ovvia, preriflessiva e aproblematica²⁶, non essendo qualcosa su cui continuamente essere portatori di domanda, quanto piuttosto un portato che precede la riflessione.

Quando poi l'esperienza nel suo darsi viene presa in considerazione non come "oggetto" su cui riflettere ma come *modo di essere* Sé, si scardina l'artificiosa separazione tra Sé e Mondo²⁷. L'esperienza non è frutto di un Io che prima riflette sulle percezioni e poi le ristabilisce, ma assume significato prima della riflessione. La coscienza di sé, piuttosto che come ritorno cognitivo, emerge nella relazione stessa (nell'intenzionare) con il Mondo.

Si intuisce già un tratto determinante per lo svilupparsi dell'identità: il rapporto tra Identità e Alterità (che abita il Mondo), una presa dialettica nella quale il medesimo si determina e si riconosce solo nell'Altro, solo attraverso l'intersoggettività e grazie alla capacità di stabilire e percepire i propri confini.

*Lo Straniero non abita fuori di noi, ci abita*²⁸.

Da sottolineare, a questo proposito, anche per la sua portata transculturale, la conferma portata dalla psicopatologia nipponica, che descrive l'origine dell'identità nell'*aida*²⁹ intersoggettivo.

L'*aida* non è una semplice relazione che mette in rapporto delle esistenze separate, ma è il luogo comune originario di queste esistenze multiple. Ciascuna di esse non può costituirsi in un sé individuale che sul fondamento di questo *aida*³⁰.

«La coscienza appare radicata nell'esistenza, incarnata in questo mio corpo, intonata secondo una certa emozione»³¹: l'incontro con noi stessi non è quindi uno spazio chiuso di autoriflessione identitaria, bensì un incontro quotidiano col Mondo e con l'Altro in cui all'essere del Soggetto non vengono più attribuite una costellazione di proprietà, ma delle maniere di essere.

Tuttavia l'identità non può essere sganciata dalla temporalità, il flusso husserliano che avvolge ogni cosa. Solo nel fluire dei vissuti di coscienza, che costituiscono la vita dell'io, e nelle esperienze nel mondo è possibile quella forma di "autopercezione"³².

Sembra che da ogni punto di vista la nostra identità sia sottoposta quindi ad una continua tensione dialettica, tra continuità e cambiamento, poiché non vi è identità senza una durata, ma nemmeno vi può essere identità senza il continuo darsi delle esperienze e dei vissuti che la avvalorano e ne determinano i cambiamenti.

È sulla misura di una vita intera che il Sé cerca la sua Identità³³

Nel tentativo di recuperare quanto descritto dai concetti di ruolo sociale, di rapporto intersoggettivo, senza per questo mettere in ombra l'unicità del Sé, bisogna porsi l'obiettivo di riappropriarsi del Sé nelle sue forme statica e dinamica, nella sua forma oggettiva, stabilizzata, regolamentata, e in quella soggettiva, spinta a ridecidere continuamente su sé stessa.

Nel prossimo capitolo approfondiremo le teorizzazioni di Ricoeur, il quale, rimanendo nel solco fenomenologico di Husserl e Jaspers, concettualizza l'identità in maniera duale facendo ricorso alle figure dell'Ipse e dell'Idem e reintrodotto lo strumento narrativo come strumento, tra gli altri, di unità.

1.2 IPSE, IDEM E "STORIA DI UNA VITA"³⁴

Io è un altro.
(A. Rimbaud)

Le riflessioni di Ricoeur sull'identità, intuendo che questa non fosse esauribile né come nocciolo inamovibile, né come consapevolezza dinamica, lo conducono ad una duplice declinazione del concetto, che viene poi ricomposto attraverso l'introduzione del concetto di identità narrativa, la storia di sé che ciascuno (si) racconta.

I paragrafi successivi ripercorrono brevemente la concettualizzazione dell'*ipseità* e della *medesimezza*³⁵, in particolare nel loro rapporto con altri determinanti, in particolare il concetto di Tempo, di Altro e di Corpo.

Il concetto di identità complessivamente delineato attraverso la dualità Ipse/Idem risponde alle qualità del Sé come concepito dalla modernità: privatezza, unitarietà della molteplicità delle esperienze e continuità del senso di sé³⁶.

Le due forme Ricoeuriane del Sé ripercorrono la dualità della lingua latina. Sé come "essere lo stesso" (Idem) e identità come "essere sé stesso" (Ipse)³⁷.

Occorre allora *non confondere l'identità con l'ipseità, l'Idem con l'Ipse, l'Io col Sé*³⁸.

1.2.1 IPSEITÀ

Primariamente nel sentire sé stesso ciascuno si misura con la propria *ipseità* e con i campi da questa determinati. «Questi non sono altro che le capacità di usare il proprio corpo, di elaborare pensieri che appartengono al Sé e lo caratterizzano nella sua identità»³⁹.

Nell'unità di contenuto che mette insieme i percepiti corporei e le esperienze cognitive si situa dunque il concetto di *ipseità*, caratterizzato dalla consapevole unificazione dinamica di contenuti psichici e percetti corporei, immersi in un mondo e in un tempo che si determina come un continuo fluire di esperienze, di Altri, di corpi.

Ricoeur, in particolare, per meglio recintare l'Ipse fa riferimento al testo narrativo: ad una "soggettività narrativa"⁴⁰, non statica, ma dinamica, capace di tessere la trama unitaria delle nostre esperienze nel corso del loro svolgersi.

l'Ipseità non è un'entità statica, ma il risultato di un processo dialettico: il dialogo fra il Sé e l'Altro da Sé⁴¹

La prima importante caratterizzazione dell'*ipseità* passa dal suo rapporto con il Tempo. Dal momento che il problema dell'identità si misura con la questione della temporalità, quest'ultima fa da spartiacque. Mentre l'identità *Idem* è duramente colpita dalla temporalità, tanto da presentarsi come occasione di misconoscimento, «l'identità *Ipse* si erge sul tempo»⁴² perché non viene corrotta come la corporeità fisica dall'offesa temporale.

In secondo luogo «un individuo è (identico a) Sé stesso, al contrario sarebbe altro, estraneo»⁴³, la sua unità e continuità sarebbe manomessa o continuamente messa in dubbio, come accade nei quadri psicotici, nei quali la crisi del "fondamento ontologico dell'Ipseità"⁴⁴ appare come la radice dei quadri paucisintomatici tanto quanto di quelli più gravi e costellati da sintomi anche esplosivi.

In relazione al rapporto con l'Altro l'*ipseità*, costituendosi, rinvia ad un'individuazione, a una singolarità personale e irripetibile differenza; al contrario la *medesimezza* attiene all'identificazione, ovvero l'uguaglianza a sé stesso e ad altri simili⁴⁵. Così, costituendosi nell'intersoggettività l'*ipseità* ne diviene limite e principio regolatore.

Finché non c'è l'Altro non si può parlare di libertà, né di non libertà; non c'è ancora una identità della persona che è una identità dell'indiscernibile, interiore a chi è Unico a forza di non potersi sottrarre all'Altro⁴⁶

In terzo luogo l'*ipseità* non è un concetto che sfugge alla materialità del nostro essere corpi che interagiscono. Usando il lessico ricoeuriano possiamo dire che l'*ipseità* stessa è interessata dall'esposizione alla carne del corpo proprio⁴⁷. L'Ipse vive dell'Alter che è costituito anche dalla sua stessa carne. La costituzione intersoggettiva, mediante la quale viene appercepita l'alterità dell'altro uomo, è resa possibile in quanto siamo corpi incarnati e quindi l'alterità è già presente nella coscienza individuale in quanto forma di carne propria.

Questo concetto riporta ad un heideggeriano "sempre mio" (*Jemeinigkeit*) cioè a quella dimensione che accompagna la corporeità dando la consapevolezza di un Sé che permane dinanzi alle insidie⁴⁸ (del tempo, del mondo).

Il rapporto del Sé (Ipse) con il Corpo con il Tempo e con l'Altro (il mondo), che continuamente ne costituiscono l'*ipseità* presente, si rimodula poi in una continua narrazione soggettiva che mette in relazione il prima e il dopo. In effetti, quando chiediamo a qualcuno di parlare di Sé, inevitabilmente ci troveremo dinanzi ad un approccio di tipo narrativo, agito nel presente (quindi come tale collocato).

la differenza tra Idem e Ipse non è altro che la differenza tra una identità sostanziale o formale e l'Identità Narrativa.⁴⁹

Ricoeur utilizza lo strumento della narrazione soggettiva⁵⁰ per uscire da una semplice aporia: la contraddizione esistente tra l'impiego del medesimo nome per designare una persona dalla nascita alla morte, atto che sembra implicare l'esistenza di un nucleo immutabile, e l'esperienza del cambiamento psichico e corporeo che contraddice tale principio⁵¹.

1.2.2 LA MEDESIMEZZA

In contrapposizione all'eterno fluire dell'*ipseità*, l'Idem – la *medesimezza* – implica una permanenza nel tempo mediante la continuità del corpo stesso, il quale è a sua volta destinato, nella sua impermanenza rispetto al tempo, a soccombere, lasciando al carattere il segno ultimo della permanenza dell'individuo⁵².

L'idem è l'identità statica, che è stabile, permanente, grazie alla quale siamo sempre identici a noi stessi, dalla nascita alla morte. Essa è un'identità al tempo materiale (corporea) e astratta, a cui si contrappone l'esperienza dell'Ipse (il se stesso), che implica una storia, la storia biografica, esperienziale, trasformativa, che attraversa il tempo mutando continuamente.

La Medesimezza è un concetto di relazione ed una relazione di relazioni.⁵³

Le categorie a cui fare riferimento nella comprensione del concetto sono "l'identità numerica⁵⁴ e l'identità qualitativa"⁵⁵, assieme alla nozione di "continuità ininterrotta". Si tratta quindi di essere sempre la stessa Unicità, dotata delle medesime qualità nel suo dispiegarsi continuo nel tempo. Queste proprietà garantiscono la possibilità di Identificazione, ovvero di essere sempre riconoscibile come il medesimo.

Semplicemente, è vero che la nostra esistenza aperta e personale riposa su un primo fondamento di esistenza acquisita e cristallizzata⁵⁶.

Dove andare a ricercare questo sostrato di continuità ininterrotta, paragonabile alla struttura intrinseca di un meccanismo, riconoscibile anche una volta che ne fossero state sostituite le singole parti⁵⁷?

Il Corpo (con l'immutabile codice genetico), nel tempo destinato ad una serie di piccoli cambiamenti successivi che presi singolarmente minacciano l'identità senza distruggerla⁵⁸, ma nella loro totalità rappresentano il pericolo del misconoscimento, e il carattere, anch'esso sottoposto a sottili mutamenti ma che designa, più di altre proprietà, l'insieme delle disposizioni permanenti a partire da cui si riconosce una persona⁵⁹.

Entrambi gli elementi appena citati sono messi in crisi dinanzi alla temporalità e intrecciano, per loro natura, la forma della *medesimezza* con quella dell'*ipseità*.

Il carattere, nella sua permanenza e (relativa) immobilità, rappresenta bene i concetti di identità numerica, identità qualitativa e continuità ininterrotta, pur nella labilità del confine con l'*Ipse*⁶⁰.

Come ricordato in precedenza, nella corporeità stanno le azioni con le quali intenzioniamo gli altri (poiché ogni nostro atto è sempre corporeo) e attraverso il corpo ci identifichiamo per la prima volta come sé medesimi. Il nostro corpo è attraversato dunque da entrambi i modi dell'identità⁶¹.

L'*ipseità* in relazione alla corporeità è quindi la capacità di essere un qualcuno in grado di dire "questo è il mio corpo", attraverso esso agisco, soffro, comunico⁶². La *medesimezza* è il riconoscere la nostra corporeità come una parte fondativa della nostra unicità.

Il corpo è l'insieme di condizioni concrete rispetto alle quali un progetto esistenziale si attualizza e, attualizzandosi, diventa veramente il mio⁶³

L'importanza del corpo per il manifestarsi dell'identità sta proprio in questo intreccio di luogo del riconoscimento e spazio dell'intenzionalità. Coscienza incarnata in un corpo, il mio corpo. Il corpo proprio allora è "il luogo" in cui ogni volta si attualizza l'apparire del mondo⁶⁴.

1.2.3 L'IDENTITÀ NARRATIVA

Il coesistere delle due forme di identità pone la necessità di affrontare il tema della stessa nella sua esplicitazione, ossia il problema di potersi dire qualcosa di sé (e poterlo banalmente comunicare ad altri).

La mediazione necessaria per rimodulare alcune delle sovrapposizioni tra le due forme di identità viene dalla consapevolezza che l'esistenza si delinea, quale combinazione di *medesimezza* e *ipseità*, come "storia di una vita"⁶⁵: la narrazione costruita individualmente che riconnette assieme esperienze che potrebbero altrimenti risultare disgregate.

Quando si racconta il proprio passato, non lo si rivive, lo si ricostruisce. Questo non vuol dire che lo si inventi⁶⁶, al contrario il ricordo si forma proprio dopo un processo di cucitura e acquisizione di senso, di autonarrazione che permette di evitare che gli eventi siano subiti (anziché vissuti) dal Soggetto, divenendo parte di un unico contesto unitario, sopprimendo sfaldature e approssimazioni.

L'identità narrativa è coerente ma al tempo stesso fluida e modificabile, fondata storicamente ma reinterpretata, costruita da un individuo ma nell'interazione con altri⁶⁷, processuale e riflettente la situazione contingente della persona, talvolta conflittuale, persino caotica, anche perché «l'autore non sa mai come andrà a finire»⁶⁸. Eppure, pur ignorando il finale, lo sforzo che ciascuno compie nell'atto

di narrarsi, non è poi così distante, di volta in volta, da un tentativo “teleologico”⁶⁹, volto a ricercare un costrutto di senso, tanto che il perderlo causa smarrimento, fastidio, rabbia e ci pone dinanzi al rischio di una crisi, determinata dalla perdita di quella “integrità narrativa”⁷⁰ che è il costante riferimento attorno a cui orientare lo sforzo autobiografico.

La funzione narrativa non si limita quindi a intensificare le caratteristiche del Sé già messe in luce, ma introduce un elemento specifico legato al carattere fittizio della narrazione letteraria, un «io che si figura come questo o quello»⁷¹.

Parlare di noi a noi stessi è come inventare un racconto su chi e che cosa noi siamo, su cosa è accaduto e sul perché facciamo quel che stiamo facendo⁷².

Il Sé che si racconta come un personaggio è l'avverarsi delle parole di Rimbaud⁷³ che introducono il capitolo, la trasfigurazione dell'identità nella storia di un (Altro) personaggio. Attraverso la costruzione del personaggio le due diverse modalità dell'identità personale si combinano tra loro nel racconto, secondo la prospettiva dell'intrigo che conferisce alla storia una sua propria identità narrativa⁷⁴.

Dove ricercare l'unità nella continua ri-creazione di una narrazione che circonda nella maniera più autentica, essendo contemporaneamente una storia esteriore, che può essere narrata, e una storia interiore, che è stata vissuta⁷⁵?

La storia interiore della vita è una storia di decisioni, di scelte, nella quale attraverso la molteplicità dei vissuti si rivela l'unità di uno stile, la dimensione irriducibile di una “narranza”⁷⁶.

Lo scopo dell'attività narrativa, così declinata, vorrebbe essere il mantenersi in relazione, attraverso una fedeltà creatrice, agli eventi fondatori che la instaurano nel tempo⁷⁷, tuttavia proprio la potenza dello strumento narratorio può divenire tramite di un inganno, un modo per sfuggire a se stessi⁷⁸, non soggetti di un racconto ma soggetti narranti puri.

In questo senso, ciò che chiamiamo “soggettività” non è pertanto una sequenza di stati mentali, un fluire di sensazioni, emozioni o cognizioni, né una sostanza che rimane sempre identica a sé stessa, bensì «una Identità che si realizza in maniera dinamica attraverso la composizione narrativa»⁷⁹.

Il poter dire, il poter agire sul mondo, il poter raccontare e dare forma all'unità narrativa di una vita, infine il poter imputare a sé stessi l'origine dei propri atti⁸⁰

Secondo questa lettura, gettando uno sguardo sull'ambito psicopatologico, è facile capire l'importanza delle storie individualmente presentate, delle fratture presenti nel corso delle narrazioni, delle ambiguità e delle mancanze, dell'attenuazione, fino alla scomparsa, di un'integrità di fondo.

L'interruzione non è però un trauma non riassorbibile.

Lo sforzo di ricomposizione autobiografico è uno sforzo costantemente retrospettivo, che proprio ri-considerando di volta in volta l'insieme degli eventi di vita permette di ricomporre anche il filo temporaneamente interrotto.

Ecco il racconto che trasforma, che continuamente sopravanza (anticipa) se stesso e continuamente si rivolge indietro⁸¹

Questo processo di continua riscrittura finalizzata possiamo definirlo “Teleologia Retrospettiva”⁸² ed è centrale nella comprensione di alcuni percorsi atipici di costituzione dell’identità, nei quali si può osservare un vero e proprio processo di transizione di identità e di nuova appropriazione di significato che ricongiunge anche la trama narrativa passata.

In questo senso il recupero di una narrazione interiore plausibile diviene anche la preconditione per la costruzione di un progetto di vita. L’integrità narrativa (e quindi l’identità narrativa), così ricostituita, ricuce assieme la “Storia di una vita”, attribuisce significato anche ai momenti di difficoltà, attribuisce una trama unitaria di significati ai nostri vissuti⁸³.

Nell’ambito psicoterapeutico, cogliere la dimensione dell’identità narrativa significa in primo luogo prestare attenzione (ascolto) all’autobiografia individuale, quindi possedere la capacità di collocare i sintomi (ed i vissuti) nel loro luogo naturale e originario, vale a dire nella trama globale e immancabilmente intricata della vita unica e irripetibile di ogni paziente.⁸⁴

Nell’incontro c’è un narratore, c’è un ascoltatore, c’è un coinvolgimento, un vicendevole impigliarsi in una narrazione, c’è il ricorso alla comprensione, alla ricerca di connessioni. L’incontro duale stesso, il colloquio, non esiste al di fuori della sua struttura, della sua configurazione narrativa.

La psicoterapia, in definitiva, è una variante del colloquio narrativo⁸⁵.

1.2.4 L’IDENTITÀ CORPOREA

*Il corpo è l’oggetto psichico per eccellenza,
il solo oggetto psichico⁸⁶*

Come è stato possibile desumere attraverso i capitoli precedenti, nel parlare di identità non si può eludere la centralità che il corpo, particolarmente inteso in qualità di corpo proprio, possiede. Il corpo difatti caratterizza il modo in cui ci presentiamo agli altri, è determinante del ruolo di genere consuetudinario, rappresenta ogni modo della nostra interconnessione con il mondo. Il corpo, insomma, non è (solo) un oggetto⁸⁷.

1.2.5 IL CORPO

Se il corpo è un'identità costitutiva, si deve innanzitutto riflettere sullo stato del corpo come oggetto o come soggetto. Innanzitutto è necessario evitare la tentazione di imbastire un divorzio tra mente (*res cogitans*) e corpo (*res extensa*): la nostra mano, nell'atto di afferrare un bicchiere, non è né uno strumento, né la mano inanimata di un cadavere, siamo noi nell'atto di afferrare⁸⁸.

Tra tutte le cose spaziali della mia sfera universale pratica il «mio» corpo è la più originariamente mia, la mia proprietà originaria, la mia proprietà duratura, duratura nella mia disposizione, la più originaria e l'unica immediata che è a mia disposizione.⁸⁹

Proprio questa immediata disponibilità, che non necessita attesa né intermediazione, è la qualità che allontana il corpo (proprio) dallo statuto di oggetto, perché è costantemente percepito, mentre dall'oggetto posso anche distogliere l'attenzione; perché il corpo è sempre con me e mai, come l'oggetto, di fronte a me. L'oggetto nasce quando, con gli organi del mio corpo, lo vedo, lo tocco, lo ispeziono, per cui il corpo non è oggetto, ma ciò grazie a cui vi sono degli oggetti.⁹⁰

D'altra parte, applicato al corpo, il concetto di oggetto posseduto si presta ad un particolare paradosso, evidenziato da Ricoeur: si tratta di una proprietà che è assunta a priori (non è mai stata data) non trasferibile, in contraddizione con l'idea usuale di proprietà⁹¹.

Qui quindi la prima cesura: tra tutti gli oggetti che possiamo toccare, che possiamo attenzionare o maneggiare, il nostro corpo presenta una particolare qualità, quella di essere vissuto, non oggetto delle esperienze ma soggetto (ed oggetto insieme) delle medesime.

In questo modo non si vuole negare la materialità del corpo umano contrapponendolo ad un differente tipo di status. Il corpo è sicuramente (anche) il corpo anatomico della conoscenza meccanicista, il corpo fisico, *Körper*, tale in quanto occupa un certo spazio e risponde quindi a certe misure, *res extensa* determinata dalla mera misurazione di certe quantità (peso, larghezza, lunghezza, etc.)⁹².

Una simile definizione del corpo vale per qualsiasi corpo, ossia per un corpo qualsiasi: tanto per i corpi umani quanto per quelli degli altri esseri viventi e persino delle cose. Tuttavia questa definizione non tiene conto della particolare esperienza di "centro di ogni esperienza" che è propria del corpo vivo.

Tra i corpi di questa natura trovo il mio corpo nella sua peculiarità unica, cioè come l'unico a non essere mero corpo fisico (*Körper*), ma corpo vivente (*Leib*)⁹³

1.2.6 IL CORPO VIVO

Il ricorso husserliano al concetto di corpo vivo ci permette di uscire dal rischio di reificare la nostra stessa identità corporea. Le diverse parti del mio proprio

corpo, nei suoi aspetti motori, negli organi che lo compongono, non sono quindi semplici oggetti assieme coordinati⁹⁴, ma formano un tutt'uno che è il soggetto intenzionale. Un Sé che non ha altro strumento per conoscere ed essere conosciuto dal Mondo che i dispositivi e le tecniche che il corpo mette a disposizione.

