



Io non sono il mio corpo. FtM: intorno alla transessualità femminile di Monica Scaglione

A Gabriella, aggraziata microchirurga dell'anima.

INTRODUZIONE

Il Primo comandamento dell'Analisi Bioenergetica è dichiaratamente violato, ma non impunemente. La punizione è l'esilio da se stessi, l'emarginazione sociale, le umiliazioni e le discriminazioni sui luoghi di lavoro, il senso di essere sballati.

La transessualità è un tema complesso, qui trattato attraverso la presentazione di un caso clinico, all'interno della prospettiva dell'Analisi Bioenergetica, per quanto nella letteratura specifica questo disturbo non venga menzionato. Proprio la centralità del ruolo del corpo in questa controversa condizione esistenziale, mi porta a volerne approfondire le dinamiche sottostanti. Le riflessioni sulla transessualità, o disturbo dell'identità di genere, sono nate dall'incontro con un paziente arrivato al Servizio di Psichiatria per sindrome ansioso-depressiva, su sua richiesta al medico di base. Questo paziente, che chiamerò Stefano, ha l'aspetto di un uomo e parla di sé in termini maschili anche raccontando della prima infanzia. E' un atteggiamento collusivo il parlare del paziente al passato in termini maschili? Visto che si è sempre sentito maschio fin da piccolo rispetterò il suo sentimento tanto profondo quanto doloroso nel riferirmi a lui come ad un maschio, anche quando il suo corpo era in tutto e per tutto quello femminile.

La valutazione psicodiagnostica è avvenuta nel corso di quattro colloqui, i primi due anamnestici, la somministrazione del test di Rorschach e la restituzione con la proposta di un ciclo di sedute di psicoterapia. La disponibilità dell'ASL è di dieci sedute, per cui, sottolineando la brevità del tempo a disposizione ho predisposto una cornice per un intervento psicoterapeutico supportivo, ma il paziente, con un alto grado di introspezione, era pronto per scendere dentro di sé, per cui nell'arco di poche sedute ci siamo trovati ad attraversare i suoi abissi. Stefano è già stato operato, non mette in discussione la sua identità di genere, è un uomo, e la medicina ha dato concretezza al sentimento di sé che ora è stampato anche sui documenti d'identità.

La terapia con Stefano è un viaggio avventuroso in cui si incontrano bambini feriti, vagine mostruose, padri violenti con la puzza d'alcol e sigarette, voragini di solitudine ed un bisogno incondizionato di accettazione. Stefano affronta questo viaggio con la determinazione ed il coraggio di chi non ce la può a sopravvivere, vuole vivere.

La mia attenzione si focalizzerà sul transessualismo FtM, fenomeno meno conosciuto, sia perché l'incidenza statistica è circa un quarto rispetto a quella MtF, sia per la minor visibilità.

Inizierò la mia esplorazione investigando le relazioni tra identità di genere e transessualità per poi soffermarmi su alcune teorie psicologiche con lo scopo di comprendere in particolar modo il transessualismo FtM.

La presentazione del caso clinico è nell'ottica della "complessificazione": nell'evidenziare alcune tematiche portate dal paziente l'intento è quello di mostrare dal di dentro i nodi e le ferite che possono stare alla base, e comunque che segnano il travagliato percorso dello sviluppo di un'identità di genere contrapposta al proprio corpo.

Un corpo vissuto come bugiardo, ma dove sta la bugia?

Innanzitutto ci sono diverse forme di transessualità, almeno tante quante sono le persone che chiedono aiuto per superare il proprio disagio, per cui è importante accostarsi al paziente tenendo conto delle dinamiche psicologiche, biologiche e culturali, nonché della realtà sociale in cui è inserito. L'approccio analitico bioenergetico risulta particolarmente indicato per chi ha un rapporto così conflittuale con il proprio corpo ed è utile per un profondo processo di integrazione delle parti di sé.

In questa sede presenterò un breve percorso terapeutico, denso di contenuti e di passaggi, con l'obiettivo di fornire al lettore qualche elemento utile che apra le porte alla riflessione su questo tema. Non potendo soffermarmi sulle singole sedute e sugli aspetti controtransferali spero che l'esposizione non risulti superficiale.

Ribadisco che lo scopo di questo lavoro è principalmente quello di portare alla luce della prospettiva analitico bioenergetica la condizione transessuale, inserita nel processo di costruzione di sé.

IDENTITA' DI GENERE E TRANSESSUALITA'

L'identità di genere affonda le sue radici nell'identità sessuale, concetto che si riferisce alla femminilità o alla mascolinità di un individuo e che è determinata da cinque fattori: i cromosomi sessuali, la presenza di gonadi maschili o femminili, la componente ormonale, le strutture riproduttive accessorie interne, gli organi sessuali esterni.

Il processo di sviluppo della propria identità sessuale è un percorso a tappe in cui il sesso cromosomico viene sottoposto a continue verifiche biologiche, psicologiche e sociali. L'identità di genere che ne risulta è la percezione unitaria e persistente di se stessi come appartenente al genere maschile, femminile o ambivalente. Secondo Money (1973), uno dei primi a fare chiarezza in questo ambito, il processo di formazione dell'identità di genere avviene attraverso il superamento di quattro "cancelli" dal concepimento all'apprendimento del linguaggio. I primi, di natura biologica, avvengono tra la fecondazione e la nascita e riguardano la formazione degli organi sessuali interni ed esterni e la componente ormonale. Alla nascita i tre cancelli biologici si chiudono definitivamente e l'ultimo cancello da superare per l'acquisizione dell'identità di genere è quello psicologico. Questo cancello si chiude verso i tre anni, infatti, con l'apprendimento del linguaggio, il bambino avrà definitivamente strutturato la sua identità di genere definendosi come maschio o femmina.

Per l'individuo è necessario crearsi dei modelli interni dell'appartenenza ad un sesso piuttosto che all'altro, e questi modelli vengono appresi fin dalla nascita attraverso l'osservazione del comportamento altrui, dall'educazione ricevuta e dall'esperienza.

Money (ibidem) descrive l'identità di genere come l'esperienza sessuata di se stessi e del proprio comportamento indipendentemente dal ruolo sessuale assunto di fronte agli altri. Il ruolo di genere viene descritto come l'espressione esteriore dell'identità di genere, ossia comportamenti, atteggiamenti, opinioni e sentimenti con cui l'individuo si relaziona e viene quindi riconosciuto dagli altri come uomo e come donna, prescindendo da quale sia il sesso biologico di appartenenza.

Il concetto di "normalità" consisterebbe quindi nella coincidenza tra identità di genere e sesso biologico.

Per poter diagnosticare un Disturbo dell'Identità di Genere (DIG), il DSM IV-TR prevede che siano presenti:

- un'intensa e persistente identificazione col sesso opposto, che è il desiderio di essere, o l'insistenza sul fatto di essere, del sesso opposto;
- l'identificazione con l'altro sesso non deve essere solo un desiderio per qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto.

