

*Felice chi è diverso
essendo egli diverso
Ma guai a chi è diverso
essendo egli comune*

Penna, Poesie, 1989

Importanza del corpo, della sua morfologia e della sua fisiologia, nel plasmare le nostre rappresentazioni mentali e nel costituire dunque una fonte primaria nell'organizzazione del Sé

- Tutti noi vogliamo essere visti per ciò che siamo davvero, per come conosciamo noi stessi; vogliamo anche che la nostra identità sia riconosciuta e validata da coloro che ci circondano, in particolare le persone che amiamo e che ci amano, la nostra famiglia.
- Tutti noi desideriamo delle relazioni nelle quali possiamo essere liberi di essere chi siamo, nelle quali siamo amati per ciò che siamo e non nonostante ciò che siamo; tutti noi desideriamo portare noi stessi e in tutta la nostra totalità, nelle relazioni; nessuno di noi vuole essere forzato a scegliere di mostrare solo una parte di sé

Se state leggendo questo messaggio, significa che mi sono suicidata.

Per favore non siate tristi, era la cosa migliore da fare. La vita che avrei vissuto non valeva la pena di essere vissuta ... Per farla semplice, mi sento una ragazza intrappolata in un corpo maschile, mi sento così da quando ho 4 anni. Non sapevo esistesse una parola per questa sensazione ... quindi non l'ho mai detto a nessuno ...

Quando avevo 14 anni, ho imparato cosa significa la parola transgender e ho pianto di gioia. Dopo 10 anni di confusione finalmente ho capito chi ero. La mia famiglia mi ha detto che era una fase ... che Dio non commette errori, che mi sbagliavo. Se state leggendo questo messaggio, genitori, per favore non dite cose simili ai vostri figli. E' come dire loro di odiare se stessi. Ed è esattamente quello che è successo a me ...

L'unico modo per farmi riposare in pace è sapere che un giorno le persone transgender non saranno trattate come sono stata trattata io, ma come esseri umani, con emozioni legittime e diritti umani. Il genere dovrebbe essere insegnato nelle scuole, più precocemente possibile. La mia morte deve significare qualcosa. La mia morte deve essere aggiunta al numero di persone transgender che quest'anno hanno commesso il suicidio. Voglio che qualcuno guardi quel numero e dica «è uno schifo» e trovi un rimedio. Trovi un rimedio a questa società. Per favore.

Addio

Facciamo un po' di ordine

- **Sesso biologico:** qualità biologica di essere maschio o femmina, ha a che fare con i genitali esterni. E' il «**sesso assegnato alla nascita**»
- **Intersessualità:** condizione dove si presentano ambiguità genitali o alterazioni cromosomiche, incidenza di 1 su 20.000 (ermafroditismo)
- **Genere:** essere donna o uomo, ragazzo o ragazza. Il genere è una costruzione sociale ed è distinto dal sesso, che è uno stato biologico di mascolinità e femminilità. Genere carattere acquisito e non innato
- **Espressione di genere:** modalità di esprimere a noi stessi e al mondo che ci circonda la nostra identità di uomo, donna, entrambi o nessuno dei due, tramite vestiti, capelli, postura ed attività. Non va confusa né con l'orientamento sessuale né con l'identità di genere
- **Identità di genere:** autopercezione di sé come uomo o donna, ragazzo o ragazza, essa riflette la sensazione interiore di chi siamo, come ci comprendiamo, come pensiamo a noi stessi come uomini, donne, gender – variant, gender fluid o gender diverse, modalità più fluide e complesse di esperienza di sé stessi
- **Orientamento sessuale:** riguarda l'attrazione fisica ed emotiva verso altre persone:
 - a) **Eterosessuale:** chi prova pulsioni e piacere nel rapporto sentimentale e sessuale verso persone appartenenti all'altro sesso (anche nei transessuali verso il sesso di partenza)
 - b) **Omosessuale:** chi prova pulsioni e piacere nel rapporto sentimentale e sessuale verso persone appartenenti allo stesso sesso

- **Cisgender:** persona in cui l'identità di genere risulta allineata con il sesso biologico
- **Transessuale:** persona in cui l'identità di genere differisce dal sesso assegnato alla nascita; profondamente infelice nel genere originariamente assegnato e così attua o spera di attuare cambiamenti nel proprio corpo per essere il più possibile uguale al sesso opposto, al suo genere (conformazione corporea, gestualità e vestire) ... abbreviazione Trans ... uso volgare e di scarsa vicinanza!
- **Transgender:** è un termine ombrello, tutte le persone che non si identificano nella classica divisione binaria dei sessi, persona che transita variabilmente da un genere all'altro, può presentare caratteri propri di entrambi i generi o che pur adottando un'identità di genere opposta a quella di nascita non ritiene necessaria per sé la riconversione chirurgica, ma un riconoscimento anagrafico
- **Queer:** strano, bizzarro, eccentrico. È ovviamente uno stereotipo che può più o meno essere ben visto. In passato veniva usato in termine dispregiativo, ora invece oggetto di riappropriazione ed orgoglio e rivendicazione politica. Esso può essere usato come termine ombrello e così riferirsi ad orientamento sessuale, identità o espressione di genere o a tutte queste dimensioni
- **FtM:** transizione dal genere femminile a quello maschile
- **MtF:** transizione dal genere maschile a quello femminile

- **Travestitismo:** chi prova pulsioni e piaceri nel vestirsi con abiti adeguati all'altro genere, indipendente dal tipo di orientamento sessuale o dalla intenzione del transitare da un sesso all'altro
- **Drag Queen:** regina «rimarcata». Fenomeno a cavallo tra transgenderismo e travestitismo, abbigliamento e atteggiamenti stravaganti , persone di entrambi i sessi che travalicano i margini dei generi
- **Coming – out:** esordio, debutto! L'azione con cui una persona attratta da altre dello stesso sesso, o transessuale, si dichiara alle altre persone (familiari, colleghi etc ...) che non sono al corrente della sua omosessualità o bisessualità o transessualità. Diventato sinonimo anche di consapevolezza rispetto alle proprie pulsioni! Abbreviazione del termine “coming-out of the closet (uscire dal ripostiglio)
- **Outing:** esposizione! Erroneamente confuso con coming – out, è l'azione con cui chi è al corrente della segreta omosessualità/bisessualità/transessualità di una persona la «denuncia» pubblicamente esponendo, appunto, un lato intimo! Atteggiamento diffamatorio, teso a discriminare, non per vicinanza

Janelle arrivò al nostro incontro molto turbata e mi disse che sua madre l'aveva fatto ancora. « Se ne è uscita di nuovo con questa storia che, siccome mi piacciono le ragazze, perché mai devo fare la transizione? Non posso essere semplicemente un ragazzo a cui piacciono le ragazze, come la maggior parte dei maschi? Quale sarà questa gran differenza? Semplicemente non ci arriva. Non sono un maschio. Sono una ragazza, una ragazza a cui piacciono altre ragazze. Quando inizia a fare così sento che ancora non mi accetta. »

La madre di Janelle non aveva compreso che appieno che l'identità di genere e l'orientamento sessuale sono due aspetti diversi di ciò che siamo e che tutti noi abbiamo sia un'identità di genere che un orientamento sessuale

