



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN: SCIENZE SOCIALI: INTERAZIONI, COMUNICAZIONE E
COSTRUZIONI CULTURALI

CICLO: XXXI

IDENTITÀ IN TRASFORMAZIONE.

**Processi di Costruzione Narrativa dell'identità e della Diagnosi nei Percorsi di Transizione
di Genere**

Tesi redatta con il contributo finanziario della Fondazione Cariparo

Coordinatore: Ch.mo Prof. Devi Sacchetto

Supervisore: Ch.ma Prof.ssa Elena Faccio

Dottoranda: Jessica Neri

*A mia madre, Stefania.
Come le parole e tutto il resto.*

Ringraziamenti

Il mio primo grande ringraziamento va alle persone che hanno preso parte a questa ricerca e che mi hanno dato la possibilità di conoscere alcuni aspetti delle loro storie e le loro prospettive, condividendole e ricostruendole con me nei vari incontri. A tutte le persone che mi hanno accolto ai gruppi AMA dello Sportello Trans Ala Milano Onlus, e ad Antonia Monopoli, la quale si è mostrata sempre disponibile e sostenitrice di questo progetto.

Alla prof.ssa Elena Faccio per avermi accompagnato in questo percorso, per la fiducia e per i preziosi suggerimenti. Al prof. Antonio Iudici, al quale devo sempre utili indicazioni, analisi e la costante formazione teorico-metodologica che si mostra come risorsa e punto di riferimento per me in qualsiasi contesto e circostanza. Al prof. Alessandro Salvini, maestro e fonte di riflessioni incessante, grazie al quale ho potuto conoscere un modello e costruire una forma mentis.

Un ringraziamento speciale lo devo, inoltre, a nuove conoscenze che si sono rivelate estremamente arricchenti. Al prof. Kenneth Gergen, per le numerose occasioni di scambio e le conversazioni sulla ricerca e sulle prospettive teoriche, così come a Mary Gergen, per avermi accolto con apertura e disponibilità e ad entrambi insieme a Margret Skitarellic, per avermi mostrato qualche scorcio di una cultura particolare. Alla prof.ssa Sheila McNamee, per i dialoghi e le condivisioni in merito al cambiamento e alle potenzialità del fare ricerca.

Ed ai revisori di questo elaborato, Roberto Vitelli e Marco Castiglioni per gli utili commenti.

Un ringraziamento, inoltre, va a quelle persone conosciute da sempre o da poco, che, con le parole, la condivisione e le relazioni costruite o mantenute, sono state presenti in questo percorso e periodo biografico, a tratti buio.

Infine, un ringraziamento irriducibile e che si estende a ciò che ancora non è stato fatto, va a mia madre, perché con lei tutto si è reso possibile e percorribile, anche in prospettiva futura.

“[...] Quindi la normalità dov'è? Purtroppo viviamo, questo è importante, in una società dove sono state impostate, imposte delle regole. Ma chi è che ha imposto queste regole? L'uomo. E quella persona chi è? per poter giudicare lei, lui, lei o lui? La normalità secondo me non esiste. Non è che perché tu sei donna sei normale, io sono trans e sono anormale, solo perché una persona ha deciso che deve essere così? E quella persona chi è? Che potere ha per dire questo? Tanti vedono solo il bianco e il nero, ma ci sono anche le sfumature. E se le tagli queste sfumature dentro ce ne saranno ancora e se tagli queste dentro ce ne saranno ancora. La sessualità è talmente complicata... che la normalità non è... tutto è normale. Soltanto che siamo impostati così e tutto ciò che non è così sembra anormale e strano, diverso e il diverso spaventa”.

(Paola)

Milano, 2017

Riassunto

La ricerca muove da un paradigma epistemologico postmoderno e assume le prospettive dell'interazionismo simbolico (Mead, 1934; Blumer, 1969) e del costruzionismo sociale (Gergen, 1985; Berger e Luckmann, 1966) come cornici teoriche generali della ricerca. I diversi aspetti legati alle identità e al genere sono letti come processi di costruzione plurali e mutevoli, storicamente e culturalmente collocati e legati alle dimensioni del discorso e delle narrazioni, del fare e della performatività in ogni contesto della vita quotidiana (West e Zimmerman, 1987; Denzin, 2003; Salvini, 2011).

Tre sono gli obiettivi principali della ricerca e riguardano l'analisi dei processi discorsivi di costruzione dell'identità legati ai percorsi di transizione di genere e alle biografie da parte delle persone in transito; l'analisi dei processi discorsivi legati alle pratiche dei/le professionisti/e inerenti ai percorsi di transizione di genere, il processo diagnostico e i servizi psicologici, nonché possibili attribuzioni di senso sulle biografie degli interlocutori da parte dei/le professionisti/e della salute mentale e infine, la riflessione sulle implicazioni di tali processi discorsivi nelle pratiche e nei processi di negoziazione di significati tra professionisti e persone in transito, alla luce della complessità delle narrazioni ed esigenze di questi ultimi. Sono state condivise interviste narrative (Hermanns, 2004) con 25 persone in transito e interviste episodiche con 11 professionisti/e della salute mentale (Flick, 2007). Entrambe le forme di intervista consentono di mettere in luce i punti di vista soggettivi e le teorie personali usate dalle persone per dare senso ai diversi aspetti del proprio percorso e della propria esperienza, raccontati e ricostruiti nel dialogo. I metodi di analisi scelti in questa ricerca hanno compreso l'analisi del discorso (Potter e Wetherell, 1987) e l'analisi dialogico-performativa (Riessman, 2008), attraverso l'individuazione di repertori interpretativi e posizionamenti identitari. I processi narrativi e discorsivi sono stati analizzati mettendone in risalto gli aspetti pragmatici e performativi, sottolineandone la multivocalità, compresa la mia voce come ricercatrice in relazione.

Dall'analisi delle interviste emerge come diverse siano le voci e i discorsi che le persone raccontano e che mettono in relazione alla propria biografia, così come alle pratiche da parte dei/le professionisti/e. Per la prima linea di indagine, diverse modalità narrative e discorsive emergenti mettono in luce la portata e gli effetti pragmatici di diverse dimensioni di senso, ad esempio, relative alla "normalità" ideale o ricostruita, "al corpo giusto-sbagliato", alla "natura" determinante, al "riconoscimento" interpersonale, alla "malattia" o alla "devianza" e infine, alla scelta intenzionale e alla soggettività nella costruzione della propria identità. Per la seconda linea di indagine si possono mettere in luce la portata e gli effetti pragmatici di altre dimensioni di senso, ad esempio, la "disforia" come categoria ambigua, "l'adattamento alla realtà" come presupposto della transizione, "soggettività versus oggettività", la "non binarietà come dilemma" e infine, "la responsabilità e il potere" come aspetti critici e rilevanti nella pratica operativa.

Questa ricerca può pertanto contribuire a mettere in luce le specificità narrative e le esigenze di entrambi i gruppi, e in particolare delle persone in transito. Ciò può essere utile al fine di informare e offrire elementi ulteriori per la comprensione delle esperienze delle persone in transito nell'ambito clinico, problematizzando il costruito della diagnosi. Infine, i risultati possono contribuire ad una comprensione riflessiva del lavoro clinico per la transizione di genere, in riferimento ai diversi modi di significare sia la diagnosi sia la relazione e ai loro effetti pragmatici.

Abstract

The research moves from a postmodern paradigm and from the theoretical perspectives of Symbolic Interactionism (Mead, 1934; Blumer, 1969) and of Social Constructionism (Gergen, 1985; Berger e Luckmann, 1966).

According to this theoretical framework, the different aspects related to identities and gender are considered plural and mutable processes of construction, historically and culturally situated and interconnected to the dimensions of the discourse and narratives, of doing and of the performance in every context of daily life (West e Zimmerman, 1987; Denzin, 2003; Salvini, 2011).

There are three main objectives of the research and they concern the analysis of the discursive processes of construction of the identity related to the biographies and the narratives of gender transitions; the analysis of the discursive processes connected to the mental health professionals' practices related to gender transitions, the diagnostic process and the psychological services, as well as possible attributions of sense on the interlocutors' biographies by mental health professionals; and the reflection on the implications of such discursive processes and narratives in the psychological and psychiatric practices and in the processes of negotiation of meanings among professionals and people in transition, on the light of the complexity of the narratives and the exigencies of people.

Narrative interviews (Hermanns, 2004) with 25 people in transition and episodic interviews (Flick, 2007) with 11 professional figures have been deployed. Both types of interviews allow to highlight points of view and personal theories used by the participants to give sense to the process of gender transition and the own experience, told and reconstructed in the dialogue. The methods for the analysis have included discourse analysis (Potter e Wheterell, 1987) and narrative analysis, in particular the version of dialogic-performative analysis (Riessman, 2008), through the identification of interpretive repertoires and self-positions. Narrative and discursive processes have been analyzed underlying the pragmatic and performative elements and the multivoiceness, mine included, as researcher in relation to the others.

From the analysis of the interviews, different voices and discourses related to the own biography, as well as to the practices by the professionals, emerge. For the first objective, different narrative and discursive modalities underlie the impact and the pragmatic effect of some dimensions of meaning, such as those related to the ideal or reconstructed "normality", to the "right-wrong body", to the deterministic "nature", to the interpersonal "recognition", to "pathology" or "deviance" and finally, to the agency and the idiosyncraticity in the construction of the identity. For the second objective, it is possible to underlie the impact and the pragmatic effect of other dimensions of meaning, such as "gender dysphoria" as an ambiguous category, the "adaptation to reality" as an assumption in the transition, "subjectivity versus objectivity", the "non-binary people" as a dilemma and finally, the "responsibility" and the "power" as critical and relevant aspects in the clinical practice.

This research can contribute to highlight the narrative specificities and the exigencies of both groups, and in particular of the people in transition. This can be useful in order to inform and to offer further elements for the comprehension of trans experiences and life stories in the clinical field, problematizing the concept of diagnosis. Finally, the results can contribute to a reflexive knowledge of the clinical work for the gender transition, referring to the different modalities of signify both the diagnosis and the relationship and their pragmatic effects.

INDICE

INTRODUZIONE	1
---------------------------	----------

PARTE I

Capitolo 1. COSTRUZIONI DI GENERE TRA PROCESSI STORICI E CULTURALI	7
---	----------

1.1 Varianze e dicotomia di genere in Occidente	7
--	----------

1.1.2 <i>L'Ermafroditismo</i>	9
-------------------------------------	---

1.1.2 <i>L'inversione sessuale</i>	14
--	----

1.1.3 <i>Il travestitismo e il cross-dressing</i>	16
---	----

1.1.4 <i>Dal transessualismo al transgender</i>	21
---	----

1.2 Altri modi di costruire il genere	27
--	-----------

1.2.1 <i>Hijras, India</i>	28
----------------------------------	----

1.2.2 <i>Berdaches e two-spirits, Nord America</i>	31
--	----

1.2.3 <i>Kathoey, Thailandia</i>	34
--	----

1.2.4 <i>Travestis, Brasile</i>	36
---------------------------------------	----

1.2.5 <i>I femminielli, Italia, Napoli</i>	38
--	----

Capitolo 2. IL DISCORSO MEDICO-PSICHIATRICO	41
--	-----------

2.1 Modello medico, psichiatria e diagnosi	41
---	-----------

2.1.1 <i>Il transessualismo</i>	43
---------------------------------------	----

2.1.2 <i>Il disturbo dell'identità di genere</i>	49
--	----

2.1.3 <i>La disforia di genere</i>	51
--	----

2.2 Teorie, ipotesi eziologiche e trattamenti	55
--	-----------

2.3 Dilemmi e ambiguità della diagnosi nel campo della transizione di genere	59
---	-----------

2.3.1 <i>Critiche e nuove proposte</i>	59
--	----

2.3.2 <i>Problemi di collocazione nosografica</i>	60
---	----

2.3.3 <i>Implicazioni epistemologiche e pragmatiche</i>	64
---	----

Capitolo 3. IL DISCORSO GIURIDICO-NORMATIVO	66
--	-----------

3.1 Possibili percorsi	66
-------------------------------------	-----------

3.2 Le linee guida internazionali	69
--	-----------

3.2.1 <i>World Professional Association for Transgender Health, Standards of Care</i>	69
---	----

3.2.2 <i>American Psychological Association, Psychological Guidelines</i>	71
---	----

3.3 Il quadro giuridico-normativo in Italia: la legge 164/1982	73
---	-----------

3.4 Le linee guida italiane: ONIG, Standard sui programmi di adeguamento nel disturbo dell'identità di genere	75
--	-----------

3.5 Le strutture e i servizi sul territorio	77
--	-----------

3.6 I movimenti associativi	77
--	-----------

3.7 Alcune riflessioni	80
-------------------------------------	-----------

Capitolo 4. LE PROSPETTIVE TEORICHE DELLA RICERCA: IDENTITÀ, GENERE E PERFORMANCE	83
4.1 Essenzialismi, riduzionismi e determinismi	83
4.2 L'emergenza del postmodernismo	87
4.3 Identità come processo interattivo e relazionale	91
4.4 Costruire il genere nelle pratiche quotidiane	98
4.5 Genere, performance e corpo	102
4.6 Altre complessità.....	109

PARTE II

Capitolo 5. LA RICERCA	113
5.1 Specificità e traiettorie dell'indagine qualitativa	113
5.2 Background della ricerca.....	115
5.3 Obiettivi	117
5.4 Il contesto e i/le partecipanti.....	117
5.4.1 I luoghi delle interviste.....	120
5.4.2 I gruppi di Auto Mutuo Aiuto	121
5.5 Metodi della ricerca.....	122
5.5.1 L'intervista come pratica narrativa e relazionale	122
5.5.2 Interviste narrative.....	124
5.5.3 Interviste episodiche.....	126
5.6 Analisi del discorso e analisi dialogico-performativa in relazione	127
5.6.1 Repertori interpretativi	130
5.6.2 Posizionamenti	132

Capitolo 6. REPERTORI INTERPRETATIVI E POSIZIONAMENTI IDENTITARI NELLE NARRAZIONI SUI PERCORSI DI TRANSIZIONE	137
6.1 Introduzione	137
6.2 Movimenti e scelte di analisi	137
6.3 Risultati.....	139
6.3.1 <i>Essere trans</i>	139
6.3.2 <i>Io e Me in transizione</i>	146
6.3.3 <i>Il cambiamento corporeo</i>	163
6.3.4 <i>La famiglia</i>	173
6.3.5 <i>La relazione intima, la sessualità e il/la partner</i>	179
6.3.6 <i>L'altro</i>	186
6.3.7 <i>Le persone trans</i>	193
6.3.8 <i>L'ambito psicologico</i>	197
6.3.9 <i>Altri contesti</i>	206
6.3.10 <i>L'altro immaginato</i>	212
6.3.11 <i>La ricerca</i>	216
6.4 Discussione dei risultati.....	219
6.4.1 Il contesto clinico	232

Capitolo 7. REPERTORI INTERPRETATIVI E POSIZIONAMENTI IDENTITARI NELLE NARRAZIONI SULLE PRATICHE PSICOLOGICHE E PSICHIATRICHE ...	236
7.1 Introduzione	236
7.2 Movimenti e scelte di analisi	236
7.3 Risultati.....	237
7.3.1 <i>Il lavoro clinico per la transizione</i>	237
7.3.2 <i>Io e Me nel lavoro clinico per la transizione</i>	248
7.3.3 <i>La relazione</i>	259
7.3.4 <i>La diagnosi</i>	274
7.3.5 <i>I/le professionisti/e</i>	286
7.3.6 <i>Altri contesti</i>	290
7.3.7 <i>La ricerca</i>	293
7.4 Discussione dei risultati	297
RIFLESSIONI CONCLUSIVE	312
8.1 Un breve epilogo	312
8.2 Alcune proposte operative	320
8.3 Limiti della ricerca e sviluppi futuri	324
BIBLIOGRAFIA.....	327

INTRODUZIONE

Questa ricerca prende le mosse da alcune riflessioni in merito ad un particolare processo di categorizzazione diagnostica, ovvero quello legato alla “disforia di genere”.