Esiste una forma di consapevolezza corporea preriflessiva⁹⁵, per cui non è necessario, ad esempio, concentrarsi su dove sia posizionata una mano per avere consapevolezza di dove essa sia. Il corpo vissuto è primariamente il centro delle esperienze e solo secondariamente è un oggetto delle stesse. Tuttavia la nostra esperienza riguarda entrambe le modalità, nel toccarmi una mano con l'altra, la prima, che viene toccata è (anche) *Körper* mentre l'altra fa da *Leib*⁹⁶.

Il Leib è il centro originario della mia praxis nel mondo⁹⁷

Abbiamo ricordato nei capitoli precedenti che la costituzione dell'identità non può prescindere dalla relazione continua con l'Altro (cfr cap. 1), nella costituzione di una soggettività intermonadica⁹⁸. In conseguenza di questa considerazione, se lo studio fenomenologico della corporeità presuppone che la mente sia incarnata e che non si possa concepire un Sé che non sia corporeo, la condivisione della realtà nei presupposti dell'intersoggettività e del mondo comune si declinerà di conseguenza come intercorporeità⁹⁹.

Ecco che il corpo, nostro, proprio e vivo (vissuto), acquista un'ulteriore importanza, soggetto delle nostre azioni e anche modo in cui possiamo essere scoperti dagli altri.

L'intercorporeità diviene così la fonte principale di conoscenza (attiva e passiva) che abbiamo del mondo, lo spazio delle relazioni, dell'apprendimento, della stessa emotività.

Ulteriori conferme a questa modalità di relazionarsi intercorporea ci viene dalle neuroscienze. Il meccanismo di risonanza motoria dei neuroni a specchio, originariamente scoperto nel cervello della scimmia e in seguito scoperto anche nel cervello umano, è verosimilmente il correlato neurale¹⁰⁰ di questa facoltà umana, descrivibile in termini funzionali come "simulazione incarnata"¹⁰¹.

Cosa accade nell'incontro di corpi? L'Altro ci viene presentato come corpo¹⁰², come carne. Il corpo vivo altrui, pur dandosi nel mondo delle cose, non è un semplice oggetto, si presenta sì come corpo fisico¹⁰³, ma a differenza di un semplice manichino, è *Leib*¹⁰⁴.

Il corpo non gode di una libertà totale o totalizzante, ma è ben regolato dal contesto, non può prescindere dall'uso di tecniche, di sue proprietà (camminare, essere dotati di caratteri sessuali, avere connotati fisici o sensoriali) che non limitano la sua libertà ma la connettono ad una situazione¹⁰⁵ e in definitiva al mondo¹⁰⁶.

Appare quindi impossibile, se non per mero esercizio intellettuale, essere altro che corpi incarnati, sia soggetti delle (proprie) esperienze che oggetti che si danno nell'altrui mondo delle cose¹⁰⁷: carne. Diversamente dal corpo, infatti, la

carne così intesa non può mai dirsi propriamente di qualcuno, ma appare anzi abitata da una generalità – e quindi da una possibilità di alterità – che come tale la rendono inappropriabile¹⁰⁸.

Cosa accade quando l'identità legata al nostro essere corpi incarnati entra in crisi? Quando si disancora la presenza dal corpo, quando lo stesso diventa, da corpo incarnato, corpo oggettualizzato?

Un mattino, al risveglio da sogni inquieti, Gregor Samsa si trovò trasformato in un enorme insetto¹⁰⁹

Forse l'essenza dell'alienazione è da cercarsi proprio là dove il corpo non rinvia ma trattiene, dove è vissuto come l'impedimento da superare per essere al mondo, quell'impedimento che ciascuno può diventare a se stesso nel momento in cui si nega come apertura originaria¹¹⁰.

Nella psicopatologia, vedremo nei prossimi capitoli, si aprono veri conflitti con la propria identità corporea, ricacciata nell'alterità.

Affamare il proprio corpo è il mezzo, ad esempio, attraverso cui la ragazza anoressica riesce a fronteggiare il se stesso corporeo, avvertito ormai come altro da sé¹¹¹.

Nel disturbo dell'identità concernente l'integrità corporea, in maniera parallela, la persona vive il proprio corpo come un oggetto disabitato, di cui è possibile reimpossessarsi solo attraverso la automutilazione¹¹².

1.2.7 L'IDENTITÀ DI GENERE

Un particolare aspetto inerente l'identità individuale, l'identità corporea e la *medesimezza* è l'identità di genere, riferita in questo caso alla consapevolezza di ciascuno che il proprio Sé abbia connotazioni maschili, femminili o di tipo *transgender*¹¹³.

Questa non rappresenta un'immediata dipendenza dell'identità corporea, pur essendone intimamente connessa, essa infatti va distinta dalla connotazione sessuale fenotipica e concerne il ruolo sociale, l'immagine corporea, i vissuti riguardanti la propria identità.

Il genere va inteso come una prassi sociale costantemente riferita ai corpi e a ciò che i corpi fanno, e non ridotto ai corpi come oggetti sessuati¹¹⁴. In questa chiave la corporeità nella sua libertà di esprimersi come "genere" è limitata dalla "situazione"¹¹⁵, in questo caso specifico dalle attribuzioni gonadiche, nella quale si regola solitamente il prodursi dell'identità di genere soggettiva.

Dal punto di vista del ruolo sociale, il modello sociale dominante determina una pressione verso la monogamia eterosessuale adulta, così quando si tratta di confrontarsi con le problematiche presentate da individui che hanno una visione del proprio ruolo o della propria identità di genere che è chiaramente discordante con il loro aspetto fisico¹¹⁶, questo finisce per essere definito un problema afferente alla persona piuttosto che una difficoltà della società.

Eppure la costituzione dell'identità di genere non è un processo semplice, non c'è adolescente o bambino che non si trovi in una fase di apprendimento riguardo alla propria femminilità o mascolinità¹¹⁷, nell'ambito di una società nella quale esistono aspetti relazionali, di ruolo e di potere, che mantengono una forte codificazione nella diade di genere¹¹⁸.

la Donna avrà Gomorra e l'Uomo avrà Sodoma,
e da lontano gettandosi sguardi irritati,
i due sessi moriranno separati.¹¹⁹

L'identità di genere può essere definita come un complesso di credenze nei riguardi del proprio Sé, nel senso della propria mascolinità o femminilità¹²⁰. Un complesso di credenze di natura soggettiva e psicologica¹²¹.

Questo concetto ha stretti rapporti con l'abitare il proprio corpo in senso sessualmente caratterizzato e non è direttamente connesso né alla presenza o meno di comportamenti relativi ad un particolare orientamento sessuale, né alla presenza di atteggiamenti o impulsi di tipo feticistico.

In particolare l'identità di genere determina il senso di congruità del proprio corpo nell'ambito dei connotati sessuali (gonadi e tratti secondari) e la volontà di sviluppare un ruolo (sociale) anch'esso in armonia con la propria *gender identity*¹²².

Per comprendere i limiti del concetto, si consideri ad esempio, secondo la definizione appena presentata, il travestitismo, nella sua componente di occasionale *acting out* di un desiderio di assumere un ruolo sociale tipico dell'altro genere in persone che sanno bene di appartenere ad un determinato genere. Questo non rappresenterebbe quindi un disturbo destinato ad intaccare profondamente l'area dell'identità¹²³.

Il permanente senso di erroneità provato invece da chi esperisce vissuti transessuali, legato agli aspetti sessuali del proprio corpo fisico, sviluppatosi già nel corso dell'infanzia e indipendente dalle scelte relative all'orientamento sessuale, sarebbe invece la caratteristica centrale dei disturbi dell'identità di genere¹²⁴, che risultano quindi fortemente connessi alla sfera della corporeità, dell'identità come aspetto di relazione e di riconoscimento (*medesimezza*).

Nel corso della seconda parte presenteremo, ripercorrendo le definizioni di identità che sono state qui presentate, una proposta di psicopatologia dell'identità, considerando alcuni quadri fenomenologicamente correlati con la crisi di particolari aspetti dell'identità individuale.

NOTE

1. A. Ballerini, *Caduto da una stella. Figure della identità nella psicosi*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2005, p. 1.
2. I. Kant, *Critica della Ragion Pura*, Bompiani, 2011, p. 570.
3. G. Arciero, G. Bondolfi, *Sè, identità e stili di personalità*, Torino, Bollati Boringhieri, 2012.
4. B. Dainton, *The Self and the Phenomenal*, in: "RATIO", Volume 17, Issue 4, pp. 365-389, December 2004.
5. I. Kant, *Critica della Ragion Pura*, cit., p. 265.
6. W. James, *The Principles of Psychology*, I, Read Books Ltd, cap. 10, 2013.
7. V. Gegas, M. Shwalbe, *Beyond the looking-glass self: Social Structure and efficacy based self-esteem*, in: "Social Psychology Quaterly", 1983, vol. 46 n.2, 77-88
8. H. Mead George, *The Social Self*, in: "Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods", 10(14):374-380, 1913 - Per Cooley il Sé, innato nell'individuo, si trasforma con l'interazione sociale che agisce come fattore di trasformazione della concezione del Sé, Mead invece sostiene che l'individuo nasca senza alcuna concezione del Sé e che questa concezione si sviluppi tramite l'interazione con gli altri. Il Sé nascerebbe dall'interazione fra Io e Me: mentre il Me riflette la società e le sue aspettative, l'Io costituisce la parte creativa del Sé, attraverso cui l'individuo può agire sulla struttura sociale.
9. E. Goffman, *Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 1968, pp. 252-255.
10. U. Neisser, *Five kinds of self-knowledge*, in: "Philosophical Psychology", Vol. 1, n.1, pp. 35-59, 1988.
11. Ha origine dalla percezione che ogni individuo ha delle parti che può vedere e percepire del proprio organismo, si forma precocemente e include il proprio corpo ma non sempre coincide con il corpo. Ne fanno parte gli oggetti che si muovono con il punto di osservazione. Ibid
12. Si determina con la percezione della prima relazione intersoggettiva con la madre. Le informazioni che riguardano il Sé interpersonale sono principalmente cinetiche. Quando natura, ritmo, direzione e intensità della nostra azione si incontrano con qualità appropriate dell'azione altrui, si crea intersoggettività. La consapevolezza del Sé interpersonale è strettamente connessa a quella del Sé ecologico e per questo è difficile sperimentarli distinti: ad esempio, solo nel caso di contatto interpersonale intenso e intimo (ad es. fra amanti) l'attenzione è talmente centrata sull'esperienza intersoggettiva che nessuno dei due coglie le informazioni riferite al Sé ecologico. Ibid
13. Ma dal momento che la memoria è soprattutto ricostruttiva, i ricordi dipendono non solo da quanto abbiamo immagazzinato ma anche da quel che crediamo nel momento presente: dunque il Sé esteso è correlato al Sé concettuale. Infatti scegliamo di ricordare ciò che corrisponde alle nostre teorie su noi stessi. Ibid.
14. I. Persson, *Self-Doubt: Why We are not Identical to Things of Any Kind*, in: "Ratio", Volume 17, Issue 4, pp. 390-408, December 2004.
15. G. Arciero, G. Bondolfi, *op. cit.*
16. B. van Fraassen, *Transcendence of the Ego (The Non-Existent Knight)*, in: "RATIO", Volume 17, Issue 4, pages 453-477, December 2004, p. 454
17. Ibid.
18. B. Callieri, M. Maldonato, G. Di Petta, *Lineamenti di Psicopatologia Fenomenologica*, Alfredo Guida Editore, 1999, p. 205.

19. E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, II, Einaudi, 1950, cap. 57.
20. D. Zahavi, "Phenomenology of Self", in: T. Kircher, A. David, *The Self in neuroscience and psychiatry*, Cambridge University Press, 2003, pp. 56-75.
21. A. Ballerini, *Caduto da una stella. Figure della identità nella psicosi*, Giovanni Fioriti Editore, 2005.
22. A. Giambetti, *Ricoeur nel labirinto personalista*, FrancoAngeli Editore, 2013, p. 61.
23. P. Ricoeur, *Sè come un altro*, 325, Milano, Jaka Book, 1990, p. 18.
24. Il *cogito* non può facilmente essere eliminato, piuttosto è la sua posizione che va ricollocata, non occorre sopprimere ma spazzare "l'io penso" dalla sua posizione di fondamento.
25. A. Danese, "prefazione" a: Giambetti Andrea, *Ricoeur nel labirinto personalista*, FrancoAngeli Editore, 2013, p. 11.
26. A. Ballerini, *Caduto da una stella. Figure della identità nella psicosi*, cit., p. 19.
27. A. Giambetti, *op. cit.*
28. B. Callieri, M. Maldonato, G. Di Petta, *op. cit.*
29. *Aida* significa "fra" ed è un paradigma intersoggettivo. Indica la necessità per la costituzione del soggetto dell'Incontro con l'Altro. Kimura considera l'io come un evento che deve essere compreso come autopercezione dell'*aida* di volta in volta.
30. B. Kimura, *Scritti di Psicopatologia Fenomenologica*, Giovanni Fioriti Editore, 2005, p. 3.
31. G. Arciero, G. Bondolfi, *Sè, identità e stili di personalità*, cit., cap. 1.7.
32. H. Maldiney, "postfazione" a: B. Kimura, *Scritti di Psicopatologia Fenomenologica*, Giovanni Fioriti Editore, 2005.
33. P. Ricoeur, *Sè come un altro*, 325, Milano, Jaka Book, 1990.
34. La locuzione "storia di una vita" è utilizzata da Ricoeur in *Tempo e Racconto*, per introdurre il concetto di identità narrativa, in risposta ad una ipotetica domanda "Chi sono?".
35. L'inglese *idemity* rende meglio la derivazione da *idem*.
36. G. Arciero, G. Bondolfi, *Sè, identità e stili di personalità*, cit., p. 179.
37. B. Callieri, M. Maldonato, G. Di Petta, *op. cit.*
38. U. Galimberti, "La terra senza il male." *Jung: dall'inconscio al simbolo*, Feltrinelli, 2003, cap. 15.
39. V. Perego, *La fenomenologia francese tra metafisica e teologia*, Vita e pensiero, 2004, p. 157.
40. P. Ricoeur, *Sè come un altro*, 325, Milano, Jaka Book, 1990.
41. G. Stanghellini, *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies*, Oxford University Press, 2004.
42. A. Giambetti, *Ricoeur nel labirinto personalista*, cit., p.113.
43. P. Ricoeur, *L'identità narrativa*, trad. it. di A. Baldini, in: "Allegoria", 60, pp.93-104, 2009.
44. A. Ballerini, *La Psicosi Paucisintomatica*, in "Comprendre", XXI, n°2, pp. 32-45, 2010.
45. F. Brezzi, *Introduzione a Ricoeur*, Roma-Bari, Editori Laterza, 2006, p. 97
46. E. Levinas, *Di Dio che viene all'idea*, Vol. 171, Editoriale Jaka Book, 1986, p. 116.
47. A. Giambetti, *Ricoeur nel labirinto personalista*, cit., p. 102.
48. B. Fabbroni, *Amore e dualità. Psicopatologia della coppia*, Edizioni Universitarie Romane, 2008, p. 66.
49. P. Ricoeur, *Tempo e Racconto*, Vol III, Feltrinelli, 2007.
50. Vedi paragrafo 2.3
51. P. Ricoeur, *L'identità narrativa*, trad. it. di A. Baldini, in: "Allegoria", 60, pp. 93-104, 2009, p. 94.

52. A. Giambetti, *op. cit.*
53. P. Ricoeur, *Sè come un altro*, 325, Milano, Jaka Book, 1990, p.204
54. *Ibid.* L'identità numerica è la proprietà di unicità che fa sì che l'atto di riconoscere riattribuisca al medesimo le proprie qualità, senza identificarlo con un altro.
55. *Ivi*, p.205 L'identità qualitativa è una proprietà definibile come "somiglianza estrema", che è un altro criterio necessario nell'atto del riconoscere.
56. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della Percezione*, Bompiani, 2012.
57. *Ivi*, p.206
58. P. Ricoeur, *Sè come un altro*, 325, Milano, Jaka Book, 1990, p.210.
59. *Ivi*, p.212.
60. *Ivi*, p.215.
61. M. Pulito, *Identità come processo ermeneutico: Paul Ricoeur e l'analisi transazionale*, Armando Editore, 2003, p. 160.
62. *Ivi*, p.166.
63. A. De Waelhens, *Une philosophie de l'ambiguïté. L'existentialisme de Merleau-Ponty*, Editore: Louvain, 1951, p.109.
64. A. Giambetti, *Ricoeur nel labirinto personalista*, cit., p. 647.
65. P. Ricoeur, *L'identità narrativa*, trad. it. di A. Baldini, in: "Allegoria", 60, pp.93-104, 2009, p.93.
66. B. Callieri, *Dall'anamnesi al racconto: analisi esistenziale e/o analisi narrativa?*, in: "Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria", Roma, n. 38-39, 2000, p. 3.
67. D. Ezzy, "Theorizing narrative identity, symbolic interactionism and hermeneutics", in: *Organization and Identity*, a cura di A. Linstead, Routledge, 2008.
68. D. Carr, "Life and the narrator's art", in: H. Silverman, *Hermeneutics and Deconstruction*, State University of NY Press, 1985.
69. In questo senso il compito dell'Io narrante è altamente etico, ha come obiettivo la costruzione di una vita "sensata" in contrapposizione ad una vita priva di senso, "naufregata" (A. Giambetti, *Ricoeur nel labirinto personalista*, FrancoAngeli Editore, 2013, p.202)
70. Il concetto di integrità narrativa mette insieme la capacità di dare continuità al progetto di vita, la coerenza al codice valoriale/esistenziale che ciascuno si è dato, la riunificazione delle diverse intenzionalità in un tessuto emotivamente positivo. (M. Freeman, J. Brockmeier, "Narrative Integrity", in: *Narrative and Identity: Studies in Autobiography, Self and Culture*, a cura di J. Brockmeier, D. Carbaugh, John Benjamins publishing Co., pp. 75-102, 2001, p. 81).
71. P. Ricoeur, *L'identità narrativa*, trad. it. di A. Baldini, in: "Allegoria", 60, pp.93-104, 2009, p.102.
72. J. Brunner, *La Fabbrica delle Storie. Diritto, letteratura, vita*, Roma-Bari, Laterza ed., 2002, p.72.
73. P. Ricoeur, *L'identità narrativa*, trad. it. di A. Baldini, in: "Allegoria", 60, pp.93-104, 2009, p.102.
74. F. Turoldo, *Verità sul metodo – indagini su Paul Ricoeur*, Il poligrafo, 2000.
75. A. MacIntyre. *Après la vertu: étude de théorie morale*. Presses universitaires de France, 1997, p.252.
76. B. Callieri, *Dall'anamnesi al racconto: analisi esistenziale e/o analisi narrativa?*, in: "Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria", Roma, n. 38-39, 2000, p. 5.
77. P. Ricoeur, *La persona*, Brescia, Morcelliana, 1977.
78. P. Ricoeur, *L'identità narrativa*, trad. it. di A. Baldini, in: "Allegoria", 60, pp.93-104, 2009, p.110.
79. V. Brugiattelli, *La relazione tra linguaggio ed essere in Ricoeur*, UNI Service, 2009, p. 264.
80. P. Ricoeur, *Percorsi del Riconoscimento*, Milano, Raffaello Cortina, 2004.

81. B. Callieri, *Dall'anamnesi al racconto: analisi esistenziale e/o analisi narrativa?*, in: "Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria", Roma, n. 38-39, 2000.
82. J. Brockmeier Jens; "From the end to the beginning: Retrospective teleology in autobiography", in: *Narrative and Identity: Studies in Autobiography, Self and Culture*, a cura di J. Brockmeier, D. Carbaugh, John Benjamins publishing Co., pp. 75-102, 2001, p. 276.
83. A. MacIntyre. *Après la vertu: étude de théorie morale*, cit., p. 243.
84. A. Civita, *Fenomenologia e Psicanalisi*, in: "Comprendre", 16-17-18 pp. 104-118, 2008, p.104.
85. B. Callieri, *Dall'anamnesi al racconto: analisi esistenziale e/o analisi narrativa?*, in: "Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria", Roma, n. 38-39, 2000.
86. J.P. Sartre, *L'essere e il nulla. La condizione umana secondo l'esistenzialismo*, Il Saggiatore, 2008.
87. U. Galimberti, *Psichiatria e Fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 2009, p. 278.
88. J.P. Sartre, *L'essere e il nulla. La condizione umana secondo l'esistenzialismo*, cit., p. 404.
89. E. Husserl, *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität. Husserliana XV*, Den Haag: Martinus Nijhoff, 1973.
90. U. Galimberti, *Psichiatria e Fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 2009, p. 96.
91. P. Ricoeur, *Sè come un altro*, 325, Milano, Jaka Book, 1990, p. 114.
92. M. Bianchetti, C. Rozzoni, *Leib o Körper, chair e corpus: la filosofia e la nozione di corpo. Intervista a Mauro Carbone*, in: "Chora", n. 9, luglio 2004.
93. E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Vol.24, Il Saggiatore, 2008.
94. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della Percezione*, Bompiani, 2012, p. 212.
95. S. Gallagher, D. Zahavi, *Phenomenological approaches to self-consciousness*, Stanford Encyclopedia of Philosophy, Oct 2010.
96. L. Vanzago, "Io/Altro", in R. Ronchi (a cura di), *Filosofia teoretica*, UTET, 2009.
97. E. Husserl, *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität. Husserliana XV*, Den Haag: Martinus Nijhoff, 1973.
98. L. Scarpat, *Un'espressione sbagliata e un penoso enigma*, Leitmotiv, 3, 123:132, 2003, p. 132. <<http://www.ledonline.it/leitmotiv/Allegati/leitmotiv030309.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.
99. G. Castignoli, *Il ripristino del Noi*, in: "Comprendre", 23, 67-78, 2013, <<http://www.rivistacomprendre.org/allegati/XXIII/castignoli.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.
100. La presenza di precise catene di neuroni a specchio funzionanti già dai primissimi periodi di vita lascia supporre che esista una simulazione o una forma di rispecchiamento, cioè la riproduzione all'interno di noi stessi di uno stato che riproduce quello dell'altro, apre la prospettiva secondo cui, la comprensione di azioni e l'attribuzione di intenzioni sarebbero fenomeni collegati, sostenuti dallo stesso meccanismo funzionale, la "simulazione incarnata".
101. V. Gallese, *Corpo non mente. Le neuroscienze cognitive e la genesi di soggettività ed intersoggettività*, in: "Educazione Sentimentale", 8-24, 2013.
102. L. Vanzago, *op. cit.*
103. In termini fenomenologici il corpo è presentato, mentre il Sè dell'Altro è soltanto appresentato, attraverso il proprio (di lui) corpo. L'esperienza che transita dalla percezione di un corpo altrui alla consapevolezza della vitalità di questa come alter Ego è chiamata appercezione. L. Vanzago, *op. cit.*
104. L. Scarpat, *op. cit.*
105. «non c'è libertà che in una situazione e non c'è situazione che mediante la libertà» con queste parole Sartre nell'*Essere e il Nulla* riprende il filo dei rapporti tra la contingenza e gli spazi di libertà e autodeterminazione (pag 548 e seguenti).