Inoltre, deve esserci prova di un persistente malessere riguardo alla propria assegnazione sessuale, oppure un senso di estraneità riguardo al ruolo di genere del proprio sesso che comporti un disagio significativo sul piano clinico, o una compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento.

Gli adulti con Disturbo dell'Identità di Genere sono assorbiti da un intenso desiderio di vivere come un membro dell'altro sesso, adottandone il ruolo sociale e acquisendone l'aspetto fisico attraverso trattamenti ormonali o chirurgici.

Il disagio dei soggetti con Disturbo dell'Identità di Genere si manifesta in modo diverso lungo il corso della vita. Nei bambini piccoli il disagio si manifesta tramite la dichiarata scontentezza riguardo alla propria assegnazione sessuale, malessere che spesso interferisce nelle attività ordinarie. Nei bambini più grandi l'incapacità di sviluppare esperienze e rapporti adeguati per l'età con i compagni dello stesso sesso porta spesso all'isolamento, alcuni bambini possono rifiutarsi di andare a scuola per le prese in giro o per le pressioni ad indossare abiti tipici del proprio sesso. Negli adolescenti e negli adulti, l'eccessivo coinvolgimento nel desiderio di appartenere all'altro sesso frequentemente interferisce con le attività ordinarie, il rendimento a scuola o sul lavoro può essere compromesso e sono comuni difficoltà relazionali.

Tra l'altro l'adolescenza risulta essere una fase particolarmente delicata, in quanto la maturata consapevolezza del disagio viene a coincidere con lo sviluppo e l'integrazione dei caratteri sessuali secondari, aumentando l'incertezza rispetto alla propria identità sessuale.

Il termine "transessuale" viene coniato nel 1949 dal dottor David Cauldwell, ma diventa di uso comune dopo la pubblicazione del libro "The transexual phenomenon" ("Il fenomeno transessuale"), del dottor Harry Benjamin, edito nel 1966. E' il primo libro che indaga sulla transessualità come unica patologia classificata come psichiatrica a non essere curata psichiatricamente. Lo psichiatra infatti non guarisce la persona transessuale facendola sentire a suo agio col suo sesso di origine, bensì avviando la persona a cui è stato diagnosticato il "Disturbo dell'Identità di Genere" alle terapie endocrinologiche e/o chirurgiche per iniziare il percorso di transizione.

Per transessuale uomo-donna (Male to Female, MtF) si intende la persona che vive la propria identità come femminile anche se biologicamente con un corpo maschile. Viceversa, per transessuale donna-uomo (Female to Male, FtM) si intende la persona che vive la propria identità come maschile anche se in un corpo femminile.

Il disagio vissuto dalle persone transessuali può esser meglio compreso focalizzando l'attenzione sul vissuto rispetto all'immagine corporea, un concetto chiave nella vita delle persone che vivono questo disturbo. Infatti, ogni persona possiede una rappresentazione mentale del proprio corpo -schema corporeo- che le permette di muoversi nello spazio, di autorappresentarsi e autodefinirsi sia dal punto di vista corporeo globale, sia da quello sessuale.

Se però esiste una situazione patologica in cui il soggetto avverte una forte scissione tra Sé somatico e Sé psichico, ci si può trovare di fronte al rifiuto del proprio corpo e, con esso, della propria sessualità, avendo in mente la proiezione della propria corporeità in una ben diversa rappresentazione di schema corporeo. Fondamentale allora diviene l'esperienza del corpo nella sua dimensione soggettiva, poiché da essa si genera la rappresentazione di sé. Se dunque l'identità è quel processo dinamico di corrispondenza tra i livelli sensoriali, la rappresentazione del corpo presente a livello cerebrale (immagine corporea) e la rappresentazione di sé, perché si possa parlare di identità è necessario anche che l'autorappresentazione del soggetto sia confermata dall'esperienza quotidiana. La crisi d'identità insorge quando l'esperienza contraddice le previsioni legate all'autorappresentazione. L'identità di genere viene messa a confronto diretto con l'esterno, e il proprio vissuto psichico può essere o non essere confermato (Ruggieri, 1999).

In sintesi, il transessualismo si esprime nel conflitto vissuto tra il proprio corpo biologico e la rappresentazione mentale dell'immagine corporea, la quale si è andata strutturando nel corso della vita, fin dalla prima infanzia attraverso un feed-back continuo tra centro e periferia. Di conseguenza, l'incongruenza tra identità fisica e identità psichica è causa di un profondo malessere che pervade ogni aspetto della vita delle persone transessuali, da quello sociale a quello relazionale.

L'emergere dell'identità transessuale pone progressivamente la persona di fronte ad alcuni snodi inevitabili e ad alcune scelte rispetto alla propria vita che mettono in gioco relazioni ed affetti e, con essi, il proprio senso di sicurezza che, quando viene meno, genera il timore di essere schiacciato dal macigno della propria identità impossibile (Grosso, 2007).

SGUARDI INCROCIATI SUL TRANSESSUALISMO FEMMINILE

Il transessualismo femminile è culturalmente considerato secondo prospettive molto diverse: alcuni hanno su di esso uno sguardo quasi reverenziale, altri lo vedono semplicemente come una manifestazione psicotica ed altri ancora enfatizzano il suo aspetto mistico investigando una possibile relazione tra il transessualismo e la trasmigrazione delle anime dopo la morte. Come ci fa notare Lothstein (1983), queste differenti prospettive riflettono la confusione della nostra società come anche la fascinazione per la bisessualità (all'interno di un paradigma culturale di dominio maschile). L'autore dedica un libro specificamente al transessualismo femminile: organizza il corpo della letteratura su di esso attraversando ipotesi e risultati sperimentali di biologia, psichiatria, sociologia,

per poi approfondire lo sguardo psicologico sull'eziologia ed il trattamento delle persone che si presentano a chiedere aiuto per il proprio disagio.

Gli obiettivi che si pone, alla luce dell'esperienza maturata in otto anni di attività presso la Clinica dell'Identità di Genere, sono innanzitutto di fare chiarezza laddove regna una certa confusione puntellata da "miti" fuorvianti rispetto alla comprensione approfondita del fenomeno.

Inizieremo a creare uno spazio di comprensione aiutandoci proprio con il lavoro di ricerca del dott. Lothstein. Seguendo il suo lavoro prepareremo il terreno di analisi cominciando innanzitutto con lo scardinare i falsi miti riguardo al transessualismo femminile.

Mito 1: Il transessualismo femminile non esiste come disturbo, o se esiste, è così raro che non necessita d'essere investigato

Comparato con gli altri disturbi psicologici il transessualismo femminile è raro, ma non lo è certamente se comparato a quello maschile. Inoltre i dati clinici mostrano un fenomeno in crescita e sicuramente meritevole di investigazione, sia dal punto di vista psicologico, sia in quanto condizione sociale che ha significati politici, ideologici e sociologici.

Mito 2: Il transessualismo femminile è un fenomeno nuovo senza antecedenti storici, un prodotto dello sfruttamento mediatico di tutto ciò che riguarda la sessualità

Il fenomeno, come dimostrato dalle ricerche ha le sue radici nelle civiltà antiche, ha un significato interculturale ed antropologico¹, menzionato per la prima volta come possibile disturbo psicologico nel 1800.

