

LA PERSONA TRANSESSUALE E IL TRANSESSUALISMO

Dott.ssa Giuliana Melandri

Il Disturbo dell'Identità di Genere (DIG), ancora oggi comunemente chiamato "Transessualismo", viene identificato nella quarta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders attraverso i seguenti criteri diagnostici:

- Persistente disagio a riguardo del proprio sesso assegnato e forte identificazione col sesso opposto (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto);
- Persistente preoccupazione, della durata di almeno due anni, di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e secondarie, e di acquisire le caratteristiche sessuali dell'altro sesso;
- Il soggetto ha raggiunto la pubertà;
- L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale;
- L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti di funzionamento (DSM IV-R).

Per transessualismo primario dunque si intende quella convinzione per cui una persona desidera in modo assoluto modificare le proprie caratteristiche sessuali per vedere riconosciuto il diritto di vivere secondo le caratteristiche culturalmente attribuite al sesso opposto a quello a cui biologicamente appartiene.

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

Money, uno dei primi a definire chiaramente determinati concetti che fino ad allora erano soggetti ad essere confusi fra loro, descrive "l'identità di genere" come l'esperienza di percezione sessuata di se stessi e del proprio comportamento, cioè l'opinione che ognuno ha di se stesso in quanto appartenente ad un sesso o all'altro, indipendentemente dal ruolo sessuale che assume di fronte agli altri, volontariamente o meno. Il "ruolo di genere" invece viene descritto come l'espressione esteriore dell'identità di genere: con tale concetto l'Autore fa riferimento a comportamenti, opinioni, atteggiamenti e sentimenti attraverso cui un individuo si relaziona e viene quindi riconosciuto dagli altri come uomo o come donna, prescindendo da quale sia il sesso biologico di appartenenza. Il concetto di 'normalità' consisterebbe dunque nella coincidenza tra

identità di genere e sesso biologico. Di conseguenza il “transessualismo” viene definito come l’intima convinzione che la propria identità e ruolo di genere siano discordanti dal sesso anatomico. Non è dato conoscere l’eziopatogenesi di questo tipo di disturbo, anche se un’ipotesi multifattoriale sembra essere quella più accreditata; sicuramente le relazioni familiari, in particolare il rapporto con la madre, hanno un peso più che rilevante.

Possiamo notare come, anche se le persone transessuali di frequente ricordano di avere avuto problemi relativi all’identità fin dalla prima fanciullezza, la piena consapevolezza del disagio, nel senso di dare un nome e di immaginare un cambiamento, è solitamente legata alla tarda adolescenza o alla prima età adulta.

Infatti 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. Questo processo può risultare ancora più difficile, o addirittura impossibile, se si rilevano delle relazioni primarie fortemente perturbate.

Inoltre i casi di identità fragile già all’adolescenza, presentano in seguito una maggiore vulnerabilità in periodi critici dell’esistenza come il distacco dalla famiglia, la nascita del primo figlio nell’ambito della coppia, cambiamenti corporei per malattia o invecchiamento, la morte delle figure primarie, le crescenti richieste sociali.

Per questo spesso l’autodiagnosi di transessualismo emerge proprio in coincidenza con la difficoltà di superare una crisi esistenziale che richiede una strutturazione dell’identità. L’identità di una persona infatti non è un concetto statico, immodificabile, ma assolutamente dinamico, e attraversa diverse fasi di ristrutturazione in coincidenza appunto di periodi particolarmente complessi.

L’Io appare quindi come il risultato di una intricata integrazione di strutture differenti sia fisiologiche che psicologiche, il cui scopo finale è la realizzazione di un Sé coeso. Così i bisogni fisiologici e i bisogni psicologici costituiscono gli organizzatori attorno ai quali si sviluppa l’identità. I primi regolano l’organismo spingendo l’individuo verso la loro soddisfazione, mentre i secondi possono trovare strade “alternative” per essere soddisfatti. L’armonica integrazione dei bisogni suddetti riveste un compito particolarmente importante durante i periodi critici dello sviluppo psicosessuale come quelli che abbiamo menzionato in precedenza.