106. U. Galimberti "Il corpo." *Antropologia, psicoanalisi, fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 1983, p. 217.
107. Q. Cassam, "The Embodied Self", in: *The Oxford Handbook of the Self*, Volume 1, Oxford ed., 2011, p. 23.
108. M. Bianchetti, C. Rozzoni, *Leib o Körper, chair e corpus: la filosofia e la nozione di corpo. Intervista a Mauro Carbone*, in: "Chora", n. 9, luglio 2004.
109. F. Kafka, *La Metamorfosi ed altri racconti*, Edizioni Mondadori, 2001.
110. U. Galimberti, *Psichiatria e Fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 2009.
111. G. Arciero, G. Bondolfi, Sè, *identità e stili di personalità*, cit., p. 2984.
112. R. R. Blom, R. C. Hennekam, D. Denys, *Body Integrity Identity Disorder*, PLoS ONE 7(4): e34702, 2012, doi:10.1371/journal.pone.0034702Blom RM,
113. APA, *The Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients, adopted by the APA Council of Representatives*, February 18 - 20, 2011. < <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx> >; sito consultato il 15/02/2016.
114. R. Connell, *Questioni di Genere*, Edizioni Il Mulino, 1996, p. 64.
115. U. Galimberti "Il corpo." *Antropologia, psicoanalisi, fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 1983.
116. P. Wilson, "Sviluppo e salute mentale: il tema della differenza nello sviluppo atipico della identità di genere", in: *Straniero nel mio Corpo*, a cura di D. De Ceglie, FrancoAngeli Editore, 2002, p. 17.
117. Ivi, p.19.
118. R.W. Connell, *Masculinities*, University of California press, Second edition, 2005, p. XXII.
119. A. de Vigny, "La collera di Sansone", in: *Poemi antichi e moderni. I destini*, Garzanti, 1991.
120. R. Stoller, "Gender identity development and prognosis: a summary", in: C. Chiland, J.G. Young, *New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence*, New Haven, CT: Yale University Press, pp. 78-87, 1992.
121. Stoller, già negli anni 60 aveva introdotto il concetto di identità di genere nucleare, di comparsa precoce nell'infanzia (2 o 3 anni) legata fortemente alla percezione corporea (gonadica) del bambino ma non di natura meramente dipendente dall'essere fenotipicamente maschi o femmine. (R. Stoller, *The Hermaphroditic Identity of Hermaphrodites*, J Nerv Ment Dis, 1964, Nov;139:453-7.
122. D. Di Ceglie, "Riflessioni sulla natura dell'organizzazione atipica dell'identità di Genere", in: *Straniero nel mio corpo - Sviluppo atipico dell'identità di genere e salute*, FrancoAngeli editore, 2002.
123. R. Stoller, *Sex and Gender: The Development of Masculinity and Femininity*, Karnac press, 1975, p.154.
124. D. Di Ceglie, *op. cit.*

Capitolo 2

Psicopatologia dell'Identità. Riflessioni sul crollo dell'identità e quadri psicopatologici

NOTA INTRODUTTIVA ALLA PARTE SECONDA

In questa seconda parte dell'elaborato sarà presentato un excursus su alcune dimensioni di crisi dell'identità esaminata nelle varie forme che sono state discusse nella prima parte del testo.

In particolare sarà esaminato il tema della schizofrenia come disturbo primario dell'*ipseità* e saranno analizzati gli aspetti relativi all'immagine corporea nel disturbo da integrità dell'identità corporea.

Nel capitolo conclusivo sarà trattato il tema della crisi e dell'atipica costituzione dell'identità di genere (per il DSM-5 Disforia di Genere), che nella terza parte sarà preso in esame per una più approfondita analisi dal punto di vista psicopatologico corredato di dati sperimentali.

Lo scopo della trattazione non è quello di esaurire la descrizione psicopatologica dei disturbi sopra menzionati, ma di proporre di osservarne alcuni contenuti descrittivi e fenomenologici partendo dal concetto di crisi delle dimensioni dell'identità come disturbo generatore¹.

2.1 L'IPSE NELLA SCHIZOFRENIA

Ero quindi ancora abbastanza normale per sentire, se non per comprendere, che l'obbedienza agli ordini del sistema costituiva un grave danno all'integrità della mia personalità²
(Marguerite A. Sechehaye)

La schizofrenia rappresenta una sfida per la psichiatria nelle più diverse concezioni. Già da decenni prevale l'interpretazione che un punto di vista bio-psico-sociale³ possa fornire la prospettiva adeguata per impostare una discussione sulla'origine del disturbo.

Inoltre, la stessa classificazione presenta caratteri eminentemente descrittivi, con la frequente presenza di sovrapposizioni diagnostiche e di vulnerabilità genetiche⁴, nell'ambito delle psicosi maggiori.

L'apporto della psicopatologia sta nella capacità, propria solo di questa disciplina, di cogliere il senso della *Lebenswelt* psicotica⁵ che, al di là dei riverberi sintomatologici, si trasforma ed evolve in maniera dissimile, ma compromettendo dalle fondamenta le strutture dell'identità e della intersoggettività individuali.

2.1.1 L'ESPERIENZA SCHIZOFRENICA

Nell'approccio all'esperienza schizofrenica, muovendo dal punto di vista dello scacco dell'identità, è necessario riepilogare alcune delle esperienze eminentemente psicotiche.

La diagnosi di Schizofrenia, a dispetto dei numerosi tentativi di trovarne un marker biologico, è centralmente una costruzione clinica, che si basa su criteri di tipo trasversale e longitudinale. Nonostante ciò presenta una buona solidità tra i fenomeni apprezzati dimensionalmente e la diagnosi formulata dal punto di vista categoriale⁶.

Nella Psicopatologia Clinica di Schneider la diagnosi di Schizofrenia è essenzialmente di tipo trasversale e i sintomi di primo rango assumono una importanza centrale nell'individuazione delle esperienze che declinano nella psicosi.

Nel corso della nostra ricerca abbiamo messo in evidenza tutti i sintomi di primo rango (..) questi sono eco del pensiero, udire voci (..), esperienze di influenzamento somatico, sottrazione del pensiero, diffusione del pensiero, percezione delirante e così pure tutto ciò che viene imposto, suggerito e influenzato da altri nel campo delle tendenze e del volere⁷.

Lo stesso Schneider riconosce come molti dei sintomi di primo rango, la sottrazione del pensiero e le altre esperienze di imposizione e passività, potrebbero

avere un'origine comune in una permeabilità della barriera tra Io e ambiente, con una progressiva perdita dei contorni dell'Io⁸.

La natura dei sintomi di primo rango si sovrappone in larga parte ai sintomi positivi della classificazione di Crow, in quanto questi rappresentano essenzialmente esperienze abnormi⁹ proprie dei vissuti schizofrenici e dunque assenti nella normalità.

I sintomi negativi, al contrario, rappresentano la perdita di alcune funzioni o un loro progressivo spegnimento¹⁰, e la loro prevalenza determina un aumento di comportamenti di tipo autistico, appiattimento affettivo, alogia.

Per Sass¹¹ anche la sintomatologia negativa potrebbe rappresentare l'epifenomeno di una complessiva crisi del Sé che, determinata da una diminuita "presenza" e da un'alterazione di quella capacità preriflessiva di mantenersi unito e coerente, ponga il soggetto davanti alla necessità di un ritiro dall'intersoggettività. A causa di questa crisi il soggetto sarebbe costretto ad una straordinaria iperriflessività¹², ad una sorta di riflessione continua¹³, eccessiva, su sé stessi, come tentativo per ristabilire la soggettività del Sé minacciata di scomparsa, per ricollocare i margini di un Io in continuo rischio di frammentazione.

Blankenburg, nel tentativo di fare chiarezza su quello che accade nella fase di formazione dell'autismo schizofrenico, riporta il caso di Anna, una giovane donna che riconduce la sua situazione di sofferenza, descritta come incapacità di interagire con gli altri, alla perdita di "qualcosa di piccolo ma necessario":

Mi sono mancate le basi. Ciò che precisamente mi manca è poter sapere in maniera evidente quello che so [...] Sento sempre di sbagliare qualche cosa. Allora tutto è così vuoto [...] Trovare i limiti: ecco cosa significa diventare adulti... È un sentimento davvero terribile quello di non sapere le cose più semplici, quelle di cui si ha semplicemente bisogno per vivere, per potercela fare umanamente[...] È l'evidenza, è semplicemente il così nella vita che mi manca¹⁴.

Riepilogando, normalmente c'è in noi l'esperienza immediata e incontestabile di esistere, di essere separati e distinti dagli altri, ma unitari, liberi e autonomi nei nostri pensieri e azioni, e sempre sé stessi nel fluire del tempo. *L'ipseità* è pretematica perché non è un atto di cognizione teoretica: si tratta di un fenomeno normalmente opaco alla coscienza esplicita e normalmente non viene mai percepito in modo esplicito¹⁵. La acuzie psicotica mette in crisi ciascuna di queste caratteristiche proprie dell'*ipseità*, costringendo la persona, già ben prima del comparire della sintomatologia positiva¹⁶, ad affrontare il concreto pericolo della frantumazione.

Io non sono più io, sono diecimila frammenti sparsi di cui nessuno si riconosce come Alessandra. Sono frammenti di Altri¹⁷

Ecco che l'irrompere delle esperienze apofaniche¹⁸ spinge la frattura oltre il nocciolo dell'*ipseità* a compromettere ogni aspetto dell'identità del soggetto.

La nostra identità narrativa è spezzata, il corpo svuotato della presenza, reso oggetto di esperiti abnormi che interrompono ogni continuità nell'esistenza.

A due diverse riprese ho avuto un organo sessuale femminile, seppure insufficientemente sviluppato e nel mio corpo ho sentito movimenti saltellanti che corrispondono ai primi segni di vita dell'embrione umano¹⁹.

Nella psicosi le esperienze di alterità, di invasione, di progressiva destrutturazione dell'Io si estendono quindi ad ogni dimensione dell'identità, ad ogni ambito dell'intersoggettività, e dunque alla relazione con il corpo, che si disabita fino alla catatonìa, dove il disturbo del vissuto corporeo giunge fino alla perdita della continuità e della storicità²⁰.

Nella Schizofrenia si raggiunge perciò il limite estremo della dissociazione nell'espressione della corporeità, con la perdita di quel simbolismo insito nella dimensione del corpo, non più vissuto come nucleo del proprio essere, ma come un oggetto²¹.

Se nella complessità delle esperienze psicotiche possiamo ritrovare la crisi di tutti gli aspetti dell'identità, è nelle fasi che precedono l'esordio che emerge la fragilità da cui muove l'esperienza stessa della schizofrenia. Questa messa in discussione del senso del sé, rende l'altro un interlocutore che di volta in volta può essere un persecutore, un falso amico, un sosia... Possiamo quindi dire che la crisi dell'identità schizofrenica è precisamente questa crisi nella capacità di mantenere la continuità del sé²².

2.1.2 LO SCACCO DELL'IPSE

La visione della crisi dell'*ipseità* come disturbo generatore della Schizofrenia si iscrive nell'ampio dibattito sull'esordio della psicosi. Da questo punto di vista il lavoro del gruppo di Parnas, muovendo dalla scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di Base, ha valorizzato con specifici strumenti la presenza, in nuce al disturbo psicotico, di specifici disturbi dell'*ipseità*. Questi studi, pur inerenti le esperienze soggettive, sono serviti a definire utili strumenti di valutazione obiettiva²³.

La scala di Bonn²⁴, tesa a individuare vissuti premorbosi ricorrenti nell'esistenza del Soggetto²⁵, si è dimostrata un importante contributo della tradizione psicopatologica tedesca alla diagnosi di psicosi e di stato a rischio, in particolare efficace nel predire lo sviluppo di schizofrenia mostrando una elevata sensibilità (96%) ed una buona specificità (49%) in una osservazione decennale²⁶. La BSABS²⁷ ha inoltre mostrato, rispetto ad altri protocolli, la capacità di individuare alterazioni maggiormente precoci delle esperienze soggettive, anticipando i tempi di diagnosi e di trattamento²⁸.

Il lavoro di Parnas esplora questa complessità di sequenze esperienziali valorizzando i legami tra sintomi di base ed esperienze abnormi relative all'*Ipse*

ed è giunto a proporre un apposito strumento di valutazione delle esperienze abnormi del Sé (EASE)²⁹.

Lo strumento messo a punto da Parnas presenta una notevole sovrapposizione con la BSABS ma conferisce maggior rilievo ai fenomeni di disturbata presenza del Sé, che il soggetto auto osserva attraverso una sorta di scissione diagnostica dell'Io³⁰.

La EASE, diversamente dalla BSABS, non esplora tutte le potenziali anomalie dell'esperienza, ma focalizza quelle esperienze, rilevabili nelle fasi prodromiche della schizofrenia e nelle condizioni schizotipiche, che riflettono un'abnorme coscienza del Sé (*ipseità*) definita come una pervasiva o ricorrente distorsione della prospettiva in prima persona dell'esperienza³¹.

Gli Item³² sono suddivisi in cluster che associano tra di loro esperienze in parte assimilabili:

- *cognitività e flusso di coscienza* – si tratta del dominio che esplora la continuità, unità e trasparenza del flusso di coscienza³³;
- *consapevolezza del Sé e presenza* – il dominio comprende in particolare la consapevolezza non riflessiva del Sé e l'immersione nella mondanità. Inoltre in questo sottogruppo vengono esplorati i sintomi d'ansia spesso rappresentata dalle persone come il risultato emotivo dell'esperienza di trasformazione del Sé³⁴ (sintomi di aspetto nevrotico che appaiono come prodromi in esperienze che poi si rivelano essere esordi di disturbi psicotici sono frequenti³⁵);
- *le esperienze corporee* – gli item in questo sottogruppo riguardano il senso di normale unità e coerenza psicofisica dovuto alla normale interazione e oscillazione tra il corpo vivo (soggetto) e il corpo oggetto delle esperienze³⁶.
- *demarcazione/Transitivismo* – in questo dominio si trovano i disturbi correlati alla perdita della separazione tra Sé e il mondo³⁷;
- *riorientamento esistenziale* – Il quinto e ultimo sottogruppo concerne la complessiva tendenza a riorientare l'intero campo dell'esistenza in termini di progetti, interessi, valori³⁸.

Mentre stavo facendo colazione, ho sentito come se la testa di qualcun altro fosse presente e volesse mangiare con me. Si sente come se altre persone volessero conficcare la loro testa nella mia. Mentre masticavo sembrava che un'altra lingua entrasse e prendesse il cibo³⁹

L'EASE è uno strumento che correla fortemente i disturbi dell'*ipseità*⁴⁰ con il rischio di comparsa di una psicosi schizofrenica, in particolare dimostra un'elevata specificità e la capacità di discriminare, all'interno di una popolazione ad alto rischio⁴¹, quelli a maggiore frequenza di evoluzione verso la psicosi conclamata. All'interno della popolazione giovanile generale non psicotica⁴², la frequenza di fenomeni individuati con l'EASE sembra essere meno frequente di altri sintomi considerabili prodromici di psicosi; questo dato, insieme all'elevata predittivi-

tà rafforza l'ipotesi fenomenologica di una centralità della crisi dell'*ipseità* come momento prodromico al crollo psicotico⁴³.

Il prodotto delle riflessioni psicopatologiche, nell'ambito dei disturbi dell'identità e in particolare dell'*ipseità*⁴⁴, ha dato e può dare un contributo rilevante alla individuazione della vulnerabilità alla schizofrenia, alla promozione di una diagnosi precoce e alla diminuzione del periodo di psicosi non trattata, che è un indicatore di cattiva prognosi funzionale a lungo termine.

2.2 IDENTITÀ E INTEGRITÀ CORPOREA

L'Apotemnofilia⁴⁵ rappresenta più una idea prevalente che un delirio paranoico⁴⁶

A cavallo tra il 1781 e il 1782 un chirurgo francese ebbe la sorte di incontrare un cliente, di nazionalità inglese, che gli offrì cento ghinee di ricompensa per amputargli una gamba apparentemente sana. Al rifiuto del chirurgo questi lo minacciò finché il medico, suo malgrado, eseguì l'intervento. L'inglese rientrò in patria per poi mandare al chirurgo una ricompensa di duecentocinquanta ghinee, per averlo reso "l'uomo più felice tra gli uomini", privandolo di quell'"ostacolo fondamentale" alla felicità che era la sua gamba⁴⁷.

2.2.1 DALLA PERVERSIONE AL DISTURBO DELL'IDENTITÀ

Il raro disturbo BIID (Body Identity Integrity Disorder) concerne il desiderio di essere amputati di uno o più arti, nel tentativo di correggere lo scarto (*mismatch*) vissuto tra identità corporea e corpo anatomico⁴⁸.

Il disturbo compare nelle descrizioni del DSM-5 nella diagnosi differenziale del disturbo da dismorfismo corporeo, dal quale è distinto poiché la richiesta non è associata a un disagio primariamente estetico, bensì di tipo esistenziale, il BIID quindi non rientrerebbe tra i disturbi afferenti l'immagine corporea quanto l'identità corporea stessa. Il BIID attualmente non è incluso nei disturbi i cui criteri sono specificamente enunciati dal DSM-5⁴⁹.

Il termine "apotemnofilia" descrive una particolare perversione sessuale legata all'idea di essere amputato (di uno o più arti), descritta inizialmente negli anni '70⁵⁰ nell'ambito delle parafilie. La componente di eccitazione sessuale appariva in corrispondenza di fantasie di amputazione di uno o più arti, superiori o inferiori. Nel corso del tempo la categorizzazione del disturbo si è spostata progressivamente al di fuori dell'area delle parafilie, rientrando come sottogruppo all'interno del BIID. Dal punto di vista epidemiologico, in studi recenti, la quota nella

quale la fantasia di amputazione o paralisi ha una componente sessuale espressa è all'incirca un terzo⁵¹ del totale.

Pur rimanendo BIID la terminologia più frequentemente associata al disturbo, in una progressiva riduzione del termine "apotemnofilia" per il suo portato stigmatizzante, va sottolineato il recente utilizzo, soprattutto nell'ambito delle neuroscienze, del termine "xenomelia"⁵², dal significato di arto alieno, che rimarca non tanto la tendenza comportamentale alla ricerca della menomazione, quanto l'esperienza di estraneità dell'arto anatomicamente posseduto.

Inoltre, al disturbo inerente la fantasia di amputazione di un arto sono stati associati altri tipi di disabilità, come la paraplegia⁵³ (autoabasiophilia), che appaiono correlati come parte di un identico disturbo relativo all'identità del corpo, alla sua relazione con il mondo.

2.2.2 CRITERI DESCRITTIVI PER IL BIID

Il BIID appare quindi un complesso disturbo collegato alla persistente idea, connessa a un'esperienza cronica e disforica di inappropriata corporea, di dover acquisire una disabilità fisica⁵⁴ per riacquistare pienamente la propria corporeità.

Molto spesso chi soffre di questo quadro manifesta la tendenza a mettere in atto tentativi di automutilazione per alleviare la riferita tensione interiore e il senso di fastidio provato rispetto all'arto "straniero"⁵⁵. In alcuni studi la prevalenza di questi comportamenti supera il 25%⁵⁶ del campione, determinando episodi di concreto rischio di vita nel tentativo di operare da soli un'amputazione rifiutata (o mai richiesta) ad un chirurgo.

L'idea di disabilità, sia questa un'amputazione o una plegia, è precisa e focalizzata e non interscambiabile con altre menomazioni, anche se una minoranza dei soggetti durante il corso della vita può modificare tale fantasia e spostarla in altre zone del corpo⁵⁷.

I criteri per l'inquadramento psicopatologico del Disturbo dell'Integrità della Identità Corporea⁵⁸ sono fundamentalmente relativi alle modalità e alla temporalità di presentazione dei sintomi.

1. Presenza di un persistente e stabile desiderio di subire una menomazione permanente ad un arto (più frequentemente ad una gamba) o di più arti⁵⁹.
2. Esordio del quadro nella prima infanzia o comunque prima dell'adolescenza⁶⁰.
3. Frequente associazione con acrotomofilia o abasiophilia⁶¹.
4. Assenza di sintomi psicotici⁶².
5. Il disturbo è causa di difficoltà nella vita sociale, emotiva o lavorativa, oppure si sono presentati tentativi di automutilazione⁶³.