La definizione di tale diagnosi fornita dal DSM-5 fa riferimento alla “sofferenza che può accompagnare l’incongruenza tra il genere esperito o espresso da un individuo e il genere assegnato” (APA, 2013, p. 258), ed è seguita dai criteri diagnostici necessari per la valutazione di bambini e di adolescenti e di adulti, nonché da altri aspetti che la caratterizzano e la distinguono da altre categorie diagnostiche.

Questo è stato il punto di partenza per lo svolgimento di altre ricerche in merito al quadro normativo e giuridico relativamente alla transizione di genere e alla diagnosi specifica, così come approfondimenti nella letteratura scientifica e non, come nelle autobiografie trans. Attraverso queste ricerche, mi sono pertanto imbattuta in storie di vita e racconti personali che comprendevano la diagnosi, concentrandosi su questa, ma che anche la eccedevano, introducendo altre dimensioni di senso e significati. Tali approfondimenti hanno innescato l’emergere di alcuni interrogativi in merito all’uso della diagnosi stessa nel contesto clinico e alle sue funzioni a livello sociale, nonché alla costruzione dell’identità nei percorsi di transizione di genere: Come si situa la diagnosi nel rapporto tra persone trans e percorsi di transizione? A chi viene diagnosticata questa “disforia” e cosa succede a chi non soddisfa i criteri? Quale ruolo svolge la diagnosi di “disforia” nel lavoro clinico e nella costruzione dell’identità della persona in transito? E più in generale, quali sono i processi di costruzione dell’identità e delle pratiche psicologiche o psichiatriche nei percorsi di transizione?

Attraverso questa categoria diagnostica, l’identità di genere e le sue possibili varianze vengono descritte e distinte rispetto a ciò che può appartenere alla quotidianità e alla “normalità” delle esperienze e a ciò che se ne allontana, volgendosi verso il campo del disturbo o della “sofferenza”. Diverse sono state, quindi, le riflessioni che hanno mosso questo progetto. La prima riguarda il rischio legato ad una categorizzazione di questo tipo, che consiste nel produrre una scomposizione dei processi psicologici, oppure una loro deformazione o riduzione a fronte di limiti lessicali o

semantici dell'etichetta e dell'osservatore (Salvini, 2004). Un altro aspetto, estremamente rilevante nel contesto clinico e per la persona a cui viene attribuita la categoria, è il processo di "letteralizzazione" o "reificazione". Attraverso di esso, espressioni metaforiche o analogiche possono essere scambiate per vere entità psicologiche e utilizzate per costruire teorie e interpretazioni che derivano dalla retorica discorsiva, quindi in fatti dotati di vita autonoma, che si impongono quali "omuncoli" o entità psichiche parassite, diventando cause estranee e subite dal soggetto (Salvini, 2004), tali da richiedere un trattamento esperto. La natura fittizia e retorica di un'etichetta può in questo senso continuare a generare effetti pragmatici "reali", laddove questa venga attribuita e usata per spiegare l'altro, oppure assunta di sé e utilizzata per raccontare la propria biografia.

Per chi opera nel contesto clinico, inoltre, il processo diagnostico può fornire dei criteri di valutazione ma può far incorrere in alcuni errori. Tali categorie diagnostiche possono incrementare la decontestualizzazione dei modi di essere e di raccontarsi, in virtù di caratteristiche intrinseche della persona piuttosto che l'attenzione ai contesti interattivi, di ruolo e relazionali, nonché alle intenzioni delle persone (McNamee e Gergen, 1992). Trattare la persona attraverso la credenza che il significato stia nel nome e nell'etichetta costruita (Hillman, 1972) rischia di perdere sul percorso tutti gli altri aspetti che li eccedono, dirigendo verso l'identificazione della stessa con le tipizzazioni che le vengono assegnate, per cui l'individuo "è visto come nient'altro che quel tipo" (Berger e Luckmann, 1966, p.137).

Inoltre, la questione della costruzione e della trasformazione dell'identità e dei suoi significati può essere intesa come un fenomeno globale, incentivato dai cambiamenti tecnologici, dalle relazioni, dai movimenti e dagli spostamenti delle persone nel mondo nel momento attuale e nel corso della storia, dai mutamenti che investono la dimensione socio-economica e i suoi status e l'appartenenza culturale ed etnica, insieme ai tentativi di colonizzare l'altro. Le possibilità identitarie e le modalità di descrizione di sé aumentano esponenzialmente in questo periodo storico, seppur non in assenza di altrettanti obblighi e contraddizioni sociali (Gergen, 1991).

In questo quadro, la dimensione del genere si configura come particolarmente rilevante e, in alcuni casi critica, specialmente laddove si fa riferimento ad un sistema culturale occidentale, in cui il binarismo di genere è radicato come presupposto conoscitivo, insieme alla concezione per cui anche la trasformazione del genere dovrebbe esprimersi come un passaggio da una categoria di genere ad un'altra tra quelle normative, contribuendo così a mantenere intatta la "realtà" data per

scontato. A fronte di queste e delle altre teorizzazioni sviluppate in seno al paradigma postmoderno, in virtù dei cambiamenti socio-culturali che investono i nostri contesti storici, l'identità sembra rappresentare una costruzione sociale e individuale piuttosto che qualcosa che riguarda l'individuo. La stabilità e la coerenza dell'identità vengono messe in discussione, a favore della molteplicità, della fluidità e della frammentazione. Esse si configurano come prodotti sociali e relazionali aventi carattere situato e storico (Lyotard, 1979; Neimeyer e Mahoney, 1995).

Uno dei temi fondamentali su cui si regge la diagnosi di "disforia di genere" e i suoi predecessori, è proprio quello dell'identità di genere, che in virtù di queste prime premesse sembra complessificare il rapporto tra aspetti biologici e aspetti sociali che sono stati variamente teorizzati, separati o messi in relazione nel corso del tempo, quindi problematizzare il sistema conoscitivo basato sulla dicotomia di genere.

Tali interrogativi e riflessioni hanno, quindi, costituito le basi di questa ricerca. Al fine di entrare nel merito degli stessi, si è ritenuto necessario costruire un percorso di ricerca che si basasse sulle voci e sulle prospettive soggettive, pur sempre situate e storicizzate, quindi sulle modalità di costruzione della realtà e di attribuzione di significati da parte di chi è protagonista del percorso di transizione, nonché del lavoro nel contesto clinico.

Fulcro di questa ricerca è la concezione del linguaggio come costruttore di realtà, invero attraverso processi semiotici, simbolici e pragmatici e il loro espandersi in azione, noi costruiamo realtà, che lontane da fondamenti ontologici, diventano "vere" nella misura in cui producono effetti reali per la persona o per l'interazione (Salvini, 2004).

Gli obiettivi della ricerca hanno quindi riguardato l'indagine dei processi di costruzione dell'identità per le persone impegnate in un percorso di transizione di genere e della pratica clinica, con particolare attenzione al processo diagnostico, per i/le professionisti/e del campo psichiatrico e psicologico ed esperti/e in materia, attraverso le loro narrazioni. L'attenzione ai processi discorsivi e narrativi di entrambi i gruppi può consentire, inoltre, di riflettere criticamente sui processi di interazione, relazione e negoziazione che li coinvolgono nel contesto clinico, mettendone in luce le possibili implicazioni pragmatiche, quindi limiti, esigenze e potenzialità.

Questa tesi è il prodotto del percorso di ricerca e di indagine che ho svolto nel corso di tre anni di dottorato. L'elaborato si suddivide in due parti, una prima parte che raccoglie approfondimenti in letteratura che hanno lo scopo di entrare nel merito ed espandere le tematiche oggetto della ricerca

e di esporre le prospettive teoriche di riferimento, mentre una seconda parte fa riferimento più nello specifico alla ricerca sul campo che si è costruita su tali fondamenti.

Il primo capitolo, dal titolo “Costruzioni di genere tra processi storici e culturali”, racchiude al suo interno alcuni esempi e riflessioni in merito alle diverse modalità di costruzione e di conoscenza dell’identità di genere e delle sue variazioni, nonché della nascita della dicotomia di genere, in diversi contesti e periodi storici.

Viene poi offerto uno scorcio in merito al “Discorso medico-psichiatrico” come discorso specifico e in quanto tema centrale della ricerca, ovvero la storia della categorizzazione diagnostica in merito alle esperienze trans e di varianza di genere fino ai giorni nostri. In questa sede vengono espone non soltanto le diverse diagnosi che si sono incontrate a livello storico, ma anche i dilemmi e le ambiguità che investono la diagnosi attuale seguite da alcune possibili implicazioni.

Si prosegue, inoltre, specificando il “Discorso giuridico-normativo”, quindi il quadro legislativo in materia di transizione di genere nel contesto italiano, insieme alle linee guida direttamente connesse e che accompagnano la diagnosi e i percorsi clinici in questo campo, sia a livello internazionale che nazionale. Tali trattazioni si rivelano utili anche per situare i dialoghi e i risultati della ricerca all’interno di uno specifico contesto socio-culturale e caratterizzato da specifici presupposti professionali e conoscitivi.

L’ultimo capitolo della prima parte della tesi si intitola “Le prospettive teoriche della ricerca: identità, genere e performance” e include la descrizione delle prospettive teoriche di riferimento connesse a particolari riflessioni in merito ad alcuni costrutti di senso rilevanti per questa ricerca. Le prospettive teoriche che fanno da cornice alla ricerca sono quelle dell’interazionismo simbolico e del costruzionismo sociale, legate alle premesse del paradigma postmoderno, le cui concettualizzazioni vengono qui considerate come fondamentali per la definizione e l’uso del costrutto di identità. Allo stesso modo, i costrutti di genere e di performance sono ritenuti temi cardine e vengono trattati e messi in relazione alle prospettive di riferimento e alle concettualizzazioni provenienti dall’etnometodologia, nonché ad alcune importanti considerazioni prodotte all’interno delle prospettive post-strutturaliste, queer e dei transgender studies.

Dopo aver descritto così le basi teoriche e i riferimenti normativi e storici in merito alla transizione di genere, la seconda parte comprende tutti gli aspetti e le fasi della ricerca.

Il capitolo ad essa dedicato include gli aspetti principali dell’impostazione del progetto e delle sue analisi, dai presupposti e dalle sfide dell’indagine qualitativa, passando per la descrizione del

contesto e dei/le partecipanti della ricerca, fino ai metodi utilizzati e ai criteri di analisi. I metodi hanno incluso l'analisi del discorso e delle narrazioni, e in particolar modo, gli strumenti dei repertori interpretativi e dei posizionamenti al fine di mettere in luce i processi discorsivi e narrativi di costruzione dell'identità e delle pratiche psicologiche e psichiatriche nel campo della transizione di genere, a partire da interviste narrative ed interviste episodiche svolte con 25 persone in transizione e 11 professionisti/e della cosiddetta salute mentale.

Successivamente, vengono quindi presentati e approfonditi i risultati, suddivisi per ciò che concerne i "Repertori interpretativi e posizionamenti d'identità nelle narrazioni sui percorsi di transizione" e i "Repertori interpretativi e posizionamenti d'identità nelle narrazioni sulle pratiche psicologiche e psichiatriche". Ognuno di questi capitoli è seguito dalle rispettive discussioni dei risultati, quindi delle maggiori implicazioni che si possono rilevare dai testi condivisi.

Attraverso le "Riflessioni conclusive" si cerca, infine, di ritornare agli interrogativi che hanno mosso la ricerca. In particolare, vengono riassunti i risultati principali della ricerca e le loro ricadute pragmatiche, nonché alcune proposte e riflessioni operative, limiti e sviluppi futuri.

Il filo rosso che accompagna i vari capitoli dell'elaborato e la loro scrittura è quello della "trasformazione", intesa come costante e inevitabile processo di cambiamento e costruzione sociale e idiosincratica che investe i fenomeni psico-sociali, come le identità in generale e le identità di genere in particolare, ma anche le pratiche psicologiche, indissolubili dai contesti di riferimento e dal sistema simbolico che caratterizzano un particolare momento storico.

L'identità in trasformazione delle persone in transito si configura come un processo dinamico e relazionale, in cui vengono coinvolti e raccontati diversi contesti, situazioni e personaggi. Il percorso clinico si affaccia nella transizione di genere come percorso spesso presente, ove la diagnosi svolge un ruolo decisivo per l'accesso alle cure, ma anche per la costruzione dell'identità e dell'interazione tra persona in transito e professionista. Il linguaggio, attraverso la produzione di narrazioni e discorsi, si configura come medium privilegiato di costruzione dell'identità, delle pratiche psicologiche e della diagnosi, così come dello spazio interattivo e relazionale che si può creare all'interno di un contesto clinico e che può generare implicazioni ed effetti pragmatici particolari.

PARTE I

Capitolo 1

COSTRUZIONI DI GENERE TRA PROCESSI STORICI E CULTURALI

“Et io ne viddi uno in Napoli di pochi peli in barba o quasi niuno; di piccola bocca, di ciglia delicate e dritte, di occhio vergognoso, come donna [...]”.

Giovanni Battista Della Porta (1586)

1.1 Varianze e dicotomia di genere in Occidente

In diverse culture e in differenti periodi storici è possibile incontrare storie ed esperienze di vita di persone che non si riconoscono nelle categorie di genere dominanti e che mettono in campo altre categorie ed esigenze, ad esempio, persone che sentono di appartenere ad un genere opposto a quello attribuito alla nascita oppure ad un altro genere, persone intersessuali definite in diverso modo nel corso della storia o persone che, in un qualche modo, non si conformano ai ruoli di genere privilegiati e considerati normali. Questo può essere il caso di quelle persone che sono state definite come soggetti eccentrici (de Lauretis, 1999), le quali si collocano al di fuori delle rappresentazioni, dei discorsi e delle pratiche comuni inerenti al rapporto tra sesso e genere all'interno di uno specifico contesto socio-culturale. Nonostante la percepita diversità o non conformità rispetto alle norme e alle categorie dominanti, nel corso del tempo e in virtù dei principi e dei valori sociali e culturali emergenti, sono state costruite diverse teorie, interpretazioni, modi di significare il genere e le sue varianze.

Quando si parla di “non conformità di genere” o di “varianze di genere”, quindi di esperienze che non aderiscono alle categorie generalmente date per scontato, dell'uomo e della donna, uno dei termini più noti è quello relativo alla “transessualità”. Il termine “transessuale”, prima come aggettivo e poi usato spesso e prevalentemente come sostantivo, comincia ad emergere intorno agli anni '50 del XX secolo, parallelamente ai primi interventi chirurgici di ricostruzione del sesso anatomico e ai primi tentativi di inquadramento e classificazione diagnostica in ambito medico-

psichiatrico. La storia delle persone che si descrivono e si definiscono in modi diversi rispetto a quelli ordinari, assumendo stili di vita, comportamenti e espressioni opposte o dissimili da quelle che si ritengono dover essere conformi alle caratteristiche sessuali attribuite alla nascita, è, però, molto più lunga, con radici storiche e culturali particolarmente lontane e complesse.