E’ naturale dunque che, nel caso di persone transessuali, l’attività scolastica prima e lavorativa poi, e, più in generale, l’inserimento sociale, siano aree fortemente compromesse e difficoltose che, spesso, si rivelano essere elementi scatenanti di profonde e protratte crisi depressive, a volte anche con tentativi di suicidio. Questo perché, nella vita di tutti i giorni, le

persone transessuali tendono ad usare abbigliamento e a svolgere attività consone all' identità psichica, ma la maggior parte delle volte risulta impossibile vivere pienamente e serenamente in questo ruolo, soprattutto nell'infanzia e nel contesto scolastico e familiare. Questa negazione, occultamento o espressione che attira derisione e rimproveri, può comportare, e spesso comporta, alterazioni nello sviluppo della personalità, e intensi vissuti di autosvalutazione, ansia e depressione.

Per comprendere il motivo per il quale le persone transessuali arrivano a contemplare e ad attuare una decisione drastica come la riattribuzione chirurgica di sesso (RCS), è necessario focalizzare l'attenzione sul vissuto rispetto all'immagine corporea, un concetto chiave nella vita delle persone che soffrono di questo disturbo.

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. Ma se esiste una situazione patologica in cui il soggetto avverte una forte scissione tra Sé somatico e Sé psichico, ci si può trovare di fronte ad un rifiuto del proprio corpo e, con esso, della propria sessualità, avendo in mente la vera proiezione della propria corporeità in una ben diversa rappresentazione di schema corporeo. Le persone transessuali, infatti, presentano un rapporto altamente conflittuale con i propri genitali, e l'esperienza eterosessuale, quando avvenuta, spesso è stata vissuta in modo traumatico, rinforzando il convincimento di essere nel corpo sbagliato. A dimostrazione del senso di estraneità per i propri organi sessuali, si può ricordare la ricerca condotta su un gruppo di persone transessuali, sia MtF che FtM, che afferiva alla Divisione di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dell'Ospedale S. Camillo di Roma con una richiesta di adeguamento tra identità fisica e identità psichica, dove veniva usato il Sensorial Integration Body Imagery Test: i risultati mostrarono un' inibizione percettiva nel gruppo sperimentale relativa all' area genitale in particolare, oltre ad alcune parti del torace, addome e schiena; sembrerebbe che i soggetti transessuali alienino parti del proprio corpo non coerenti con la rappresentazione mentale di se stessi.

Secondo il modello psicofisiologico, l'Io è la concreta esperienza unitaria della realtà psicofisica dell' individuo, e l'immagine corporea è il processo circolare e dinamico che si produce, a livello corticale, attraverso l'integrazione delle percezioni corporee di strutture e funzioni motorie, viscerali, umorali, e dei vissuti interpersonali relazionali, in un continuo feedback tra centro e periferia. Il corpo è il territorio dove tutto si lega, e fondamentale dunque diviene l'esperienza del corpo nella sua dimensione soggettiva, poiché da essa si genera la rappresentazione di Sé. Quest'ultima però è fortemente segnata dai processi socio relazionali sia nel micro ambiente (da

quello materno prima, a quello genitoriale e familiare nelle fasi successive) sia nel macro ambiente, processi che producono modellamento attraverso schemi e valori culturalmente condivisi.

Se allora 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 dalla esperienza quotidiana. La crisi di identità insorge infatti quando l'esperienza contraddice le previsioni legate all'autorappresentazione. L'identità di genere della persona, dunque, vale a dire il suo sentirsi e viverci maschio, femmina o nessuno dei due, viene messa a confronto diretto e concreto con l'esterno, e il proprio vissuto psichico può essere o non essere confermato.