2.2.3 TRE ASSI DI OSSERVAZIONE

Il dibattito sulla collocazione del disturbo dal punto di vista eziopatogenetico è dibattuto, come lo è il trattamento da proporre.

Gli autori convengono sull'assenza di sintomi di natura psicotica nel contesto del BIID, tuttavia si possono evidenziare almeno tre assi secondo i quali definire la complessità del disturbo:

1. L'asse neurobiologico, nel quale si lavora per correlare la "xenomelia" a specifici danni neurologici.
2. L'asse dei disturbi della sfera sessuale, nel quale era inquadrata l'"Apotemnofilia".
3. L'asse dei disturbi dell'identità corporea, relativo all'analisi dei vissuti psicopatologici dei soggetti.

Dal punto di vista neurobiologico alcune lesioni del lobo parietale⁶⁴ sono state associate sin dal passato con disturbi dell'immagine corporea. L'analisi⁶⁵ del funzionamento con MRI dell'area dell'insula destra e della corteccia premotoria destra, in persone colpite da BIID, ha mostrato la possibilità che vi sia una riduzione nell'attivazione di alcune specifiche aree coinvolte nella strutturazione di una stabile identità corporea e che dunque il disturbo non sia un portato di un aspecifico desiderio di "essere menomati", quanto da un quadro neurobiologico associabile alla somatoparafrenia⁶⁶ e alla somatognosia successive a danni neurologici al lobo parietale destro o all'area dell'insula.

A contrastare questo punto di vista, negli studi una percentuale variabile attorno al 25% del campione non dimostra una fissità continua della sede della amputazione richiesta, descrivendo un andamento più variabile della *idee fixe* durante gli anni. Questo dato limita la possibile origine neurobiologica rispetto a questo sottoinsieme di pazienti⁶⁷.

Dal punto di vista dell'area delle parafilie, pur non riguardando la maggioranza dei casi, la componente relativa all'eccitazione sessuale dovuta all'idea di essere amputato ha un ruolo nella genesi del quadro in una quota di soggetti che sono per la grande maggioranza uomini e presentano maggiore comorbidità con altre parafilie⁶⁸. In particolare l'associazione con l'acrotomofilia è molto frequente.

Tuttavia la grande maggioranza dei soggetti presenta come motivazione della propria ideazione di menomazione la volontà di sentirsi completo, soddisfatto, in pace con il proprio corpo e le motivazioni sessuali non sono mai portate come primarie⁶⁹. Riguardo alla sessualità è da ricordare che questa non è un ciclo autonomo, ma è internamente legata a tutto l'essere cosciente e agente⁷⁰, perciò non può sorprenderci che chi sostiene di sentirsi completo solo con un corpo amputato possa vivere questa dinamica corporea anche con una caratterizzazione sessuata⁷¹.

Il punto di vista psicopatologico muove innanzitutto dal vissuto di mancato appaiamento, descritto dai pazienti, tra la propria identità corporea e il corpo anatomico che essi hanno a disposizione. Alcuni elementi rafforzano la visione del BIID come un peculiare disturbo della costituzione dell'identità corporea.

Secondo la letteratura disponibile la comorbidità psichiatrica⁷² non ha differenze con quella presente nella popolazione generale, tranne per un incremento dei sintomi depressivi (considerato reattivo allo stress determinato dalla presenza dell'arto "straniero"). Il forte desiderio di amputazione quindi poggia in questo caso non su un Ipse in crollo, ma su una personalità il cui nucleo è stabile e la cui esistenza percorre un sentiero narrativo dotato di significato⁷³.

Nel corso di una psicosi può capitare infatti che compaiano sintomi relativi alla volontà di amputazione di un arto oppure alla distruzione di una o più parti del corpo, tuttavia questi sono spesso motivati in un contesto delirante o comunque slegati dallo sviluppo dell'identità del soggetto⁷⁴. La discontinuità, la frattura storica tra lo stato prepsicotico e quello apofanico non si compie mai nei soggetti portatori di BIID, nei quali, a partire dall'età infantile, progressivamente si struttura una vera e propria organizzazione dell'identità (e quindi della personalità) attorno al tema della menomazione. Tema che è prevalente come lo potrebbe essere la volontà di "porre rimedio"⁷⁵ ad una grave malformazione.

Questa unità e continuità che poggia sul versante narrativo, che permette al soggetto di individuarsi come portatore di una precisa storiografia personale, si scontra con l'evidente scarto tra il corpo vissuto (e immaginato) e quello anatomico. Scarto che trapassa il confine della personalità per giungere sul terreno dell'esperienza corporea, anche sessuale. Con accento simile a quanto ritroviamo anche nelle esperienze relative all'identità di genere e all'organizzazione atipica di questa⁷⁶.

Il vissuto corporeo, in definitiva perennemente scollato dal corpo oggetto, ambisce alla "sistemazione chirurgica" come forma di ricucitura (immaginata) tra *Leib* e *Körper*.

2.2.4 TERAPIA ED ETICA

Alcuni fattori hanno determinato uno scarso sviluppo di linee guida inerenti il BIID. Innanzitutto la sovrapposizione di quadri clinici non omogenei ha determinato fino ad ora l'assenza di criteri stabili e certi (e la non inclusione, se non in termini di citazione, all'interno del pur recente DSM – V); inoltre la scarsità di statistica epidemiologica e clinica⁷⁷ rende difficile definire il punto di equilibrio dei tre assi in esame.

Tuttavia l'aumento progressivo della casistica presentata nel corso degli anni, e in particolar modo di richieste di interventi chirurgici⁷⁸ (pur mantenendosi la frequenza complessiva molto limitata), testimonia le importanti implicazioni etiche e pratiche derivanti dalle richieste di amputazioni di arti sani presentate da pazienti che presentano un'oggettiva sofferenza psichica connessa alla propria corporeità e alla sensazione di mancata pienezza relativa al proprio abitare il corpo.

Le opzioni terapeutiche farmacologiche spesso non appaiono risolutive, se non per contenere i vissuti depressivi accessori e la psicoterapia, efficace in ter-

mini di supporto, non sembra modificare l'investimento psichico attorno all'idea di rimodellare il proprio corpo⁷⁹.

La poca letteratura disponibile dà inoltre modo di aprire un'ulteriore riflessione. Chi riesce ad accedere all'intervento chirurgico, con tutte le difficoltà che questo comporta (nella maggioranza degli ordinamenti è espressamente vietato amputare un arto sano, per norma legislativa⁸⁰ o perché proibito dal codice etico) appare in alcuni studi migliorare dal punto di vista dei sintomi da *distress* accessori⁸¹.

Il dibattito etico⁸², che procede ad ondate in corrispondenza anche di alcuni fatti di cronaca⁸³, pur nella divergenza di alcune opinioni⁸⁴, propende decisamente per la ricerca di soluzioni terapeutiche non irreversibili, in attesa di un chiarimento in termini di prospettive diagnostiche e terapeutiche.

Un'ultima riflessione sull'aumento della frequenza descrittiva di coloro che ambiscono ad una menomazione è di tipo sociale e culturale.

La centralità del corpo nelle pratiche quotidiane è una prerogativa della tarda modernità, ma anche l'effetto dell'accettazione di uno stato di variazione permanente del corpo in cui i confini e le identità si scambiano con l'esterno⁸⁵ e trovano all'esterno confronto e appagamento (letto in questo modo l'appaiamento tra apotemnofilia e acrotomofilia⁸⁶ rassomiglia ad un appaiamento di gruppi sociali per ricerca di affinità). Rispetto a quella "variabilità" corporea, facendo riferimento alle scoperte in sfere come la riproduzione biologica, l'ingegneria genetica, le cellule staminali o la chirurgia plastica, risulta evidente che "socialmente" il corpo non è più qualcosa di naturalmente dato, ma piuttosto un "fenomeno" intriso di opzioni e di scelte⁸⁷, anche radicali.

2.3 IDENTITÀ E GENERE

Transgender people – those who identify with a gender other than the sex they were 'assigned at birth,' to use the preferred phrase among trans activists – are emerging from the margins to fight for an equal place in society⁸⁸

Catullo, nel carme LXIII⁸⁹ della sua raccolta, riprende la storia di Attis, uomo greco, giovane, bello e in salute che, con pochi compagni, lascia la patria per odio e disprezzo verso il sesso⁹⁰. Il suo non è un esilio fiero e placido, ma una scelta frenetica, impetuosa⁹¹, che lo porta, raggiunti i boschi della dea Cibele, a evitarsi per servire per sempre tra le sacerdotesse della dea. Da quel momento in avanti il Carme si riferirà a lui e alle sue compagne al femminile⁹², e lo stesso Attis, in una chiosa finale (pentito della menomazione inflittasi) rifletterà sul radicale e irreversibile cambio di identità⁹³ patito. Da qui in avanti sarà per sempre una sacerdotessa della dea Cibele⁹⁴.

Quod enim genus figuraest, ego non quod obierim?
ego mulier, ego adulescens, ego ephebus, ego puer,
ego gymnasi fui flos, ego eram decus olei⁹⁵

Tracce di un mondo in cui le incertezze della sessualità vissuta si erano già manifestate e palesate, in varie culture e religioni, affondano lontano nel passato⁹⁶, anche se il riconoscimento di un preciso ruolo dell'identità di genere nella costituzione del rapporto con il corpo risale alla metà degli anni '50⁹⁷.

2.3.1 CONSIDERAZIONI TERMINOLOGICHE

La discussione attorno alla fenomenologia dell'identità di genere richiede innanzitutto alcuni chiarimenti terminologici. Alcune condizioni inerenti lo sviluppo di uno scarto tra la realtà corporea (il corpo anatomico) e la percezione del mondo interno (il nostro modo di abitare il corpo) sono descritte da termini come transessualismo, travestitismo, intersessualità. Queste condizioni sono vissute dalle persone come diverse le une dalle altre, e diverse da condizioni che descrivono invece l'orientamento dei rapporti sessuali (eterosessualità, bisessualità, omosessualità).

- L'identità di genere⁹⁸ si può considerare come l'identificazione, unitaria e persistente, di un individuo in senso maschile, femminile o ambivalente, in connessione al ruolo, ad aspetti sociali e comportamentali, al proprio vissuto corporeo⁹⁹.
- Il ruolo di genere¹⁰⁰ rappresenta un costrutto sociale determinato dagli standard a cui è necessario attenersi (comportamentali, relativi all'aspetto e all'atteggiamento corporeo) per andare incontro alle aspettative sociali relative alla mascolinità o alla femminilità intese come canoni. Naturalmente rispetto a questi canoni possono verificarsi distorsioni e disfunzioni¹⁰¹.
- L'intersessualità¹⁰² fa riferimento alla presenza di una caratterizzazione sessuale ambigua, si divide in sottotipi fenotipici e a seconda dell'eziopatogenesi (comprende il vero ermafroditismo) coinvolge aspetti psicologici per l'acquisizione di un'identità di genere, che si costituisce in maniera precoce, nella prima infanzia, nonostante la presenza di un'effettiva ambiguità fenotipica.
- Il concetto di orientamento sessuale¹⁰³ si dispone lungo un continuum che va dall'eterosessualità esclusiva all'omosessualità esclusiva ed è connesso ai comportamenti legati alla ricerca di partner sessuali. Si tratta di un concetto autonomo dall'identità di genere, ma che concorre alla formazione dell'identità narrativa complessiva dell'individuo in generale, e che, nel caso particolare del transessualismo, può divenire un punto di passaggio nei percorsi di transizione di genere¹⁰⁴.
- L'autoginefilia¹⁰⁵ è una forma di parafilìa¹⁰⁶ nella quale la persona ricerca l'eccitazione sessuale attraverso la fantasia di divenire o assumere un ruolo

femminile. Viene suddivisa in *autoginefilia da travestitismo*¹⁰⁷, in cui l'eccitazione avviene per l'atto o la fantasia di indossare vestiti femminili. Il secondo tipo è l'*autoginefilia comportamentale*, nella quale l'eccitazione è l'atto o la fantasia di fare qualcosa considerato come femminile, per esempio fare la maglia con altre donne, oppure andare dal parrucchiere. Il terzo tipo è l'*autoginefilia fisiologica*, in cui l'eccitazione è diretta verso fantasie come essere incinta, avere le mestruazioni o allattare al seno. L'ultimo tipo è l'*autoginefilia anatomica*, nella quale l'eccitazione è verso la fantasia di possedere un corpo femminile o aspetti di esso, come il seno o la vulva. Rappresenta, secondo Blanchard, la fase prodromica del transessualismo secondario.

- La *disforia di genere*¹⁰⁸ può essere descritta come profondo senso di malessere e disagio relativo alle caratteristiche sessuate del proprio corpo, sentito come estraneo; lo stesso senso di estraneità viene provato per i comportamenti e gli atteggiamenti che sono tipici del proprio sesso, all'interno del quale il soggetto non si riconosce.
- La *non conformità di genere*¹⁰⁹ raggruppa terminologicamente tutte le varie forme nelle quali l'identità e il ruolo di genere di un individuo non sono conformi a quanto ci si aspetta sulla base del di lei/lui sesso biologico. Questo costrutto separa il concetto di identità di genere (non conforme) da quello di disforia di genere. La non conformità, di per sé, non determina sofferenze e non è un quadro psicopatologico.

2.3.2 IL TRANSESSUALISMO

Le persone transessuali percepiscono la propria identità di genere come incongrua al proprio corpo anatomico e desiderano vivere in riferimento al ruolo di genere proprio del sesso opposto (o comunque non del sesso di nascita biologica) ed essere riconosciuti in quanto tali¹¹⁰. Sono persone che, anche ad un esame approfondito, non presentano alcuna traccia di intersessualità¹¹¹.

I transessuali vivono permanentemente nel sentimento che il proprio corpo anatomico neghi ciò che essi realmente sono. Si sentono "intrappolati" nei loro stessi corpi.¹¹²

Durante il corso del tempo la definizione di transessualismo (che era terminologicamente assunta nel DSM-III¹¹³) è stata progressivamente affiancata nelle categorizzazioni dell'APA da altri termini. La dicitura disturbo dell'identità di genere¹¹⁴ è utilizzata per identificare lo stesso costrutto psicopatologico, tuttavia quest'ultimo termine, pur valorizzando il concetto di identità di genere come aspetto della costituzione di individualità del soggetto, non sottolinea la presenza, nelle persone in corso di transizione, di un'identità propria e definita (non disturbata)¹¹⁵.

Il termine disforia di genere, adottato dal DSM-5¹¹⁶, identifica il medesimo costrutto psicopatologico, tuttavia il termine ha il difetto di non cogliere la dimensione evolutiva del transessualismo, delineandolo esclusivamente come una condizione di statico disagio mentale.

Il termine organizzazione atipica dell'identità di genere, proposto tra gli altri da Di Ceglie¹¹⁷, appare contenere in sé similitudini con altri termini utilizzati nell'ambito di costrutti inerenti l'identità¹¹⁸ ed è un termine che dà il senso della riorganizzazione del senso di sé¹¹⁹, successiva alla fase di crisi, coincidente magari con l'età dell'infanzia, talvolta distante dal momento in cui viene effettuata la diagnosi o la richiesta di riconversione chirurgica.

Questa crisi dell'identità di genere o questa sua atipica costruzione e organizzazione sono le motrici di un percorso di transizione¹²⁰, innescato spesso già nella prima infanzia, che gli individui percorrono alla ricerca di un compromesso tra il proprio corpo e la propria identità. Questo percorso, continuamente in fieri anche se individualmente ben direzionato, può condurre alla richiesta di una riassegnazione chirurgica del genere (del sesso), che è possibile ottenere, assieme al cambio dei connotati anagrafici, attraverso un complesso percorso medico e legale.

Proprio questo aspetto medico-legale rende, a tutt'oggi, preferita la scelta di mantenere un inquadramento diagnostico per un fenomeno del quale le varie diciture proposte non possono comunque cogliere le sfaccettature e le complessità del continuum¹²¹ e che per molti aspetti non trova collocazione tra i disturbi psichici, ma tra le questioni di ordine sociologico e culturale.

2.3.3 DIFFUSIONE DEL FENOMENO

La costellazione dei quadri atipici relativi all'identità di genere può riguardare sia persone biologicamente maschi (transessualismo *Male to Female* – MtF), sia femmine (*Female to Male* – FtM), ma è tre volte più frequente in individui biologicamente maschi.

Studio	Paese	MtF	FtM
Walinder, 1968 ²²	Svezia	1:37000 (0,0027%)	1:103000 (0,00097%)
Pauly, 1968 ²³	USA	1:100000 (0,001%)	1:400000 (0,00025%)
Hoening e Kenna, 1973 ²⁴	Inghilterra	1:34000 (0,0029%)	1:108000 (0,00092%)
Ross et al., 1981 ²⁵	Australia	1:24000 (0,0041%)	1:150000 (0,00066%)
O'Gorman, 1982 ²⁶	Irlanda	1:35000 (0,0028%)	1:100000 (0,001%)
Eklund et al., 1986 ²⁷	Paesi Bassi	1:18000 (0,0055%)	1:54000 (0,0018%)
Tsoi 1988 ²⁸	Singapore	1:2900 (0,034%)	1:8300 (0,012%)
Bakker et al., 1993 ²⁹	Paesi Bassi	1:11900 (0,0084%)	1:30400 (0,0032%)
Weitze e Osburg, 1996 ³⁰	Germania	1:42000 (0,0023%)	1:104000 (0,00096%)
Wilson et al., 1999 ³¹	Scozia	1:12700 (0,0078%)	1:52000 (0,0019%)
Gómez Gill et al., 2006 ³²	Catalogna	1:21031 (0,0047%)	1:48096 (0,002%)
De Cuyper et al., 2007 ²¹	Belgio	1:12900 (0,0077%)	1:33800 (0,0029%)

La prevalenza è molto variabile a seconda della restrizione della definizione. Il transessualismo inteso come fenomeno che conduce alla riassegnazione chirurgica è stimato attorno ad 1/30000 MtF e 1/100000 FtM¹²²; la disforia di genere come descritta dal DSM-5, con criteri meno restrittivi, raggiunge quote di circa 5-10 su 100.000 MtF, 2-3 su 100.000 FtM, tuttavia è presente una notevole differenza di prevalenza nei vari paesi¹²³.

2.3.4 FORMA PRIMARIA E SECONDARIA

Bisogna considerare che la popolazione che presenta vissuti di tipo transgender è numerosa e polimorfa, sia in termine di rappresentazione dei propri vissuti, sia di progetti di vita. Ci sono coloro che soffrono di un'identità corporea lacerata, coloro che si sono faticosamente costruiti un nuovo ruolo di genere, coloro i quali vivono la dimensione della transizione di genere come una scoperta, non priva di sensazioni forti¹²⁴.

La divisione classica che si pone è quella tra il quadro primario¹²⁵, nel quale l'esordio del disturbo avviene nell'infanzia, si presenta con continuità nel corso della preadolescenza dell'individuo ed è caratterizzato dalla progressiva assunzione (o tentativo di assunzione) di un ruolo di genere opposto rispetto a quello biologico; in contrapposizione a un quadro secondario, ad esordio tardivo, in cui spesso l'orientamento sessuale espresso è non coerente con l'identità di genere che si riferisce di esperire e talvolta si presenta in comorbidità con altri quadri psicopatologici. In particolare questa suddivisione ha riguardato i transessuali MtF.

Il transessuale MtF primario (omosessuale)¹²⁶ ha una lunga storia di identificazione con il sesso femminile fin dalla primissima infanzia, comportamenti e tentativi di assunzione di ruolo femminile, fino al proclamarsi appartenente all'altro genere. In particolare per questi soggetti abbigliarsi come donne, o comportarsi come tali, non sarebbe connesso all'eccitazione sessuale ma al tentativo di limitare l'ansia dovuta allo scarto tra l'identità di genere e la caratterizzazione sessuale. Si tratterebbe insomma di una situazione riguardante l'identità di genere (come l'abbiamo definita) radicata nel profondo dell'individuo.

Nel transessualismo secondario (non omosessuale)¹²⁷ MtF i soggetti, in età infantile, sono stati maschi consci e convinti dell'essere tali, con caratterizzazione tipicamente maschile per quello che concerne l'abbigliamento o i codici comportamentali. Progressivamente questi avrebbero manifestato delle fantasie (a sfondo sessuale) relative all'essere o a comportarsi come una femmina. Possono essersi abbigliati da donna, segretamente, con un'intensa eccitazione sessuale (travestitismo), sovente hanno un orientamento sessuale misto o continuano a ricercare partner femminili. Alcuni autori hanno connesso questa forma di transessualismo all'autoginefilia¹²⁸ e al feticismo da travestimento o ad altre parafilie¹²⁹, descrivendolo più come una parafilìa che come un disturbo dell'identità¹³⁰.

Questa suddivisione ha incontrato numerose critiche, soprattutto da parte della comunità transgender e di altri studiosi¹³¹, in merito alla eccessiva enfasi data a un supposto legame tra disturbi della sessualità e costituzione dell'identità di genere, fino a svilire le richieste di transizione di genere, etichettandole come originate da una perversione¹³².

Tuttavia quanto descritto ha largamente influenzato la classificazione del disturbo presente nel DSM – IV TR, dove viene dato molto rilievo agli aspetti rilevabili in età infantile e c'è una apposita sottodivisione secondo l'orientamento di genere.