Esplorare e approfondire le diverse società e le diverse epoche storiche, pertanto, può consentire di mettere in luce gli incessanti processi di costruzione di quello che oggi chiamiamo “genere”, e i suoi rapporti con il sesso, l’orientamento sessuale e la sessualità, nonché i presupposti e le esigenze culturali, le funzioni e i significati mutevoli e di volta in volta privilegiati che si incontrano all’interno di un particolare contesto socio-culturale e che ne modellano il senso e gli effetti sulle biografie e sulle relazioni interpersonali.

I modi di conoscere, rappresentare e teorizzare le relazioni tra sesso e genere, natura e cultura, corpo e identità e comportamento e personalità, possiedono origini antiche, precedenti a quelle rintracciabili nella disputa e nelle contrapposizioni tra prospettive costruzioniste ed essenzialiste, nate intorno agli anni ‘70 del XX secolo con l’introduzione e l’avanzamento del postmodernismo (Benadusi, 2008).

Argomentazioni e problematizzazioni teoriche relativamente a queste tematiche si incontrano, ad esempio, nei trattati greci e latini (Raina, 2002), nel cristianesimo primitivo, nella teologia (Borresen, 2001), nella filosofia e nella scienza medievale (Cadden, 1993), nella medicina e della giurisprudenza dell’età moderna, nella sessuologia e nell’antropologia positivista e poi nella genetica, sino ad essere comprese nell’endocrinologia e nelle discipline psicologiche e psichiatriche (Benadusi, 2008).

In particolare, è all’interno dei contesti occidentali europei e statunitensi che si sviluppano e si diffondono modalità di conoscenza e di approccio ai fenomeni fondate su logiche dicotomiche e processi di categorizzazione mutualmente esclusivi: è il caso, ad esempio, del rapporto tra le categorie normale-anormale, sano-patologico, natura-cultura, maschio-femmina, uomo-donna e omosessualità-eterosessualità (Nanda, 1999; Salvini, 2011). Queste dicotomie a polarità contrapposte sono il risultato di una serie di processi storici, sociali e culturali, che hanno generato implicazioni e influenzamenti nei contesti attuali, sia all’interno che all’esterno delle società occidentali.

Data la notevole importanza delle concettualizzazioni teoriche, delle rappresentazioni sociali e delle pratiche di controllo e di gestione dei fenomeni e delle relazioni tra sesso, genere e non

conformità di genere, nei diversi contesti in cui queste sono emerse e sono state trattate, si cercherà innanzitutto di ripercorrere la storia e le implicazioni di alcuni di questi fenomeni. Nonostante la descrizione di questi fenomeni non intenda porsi in questa sede come esaustiva poiché innumerevoli e varie sono le realtà presenti a livello storico-culturale, viene qui introdotta per la capacità e con l'obiettivo di contribuire a comprendere i processi e i contesti che li hanno costruiti, interpretati e significati.

1.1.2 L'Ermafroditismo

I temi della duplicità, dell'ibrido tra uomo e donna, dell'androginia e dell'effeminatezza si trovano presenti in numerose culture e tempi storici, riscontrabili, ad esempio, già nella cultura greca e latina (Causi, 2005).

La cosiddetta *androginia* è stata storicamente associata, sebbene non in maniera esclusiva, ad una condizione di completezza e trascendenza spirituale, conferita e permessa dalla differenza sessuale e corporea. Il termine "androgino" deriva dal greco *andròginos*, *andròs*, ovvero "uomo, maschio" e *gynè*, "donna, femmina" e veniva usato per indicare l'unione di organi e funzioni dei due sessi biologici. Il termine "ermafrodito" deriva anch'esso dal greco *ermapròditos* ed è composto da *Ermès*, "Ermete o Mercurio" e *Afrofítè*, "Venere". Il cosiddetto *ermafroditismo* riprende, pertanto, il modello dell'essere mitologico nato da questi due dei e costituito da duplici parti genitali dell'uomo e della donna.

Tale fenomeno, diversamente dall'androginia, è stato generalmente associato alla differenza sessuale in relazione diretta con il corpo, con la genitalità e la performance, nonché con il comportamento e l'espressione di genere. Esso incorpora nelle sue configurazioni e rappresentazioni comuni, connotazioni e caratteristiche di tipo fisico, sociale e sessuale. Come per tutti i fenomeni psico-sociali, è soltanto attraverso l'attenzione alla pluralità dei significati delle parole e alle diverse immagini e implicazioni dell'"ermafrodito", che si può conoscere la sua storia (Gilbert, 2002). Una grande quantità di storie riguardanti l'ambiguità sessuale, l'anatomia anomala, la non conformità e la fluidità di genere sono state raccontate a partire dal fenomeno dell'ermafroditismo e dalle sue configurazioni di senso, ed è per questo motivo che viene trattato per primo in questo capitolo e in maniera più ampia rispetto ad altri.

Nell'antichità l'androginia era abitualmente collegata e relegata ad aspetti e a dimensioni mitiche, mentre con atteggiamenti di maggiore preoccupazione veniva letta l'"effeminatezza" degli uomini, dovuti alla generale visione negativa della donna.

L'*ermafroditismo*, strettamente connesso alle immagini e alle rappresentazioni dell'*androgino* e dell'*effeminato*, veniva collegato a quelle persone che non apparivano come la società più ampia assumeva che le persone dovessero apparire (Dreger, 1998). Spesso veniva equiparato all'effeminatezza dell'uomo e considerato come un insieme di caratteristiche ambigue, promiscue, ibride e neutre.

Nel corso della storia, si è tentato di spiegare l'*ermafroditismo* attraverso diverse teorie e modelli conoscitivi, tra i quali quello dell'esistenza di un unico sesso per tutti gli esseri umani, che si sviluppava a livello esteriore in base al particolare grado di calore. Per questo motivo, le principali differenze tra uomo e donna erano considerate come legate all'intensità a partire da un unico sesso originario. Secondo questa prospettiva, la donna non aveva genitali diversi, ma possedeva gli stessi genitali dell'uomo, trattenuti all'interno del corpo. Il corpo maschile era, quindi, il corpo modello, il corpo perfetto e dal quale ci si distanziava e differenziava degradando verso forme sempre più imperfette (Benadusi, 2008; Laqueur, 1990).

A partire dalla fine del Cinquecento le concezioni inerenti al sesso e al genere cominciano a mutare e a prevedere l'esistenza di due sessi e generi distinti non provenienti da un unico sesso originario. Con la Rivoluzione Scientifica, in particolare, e con i seguenti progressi della pratica medica, cominciò ad emergere il discorso sulla differenza naturale relativamente al rapporto tra sesso e genere, natura e cultura, corpo e identità. Nel Rinascimento e specialmente a partire dal Seicento, si sviluppò poi un'attenzione particolare e sistematica nei confronti dell'anatomia femminile, nonché dell'*ermafroditismo* e del *tribadismo* (termine che indicava l'omosessualità femminile), così come aumentarono, inoltre, le osservazioni strutturate e articolate di uomini "mestruanti" e "lactiferi" (Pomata, 1992; Benadusi, 2008).

Intorno alla fine del Seicento e per tutto il Settecento, le rappresentazioni e i discorsi in merito all'ambiguità di genere aprirono la strada a domande e interrogativi sempre più frequenti e incalzanti rispetto a dove poter tracciare i confini e quando poter separare le categorie dell'uomo e della donna e del maschile e del femminile (Gilbert, 2002).

Il sesso, inoltre, ha cominciato ad essere spiegato e analizzato attraverso criteri, presupposti e caratteristiche dell'anatomia genitale e gonadica, portando a edificare un sistema classificatorio

del sesso particolare. Il “vero” sesso di una persona poteva essere rilevato ed evidenziato dalla presenza di un tratto e di un tratto soltanto, appartenente alla natura anatomica delle gonadi della persona specifica, ovvero le ovaie e i testicoli. Se in una persona erano presenti le ovaie, allora questa era definibile e categorizzabile come donna, se invece erano presenti i testicoli, allora era classificabile e categorizzabile come uomo. Solo se erano presenti entrambi, era possibile categorizzare la persona come un “vero” *ermafrodito*. Per questa ragione quest’epoca è stata anche chiamata, con accezione critica, l’“Età delle Gonadi” (Dreger, 1998).

In questo periodo, inoltre, la prospettiva conoscitiva del naturalismo portava a porre sempre più attenzione a ciò che era considerato strano, anomalo ed eccezionale piuttosto che agli aspetti di regolarità e conformità, indirizzando gli sforzi conoscitivi sui particolari anomali, sulle deviazioni e sugli allontanamenti dalla norma. Gli studi e le ricerche scientifiche dell’epoca tentavano di trovare, pertanto, le contrapposizioni tra i sessi, generando allo stesso tempo sentimenti di inquietudine, turbamento e pericolo per tutto ciò che sembrava non conformarsi totalmente e rientrare nelle classificazioni basate sul dimorfismo sessuale. Concezione che contribuì ad alimentare l’idea del grottesco e del mostruoso (Daston e Park, 2000; Laqueur, 1990).

Dal Medioevo fino alla fine del Cinquecento, le persone *ermafrodite* venivano condannate al rogo a causa della supposta violazione dell’ordine naturale che suddivideva gli esseri umani in uomini e donne in base al sesso anatomico e biologico, mentre dal quel momento la condanna cominciò ad essere applicata in virtù della non conformità mostrata in pubblico relativamente alle abitudini, ai comportamenti e agli stili di vita del sesso scelto come prevalente.

I lavori e le teorizzazioni di Foucault, in particolare, hanno messo in luce, inoltre, come dal Seicento, la mostruosità e la diversità associata all’*ermafroditismo* cessò ad un certo punto di essere ricondotta alla natura del corpo, che passava quindi in secondo piano, ma venne ricondotta principalmente al comportamento dell’individuo (Foucault, 1961).

L’ambiguità, la fluidità e lo scambio plurimo tra generi nella vita sociale non erano pertanto ammessi, bensì duramente condannati e considerati come comportamenti e atteggiamenti immorali, mostruosi e anormali. Le donne, inoltre, che si appropriavano e facevano uso di un abbigliamento considerato mascolino, e di quelli che si pensavano essere anche i privilegi maschili, erano regolarmente giudicate come *ermafrodite* mostruose (Dreger, 1998).

Questo è stato il secolo, quindi, dell’attenzione alle metamorfosi sessuali e di genere. Medici, giuristi e teologi inoltre, immersi nello studio di queste forme di metamorfosi, soltanto in casi

particolari potevano ammettere la possibilità di un passaggio da donna a uomo, ma non il contrario. In quest'ultimo caso, infatti, l'uomo sarebbe andato incontro ad un processo di degenerazione e imperfezione (Marchetti, 2001; Benadusi, 2008). Per le donne invece si spiegava il fenomeno con il termine di *pseudo-ermafroditismo*, che si riteneva dovuto ad una sorta di palesamento della sessualità maschile rimasta nascosta fino ad un certo momento.

Parlare in questi termini e ammettere un *ermafroditismo* di tipo congenito e acquisito, apriva le porte alla considerazione della stessa sessualità biologica come qualcosa di altrettanto modificabile e in costante evoluzione (Benadusi, 2008).

Nell'ambito teologico e giuridico, ad esempio, uno dei temi più trattati era la questione dell'inganno nel matrimonio, per cui si richiedeva di decidere in maniera definitiva il sesso a cui si sceglieva di appartenere e di comportarsi in conformità con lo stesso. Nei casi in cui il genere non veniva percepito come conforme al sesso nelle espressioni e nei comportamenti, era consueta l'idea del pericolo che anche il corpo stesso potesse cadere nella degradazione della persona *ermafrodita*. L'ermafroditismo non era solo associato e riconosciuto, pertanto, nel corpo fisico, bensì anche in una non corrispondenza tra il corpo sessuato e il comportamento di genere, ovvero nell'interstizio tra sesso e genere (Gilbert, 2002).

L'età moderna pertanto, in occidente, non lasciava spazio e condannava l'ambiguità e l'indeterminatezza sessuale e di genere. La violazione di questa regola era punita spesso con la condanna a morte per sodomia. Sodomia che, nella prima cultura moderna, era considerata come una forma diffusa di dissolutezza e segno ed espressione di diversi peccati, religiosi, sociali, politici e sessuali (Bray, 1982).

Foucault (1976) riteneva che la sodomia fosse una "categoria completamente confusa". I desideri sodomiti non erano ritenuti aberranti in tutte le circostanze, ma erano percepiti anche come vizi latenti e presenti potenzialmente in ogni persona. In questo periodo storico, gli atti sessuali erano concettualizzati più in termini di relazioni di potere che in termini di identificazione e orientamento eterosessuale o omosessuale. Per tale motivo, se un uomo adulto penetrava una donna, un giovane adulto o un servo uomo, non veniva considerato necessariamente come qualcuno che rifiutava la propria immagine e autorevolezza di uomo "attivo" attraverso tale atto. Invece, era l'uomo che adottava un ruolo "passivo" o che alternava le posizioni nel rapporto sessuale, a costituire ancor di più una minaccia alla pratica e all'orientamento sessuale comunemente accettati (Gilbert, 2002).

L'*ermafroditismo*, a un certo punto della storia, ha finito per indicare e rappresentare tutto quello che era innaturale e deviante sia sul versante della natura sia quello della società. La persona *ermafrodita* non solo ha messo in crisi gli ideali e i presupposti rispetto a ciò che veniva classificato come uomo o come donna, ma nelle sue diverse possibilità di esistenza e ipotesi esplicative, metteva costantemente in discussione quello che era ritenuto l'essere umano più in generale (Gilbert, 2002).

Uno degli esempi storici maggiormente noti è quello di Adelaide Herculine Barbin, grazie alla raccolta e alla pubblicazione delle sue "Memorie" nel 1874, studiate in seguito anche da Foucault (1978). Herculine Barbin, fu inizialmente cresciuta come bambina poiché il suo sesso biologico in origine era stato riconosciuto come femminile. Dall'infanzia fino al cambiamento legale del sesso nella prima età adulta, è stato quindi chiamato Alexina e trattato come donna.

Nella sua autobiografia, pubblicata come parte di un trattato inerente le "Questioni medico-legali dell'identità" Herculine Barbin, racconta come a un certo punto della sua crescita, il seno fosse ancora piatto e poco visibile, la zona labiale irsuta e come non vi fossero mestruazioni e questo cominciò a destare qualche preoccupazione e sospetto. Si fece pertanto visitare da un medico, il quale dichiarò che il suo corpo era quello di un uomo, nonostante la presenza di una piccola vagina, e che quindi il pene e i testicoli all'interno del suo corpo determinavano, in questo modo, il suo "vero" sesso, ovvero quello maschile. Fu forzato dunque a cambiare il suo nome in un nome maschile, spostandosi dalla periferia alla città di Parigi assumendo una nuova identità conforme a quella giudicata maschile. Nelle sue memorie, si trovano riportate e descritte tutte le analisi, gli studi e le vicende che hanno costellato la sua biografia, così come la sua difficoltà nel continuare a vivere in quel modo. Tale esortazione ad identificarsi come uomo non risultò come una scelta accettabile e lo portò poi al suicidio.

In conclusione, la persona *ermafrodita* ha sempre fatto emergere molte difficoltà di fronte ai tentativi di spiegare il fenomeno secondo una logica binaria del rapporto tra genere e sesso.