Mito 3: Il transessualismo femminile è puramente un disturbo fisiologico, legato ai cromosomi, alla genetica ed alle influenze endocrinologiche

Per quanto ci siano studi che dimostrino gli effetti degli ormoni nella fase prenatale sullo sviluppo del cervello e sul comportamento di genere, nonché il peso dei fattori genetici, i loro dati traggono evidenza soprattutto dall'analisi dell'intersessualità e dell'ermafroditismo, per cui per quanto sia la spiegazione che ottiene maggior favore da parte delle persone transessuali, visto che porta a considerare la loro condizione come "un dato di fatto" di natura biologica, non sembra essere esaustiva per molti casi di transessualismo.

Mito 4: Tutte le femmine transessuali sono clinicamente psicotiche

Questa affermazione è falsa, pur considerando che l'incidenza della psicosi nella popolazione transessuale femminile si aggira tra il 5 ed il 15 % ed è significativamente maggiore rispetto a quella rintracciata all'interno della popolazione generale.

Mito 5: Tutte le femmine transessuali sono normali a parte la loro patologia di genere

Le FtM vivono in un mondo che, per la maggior parte, le stigmatizza e le esclude. Ogni giorno devono negoziare un falso Sé nelle loro relazioni sociali. Il costo psicologico ed emotivo di queste impersonificazioni è enormemente stressante. Di conseguenza, devono imparare a gestire false realtà sociali e vivere nella costante paura dell'esposizione. Già la vita ordinaria è fonte continua di sofferenza, inoltre molte di loro hanno seri disturbi di personalità che incidono sul senso di realtà e sull'abilità di rapportarsi agli altri. Spesso sono presenti depressione, ansia, attacchi di panico e disturbi psicosomatici. Se non vengono riconosciute le problematiche psicologiche, non si farà un'adeguata diagnosi che permetta il trattamento degli aspetti emotivi più profondi.

¹ "Il fenomeno transessuale (1966), 1968, Astrolabio, Ubaldini Editore, Roma. L'appendice sugli aspetti mitologici, storici ed etnologici del transessualismo, a cura di Richard Green, mostra come il fenomeno dell'assunzione del ruolo di membro del sesso opposto si rintracci nei più antichi miti documentati e come sia stato integrato nelle diverse culture secondo una variabile gradazione di accettazione sociale.

Mito 6: Tutti i casi di transessualismo femminile possono essere spiegati facendo riferimento ad una teoria unitaria

Ignorando l'esperienza clinica e la diversità delle patologie dell'identità di genere femminile, spesso sono state offerte come ipotesi esplicative delle teorie parziali presentandole come spiegazioni esaustive del fenomeno. La prospettiva più diffusa, quella che stigmatizza tutte le FtM come omosessuali è, al massimo, un'esagerazione di una parziale verità e anche la teoria che rintraccia le spiegazioni del transessualismo femminile in un contesto familiare con un padre che mascolinizza la figlia ed una madre fragile incapace di proteggerla, risulta essere un'ipersemplificazione, per cui è opportuno conservare uno sguardo clinico guidato dalle conoscenze teoriche e non ingabbiato in esse, diventando altrimenti cieco a ciò che non contempla.

Mito 7: La riassegnazione chirurgica di sesso è il trattamento elettivo e la psicoterapia è inutile

Questo mito è perpetuato dai chirurghi che ritengono di ridurre la sofferenza dei transessuali attraverso la chirurgia sessuale, ed è supportato dai fallimenti psicoterapici e dai pazienti stessi che minacciano il suicidio se non verranno operati e che sostengono che sia l'unica via utile.

L'esperienza clinica mostra che la riassegnazione chirurgica di sesso può essere risolutiva per alcuni pazienti selezionati, ma che è la psicoterapia il trattamento elettivo per le FtM. Nelle cliniche per i disturbi di genere la maggioranza del personale che vi opera non ha una formazione psicoterapeutica e conosce molto poco o nulla della psicopatologia psicoanalitica e dei metodi della psichiatria descrittiva.

Mito 8: Il transessualismo femminile non è un disturbo psicologico, ma uno stile di vita alternativo

Le donne che vivono la condizione transessuale hanno un urgente e compulsivo desiderio di eliminare da loro stesse il seno e gli organi genitali, sono ossessionate dal vestire abiti maschili, interpretare un ruolo maschile ed essere socialmente accettate come uomini. Negano di essere omosessuali e sono interessate a donne eterosessuali. Molte di queste persone sono ossessionate dal desiderio di essere operate e di avere un pene, è come se non avessero scelta.

Tutte sperimentano un senso di urgenza nel cambiare il loro ruolo di genere e sentono che solo vivendo come uomini potranno sperimentare un senso di calma e completezza.

Le loro azioni ed i loro desideri suggeriscono che non stanno scegliendo uno stile di vita alternativo, ma sono costrette dalla loro ossessione di diventare maschi.

Le evidenze cliniche mostrano come l'agire un ruolo sociale maschile non allevi completamente l'ansia e la depressione.

FtM: UOMO INGABBIATO IN UN CORPO DI DONNA?

IPOTESI SULL'EZIOLOGIA PSICOLOGICA DELLA TRANSESSUALITA' FEMMINILE

Dopo aver tentato di fare un po' di pulizia concettuale nell'avvicinarci a questo complesso fenomeno, cerchiamo di comprenderlo cogliendo gli spunti teorici che si sono rivelati utili nella mia esperienza clinica, ad impostazione analitico-bioenergetica. Nell'ambito dell'Analisi Bioenergetica purtroppo non ho trovato articoli trattanti questo argomento. Neppure lo stesso Lowen si è espresso direttamente riguardo alla transessualità, anche se nei suoi libri c'è una tale ricchezza di materiale clinico da offrire chiavi di lettura pertinenti e acute di questo fenomeno.

Se a livello descrittivo il disturbo dell'Identità di Genere trova un accordo generale, questo non avviene riguardo la sua eziologia. Partendo dal presupposto che esistono più forme di transessualismo femminile, e che ogni persona è un universo a sé, ritengo sia importante avere griglie di lettura che predispongano il clinico a porsi delle questioni aprendo il campo d'indagine conoscitiva, piuttosto che ad accostarvisi con un senso di impotenza, come davanti ad un dato di fatto ineluttabile.

Volgendo lo sguardo alle dinamiche familiari delle FtM, Pauly (1974), seguendo le teorizzazioni di Stoller, nota che le FtM si identificano con i loro padri piuttosto che con le loro madri, sebbene la loro visione del padre sia generalmente negativa, se non spaventosa. La madre è vista come debole, malata,

emotivamente disturbata o inaffidabile e bisognosa di protezione da un padre tirannico, violento e spesso alcolizzato. Le relazioni fra i genitori sono spesso insane.