La teoria psicofisiologica, quindi, vede il transessualismo esprimersi 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 e le risposte ambientali con cui le persone interagiscono ininterrottamente. Di conseguenza l'incongruenza tra identità fisica e identità psichica sarebbe la causa di un profondo malessere che pervade ogni aspetto della vita delle persone transessuali, da quello sociale a quello relazionale.

Nella persona transessuale dunque si possono evidenziare due livelli ben distinti: ad un primo livello emerge l'identificazione con il genere opposto al sesso biologico, mentre ad un livello più profondo, e in modo più radicale, si afferma, la disidentificazione con il proprio sesso biologico.

Ma, quando si arriva alla decisione di sottoporsi all'intervento di RCS, la serietà e irreversibilità insite in questo tipo di scelta impongono un iter diagnostico rigoroso e articolato. E' necessaria un' accurata valutazione della persona rispetto alle caratteristiche specifiche del disturbo, rispetto alla sua persistenza nel tempo, rispetto alla coerenza interna tra disturbo, scelte terapeutiche ed aspettative, nonché la stesura del profilo di personalità del soggetto. Tutte queste valutazioni sono basilari per una corretta selezione delle persone che possono realmente trarre un beneficio esistenziale dalla RCS.

La fase diagnostica serve non solo ad escludere stati di intersessualità o patologie psichiatriche gravi di cui il vissuto di genere potrebbe essere un sintomo, ma anche a riconoscere l'eventuale presenza ed entità di patologie associate al DIG relate alla sofferenza intrapsichica e relazionale derivata dal vissuto di identità ed alla confusività protratta nel tempo; la consapevolezza delle difficoltà anche sociali, che spesso perdurano dopo l'intervento, deve indurre a grande cautela e grande rigore diagnostico perché la comprensione e la compartecipazione alla sofferenza non velino

la lettura del vero problema dell'utente. Sono infatti presenti nell'anamnesi di alcuni di questi soggetti episodi di depressione maggiore, tentativi pregressi, e a volte ripetuti, di suicidio o automutilazione, crisi paranoiche, abuso di psicofarmaci e droghe, che non sempre sono direttamente correlabili con la condizione transessuale.

L'intervento chirurgico, peraltro, non risolve il problema esistenziale profondo; è la psicoterapia che può costituire un valido supporto sia durante l'attesa degli interventi chirurgici che nell'eventuale fase post – operatoria. A questo proposito occorre sottolineare che lo psichiatra, lo psicologo, lo psicoterapeuta all'interno di questi percorsi si trovano in una posizione inusuale e delicata, in quanto da un lato, come terapeuti, rispondono alla richiesta di alleviare le sofferenze esistenziali della persona, dall'altro, vengono sollecitati a porsi come garanti della 'inevitabilità' della domanda di riattribuzione chirurgica di sesso.

La valutazione soggettiva dei risultati del trattamento, inoltre, appare essere collegata in maniera significativa non solo ad una corretta valutazione diagnostica, ma anche da un giusto esame del periodo 'di prova' ('real life test') antecedente l'operazione, periodo in cui la persona vive, si veste, e agisce nel ruolo culturalmente rispondente al vissuto di identità. In questo periodo la persona inizia anche il trattamento ormonale dopo avere intrapreso un percorso psicoterapeutico. Durante il 'test di vita reale' si prende maggiore dimestichezza con patterns comportamentali adeguati al ruolo di genere desiderato, enfatizzando anche i problemi associati con l'ambiente sociale che sorgono o si acquiscono come effetto della decisione di intraprendere la RCS. Durante il percorso psicoterapeutico è importante poter valutare, man mano che i cambiamenti procedono, l'adattamento psicosessuale della persona, ed il suo livello di consapevolezza delle conseguenze dell'intervento di riattribuzione di sesso.

In alcune persone, il "test della vita reale" ha creato un forte scompenso psicologico aprendo per la prima volta una crisi nella decisione e svelando l'aspettativa magica che l'accompagnava; a volte queste crisi hanno spinto le persone a riconsiderare la scelta e ad andare, nel lavoro psicoterapico, verso una ulteriore chiarificazione e, solo in alcuni rari casi, verso una ristrutturazione dell'identità in armonia con il sesso biologico.