Fu intorno al Novecento che si cominciò a parlare di *intersessualità* invece che di *ermafroditismo*, con il testo di Carpenter "Intermediate Sex" del 1908. Con il termine "intersessualità", oggi, si intende una pluralità di condizioni in cui si trova chi nasce con cromosomi sessuali, apparato genitale e/o caratteri sessuali secondari che variano rispetto a ciò che è considerato tradizionalmente come femminile e maschile (Danielsson, 2005).

Le difficoltà riscontrate per il cosiddetto ermafroditismo nei primi sistemi di classificazione moderni suggeriscono che questi sistemi sono sempre stati instabili, nonostante venissero costantemente rinforzati e resi effettivi. L'ambivalenza della persona *ermafrodita* era quindi ritenuta straordinaria, e una delle maggiori criticità dei tentativi e degli sforzi di comprendere questa ambivalenza consisteva nel fatto di non assumere né la fissità di una logica binaria né la sua dissoluzione (Jones e Stallybrass, 1991).

1.1.2 L'inversione sessuale

Nell'Ottocento comincia ad emergere un termine particolare seguito da discorsi e pratiche ad esso associati, ovvero quello dell'"inversione sessuale" con le sue relazioni con il genere e l'orientamento sessuale.

Il termine "invertito" venne coniato e sviluppato da due figure della sessuologia storicamente molto rilevanti, Richard von Krafft-Ebing e Havelock Ellis, rispettivamente con i testi "Le psicopatie sessuali con speciale considerazione alle inversioni sessuali" (Krafft-Ebing, 1886) e "Sexual Inversion" (Ellis, 1897). Con il termine di "inversione sessuale" o "istinto sessuale di carattere contrario", Krafft-Ebing (1892) si faceva riferimento all'orientamento omosessuale, definendolo come un interesse sessuale acquisito nel corso del tempo o presente fin dalla nascita, e come una condizione patologica con vari gradi di "severità". I gradi di severità potevano comprendere: l'attrazione verso lo stesso sesso; l'"evirazione", ovvero lo sviluppo di una personalità considerata femminile; la "metamorfosi sessuale paranoide", ovvero il sentimento o il desiderio di essere una donna; e la credenza e convinzione di essere una donna (Tosh, 2015, p. 62). Nel campo psichiatrico l'orientamento omosessuale e le varie forme di non conformità di genere, inizialmente, venivano considerate lungo un continuum, e i diversi sentimenti o credenze legati all'appartenere ad un altro genere diverso dal sesso attribuito alla nascita, spesso potevano essere confusi considerandoli forme severe di omosessualità, oppure come deliri (Krafft-Ebing, 1892). Nell'Ottocento e nel Novecento, gli stereotipi e i pregiudizi sull'omosessualità erano largamente diffusi nelle culture occidentali ed erano usati per giudicare l'uomo omosessuale come colui che rifiuta la sua virilità e maschilità intrinseca e originaria. Il giudizio diventava poi ancora più forte qualora l'uomo cercasse di aderire al genere considerato opposto a quello naturale, quindi quello femminile.

Il cosiddetto *invertito sessuale*, mettendo in primo piano con questo termine l'orientamento sessuale, veniva considerato come una persona che non possedeva una vera e propria identità sessuale come la maggioranza delle persone, ma che la imitava, copiando e assumendo i comportamenti e gli atteggiamenti tipici e tradizionalmente attribuiti alla donna. Questa tendenza, inoltre, da parte delle persone omosessuali dell'epoca, poteva essere in parte presente poiché il sistema socio-storico non permetteva i rapporti e le relazioni omosessuali, e costringeva, in questo modo, gay e lesbiche ad assumere il ruolo e gli atteggiamenti dell'altro sesso. Questo permetteva inoltre di mantenere l'orientamento eterosessuale come orientamento dominante e considerato normale. Altre categorie e significati in merito al genere, alla sessualità e all'orientamento sessuale non erano ancora state costruite e non pertanto utilizzabili, così si possono notare attraverso le definizioni e le interpretazioni qui riportate, le implicazioni di particolari linguaggi, discorsi e configurazioni semiotiche di volta in volta privilegiate e diffuse o utilizzate in riferimento alla propria identità ed esperienze di vita.

La categoria dell'*inversione sessuale*, creata nell'ambito medico e psichiatrico, si poneva l'obiettivo di racchiudere diverse forme ed espressioni relative all'orientamento omosessuale e alla non conformità di genere. L'omosessualità era configurata come qualcosa che doveva risaltare in pubblico, come qualcosa che doveva essere visibile e riconoscibile, ad esempio attraverso processi di *effeminatezza* per gli uomini gay o di *mascolinizzazione* per le donne lesbiche, e quindi nettamente ed “evidentemente” contrapposibile e identificabile dall'eterosessualità in tutte le circostanze della vita pubblica.

Qualora non fosse presente una confusione o apparente indeterminatezza a livello genitale e anatomico come per le persone definite all'epoca *ermafrodite*, si poteva parlare comunque di “ermafroditismo psichico”, imputando la confusione sessuale e di genere al campo del mentale e dello psicologico in quanto non erano presenti segni o sintomi fisici e organici (Tosh, 2015).

Queste persone erano, pertanto, giudicate come persone da perseguire nei contesti pubblici e sociali, in quanto ritenute criminali, oltre che come persone affette da disturbi psicopatologici.

In questo senso, la scienza positivista e la criminologia dell'epoca hanno dato un contributo particolarmente rilevante nell'interpretazione e nella gestione delle varianze di genere e dell'orientamento sessuale, definendo e indicando i segni e i simboli rintracciabili sul corpo, sulla morale e sul comportamento di queste persone e ritenendoli, allo stesso tempo, cause della loro potenziale pericolosità e anomalia.

Questo è il periodo in cui i processi di medicalizzazione cominciano ad emergere, a svilupparsi e ad essere ritenuti necessari per la conoscenza scientifica dell'essere umano, e in particolare delle diverse forme della sessualità e del genere giudicate come anormali, devianti e patologiche (Foucault, 1999). Proprio in questo periodo vengono costruiti, diffusi e caricati di significati rilevanti non soltanto in termini psichiatrici, ma anche biografici e sociali, termini come *ermafroditi*, *invertiti*, *omosessuali*, *travestiti*. Questi ed altri termini nel corso della storia e fino ai giorni nostri, in modi diversi, sono serviti per rispondere alla necessità e alla preoccupazione positivista della classificazione, della distinzione tra normale e patologico, del controllo e della salvaguardia della normalità condivisa, così come della concezione che i fenomeni psicologici e sociali potessero essere trattati come dati di fatto alla stregua di enti naturali e fattuali.

1.1.3 Il travestitismo e il cross-dressing

I discorsi scientifici, morali e di senso comune non si sono interessati e non hanno riguardato soltanto il sesso biologico e anatomico come dimensione principale, come è avvenuto per l'*ermafroditismo*, bensì anche il genere. L'ambiguità, l'indeterminatezza e la percepita confusione potevano pertanto non riguardare soltanto l'anatomia sessuale, ma anche il comportamento, il modo di vestire e gli atteggiamenti messi in atto nella vita sociale.

Nei documenti storici, si ritrovano diverse descrizioni in riferimento al fenomeno del travestitismo, ad esempio “uomini che vestono come donne”, “donne che vestono come uomini”. La specificità e la particolarità relativa all'uso di questi termini e di altri che hanno accompagnato, in modo particolare il fenomeno del travestitismo, consistono nella mancanza e nell'assenza di resoconti e racconti delle esperienze personali (Tosh, 2015; 2016). Per questo motivo, si affacciano e si incontrano spesso delle difficoltà nel momento in cui si tenta di approfondire e indagare la storia e le esperienze inerenti la non conformità di genere o le esperienze trans ¹ (Bolich e Bolich, 2007). Nonostante queste difficoltà, può essere utile, anche in questo caso, ripercorrere la nascita e l'uso dei termini che sono stati conati e diffusi nel corso del tempo e attraverso i vari contesti, così come le rappresentazioni sociali e condivise relative al cosiddetto *travestitismo*. Questo percorso può consentire di comprendere i diversi significati attribuiti al fenomeno, le relazioni con altri termini

¹ Il termine “trans*” viene usato in riferimento alle diverse identità di genere e alle loro possibilità, includendo alcune categorie note e utilizzate come *transessualismo*, *transgender*, *genderqueer* ecc. e, seguito dall'asterisco, lascia spazio ad altre significazioni possibili (Halberstam, 2018). In questo elaborato, l'uso del termine trans, pur in assenza dell'asterisco, viene utilizzato con lo stesso significato.

usati e diffusi e con i presupposti socio-culturali che ne sono stati alla base, nonché situare e comprendere anche i cambiamenti avvenuti in tempi più recenti.

Il termine “tranvestitismo” fu usato per la prima volta da Magnus Hirschfeld nel 1910 con il testo “Die Transvestiten”. Questo termine venne preferito rispetto a quello usato da Havelock Ellis, ovvero “eonismo”, termine che vede le sue origini dal Cavaliere d’Eon. La definizione generale del termine “travestito”, a partire da queste prospettive conoscitive, includeva un gruppo di individui prevalentemente uomini che vestivano e si comportavano in pubblico attraverso modalità, apparenze ed espressioni giudicate come femminili, in virtù di un sentimento intimo.

Il fenomeno del *cross-dressing* era considerato da Hirschfeld come una peculiare forma di desiderio sessuale e perversione, e la cosiddetta *metamorfosi sessuale*, termine con il quale si indicava il tentativo di esprimersi e comportarsi secondo un genere diverso da quello attribuito alla nascita, e quindi anche il fenomeno del *travestitismo*, potevano essere inserite nella categoria del delirio. Hirschfeld in ogni caso si spostò, con le sue teorizzazioni da una logica esclusivamente binaria del genere, configurandolo come un continuum ai cui estremi si trovavano l’essere *assolutamente uomo* o l’essere *assolutamente donna* (Tosh, 2016; Vitelli e Giusti, 2012).

Generalmente, l’atto del travestimento era considerato come una pratica messa in atto prevalentemente da uomini, e veniva associata, in un primo momento, a forme di orientamento omosessuale. Per quanto riguarda le donne che si comportavano come se appartenessero all’altro sesso, invece, tale atto veniva spiegato da una personale intenzione di accedere ai privilegi e vantaggi maschili, senza lasciare spazio ad altre possibilità di significato.

Il *travestitismo* e l’orientamento omosessuale si trovano pertanto storicamente intersecati e in stretta relazione tra loro, pur senza possedere un legame necessariamente diretto, esclusivo e consecutivo. Il rapporto stretto tra i due è dato anche dal fatto che fino qualche decennio fa, nel campo psichiatrico e nel campo sociale, era preminente l’idea che il *travestitismo* fosse conseguenza di una qualche forma di orientamento omosessuale (Gilbert, 2002).

Questo giudizio e ipotesi causale era dovuto dal ragionamento che comprendeva l’esistenza di alcuni uomini che avevano rapporti sessuali con altri uomini, e di alcuni di questi uomini che si vestivano con abiti tipicamente ritenuti femminili, quindi il falso sillogismo che portava a considerare che tutti gli uomini che si vestivano con abiti femminili avessero necessariamente rapporti sessuali con altri uomini, e che, pertanto, tutti gli uomini che si vestivano con abiti femminili fossero omosessuali. Questa generalizzazione rimase presente e diffusa finché non

cominciò ad emergere e ad essere riconosciuto il fatto che gran parte degli uomini che praticavano il *travestitismo* non si impegnavano in pratiche sessuali con altri uomini, disconfermando così la correlazione supposta tra *travestitismo* e orientamento omosessuale.

Mentre alcune persone che si travestono possono riconoscersi come omosessuali nel loro orientamento sessuale, molte possono essere eterosessuali (Docter e Prince, 1997; Prince e Bentler, 1972). Inoltre, nel *cross-dressing male-to-female*, ad esempio, il travestitismo è spesso collegato ad altri tipi di *cross-dressing* come l'impersonificazione femminile e le performance drag (Garber, 1991).

Per queste ragioni le varie forme di *travestitismo* venivano spesso spiegate come condizioni patologiche di *inversione sessuale*, relegando alla patologia la diversità esistente al fine di salvaguardare le norme di genere del senso comune, ovvero l'esistenza di due sessi e generi distinti e conformi tra loro senza scambi, relazioni e contrapposizioni. Era infatti ormai consolidata la preoccupazione, nella prima età moderna, della potenziale permeabilità e confusione dei confini tra uomo e donna (Gilbert, 2002).

I temi del *travestimento* e del *cross-dressing* possiedono origini antiche e si possono incontrare in numerosi resoconti anche precedenti ai loro diversi tentativi di inquadramento diagnostico.

Giocare con i ruoli di genere, ad esempio, era ed è tuttora una componente di varie tradizioni e rituali religiosi. Nella cristianità, intorno al Quattrocento, nonostante fosse consolidata la condanna del travestimento in generale, era comune mascherarsi o vestire una parte, nella pratica che veniva chiamata "*mumming*" ovvero il mascheramento di persone che sfilavano in silenzio fino alla casa di un personaggio importante, cui offrivano doni e regali, dandosi poi alle danze, travestiti anche secondo un genere diverso da quello considerato come proprio, in alcune festività o circostanze particolari. Inoltre, vestire abiti di un genere differente dal proprio faceva parte di numerose celebrazioni *wicca* (una particolare religione della natura), come l'inizio del nuovo anno celtico il 31 ottobre (Bullough e Bullough, 1993).

I temi del travestimento e del travestitismo si possono rintracciare in modo particolare e caratteristico nelle arti, ad esempio nelle commedie come "La notte dell'epifania" o "Come vi piace" di Shakespeare, "L'anima buona del Sezuan" di Brecht o "Cloud 9" di Churchill. Ancora si trovavano presenti nei poemi epico-cavallereschi e nel teatro, ad esempio nelle opere di Tasso, Ariosto, Giovan Battista della Porta, solo per citarne alcuni (Benadusi, 2008). Spesso il travestitismo veniva usato, in queste opere, come strumento per rappresentare forme di

oscillamento sociale. Il cross-dressing maschile e femminile poteva essere usato e sfruttato come metafora per descrivere le contraddizioni sociali, la lotta tra il naturale e l'innaturale, il bene e il male, così come la sessualità peccaminosa e politica (Herrmann, 1989).

Il teatro inoltre alimentava e incentivava la pratica del travestimento da parte degli uomini poiché erano le uniche persone a cui era permesso prendere parte alle opere teatrali e alle loro messe in scena. Così come i bambini spesso venivano castrati, nel contesto dell'opera lirica, in quanto le donne non erano generalmente accettate a praticare quest'arte canora. Il *travestitismo* era pertanto un fenomeno importante e ampio, ampiamente presente nell'ambito dello spettacolo, anche per chi si esibiva o si doveva esibire come fenomeno da baraccone. In Italia, ad esempio, molti sono gli esempi di personaggi dello spettacolo che mettevano in atto il cross-dressing. Un'attrice che divenne particolarmente famosa, era Virginia Mauri il quale nome d'arte era Zefthe Akaira, dai tratti e dalle espressioni prevalentemente femminili ma con barba e baffi folti. Queste persone che si esibivano proprio in virtù del loro travestimento, diventando anche oggetto di attenzione particolare anche dagli scienziati dell'epoca, da medici e da antropologi disposti a pagare per poterle osservare da vicino e dal vivo (Benadusi, 2008).

I casi di persone che vivevano in vesti tipicamente appartenenti al cosiddetto altro sesso erano, quindi, frequenti nell'età moderna, e il fenomeno ha continuato ad aumentare nell'Ottocento e nel Novecento.