E nello specifico per la psicoanalisi

Identità di genere

- Nell'individuo non si riscontrano mai mascolinità e femminilità allo stato puro ma piuttosto una mescolanza di entrambi i caratteri
- Femminilità, concetto che secondo Freud entrambi i sessi rifiutano, il maschio sempre in maniera egosintonica, la femmina solo inizialmente (dopo la fase fallica le cose cambiano!)
- Clara Thompson rivisita ciò e conclude che le differenze tra generi sono culturali e i ruoli di genere sono un'assegnazione di significati sociali alle differenze biologiche, il desiderio di avere il pene è la richiesta in forma simbolica di uguaglianza sociale agli uomini
- Per Stoller l'identità di genere nucleare preesiste alla scoperta della differenza sessuale, il bambino ne è consapevole già dalla sua anatomia e cromosomi, infatti i genitori non hanno dubbi sul genere dei figli, poi l'identità di genere si consolida attraverso i processi di identificazione e disidentificazione

In sintesi

- La psicoanalisi contemporanea condivide un concetto di genere come dimensione relativamente fluida e non lineare, esaltano il tema della differenza e della variabilità individuale.
- Il genere è una categoria organizzatrice, l'individuo potrà assumere nella sua vita posizioni maschili e femminili
- L'identità di genere è da riferirsi alla pluralità delle posizioni evolutive e non ad una unilinearità dello sviluppo (identificazioni multiple)
- Per gli autori la differenza sessuale deve anche includere la comunanza, integrazione dei generi, integrare ed esprimere gli aspetti maschili e femminili senza che questo comporti confusione riguardo alla propria identità di genere
- Decostruire le dicotomie di genere, bensì pensarle in termini transizionali, in una tensione creativa
- Identità di genere ottimale: gioco continuo di identificazioni e disidentificazioni

In conclusione

Jessica Benjamin: il genere non può e non deve essere eliminato ma insieme ad una certezza riguardo alla propria identità di genere, gli individui idealmente dovrebbero integrare ed esprimere gli aspetti sia maschili sia femminili della personalità (come sono definiti dalla loro cultura!)

I comportamenti di genere atipici nell'infanzia non sono necessariamente indicatori precoci di un'attrazione omosessuale o di un'identità transgender; molti bambini che manifestano comportamenti atipici o di genere non conforme, una volta divenuti adulti, non si identificano come transgender

Inoltre

- La sessualità infantile inizia come sessualità autoerotica, cioè non riferita ad un oggetto esterno, il piacere della suzione non è riferita al seno, bensì alla suzione stessa, il piacere si ottiene dal proprio corpo
- Ciò vuol dire che all'inizio della vita sessuale si può ottenere piacere senza ricorrere a un oggetto esterno, e ciò significa affermare che non esiste alcuna via *preformata* che orienti il soggetto verso un oggetto *determinato*
- Come più volte detto, solo nella pubertà si accede alla genitalità e solo in questo momento la struttura del soggetto si colloca all'interno dei moduli della mascolinità e della femminilità (alla fine del quinto anno si raggiunge una *approssimazione* della sessualità infantile)
- Fin dal principio, Freud ha riconosciuto che mascolinità e femminilità non sono specifiche dell'inizio dello sviluppo del soggetto ma punti di arrivo, termini ideali di questo sviluppo

- Freud non si riferisce alla strutturazione di uomini e donne, ma alla costruzione della femminilità e della mascolinità, affermando che tutti gli esseri umani, in virtù della loro disposizione bisessuale e della trasmissione ereditaria incrociata, combinano in sé caratteristiche femminili e maschili, per cui la virilità e la femminilità pure rimangono costruzioni teoriche dal contenuto incerto
- ... Freud afferma che la bambina è meno aggressiva e caparbia, più dipendente e docile, più bisognosa di tenerezza, più intelligente e vivace e che la libidinizzazione dei suoi oggetti è più intensa. Però non tralascia di osservare che queste differenze non sono molto importanti dato che possono essere limitate da variazioni individuali ... anche sul pudore che sembrerebbe essere una qualità squisitamente femminile, Freud sostiene che è più convenzionale di quanto non si pensi

Breve excursus storico sull'omosessualità

- La situazione inizia a depatologizzarsi dalla metà del xx secolo grazie anche ad Alfred Kinsey ed Evelyn Hooker
- A Kinsey si deve la rivoluzione sulla concezione della sessualità umana facendo emergere la molteplicità e le sfumature degli orientamenti sessuali (scala kinsey, 6 livelli dall'esclusivamente etero ad esclusivamente omosessuale)
- A Hooker una ricerca grazie alla quale si è verificato che non vi sono differenze patologiche tra omosessuali ed eterosessuali
- **Le rivolte di Stonewall del 1969 a New York**, iniziano il moderno movimento per i diritti dei gay
- In seguito a Stonewall la «Psichiatria» viene identificata come il nemico
- 1970/71: Gli attivisti gay hanno perturbato le riunioni dell'APA
- 1971: il primo simposio scientifico dell'APA con gay «non- pazienti»

- 1973: L'APA vota la cancellazione (decisione presa precedentemente ma contestata) dell'omosessualità dal DSM tramite referendum (fatto insolito e foriero di critiche poiché le diagnosi non potrebbero essere cancellate tramite un voto)
- Solo nel 1990 venne totalmente eliminata dal Manuale, in quanto né omosessualità ego – sintonica né ego – distonica erano patologiche
- 1991, l'American Psychoanalytic Association dichiara di deplorare le discriminazioni verso le persone omosessuali e invita gli istituti a selezionare i candidati in base alle loro qualità e capacità e non al loro orientamento sessuale

- Richard Isay, è importante affermare che l'omosessualità, come l'eterosessualità, è il risultato dell'incontro tra assetti biologici e sviluppi evolutivi. Essere omosessuali, per Isay, è un fatto costituzionale; Diventare gay o lesbica è un percorso psicologico in cui le relazioni e il contesto giocano un ruolo fondamentale
- Molti terapeuti, come è giusto che sia, si occupano più del come del perché
- Detto ciò appunto l'ipotesi genetica (la ricerca sul gene gay) non dovrebbe sorprenderci più di tanto, ogni condizione umana prevede un complesso intreccio biopsicosociale
- Ma allo stesso tempo Hamer (suo uno degli studi più noti sulla genetica dell'omosessuale) afferma che ogni orientamento sessuale è talmente complesso che nessun fattore può esserne completamente responsabile

Omofobia in psicoanalisi

- Freud assumeva una posizione articolata ma di fatto ambivalente rispetto all'omosessualità, ma ne riconosceva la presenza inconscia in tutti gli individui, riteneva non praticabile la «conversione» degli omosessuali e considerava la scelta d'oggetto eterosessuale un fenomeno altrettanto enigmatico di quella omosessuale, fino a concludere che «l'indagine psicoanalitica si rifiuta con grande energia di separare gli omosessuali come un gruppo di specie particolare dalle altre persone»

In sintesi

1. Aspetto regressivo dell'omosessualità, arresto inibizione dello sviluppo psicosessuale, identificazioni patologiche con i genitori edipici (condizione che va curata!)
2. Omosessualità, costellazione sintomatologica caratterizzata da aggressività, narcisismo e relazioni di dominio sugli oggetti, difesa da angosce primitive. Per Kernberg (che si discosta) omosessualità differente da perversione, poiché c'è integrazione nella stessa relazione oggettuale di impulsi genitali ed affettivi
3. Poca importanza alla sua origine, ma alla qualità e alle dinamiche della relazione amorosa, quindi in terapia non deve esserci trasformazione/riparazione bensì interesse per le relazioni oggettuali etero o omo che siano. La sessualità ha un ruolo strutturante e fondamentale per lo sviluppo del Sé
4. Non l'omosessualità, bensì le omosessualità sono esiti naturali dello sviluppo sessuale umano, il compenetrarsi è la rappresentazione dei desideri, conflitti, quindi del relazionarsi

E sulle terapie riparative?