Dal punto di vista della teoria delle relazioni oggettuali queste bambine, durante un periodo critico dello sviluppo, quello della separazione-individuazione, non hanno potuto internalizzare buone relazioni, ma relazioni oggettuali patologiche.

Sentendosi vulnerabili e non protette queste bambine sentono che come femmine possono solo essere penetrate e annichilite. La difesa che permette loro di sopravvivere è la scissione delle loro parti femminili. Percepiscono in loro un cattivo Sé femminile ed un buon Sé maschile. Nello sforzo di sentirsi buone e di proteggere il proprio vero Sé dall'essere annichilito da aggressioni, scindono il cattivo Sé femminile ed associano l'essere aggressive al diventare maschi. Il pene diventa così una sorta di totem associato alla sopravvivenza e simbolizzante le parti maschili "totalmente buone". I reali pericoli vengono da dentro, dalla passività e dalla vulnerabilità associate alla femminilità. Mentalmente le parti femminili sono rappresentate come attaccanti gli oggetti interni. Per quanto anelino ad un senso di interezza questa è associata alla regressione, ad un'unione simbiotica con la madre (che potrebbe minacciare la sua separatezza come persona). Infatti, sia la madre reale, sia quella introiettata, sono viste come minacce alla propria sopravvivenza. Pensano che la loro sopravvivenza psichica sia possibile solo espellendo la rappresentazione "tossica" della femmina. Volkan (1976) sostiene che tra le FtM sia predominante un'organizzazione di personalità borderline che è caratterizzata dalla non evoluzione della capacità di unificare opposti e contraddittori stati affettivi primitivi; Il meccanismo di difesa prevalente è la scissione attuata per preservare un'immagine di sé tutta buona. In ultimo l'organizzazione di personalità borderline è vista come una patologia caratteriale stabile che si struttura nei primi tre anni di vita, caratterizzata da un Io debole (bassa tolleranza della frustrazione, controllo inadeguato degli impulsi, mancanza di canali sublimatori, bassa tolleranza dell'ansia).

Approdando alla psicologia del Sé troviamo un'ulteriore chiave di lettura. Sebbene Kohut non abbia mai affrontato la questione del transessualismo femminile, le sue speculazioni sulle origini e sullo sviluppo del Sé, il narcisismo sano e l'autostima possono essere impiegate per aiutarci nella comprensione di alcuni conflitti focali per le FtM. Lothstein ipotizza che nel periodo in cui si stavano formando le prime rudimentali strutture del Sé legate al genere di appartenenza, l'arcaico Sé infantile si stava sviluppando anch'esso in un Sé più coeso e strutturato nel quale i bisogni grandiosi, onnipotenti ed idealizzati assumevano nuove forme. Attorno ai 18 mesi, il bambino è pieno della gioia delle nuove abilità corporee da poco apprese, cammina, salta, sperimenta nuovi movimenti in un moto perpetuo che ha in sé il piacere dell'onnipotenza. E' "pieno di sé". In questa fase i momenti salienti sono quelli del re-incontro: quei momenti in cui, dopo aver esplorato lo spazio intorno a sé, torna dalla madre, tutto fiero del suo corpo, per fare rifornimento affettivo. E' nel re-incontro che avvengono gli scambi emotivi significativi nel processo di individuazione ed è lì che il bambino può sperimentare la vergogna (Schore, 2003). Nel momento della pienezza esplorativa si ha una piena percezione del corpo e la vergogna aumenta, anche se dolorosamente, questa percezione. E' forse in questo passaggio evolutivo che si impara che è meglio, più protettivo, capire prima di esporsi (Cinotti, 2006).

Durante questo periodo le madri delle FtM probabilmente non erano in grado di legarsi empaticamente alle figlie e supportare la loro femminilità nascente. Di conseguenza queste donne divennero vulnerabili a sentimenti di inferiorità e di mancanza di vita rispetto al Sé corporeo femminile. I bisogni grandiosi, esibizionistici ed onnipotenti del Sé arcaico potrebbero essere stati ignorati o aver ricevuto una risposta inadeguata lasciando il Sé svuotato, fragile e frammentato riguardo a queste questioni. Si enuclea così una profonda patologia del Sé che, nella ricerca della perfezione, perpetua l'eterno tentativo di riparare il sottostante difetto del Sé attraverso un sovrainvestimento dell'idealizzato ed onnipotente oggetto-sé del padre, che è il proprio elemento maschile.

La chirurgia sessuale non può ricostruire la necessaria struttura interna, è un tentativo primitivo di provvedere alla coesione del Sé mantenendone la costanza.

Sulla scorta di queste prospettive teoriche, utili per non fermarmi solo sul disagio profondo, ma inevitabile, del suo sentirsi uomo in un corpo sbagliato, mi sono avvicinata a Stefano.

LA BOTTIGLIA, IL CONTENUTO E L'ETICHETTA

Il caso di Stefano

Stefano si presenta come un uomo quarantenne curato, colto e dai modi educati. Gli occhi sono spalancati, fissati in un'espressione di paura. Al primo colloquio entra nella stanza con un'andatura un po' incerta e nel parlare mostra qualche leggera difficoltà di articolazione delle parole e, nei momenti di maggior emotività, delle contrazioni involontarie dei muscoli del volto. Presenta un torace gonfio, collo corto ed i fianchi molto stretti.

Storia biografica²: nascita prematura a 7 mesi, danno neurologico che provoca ritardo nello sviluppo motorio. Per i primi mesi di vita è stato all'ospedale, non allattato dalla madre. Madre debole, su cui non si poteva appoggiare, ma molto intrusiva ed iperprotettiva. Madre che non reggeva le emozioni del bambino, negando i suoi vissuti.

Padre alcolista, prepotente e violento. Intensi vissuti di terrore rispetto al padre nell'infanzia.

Sentimenti di solitudine ed isolamento a scuola presso un istituto religioso, dove a causa dei suoi problemi motori era trattato in modo diverso rispetto agli altri, gli venivano impedito molte attività per paura che si facesse male o che provocasse dei danni. Riferisce d'esser stato un bambino molto vivace, ma sempre bloccato nell'espressione di sé.

Preferenza per i giochi maschili già verso i 5 anni quando si rifiutava di fare "l'amica della mamma" con una sua amichetta, rivendicando il proprio diritto ad essere il papà.

Nel presentare l'approccio analitico-bioenergetico gli si apre il ricordo della sua fisioterapia intorno ai 12 anni. I suoi vissuti erano di fastidio rispetto alla manipolazione del proprio corpo, un corpo poco funzionante e sbagliato, e nello stesso tempo di eccitazione nei confronti della fisioterapista. Eccitazione e fastidio per il contatto creavano in lui un intenso turbamento. Per farmi comprendere i suoi vissuti riguardo al suo genere di appartenenza mi propone la metafora di una bottiglia d'acqua piena d'olio. "Sull'etichetta c'è scritto "acqua", ma dentro c'è olio, e allora è una bottiglia d'acqua o una bottiglia d'olio? Bisogna credere all'etichetta o al contenuto?"