A partire dalle prime operazioni chirurgiche di riconversione del sesso, in particolare dal primo caso di Christine Jorgensen, cominciarono ad essere pubblicizzati e resi visibili casi e storie di questo tipo negli annali di medicina e al pubblico in generale (Meyerowitz, 2002). La storia di Christine aprì la strada anche a molte altre persone che sentivano l'esigenza di andare incontro ad operazioni del genere. Da questo periodo l'indagine e l'attenzione verso queste persone interessate a compiere interventi chirurgici e percorsi di cambiamento di genere nelle sue diverse forme si fece sempre più intensa e particolare, fino alle trattazioni di Harry Benjamin, una delle prime e maggiori figure a teorizzare e trattare il cosiddetto "transessualismo", dichiarando che queste persone non erano né *omosessuali* né *eonisti* o *travestiti*. Da qui cominciò ad emergere una nuova esigenza di cambiamento, nuove parole e nuove retoriche a disposizione, che portò a definire queste persone, generalmente ancora uomini, come persone che si identificano nel genere femminile e costrette a vivere in corpi maschili (Prince, 2005).

Nel contesto prettamente psichiatrico, il DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ha lottato fortemente per cercare una terminologia del *travestitismo* che non indicasse e facesse riferimento soltanto al “cross-dressing degli uomini omosessuali” o alle “persone transessuali” (Blanchard, 2005).

La prima e la seconda edizione del DSM, hanno inserito il “travestitismo” nella sezione di quelle che allora erano denominate come “perversioni sessuali” (APA, 1952; 1968). La terza edizione del DSM introdusse il termine “parafilia” e inserì il *travestitismo* in questo nuovo gruppo di disturbi e sezione del manuale. Il *travestitismo* venne poi distinto dal “feticismo”, in quanto lo si riteneva basato soltanto sul vestire con abbigliamenti femminili (APA, 1980). Queste pratiche venivano pertanto descritte come quei “fenomeni legati al travestitismo che vanno dal vestire occasionalmente e in privato abiti femminili al coinvolgimento esteso in una subcultura del travestitismo. Generalmente viene utilizzato più di un indumento femminile, e l’uomo può arrivare a vestire interamente come donna” (APA, 1980, p. 269).

In associazione con l’erotico e la psicopatologia è stato ripetutamente enfatizzato come tra i testi psichiatrici nelle loro varie edizioni, il nome cambiò in “feticismo da travestitismo” (APA, 1987) e successivamente in “disturbo da travestitismo” con la possibile aggiunta del “feticismo” (APA, 2013). La differenza è che nel disturbo, le persone provano, a causa di questo comportamento costante, un disagio nella loro vita sociale o lavorativa. Il DSM IV-TR limitava questa diagnosi agli uomini eterosessuali, mentre il DSM-5 la riferisce anche alle donne o agli uomini omosessuali. Questo è in parte influenzato dai lavori di Blanchard (1989, 2005) che hanno attirato diverse critiche (Daley e Mulé, 2014; Moser, 2009, 2011; Serano, 2009, 2010; Veale, Clarke e Lomax, 2011; Winters, 2008).

Il termine *cross-dressing*, che denota l'atto o l'abitudine di indossare vestiti comunemente associati in un determinato ambito socio-culturale al ruolo di genere opposto al proprio, pubblicamente e/o in privato, viene inoltre distinto da queste forme descritte in termini psicopatologici.

Il *travestitismo* si configura pertanto come un fenomeno complesso e con una pluralità di significati e tentativi esplicativi che sono stati costruiti nel corso della storia. In alcuni casi, per le persone che si travestono, in particolare nella forma *male-to-female*, può essere difficile disegnare delle linee chiare tra omosessualità e eterosessualità, tra il cross-dressing come identità e come pratica erotica, e tra travestitismo, identità transgender e transessualità più in generale. Una delle ricerche disponibili più ampie è quella di Docter e Prince (1997) in cui emergono diversi

orientamenti sessuali per le persone che si travestono, così come differenti gradi di eccitamento sessuale accompagnato alla pratica, e l'adozione di diverse identità di genere e attitudini rispetto alla possibilità della riassegnazione chirurgica del sesso.

Sedgwig ha messo in luce come, tra i membri della comunità afferente al sito *crossdressers.com*, (sito popolare nel momento della scrittura del testo per le persone che si riconoscevano come *cross-dressers male-to-female*) ogni membro sia “differente da ogni altro” (Sedgwig, 1990, p. 22) nonostante gli interessi condivisi. Diversi possono essere pertanto i significati e le funzioni associate a queste pratiche, tra questi si può essere presente un interesse o un desiderio erotico o sessuale così come può essere rifiutato, ci si può riconoscere come donne o meno, come gay o eterosessuale e si può portare avanti o meno un percorso di transizione medico o sociale (Allen, 2014; Tosh, 2016).

Queste descrizioni del *travestitismo* e del *cross-dressing* in particolare mostrano anche in questo caso l'esigenza, in questo periodo storico, della classificazione e dell'inquadramento diagnostico per definire e trattare le differenze e le diversità, e allo stesso tempo, come le varianze, le differenze e le particolarità sfuggissero a questi tentativi classificatori.

1.1.4 Dal *transessualismo* al *transgender*

Già nella mitologia greca e romana, così come nel Medioevo fino al Rinascimento, in tutti i periodi storici si possono incontrare storie di *travestitismi* e *transessualismi* (Bullough, 1974, 1976).

Il termine “transessuale”, così come viene usato e definito nei contesti europeo e statunitense, può essere ricondotto a questi diversi significati: in generale, il termine sembra comprendere chi sente che il proprio genere è diverso dal proprio sesso biologico, chi si muove con l'intenzione e per il tentativo di “passare” come membro del sesso opposto, e più nello specifico, può comprendere quelle persone che intraprendono trattamenti medici e/o chirurgici per il cambiamento dei caratteri sessuali primari e/o secondari con lo scopo cambiare il corpo a livello anatomico (Robertson, 2005). Queste definizioni, diffuse nei contesti prevalentemente occidentali sono definizioni che tentano di circoscrivere le esperienze ma che rischiano di tralasciarne le ragioni, le intenzioni, i significati personali e i presupposti socio-culturali, nonché i sistemi simbolici che hanno reso possibili e hanno orientato anche queste definizioni. Per queste ragioni, anche in questo caso, ripercorrere la storia del “transessualismo” può essere utile a comprendere il fenomeno nei modi in cui è stato costruito e le sue implicazioni nel corso del tempo fino ai giorni nostri.

Il termine “transessuale”, come aggettivo, viene usato per la prima volta nel 1949 da David Cauldwell, pioniere statunitense della sessuologia, nel testo “Psychopathia transexualis”. Con questo termine il sessuologo si riferiva a quelle persone che richiedevano la riconversione del sesso, categorizzando questi casi come casi di *psicosi transessuale* (Drescher, 2010). La figura di Cauldwell svolse un ruolo importante nella diffusione del significante transessuale, insieme ai mezzi di comunicazione di massa, quindi anche dell’incremento del fenomeno che si rese più visibile (Vitelli e Giusti, 2012).

Cauldwell con questo termine ha pertanto indicato quegli individui che desideravano essere membri del sesso opposto a quello attribuito alla nascita. Secondo questa prospettiva, la loro condizione, generalmente, aveva origine da un insieme povero di caratteri ereditari e da un ambiente familiare altamente sfavorevole nell’infanzia (Cauldwell, 1949).

Successivamente, il termine fu reso popolare e maggiormente diffuso da Harry Benjamin, endocrinologo e sessuologo che sviluppò i suoi lavori sia in Germania sia negli Stati Uniti, attraverso la pubblicazione del testo “The transsexual phenomenon” (Benjamin, 1966; Ekins e King, 2006).

Come si è riportato nei paragrafi precedenti, spesso le questioni legate alla non conformità di genere sono state associate, interpretate e trattate congiuntamente all’orientamento omosessuale e alle cosiddette perversioni, ma è intorno all’inizio del XX secolo che si cominciò a slegare il genere, l’orientamento sessuale e la devianza introducendo termini e discorsi inerenti l’identità di genere in particolare.

Il punto di partenza era stata l’introduzione e la diffusione del “transessualismo” nei testi e nei lavori nel campo psichiatrico, medico e psicologico. In particolare, una forte spinta verso questo cambiamento di significato e interpretazione prese il via dai progressi e dagli sviluppi nel campo della tecnologia medica e delle procedure di modificazione del corpo, seguiti da un incremento della consapevolezza da parte delle persone della possibilità di intraprendere questi percorsi e interventi (Bullough e Bullough, 1993).

I primi interventi chirurgici cominciarono ad essere sviluppati in Germania intorno ai primi anni ’30 del Novecento, con uno dei primi casi che catturò l’attenzione pubblica, ovvero quello della riassegnazione chirurgica del sesso di Christine Jorgensen nel 1952, aprendo la strada ai primi interventi in Europa. Negli Stati Uniti, i primi interventi chirurgici si riscontrano intorno al 1966 presso il Johns Hopkins Hospital (Gilbert, 2002).

Durante gli anni '60 inoltre, uno psicoanalista in particolare, Robert Stoller, cominciò a rendere popolare la teoria per cui il genere era composto da due dimensioni, il “ruolo di genere”, ovvero l’espressione pubblica e sociale del genere, e “l’identità di genere”, ovvero l’aspetto soggettivo e psicologico del genere. Il costrutto di “ruolo di genere” venne attribuito a John Money (Green, 2009; Money, 1994) e successivamente assunto e teorizzato con modalità differenti dalle teorie femministe e queer (Stryker e Whittle, 2006; Tosh, 2016). In aggiunta a questi termini, vi era anche quello di “sesso”, che Stoller definì come un costrutto biologico, in contrapposizione a quello di genere. Con questi nuovi termini e le loro definizioni, pertanto, diventava concepibile avere un corpo “maschile” con un’identità di genere “femminile” e con un ruolo di genere “femminile”. L’identità di genere poteva anche denotare il sentimento di una persona di appartenere al genere maschile, femminile o indeterminato (Money, 1986). Da queste teorizzazioni, inoltre, si includeva la possibilità che l’identità di genere potesse non rimanere invariata e identica per tutto il corso della vita. Nel campo della psicopatologia, si riteneva che le persone con cosiddetti disturbi di identità di genere potessero esperire l’identità di genere come incongruente alla loro identità di genere “profonda” (Stoller, 1968; Vitelli, 2001).

Nel 1979, venne poi fondata la prima grande associazione internazionale chiamata Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA). Essa consiste in un’organizzazione composta da medici, psicologi, psichiatri e altre figure professionali che sono coinvolte nei vari aspetti del trattamento dei cosiddetti disturbi dell’identità di genere. Le prime linee guida in questo campo di conoscenza e applicazione sono state proposte e postulate da questa organizzazione, quelli che anche oggi vengono chiamati “Standards of Care”.

I disturbi dell’identità di genere sono apparsi sulla scena medico-psichiatrica a partire dalla terza edizione del DSM (American Psychiatric Association, 1980), indicando condizioni psicopatologiche definite come “incongruenza tra il sesso anatomico e l’identità di genere” (APA, 1980, p. 261). Le forme del disturbo erano state suddivise in due categorie per l’età adulta: il “transessualismo”, diagnosticabile per quelle persone che riferiscono di desiderare di vivere come membri del sesso opposto e che si vogliono sottoporre a chirurgia di riconversione genitale; e poi una categoria residua, denominata “disturbo dell’identità di genere atipico”, senza la presenza di un set di criteri specifico. Questo schema generale, che include una categoria principale e una residua rispetto al disturbo dell’identità di genere, è stato mantenuto anche nelle successive edizioni del DSM.

Nel DSM-III-R (APA, 1987), la categoria principale del “transessualismo” rimane inalterata, mentre quella residua viene allargata andando ad includere altre due diagnosi: il “disturbo dell’identità di genere nella adolescenza o nell’età adulta, tipo non transessuale” (GIDAANT), diagnosticabile a persone che incontrano la maggior parte dei criteri per il transessualismo ma i sintomi non sono così persistenti da richiedere di voler acquisire le caratteristiche anatomiche del sesso opposto, e il “disturbo dell’identità di genere non altrimenti specificato” (GID- NOS), senza specifici criteri.

Nel DSM-IV (APA, 1994), subentrò invece la nuova categoria del “disturbo dell’identità di genere” (GID) per l’età adulta, che include le precedenti diagnosi di transessualismo e disturbo dell’identità di genere nella adolescenza o nell’età adulta, tipo non transessuale nell’età adulta, lasciando soltanto una categoria residua, ovvero il disturbo dell’identità di genere non altrimenti specificato. Il DSM-IV-TR (APA, 2000) non apportò modifiche ulteriori.

L’adozione del “disturbo d’identità di genere” come nuova categoria che prese il posto del “transessualismo” è stata frutto di un lungo processo attraverso il quale si è voluto riferire il termine al metodo di gestione dell’identità di genere, piuttosto che al problema dell’identità di genere di per sé (Money, 1986). Nonostante questo, il sostantivo “transessualismo” e l’aggettivo “transessuale” continuano ad essere usati clinicamente per descrivere persone che esperiscono una severa disforia di genere e che richiedono di portare avanti un cambiamento con la terapia ormonale e gli interventi chirurgici (O’Brien, 2009).

Gli ultimi aggiornamenti nel contesto dell’ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) anticipano che il “transessualismo” come diagnosi presente nella decima edizione (World Health Organization, 1992) verrà modificato attraverso il termine “incongruenza di genere” e inserito nel capitolo relativo alle “condizioni correlate alla salute sessuale” nella prossima edizione la cui entrata in vigore è prevista per il 2022.

Il termine “transgender”, nettamente diverso da quelli che lo hanno preceduto, ha cominciato ad essere usato da circa 40 anni. Il termine “transgenderal” è stato usato per la prima volta da Virginia Prince in un articolo pubblicato nella rivista “Transvestia” (Prince, 1969). Nonostante tale termine sia composto da *trans-* e *gend-*, il termine non prese subito piede. In un articolo dal titolo ‘The “Transcendents” or “Trans” People’ presentato al Western Regional Meeting of the Society for the Scientific Study of Sex, Prince descriveva nel 1978, tre classi di persone trans, generalmente chiamate: *travestiti*, *transgenderists* e *transessuali* (Ekins e King, 2006).

A questo proposito, è importante mettere in luce il significato del termine *trans* come trasformazione: *crossing* e *trans* come “andare oltre” o “attraverso” (Kessler e McKenna, 2000). Alla fine del 1990, Stuart (1983) afferma che le condizioni di genere sono differenti dalle condizioni sessuali o dalle preferenze sessuali, insieme alla confusione nell’interpretare le esperienze delle persone trans in quanto spesso la parola transessuale viene usata in maniera confusa, perché la parola sessuale è incorporata nel termine. Per questo motivo la parola *transgender* potrebbe essere un termine più adeguato. L’uso del termine *transgender* come altra forma del termine *transessuale* divenne poi quella più favorita e più diffusa (Ekins e King, 2006). Il termine *transgender* spesso viene preferito non soltanto perché abbraccia il più ampio fenomeno transgender e non solo il passaggio da un sesso ad un altro. Come descritto da Kessler e McKenna (2000), sesso, sessualità e genere sono componenti costruite socialmente, è l’attribuzione di genere nella vita e nelle relazioni quotidiane a creare le distinzioni tra sesso, sessualità e genere.