- Vari movimenti ed associazioni hanno lottato e proposto terapie che curassero tale presunta patologia e solo nel 2010 il mondo accademico e non solo si è mosso contro tutto ciò, infatti il presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli psicologi afferma che: *«l'omosessualità non è una malattia da curare, né un orientamento sessuale da modificare ed affermare il contrario è un'informazione scientificamente priva di fondamento e foriera di un pericoloso sostegno al pregiudizio sociale»*
- Inoltre i movimenti Exodus e NARTH, organizzazioni ex gay, che curavano con preghiera e psicoterapia questa «piaga», abdicano a molte delle loro convinzioni, riconoscendo che le terapie riparative, avendo fallito nel 99,9% dei casi, hanno offerto false speranze ai gay e possono essere molto dannose!
- Leggere pag. 58/59 Lingiardi
- Leggere vignetta pregiudizi del clinico

E sull'omogenitorialità ...

- Secondo l'American Academy of Pediatrics, «adulti coscienti e capaci di fornire cure, siano essi uomini o donne, etero o omosessuali possono essere ottimi genitori»
- Per l'American Psychoanalytic Association «interesse del bambino è sviluppare un attaccamento verso genitori coinvolti, competenti e capaci di cure e di responsabilità educative (*e ciò cosa ci «azzecca» con il loro orientamento sessuale*) ... sono le relazioni all'interno della famiglia più che le configurazioni di genere a determinare lo sviluppo ottimale del bambino
- Infatti la ricerca scientifica non ha trovato alcuna ragione per considerare i genitori omosessuali alla stregua di «genitori inadeguati» o sarebbe meglio dire, «meno adeguati dei genitori eterosessuali»

Il fenomeno transessuale

- La parola transessualismo è stata coniata dal sessuologo Henry Benjamin (libro *Il fenomeno transessuale*), rientra come disforia dell'identità di genere, ma le persone transgender non accettano questo termine e preferiscono parlare di euforia! Perché per loro non è un disturbo, si sentono meglio col sesso desiderato.
- A livello genetico e fisico non vi sono alterazioni, loro rispettano a pieno la logica binaria del sesso e a ciò cercano di includersi, nel corpo, sesso ed identità. Desiderano intensamente di rientrare all'interno delle caselle Maschio/Femmina, ma non avendo la struttura fisica del sesso al quale si sentono appartenere devono rifarsi a degli stereotipi (nel caso delle MtF, essere più donne delle donne!)

Ancora sul transessualismo

- Le trasformazioni corporee della pubertà sono un importante banco di prova, relativamente al destino dell'identità di genere del soggetto e da lì può nascere la volontà di riassegnazione chirurgica delle persone transessuali, transizione sociale, dal genere assegnato alla nascita al genere desiderato
- E ciò come intuito non include sempre l'intervento chirurgico di assegnazione del sesso desiderato (in cui l'anatomia viene modificata per consentire alle persone transessuali di vivere a pieno titolo nel genere e nel corpo sentiti come propri)
- Durante il percorso di assegnazione del sesso desiderato è necessario un sostegno psicologico, che viene messo come obbligatorio nell'iter , essendo i rischi ed i cambiamenti molto importanti (aspettative magiche legate all'intervento, ma anche ansia, depressione e angoscia per l'isolamento sociale e quindi vissuto traumatico

Alcuni numeri

- Un recente studio olandese (Kuyper, 2012) condotto sulla popolazione generale ha mostrato come il 4,6% dei maschi e il 3,2% delle femmine, esperissero una ambivalenza relativa alla propria identità di genere e che l'1% dei maschi e lo 0,8% delle femmine riportassero sentimenti di incongruenza di genere
- Non sono stati finora identificati gli elementi che possano permettere di prevedere con certezza lo sviluppo dei bambini con DG: studi prospettici suggeriscono che maggioranza dei casi la disforia si scioglie nel passaggio tra l'infanzia e l'adolescenza e che permane solo nel 12% - 27% circa (De Vries, Cohen-Kettenis, 2012). Nel caso in cui la DG sviluppata nell'infanzia perduri oltre la pubertà, raramente viene meno

- Dove sta la patologia?
- Quando si può dire che essa inizi?
 - Quanto è patologico?
- Come definire ciò che è patologico e cosa non lo è?
- Proviamo a passare dalla devianza alla varianza ...

Si nasce o ci si diventa?

- All'annosa domanda la scienza non ha dato risposte e forse non le darà mai. La risposta più onesta è che non possiamo dire con certezza da che cosa dipendono l'orientamento omo/etero sessuale e l'identità di genere; **non sappiamo come** le forze biologiche, la regolazione affettiva nelle relazioni primarie, le identificazioni, i fattori cognitivi, l'uso che il bambino fa della sessualità per risolvere i conflitti dello sviluppo, le pressioni culturali alla conformità e il bisogno di adattamento contribuiscano alla formazione del soggetto e alla costruzione della sua sessualità!
- Quindi ci interessa come la persona vive il proprio genere. La propria identità. Cioè com'è posizionata la persona, se è equilibrata nel suo personalissimo modo di essere al mondo! E' questo ciò di cui il clinico deve occuparsi!
- Quindi

Il database scientifico esistente non può rispondere alla domanda se questa diagnosi è puramente un «disturbo mentale» o un disturbo con altra causa fisica

Non esistono criteri scientificamente fondati per le differenziare le identità di genere

Delineare il modo in cui si sviluppa qualsiasi identità di genere rimane sconosciuto ed è una questione di speculazione teorica

Diversità di genere o disturbo mentale?

- Il Disturbo dell'Identità di Genere (DIG) è stato incluso nel DSM III nel 1980
- Questo ha comportato stigma e marginalizzazione poiché eguaglia Disforia di genere a malattia mentale; da ciò si sono associati sintomi di ansia e depressione ma più collegati al Minority stress che alla Disforia di genere
- Ed allora eliminare la diagnosi? Ma dopo con gli interventi medici? Perché non inquadrarla come diagnosi medica piuttosto che psichiatrica?

Criteri per la diagnosi di Disforia di genere

- Il DSM V suddivide la diagnosi di disforia di genere in due sezioni separate: «Disforia di genere in Bambini»; «Disforia di genere negli Adolescenti e negli Adulti»
 1. Incongruenza tra sesso assegnato alla nascita e genere che la persona si attribuisce
 2. Dissonanza interna associata ad una «sofferenza clinicamente significativa» o compromissione in ambito sociale, scolastico o lavorativo.