Con la pubertà inizia l'interesse per le ragazze, ma sentendosi ragazzo. Ha timore ad esporsi e problemi a relazionarsi con entrambi i sessi, non accetta che il suo corpo si dichiari sempre più distintamente come femminile. Un giorno, intorno ai 15 anni, la madre, a suon di ceffoni, stufa di vederla vestita come un maschiaccio la obbliga a mettersi una gonna ed una camicetta elegante. Mentre scende da sola lungo una strada incontra tre ragazzi che la importunano, prima a parole con battute volgari, poi iniziano a palpeggiarla. Allora lei si sfilava la borsetta, si rimbocca le maniche della camicetta e prende a picchiarli facendo uscire la furia che ha dentro, sferra pugni e calci contro due di loro, atterrandoli, il terzo scappa dicendo "ma questa è un maschio!". Una furia già conosciuta perché scoppiata altre volte verso il padre, per difendere la madre. Afferrato per la collottola lo metteva al muro.

Il ruolo "paterno" era affidato ad una vicina, figura rigida ed autoritaria che ogni giorno andava in casa loro per seguire Stefano nello studio e che veniva interpellata dalla madre per avere consigli educativi.

Finite le scuole superiori segue il suo sogno di diventare medico iscrivendosi alla facoltà di medicina in un'altra città. Si trasferisce ed inizia il suo percorso di transizione sessuale, prima sottoponendosi a cure ormonali per cui cominciano a crescere barba e peli ed il suo aspetto diventa maschile. Intorno ai 25 anni si sottopone a diversi interventi chirurgici per l'asportazione dei seni, dell'utero e la costruzione di un pene.

L'intervento a livello estetico è perfetto, ma non a livello funzionale in quanto non c'è la possibilità di erezione. Per cui durante un rapporto sessuale deve servirsi di una protesi. Inoltre è ancora presente la vagina nel suo corpo, e non tollera questa presenza ingombrante. Non vuole niente di femminile in sé. Deve sospendere gli studi per pagare i debiti di gioco del padre e successivamente risolvere i problemi lasciati alla sua morte, cercando fino all'ultimo, invano, una riconciliazione.

² La storia biografica della vita di Stefano qui presentata è il risultato dell'integrazione dell'anamnesi, dei racconti avvenuti durante le sedute psicoterapiche e gli scritti che mi ha consegnato di volta in volta

Inizia a lavorare come impiegato avendo grossi problemi relazionali sia con gli uomini, che lo definiscono “gay”, sia con le donne, che evita. Sostiene per la paura di innamorarsi e venir respinto nel momento in cui dichiara la sua condizione.

Risolti i problemi pratici si iscrive nuovamente all’Università, ma alla facoltà di Psicologia. Frequenta per un breve periodo i corsi, si innamora di una studentessa che sembra ricambiarlo, ma quando lui le parla apertamente di sé lei si spaventa e si allontana. La delusione è troppo forte, non riesce a proseguire gli studi ed abbandona la facoltà.

Dopo alcuni anni si decide a riscriversi a Medicina. Vive da solo.

Ricomincia gli studi di medicina, a fatica prepara qualche esame, ma si scontra con le difficoltà emotive procurategli dallo studio dell’anatomia umana. Il corpo che studia non è come il suo. L’impatto è troppo forte. Vuole fare il medico, ma lo studio del corpo umano e l’eventuale contatto con esso gli scatena un’ansia che non riesce a gestire. Anche la presenza di una stampa con un nudo femminile, regalatagli da un amico, gli risulta insostenibile. *L’ideale dell’Io è completamente staccato dal proprio corpo, sembra motivato dal voler curare se stesso acquisendo una posizione di prestigio che manifesti il suo valore, le sue capacità, riparando così al senso di inadeguatezza che lo ha perseguitato per tutta la vita.*

Quando arriva al Servizio di Psichiatria lamenta un’ansia incontenibile che gli impedisce di portare avanti gli studi, al secondo colloquio chiede un farmaco antidepressivo perché sente di non farcela a superare tutti gli ostacoli che si frappongono al raggiungimento dei suoi ideali di vita: diventare medico ed avere una relazione sentimentale stabile. Gli rimando che prima dobbiamo completare la fase diagnostica e poi possiamo valutare insieme allo psichiatra l’opportunità di assumere un farmaco. Non ha più avanzato questa richiesta.

Emozioni intrappolate oltre lo specchio

L’inizio di questo percorso di terapia analitico-bioenergetica è volto ad entrare in contatto con le emozioni intrappolate dietro un riflesso di sé parziale e distorto, in modo da rendere l’immagine riflessa più integra ed aderente alla realtà, facendo però attenzione a non rompere lo specchio.

Dall’analisi del test di Rorschach si delinea una personalità fortemente angosciata, un’angoscia legata prevalentemente alla propria identità sessuale. A livello percettivo il pensiero è pressoché fisso sul bacino, con la presenza continua di vagine. Ha coscienza interpretativa, espone il conflitto intollerabile generato dalla coesistenza nel suo corpo di organi genitali maschili e femminili. Oltre all’angoscia a tematica sessuale si evidenziano tratti narcisistici ed un’inefficacia dei meccanismi formali del pensiero nel contenere un’emotività esplosiva. Le strutture dell’Io sono labili, con una tendenza all’astrazione come meccanismo di difesa. Difficoltà relazionali. Il contatto con la realtà è preservato.

Inoltre la lettura corporea permette di evidenziarne la struttura energetica e di intuire le ferite che hanno maggiormente segnato lo sviluppo della sua personalità.

Le gambe sono rigide e tese, il bacino è stretto e spinto in avanti, la schiena è inarcata all’indietro (lui aggiunge “come un arco pronto a scoccare la freccia”), anche il petto è rigido e forti contratture sono evidenti al collo ed alle spalle. Una netta costrizione del diaframma e della vita blocca il flusso delle sensazioni e dell’energia verso il basso. Il capo è sovraccarico di energia, l’apparato mentale è impegnato nella preoccupazione costante di come controllare l’ambiente circostante. Lo sguardo è impaurito, traspare sofferenza e confusione. Dall’osservazione della sua struttura energetico-corporea si delinea una prevalenza di tratti masochistici. I sentimenti di astio e superiorità sono conservati ad un livello emotivo profondo e fortemente bloccati per paura che esplodano in un comportamento violento. Il soggetto contrasta la paura di esplodere con uno schema muscolare di trattenimento. Gli impulsi diretti verso il basso e verso l’alto vengono soffocati nel collo e nella vita e questo spiega la forte tendenza all’ansia. E’ gravemente limitata l’estensione del corpo, che non sa tendersi o protendersi verso l’esterno. Nell’eziologia del carattere masochista troviamo una madre che colpevolizza il figlio quando cerca di dichiarare la propria libertà o di affermare un atteggiamento negativo. L’esperienza del bambino è di essere intrappolato, con l’unica possibilità di scampo del dispetto che però finiva nella sconfitta. Doveva lottare con forti sensi di umiliazione quando lasciava uscire le cose liberamente, vomitando, sporcandosi o assumendo un atteggiamento di sfida. L’amore che riceve è condizionato ai suoi comportamenti, per cui ha timore di rischiare di perderlo. La mancanza del contatto e

dell'appoggio necessari spiega la presenza degli elementi orali (Lowen, 1975). Le ipotesi teoriche trovano riscontro nella storia del paziente.