Il termine *transgender* come aggettivo nella comunità trans è poi diventato di uso comune alla fine del 1980 e inizio del 1990. Pertanto, se all’inizio tale termine era usato più per distinguere alcune esperienze trans da quelle delle persone *cross-dressers* e *transessuali*, intorno agli anni 90 comincia ad assumere suoi connotati e significati specifici e particolari. L’uso del termine *transgender* come termine ombrello, come abbandono delle rigide categorie di genere, spesso associate alla regolazione medica e psicologica, viene usato anche per sviluppare e promuovere l’attivismo in questo campo (O’Brien, 2009).

Per questo motivo il termine *transgender* può essere un termine viabile, anche qui privilegiato per indicare altre possibilità di essere e di esistere, al di là dei dogmi normativi ed ideologici del dualismo di genere. Il termine *transessuale* spesso, a partire dalle sue origini, si connota in molti contesti come un’etichetta stigmatizzante, a volte ripresa come esempio di un’anomalia esistenziale, dovuta ad un difetto di natura o effetto di una biografia problematica (Salvini, 2008). Esso è un termine ancora impregnato in diversi contesti di senso comune di significati legati alla devianza, alla malattia, alla perversione o alla stranezza.

Il processo di medicalizzazione è infatti ampio e diffuso, a partire dai lavori nel contesto medico del XX secolo, in particolar modo per i termini e le esperienze cosiddette di *travestimento* e *transessualismo*, in seguito diventati “disturbi di identità di genere” e infine, “disforia di genere”. Le comunità mediche e psichiatriche nel corso del tempo hanno tentato di collezionare ed esaminare diversi dati, casi e situazioni biografiche per cercare di definire classificazioni, diagnosi

e teorizzazioni eziologiche, nonché possibili e potenziali trattamenti rispetto a ciò che viene definito usualmente come patologico (Ekins e King, 1996).

Attraverso questi paragrafi ho cercato di mettere in luce le origini, la storia e i percorsi d'uso, nonché i significati emergenti di alcuni tra i termini, quindi tra le configurazioni discorsive, più rilevanti per quanto riguarda i temi del genere e della non conformità di genere a livello storico. È emersa non soltanto la preminenza e le influenze dei discorsi medici e psichiatrici sui fenomeni prima del cosiddetto *ermafroditismo*, poi del *travestitismo* fino al *transessualismo*, ma anche come questi fenomeni, indipendentemente dall'etichetta preferita, non siano fenomeni così recenti, se non nei discorsi e nelle rappresentazioni che hanno avuto origine in occidente precedentemente descritte. L'etichetta spesso finisce per definire i fenomeni, dare loro senso e significato particolare, generando implicazioni pragmatiche effettive, come la credenza che non vi possano essere altri significati al di fuori di essa. Un ulteriore aspetto rilevante consiste nel fatto che, nel riportare la storia di questi termini, sia grande la difficoltà di riportare le esperienze soggettive delle persone che in prima persona hanno provato queste esperienze, riducendo inevitabilmente i significati possibili e le esigenze particolari legate alle biografie e alle storie personali.

Infine, si può notare come la modalità conoscitiva privilegiata nei contesti occidentali e sviluppata nel corso dei secoli, per teorizzare e controllare il genere, la sessualità e l'orientamento sessuale, confluisca nel binarismo o nella dicotomia di genere. Abbiamo altresì potuto notare come ogni teorizzazione lasciasse involontariamente spazio a confusioni, dubbi e interrogativi contrari alle necessità di classificazione e distinzione netta tra generi, preferenze sessuali, e in generale, tra normalità e patologia, normalità e devianza e normalità e diversità.

Il binarismo di genere è pertanto una delle modalità conoscitive possibili, largamente diffusa e data generalmente per scontato e considerata appropriata nel nostro contesto socio-culturale e trasportata al suo esterno e altrove. Nei prossimi paragrafi cercherò di approfondire il tema del genere e della diversità in altre culture e periodi storici, per entrare nel merito di queste questioni, di come viene costruito il genere, la non conformità di genere e le loro modalità di interpretazione e gestione nei contesti sociali.

1.2 Altri modi di costruire il genere

Molte società e culture considerano le varianze di genere come fenomeni anomali in virtù di una natura certa e definita, mentre altre creano dei contesti per la costruzione di significati particolari, l'accomodamento e la legittimazione per tali e diverse espressioni dell'orientamento sessuale, della sessualità e in particolare, del genere (Geertz, 1975; Costa e Matzner, 2007; Graham, 2006; Lang, 1999; Nanda, 2000; 2008; Rowland e Incrocci, 2008). In alcune culture, ruoli di genere specifici, ad esempio, sono attribuiti in modo particolare alle persone considerate come *ermafrodite*, in altre, sono attribuiti in base all'orientamento o alle pratiche sessuali o al cross-dressing, in altre ancora in virtù dell'occupazione lavorativa, della posizione sociale o di una qualche loro combinazione (Roscoe, 1996). I diversi ruoli, espressioni e identità di genere non necessariamente fanno riferimento ad un genere che si ritiene opposto ad un altro, il genere maschile o il genere femminile, ma anche ad una qualche forma di costruzione fluida tra queste categorie e non necessariamente descrivibile nei termini del più comune e occidentale rapporto tra genere e sesso biologico. Nelle società cosiddette occidentali viene generalmente dato per scontato che l'essere umano sia classificabile secondo due sessi, quello maschile e quello femminile.

Sviluppare una prospettiva culturale può pertanto favorire la comprensione del diverso modo in cui vengono percepite e interpretate le differenze fisiologiche, anatomiche, ma anche relative ai comportamenti, agli stili di vita, ai ruoli e alle espressioni a seconda delle culture, delle società e delle epoche storiche.

Ciò consente inoltre di far risaltare il binarismo di genere come una delle modalità possibili di spiegazione e gestione delle forme del genere e non come l'unica o la necessariamente più adeguata possibilità che vede l'attribuzione del genere come legata indissolubilmente all'anatomia genitale.

In questa seconda parte del capitolo, si cercherà di mettere in luce la pluralità di costruzioni, espressioni e pratiche inerenti l'identità di genere, ovvero uno sguardo che consenta di complessificare e rileggere il sistema occidentale dominante attraverso i complessi legami tra modo di considerare l'individuo, la religione, l'orientamento sessuale e la dominanza dell'eterosessualità e le rappresentazioni e abitudini sociali attraverso i quali anche il rapporto tra genere e sesso può costruirsi. Infatti, i legami tra sesso, orientamento sessuale, ruoli di genere, identità di genere e posizionamenti in riferimento al sesso e al genere sono tutt'altro che semplici e lineari, bensì variabili, complessi e plurali.

Nei paragrafi successivi cercherò di riportare alcuni esempi e alcune storie dentro e fuori della cultura occidentale, compresi gli influenzamenti della stessa nelle culture incontrate, fino ai giorni nostri, mettendo in risalto le basi culturali e storiche delle assunzioni e dei presupposti conoscitivi del rapporto tra sesso e genere.

Questi esempi sono soltanto una piccola parte della diversità del rapporto tra sesso e genere, che è o è stata presente a livello culturale e storico, la cui descrizione in questa sede è lontana dall'essere esaustiva. Numerosi sono gli studi che se ne sono occupati (Whitam, 1997; Cardoso, 2005; Inciardi, Surratt, Telles, e Pok, 1999; Kulick, 1998;; Nanda, 1999; Stephen, 2002; Coleman, Colgan, e Gooren, 1992; Bartlett e Vasey, 2006; Vasey e Bartlett, 2007; Costa e Matzner, 2007; Jackson, 1997; Roscoe, 1990; Bullough e Bullough, 1993; Feinberg, 1996; Wiesner-Hanks, 2001; Meyer-Bahlburg, 2010). Ci sono numerosi altri esempi e altre possibilità di costruzione del genere e della varianza di genere² che non vengono qui trattati, come quelli esistenti nel contesto africano (Amadiume, 1987), nei contesti del centro est (Murray, 1997) e molti altri in Europa, come in Albania, nel sud America, in Antartide e in Asia. La scelta di quali esemplificazioni includere e approfondire ha seguito alcuni criteri in particolare, ovvero la presenza di numerosi dati in letteratura, in particolare a livello antropologico ed etnografico; il riferimento ad alcuni di questi contesti socio-culturali nelle interviste e nel campo della ricerca, e infine la presenza di significati e pratiche attribuite e costruite sul genere, fino a tempi più recenti, nella particolarità del contesto italiano.

1.2.1 Hijras, India

Nella cultura indiana, la cosiddetta “*hijra*” rappresenta una figura della comunità generalmente considerata come né uomo né donna, e in particolare, come un uomo ritenuto impotente che appare simile alla donna, ma che non è donna. Secondo tale cultura, queste persone possiedono elementi e caratteristiche propri di entrambi i generi. A partire dall’VIII secolo a.C., l’interpretazione delle esperienze e delle storie di quelle persone che vengono definite come *hijras* è stata fortemente orientata dalla religione induista, attraverso la quale esse vengono considerate in possesso di poteri

² Il termine “varianza di genere” viene usato comunemente per indicare diverse possibilità identitarie non necessariamente configurabili secondo le definizioni del binarismo di genere maschile/femminile (Vitelli, Fazzari e Valerio, 2013). In questo elaborato tale termine viene utilizzato nel suo senso più ampio, e inoltre, preferito al termine “non conformità di genere”, introdotto dall’American Psychological Association (APA, 2015) come “termine ombrello” e inclusivo di diverse identità di genere, ma ancora riferito alla coerenza e all’allineamento del genere rispetto a categorie binarie ritenute ordinarie all’interno di un particolare contesto socio-culturale.

relativi sia alla benedizione sia alla maledizione. Queste persone non sono giudicate in maniera uniforme nella società indiana, ma si possono incontrare sentimenti e atteggiamenti in contrasto tra loro, come il rispetto, ma anche la paura e lo scherno.

Nel periodo della dominazione britannica la figura della *hijra* venne criminalizzata, anche da parte del governo indiano, insieme all'orientamento omosessuale e a molti tipi di varianza di genere che potevano esistere in questo contesto. Nonostante questa tendenza, nel corso del tempo, la figura della *hijra*, insieme al suo ruolo sociale, è stata istituzionalizzata.

Con “*hijra*” si intende, pertanto, un genere “misto”, culturalmente istituzionalizzato come genere alternativo, non configurabile né come genere maschile né come genere femminile (Nanda, 1999; Reddy, 2005). Il genere a cui appartengono queste persone è quindi un genere alternativo (ove tale aggettivo risente dei tradizionali presupposti culturali occidentali, che tendono a classificare il genere in due categorie distinte).

L'occupazione e il lavoro tradizionale delle *hijras* includono l'esecuzione di *performance* e spettacoli in diverse occasioni sociali, come nei matrimoni o alla nascita dei bambini (Manalansam, 2003), storicamente soltanto di sesso anatomico maschile, ma nel momento attuale, anche femminile. Ulteriori pratiche in cui sono coinvolte, possono comprendere l'elemosina e il lavoro sessuale.

Nella cultura indiana, le *hijras* vengono considerate spesso come “non uomini”, la cui argomentazione viene posta nell'impossibilità di riprodursi come donne. Si definiscono spesso come persone che provano un desiderio sessuale verso le donne, nonostante possano avere anche rapporti sessuali prevalentemente di tipo ricettivo con uomini, i quali, a loro volta, non vengono necessariamente definiti come omosessuali.

L'induismo orienta molto il modo di intendere le *hijras* così come l'Islam, tradizione religiosa altrettanto importante per la loro presenza e legittimazione in tale contesto socio-culturale. Sono infatti devote di Bahuchara Mata, una delle molte versioni della Dea Madre adorate in India. Gli uomini sessualmente impotenti sono chiamati da questa a vestire e agire come donne e a iniziare un processo di demascolinizzazione. Il processo di rimozione del pene e dei testicoli è chiamato “*nirvan*” o rinascita, e conferisce in cambio dell'evirazione, un potere divino (chiamato “*shakt*”). Secondo questo insieme di simboli e significati, esse prendono parte con spettacoli a matrimoni e nascite, e ricevono denaro come serve di quella particolare divinità (Reddy, 2005).

Vestono abiti comunemente ritenuti femminili, assumono posture e gesti coerenti con l'idea di femminilità, tengono i capelli lunghi, così come modificano e modulano la voce, le espressioni del viso e il linguaggio in virtù di questi ideali, usano nomi femminili come parte della loro trasformazione e termini di parentela femminili per le loro relazioni all'interno delle comunità *hijra*. Così come non vengono riconosciute come uomini, esse non vengono riconosciute nemmeno come donne, in particolare per il modo di apparire e presentarsi in pubblico, che viene percepito come caricaturale e per l'espressione di connotazioni sessuali considerate inappropriate per le donne biologiche nei loro ruoli di figlie, mogli e madri. La ragione più incisiva che si lega al non considerarle come donne è data dal fatto che non possiedono organi sessuali riproduttivi femminili e non possano avere gravidanze nei modi ritenuti tradizionali.

L'induismo, al contrario di molte religioni occidentali, abbraccia le complessità e le contraddizioni. Maschile e femminile sono intese come categorie naturali, che incorporano qualità di entrambi i sessi e generi in opposizione complementare tra di loro. L'India è una società patriarcale e gerarchica in cui le funzioni e i ruoli maschili e femminili sono fortemente differenziati. Nonostante l'importanza di questa dicotomia, le varianti di sesso e genere, gli scambi e le trasformazioni sono significative e si possono incontrare temi positivi nella mitologia, nei rituali e nell'arte induista (Humes, 1996). Gli antichi miti induisti riportano di antenati *androgini* o *ermafroditi*, nei testi sacri Veda ad esempio si racconta che prima della creazione non esistevano distinzioni di sesso e genere e i ruoli di genere alternativi delle divinità e degli esseri umani sono considerati come aspetti positivi anche al di fuori della mitologia (Nanda, 2008).

Le *hijras* sono trattate generalmente con ambivalenza. La perdita della "virilità" rappresenta la più grande ragione della paura che ispirano a livello della comunità, e per tale motivo sono viste come coloro che possono sia benedire una famiglia rispetto alla sua fertilità e alla sua fortuna sia maledirla. La sensazione di ansia culturale che viene associata alle *hijras* è dovuta alla concezione che sia l'erotismo che l'ascetismo possano conferire poteri divini e possano produrre il caos sociale (Sharma, 2012). Le *hijras*, per la comunità indiana, sembrano esprimere questo paradosso nel corpo e nei comportamenti: la rinuncia maschile ascetica del desiderio e l'espressione femminile della sensualità.

Nonostante siano spesso considerate come persone che praticano l'ascetismo e la negazione del desiderio sessuale, molte di loro sono comunque impegnate in attività sessuali, pratica che causa conflitto culturale così come differenti meccanismi di controllo sociale di queste attività. Da un

lato, gli inglesi vietarono l'evirazione con una legge diretta specificatamente alle *hijras* e che rimase presente nel codice penale indiano, di conseguenza il rispetto sociale per le *hijras* venne ridotto dalla criminalizzazione di questo atto. Dall'altro lato, ci si aspetta che tradizionalmente una *hijra* sia evirata e se non lo è viene considerata falsa, non autentica e, in certe circostanze, anche denigrata.