2.3.5 QUALE DIAGNOSI?

Nei paesi occidentali esiste un vasto dibattito sull'opportunità di una collocazione diagnostica nell'ambito delle malattie mentali per le varie forme di varianza di genere. Da un lato, soprattutto in un sistema come quello americano che si fonda sulle assicurazioni private, esiste la necessità di fornire un percorso diagnostico e terapeutico chiaro per permettere i rimborsi da parte delle assicurazioni¹³³, dall'altro l'intensa stigmatizzazione di alcune definizioni e la psichiatrizzazione del concetto hanno talvolta dato l'impressione che l'identità transgender fosse "disturbata" e quindi da correggere¹³⁴.

Per fornire una breve panoramica dei cambiamenti occorsi nell'ultimo decennio, si parte dal DSM – IV TR edito nel 2000, il quale proponeva i seguenti criteri diagnostici per il Disturbo dell'Identità di Genere (che sono stati il riferimento principale delle diagnosi effettuate e quindi funzionali all'accesso alla riassegnazione chirurgica del genere.)

DSM - IVTR - CRITERI DIAGNOSTICI DIG

<p>Critero A: Una forte e persistente identificazione col sesso opposto (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto)</p>	<p><i>Nei Bambini presenti almeno 4 o più dei seguenti</i></p>	<p>1. desiderio ripetutamente affermato di essere, o insistenza sul fatto di essere, dell'altro sesso</p>
		<p>2. nei maschi, preferenza per il travestitismo; nelle femmine, insistenza nell'indossare solo tipici indumenti maschili</p>
		<p>3. forti e persistenti preferenze per i ruoli del sesso opposto nei giochi di simulazione, oppure persistenti fantasie di appartenere al sesso opposto</p>
		<p>4. intenso desiderio di partecipare ai tipici giochi e passatempi del sesso opposto</p>
		<p>5. forte preferenza per i compagni di gioco del sesso opposto</p>
	<p>Negli adolescenti e negli adulti, sintomi come desiderio dichiarato di essere dell'altro sesso, o di farsi passare spesso per un membro dell'altro sesso, desiderio di vivere o essere trattato come un membro dell'altro sesso, oppure la convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro sesso</p>	
<p>Critero B: Persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso</p>	<p><i>Nei Bambini 1 dei seguenti</i></p>	<p>Nei maschi, affermazione di disgusto verso i propri genitali, o speranza che essi scompaiano, o avversione verso i giochi di baruffa e rifiuto dei tipici giocattoli e attività maschili. Nelle femmine, rifiuto di urinare in posizione seduta, rifiuto nei confronti della crescita del seno e nei confronti del ciclo mestruale, speranza che i genitali diventino di tipo maschile, avversione verso l'abbigliamento femminile tradizionale</p>
		<p>Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi come preoccupazione di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali e/o convinzione di essere nati del sesso sbagliato</p>
<p>C: L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale</p>		
<p>D: L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione socio-lavorativa</p>		

Recentemente l'uscita del DSM-5 ha di fatto modificato alcuni dei criteri principali di diagnosi, scegliendo una nomenclatura maggiormente descrittiva. Il termine "disturbo" è stato eliminato¹³⁵, concentrando l'attenzione sulla sintomatologia trasversale (cioè la disforia di genere) vissuta dalla persona e quindi diminuendo la portata "costituzionale" che in precedenza abbiamo visto essere propria del transessualismo primario. Dal punto di vista sociologico si è passati dal definire "disturbata" l'identità di genere atipica a focalizzarsi invece sul disagio che le persone portano e sulle possibilità terapeutiche che la medicina moderna ha per aiutare i soggetti nel percorso di transizione¹³⁶.

La critica portata a questa classificazione, tuttavia, riguarda la persistenza dell'inserimento all'interno del novero delle patologie psichiatriche e il considerare la progressiva convinzione di avere i tipici vissuti propri dell'altro genere come sintomo di una malattia mentale¹³⁷.

DSM - V - CRITERI PER LA DISFORIA DI GENERE	
DISFORIA DI GENERE NEI BAMBINI	D.G. IN ADULTI E ADOLESCENTI
A - Presenza di un'intensa incongruenza tra il genere esperito e quello assegnato, di almeno sei mesi di durata.	
Almeno 6 tra le seguenti (bambini)	Almeno 2 tra le seguenti (adulti)
1 - Intenso desiderio di appartenere ad un altro genere o convinzione di appartenervi	1 - Intensa incongruenza tra il genere esperito e un carattere sessuale primario o secondario
2 - Tendenza a indossare abbigliamento tipico dell'altro genere o resistenza a indossare quello tipico del proprio	2 - Intenso desiderio di essere liberato da un carattere sessuale primario o secondario per la marcata incongruenza rispetto al genere esperito
3 - Preferenza per ruoli <i>cross gender</i> nei giochi di simulazione	3 - Intenso desiderio per i caratteri sessuali dell'altro genere
4 - Preferenza per i giocattoli, giochi o attività tipiche dell'altro genere	4 - Intenso desiderio di essere dell'altro genere (o di un genere alternativo)
5 - Scelta di compagni di giochi del genere opposto al proprio	5 - Intenso desiderio di essere trattato come esponente dell'altro genere
6 - Rifiuto dei giochi e delle attività tipiche del ruolo di genere assegnato	6 - L'intensa convinzione di avere i tipici sentimenti interiori e comportamenti esteriori dell'altro genere.
7 - Vissuti sgradevoli riguardo la propria anatomia sessuale	
8 - Intenso desiderio di possedere un carattere sessuale tipico del genere al quale si ambisce di appartenere	
B - La condizione causa disagio clinicamente significativo o compromissione socio-lavorativa	

Per concludere la panoramica dei criteri diagnostici e delle proposte di entità diagnostiche, è bene ricordare che nel corso del 2015 è prevista l'uscita dell'ICD 11 che, a seguito di molteplici pressioni, dovrebbe proporre una nuova dicitura per la condizione che abbiamo descritto, quella di "incongruenza di genere"¹³⁸, localizzata in una sezione dell'ICD 11 diversa da quella dei disturbi mentali, che il gruppo di lavoro sul tema si augura possa essere un passo verso la depsiocratizzazione delle identità di genere atipiche, come auspicato, tra gli altri, da una risoluzione del Parlamento Europeo.

The European Parliament¹³⁹ -

(...) Roundly condemns the fact that homosexuality, bisexuality and transsexuality are still regarded as mental illnesses by some countries, including within the EU, and calls on states to combat this; calls in particular for the depsychiatrisation of the transsexual, transgender, journey, for free choice of care providers, for changing identity to be simplified, and for costs to be met by social security schemes.

2.3.6 LA COMORBIDITÀ

Gli studi sulla comorbidità psichiatrica presente in persone descrivibili con i paradigmi diagnostici che abbiamo visto nel paragrafo precedente sono molto presenti in letteratura e non presentano posizioni concordi.

In particolare le classificazioni recenti attribuiscono un maggior rischio di depressione o disturbi collegati alla sfera dell'ansia nelle persone con disforia di genere¹⁴⁰.

Tradizionalmente, il DIG è stato associato a elevati livelli di comorbidità, in particolare relativamente a disturbi di asse II¹⁴¹, ma anche a disturbi psicotici e affettivi, seppure numerosi altri studi non abbiano invece osservato differenze significative¹⁴² rispetto alla popolazione generale per quanto concerne i disturbi di Asse I.

In particolare, per quanto riguarda i disturbi di personalità¹⁴³, uno studio recente ha trovato la presenza di un aumento dei disturbi del Cluster A e del Cluster B, ipotizzando una sovrapposizione tra alcuni di questi disturbi e delle particolari esperienze a questi connessi e il Disturbo dell'Identità di Genere (definizione del DSM IV TR)¹⁴⁴.

Tuttavia un lavoro recente pubblicato sul *British Journal of Psychiatry*¹⁴⁵, frutto di un lavoro multicentrico nel Nord Europa, contraddice questo risultato, rilevando basse prevalenze di disturbi di personalità e di disturbi dell'asse primo, fatta eccezione per la depressione e i disturbi d'ansia, presenti con maggior frequenza nel gruppo oggetto di studio rispetto ai controlli.

A prescindere dalla difficoltà di confrontare studi i cui meccanismi di reclutamento soffrono dell'incertezza delle definizioni diagnostiche e della disomogeneità della popolazione che viene accomunata dalla definizione di transgender, è possibile ipotizzare che il *distress* vissuto nell'esperienza di vita, determinatosi a causa del disturbo stesso, possa essere una determinante della maggior inci-

denza di disturbi relativi all'ansia e alla depressione. Anche il rischio di suicidio sembra più alto rispetto alla popolazione generale¹⁴⁶, mentre non sembra esservi differenza significativa nel carico psicopatologico tra MtF ed FtM¹⁴⁷.

2.3.7 IL PROCESSO DI TRANSIZIONE

La crisi dell'identità di genere compare spesso (ma non esclusivamente, come abbiamo visto) già nell'infanzia e tende a rafforzarsi con il procedere dello sviluppo fisico e in particolare dei caratteri sessuali primari e secondari.

Durante la crescita molti dei bambini con varianza di genere aderiranno al ruolo di genere tipico del sesso di nascita, talvolta scegliendo un orientamento sessuale non eterosessuale esclusivo¹⁴⁸. Una porzione di quei bambini, diventati adolescenti e poi adulti, continueranno a vivere nella permanente dimensione di spaesamento dovuta all'abitare un corpo di cui disconoscono i connotati sessuali.

La crisi dell'identità di genere si risolve quindi nell'opzione definitiva, stabile e permanente per un ruolo e un'identità di genere alternativa (atipica).

Le soluzioni a questo punto sono di due tipi¹⁴⁹: scegliere un percorso di adesione "simbolica" all'altro genere, adottandone pratiche e stili ma mantenendo intatti i propri genitali o sottoporsi a un percorso che richiede l'assistenza di professionisti sanitari ed esita in modificazioni permanenti indotte da terapia ormonale o raggiunte tramite la conversione chirurgica del sesso.

Il percorso di transizione, in particolare dal punto di vista delle pratiche endocrinologiche e chirurgiche (disciplinate da vari paesi), può essere riassunto attenendosi alla seguente schematizzazione basata sulle linee guida proposte nel 2001 dalla HBGDA¹⁵⁰ e in seguito dalla WPATH¹⁵¹ nel 2012, e prevede l'integrazione di diverse figure professionali¹⁵². Le Standard of Care¹⁵³ sono uno strumento flessibile, linee guida applicabili in situazioni non omogenee dal punto di vista normativo.

- Fase diagnostica e di programmazione – in cui è necessario provvedere alla identificazione della disforia di genere e identificare il progetto terapeutico.
- Fase di psicoterapia (e test di vita reale) – in cui la persona si mette alla prova nell'acquisizione di un ruolo consono al genere soggettivamente esperito e può essere supportato da un percorso psicoterapico.
- Fase di trattamento medico¹⁵⁴ e chirurgico¹⁵⁵.

Nel complesso del percorso le opzioni disponibili sono molteplici:

Opzioni per il trattamento medico e psicologico della disforia di genere¹⁵⁶

- cambio di espressione e del ruolo di genere (che possono comprendere il vivere sempre o quasi sempre in un ruolo di genere diverso, coerente con la propria identità di genere);

- terapia ormonale per femminilizzare o mascolinizzare il corpo;
- chirurgia per cambiare le caratteristiche sessuali primarie o secondarie (ad es., seno/torace, genitali interni/esterni, caratteristiche del viso, forma del corpo);
- psicoterapia (individuale, di coppia, familiare o di gruppo) con lo scopo di esplorare le varie identità/ruoli/espressioni di genere, modificare l'impatto negativo della disforia di genere e lo stigma sulla salute mentale, alleviare la transfobia interiorizzata, migliorare il supporto sia sociale che tra pari, migliorare l'immagine del corpo, promuovere la capacità di recupero.

Opzioni per il supporto sociale e il cambiamento nell'espressione di genere¹⁵⁷

- informazione su supporti, organizzazioni o gruppi che forniscano sostegno sociale e legale, sia online che *vis a vis*;
- informazioni sul supporto per familiari e amici, sia online che *vis a vis*;
- terapie della voce e comunicative per aiutare le persone a sviluppare tecniche verbali e non verbali utili a vivere meglio la propria identità di genere;
- depilazione con elettrolisi, laser, cerette;
- costrizione del seno o imbottiture, tecniche per nascondere i genitali o protesi peniene, imbottiture dei fianchi o delle natiche;
- cambio di nome e genere sui documenti d'identità.

All'interno del complesso percorso, nel quale la singola persona può decidere di sostare o percorrere integralmente, il ruolo del professionista della salute mentale è presente in molteplici situazioni:

Attività del professionista della salute mentale

1. valutare la disforia di genere;
2. fornire informazioni sulle opzioni per l'identità e l'espressione di genere e su possibili interventi medici;
3. valutare, diagnosticare e discutere le opzioni di trattamento per problemi di comorbilità;
4. se necessario, valutare l'idoneità, preparare e inviare per la terapia ormonale;
5. se necessario, valutare l'ammissibilità, preparare e inviare per la chirurgia¹⁵⁸.

I professionisti della salute mentale possono lavorare con gli utenti e le loro famiglie in diverse fasi della loro vita. La psicoterapia può essere utile in tempi diversi e per diversi problemi durante tutto il ciclo di vita.

4. CONCLUSIONI

La fenomenologia delle identità (organizzazioni) di genere atipiche è al centro, negli ultimi anni, di una rapida evoluzione negli approcci culturali, medici, chirurgici, finalizzata a fornire una risposta sempre meno stigmatizzante e di maggior qualità alle sofferenze portate da chi chiede di intraprendere un percorso di transizione di genere.

Le terapie mediche e chirurgiche riescono spesso a migliorare la percezione del proprio organismo e dare maggiore soddisfazione nell'approccio alla sessualità¹⁵⁹, tanto da essere supportate anche da APA come trattamento necessario nei casi di disforia di genere¹⁶⁰. In particolare sono risultati fattori prognostici positivi rispetto all'intervento:

- età giovanile (<30 anni);
- assenza di grave carico psicopatologico associato;
- transessualismo primario (omosessuale secondo Blanchard);
- esperienza di vita reale per almeno un anno;
- conoscenza e piena accettazione della RCS;
- supporto psicoterapeutico.

Alcuni studi riportano casi di insoddisfazione rispetto all'intervento chirurgico e alcune ricerche con *follow up* di svariati anni suggeriscono la presenza di un maggior rischio di comportamenti suicidari o comunque psichiatricamente rilevanti rispetto alla popolazione generale, negli individui che sono stati operati per riconversione chirurgica del genere¹⁶¹.

Pur non potendo dare delle considerazioni definitive né riguardo alla eziologia, né alla prognosi a lungo termine, il progressivo miglioramento dell'integrazione sociale pre e post intervento, associato ad una miglior qualità della vita determinata dai miglioramenti tecnici e da un maggior supporto psicoterapeutico, stanno migliorando negli anni la qualità di vita per queste persone e ridimensionando progressivamente il paradigma delle forme di identità di genere atipiche come disturbi mentali (con la conseguente stigmatizzazione)¹⁶².

A Trieste esiste da anni un team multidisciplinare che si occupa di progettare percorsi di transizione per persone che presentino la richiesta e corrispondano ai criteri per la diagnosi di una disforia di genere. Nella terza e conclusiva parte di questo lavoro presenteremo i risultati di una ricerca, a orientamento psicopatologico, svolta tra il 2013 e il 2014 su una coorte di candidati al trattamento medico o chirurgico.

NOTE

1. G. Stanghellini, G. Ambrosini, R. Ciglia, A. Fusilli, *Il problema del Disturbo Generatore*, in: "Comprendere", 19, 260-270, 2009, p. 260 <<http://www.rivistacomprendere.org/allegati/XIX.Stanghellini%20e%20C.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.
2. M.A. Sechehaye, *Diario di una Schizofrenica*, Giunti Editore, 2005, p.61.
3. I. Gottesman, *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. A series of books in psychology. New York, NY, US: W.H. Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co., 1991, p.33.
4. N. Craddock, C. O'Donovan, M.J. Owen, *The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis*, J Med Genet, 42:193-204, 2005.
5. "Il Mondo della Vita, abitato dal Soggetto", in: E. Borgna, *Come se finisse il mondo*, Feltrinelli, 2005, p. 39.
6. M. Russo, Z.L. Levine et al, *Association Between Symptom Dimensions and Categorical Diagnoses of Psychosis: A Cross-sectional and Longitudinal Investigation*, Schizophr Bull, 40(1): 111-119, 2014.
7. K. Schneider, *Psicopatologia Clinica*, Giovanni Fioriti Editore, 2005, p.103.
8. Ivi, p.104
9. C.S. Mellor, *First rank symptoms of schizophrenia*, in: "British Journal of Psychiatry", 117,15-23, 1970.
10. T.J. Crow, *Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine*, British Journal of Psychiatry, 137: 383-386, 2008.
11. L.A. Sass, *Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions)*, Schizophrenia Research. 152(1), 5-11, 2014.
12. Il soggetto psicotico sarebbe costretto a dover continuamente ripensare e ristabilire molti concetti che nella consuetudine quotidiana sono dati "a priori" e non implicano alcuna riflessione. Questo lo costringe ad una tendenza alla continua lenta riappropriazione di quei concetti. (L.A. Sass, "Negative Symptoms", *Schizophrenia, and the Self*, International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Vol. 3, n.2, pp. 153-180, 2003.
13. B. Kimura, *Scritti di Psicopatologia Fenomenologica*, Giovanni Fioriti Editore, 2005.
14. C.F. Muscatello, F. Boaron, A. Mosca, P. Scudellari, *L'ora del vero Sentire, Dalla perdita dell'evidenza naturale alla rivelazione delirante*, in: "Comprendere" 13, 121-133, 2003, < <http://www.rivistacomprendere.org/allegati/XIII.7.%20muscatello.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.
15. G. Stanghellini, M. Ballerini, *Dis-socialità ovvero la crisi schizofrenica del senso comune*, NOOS, n.2: 115-140, 2005, <http://www.e-noos.it/rivista/2_05/pdf/4.pdf>; sito consultato il 15/02/2016.
16. In assenza quindi di vissuti apofanici che sconvolgano l'esperienza della persona prevalendo anche nell'osservazione del quadro psicopatologico.
17. E. Borgna, *Come se finisse il mondo*, Feltrinelli, 2005, p.83. (Il corpo nell'esperienza catatonica si autonomizza dall'Io per diventare cosa del mondo, non c'è più libertà, autonomia nel movimento, che diviene imposto e subito. Si pensi ai mutamenti posturali imposti che si fissano "attivamente", alla chiusura comunicativa che segna la fine di qualsiasi orizzonte narrativo.)
18. Konrad chiama apofanica la seconda fase di un'esperienza schizofrenica incipiente. Questa è caratterizzata dalla comparsa della sintomatologia delirante, dal greco *apophanein*, "rivelare", per la caratteristica di potente e immediata conoscenza di nuovi significati, tipica dell'esperienza delirante primaria. (J. Garrabè, *Schizofrenia incipiens*, NOOS n.1, 23-32, 2005, < http://www.e-noos.it/rivista/1_05/pdf/2.pdf>; sito consultato il 15/02/2016.)
19. Il presidente della corte di Dresda, Schreber, manifestò sintomi psicotici più volte nel corso di circa un decennio. Nel libro da lui scritto è evidente la presenza di contenuti di tipo

- paranoide, vividi, inerenti temi corporei e sessuali. (D.P. Schreber, *Memorie di un malato di nervi*, Adelphi, 2012, p. 24).
20. E. Borgna, *Come se finisce il mondo*, Feltrinelli, 2005, p.81.
 21. G. Martinotti, *Fenomenologia della Corporeità, dalla psicopatologia alla clinica*, Edizioni Universitarie Romane, 2010, p.65.
 22. L. Cappellari, *La costituzione dell'intersoggettività: la psicosi come alterazione dell'ipseità*, in: "Atti del 3° Convegno Operatori psicosociali", ottobre 2010.
 23. F.M. Ferro, *Esperienze Psicotiche – questioni di struttura*, in: "Comprendere" 21, 2010, p.185, <<http://www.rivistacomprendere.org/allegati/XXI/ferro21.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.
 24. G. Gross, G. Huber, J. Klosterkötter, M. Linz, *Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base (BSABS)*, Edizione italiana a cura di C. Maggini, R. Dalle Luche, ETS Editrice, Pisa, 1992.
 25. I sintomi di base sono le esperienze soggettivamente rilevabili che esprimono sul piano fenomenico l'attivazione del medesimo substrato responsabile del sintomo psicotico. La presenza dei sintomi di base non permette di far diagnosi di schizofrenia ma è di per sé indicativa di un disturbo. Sono divisi in deficit dinamici con sintomi negativi (diretti e indiretti), disturbi cognitivi, cenestesie, disturbi vegetativi e tentativi di compenso (C. Maggini, R. Dalle Luche, "Presentazione dell'edizione Italiana della BSABS", in: G. Gross, G. Huber, J. Klosterkötter, M. Linz, *Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base (BSABS)*, Edizione italiana a cura di C. Maggini, R. Dalle Luche, ETS Editrice, Pisa, 1992)
 26. J. Klosterkötter, *Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase*, Arch. Gen. Psychiatry, 58, 158-64, 2001.
 27. Acronimo per identificare la scala di Bonn dei sintomi di base.
 28. J. Addington, *Prediction and Prevention of psychosis in Youth at Clinical High Risk*, Annual review of clinical psychology, 8, 269-89, 2012.
 29. J. Parnas, P. Møller, T. Kircher, J. Thalbitzer, L.B. Jansson, P. Handest , D. Zahavi, *Esame dell'Abnorme Esperienza del Sè (EASE)*, Giovanni Fioriti Editore, 2008.
 30. C. Mundt, *Esperienza Abnorme del Sè: Un appello per la fenomenologia*, in: "Psychopathology", 38, 231-235, 2005, p. 231.
 31. C. Maggini, "Introduzione alla versione italiana dell'EASE", in: G. Gross, G. Huber, J. Klosterkötter, M. Linz, *Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base (BSABS)*, Edizione italiana a cura di C. Maggini, P. Salvatore, Giovanni Fioriti Editore, 2009, p.X.
 32. La descrizione degli *item* è tratta dal testo: J. Parnas, P. Møller, T. Kircher, J. Thalbitzer, L.B. Jansson, P. Handest , D. Zahavi, *Esame dell'Abnorme Esperienza del Sè (EASE)*, Giovanni Fioriti Editore, 2008, pp. 13-56.
 33. Molte delle esperienze associate a questo dominio sono relative alla forma del pensiero, all'ipseità del pensiero stesso e alla capacità di esprimere concetti e vivere la propria esperienza come continua. Il blocco del pensiero, l'interferenza, le ruminazioni, i disturbi attentivi, sono esempi immediati delle aree esplorate dagli *item*.
 34. Oltre agli accennati vissuti ansiosi, esperienze di depersonalizzazione, di scissione dell'io, l'iperflessività, la derealizzazione e ogni distorsione della meità sono esperienze tipiche di questo cluster.
 35. A.R. Yung, P.D. McGorry *The prodromal phase of first episode psychosis: past and current conceptualizations*, in: "Schizophrenia Bulletin", 22, 353-70, 1996. (I vissuti descritti dai soggetti negli studi di esordio psicotico comprendono sintomi "nevrotici" non specifici, cambiamenti affettivi, depressione, anedonia, apatia, irritabilità, isolamento, ritiro sociale, sospettosità, mancanza di iniziativa e disturbi del sonno).
 36. Tutte le sensazioni e i vissuti di trasformazione corporea, scissione psicofisica, depersonalizzazione somatica e i disturbi motori esemplificano questo dominio.