Poste queste premesse, ci siamo accordati per iniziare un percorso, per quanto breve, di psicoterapia focalizzata al riappropriarsi di sé attraverso un approccio che integrasse gli aspetti corporei³.

Ho pensato che fosse necessaria innanzitutto una riconciliazione con un corpo vissuto come sbagliato, difettoso e inaffidabile, fonte da sempre di sofferenze, valutato e manipolato fin dall'infanzia, ed infine martoriato dagli interventi chirurgici⁴ e umiliato dai rifiuti in campo sentimentale.

Come ci ricorda Lowen (1994), il primo passo è la consapevolezza di sé, e ciò significa sentire ogni parte del proprio corpo e i sentimenti che possono sorgere in esso. Inoltre, si è manifestata da subito l'importanza di apprendere la modulazione degli affetti e la gestione dell'ansia.

Siamo partiti proprio dall'entrare in contatto col suo corpo, la postura, i punti d'appoggio del proprio peso e le contratture muscolari. Dice di sforzarsi di controllare le sue emozioni perché teme reazioni di ilarità. Nello stare in piedi di fronte a me, stando in ascolto del proprio corpo, emergono immediatamente vissuti di *vergogna* e di *rabbia*, una vergogna che limita la libertà di essere se stesso e di esprimerlo, ed una rabbia che come una bomba ad orologeria è pronta ad esplodere dalle viscere.

Un evidente blocco a livello del diaframma, insieme alle altre tensioni croniche, impedisce al respiro di fluire all'interno del corpo. E' un respiro meccanico e disarmonico. Non riesce a prendere l'aria, la sente come un'intrusione. Nell'analisi di questo vissuto emerge l'associazione dell'aria con la madre, una madre che va arginata. Riconosce d'aver bisogno anche lui d'essere arginato riguardo la sfera emotiva. E' un bisogno di confini, di uno spazio che lo contenga in modo rispettoso.

Nella prima seduta, stando in piedi sente il sostegno della terra, dice di sentirsi delle radici sotto i piedi. Lui si sente radicato, ma le gambe sono troppo rigide per lasciare che il flusso energetico scenda a terra, infatti ha una 'spezzatura' (Ruggeri, 2001) a livello lombare che separa funzionalmente il bacino dalla parte superiore del corpo e, in questo modo, interferisce con la sintesi sentimentale-percettiva. Il bacino è scarico energeticamente ed è evidente un blocco importante delle sensazioni sessuali. Inoltre, la tensione diffusa in tutto il corpo, esprime la diffidenza riguardo alla possibilità di affidarsi.

Si rivela molto ben predisposto ad una terapia a mediazione corporea, è estremamente ricettivo alle metafore corporee che gli permettono un accesso facilitato alle emozioni, spesso associate a ricordi ed immagini.

Nel corpo si leggono il terrore, la furia, la tristezza risolta a non cedere di chi è sopravvissuto grazie al suo tener duro, al tenere il corpo in pugno. La paura è connessa alla profondità della tristezza che rasenta la disperazione e teme che, allentando i propri sforzi per tenersi a galla, sprofonderebbe in un pozzo di disperazione senza possibilità di venirne fuori. Ma, lasciandosi andare, si scopre che la disperazione deriva dalla situazione infantile e non riguarda la vita dell'adulto (vedi Lowen, 1994).

Esce dal primo incontro terapeutico con un senso di "stordimento positivo" e di libertà rispetto alla possibilità di movimento: "Il movimento mi fa bene/non mi fa male/non mi sono rotto/non è successa una tragedia/posso farlo/libertà".

Queste sue associazioni mostrano quanto l'immobilità del corpo sia stata la via per la sopravvivenza, un corpo che ha imparato a trattenere le emozioni, a nascondersi.

La settimana seguente riporta le esperienze corporee fatte a casa da solo. Sentendo il suo corpo contratto ha portato al limite estremo questa contrazione per poi rilasciarla. Ha ripetuto più volte consecutivamente l'esperienza percependo tutto il corpo come un pene in erezione. Inconsapevolmente ha riprodotto il movimento della pulsazione erotizzando tutto il corpo ed avvertendo una sensazione di potenza vitale. In lui la rigidità rappresenta la prova che può fronteggiare le avversità, che non si spezza e che può reggere l'angoscia.

Sperimenta su di sé, inizia a comprendere che la tensione nel proprio corpo ed il dolore che ne deriva è legato al proprio modo di funzionare e di difendersi. E' molto motivato ad affrontare seriamente il

³ Vista la sua tendenza all'intellettualizzazione ho preferito non spiegare troppo l'approccio analitico bioenergetico per facilitare l'emergere dei vissuti corporei spontanei.

⁴ L'intervento di falloplastica denominato Il lembo di Chang, dal nome del chirurgo cinese che l'ha inventato, costruisce un neo pene con tessuto prelevato dall'avambraccio su cui rimangono cicatrici molto visibili. Inoltre nel caso di Stefano cicatrici evidenti sono rimaste sul ventre.

percorso terapeutico. In precedenza aveva già avuto esperienze terapeutiche verbali, principalmente focalizzate sulla sua richiesta di riassegnazione chirurgica di sesso, ma non erano andate a toccare i nuclei profondi della sua personalità. Ha sempre vissuto i colloqui psicologici come momenti valutativi della sua “idoneità” ad affrontare il percorso di transizione, per cui per la prima volta sente di guardarsi dentro per comprendersi e non per dimostrare.

Nell’ambito ambulatoriale le stanze non sono attrezzate per una analisi bioenergetica, inoltre le pareti sono molto sottili per cui anche la possibilità di uso della voce è limitata. Colgo l’occasione dei limiti connessi al setting per fargli prendere coscienza dei *limiti* e del nostro doverci relazionare con essi, e nello stesso tempo dargli una cornice di riferimento chiara. Il tema dei limiti affonda le radici nel suo corpo.

Collabora attivamente, porta sogni, scritti e fotografie, sente la tristezza profonda della solitudine ed il pianto imprigionato nelle tensioni muscolari, poi arriva il crollo depressivo “mi sono lavato e fatto la barba solo per venire qui”, vive un profondo senso di disperazione e mi domanda se ci si può suicidare vivi. I vissuti depressivi spesso lo inducono a lasciarsi andare, aspetta che arrivi la fine, tanto inesorabile quanto lenta. Nelle esperienze corporee l’invito è di lasciarsi andare alla vita facendogli sentire la vitalità del lasciar andare. Il corpo esprime la tensione di chi non può mollare mai, dev’essere sempre pronto a reagire ad un ambiente imprevedibile, in cui il pericolo è all’angolo.