È necessario sottolineare come queste descrizioni non possano essere esaustive delle esperienze che ogni *hijra* può avere o condividere con le altre o con la cultura che le ospita (Reddy, 2005). Nonostante si possano ritrovare definizioni comuni o ufficiali, esse possono identificarsi in diversi modi, ad esempio come donne oppure come *hijra*, e le loro storie di vita possono comprendere diversi cambiamenti di genere nel corso della propria biografia, come accade anche per altre esperienze e definizioni di sé in altri contesti socio-culturali.

Al contrario di altre religioni o culture, si vuole qui sottolineare come i generi non conformi non vengano automaticamente collegati ad una qualche forma di diversità psicologica o morale o ad una classificazione binaria del genere. Nella cultura indiana al ruolo della *hijra*, e del suo genere, assume significati e funzioni differenti che fanno parte della cultura e della storia stessa del paese e delle sue religioni e mitologia (Nanda, 2008). Non soltanto il contesto indiano, ma anche Bangladesh, Nepal e Pakistan, ospitano grandi comunità di *hijras*. Le *hijras* provengono da tutte le caste e da famiglie indu, musulmane e cristiane, esse vivono in comunità gerarchizzate e strutturate in modo simile alle caste. Riproducono un sistema parentale fatto di madri, figlie, sorelle, e nonne con parenti fittizi. Prima dell'indipendenza, ad esse venivano riconosciuti diritti di assegnazione di principati e diritti ereditari sulle terre, che persero ma sotto il dominio inglese attraverso cui gli stessi significati e collocazioni sociali legati alle *hijras* cominciarono a mutare fortemente.

Le *hijras*, sono state poi istituzionalizzate come “terzo genere” dal 2014, accettate socialmente e legalmente, ma principalmente nella loro dimensione asessuata e ascetica.

1.2.2 *Berdaches* e *two-spirits*, Nord America

L'esistenza dei *berdaches* è stata riscontrata nelle tribù degli indiani d'America a partire dai primi resoconti dei viaggiatori spagnoli nel XVII secolo. A partire da quel momento i *berdaches* sono sempre stati descritti come uomini che si vestono da donna e che eseguono lavori femminili. Recentemente, attraverso i lavori di Roscoe (1995; 1996; Nanda, 2008) si è messo in luce come le

differenti e varie spiegazioni e interpretazioni del fenomeno fossero strettamente connesse alle categorie conoscitive occidentali, che non erano sufficienti per una comprensione adeguata della cultura *berdache* e all'insieme dei simboli, dei significati, dei costumi e delle credenze che la caratterizzavano. Per questo motivo, vi è sempre stata la tendenza a leggere e ad etichettare queste esperienze per mezzo delle categorie già conosciute in Europa nel campo del genere e della sessualità, come “ermafrodita”, “sodomita”, “transessuale” e “omosessuale”.

Il termine *berdache* deriva dall'arabo e dal persiano *bordaj*, che indica il partner omosessuale il quale possiede qualità di passività e bellezza. Questa parola fu usata dai colonizzatori spagnoli in termini dispregiativi che la associavano al peccato, e continuò ad essere utilizzata poi dai francesi e infine anche dagli antropologi nordamericani per indicare, in genere, le pratiche sodomite. Il termine *two-spirits* è, invece, relativamente recente, usato come termine ombrello per riferirsi ad un'ampia varianza di identità e ruoli tra le comunità indigene nel Nord America, inclusi i Winkte del Lakota, i Nàdleehi del Navajo e i Badés del Sioux, tra gli altri (Vincent e Manzano, 2017).

Nelle culture amerinde il termine preferito era quello del *two-spirits*, in riferimento sia a donne che a uomini, secondo le categorie tradizionali occidentali. Tra gli altri termini si possono trovare: in hopi-navajo, “*tibasa*” (“metà donna”), in lingua omaha, “*mixu'gura*” (“istruito dalla luna”) e “*panaro*” (“due sessi”).

Alcune tribù considerano l'individuo che possiede due identità articolate in tempi diversi, e da qui l'origine del termine “*two-spirits*”. È infatti permesso, in queste comunità, vestire abiti ritenuti maschili in certe occasioni e in altre, abiti ritenuti femminili. Le persone definite come *two-spirits* possono occupare posizioni di rispetto sociale e sono spesso considerate come detentrici di grandi poteri spirituali.

Tale fenomeno veniva inizialmente letto come una sorta di scambio di genere, in cui gli uomini semplicemente si vestivano in maniera “femminile”. Roscoe ha poi ipotizzato come la figura del *berdache* fosse configurabile più come un terzo genere, e un quarto genere nel caso la tribù fosse composta da *berdaches* donna.

Si è riscontrato come la persona *berdache* non fosse riconosciuta tale solo in virtù di differenze sessuali o di genere, ma anche per differenze economiche e religiose. Queste persone erano considerate particolarmente eccelse nel lavoro e con capacità eccezionali. I *berdache* uomini spesso si specializzavano nell'artigianato, mentre le *berdache* donna nella guerra e nella caccia. Il “Discorso” era considerato la forma femminile del pensiero maschile e queste forme di pensiero,

inoltre, non erano ritenute fisse e costanti, ma plurali; “*náadleehé*” è il termine *berdache* per i Navaho che significa letteralmente “una persona che cambia continuamente”, suggerendo che più che un passaggio da un genere a un altro si tratta di fluttuare da una dimensione interna a un’altra esterna, in un processo e un movimento più che un transito ad una terza categoria.

Anche l’orientamento sessuale non era specifico per i *berdache* o *two-spirits*, bensì poteva assumere diverse forme e direzioni. I Mohave attribuiscono l’orientamento *berdache* a un insieme di fattori come influenze sociali, preferenze d’occupazione, predestinazione, ma soprattutto ai sogni. In questa cultura, il sogno era considerato come rivelatore dell’identità di genere maschile, femminile e *berdache*. I/le *berdache* erano integrati e accettati dalla comunità, nella tribù dei Pueblo, ad esempio, godevano dello status di prestigio più elevato, a loro veniva attribuito il ruolo di capo famiglia e avevano il controllo delle proprietà, controllando sia l’agricoltura che il lavoro domestico. Le loro attività variavano dai lavori artigianali femminili a funzioni sacerdotali, rivestendo un ruolo considerato maschile. L’identità sociale dell’individuo non era costruita prendendo in considerazione solo l’anatomia fisica ma anche le proprie esperienze personali, rituali e soprannaturali.

La loro ambiguità riflette le tendenze generali riscontrate nel mondo nativo americano, che apprezza ed enfatizza la trasformazione, l’ambiguità e il cambiamento. Ad esempio, è presente la credenza che gli esseri umani possano trasformarsi in animali e viceversa o dell’esistenza di forme di vita che sono sia umani sia animali allo stesso tempo. Le persone che riescono a combinare il maschile e il femminile sono infatti un’altra sfumatura delle trasformazioni e delle ambiguità che sono una caratteristica centrale del pensiero delle comunità indigene del nord America (Nanda, 2008).

Questo sistema simbolico e culturale non necessariamente definisce i fenomeni suddividendoli in categorie binarie, gli esseri umani che sono giudicati ambigui rispetto alle loro caratteristiche di genere e sessuali, o per la discrepanza tra l’aspetto fisico e le attività occupazionali svolte, vengono accettate come parte di un ordine naturale delle cose. In altre parole, queste persone non sono considerate devianti o affette da qualche forma di patologia, come invece si è interpretato e diffuso nelle culture occidentali. In alcuni casi, sono anche ritenute come persone benedette o in contatto con il soprannaturale (Lang, 2011).

1.2.3 *Kathoe*, Thailandia

Il contesto thailandese è caratterizzato da un complesso e plurale rapporto tra sesso e genere, il quale include significati e credenze appartenenti alla tradizione thailandese, così come prospettive e riflessioni occidentali in merito al genere e all'orientamento sessuale.

Testi buddisti antichi suggeriscono che il sesso biologico, il genere attribuito culturalmente, la sessualità e l'orientamento sessuale non sono chiaramente e nettamente distinti tra loro. La mitologia buddista, infatti, afferma l'esistenza di tre generi/sessi: maschile, femminile e *kathoe*, o *ermafrodita*, definito come un terzo sesso, una variante del maschile e del femminile avente le caratteristiche di entrambi (Jackson, 1997).

La classificazione in questi tre generi rimase presente fino alla metà del XX secolo, quando cominciarono a farsi largo e a diffondersi anche altre idee e concezioni occidentali rispetto alle sessualità, alle identità e ai ruoli di genere, andando a definire anche l'attuale contesto (Costa e Matzener, 2007).

Con il termine *kathoe* si faceva riferimento, nella cultura thailandese, al significato di “uomo difettoso” o di un uomo che rompe e mette in discussione le norme biologiche e/o culturali della maschilità. Il termine può attualmente riferirsi a persone considerate come *intersessuali*, *travestite* e *transessuali* o uomini *omosessuali* “effemminati”. Quasi tutte le persone *kathoe* praticano il *cross-dressing*, assumono terapie ormonali e si sottopongono a diversi tipi di intervento chirurgico di femminilizzazione del corpo (Matzner, 2006). Allo stesso tempo i *kathoe* sono visti come a metà strada tra uomini e donne e chiamati anche “la seconda pelle delle donne”.

Intorno alla metà del Novecento discorsi biomedici occidentali relativi al rapporto sesso/genere cominciarono ad entrare anche nella cultura thailandese. Cominciò a subentrare l'idea che il *kathoe* fosse una sorta di *ermafrodita*, ovvero una persona le cui caratteristiche biologiche (le ghiandole sessuali, i genitali o le caratteristiche sessuali secondarie femminili e maschili) sono compresenti, con il risultato che non potevano essere assegnati né al genere femminile né al genere maschile secondo il sistema conoscitivo di genere thailandese.

Nel corso del tempo anche l'orientamento e le pratiche sessuali dei *kathoe* sono cambiate. Nella tradizione thailandese dei *kathoe*, l'orientamento sessuale era secondario rispetto all'identità. L'opposizione tipicamente occidentale tra eterosessualità e omosessualità non era presente negli stessi termini. Con l'entrata e l'estensione di questi discorsi, anche le caratteristiche prettamente femminili dei *kathoe* cominciarono ad essere associate ad un orientamento omosessuale. Tale

orientamento sessuale non è mai stato condannato, criminalizzato o giudicato anormale o immorale in questa cultura e le pratiche sessuali tra uomini e *kathoey* erano considerate in maniera diversa dalle pratiche sessuali tra uomini o tra donne. Le prime erano infatti ritenute meno stigmatizzanti in quanto l'omoerotismo era considerato un destino per i *kathoey*, mentre non lo era per le persone omosessuali o lesbiche.

L'influenza di alcune teorie psicoanalitiche sull'omosessualità in questa cultura ha lasciato spazio all'idea dell'omosessualità come una forma di patologia. Ciò ha rinforzato la visione naturale e biologistica attribuita alla persona *kathoey* dando più legittimità a questa piuttosto che all'omosessualità come orientamento identitario, considerato quindi innaturale. Il paradigma biomedico relativo all'*ermafroditismo* ha poi converso nella visione buddista del *kathoey* come condizione predestinata. Cominciò a farsi strada anche una visione dell'uomo omosessuale sempre più mascolinizzata, relativamente al genere normativo maschile ma con una preferenza sessuale di tipo omoerotico. Nonostante la costruzione e le rappresentazioni dell'omosessualità esulino da questo lavoro e non vengono qui approfondite nei particolari, è importante sottolineare come la visione biomedica abbia attribuito a questo orientamento un'accezione negativa, tale da orientare anche la ricerca accademica verso le cause di una condizione ritenuta patologica.

Per quanto riguarda il termine *kathoey*, oggi si riferisce prevalentemente a persone che si identificano come donne, la cui femminilità è ritenuta centrale e importante per la propria identità. Anche la Thailandia si configura come una società patriarcale per cui le donne sono sottovalutate, e questo ha incentivato lo stigma verso i *kathoey* nel corso del tempo.

Negli anni '70 e '80 del Novecento cominciarono anche a farsi strada diversi modi di intendere queste persone in virtù delle categorie relative alla "transessualità" e al "travestitismo" che cominciarono a circolare, per cui si cominciò a distinguere il "vero" *kathoey* (*intersessuale*) da altri, ad esempio i "falsi" *kathoey*, che potevano essere considerati come uomini omosessuali giudicati affetti da un disturbo psicologico. Altre categorie in uso sono oggi presenti e si vanno a sovrapporre o a sostituire a quelle tradizionali, come "uomini", "gay effeminati", "kathoey" (*transgender*), "tom" (*intersessuali*) e "donne" (Käng, 2012).

Tutte le differenti modalità di considerare, interpretare e trattare le persone cosiddette *kathoey*, dall'idea della persona *ermafrodita* a quella della persona gay effeminata, fino a quella dell'uomo difettoso, ha portato ad aumentare la discriminazione e la marginalità sociale di questo gruppo di persone nella società thailandese. Omosessualità e persone transgender sono considerati

oggi come problemi sociali. Il transgenderismo è ritenuto spesso come una perversione ed esiste anche una retorica sociale anti *kathoey*. Possiamo pertanto notare come vi sia stato un forte cambiamento nel significato attribuito alle persone *kathoey*, in contrasto con la più tollerante e non interventista narrazione e rappresentazione che in tempi precedenti le riteneva come medium spirituali (Matzner, 2007; Winter, 2006; Nanda, 2008). La convinzione di senso comune che la persona *kathoey* e le persone transgender siano accettate indiscriminatamente in Thailandia è dovuta principalmente alla loro visibilità. Le persone *kathoey* sono presenti in gran parte delle classi sociali thai (ad esclusione delle più alte) e possono vivere in diverse aree urbane e rurali. Come le *waria* in Indonesia e le *bakla* nelle Filippine, queste persone vengono spesso associate e considerate simboli di bellezza e di eleganza di tipo femminile. Queste persone possiedono, inoltre, la reputazione di comportarsi come persone promiscue, prostitute e volgari, al contrario di ciò che si pensa essere un “vero” comportamento thailandese. Credenza e pregiudizio che contribuisce ad incentivare la discriminazione e le aggressioni violente contro le persone *kathoey*.

Pertanto, anche in questo caso si può notare l’esistenza di un diverso modo di configurare il genere e la varianza di genere, in maniera diversa dal binarismo di genere. Allo stesso tempo, è possibile notare come il sistema conoscitivo e ideologico occidentale abbia fortemente influenzato le direzioni di significato inerenti l’identità *kathoey*, il genere e l’orientamento sessuale nel contesto thailandese, così come in altri attraversati da processi di colonizzazione.

1.2.4 Travestis, Brasile

Nel sistema di genere brasiliano una delle dicotomie di maggior portata consiste nella distinzione caratteristica e peculiare tra uomini e non-uomini, distinzione presente in molte altre culture. Tradizionalmente, in Brasile, le differenze tra uomo e donna sono considerate come differenze naturali e biologiche per le quali uomini e donne sono pensati come totalmente opposti. Gli uomini sono generalmente ritenuti come dotati di superiorità, forza, virilità, aggressività e a loro è riconosciuti l’uso legittimo della forza. Tale virilità, considerata maschile, può essere espressa anche in forme di sessualità aggressive, di riproduzione frequente, di controllo della sessualità della donna, e di conseguenza, anche di quella delle figlie e delle mogli. Si ritiene, quindi, che le donne siano caratterizzate da inferiorità, bellezza e desiderabilità e necessitino del costante controllo dell’uomo (Parker, 1991).