Questo secondo criterio è fondamentale perché riconosce che la diagnosi di Disforia è presente solo quando la sofferenza è tale da compromettere il funzionamento adeguato della persona

Criteri specifici

Il DSM V elenca 6 possibili sintomi, con almeno 2 sintomi richiesti per fare la diagnosi di Disforia di genere; come detto precedentemente i sintomi riflettono una «marcata incongruenza» tra il sesso assegnato alla nascita ed il genere esperito, associato ad un livello di sofferenza significativa. Tutto per almeno 6 mesi

1. Marcata incongruenza tra genere esperito e caratteri sessuali primari e secondari
2. Forte desiderio di liberarsi dei caratteri che riflettono il sesso assegnato
3. Forte desiderio di possedere caratteri primari/secondari del genere esperito
4. Forte desiderio di appartenere al genere esperito
5. Forte desiderio di essere percepito e trattato come appartenente al genere esperito
6. Forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipicamente associati al genere esperito

La disforia di genere può essere ad esordio precoce (nell'infanzia) o a esordio tardivo (pubertà o età adulta)

Ps. Il genere esperito non vuol dire opposto, ma qualsiasi genere

DSM IV vs DSM V

- Nel DSM IV si parla di GID (disturbo di identità di genere) e per soddisfare tale diagnosi vi devono essere: sentimenti di disagio per il sesso di appartenenza, desiderio di possedere il corpo dell'altro sesso, desiderio di essere considerato dagli altri come un membro dell'altro sesso
- DSM V, differente terminologia, si parla di genere e non di sesso, inoltre non più Disturbo di identità di genere, bensì Disforia di genere, definita come marcata sofferenza legata all'incongruenza tra il genere esperito/espresso ed il genere assegnato.
Altra importante differenza, la Disforia di genere non rientra più tra le disfunzioni sessuali o nelle parafilie, bensì vi è un capitolo a parte
- DSM V, ulteriore innovazione, utilizzare la dicitura di genere assegnato (alla nascita) al posto del termine «sesso» per consentire alle persone transessuali di uscire da questa diagnosi in seguito alla riassegnazione chirurgica o cure ormonali

Inoltre

- Il DSM V descrive le persone transgender come un «ampio spettro di individui che si identificano in modo transitorio o persistente con un genere diverso rispetto a quello assegnato alla nascita»; citare «transitorio» suggerisce la «fluidità» dell'identità di genere cercando così di lottare contro le stigmatizzazioni e verso un'ottica depatologizzante; passo avanti decisivo rispetto alle edizioni precedenti
- Ma l'inclusione della diagnosi nel DSM V continua ad inquadrare la varianza di genere come una malattia psichiatrica e quindi tutte le persone che cercano trattamenti medici connessi alla transizione devono passare tramite tale diagnosi e quindi per una malattia mentale

- Il vissuto è molto complesso, la difficoltà a trovare posto nella società comporta un percorso duro e doloroso e richiede molta forza psicologica ... mobbing soprattutto per le MtF; disagio nel momento in cui la riassegnazione non è riconosciuta legalmente (es. documenti di identità)
- Legge 164, 1982 che legifera la possibilità di adeguamento delle caratteristiche sessuali, **quando ciò risulti necessario.** ... «In realtà la legge – si tratta della 164 del 1982, ai tempi una conquista storica del movimento transessuale – non prescrive esplicitamente che ci si debba operare per accedere alla modifica anagrafica, ma la sua ambiguità ha lasciato spazio a una prassi ormai consolidata, anche nelle interpretazioni dei giudici, per cui di fatto quel passaggio diventa obbligato. Finora, normalmente, la trafila è stata sempre questa: chi si riconosce come transessuale intraprende prima il percorso psicologico e ormonale, poi chiede al giudice l'autorizzazione per operare gli organi genitali, e infine avanza la domanda per il cambio del sesso e del nome.»

CRITERI DI INTERVENTO

- I criteri, di seguito riportati, devono considerarsi raccomandazioni *minime indispensabili* da applicare nelle richieste di adeguamento medico e / o chirurgico dei caratteri sessuali

Analisi della domanda e valutazione dell'eleggibilità

- 1)** I programmi di adeguamento medico e/o chirurgico e psicosociale, nonché il percorso legale di riattribuzione chirurgica di sesso secondo la legge mirano ad evidenziare le motivazioni, le aspettative ed il contesto che hanno portato l'utente alla richiesta di riattribuzione di sesso, verificare quanto possa inscrivere nel quadro di una problematica di genere e concordare un progetto individualizzato mediante un'approfondita analisi della domanda e una valutazione della personalità e dell'ambiente socio-relazionale. Condizione preliminare al passaggio alle fasi successive del percorso è infatti la determinazione della più esatta natura del disagio legato all'identità di genere posta all'origine della richiesta e la definizione di un progetto individualizzato sulle necessità del caso.
- 2)** Ogni fase del progetto concordato deve prevedere una stretta integrazione tra il piano medico e/o chirurgico e quello psicosociale
- 3)** In presenza di diagnosi di rilievo psicopatologico, la cui risoluzione viene ritenuta primaria rispetto al programma di riattribuzione chirurgica di sesso, va data precedenza agli interventi terapeutici comunemente adottati per tali condizioni.
- 4)** Il programma di adeguamento può essere intrapreso da persone che abbiano raggiunto la maggiore età, tranne diversa disposizione del Tribunale dei Minori. In caso di minorenni si considera auspicabile l'offerta di un percorso psicologico rivolto all'interessato ed ai suoi familiari

Iter di adeguamento

- 1) L'ingresso nel programma di adeguamento medico e/o chirurgico prevede, in fase preliminare, che la persona venga informata su tutte le procedure e le terapie, nonché su tutti i rischi che queste comportano e sull'irreversibilità di alcune di esse affinché possa esprimere un consenso informato scritto, inerente il progetto concordato. A partire dalla richiesta di riattribuzione, il programma psicologico, parallelo e integrato con quello medico, si sviluppa secondo modalità individuate caso per caso, mira alla verifica continua dell'assunzione di responsabilità nei confronti delle proprie scelte ed ha la finalità di sostenere la persona ed aiutarla ad elaborare i vissuti connessi alle modificazioni ormonali e somatiche ed alle relative espressioni sul piano socio-relazionale. Il programma psicologico mira anche all'elaborazione delle questioni eventualmente emergenti durante il percorso, relative alle tematiche di genere ed esistenziali
- 2) In considerazione di alcuni effetti delle terapie ormonali che sono irreversibili sul piano somatico e possono avere ricadute sul piano psicologico, si prevede che l'utente prima di iniziare ad assumere ormoni abbia intrapreso, un percorso adeguato e specifico. Si consiglia un percorso minimo di 4-6 mesi.

Iter di adeguamento

- 3) «l'esperienza di vita» nel ruolo del genere vissuto come più vicino rispetto al proprio sentire è considerata parte integrante del programma di riattribuzione chirurgica di sesso e deve avere una durata che permetta l'acquisizione delle caratteristiche psicofisiche desiderate. Si consiglia un periodo minimo di 8-12 mesi
- 4) Ottenuta l'autorizzazione del Tribunale, la riattribuzione chirurgica del sesso avverrà su parere concorde dei diversi operatori intervenuti nelle diverse fasi dell'iter, solo dopo aver verificato la piena consapevolezza della persona rispetto alla propria scelta e nella piena assunzione di responsabilità
- 5) Variazioni relative a criteri o procedure d'intervento saranno adottate solo in casi specifici, con motivazioni ampiamente documentate. Il programma verrà interrotto se non rispettato il piano terapeutico concordato

- Interventi totalmente reversibili: ormoni e bloccanti ipotalamici o ormoni della pubertà, ritardano lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari (se l'assunzione viene interrotta lo sviluppo rapidamente verrà ripristinato), sono ormoni analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine. Questo intervento può far guadagnare tempo ai familiari ed ai professionisti che vogliono valutare ulteriormente la solidità dell'identità transgender, tempo di esplorazione
- Interventi parzialmente reversibili: terapia ormonale mascolinizante (testosterone) o femminilizzante (sia estrogeni che anti – androgeni) che innesca lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari in linea con l'identità esperita, terapia che durerà per tutta la vita
- Interventi irreversibili: procedure chirurgiche toraciche o genitali, non più di «riassegnazione» del sesso bensì interventi di «affermazione o confermativi» di genere. Intervento chirurgico non vincolante o indicativo per essere davvero transgender, tassello non obbligatorio per la veridicità di tale percorso verso l'identità di genere esperita