Per la diagnosi dunque si devono utilizzare tutti gli strumenti e le modalità più adatti ad un riconoscimento il più accurato possibile della reale problematica, dei conflitti che la sottendono, della loro gravità nonché delle migliori e possibili strade percorribili per la ricerca di una qualità di vita accettabile per la persona. Lo scopo dell'approfondimento testologico è inoltre quello di evidenziare, con la massima oggettività possibile, la presenza e l'entità di stereotipi cognitivi ed emotivo - affettivi del sesso desiderato e di quello di appartenenza.

I fattori che possono dare una migliore previsione riguardo gli esiti della RCS non sono totalmente conosciuti, ma sembrano essere collegabili con: la richiesta di RCS fatta prima dei trent'anni, la presenza di un buon equilibrio cognitivo ed emotivo, un "real life test" protratto per almeno un anno, l'aver elaborato ed integrato i cambiamenti conseguenti la terapia ormonale ed i limiti e le conseguenze dell'intervento chirurgico in un trattamento psicoterapeutico effettuato prima dell'operazione. I casi dove questi criteri sono stati rispettati ma i soggetti si dichiarano insoddisfatti sono rarissimi e possono essere attribuiti a gravi complicanze relative all'intervento (aspetti funzionali ed estetici), rotture emotive difficilmente prevedibili, perdita del lavoro, gravi difficoltà nelle relazioni sociali e familiari. In genere le difficoltà sono temporanee e spariscono durante l'anno che segue la RCS, soprattutto se il percorso psicoterapeutico continua.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition, Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Baldaro Verde J., Graziottin A., (1991), *L' enigma dell' identità, il transessualismo*, Gruppo Abele, Torino.

Godino A., Lacarbonara A., (1998) *Identità Multiple*, Milano, Franco Angeli.

Michel A., et al., (2002) *The transsexual : what about the future?*, European Psychiatry, 17,353-62

Ravenna A.R., (1998) *Italian standards of care for sex reassignment in gender identity disorder*, The International Journal of Transgenderism, 2, 4

Ruggieri V., Ravenna A. R., (1999) *Transessualismo e identità di genere*, EUR

Simonelli C., (1999), *L'importanza dell' affettività nello sviluppo dell' identità di genere nel transessuale.*, Rivista di sessuologia Clinica, VI – 99/1.

Simonelli C., (1999), *Il complesso sviluppo dell' identità di genere. Influenze ambientali sull'essere maschio o femmina.*, Rivista di sessuologia Clinica, VI – 99/2.

Simonelli C., (1999), *Il complesso sviluppo dell' identità di genere. Influenze ambientali sull'essere maschio o femmina.*, Rivista di sessuologia Clinica, VI – 99/2.

Stoller, R. J., (1968) *Sex and Gender*, New York, Hogarth Press.

Stoller, R. J., (1975) *Sex and Gender: vol. II. The Transsexual Experiment.*, London, Hogarth Press.

Vizzari V., (1995) *La sindrome transessuale*, Giornale Storico di Psicologia Dinamica. Vol 19(37), Jan

Smith Y., Cohen L., Cohen-Kettenis P., (2002) *Postoperative psychological functioning of adolescent transsexuals: a Rorschach study*, Archives of Sexual Behaviour. Vol 31(3), pp. 255-261

Herman-Jeglinska A., Grabowska A., Dulko S., (2002) *Masculinity Femininity and Transsexualism*, Archives of Sexual Behaviour. Vol 31 (6), pp. 527-534

Lawrence Anne A., (2003) *Factors Associated With Satisfaction or Regret Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery*. Archives of Sexual Behavior, Vol. 32, No. 4, August 2003, pp. 299–315

Rachlin K., (2002) *Transgender individual's experience of psychotherapy*, The International Journal of Transgenderism, 6,