In un’esperienza di contatto con le mani, uno di fronte all’altro, lui ha le braccia tese, come ad allontanarmi, mi tiene a distanza, ma cerca il contatto, il suo peso è spostato in avanti, appoggiato su di me, la testa è abbassata a guardare per terra. Manifesta vergogna, repulsione e un bisogno arcaico di essere sorretto.

Nell’incontro successivo a questa esperienza mi dice che sta riflettendo sull’ipotesi di cambiare corso di studi, ridimensionando il suo immaginario da medico a tecnico di radiologia. Questo gli permetterebbe di restare nell’ambito medico senza avere troppo contatto diretto col corpo del paziente, per contro prova un senso di inadeguatezza rispetto al giudizio delle persone con cui lavorerebbe, visto che è un lavoro svolto all’interno di un’équipe. Il messaggio che ha ricevuto costantemente dall’ambiente scolastico e lavorativo è “Tu non puoi”, mentre dalla madre riceveva una negazione dei suoi vissuti di solitudine e di difficoltà con un gonfiamento dell’immagine di sé alimentata dall’illusione dell’Io “Io posso avere tutto quello che voglio”. Lui sente d’esser in grado di far tutto e nello stesso tempo è radicato un profondo senso di inadeguatezza. Il bisogno che presenta è quello d’essere sostenuto ed accettato nei suoi limiti.

Inoltre ha partecipato ad un convegno sulla transessualità dove ha incontrato molte persone sposate e felici, alcune con figli, al ché si è detto che allora ci doveva essere qualcos’altro in lui che gli impediva di avere relazioni sentimentali. Insieme analizziamo le sue prime relazioni con i genitori dove, sinteticamente, possiamo dire che lui proteggeva una madre debole e intrusiva (cercando di non esserne invaso) da un padre terrificante e prepotente.

Stefano si presenta alla seduta seguente raccontandomi un’esperienza fatta seguendo la mia indicazione di stare in ascolto delle emozioni lasciando emergere i vissuti corporei, dando loro fiducia nel cammino di conoscenza di sé: la sera, a casa, si è sdraiato sul letto e dopo un po’ di respiri si è ritrovato in posizione fetale a tremare, preda del terrore. Non riusciva a parlare, tremava soltanto, con le mani giunte e le dita intrecciate.

Ha ripetuto l’esperienza per tre sere consecutive mosso dal desiderio di scoprire da cosa derivasse quel terrore che è andato man mano diminuendo. Per incoraggiarsi pensava “non c’è nessuno che mi giudica, che può prendere in giro la mia fragilità, è solo paura, non può farmi del male, devo guardarla in faccia”. Pur non sapendo dove sarebbe andato a finire è stato nell’esperienza. L’ultima sera balbettava ‘ma-ma-ma’. Si è chiesto come mai la parola “mamma” associata a quel terrore e gli sono venuti alla mente tre fotogrammi. 1- lui che intorno ai 5 anni sbircia da dietro la serratura del bagno i suoi genitori; 2- suo padre che lo scopre e gli dice ‘so che mi spii dalla serratura, non lo devi fare!’ Scoperto il suo gioco si copriva sempre con un asciugamano e poi metteva la maglietta appesa alla maniglia in modo che non potesse vedere nulla. Riconosce che nel suo essere brusco si era comportato bene. Con i suoi modi infatti il padre aveva frapposto tra sé e lui- ai tempi ‘lei’- il limite del pudore. 3- la madre che si mostra disinvolta nella sua nudità. Spesso in casa con lui (lei bambina) stava coi seni scoperti e questo atteggiamento già gli provocava fastidio. Nel bagno ricorda d’averle visto il pube, da

dietro la serratura ha l'immagine di un triangolo peloso che si avvicina imponente e minaccioso a lui che rimane impietrito. Rivive un terrore paralizzante che ha poi risentito nel contatto intimo con una donna.

La madre non pone confini tra sé e la figlia, mostrando atteggiamenti esibizionistici che possono lasciar supporre un'omosessualità latente. Anche attualmente la madre si espone spesso nella sua nudità al figlio, magari mentre è in bagno con la porta aperta, cosa che lo turba e lo infastidisce, ma che non riesce a dirle perché saprebbe che avrebbe come risposta "ma sei grande, se ti imbarazzi di queste cose!"

Nel riportare l'immagine della madre, Stefano torna a balbettare, la paura si impossessa ancora del suo corpo. La vagina è associata a qualcosa di enorme e vorace che lo può risucchiare.

Ha avuto il coraggio, sostenuto dal rapporto di fiducia instaurato con la sua terapeuta, di esplorare il terrore che lo costringe alla solitudine andando a scavare fino alle sue radici.

Come fa notare Lowen (ibidem) quanto più un paziente scende nelle profondità di se stesso, tanto più nella sua ricerca incontrerà ricordi e sentimenti spaventosi appartenenti a periodi precoci dell'infanzia, che sono stati più profondamente repressi nell'interesse della sopravvivenza. Ma quando si penetra profondamente nel sé, si acquista il coraggio di affrontare paure e traumi precoci senza negazione e repressione.

Durante il ripetersi dell'esperienza più volte gli è echeggiato dentro "Il principe delle maree". Non ricordava cosa fosse, ha ricercato su internet e, preso atto che era un film visto molti anni prima, è andato ad affittarlo. Il protagonista, durante un'analisi ricorda una violenza sessuale subita nell'infanzia. L'associazione della violenza sessuale ai genitali della madre ha permesso di indagare l'intrusività materna anche dal punto di vista sessuale. Il pericolo legato alla percezione di una sessualità materna sovraesposta, invadente, senza confini, era più strisciante e sotterraneo, vischioso e subdolo rispetto a quello proveniente da un padre manifestamente violento ed inaffidabile. "Qualcosa che ti entra dentro e ti fa fare quello che vuole".

L'acquisita consapevolezza dell'associazione dei genitali femminili con la paura di un abuso sessuale da parte della madre gli ha permesso di togliere l'aspetto mostruoso che connotava la vagina. Nei giorni seguenti alla seduta, per la prima volta, Stefano ha fatto l'amore con una donna. Un amore mercenario, in cui però ha sperimentato il piacere del contatto, la tenerezza, la sorpresa di "saper come si fa" ed un prezioso senso di unità. Pur col disagio dell'aver pagato per l'intimità è rinfrancato dal fatto di essere stato con questa donna anche per un tempo non monetarizzato, ed i rimandi di lei riguardo al suo corpo forte ed alla sua dolcezza, lo hanno accarezzato sotto pelle, rinforzando un "Io posso" radicato in un'esperienza piuttosto che in un ideale.

Riguardo al suo voler diventare medico si è reso conto che l'essersi sempre sentito valutare dai "camici bianchi" ha fatto nascere in lui il bisogno di dimostrare le sue capacità, che anche lui era degno di appartenere alla loro categoria, ma ascoltandosi ha compreso che non è quella la sua via ed ha deciso di intraprenderne un'altra più consona alle sue attitudini. Nell'ultima seduta riferisce che facendosi la doccia ha avuto come la sensazione di guardarsi per la prima volta allo specchio, vedendo tutte le sue cicatrici, alcune dell'intervento, altre per cadute e piccoli incidenti. Un corpo su cui è intagliata una mappa della sua vita. Nello scendere dentro di sé ascoltando il suo respiro ha colto l'immagine del suo cuore stretto in una mano, con la sensazione di non volersi proprio bene.