Follow up

- A garanzia della salute della persona, intesa come benessere psicofisico e sociale, gli operatori si impegnano a garantire la continuità del percorso integrato di sostegno. Il follow up ha la finalità, non solo, di verificare le condizioni psicofisiologiche e l'inserimento socio relazionale connessi con gli adeguamenti effettuati, ma anche di aiutare la persona ad affrontare i complessi vissuti emozionali conseguenti al percorso di adeguamento
- Per quanto attiene alla terapia ormonale, la persona, resa consapevole della necessità di proseguirla per l'intero arco di vita, dovrà sottoporsi a controlli periodici annuali o altrimenti concordati

Quando è permesso alle persone transgender di essere sé stessi nel mondo (cioè di vivere nel genere esperito) anche e maggiormente in giovane età, il rischio di problemi di salute mentale non rappresenta un problema significativo, dove il supporto familiare, la sua accettazione e validazione, svolge un ruolo critico e decisivo sulla salute e benessere della persona e del suo percorso finanche come deterrente a tutte quelle situazioni di rischio come il suicidio e le sue ideazioni suicidarie. I professionisti della salute mentale non possono lavorare con i giovani trans e le loro famiglie offrendo servizi clinici in un vuoto pneumatico; la consulenza e gli altri servizi terapeutici devono sempre essere radicati nel contesto sociale e legale in cui vivono questi giovani e le loro famiglie. I professionisti devono alzare lo sguardo sulle politiche e le leggi locali e statali più ampie: consiglio scolastico, organizzazioni di quartiere, governo locale e politiche nazionali.

Ed il clinico? Cosa fa?

- Innanzitutto, iniziare un percorso psicoterapeutico può risultare utile ma non rappresenta più un prerequisito per la transizione medica, aspetto inerente la depatologizzazione della disforia
- Però è responsabilità del clinico valutare la sussistenza delle indicazioni di disforia all'avvio di tale procedura
- Dettò ciò il lavoro clinico è utile in almeno tre aree diverse:
 1. Elaborazione delle esperienze interne ed esterne relative alla propria identità e disforia di genere, dare spazio a vissuti di confusione, paura, inadeguatezza o isolamento
 2. Esplorare e gettare luce sulla propria identità ed espressione di genere, su come vivere la propria vita in modo autentico
 3. Esplorazione delle difficoltà che possono emergere dopo il coming out o transizione costruendo strategie di coping più funzionali e consapevolezza sulla propria straordinaria resilienza

Inoltre

- Il clinico risulta essere il «guardiano del cancello», cioè colui che valuta l'idoneità o meno, la prontezza o meno alle terapie mediche
- Il clinico ha un ruolo cardine in tutto ciò, infatti deve scrivere una lettera al medico specialista in cui viene indicato che l'utente soddisfa i criteri per la disforia di genere ed è così pronto ad iniziare la terapia ormonale o ad uno specifico intervento chirurgico
- Questo può mettere in discussione la normale relazione terapeutica con un notevole sbilanciamento di potere e portare un notevole paradosso: lavorare con l'utente sul fatto che non vi è nulla di patologico nella disforia di genere e nelle diverse espressioni di genere, dall'altro certificare una diagnosi di disforia di genere, inclusa nel DSM, quindi una diagnosi psichiatrica, la quale è necessaria per essere chi si desidera essere ma abbiamo detto che non è patologico essere chi si desidera essere. **Notevole contraddizione**

Quindi

- È cruciale che il clinico non vada sulla difensiva di fronte ad atteggiamenti ostili dell'utente, rabbia dovuta ad uno sbilanciamento del potere e data dal dover dimostrare la propria identità transgender che verrà diagnosticata come psichiatrica
- Il clinico deve comunque mettere in chiaro la loro impossibilità di promettere il rilascio del nulla osta prima degli incontri in cui la valutazione vera e propria verrà condotta, la chiarezza è fondamentale per l'alleanza e per sentire la comprensione

Da non confondere

- È molto importante non confondere la disforia di genere con altro, infatti può essere possibile che il clinico inquadri la disforia di genere come una malattia mentale che può riflettere modelli di ruolo inadeguati durante l'infanzia, meccanismi di coping dissociativi che hanno portato ad una identità di genere alternativa o una manifestazione del disturbo Borderline di personalità
- La disforia di genere è tutt'altro
- Foto sui pregiudizi del clinico

- Il clinico in questo ambito deve essere pronto ad uscire dalla propria zona di comfort, infatti il transgender specie se adolescente ha bisogno di un supporto e di un supporter
- Il clinico deve esser pronto ad uscire dal proprio studio, formare il personale delle scuole ed insegnanti, partecipare ad incontri con assistenti sociali e fare rete con strutture già attive sul settore; inoltre sarà importante formare clinici del reparto neuropsichiatrico nel momento in cui la gravità dello stato della salute mentale richiederebbe un ricovero ospedaliero
- Sarà importante fare un passo al di fuori della propria zona di comfort e lavorare con la famiglia allargata se necessario
- Pag. 296

MtF per stereotipi

- Passiva ed accogliente
- Angelo del focolare
- Pasticciona, inconcludente, sbaglia appuntamenti e terapie
- Un po' fragile, l'eterna fanciulla
- Dipende dalla famiglia oppure dipende dalla figura maschile
- Società non accetta, perché c'è declassamento
- Notevole importanza alla bellezza, donna = bellezza

FtM per stereotipi

- Determinato e preciso
- Maschio che protegge
- Puntuale, preciso rispetto alle prescrizioni
- Il maschio che tutte le donne vorrebbero, forte avvolgente e gentile
- Indipendente dalla famiglia facendo qualsiasi lavoro
- Accettazione maggiore, donna che entra nell'universo maschile
- Accettazione serena dei limiti estetici

Ma questa è Omofobia interiorizzata

- Intanto cos'è l'Omofobia?
- Paura irrazionale di trovarsi in luoghi chiusi con persone omosessuali annesso a reazioni d'ansia, disgusto, avversione o intolleranza
- Ma Omofobia è un termine errato perché in una fobia vi è la consapevolezza che la paura sia eccessiva e così la volontà di liberarsene, quindi termine impreciso perché qui vi è una portata aggressiva con propensione a convertirsi in violenza, la reazione avuta secondo l'omofobo è normale e giustificata inoltre l'omofobia non compromette necessariamente il funzionamento sociale del soggetto ed infine non vi è disagio con la propria fobia e quindi non vi è il bisogno di liberarsene
- Quindi fobia atipica, ma termine che ha delle utilità e rappresentabilità sociali

- Omosessualità non più patologica, quindi interesse si è spostato più su comportamenti ed atteggiamenti pregiudiziali nei confronti di persone omosessuali
- Omofobia: 1) *personale* (pregiudizi individuali), 2) *interpersonale* (quando diventano agiti), 3) *istituzionale* (politiche discriminatorie), 4) *sociale* (comuni stereotipi)
- Cause dell'omofobia: stili cognitivi che riflettono il bisogno di mantenere una rappresentazione stabile ed imm modificabile dell'ordine sessuale e sociale
- La paura oggi è cambiata, in passato era la devianza a creare scandalo e spaventare, oggi no, è la possibilità di una «normalità» omosessuale, attraverso una realizzazione affettiva e familiare (spaventa che «queste persone vogliono appartenere al tessuto sociale»)