37. Il senso di confusione con l'altro, con la propria immagine riflessa, un particolare stato di passività sono esempi di fenomeni compresi in questa categoria.
38. In particolare le iniziali idee di riferimento, l'ideazione a fondo paranoide, l'insicurezza sull'esistenza della realtà al di fuori del campo esperienziale, anche se fugaci, rientrano in questo sottogruppo.
39. A. Angyal, *The experience of the body-self in schizophrenia*, Archives of Neurology and Psychiatry, 35, 1029-53, 1936.
40. L.A. Sass, *Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions)*, Schizophrenia Research. 152(1), 5-11, 2014.
41. B. Nelson, A. Thompson, A. R. Yung, *Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis "prodromal" population*, in: "Schizophrenia bulletin", 38, 6, pp.1277-1287, 2012. doi: 10.1093/schbul/sbs007.
42. D. Koren, N. Reznik, M. Adres, R. Scheyer, A. Apter, T. Steinberg, J. Parnas, *Disturbances of basic self and prodromal symptoms among non-psychotic help-seeking adolescents*, in: "Psychological Medicine", Jul, 43(7), 1365-76, 2013.
43. A. Raballo, D. Sæbye, J. Parnas, *Looking at the Schizophrenia Spectrum Through the Prism of Self-disorders: An Empirical Study*, Schizophr Bull, 37 (2), 344-351, 2011.
44. A. Raballo, J. Parnas, *Examination of Anomalous Self-Experience: Initial Study of the Structure of Self-Disorders in Schizophrenia Spectrum*, Journal of Nervous & Mental Disease, 200, 7, pp. 577-583, July 2012.
45. L'Apotemnofilia, dal greco, significa letteralmente "amore per le amputazioni" e riguarda il desiderio, contentente un'accezione di perversione sessuale, di subire amputazioni e non fa confuso con l'acrotomofilia che rappresenta invece la ricerca, a scopo di eccitazione sessuale, di partner amputati. (D. Dixon, *An erotic attraction to amputees in Sexuality and Disability*, vol.6, pp.3-19, 1983).
46. J. Money, R. Jobaris, G. Furth, *Apotemnophilia: Two Cases of Self-Demand Amputation as a Paraphilia*, in: "The Journal of Sex Research", Vol.13, n. 2, pp. 115-125, May 1977.
47. J-J. Sue. *Anecdotes historiques, littéraires et critiques, sur la mèe médecine, la chirurgie, & la pharmacie. 1st part*, Paris: Chez la Bocher, 1785, pp.221-224.
48. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, Milano, Raffaello Cortina, 2015, p.246.
49. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, Milano, Raffaello Cortina, 2015, p.247.
50. J. Money, R. Jobaris, G. Furth, *Apotemnophilia: Two Cases of Self-Demand Amputation as a Paraphilia*, in: "The Journal of Sex Research" Vol.13, n.2, pp. 115-125, May 1977.
51. E. Kasten, *Body Integrity Identity Disorder (BIID): interrogation of patients and theories for explanation*, in: "Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie", 77(1), 16-24, Jan 2009, doi: 10.1055/s-0028-1100837. Epub 2008 Dec 19.
52. P. Brugger, B. Lenggenhager, M.J. Giummarra, *Xenomelia: a social neuroscience view of altered bodily self-consciousness*, age, 48, pp.23-77, 2013. P.D. McGeoch, D. Brang, T. Song, R.R. Lee, M. Huang, V.S. Ramachandran, *Xenomelia: a new right parietal lobe syndrome*, in: "Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry", 1, 82(12):1314-9, Dec 2011.
53. J. Money, *Paraphilia in females: Fixation on amputation and lameness: Two personal accounts*, in: "Journal of Psychology & Human Sexuality" 3, n. 2, 165-172, 1991. Il desiderio non sarebbe soltanto quello di essere amputati, ma anche di rimanere paralizzati ad un arto o paraplegici.
54. M.B. First, *Body integrity identity disorder: the persistent desire to acquire a physical disability*, Psychopathology, 45(1), 3-14, 2012.

55. E.D. Sorene, C. Heras-Palou, F.D. Burke, *Self-amputation of a healthy hand: a case of body integrity identity disorder*, J Hand Surg Br, 31, 593-595, 2006.
56. M.B. First, *Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder*, Psychol Med, 35, 919-928, 2005.
57. R.R. Blom, R.C. Hennekam, D. Denys, *Body Integrity Identity Disorder*, PLoS ONE 7(4): e34702, 2012, doi:10.1371/journal.pone.0034702. (tra il 20% e il 30% del campione).
58. M.B. First, *Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder*, Psychol Med, 35, 919-928, 2005.
59. La fantasia riguarda principalmente le gambe piuttosto che gli arti superiori e l'amputazione più frequentemente desiderata è quella al di sopra del ginocchio. Il pensiero è presente costantemente o al massimo con qualche lieve attenuazione in oltre il 90% dei casi (M.B. First, *Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder*, Psychol Med, 35, 919-928, 2005. R.R. Blom, *op. cit.*).
60. Il pensiero riguardante l'amputazione è rintracciabile già nell'infanzia dei pazienti con un'età media attorno ai 7-8 anni e comunque prima dei 16 anni (R.R. Blom, *op. cit.*).
61. A prescindere dal fatto che l'idea di essere amputati provochi nei soggetti eccitazione sessuale o meno, la maggioranza di questi si dichiara attratta da partner anche portatori di amputazioni o disabilità (M.B. First, *Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder*, Psychol Med, 35, 919-928, 2005.).
62. Gli studi dimostrano ampiamente l'assenza di elementi di psicoticismo associato al BIID.
63. I tentativi di automutilazione – magari nascosti da incidenti – sono frequenti, il disconforto relativo alla presenza dell'arto vissuto come estraneo è molto intenso e provoca acuto disagio fisico circa nella metà dei soggetti partecipanti (R.R. Blom, *op. cit.*).
64. M.T. van Dijk, G.A. van Wingen, A. van Lammeren, R.M. Blom, B.P. de Kwaasteniët, H.S. Scholte, D. Denys, *Neural Basis of Limb Ownership in Individuals with Body Integrity Identity Disorder*, PLoS ONE 8(8): e72212, 2003, doi:10.1371/journal.pone.0072212.
65. P.D. McGeoch, D. Brang, T. Song, R.R. Lee, M. Huang, V.S. Ramachandran, *Xenomelia: a new right parietal lobe syndrome*, in: "Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry", 1, 82(12):1314-9, Dec 2011.
66. G. Vallar, *Somatoparaphrenia: a body delusion. A review of the neuropsychological literature*, in: "Experimental Brain Research", 192(3), 533-51, Jan 2009.
67. E. Kasten, A. Stirn, *Body Integrity Identity Disorder (BIID)*, in: "Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie", Volume 57, n.1, 2009; R.R. Blom, *op. cit.*
68. M.B. First, *Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder*, Psychol Med, 35, 919-928, 2005.
69. R.R. Blom, *op. cit.*
70. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della Percezione*, Bompiani 2003, p. 224.
71. R.R. Blom, *op. cit.*
72. R.R. Blom, *op. cit.*; M.B. First, *Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder*, in: "Psychological Medicine", 35, 919-928, 2005.
73. Cfr cap 2.3
74. R.R. Blom, *op. cit.*
75. Il tema maggiormente portato da chi richiede un intervento di amputazione è relativo proprio al desiderio di recuperare completezza e fiducia nel proprio corpo.
76. Altri aspetti relativi alla similitudine tra DIG e BIID sono la presenza di parafilie associabili (travestitismo, autoginefilia rispetto alla apotemnofilia e acrotomiofilia), l'esordio precoce, in alcuni studi la presenza di comorbidità tra le due situazioni esistenziali. (A. Lawrence,

Clinical and Theoretical Parallels Between Desire for Limb Amputation and Gender Identity Disorder, Archives of Sexual Behavior, Volume 35, Issue 3, pp. 263-278, June 2006).

77. M.J. Giumarra, J.L. Bradshaw, M.E. Nicholls, L.M. Hilti, P. Brugger, *Body integrity identity disorder: deranged body processing, right fronto-parietal dysfunction, and phenomenological experience of body incongruity*, in: "Neuropsychol Review", 21(4), 320-33, Dec 2011.
78. T. Baubet, B. Gal, S. Dendoncker-Viry, A.C. Masquelet, M.T. Gatt, M.R. Moro, *Apotemnophilia as a contemporary frame for psychological suffering*, in: "L'Encéphale", 33(4 Pt 1), 609-15, Sep, 2007.
79. R.R. Blom, *op. cit.*
80. In Italia il combinato disposto degli articoli 582cp e 583cp considera le amputazioni che non rientrano in condizione di necessità nella fattispecie della lesione gravissima.
81. R.R. Blom, *op. cit.*, M.B. First, *Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder*, in: "Psychological Medicine", 35, 919-928, 2005.
82. La gran parte degli autori, in accordo con quanto espresso normativamente negli stati, ritiene l'intervento chirurgico di amputazione di un arto sano un errore di tipo deontologico (J. Johnston, C. Elliott, *Healthy limb amputation: ethical and legal aspects*. Clinical Medicine 2.5, 431-435, 2002; S. Muller, *Body Integrity Identity Disorder (BIID)–Is the Amputation of Healthy Limbs Ethically Justified?*, in: "The American Journal of Bioethics", Volume 9, Issue 1, 2009).
83. A cavallo tra il 1997 e il 2001 un chirurgo scozzese effettuò due interventi di amputazione di gambe in persone con arti sani che ne avevano fatto volontaria richiesta.(J. Johnston, C. Elliott, *op.cit.*).
84. Alcuni autori sottolineano come un arto "disabilitato" non possa essere considerato sano, in assenza di terapie alternative e in presenza di un cliente in grado di esprimere consenso (T. Bayne, *Amputees by choice: Body Amputees By choice Body Integrity Identity Disorder and the Ethics of Amputation*, Journal of Applied Philosophy, Vol. 22, n.1, 2005). Altri considerano l'opzione chirurgica una scelta praticabile dopo la diagnosi e un adeguato percorso psicoterapico e farmacologico che non abbiano dato risultati soddisfacenti (J.R. Christopher, *Out on a Limb: The Ethical Management of Body Integrity Identity Disorder*, in: "Neuroethics", Volume 2, Issue 1, pp.21-33, April 2009).
85. A. Cereda, *Tracce d'identità. Modificare il corpo, costruire il genere*, FrancoAngeli, 2010, p. 75.
86. Ricordiamo brevemente: l'apotemnofilia riguarda il desiderio di subire amputazioni mentre l'acrotomofilia rappresenta invece la ricerca, a scopi sessuali, di partner amputati. (D. Dixon, *op.cit.*).
87. S. Shilling, *The Body and Social Theory*, SAGE, 2012, p. 5.
88. Katy Steinmetz, giornalista, scrive queste parole sul numero del TIME del 9 giugno 2014 e sottolinea il progressivo avanzamento culturale delle rivendicazioni della comunità transgender americana. Non a caso quel numero del TIME ha in copertina un'attrice, anch'essa transgender, che in una lunga intervista parla, su un giornale d'alta tiratura e con la capacità di "fare storia" in senso culturale, dell'essere transessuali nel mondo contemporaneo. (K. Steinmetz, *The Transgender Tipping Point*, in: "TIME", Vol.183, n..22, 9 giu 2014).
89. G.V. Catullo, "Carme LXIII", in: *Carmina. Il libro delle poesie. Testo latino a fronte*, a cura di N. Gardini, Feltrinelli, 2014.
90. Nimio Odio Veneris. G.V. Catullo, *op. cit.* v.17.
91. Citato cupido pede. G.V. Catullo, *op. cit.* v. 2.
92. Catullo oscilla tra i generi per connotare la propria stessa indecisione (M. Citroni, *Attis a Roma e altri spaesamenti: Catullo, Cicerone, Seneca e l'esilio da se stessi*, Dictynna, 8, 2011, <<http://dictynna.revues.org/729>>; sito consultato il 15/02/2016).
93. M. Citroni, *op.cit.* p.6.

94. I sacerdoti della dea Cibele erano degli eunuchi, abbigliati in abiti femminili e definiti dalle cronache, né uomini, né donne ma appartenenti ad un “terzo sesso”; nell’antichità non sono l’unico esempio di “trasgender”. Nel mito di Attis, in particolare, è presente una chiara difficoltà rispetto all’eterosessualità, ed una difficoltà nell’ingresso in una nuova identità, fondata sul nuovo genere. (W. Roscoe, *Priests of the Goddess: Gender Transgression in Ancient Religion*, in: “History of Religions”, Vol. 35, n. 3, 1, 95-230, Feb. 1996, p. 225).
95. G.V. Catullo, *op. cit.*
96. Ad esempio gli antichi culti di Cibele, di Ishtar, di Bahuchara Mata, molto distanti l’uno dall’altro, possiedono elementi di trasgressione dai canoni consuetudinari di genere, per quanto concerne i ministri del culto o gli stessi devoti. (W. Roscoe, *op. cit.* p.225).
97. J. Money, *Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings*, in: “Bulletin of the Johns Hopkins Hospital”, 96(6), 253-64, Jun 1955.
98. Per un’introduzione al concetto di identità di genere si veda il capitolo 3.3.
99. J. Money, *Gender: History, Theory and Usage of the Term in sexology and his relationship to nature/nurture*, in: “Journal of Sex and Marital Therapy”, 11, 2, 1985, p. 78.
100. J.H. Pleck, “The gender role strain paradigm: An update”, in: R.L. Levant, W.S. Pollack, *A new psychology of men*, New York, US: Basic Books, XIV, pp. 402, 1995, pp. 11-32.
101. Il ruolo di genere va “esibito”, non semplicemente posseduto, quindi eventuali distorsioni o disfunzioni hanno un’immediata ricaduta in ambito relazionale. (J.H. Pleck, *op. cit.*). Socialmente è quell’insieme di comportamenti che permettono di attribuire a qualcuno una caratterizzazione femminile o maschile.
102. H. Jolly, *Hermaphroditism. A Critical Survey Postgrad*, in: “Medical Journal”; 32(374), 589-599, 607, Dec 1956.
103. A.R. D’Augelli, “Identity development and sexual orientation: Toward a model of lesbian, gay, and bisexual development”, in: E.J. Trickett, R.J. Watts, D. Birman, *Human diversity: Perspectives on people in context. The Jossey-Bass social and behavioral science series*, San Francisco, CA, US: Jossey-Bass, XXII, 1994, pp. 312-333.
104. Questa connessione tra iniziale orientamento sessuale e seguente formazione dell’identità di genere può anche non procedere in quest’ordine e nemmeno secondo uno schema coerente. Esistono esempi di persone con sesso femminile alla nascita (quindi senza autoginofilia) le quali hanno prima assunto una stabile identità di genere opposta al proprio sesso biologico, pur mantenendo, sia prima che dopo la riassegnazione chirurgica del genere, un’attrazione per partner del sesso opposto a quello di nascita biologica. Questi elementi depongono per una notevole indipendenza dei due costrutti, l’uno legato all’ambito pulsionale, l’altro all’ambito corporeo. (E. Coleman, W.O. Bockting, L. Gooren, *Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals*, in: “Archives of Sexual Behavior February”, Volume 22, Issue 1, pp. 37-50, 1993).
105. R. Blanchard, *The Concept of Autogynephilia and the Typology of Male Gender Dysphoria*, *Journal of Nervous & Mental Disease*, Volume 177, Issue 10, October 1989.
106. Il termine parafilia si applica solo parzialmente all’autoginefilia, che potrebbe essere vista anche come un complesso orientamento.
107. Corrispondente al feticismo da travestimento.
108. E. Bandini, A.D. Fisher, C. Lo Sauro, *Il disturbo di identità di genere*, in: “Giornale Italiano di Psicopatologia”; 14, 338-355, 2008.
109. E. Coleman et al., *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th Version*, in: “International Journal of Transgenderism”, 13(4), 165-232, 01/2012.
110. E. Bandini, A.D. Fisher, C. Lo Sauro, *op.cit.*
111. La definizione del DSM-5 di Disforia di Genere prevede una sottospecificazione in cui sono comprese le forme con un disturbo dello sviluppo sessuale.

112. L. Gooren, *The biology of human psychosexual differentiation*, in: "Hormones and Behavior" 50, 589-601, 2006.
113. American Psychiatric Association. *DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition Revisioned)*, Washington DC, 1987. Transsexualism (302.50).
114. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
115. Il criterio D richiede per la diagnosi la presenza di una compromissione sociolavorativa o clinica significativa, sostanzialmente rendendo non applicabile la diagnosi a tutte le esperienze transgender vissute senza significativa compromissione del funzionamento.
116. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione*, Raffaello Cortina, Milano, 2015.
117. D. Di Ceglie, "Riflessioni sulla natura dell'organizzazione atipica dell'identità di Genere", in: *Straniero nel mio corpo – Sviluppo atipico dell'identità di genere e salute*, FrancoAngeli editore, 2002.
118. Si faccia riferimento, ad esempio, all'utilizzo del termine "organizzazione di personalità" per definire la struttura psichica che definisce i rapporti tra il mondo percettivo e il profondo senso di Sè. (C. Rogers, 1947).
119. D. Di Ceglie, *op.cit.*, p. 28.
120. Intendiamo per percorso di transizione una serie di modificazioni di ruolo che riguardano i molteplici ambiti della vita della persona, introspettivo, relazionale, familiare, lavorativo e sociale in generale.
121. I. Lev, *Gender Dysphoria: Two Steps Forward, One Step Back*, Clinical social work journal, 41, 3, 288-296, 2013.
122. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
123. La tabella è tratta da E. Bandini, A.D. Fisher, C. Lo Sauro, *op.cit.*
124. E. Bandini, A.D. Fisher, C. Lo Sauro, *op.cit.*
125. A. Michel, M. Ansseau, J.J. Legros, W. Pitchot, C. Mormont, *The transsexual: What about the future?*, in: "European Psychiatry", 17, 352-62, 2002.
126. A. Lawrence, *Men Trapped in Men's Bodies: Narratives of Autogynephilic Transsexualism*, Springer, 2013, p.2.
127. Ivi, p.3.
128. R. Blanchard, *Typology of male-to-female transsexualism*, Archives of Sexual Behavior, Volume 14, Issue 3, pp.247-261, June 1985; R. Blanchard, *Heterosexual and homosexual gender dysphoria*. Archives of Sexual Behavior, Volume 16, Issue 2, pp .39-152, April 1987; R. Blanchard, *The Concept of Autogynephilia and the Typology of Male Gender Dysphoria*, Journal of Nervous & Mental Disease, Volume 177, Issue 10, October 1989.
129. E. Bandini, A.D. Fisher, C. Lo Sauro, *op.cit.*
130. Si possono rilevare dei parallelismi con la fenomenologia del BIID descritta nel capitolo 5
131. C. Moser, *Blanchard's autogynephilia theory: A critique*, in: "Journal of Homosexuality", 57(6), 790-809, 2010.
132. K. Winters, *Autogynephilia: The infallible derogatory hypothesis, Part 1*, GID Reform Advocates, 2008.
133. J. Drescher, *Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual (DSM)*, Archives of Sexual Behavior, 39, 427-460, 2010.
134. E. Bandini, A.D. Fisher, C. Lo Sauro, *op.cit.*; Dreschen 2010.
135. I. Lev, *op.cit.*

136. E. Coleman et al., *op.cit.*
137. K. Winters, *GID Reform in the DSM-5 and ICD-11: a Status Update*, GID Reform Advocates, 2013.
138. J. Drescher et al., *Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11*, in: "International Review of Psychiatry", 24(6), 568-577, December 2012.
139. European Parliament, *Resolution on human rights, sexual orientation and gender identity at the United Nations n°B7-0523/2011*, 28/09/2011.
140. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, Milano, Raffaello Cortina, 2015.
141. E. Bandini, A.D. Fisher, C. Lo Sauro, *op.cit.*
142. C.M. Cole, M.O. Boyle, L.E. Emory, W.J. Meyer, *Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnosis*, in: "Archives of Sexual Behavior", 26, 13-26, 1997.
143. Tabella da D. Duišin, B. Batinic, J. Barišic, M. Djordjevic, S. Vujovic, M. Bizic, *Personality Disorders in Person with Gender Identity Disorder*, Scientific World Journal, Volume 2014, Article ID 809058, dx.doi.org/10.1155/2014/809058.
144. D. Duišin, *op.cit.*
145. G. Heylens, E. Elaut, B.P.C. Kreukelsetal. et al., *Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries*, in: "British Journal of Psychiatry", vol. 204, n.2, pp. 151-156, 2014.
146. E. Bandini, A.D. Fisher, C. Lo Sauro, *op.cit.*
147. A.D. Fisher, *Sociodemographic and clinical features of gender identity disorder: an Italian multicentric evaluation*, J Sex Med, 10(2), 408-19, Feb 2013, doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.03006.x.
148. J.K. Zucker, *Was the Gender Identity Disorder of Childhood Diagnosis Introduced into DSM-III as a Backdoor Maneuver to Replace Homosexuality? A Historical Note*, in: "Journal of Sex & Marital Therapy", 31, 31-42, 2005.
149. E. Zito, P. Valerio, *Corpi sull'uscio, identità possibili. Il fenomeno dei femminielli a Napoli*, Napoli, Filema editore, 2010.
150. Harry Benjamin, *International Gender Dysphoria Association's Standards Of Care For Gender Identity Disorders*, Sixth Version, February 2001.
151. World Professional Association for Transgender Health, *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People*, Seventh version 2012.
152. Un team multiprofessionale che comprenda specialisti della salute mentale, endocrinologi, chirurghi e altri specialisti necessari nei vari ambiti (logopedista etc.)
153. La prima versione fu pubblicata già nel 1979.
154. In Italia le linee guida ONIG, seguite da una buona parte dei centri, prescrivono: "Tenuto conto che le terapie ormonali possono produrre effetti irreversibili e che i cambiamenti somatici ottenuti chirurgicamente sono definitivi, è da ritenersi essenziale e prioritario un percorso psicologico mirato all'elaborazione e al sostegno delle varie fasi e dei diversi aspetti dell'iter di adeguamento." (Linee Guida ONIG).
155. In particolare, per accedere al trattamento chirurgico è necessaria una sentenza acquisita in tribunale, preceduta da un congruo periodo di test di "vita reale" nel quale la persona vive in tutto e per tutto acquisendo il più possibile il ruolo di genere desiderato. Alcuni rinunciano in questa fase all'intervento.
156. World Professional Association for Transgender Health, *op.cit.*
157. *Ibid.*
158. In Italia la "rettificazione chirurgica del sesso" (la dicitura legale) è regolata dalla legge L. 14 aprile 1982, n. 164 "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso"; l'intervento deve essere quindi autorizzato da una sentenza emessa in tribunale.