Quando si addentra nell'esplorare i propri sentimenti più profondi, mentre è a casa, porta con sé, come ancora a cui aggrapparsi, la stanza della terapia con tutti i punti di riferimento.

CONCLUSIONI

Dall'esposizione di questo breve, ma intenso, pezzo di viaggio intrapreso da Stefano all'interno di una relazione terapeutica basata su un ascolto profondo dei segreti a volte sussurrati, altre volte urlati da un corpo 'scomodo', si possono rintracciare i fili intrecciati nella confusa trama dell'identità.

Come abbiamo visto, nella storia di Stefano si ritrovano alcune tematiche evidenziate dalla prospettiva della psicologia del Sé, dalla teoria delle relazioni oggettuali e dall'analisi delle dinamiche familiari nel cercare dei "perché" alla sua transessualità.

Il corpo è testimone loquace delle esperienze di sviluppo, dei traumi affettivi e delle risorse messe in atto per sopravvivere.

L'approccio dell'analisi bioenergetica, per quanto adattato ad un contesto ambulatoriale, con tutti i suoi limiti di spazio e di tempo, si è rivelato particolarmente utile nell'entrare in contatto profondo con il Sé attraverso l'inconscio corporeo, attivando contemporaneamente le proprie risorse caratteriali.

Al termine della terapia, Stefano si sente più libero di scegliere e di respirare, anche se il suo respiro incontra ancora la barriera di un diaframma ostinato a stare in guardia, come una sentinella che diffida della bandiera bianca sventolata in lontananza. Il collo, che gli ha rimandato l'immagine di Atlante che regge il mondo, è tenace baluardo, che solo per pochi attimi può provare a cedere. La nuova consapevolezza acquisita sulla sua storia, la riappacificazione con l'anima del padre, la presa di distanze da una madre fagocitante ed emotivamente lontana, il processo di conoscenza del suo corpo, delle sue emozioni e dei suoi bisogni, gli ha aperto le porte dell'età adulta.

Nel caso di Stefano, oltre al cambiamento di sesso c'è un corpo per cui è categorizzato come invalido civile, è un corpo di cui lui si fida, ma gli altri no. C'è molta rabbia che deve esprimere, e non solo passivamente facendosi pagare gli studi dalla madre da cui sente di dover essere risarcito, ma da cui non si riesce ad autonomizzare. In questo cammino ha imparato a mettere dei confini, a dire dei "no", a non attribuire sempre allo sguardo superficiale degli altri la sua infelicità.

All'interno della relazione terapeutica il paziente, con un alto livello introspettivo, ha raccolto indicazioni sul tragitto da percorrere ed ha appreso alcuni strumenti per affrontare l'impegnativo e affascinante viaggio alla scoperta di sé.

L'aria che respira non è più "densa e graffiante", ma "fresca e leggera", e può farla scendere un po' di più dentro di sé. Ha ascoltato il suo respiro con lo stetoscopio provando un'esperienza di intima connessione con l'universo e l'ha raccontato con gli occhi che brillavano.

Sulla base del mio incontro con Stefano sono nate alcune riflessioni sul ruolo dello psicoterapeuta in un percorso di "riattribuzione" di sesso (termine che implica che ci sia stato un errore nella distribuzione dei corpi alla nascita): se fino a pochi decenni fa l'obiettivo prevalente era quello di far cambiare idea al paziente convincendolo che le sue idee su di sé erano sbagliate e non il suo corpo, ora il compito è sostanzialmente quello di vegliare sul percorso dopo aver escluso una patologia psichiatrica.

L'origine della transessualità probabilmente affonda le sue radici nei terreni della genetica, dello sviluppo neurobiologico del cervello nella fase prenatale, delle prime relazioni affettive con le figure di riferimento e nelle lande ignote in cui dobbiamo saper sostare. Il punto nodale non è trovare una spiegazione univoca su questo fenomeno - che secondo molti clinici è classificato come patologia nel DSM solo per una questione legata al pagamento degli interventi da parte delle assicurazioni- ma porsi nella forma mentis adatta alla comprensione delle persone che chiedono aiuto per diminuire il proprio disagio.

Credo sia importante che l'intervento psicoterapeutico prima del percorso di transizione abbia un respiro più ampio rispetto alla sola esclusione di una patologia psichiatrica ed alla valutazione della motivazione nel cambiare sesso.

La diagnosi di Disturbo dell'Identità di Genere rischia di fungere da paraocchi per il clinico, che così trascura la più ampia questione dell'Identità della Persona che ha di fronte, chi è, quali ferite ha ancora aperte, quali paure, quali illusioni, il suo Sé protetto dalla richiesta, che non ammette rifiuti, di appartenere al sesso opposto.

Inoltre, durante e dopo il faticoso e doloroso percorso di trasformazione del proprio corpo, è importante un sostegno che integri gli aspetti corporei con la percezione e l'immagine di sé, affinché l'operazione non sia un agito che non trova un adeguato spazio di elaborazione emotiva, alimentando di conseguenza un'ansia persistente.

Credo che né il cercare di far cambiare idea, né l'esaudire subito il desiderio espresso in tutta la sua urgenza siano obiettivi etici per lo psicoterapeuta, che è invece chiamato ad accompagnare la Persona nella conoscenza del proprio vero e prezioso Sé.

BIBLIOGRAFIA

- Cinotti, N. (2006), *La memoria corporea: analisi bioenergetica e neuroscienze in dialogo*, in *Grounding*, n. 2, Franco Angeli, Milano
- Lothstein, L. M., (1983), *Female to Male Transsexualism- Historical, Clinical, and Theoretical Issues*, Routledge & Kegan Paul, Boston
- Lowen , A. (1975), *Bioenergetica*, Feltrinelli Editore, Milano, 2004
- Lowen, A. (1994), *Arrendersi al corpo*, Casa Editrice Astrolabio, Ubaldini Editore, Roma
- Money, J. (1973), *Gender role, gender identity, core gender identity: usage and definition of terms*, Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 4
- Pauly, I. (1974), *Female transsexualism: Part I*, Archives of Sexual Behavior, 3 –citato in Lothstein (1983)-
- Pra Pocchiesa M. e Obert O.(a cura di), (2007), *Oltre lo specchio*, EGA Editore, Torino
- Ruggieri, V., Ravenna, A.R., (1999), *Transsessualismo e identità di genere*, EUR, Roma
- Ruggieri, V., (2001), *L'identità in psicologia e teatro*, Edizioni scientifiche Ma.Gi., Roma
- Schore, A. N., (2003), *Affect regulation and the repair of the Self*, Norton & Company, New York
- Volkan, V. (1976), *Primitive Internalized Object Relations*, International Universities Press, New York