Omofobia interiorizzata

- Sentimenti ed atteggiamenti negativi (dal disagio al disprezzo) che una persona può provare (più o meno consapevole) nei confronti della PROPRIA ed ALTRUI omosessualità
- “ ... inizia con la sensazione di essere diversi, di una diversità sbagliata e da tenere segreta ... l’omofobia in un omosessuale è qualcosa che in modo radicale e profondo dà forma alla tua identità e all’idea che hai di te stesso”
- Scarsa accettazione e stima di sé, fino ad odio e disprezzo, con sentimenti di incertezza, inferiorità e vergogna, sensazione di “non aver le carte in regola” e frequente senso di colpa o inadeguatezza nei confronti dei propri genitori e sensazione di dover fare più degli altri per farsi accettare
- IDENTIFICAZIONE CON GLI STEREOTIPI DENIGRATORI, paura o convinzione di essere malato e trasformare la propria “difformità” in “deformità”
- “... fu un discorso chiaro e preciso di me stesso a me stesso. Poiché tu sei diverso bisogna che tu sia superiore, mi dissi” (Coccioli, 1995)
- Gli adolescenti che si identificano e si rappresentano nella “minoranza sessuale” presentano una probabilità di commettere suicidio almeno due o tre volte superiore ai loro coetanei che si riconoscono eterosessuali

Perversioni

- Per la psicoanalisi classica si considerava perversi tutti coloro che *sostituiscono* in modo stabile i rapporti eterosessuali genitali potenzialmente finalizzati alla procreazione con attività sessuali che coinvolgono *oggetti* diversi dalle persone adulte consenzienti del sesso opposto o mete diverse dall'accoppiamento genitale potenzialmente finalizzati alla procreazione (una pulsione parziale della sessualità infantile non coopera al primato genitale ma ne prende il suo posto)
- Timide variazioni, secondo Smirgel il nucleo delle perversioni consiste: 1) negare la differenza tra i generi. 2) negare la rilevanza della differenza tra i generi sessuali. 3) idealizzare la sessualità infantile pregenitale
- Condizione comune è il sovvertimento dell'ordine e della legge che organizza il mondo adulto

Possibili spiegazioni

- Secondo Stoller, il perverso ripeterebbe attivamente uno scenario traumatico di cui è stato una vittima passiva nell'infanzia, si identificherebbe con i propri aggressori e cercherebbe di vendicarsi per il male subito
- Secondo Masud Khan «la madre invece di sostenere la personalità del figlio nella sua globalità, ne idoleggia uno specifico aspetto, determinando così una dissociazione nell'esperienza del Sé del bambino. Quindi per Khan le perversioni sono un tentativo di autocura (fallimentare), cerca l'altro ma non come intero e differenziato, ne rimane quindi escluso dalla scena amorosa

La perversione è sempre sinonimo di patologia?

Kernberg sottolinea che in una sessualità matura e pienamente soddisfacente sono presenti molteplici elementi perversi, ma questi sono integrati e resi funzionali all'appagamento genitale

Relazione col corpo

- Modificazione corporea vista come la realizzazione di una relazione d'oggetto interiorizzata attraverso la relazione con il proprio corpo. E' la qualità (la compulsività e necessarietà) di questa relazione che distingue l'uso patologico fatto del corpo in alcuni casi dall'uso quotidiano per definire ed esprimere la nostra identità.
- In alcuni adolescenti uso di tatuaggi come indicatori di altri futuri comportamenti a rischio (droghe, attività sessuale, rischi di suicidio e disturbi dell'alimentazione, o appartenenza a gruppi con tendenze antisociali.

Immagine corporea: Schilder (1950)

- L'immagine corporea è il “ritratto del nostro corpo che formiamo nella nostra mente, cioè il modo in cui il nostro corpo appare ai nostri occhi” (meccanismi proiettivi e introiettivi)
- In qualche modo esso fluttua come dimensioni percepite, come sensazione di leggerezza o pesantezza
- Damasio associa la rappresentazione del Sé corporeo a una mappa nel cervello che fornisce continuità attraverso diversi stati

- Nella disforia di genere non si tratta di non essere a proprio agio con qualche aspetto del proprio corpo bensì riguarda il non essere in grado di vedersi per come si è, se non nella propria mente: la persona che gli altri vedono quando la guardano non è ciò che si è
- Questo aspetto della non corrispondenza dell'immagine corporea può portare a mettere in discussione la propria percezione della realtà e può causare la messa in discussione della propria realtà del proprio senso di sé e così la sensazione di essere invisibili o anche di non essere reali
- Un altro aspetto dell'immagine corporea riguarda anche imparare ad accettare e convivere con quello che, del corpo, potrà cambiare e quanto potrà essere modificato, ma anche con quello che non cambierà

Dismorfismo corporeo e non transessualismo

Secondo il DSM-IV i criteri diagnostici sono:

- A. Preoccupazione per un supposto difetto nell'aspetto fisico. Se è presente una piccola anomalia, l'importanza che la persona le dà è di gran lunga eccessiva;
- B. La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre zone importanti;
- C. La preoccupazione non risulta meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale (l'insoddisfazione riguardo la forma e le misure corporee nell'anoressia nervosa)

caratteristiche

- L'odio di parti del corpo occupa la loro mente e le sedute della terapia, spesso rimuovendo il significato di ogni interazione attraverso la concretizzazione del problema (es: risolvere il problema con la chirurgia plastica)
- Tentativi ossessivi a volta estremi di nascondere e/ con interventi o mezzi fai da te per cambiare il proprio corpo (es varechina per sbiancare la pelle o carta vetrata per le cicatrici)
- Ideazione suicidaria in pazienti molto fragili, a volte molto giovani: uno studio sul tasso di suicidio in 200 adolescenti a cui era stato diagnosticato un disturbo di dismorfismo corporeo ha trovato che il 44,4 % aveva tentato il suicidio

Come si sta col e nel proprio corpo e la sua
importanza

Essere l'oggetto del desiderio (dell'oggetto
primario)

- E' importante avere l'esperienza che è possibile per il Sé soddisfare il desiderio dell'altro in maniera gratuita (e non agita).. Sono momenti illusori, un bambino non dovrebbe soddisfare il desiderio dell'altro –madre (anzi la bambina deve cogliere nell'altro madre il desiderio che lei ha per il padre per potersi identificare, se è una donna, con la madre eterosessuale) ma è importante almeno qualche volta sentire che siamo l'ideale per l'altro, è importante quanto imparare a tollerare i propri limiti e le proprie imperfezioni (anzi probabilmente aiuta a tollerarli perché aiuta ad accettarsi per quello che siamo)

Lo sguardo dell'altro

- Il corpo resta un luogo esposto (Lemma)
- Il corpo è il luogo in cui incontriamo l'altro
- Per poter vedere noi stessi dobbiamo essere visti (p. 37)
- Per quanto desiderabili possiamo sentirci, ci sono sempre momenti nella vita in cui non ci sentiamo abbastanza desiderabili, è una esperienza soggettiva radicata innanzitutto nel corpo
- Non possiamo (e non dobbiamo) soddisfare completamente come bambini il desiderio della madre e tuttavia il nostro corpo reca l'impronta di quello sguardo, che all'inizio costituisce una forma di onnipotenza e a cui torniamo quando l'altro innamorato di noi se siamo innamorati ci guarda; in questo caso l'altro può darci per un periodo un'immagine di noi stessi come ideale. Per alcuni diventa una dipendenza (penso alle star in concerto)...