159. E. Bandini, A.D. Fisher, C. Lo Sauro, *op.cit.*
160. American Psychiatric Association, *Position Statement on Access to Care for Transgender and Gender Variant Individuals Approved by the Board of Trustees*, July 2012.
161. C. Dhejne, P. Lichtenstein, M. Boman, A.L.V. Johansson, N. Langstrom, M. Landen. *Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden*, in: "PloS ONE", 6: 1-8, 2011.
162. E. Coleman et al., *op. cit.*

Capitolo 3

Conclusioni. Una proposta di visione psicopatologica dell'identità di genere

3.1 LA COSTITUZIONE DELL'IDENTITÀ DI GENERE ATIPICA

La costruzione dell'identità è un processo che si origina nella prima infanzia e muove dal territorio del corpo nel più ampio meccanismo di continua relazione tra il corpo che siamo (*Leib*) e il corpo che abbiamo (*Körper*).

Nel processo di sviluppo del preadolescente e dell'adolescente c'è un progressivo investimento in questioni che riguardano il corpo, il genere, l'esplorazione della sessualità¹. Nel corso di questo processo, una parte di giovani sviluppa il costruito identitario attraverso un percorso atipico, in contrasto con la propria attribuzione sessuale corporea.

Questa crisi dell'identità di genere compare precocemente nell'esistenza del giovane, determinando l'emergere di una differenza (tra il suo sentire e quello comune) che il bambino (o l'adolescente) percepisce come un'intensa inadeguatezza, che lo conduce in una fase di notevole smarrimento e gli pone la necessità di costituirsi una identità di genere adeguata.

Il percorso erratico a cui va incontro un giovane con una crisi nella costituzione dell'identità di genere riguarda alcuni aspetti centrali. L'identità corporea, l'identità narrativa, l'orientamento sessuale sono alcuni di questi.

Anche se l'identità di genere e l'orientamento sessuale possono essere messi in discussione in qualsiasi momento dell'esistenza, la loro formazione e sviluppo determina lo scenario in cui verranno svolte le successive revisioni².

Per questa ragione molti transessuali raccontano di aver attraversato una fase della propria vita nella quale si erano convinti di essere omosessuali, ed al contempo molte diagnosi di identità di genere atipica in età prepubere non si traducono in forme di varianza di genere, quanto più in orientamenti sessuali non di tipo strettamente eterosessuale³.

Il processo di rivelazione a sé stesso⁴ aiuta il giovane a spiegarsi le precedenti sensazioni di diversità e isolamento, l'autostima aumenta e si acquisisce la capacità di trovare significato nel percorso esistenziale compiuto⁵.

Per alcuni tuttavia la ricerca di un modo per abitare completamente la propria corporeità non è ancora esaurita. Quindi l'identità di genere atipica, che si costituisce in costoro, rappresenta non già l'ingresso in una situazione di crisi psichica, ma all'opposto il mantenimento (o la riacquisizione) di una integrità narrativa, divenendo l'unica conclusione significativa⁶ per dare senso ai propri vissuti inerenti il corpo e la sessualità.

3.2 LA TRANSIZIONE DI GENERE

La ricerca di un'identità diversa, che in realtà è sempre corrisposta ai vissuti soggettivi, e dunque sempre presente "in potenza", si presenta come un'idea prevalente, si snoda nel reale e utilizza i modi (legislativi) e le tecniche che il reale può offrire⁷. Non è dunque psicotica in questa forte saldatura con il reale e nella sistematica ricerca di un riconoscimento intersoggettivo.

Nella sessualità il corpo si rivela pienamente e si costituisce in *Leib*, comunicando, nei modi più diretti, con la corporeità dell'Altro. Nel transessuale, invece, il corpo si estranea dall'Io, ostacola ogni valida apertura, viene colto nella dimensione dell'avere (del corpo-che-ho), si cosifica, si reifica, è *Körper* e non *Leib*⁸.

Il percorso di transizione rappresenta il lungo avvicinamento della propria corporeità e del proprio ruolo sociale a quanto corrispondente alla nuova e costituita identità di genere.

Si tratta di un tragitto che non ha per tutti le medesime tappe e i medesimi punti di arrivo. Non tutti giungono all'intervento chirurgico, ad esempio, anche se in comune c'è il tratto della ricerca di una posizione⁹ nel campo del genere, sia rispetto alla propria corporeità, che in riferimento alle relazioni.

Il passato viene ricostruito¹⁰, ri-significato, per spiegare la legittimità della domanda di intervento. Una ricostruzione che mette in valore le tracce della nuova identità di genere, ricucendo, attraverso quella che abbiamo chiamato teleologia retrospettiva¹¹ il telo dell'esistenza.

Il soggetto, acquisita la propria identità di genere, ricomposta l'integrità dell'identità narrativa, si prepara quindi ad adattare il *Körper*, a fare realtà dell'immaginazione¹² e con questo atto ritornare a una coincidenza tra il corpo vissuto e il corpo anatomico.

3.3 NOTA CONCLUSIVA

Quando giunge dinanzi all'operatore della salute mentale, il transessuale, inteso qui come colui che porta con sé la domanda di un cambiamento medico o chirurgico, ha già compiuto quindi un lungo percorso, spesso tratteggiato da angosce e ombre scure¹³: dai primi dubbi concernenti la propria identità, fino alla costituzione della sua identità atipica (ma solida) e a rivendicarla in termini di intervento medico e riconoscimento pubblico.

Lo aspetta un altro percorso lungo e non facile, attraverso il quale il ruolo della salute mentale può essere non tanto quello di censura o giudizio, quanto di supporto e sostegno alla ricerca di significati, necessaria per poter sostenere il prima e il dopo rispetto alla riconversione chirurgica, momento che si porta dietro tutta la sua portata di liberazione e al contempo di drammatica irreversibilità.

A prescindere dalla dicitura che usiamo per definire un'entità diagnostica, è evidente che nella relazione con chi ha scelto di intraprendere un percorso di transizione di genere è necessario prima di tutto considerare che sovente quella transizione ricapitola la "storia di una vita" che giunge ad un traguardo, una sorta di "ideale fissato"¹⁴, di un'intensa vocazione¹⁵ che ha limitato fino a questo momento le possibilità di essere. Sè entro confini molto ristretti. Solo ora il Soggetto può finalmente aprirsi al mondo, con tutta la carica di aspettative e di paure che questo comporta, con le possibilità e i rischi.

Non a caso chi compie questo percorso usa spesso il termine *rinascita*.

NOTE

1. P. Wilson, "Sviluppo e salute mentale: il tema della differenza nello sviluppo atipico della identità di genere", in: *Straniero nel mio Corpo – Sviluppo atipico dell'identità di genere e salute*, a cura di D. De Ceglie, FrancoAngeli Editore, 2002.
2. F. Tasker, "Esperienza Omosessuale durante l'adolescenza", in: *Straniero nel mio Corpo*, a cura di D. De Ceglie, FrancoAngeli Editore, 2002, p. 97.
3. E. Bandini, A.D. Fisher, C. Lo Sauro, *Il disturbo di identità di genere*, in: "Giornale Italiano di Psicopatologia"; 14, 338-355, 2008.
4. Rivelazione della sua omosessualità, o comunque attribuzione a quest'ultima di una serie di stati mentali esperiti in relazione al proprio corpo e agli altri.
5. F. Tasker, *op.cit.*, p.103
6. P. Wilson, *op.cit.*
7. A. Ballerini, *Caduto da una stella. Figure della identità nella psicosi*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2005, p.99
8. B. Callieri, L. Abbate, *Male transsexualism. Psychodynamic and phenomenological aspects*, in: "Journal of Psychopathology", 2, Vol. 5, n.4, Dic 1999.
9. La complessità del mondo transgender non è sempre riducibile alla polarità maschile-femminile. In questo caso la dicitura "posizione" intende un processo di identificazione nel quale non domini il rigido binarismo. Questo non toglie che all'interno di questi percorsi inconsueti si possa incorrere in richieste di trattamenti ormonali o chirurgico-morfologici. (R. Vitelli, *L'al di là del femminile: nota per una lettura daseisanalitica del transessualismo maschile*, in: "Comprendre", n. 21, 2010, p.303 <<http://www.rivistacomprendre.org/allegati/XXI/vitelli.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.)
10. R. Galiani, "Un destino transessuale", in: *L'Enigma del Transessualismo*, a cura di M. Bottone, P. Valerio, R. Vitelli. FrancoAngeli Editore, 2004, p. 41.
11. Cfr. Capitolo 2.3.
12. R. Vitelli, *op.cit.*
13. La prevalenza di depressione (longitudinale) e di tentati suicidi è molto elevata tra chi ha avuto una storia di costituzione atipica dell'identità di genere. H. Sadowski et al., "Disturbo dell'Identità di Genere, depressione e rischio di suicidio", in: *Straniero nel mio Corpo – Sviluppo atipico dell'identità di genere e salute*, a cura di D. De Ceglie, FrancoAngeli Editore, 2002.
14. La potenza dell'idea prevalente, che muove il transessuale nella sua richiesta e nella messa in opera di numerosi tentativi per uniformarsi ad essa, corre il rischio, concluso il percorso di transizione, di lasciare vuoto il campo, di non aprirsi ad altro dopo averne raggiunto il fine. (Biswanger, "Il caso di Lola Voss" in R. Vitelli, *op.cit.*).
15. La forza dell'idea prevalente è stata associata a quella di una vocazione religiosa (D. Di Ceglie, "Riflessioni sulla natura dell'organizzazione atipica dell'identità di Genere", in: *Straniero nel mio corpo – Sviluppo atipico dell'identità di genere e salute*, FrancoAngeli editore, 2002).

Bibliografia

J. Addington, *Prediction and Prevention of psychosis in Youth at Clinical High Risk*, in: "Annual review of clinical psychology", 8, 2012.

American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, Milano, Raffaello Cortina, 2015.

American Psychiatric Association, *DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition Revisioned)*, Washington DC, 1987. Transsexualism (302.50).

American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.

American Psychiatric Association, *Position Statement on Access to Care for Transgender and Gender Variant Individuals Approved by the Board of Trustees*, July 2012.

A. Angyal, *The experience of the body-self in schizophrenia*, Archives of Neurology and Psychiatry, 35, 1936.

D. Anzieu, R. Tagliacozzo, A. Verdolin, *L'Io-pelle*, Roma, Borla, 2005.

APA, *The Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients, adopted by the APA Council of Representatives*, February 18-20, 2011. <<http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx>>; sito consultato il 15/02/2016.

C. Arcidiacono, I. Di Napoli, *Sono caduta dalle scale. I luoghi e gli attori della violenza di genere*, Milano, FrancoAngeli Editore, 2012.

- G. Arciero, G. Bondolfi, *Sè, identità e stili di personalità*, Torino, Bollati Boringhieri, 2012.
- S. Argentieri, *A qualcuno piace uguale*, Milano, Einaudi, 2010.
- S. Argentieri, *Travestitismo, transessualismo, transgender, X*, Milano, Psicoanalisi, 2006.
- A. Ballerini, *Caduto da una stella. Figure della identità nella psicosi*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2005.
- A. Ballerini, *La Psicosi Paucisintomatica*, in: "Comprendere", XXI, n°2, 2010.
- E. Bandini, A.D. Fisher, C. Lo Sauro, *Il disturbo di identità di genere*, in: "Giornale Italiano di Psicopatologia", 14, 2008.
- T. Baubet, B. Gal, S. Dendoncker-Viry, A.C. Masquelet, M.T. Gatt, M.R. Moro, *Apotemnophilia as a contemporary frame for psychological suffering*, *Encephale*, 33(4 Pt 1), Sep, 2007.
- T. Bayne, *Amputees by choice: Body Amputees By choice Body Integrity Identity Disorder and the Ethics of Amputation*, in: "Journal of Applied Philosophy", Vol. 22, n.1, 2005.
- A. M. Benaglio, *Adolescenza e corpo: dal corpo manipolato al corpo attaccato*, *Bollettino delle Farmacodipendenze e dell'Alcolismo*, 2003, <http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/2003-4/pag%2027%2042003.pdf>; sito consultato il 15/02/2016.
- E.E.P. Benestad, *Oral Presentation at 11th Congress of European Federation of Sexology "Promoting sexual health: a pathway to happiness"*, Madrid, 20-22/09/2012.
- H. Benjamin, *Il fenomeno transessuale*, Roma, Astrolabio – Ubaldini, 1968.
- M. Bianchetti, C. Rozzoni, *Leib o Körper, chair e corpus: la filosofia e la nozione di corpo. Intervista a Mauro Carbone*, in: "Chora", n. 9, luglio 2004.
- R. Blanchard, *Heterosexual and homosexual gender dysphoria*. *Archives of Sexual Behavior*, Volume 16, Issue 2, pp. 39-152, April 1987.
- R. Blanchard, *The Concept of Autogynephilia and the Typology of Male Gender Dysphoria*, in: "Journal of Nervous & Mental Disease", Volume 177, Issue 10, October 1989.
- R. Blanchard, *Typology of male-to- female transsexualism*, *Archives of Sexual Behavior*, Volume 14, Issue 3, June 1985.
- R.R. Blom, R.C. Hennekam, D. Denys, *Body Integrity Identity Disorder*, in: "PLOS ONE", 7(4): e34702, 2012, doi:10.1371/journal.pone.0034702Blom RM.
- E. Borgna, *Come se finisse il mondo*, Feltrinelli, 2005, p.39.
- M. Bottone, P. Valerio, R. Vitelli, *L'enigma del transessualismo. Riflessioni cliniche e teoriche*, Milano, FrancoAngeli Editore, 2004.
- F. Brezzi, *Introduzione a Ricoeur*, Roma-Bari, Editori Laterza, 2006, p. 97.
- R. Britton, *Credenza e immaginazione*, Roma, Borla, 2006.
- J. Brockeimer Jens, "From the end to the beginning: Retrospective teleology in autobiography", in: *Narrative and Identity: Studies in Autobiography, Self and Culture*, a cura di J. Brockmeier, D. Carbaugh, John Beniamins publishing Co., 2001.

- P. Brugger, B. Lenggenhager, M.J. Giummarra, *Xenomelia: a social neuroscience view of altered bodily self-consciousness*, age, 48, 2013.
- V. Brugiattelli, *La relazione tra linguaggio ed essere in Ricoeur*, UNI Service, 2009.
- J.S. Bruner, *Prime fasi dello sviluppo cognitivo*, Milano, Armando Editore, 1991.
- J. Brunner, *La Fabbrica delle Storie. Diritto, letteratura, vita*, Roma-Bari, Laterza ed., 2002.
- J. Butler, *Fare e disfare il genere*, a cura di F. Zappino, prefazione di O. Guaraldo, Mimesis, 2014.
- B. Callieri, *Dall'anamnesi al racconto: analisi esistenziale e/o analisi narrativa?*, in: "Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria", Roma, n. 38-39, 2000.
- B. Callieri, L. Abbate, *Male transsexualism. Psychodynamic and phenomenological aspects*, in: "Journal of Psychopathology", 2, Vol. 5, n.4, Dic 1999.
- B. Callieri, M. Maldonato, G. Di Petta, *Lineamenti di Psicopatologia Fenomenologica*, Alfredo Guida Editore, 1999, p. 205.
- L. Cappellari, *La costituzione dell'intersoggettività: la psicosi come alterazione dell'ipseità*, in: "Atti del 3° Convegno Operatori psicosociali", ottobre 2010.
- A. Carotenuto, *Trattato di psicologia della personalità e delle differenze individuali*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1991.
- D. Carr, "Life and the narrator's art", in: H. Silverman, *Hermeneutics and Deconstruction*, State University of NY Press, 1985.
- L. Carroll, J.P. Gillroy, J. Ryan, *Counseling Transgendered, Transsexual, and Gender-Variant Clients*, in: "Journal of Counseling & Development", Spring, Vol. 80, 2002.
- Q. Cassam, "The Embodied Self", in: *The Oxford Handbook of the Self, Volume 1*, Oxford ed., 2011.
- G. Castignoli, *Il ripristino del Noi*, in: "Comprendre", 23, 67-78, 2013, <<http://www.rivistacomprendre.org/allegati/XXIII/castignoli.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.
- G.V. Catullo, "Carme LXIII", in: *Carmina. Il libro delle poesie. Testo latino a fronte*, a cura di N. Gardini, Feltrinelli, 2014.
- D.O. Cauldwell, *Psychopathia Trans-sexualis*, in: "Sexology Magazine", december, 1949.
- A. Cereda, *Tracce d'identità. Modificare il corpo, costruire il genere*, FrancoAngeli Editore, 2010.
- J.R. Christopher, *Out on a Limb: The Ethical Management of Body Integrity Identity Disorder*, in: "Neuroethics", Volume 2, Issue 1, April 2009.
- M. Citroni, *Attis a Roma e altri spaesamenti: Catullo, Cicerone, Seneca e l'esilio da se stessi*, Dictynna, 8, 2011, <<http://dictynna.revues.org/729>>; sito consultato il 15/02/2016.
- A. Civita, *Fenomenologia e Psicanalisi*, in: "Comprendre", 16-17-18, 2008.

- C.M. Cole, M.O. Boyle, L.E. Emory, W.J. Meyer, *Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnosis*, in: "Archives of Sexual Behavior", 26, 1997.
- E. Coleman, W.O. Bockting, L. Gooren, *Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals*, in: "Archives of Sexual Behavior", Volume 22, Issue 1, 1993.
- E. Coleman et al., *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th Version*, in: "International Journal of Transgenderism", 13(4), 01/2012.
- R.W. Connell, *Masculinities*, University of California press, Second edition, 2005.
- R. Connell, *Questioni di Genere*, Bologna, Edizioni Il Mulino, 1996.
- N. Craddock, C. O'Donovan, M.J. Owen, *The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis*, J Med Genet, 42, 2005.
- T.J. Crow, *Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine*, in: "British Journal of Psychiatry", 137, 2008.
- A.R. D'Augelli, "Identity development and sexual orientation: Toward a model of lesbian, gay, and bisexual development", in: E.J. Trickett, R.J. Watts, D. Birman, *Human diversity: Perspectives on people in context. The Jossey-Bass social and behavioral science series*, San Francisco, CA, US: Jossey-Bass, XXII, 1994.
- B. Dainton, *The Self and the Phenomenal*, in: "RATIO", Volume 17, Issue 4, December 2004.
- F. De André Princesa, in: *Anime salve*, BMG Ricordi, 1996, <<https://www.youtube.com/watch?v=t20tefoJvrw>>; sito consultato il 15/02/2016.
- C. Dhejne, P. Lichtenstein, M. Boman, A.L.V. Johansson, N. Langstrom, M. Landen. *Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden*, in: "PLOS ONE", 6, 2011.
- D. Di Ceglie, "Between Scylla and Charybdis: exploring atypical gender identity development in children and adolescents", in: *Trasvestitism, Transsexualism in the Psychoanalytic Dimension*, London, Karnac Books Ltd, 2009.
- D. Di Ceglie, *L'identità di genere: organizzazione atipica e percorsi di sviluppo*, In: "Rivista di Sessuologia", vol. 37, n. 3-4 Luglio-Dicembre, Roma, Scione Editore, 2013.
- D. Di Ceglie, "Riflessioni sulla natura dell'organizzazione atipica dell'identità di Genere", in: *Straniero nel mio corpo – Sviluppo atipico dell'identità di genere e salute*, Milano, FrancoAngeli Editore, 2002.
- D. Dixon, *An erotic attraction to amputees in Sexuality and Disability*, vol.6, 1983.
- J. Drescher et al., *Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11*, in: "International Review of Psychiatry", 24(6), December 2012.
- J. Drescher, *Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual (DSM)*, in: "Archives of Sexual Behavior", 39, 2010.

- D. Duišin, B. Batinic, J. Barišić, M. Djordjevic, S. Vujovic, M. Bizic, *Personality Disorders in Person with Gender Identity Disorder*, in: "Scientific World Journal", Volume 2014, Article ID 809058, dx.doi.org/10.1155/2014/809058.
- M. Elide, *Trattato di storia delle religioni*, Torino, Bollati Boringhieri, 1948.
- European Parliament, *Resolution on human rights, sexual orientation and gender identity at the United Nations n°B7-0523/2011*, 28/09/2011.
- D. Ezzy, "Theorizing narrative identity, symbolic interactionism and hermeneutics", in: *Organization and Identity*, a cura di A. Linstead, Routledge, 2008.
- B. Fabbroni, *Amore e dualità. Psicopatologia della coppia*, Edizioni Universitarie Romane, 2008.
- L. Feinberg, *Trans liberation: beyond pink and blue*, Boston, Beacon Press, 1998.
- F.M. Ferro, *Esperienze Psicotiche – questioni di struttura*, in: "Comprendre" 21, 2010, <<http://www.rivistacomprendre.org/allegati/XXI/ferro21.pdf> >; sito consultato il 15/02/2016.
- M.B. First. *Body integrity identity disorder: the persistent desire to acquire a physical disability*, *Psychopathology*, 45(1), 2012.
- M.B. First, *Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder*, *Psychol Med*, 35, 2005.
- A.D. Fisher, *Sociodemographic and clinical features of gender identity disorder: an Italian multicentric evaluation*, in: "The Journal of Sexual Medicine", 10(2), Feb 2013, doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.03006.x.
- S. Freud, *Volume 9: L'io e l'es (1917-1923)*, a cura di C.L. Musatti, Torino, Bollati Boringhieri, 1989.
- R. Galiani, "Un destino transessuale", in: *L'Enigma del Transessualismo*, a cura di Bottone, Valerio, Vitelli. FrancoAngeli Editore, 2004.
- U. Galimberti "Il corpo." *Antropologia, psicoanalisi, fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 1983.
- U. Galimberti, "La terra senza il male." *Jung: dall'inconscio al simbolo*, Milano, Feltrinelli, 2003.
- U. Galimberti, *Psichiatria e Fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 2009.
- S. Gallagher, D. Zahavi, *Phenomenological approaches to self-consciousness*, Stanford Encyclopedia of Philosophy, Oct 2010.
- V. Gallese, *Corpo non mente. Le neuroscienze cognitive e la genesi di soggettività ed intersoggettività*, in: "Educazione Sentimentale", 8-24, 2013.
- J. Garrabè; *Schizofrenia incipiens*, NOOS n.1, 23-32, 2005, <http://www.e-noos.it/rivista/1__05/pdf/2.pdf >; sito consultato il 15/02/2016.
- V. Gegas, M. Shwalbe, *Beyond the looking-glass self: Social Structure and efficacy based self-esteem*, in: "Social Psychology Quarterly", 1983, vol.46 n.2.

- A. Giambetti, *Ricoeur nel labirinto personalista*, FrancoAngeli Editore, 2013, p.61.
- M. Giannitrapani, *Archetipi del divino*, in: "Archeologia", Anno X, n. 2, feb, 2011, p.3, <http://estovest.net/pdf/Archetipi__del__divino.pdf>; sito consultato il 15/02/2016.
- M.J. Giumarra, J.L. Bradshaw, M.E. Nicholls, L.M. Hilti, P. Brugger, *Body integrity identity disorder: deranged body processing, right fronto-parietal dysfunction, and phenomenological experience of body incongruity*, in: "Neuropsychology Review", 21(4), Dec 2011.
- E. Goffman, *Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 1968.
- L. Gooren, *The biology of human psychosexual differentiation*, in: "Hormones and Behavior" 50, 2006.
- I. Gottesman, *Schizophrenia genesis: The origins of madness. A series of books in psychology*. New York, NY, US: W.H. Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co., 1991.
- M. Graglia, *Psicoterapia e omosessualità*, Roma, Carocci, 2009.
- G. Gross, G. Huber, J. Klosterkötter, M. Linz, *Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base (BSABS)*, Edizione italiana a cura di C. Maggini, R. Dalle Luche, ETS Editrice, Pisa, 1992.
- R. Guenon, *Simboli della Scienza sacra*, Milano, Adelphi, 1962.
- H. Benjamin, *International Gender Dysphoria Association's Standards Of Care For Gender Identity Disorders*, Sixth Version, February 2001.
- R.J. Havighurst, *Development task and education*, New York, Davisit Mc Kay, 1952.
- G. Heylens, E. Elaut, B.P.C. Kreukelsetal. et al., *Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries*, in: "British Journal of Psychiatry", vol. 204, n.2, 2014.
- J. Hillman, *Figure del Mito*, Milano, Adelphi, 2007, p.61.
- J. Hillman, *Saggio su Pan*. Milano, Adelphi, 1977, p.52.
- M. Hirschfeld, *Die Transvestiten, eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material*, Berlin, Medizinischer Verlag, Leipzig, Ferdinand Spohr, 1925.
- E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, II, Einaudi, 1950, cap.57.
- E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Vol.24, Il Saggiatore, 2008.
- E. Husserl, *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität. Husserliana XV*, Den Haag: Martinus Nijhoff, 1973.
- W. James, *The Principles of Psychology*, I, Read Books Ltd, 2013.
- J. Jiacobi, *Complesso archetipo simbolo nella psicologia di C. G. Jung*, Torino, Bollati Boringhieri, 1971, pp.38-39.

- J. Johnston, C. Elliott, *Healthy limb amputation: ethical and legal aspects*, in: "Clinical Medicine" 2.5, 2002.
- H. Jolly, *Hermaphroditism. A Critical Survey Postgrad*, in: "Medical Journal"; 32(374), 607, Dec 1956.
- C.G. Jung, *L'Io e l'Inconscio*, trad. di A. Vita, Torino, Boringhieri, 1967, p.173.
- F. Kafka, *La Metamorfosi e altri racconti*, Edizioni Mondadori, 2001.
- I. Kant, *Critica della Ragion Pura*, Bompiani, 2011, p.570.
- E. Kasten, *Body Integrity Identity Disorder (BIID): interrogation of patients and theories for explanation*, in: "Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie", 77(1), Jan 2009, doi:10.1055/s-0028-1100837. Epub 2008 Dec 19.
- B. Kimura, *Scritti di Psicopatologia Fenomenologica*, Giovanni Fioriti Editore, 2005, p.3.
- J. Klosterkotter, *Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase*, Arch. Gen. Psychiatry, 58, 2001.
- D. Koren, N. Reznik, M. Adres, R. Scheyer, A. Apter, T. Steinberg, J. Parnas, *Disturbances of basic self and prodromal symptoms among non-psychotic help-seeking adolescents*, in: "Psychological Medicine", Jul, 43(7), 2013.
- N. Lalli, *Lo spazio della mente. Saggi di psicosomatica*, Liguori Editore, 1997, <<http://www.nicolalalli.it/pdf/consultazione/spazio8.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.
- A. Lawrence, *Clinical and Theoretical Parallels Between Desire for Limb Amputation and Gender Identity Disorder*, in: "Archives of Sexual Behavior", Volume 35, Issue 3, June 2006.
- A. Lawrence, *Men Trapped in Men's Bodies: Narratives of Autogynephilic Transsexualism*, Springer, 2013.
- Legge 14 aprile 1982, n.164, *Norme in materia di rettificazione di riattribuzione di sesso*, <http://www.esteri.it/mae/doc/l164__1982.pdf>; sito consultato il 15/02/2016.
- D. Le Breton, *Segni d'identità. L'alterazione del corpo*, in: "Kainos Rivista Telematica di Critica Filosofica", 2002, *L'esperienza dell'altro*, n. 2, <<http://www.kainos.it/numero2/sezioni/ricerche/dottilebreton.html>>; sito consultato il 15/02/2016.
- I. Lev, *Gender Dysphoria: Two Steps Forward, One Step Back*, in: "Clinical social work journal", 41, 3, 2013.
- E. Levinas, *Di Dio che viene all'idea*, Vol. 171, Editoriale Jaca Book, 1986.
- E.D. Lindenmuth, *Mom, I need to be a girl*, New York, Walter Troom Publishing, 1998.
- A. MacIntyre, *Après la vertu: étude de théorie morale*, Presses universitaires de France, 1997.
- C. Maggini, "Introduzione alla versione italiana dell'EASE", in: G. Gross, G. Huber, J. Klosterkötter, M. Linz, *Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base (BSABS)*, Edizione italiana a cura di C. Maggini, P. Salvatore, Giovanni Fioriti Editore, 2009.

C. Maggini, R. Dalle Luche, "Presentazione dell'edizione Italiana della BSABS", in: G. Gross, G. Huber, J. Klosterkötter, M. Linz, *Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base (BSABS)*, Edizione italiana a cura di C. Maggini, R. Dalle Luche, ETS Editrice, Pisa, 1992.

G. Martinotti, *Fenomenologia della Corporeità, dalla psicopatologia alla clinica*, Edizioni Universitarie Romane, 2010.

P.D. McGeoch, D. Brang, T. Song, R.R. Lee, M. Huang, V.S. Ramachandran, *Xenmelia: a new right parietal lobe syndrome*, in: "Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry", 1, 82(12), Dec 2011.

H. Mead George, *The Social Self*, in: "Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods", 10(14), 1913.

C.S. Mellor, *First rank symptoms of schizophrenia*, in: "British Journal of Psychiatry", 117, 1970.

M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della Percezione*, Bompiani, 2012.

A. Michel, M. Ansseau, J.J. Legros, W. Pitchot, C. Mormont, *The transsexual: what about the future?*, in: "European Psychiatry", 17, 2002.

F. Monceri, *Oltre l'identità. Teorie queer e corpi transgender*, Pisa, Edizioni ETS, 2010.

J. Money, *Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings*, in: "Bulletin of the Johns Hopkins Hospital", 96(6), Jun 1955.

J. Money, *Gender: History, Theory and Usage of the Term in sexology and his relationship to nature/nurture*, in: "Journal of Sex and Marital Therapy", 11, 2, 1985.

J. Money, *Paraphilia in females: Fixation on amputation and lameness: Two personal accounts*, in: "Journal of Psychology & Human Sexuality" 3, n. 2, 1991.

J. Money, R. Jobaris, G. Furth, *Apotemnophilia: Two Cases of Self-Demand Amputation as a Paraphilia*, in: "The Journal of Sex Research" Vol.13, n.2, pp. 115-125, May 1977.

C. Moser, *Blanchard's autogynephilia theory: A critique*, in: "Journal of Homosexuality", 57(6), 2010.

S. Muller, *Body Integrity Identity Disorder (BIID)–Is the Amputation of Healthy Limbs Ethically Justified?*, in: "The American Journal of Bioethics", Volume 9, Issue 1, 2009.

C. Mundt, *Esperienza Abnorme del Sè: Un appello per la fenomenologia*, in: "Psychopathology", 38, 231-235, 2005, p.231.

C.F. Muscatello, F. Boaron, A. Mosca, P. Scudellari, *L'ora del vero Sentire, Dalla perdita dell'evidenza naturale alla rivelazione delirante*, in: "Comprendre" 13, 2003, <<http://www.rivistacomprendre.org/allegati/XIII.7.%20muscatello.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.

U. Neisser, *Five kinds of self-knowledge*, in: "Philosophical Psychology", Vol. 1, n.1, 1988.

B. Nelson, A. Thompson, A.R. Yung, *Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis "prodromal" population*, in: "Schizophrenia bulletin", 38, 6, 2012. doi: 10.1093/schbul/sbs007.

- F. Nietzsche, *Al di là dal bene e dal male*, Milano, Adelphi, 1977.
- A. Palmonari, "Identità, concetto di sé e compiti di sviluppo", in: A. Palmonari (a cura di), *Psicologia dell'adolescenza*, Bologna, Il Mulino, 1993.
- J. Parnas, P. Møller, T. Kircher, J. Thalbitzer, L.B. Jansson, P. Handest, D. Zahavi, *Esame dell'Abnorme Esperienza del Sè (EASE)*, Giovanni Fioriti Editore, 2008.
- V. Perego, *La fenomenologia francese tra metafisica e teologia*, Vita e pensiero, 2004.
- I. Persson, *Self-Doubt: Why We are not Identical to Things of Any Kind*, in: "Ratio", Volume 17, Issue 4, December 2004.
- G. Pietropolli Charmet, E. Riva, *La seconda nascita*, Milano, Unicopli, 1992.
- G. Pietropolli Charmet, *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Milano, Raffaello Cortina, 2000.
- J.H. Pleck, "The gender role strain paradigm: An update", in: R.L. Levant, W.S. Pollack, *A new psychology of men*, New York, US: Basic Books, XIV, 1995.
- Andrea Pollett, *Roma Virtuale*, <<http://roma.andreapollett.com/S1/romac20i.htm>>; sito consultato il 15/02/2016.
- B. Preciado, *Sex Design*, Centro Pompidou, Parigi, 2007.
- M. Pulito, *Identità come processo ermeneutico: Paul Ricoeur e l'analisi transazionale*, Armando Editore, 2003.
- A. Raballo, J. Parnas, *Examination of Anomalous Self-Experience: Initial Study of the Structure of Self-Disorders in Schizophrenia Spectrum*, *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200, 7, July 2012.
- A. Raballo, D. Sæbye, J. Parnas, *Looking at the Schizophrenia Spectrum Through the Prism of Self-disorders: An Empirical Study*, *Schizophr Bull*, 37 (2), 2011.
- P. Ricoeur, *L'identità narrativa*, trad. it. di A. Baldini, in: "Allegoria", 60, 2009.
- P. Ricoeur, *La persona*, Brescia, Morcelliana, 1977.
- P. Ricoeur, *Percorsi del Riconoscimento*, Milano, Raffaello Cortina, 2004.
- P. Ricoeur, *Sè come un altro*, 325, Milano, Jaka Book, 1990.
- P. Ricoeur, *Tempo e Racconto*, Vol III, Feltrinelli, 2007.
- W. Roscoe, *Priests of the Goddess: Gender Transgression in Ancient Religion*, *History of Religions*, Vol. 35, n.3, 1, Feb 1996.
- V. Ruggieri, *Mente corpo malattia*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1988.
- V. Ruggieri, *L'esperienza estetica. Fondamenti psicofisiologici per un'educazione estetica*, Roma, Armando Editore, 1997.
- E. Ruspini, S. Luciani, *Nuovi genitori*, Roma, Carocci, 2010.
- M. Russo, Z.L. Levine et al, *Association Between Symptom Dimensions and Categorical Diagnoses of Psychosis: A Cross-sectional and Longitudinal Investigation*, *Schizophr Bull*, 40(1), 2014.

- C. Saraceno, *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2003.
- L.A. Sass, "Negative Symptoms", *Schizophrenia, and the Self*, in: "International Journal of Psychology and Psychological Therapy", Vol. 3, n.2, 2003.
- L.A. Sass, *Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions)*, *Schizophrenia Research*. 152(1), 2014.
- L. Scarpat, *Un'espressione sbagliata e un penoso enigma*, *Leitmotiv*, 3, 123:132, 2003, <<http://www.ledonline.it/leitmotiv/Allegati/leitmotiv030309.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.
- P. Schilder, *Immagine di sé e schema corporeo*, trad. di R. Cremante e M. Poli, Milano, FrancoAngeli Editore, 1973.
- K. Schneider, *Psicopatologia Clinica*, Giovanni Fioriti Editore, 2005.
- D.P. Schreber, *Memorie di un malato di nervi*, Adelphi, 2012.
- J.P. Sartre, *L'essere e il nulla. La condizione umana secondo l'esistenzialismo*, Il Saggiatore, 2008.
- L. Scapin, B. Fabris, "Epidemiologia", in: E. Belgrano, B. Fabris, C. Trombetta, *Il transessualismo*, Milano, Kurtis, 1999.
- M.A. Sechehaye, *Diario di una Schizofrenica*, Giunti Editore, 2005, p.61.
- S. Shilling, *The Body and Social Theory*, SAGE, 2012, p.5.
- E.D. Sorene, C. Heras-Palou, F.D. Burke, *Self-amputation of a healthy hand: a case of body integrity identity disorder*, *J Hand Surg Br*, 31, 2006.
- G. Stanghellini, *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies*, Oxford University Press, 2004.
- G. Stanghellini, M. Ballerini, *Dis-socialità ovvero la crisi schizofrenica del senso comune*, *NOOS*, n.2, 2005, < http://www.e-noos.it/rivista/2__05/pdf/4.pdf >; sito consultato il 15/02/2016.
- G. Stanghellini, G. Ambrosini, R. Ciglia, A. Fusilli, *Il problema del Disturbo Generatore*, in: "Comprendre", 19, 260-270, 2009, p. 260 <<http://www.rivistacomprendre.org/allegati/XIX.Stanghellini%20e%20C.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.
- K. Steinmetz, *The Transgender Tipping Point*, in: "TIME", Vol.183, n..22, 9 giu 2014.
- R. Stoller, "Gender identity development and prognosis: a summary", in: C. Child, J.G. Young, *New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence*, New Haven, CT: Yale University Press, pp. 78-87, 1992.
- R. Stoller, *Sex and Gender: The Development of Masculinity and Femininity*, Karnac press, 1975, p.154.
- Student Support Services Department (SSSD), *San Francisco Unified School District LGBTQ Student Data 2013, Youth Risk Behavior Survey (YRBS)*. San Francisco, 2013, <<http://www.healthiersf.org/LGBTQ/GetTheFacts/docs/LGBTQ%20Student%20Safety%20Data%20SY2013-14.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.

- J.-J. Sue, *Anecdotes historiques, littéraires et critiques, sur la mèe médecine, la chirurgie, e-la pharmacie. 1st part*, Paris: Chez la Bocher, 1785.
- H. Tajfel, *Gruppi Umani e Categorie Sociali*, Bologna, Il Mulino, 1999.
- F. Tasker, “Esperienza Omosessuale durante l’adolescenza”, in: *Straniero nel mio Corpo*, a cura di D. De Ceglie, FrancoAngeli Editore, 2002.
- L. Tumaia, *La freccia e il dolore*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006.
- F. Turollo, *Verità sul metodo – indagini su Paul Ricoeur*, Padova, Il Poligrafo, 2000.
- G. Vallar, *Somatoparaphrenia: a body delusion. A review of the neuropsychological literature*, in: “Experimental Brain Research”, 192(3), Jan 2009.
- M. T. van Dijk, G. A. van Wingen, A. van Lammeren, R. M. Blom, B. P. de Kwaastenniet, H. S. Scholte, D. Denys, *Neural Basis of Limb Ownership in Individuals with Body Integrity Identity Disorder*, in: “PLOS ONE” 8(8): e72212, 2003, doi:10.1371/journal.pone.0072212
- B. van Fraassen, *Transcendence of the Ego (The Non-Existent Knight)*, in: “RATIO”, Volume 17, Issue 4, December 2004, p. 454.
- A. Van Gennep, *I riti di passaggio*, Torino, Bollati Boringhieri, 1981.
- Vanguard Current Luana Muniz, <<https://www.youtube.com/watch?v=-I5XVhY-ZwRE>>; sito consultato il 15/02/2016.
- L. Vanzago, “Io/Altro”, in R. Ronchi (a cura di), *Filosofia teoretica*, UTET, 2009.
- A. de Vigny, “La collera di Sansone”, in: *Poemi antichi e moderni. I destini*, Garzanti, 1991.
- R. Vitelli, *L'al di là del femminile: nota per una lettura daseisanalitica del transessualismo maschile*, in: “Comprendre”, n. 21, 2010, <<http://www.rivistacomprendre.org/allegati/XXI/vitelli.pdf>>; sito consultato il 15/02/2016.
- A. De Waelhens, *Une philosophie de l’ambiguïté. L’existentialisme de Merleau-Ponty*, Editore: Louvain, 1951.
- D. Welzer-Land, *Maschi e altri maschi. Gli uomini e la sessualità*, Torino, Einaudi, 2006.
- P. Wilson, “Sviluppo e salute mentale: il tema della differenza nello sviluppo atipico della identità di genere”, in: *Straniero nel mio Corpo*, a cura di D. De Ceglie, FrancoAngeli Editore, 2002.
- D. Winnicott, *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando Editore, 1970.
- K. Winters, *Autogynephilia: The infallible derogatoryhypothesis, Part 1*, GID Reform Advocates, 2008.
- K. Winters, *GID Reform in the DSM-5 and ICD-11: a Status Update*, GID Reform Advocates, 2013.
- World Professional Association for Transgender Health, *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People*, Seventh version 2012.

A.R. Yung, P.D. McGorry, *The prodromal phase of first episode psychosis: past and current conceptualizations*, in: "Schizophrenia Bulletin", 22, 1996.

D. Zahavi, "Phenomenology of Self", in: T. Kircher, A. David, *The Self in neuroscience and psychiatry*, Cambridge University Press, 2003.

E. Zito, P. Valerio, *Corpi sull'uscio, identità possibili. Il fenomeno dei femminielli a Napoli*, Napoli, Filema editore, 2010, p.36.

J.K. Zucker, *Was the Gender Identity Disorder of Childhood Diagnosis Introduced into DSM-III as a Backdoor Maneuver to Replace Homosexuality? A Historical Note*, in: "Journal of Sex & Marital Therapy", 31, 2005.