Idealizzazione e identificazione

- Attraverso l'idealizzazione, la persona investe un altro del potere di rendere il Sé perfetto, il che colloca immediatamente il Sé in una relazione di identificazione con l'altro. In Introduzione al narcisismo (1914) Freud dice che “Ciò che l'uomo proietta avanti a sé come proprio ideale è il sostituto del narcisismo perduto nell'infanzia” (p. 464)

Corpo e invidia

- Se l'altro viene percepito come qualcuno che possiede l'interezza o l'unità di cui il Sé si sente deprivato, allora l'invidia può essere mobilitata; desiderio di appropriazione del corpo creativo materno (fantasia di autocreazione) può essere messo in moto nella chirurgia estetica
- Più siamo deprivati dell'esperienza di essere per l'altro l'ideale, almeno a volte, soprattutto se questa deprivazione si è verificata nei primi mesi, più difficile diventa vivere in un corpo ordinario (cioè con limiti inevitabili): la necessità di idealizzazione diventa inflessibile
- La madre "sufficientemente buona" aiuta il bambino a vivere in un corpo "ordinario". Se l'investimento libidico da parte della madre è poco, il Sé corporeo si sentirà trascurato e non amato; se è eccessivo, si sentirà colonizzato e turbato dai desideri dai bisogni e dalle proiezioni della madre.

Corpo e attaccamento

- Gli scambi fisici precoci tra madre e bambino (sguardo, tocco soprattutto) sono vitali per lo stabilirsi dell'attaccamento e per modellare la nostra sensazione di essere o no accettabili.
- La qualità dell'amore dei genitori e della cathexis libidica del corpo nei primi anni di vita determinerà in parte quanto ci sentiamo a nostro agio nel corpo.
- La madre investe il Sé corporeo del bambino con la sua libido.

Fantasia della corrispondenza perfetta

- Siccome il corpo è sentito come insufficiente, che non garantisce l'amore dell'altro, creando quindi una ferita narcisistica, questa ferita sembra si possa curare con una fuga maniacale nel cambiare la superficie del corpo: fusione di un Sé idealizzato con un oggetto/corpo idealizzato
- Non siamo mai troppo grandi per richiedere lo sguardo amorevole e desideroso dell'altro-madre.. Se siamo fortunati, lo troviamo o ritroviamo in momenti particolari nelle nostre relazioni amorose

Trasmissione transgenerazionale dell'immaginario corporeo

- Il nostro corpo è modellato anche dai significati e dalle fantasie degli altri per cui racconta la storia di diverse generazioni.
- Memoria implicita inconscio non rimosso ed esperienza con l'altro: Lemma trova una relazione significativa tra l'esperienza del rifiuto provato dal genitore e successiva avversione verso il bambino nel contatto fisico;
- Ciò che la madre vede quando guarda il bambino è modellato dalla qualità delle relazioni che ha dentro di sé, in particolare quella coi propri genitori;
- Importanza del padre: due occhi supplementari (come fa la relazione terapeutica)

Femminilità

e

domande

- Quando mi sento donna, sto esprimendo il massimo della mia femminilità? O mi sento pienamente me stessa? Quando mi sento me stessa, questa sensazione ha qualcosa a che fare con la mia identità femminile? Se viceversa e forse in modo più pertinente, mi sento poco donna, allora non mi sento più me stessa? E se non sono me stessa, questo riguarda in qualche modo più sottile la mia identità di genere?

Maschile e femminile

- Per Lacan la donna viene presa in considerazione non più che *quoad matrem*: la donna non entra nella funzione sessuale se non in quanto madre. Ciò corrisponde al *non – tutta* sul quale riposa il godimento della donna. Rispetto a questo godimento nel quale è *non – tutta*, cioè che la rende assente in qualche parte di sé stessa, assente in quanto soggetto, troverà il *tampone* dell'oggetto nel figlio perché l'oggetto incomincia a funzionare in base alla perdita, alla fenditura che esiste nel luogo dell'Altro

Maschile e femminile

- L'uomo per Lacan rientra in una concezione del *tutto*, (il soggetto *La*), inoltre la posizione fallica maschile si esaurisce nel godimento fallico (atto sessuale) e lì si consuma la parte fondamentale del suo godimento
- Per quanto riguarda la donna, ci sono alcune variazioni, lei ha una dimensione supplementare, il suo godimento viene giocato solo parzialmente nel godimento fallico: perciò domanda amore.
- Se l'uomo aspetta di soddisfare il desiderio, la donna aspetta di essere amata, è in gioco non il primato del desiderio ma dell'amore (è legata all'oggetto *a*)
- Secondo Lacan l'uomo basta al suo godimento e perciò non capisce nulla. Il godimento della donna non è senza parole cioè senza dire in qualche modo la verità (una verità da indagare grazie e con la parola)

Maschile e femminile

- La costruzione di un equilibrio personale tra l'orientamento sessuale, l'esperienza del proprio corpo e la posizione psicologica e sociale in relazione alle categorie di "maschile e femminile" è un compito difficile e fondamentale per raggiungere una sua stabilità relazionale e un benessere psichico. Si tratta sempre di una formazione di compromesso e riguarda le persone omosessuali come quelle eterosessuali. In quanto formazione di compromesso deve inevitabilmente venire a patti con gli schemi binari e le polarizzazioni estreme. Il mondo esterno non può funzionare secondo una logica "tutto bianco o tutto nero" e tantomeno quello interno. In particolare l'idea "naturale" di che cosa sia "maschile" e cosa sia "femminile" viene a ridimensionarsi di fronte all'inevitabile influsso dei tempi e delle culture
- Il genere è un'imitazione di cui manca l'originale
- La mascolinità e la femminilità sono rinforzate dai rifiuti che performano

- Definire femminili gli uomini gay non fa fare alcun passo in avanti nella loro comprensione; semplicemente li sposta. Fare di un maschio omosessuale una finta donna mette in ombra le varianti di genere e non ci orienta a capire come l'esperienza di genere omosessuale possa sfidare il convenzionale binario eterosessuale maschio/femmina.
- Questa logica è contemporaneamente il prodotto e il progenitore di un ordine culturale sanzionato che non coglie adeguatamente la natura e non problematizza abbastanza l'esperienza di genere
- ... lo sviluppo dell'uomo etero è sovrastimato e sopravvalutato; lo sviluppo delle donne etero e uomini gay è sottostimato e sottovalutato, mentre le patologie che vengono loro attribuite sono sovrastimate, anche lo sviluppo delle donne omosessuali è sottostimato, non sono neanche rappresentate nel canone psicoanalitico
 - ... *passare dal deviante al variante* ...

Alcuni spunti sul genere

- L'eterosessualità è coltivata attraverso le proibizioni, proibizioni che prendono come uno dei loro oggetti gli attaccamenti omosessuali, obbligando così la perdita di quegli attaccamenti
- Es: la ragazza diventa tale in quanto è soggetta ad una proibizione che interdice la madre come oggetto di desiderio e installa questo oggetto interdetto come una parte dell'io, o meglio, come una identificazione melanconica (cioè con la mancanza). In questo modo l'identificazione contiene in sé sia la proibizione sia il desiderio, incarnando così la perdita che non è stata pianta dell'investimento omosessuale.
- Se essere una ragazza corrisponde a non desiderare una ragazza, allora desiderare un'altra ragazza metterà in questione il fatto di esserlo, il desiderio omosessuale metterà nel panico il genere
- ... non si tratta insomma di trasferire quell'amore omosessuale in una figura femminile sostitutiva, ma rinunciare alla possibilità dello stesso attaccamento omosessuale ...

Ulteriori spunti

- Diventare un «uomo» richiede non solo il rifiuto della *propria* femminilità ma il rifiuto come precondizione per l'eterosessualizzazione del desiderio ... se un uomo diventa tale ripudiando il proprio femminile è per sempre immerso nella sua ambivalenza ... egli vuole la donna che lui non sarà mai! (non vuole essere donna e così la desidera!)
- La donna è allo stesso tempo l'identificazione da lui ripudiata, un rifiuto che egli rinforza ma come l'oggetto dei suoi desideri
- Uno degli obiettivi più ansiogeni del suo desiderio sarà quello di elaborare la differenza fra lui e lei, e cercherà di scoprire e dimostrare tale prova
- Il suo desiderio sarà funestato dal terrore di essere ciò che desidera, così il suo desiderio sarà sempre anche una forma di minaccia

- ... non sorprende allora che quanto più iperbolica e difensiva è l'identificazione maschile, tanto più intenso sarà l'investimento omosessuale che non è stato pianto.
- Potremmo pensare alla «mascolinità» e alla «femminilità» come formate e consolidate attraverso identificazioni in parte composte da un dolore sconosciuto e perciò non può essere pianto, elaborato, superato e quindi incorporato
- Se accettiamo che la nozione di eterosessualità naturalizza se stessa insistendo sulla radicale alterità dell'omosessualità, allora l'identità eterosessuale è perseguitata attraverso una incorporazione melanconica dell'amore che disconosce: l'uomo che insiste sulla coerenza della sua eterosessualità dichiarerà di non aver mai amato altro uomo, e quindi di non averlo mai perso. Quell'amore, quell'attaccamento, diventa soggetto a un doppio disconoscimento: il non aver mai amato e il non aver mai perduto. Questo «mai – mai» fonda così il soggetto eterosessuale; è un'identità basata sul rifiuto di riconoscere un attaccamento e quindi di piangerne la perdita
- E così non si creerà la sua serenità con la sua identità
- Perché per Freud il Super-Io si formerà sulla colpa di un attaccamento omosessuale che non può essere pianto perché, una perdita, come sopra, senza riconoscimento

Inoltre

- Il genere è performativo cioè, non un genere che viene espresso attraverso gesti, ma i gesti che tendono a produrre retroattivamente un nucleo interno di genere. Cioè la performance del genere produce retroattivamente l'effetto di una essenza o disposizione femminile vera e durevole, tanto che non si può usare un modello indicativo per pensare il genere
- Anche la «drag queen» imita una femminilità, ma anch'essa essendo una idealizzazione è un'imitazione della femminilità ma ciò non potrebbe essere il genere almeno come noi lo immaginiamo? (... il drag allegorizza la melanconia eterosessuale! ...)
- Di Leo Bersani, teorico queer, parla di identità e assimilazione omosessuale ... «gettare la maschera, ovvero mostrarsi al mondo, significa in realtà indossarne un'altra: diventare socialmente riconoscibili e omologati, definiti e limitati da una classificazione che guarda esclusivamente a un comportamento sessuale



- «La nostra cultura prevede due modelli per il desiderio, uno per gli uomini e uno per le donne. Il primo modello onora, mascolinizza e rende adulta l'esperienza percepita dell'*io voglio*. Il secondo degrada, femminilizza e infantilizza lo stato dell'essere desiderati, l'esperienza percepita dell'*io voglio essere desiderato*»
- Questo dualismo tra il volere – essere –voluti/desiderati interseca non solo la contrapposizione maschile/femminile, ma anche quella tra soggetto e oggetto e si esprime nella contraddizione di essere un «soggetto come oggetto»
- I soggetti nelle nostre rappresentazioni culturali ed intrapsichiche sono uomini. Il soggetto può diventare «io voglio». Il soggetto uomo desidera. Ci si aspetta che anche le donne, una volta divenute adulte siano soggetti, ma a livello psicologico e sociale dalla donna ci si aspetta che sia anche oggetto (nel senso di «cosa») del desiderio. Alle donne quindi è richiesto di essere tanto soggetti quanto oggetti (lo sviluppo della femminilità potrebbe essere quindi inteso come una formazione di compromesso, considerarsi un oggetto, sapendo allo stesso tempo di essere un soggetto)



- Il genere potrebbe essere definito come un organizzatore della psiche ed in quanto tale ha significati variabili, variabilità che genera incertezza, richiede approfondimenti ed offre una innegabile incertezza.
- Questa «diagnosi» di incertezza non dovrebbe essere considerata come un fallimento del metodo o della teoria. Piuttosto è un «segno» di ciò che il genere è, quindi risulta a volte centrale e definitivo, altre volte marginale e contingente
- Metafora utile: se la vita è il mare, il genere è un'isola; a volte le persone annegano nel mare altre volte naufragano sulla terraferma. Con ciò voglio dire che abbiamo bisogno del mare e della terraferma ed ampliandola con Winnicott, abbiamo anche bisogno del bagnasciuga dove acqua e terra si incontrano

Inoltre

- Ed il genere dell'analista?
- Bè sicuramente non si deve parlare del genere bensì dei generi, infatti gli analisti non vivono solo il paradosso di essere a volte femmine e a volte maschi, ma anche quello di sentirsi ed essere costruiti di genere variabile o senza genere.
- Ma è comprendendo questo che riusciamo ad accedere alla controparte controtransferale dell'esperienza dei nostri pazienti ... paradosso esemplificato da Bion: «Se sappiamo che il paziente delle dieci è un uomo sposato sulla trentina, sappiamo già troppo; come faremo infatti a prenderci cura della bimba di quattro anni che è appena entrata?»

Possibili quesiti

- ... quando ci lamentiamo della solitudine, di quanto sia difficile nella nostra società avere buone relazioni con gli altri, non dimentichiamoci che di queste buone relazioni le donne sono sempre state le custodi. Il fatto è che le donne stanno scomparendo, la differenza femminile si sta estinguendo, e il loro lavoro non lo vuole fare più nessuno. Quanto le donne sono e utilizzano strumenti femminili e maschili?
- Libertà ed emancipazione? Si può essere libere cucinando ed perfino anche lavando i vetri, ci può essere libertà anche senza emancipazione? Senza fare la gara con gli uomini, facendo cose «più tipicamente» femminili???

Inoltre sulla donna

- ... dove c'è una donna che si muove non nonostante, ma assumendo il fatto di essere donna, spesso niente resta come prima ...
- ... è nella fiducia di poter ridurre la tensione tra un «tempo privato» pieno di cose che contano e un «tempo pubblico» vuoto e deprimente ...
- ... è cercare di non vivere come se fossimo sempre in un gigantesco ascensore, è lasciare che gli altri ci invadano, restituirgli il loro posto dentro di noi ...
- ... «per una donna c'è *dell'altro* fin dall'inizio» ...
(Kristeva)

E la maternità?

E le supermamme?

E le solo mamme ... perché solo loro?

E gli ovuli congelati?

E la paternità?

E il mammo?

- *... Se la psicoterapia promuove un ampliamento dei confini dell'io e quindi permette al paziente di formarsi un sistema di valori e ideali più equilibrato e realistico, anche noi, in quanto analisti, dovremmo iniziare a formulare una teoria dello sviluppo di genere e sessuale a più ampio raggio. Non sto propugnando una teoria senza riferimenti o che non ci dia la possibilità di ragionare sui limiti. Del resto, sarebbe delirante ignorare la necessità di un ordine culturale all'interno del quale definire le caratteristiche sessuali del soggetto. Spetta a noi distinguere il normativo (creandone uno più flessibile) dal naturale e iniziare a introdurre le varianti di genere. E nostro è anche il compito di sviluppare una teoria che rispetti la varietà dello sviluppo umano più che il desiderio di creare una metafisica falsamente simmetrica del genere ...*