A differenza delle culture europee e statunitensi in cui il sesso biologico è spesso ritenuto alla base della classificazione di genere, insieme alla distinzione tra omosessualità e eterosessualità, in Brasile il principale criterio di differenziazione è la pratica sessuale, quindi la posizione assunta nel rapporto sessuale. L'ideologia di genere brasiliana vede pertanto le polarità costituite da chi penetra (*atividade*) definito come maschile, e chi è penetrato (*pasividade*) definito come femminile. Gli uomini che assumono la posizione ricettiva sono definiti come non-uomini, e vengono chiamati anche in maniera spregiativa come *travestis* (letteralmente, “*cross-dressers*”), *viados* (“cervi”) oppure *bichas* (“cimici”).

I *travestis* si identificano generalmente come persone omosessuali, e questo termine generalmente non viene applicato nelle relazioni tra persone dello stesso sesso. La distinzione tra *atividade* e *pasividade* è riconosciuta nell'attività e nel rapporto sessuale, piuttosto che in riferimento all'orientamento sessuale. La persona “attiva” infatti non si considera necessariamente come omosessuale, così come non lo è considerata dalla società, ma anzi, penetrare un altro uomo può essere anche considerato come un segno di identità mascolina estremamente virile (Parker, 1995; Nanda, 2008).

La ricettività sessuale viene caricata di aspettative e di significati relativi all'aderenza al ruolo di genere femminile. I *travestis* non solo vestono e si comportano come donne ma possono assumere anche ormoni al fine di rendere il proprio corpo più femminile. Generalmente, e nonostante possano sottoporsi a diverse operazioni chirurgiche di ricostruzione, generalmente preferiscono mantenere gli organi sessuali genitali, per la particolare importanza conferita all'erezione e all'orgasmo.

Contrariamente ad altre forme di identità trans, in cui ci si può identificare come donne, i *travestis* ritengono che non diventeranno mai donne per via dell'impossibilità di cambiare il loro sesso maschile. L'aspetto centrale dell'identificazione travesti è la posizione nel rapporto sessuale.

In Brasile, le possibilità del *travesti* sono associate storicamente a quelle delle religioni afroamericane note come *candomble* o *macumba*. Donne e *pasivos* vengono generalmente stigmatizzate in America latina, ma dominano in queste religioni, focalizzate sulla possessione, sulla trance, sul provvedere alla salute, alla fortuna e all'aiuto spirituale per i loro seguaci. Il *candomble*, ad esempio, si organizza in “case”, il cui leader è generalmente una donna o un *pasivo*, chiamato come la madre o il padre del santo particolare di riferimento di quella casa. La metafora della penetrazione diventa particolarmente importante nella possessione e nel rito del *candomble*,

inteso come possessione da parte di uno spirito (dar santo è il nome dato all'atto = "dare il santo"). La penetrazione spirituale è considerata equivalente a quella sessuale (Nanda, 2008). Anche in questo caso, come in India, la religione crea uno spazio di significazione particolare e legittimante. Questo esempio relativo alle persone *travestis* brasiliane consente di mettere in luce come siano presenti anche altri modi di significare il genere, non necessariamente associato al sesso biologico per una sua distinzione.

1.2.5 I *femminielli*, Italia, Napoli

Molte testimonianze in letteratura riportano l'esistenza di una particolare figura storica italiana e napoletana in particolare, conosciuta con il nome di "*femminiello*" e descrivibile oggi come una persona omosessuale con uno stile cosiddetto effeminato che preferisce la compagnia femminile e desidera come partner il maschio attivo, cosiddetto eterosessuale.

Una delle prime testimonianze storiche risale al Cinquecento ed è una descrizione di un effeminato napoletano presente nel "De Humana Physiognomonia" di Giovan Battista Della Porta (Cuomo, Ferrara, Romano et al., 2010).

Il termine *femminiello* è costituito dalla radice *femmin-*, dall'alterazione *-eli-* e dalla desinenza *-o*. La radice *femmin-* fa riferimento al genere femminile, in un senso maggiormente identitario o più prettamente di ruolo o di espressione di genere. L'alterazione *-eli-* è un diminutivo con un aggiunto valore di vezzeggiativo, che può sottolineare una dimensione "riduttiva" del femminile e un atteggiamento di "benevola subordinazione" (Cuomo, Ferrara, Romano et al., 2010).

I contesti di riferimento del *femminiello* erano in particolar modo i quartieri napoletani, in cui si rende presente nelle loro rappresentazioni e abitudini, assumendo anche, in alcuni casi, un ruolo mistico ed esoterico, al pari dell'antica figura dell'*ermafrodito*. Gli uomini che sentivano e vivevano come donne, sono ed erano una realtà sociale conosciuta, dalle origini greche della città di Napoli, non tanto per una sequenza storica confermata quanto da un punto di vista socio-antropologico (Zito e Valerio, 2013).

Nel contesto napoletano, i *femminielli* venivano considerati come una particolare forma di espressione di genere, nonostante l'aderenza culturale allargata sia nel contesto specifico sia in quello italiano più ampio, al sistema binario di genere. Il fenomeno prendeva senso ed era legittimato all'interno di quella particolare cultura e comunità. Sono uomini che si vestivano e si atteggiavano come donne, ed erano tipicamente accettati nella comunità di appartenenza. Essi

vivevano generalmente in famiglia e avevano occupazioni tradizionalmente attribuite alle donne, incluso il cucinare, il pulire, il prendersi cura dei bambini e degli anziani della famiglia. Nella vita sociale, invece, potevano prendere parte ad una serie di rituali simbolici del posto, come ad esempio matrimoni e battesimi e riportando alla memoria rituali per la fertilità.

I *femminielli* sono anche noti per loro “arte di arrangiarsi” (Belmonte, 1989; Zito, 2013) che comprendeva diverse strategie e tattiche per la sopravvivenza economica e sociale, incluso il lavoro sessuale, e prendevano parte a cerimonie sacre e a giochi popolari.

Inoltre, i *femminielli* erano ritenuti come persone che portavano fortuna per la loro doppia identità di genere, collegandola al mito di Ermafrodito e di Parthenope, mito fondante la città di Napoli, caratterizzato dall’essere metà uccello e metà essere umano. Essi sono, inoltre, devoti alla Madonna di Montevergine di Campania (Zito e Valerio, 2010).

I *femminielli* sembrano così suggerire, nel campo dell’identità di genere, il pensiero postmoderno del continuo movimento tra il maschile e il femminile e della costruzione di genere, piuttosto che della sua dicotomia.

Questi esempi sono stati scelti e descritti al fine di approfondire le diverse modalità conoscitive e i significati usati e messi in campo nella costruzione del genere e delle sue diverse forme, quindi l’eterogeneità dei generi e delle loro interpretazioni nel mondo e nei diversi periodi storici e culturali. Attraverso queste brevi descrizioni è possibile sottolineare come il binarismo di genere, il sistema conoscitivo che prevedere due generi distinti e opposti e coerenti con i sessi biologici, si configuri come una delle modalità conoscitive possibili, creata e situata in contesti socio-culturali peculiari come quelli occidentali. In altri contesti e periodi storici è possibile incontrare differenti sistemi simbolici e di significato, che vengono creati e che assumono senso e legittimità in virtù del contesto in cui sono ospitati. L’attenzione alle dimensioni culturali, sociali e storiche consente di aprire il campo alla comprensione di queste esperienze senza dare per scontato certi sistemi conoscitivi di riferimento, come quello legato alla dicotomia di genere. L’enfasi sulle peculiarità, su altri modi di conferire significato, può permettere inoltre di comprendere in maniera diversa anche le esperienze e le storie particolari delle persone che si riconoscono e si narrano secondo una qualche forma di identità di genere. Ogni storia e narrazione è accolta e assume senso all’interno di una specifica cornice socio-culturale e storica, e allo stesso tempo può racchiudere diversi significati e possibilità.

L'exkursus storico inerente i diversi termini e categorie diagnostiche che si sono susseguite nel corso del tempo, nate in Europa e negli Stati Uniti, per poi influenzare gran parte dei contesti cosiddetti non occidentali, può consentire di mettere in luce i significati che esse hanno assunto nel corso del tempo, le esigenze alle quali hanno cercato di rispondere e le implicazioni che hanno contribuito a generare fino ai giorni nostri.

Queste prime riflessioni consentono di entrare nel merito, più nello specifico della questione diagnostica, di particolare importanza per i percorsi di transizione di genere così come sono gestiti nel momento attuale in Italia e a livello internazionale. Nel prossimo capitolo verranno approfonditi i processi di costruzione della diagnosi nel campo dell'identità di genere, e in particolare verranno elencati, descritti e discussi i cambiamenti, le funzioni e le implicazioni relativi alle categorie diagnostiche di volta in volta messe in campo, in ambito psichiatrico e psicologico, per spiegare, valutare e suggerire i trattamenti per le diverse forme di non conformità di genere.

Capitolo 2

IL DISCORSO MEDICO-PSICHIATRICO

“- D’ora in avanti, sarò io a descrivere le città, - aveva detto il Kan. – Tu nei tuoi viaggi verificherai se esistono. Ma le città di Marco Polo erano sempre diverse da quelle pensate dall’imperatore”.

Italo Calvino (1972)

2.1 Modello medico, psichiatria e diagnosi

Come si è cercato di mettere in luce attraverso le esemplificazioni e le riflessioni del capitolo precedente, la possibilità di costruire e agire il genere in modi plurali e dinamici, la si incontra in differenti contesti sociali e periodi storici. Studi e ricerche provenienti da numerose discipline appartenenti al campo delle cosiddette scienze sociali e scienze naturali, sottolineano come le costruzioni di identità in generale e di genere non binarie in particolare, quindi le trasformazioni e gli scambi di genere siano trasversali alle comunità umane e anche animali, nonché ai processi storici e cross-culturali (Lev, 2004).

Queste diverse possibilità di costruzione del genere e delle identità sono state variamente definite, interpretate e gestite, e nel corso del tempo, e le teorie, gli ideali e i sistemi normativi di origine occidentale hanno avuto una forte influenza e sono stati esportati anche in altri contesti, privilegiando il proprio punto di vista dominante, in particolar modo attraverso i processi di colonizzazione.

Il sistema di pensiero binario è stato applicato per estensione a tutte quelle credenze, rituali, eventi, pratiche e modi di configurare il genere e la vita sociale e comunitaria che, per i paesi occidentali, sembravano fuoriuscire dalle categorie normative, morali e di giudizio comunemente condivise e accettate.

Le forme e le espressioni del genere che si distanziano in diversi modi possibili dai modelli e dalle categorie di genere ritenute normali e conformi nei contesti occidentali (Europa e Stati Uniti in particolare), dal loro essere interpretate e raccontate come realtà di rilevanza mitologica, spirituale e artistica, sono passate all’essere configurate prevalentemente come oggetti di studio, ricerca e

trattamento nel campo medico e psichiatrico come casi e storie di anomalie e diversità, quindi ritenute condizioni di devianza e patologia. Le diagnosi costruite, inoltre, rappresentano l'esperienza e le abitudini generalmente di uomini bianchi, appartenenti alla classe medio-alta, abili fisicamente e di genere conforme (Ali, 2004; Caplan e Cosgrove, 2004; Metcalfe e Caplan, 2004; Tosh, 2013; 2016).

Diversi termini e categorie sono stati creati appositamente per descrivere e spiegare le diverse forme ed espressioni del genere e, allo stesso tempo, per controllarle e gestirle indicando le direzioni di cura e trattamento e stabilendo i criteri generalizzabili di riferimento per la loro valutazione. Nel corso della storia sono state pertanto create e diffuse le categorie dell'*ermafroditismo*, dell'*inversione sessuale*, dell'*omosessualità*, del *travestitismo* e del *transessualismo*, nonché delle *parafilie*, delle *psicosi* e dei *deliri* in relazione alle forme della diversità di genere e dell'orientamento sessuale, indipendentemente dai contesti di riferimento, dai possibili significati e implicazioni dei termini e dalle esperienze biografiche delle persone interessate.

Una delle ragioni principali della collocazione della varianza di genere nel campo della psicopatologia la si può rintracciare nel sistema conoscitivo dicotomico che racchiude e rapprende le categorie dell'uomo e della donna, considerate le sole categorie e realtà di genere possibili e, inoltre, coerenti con l'anatomia sessuale. Ogni tentativo o esempio di allontanamento, confusione o indeterminazione da questo modello normativo suscita, ancora oggi, allarme e preoccupazione perché mette in discussione quelle stesse norme che regolano le interazioni e i contesti quotidiani, facendoli apparire come dati di fatto incontrovertibili e generando la credenza di un ordine naturale e sociale (Berger e Luckmann, 1966).

La prassi psichiatrica, tentando di seguire le orme e i criteri del modello medico per le patologie fisico-organiche, fa uso delle categorie nosografiche con l'obiettivo di spiegare e classificare i fenomeni in virtù della loro semplificazione e del loro trattamento in maniera oggettiva e neutrale. I fenomeni psicologici e sociali vengono pertanto trattati come se fossero enti empirici misurabili e analizzabili oggettivamente, e le categorie diagnostiche vengono usate, pertanto, per far rientrare le persone, le cose e le azioni nell'ambito del conoscibile e del controllabile (Szasz, 1960; Salvini e Dondoni, 2011).

Gli ideali di oggettività, di neutralità e verità dell'osservazione, della spiegazione e della ricerca scientifica sono stati messi in discussione in numerosi campi conoscitivi, nella filosofia della

scienza e del linguaggio, nella sociologia della conoscenza e nella fisica quantistica (Bateson, 1972; Maturana e Varela, 1980; Heisenberg, 1985; Popper, 1963). Le definizioni diagnostiche, nel loro tentativo di semplificare ciò che viene percepito come complesso e problematico e trovare un linguaggio comune, si configurano anche come “manganelli semantici”, pronti ad essere usati verso tutti quei comportamenti, atteggiamenti, modi di costruire la realtà che si allontanano da ciò che è comunemente ritenuto come normale (Salvini e Dondoni, 2011).

In questo capitolo si entrerà nel merito del modello medico-psichiatrico e della sua applicazione nelle forme di varianza di genere e nella cosiddetta non conformità di genere, quindi delle diagnosi e dei diversi discorsi che sono stati creati e, di volta in volta privilegiati, per la spiegazione e la gestione di questi fenomeni. Approfondire tali discorsi e narrazioni può rivelarsi utile per comprendere i termini di uso comune e di uso scientifico, situarli nei contesti in cui sono stati creati e hanno assunto senso e, infine, riflettere sulle loro possibili implicazioni, sia nel contesto clinico sia nel più ampio contesto sociale in cui agiamo e siamo inseriti.

La storia e i cambiamenti avvenuti nella classificazione nosografica, nelle teorie esplicative e nei trattamenti in merito alla varianza di genere, spesso intesi come prodotti di un progresso scientifico di tipo cumulativo, possono essere intesi come prodotti di cambiamenti culturali e sociali.

Verranno qui approfondite le categorie diagnostiche e i lavori inseriti e inclusi nei due maggiori sistemi di classificazione diagnostica utilizzati a livello internazionale, ovvero l'International Statistical Classification of Diseases (ICD) della World Health Organisation (WHO) e il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) dell'American Psychiatric Association (APA), nonché le implicazioni epistemologiche e pragmatiche ad esse legate.

2.1.1 Il *transessualismo*

Fino alla metà del XX secolo le forme della varianza di genere sono state generalmente giudicate e classificate come condizioni psicopatologiche. Una delle ragioni per cui la *transessualità* veniva considerata come un fenomeno patologico era il fatto che non fosse possibile ricorrere alla presunta esistenza di un'anomalia o di una causa organico-biologica precisa e certa, perché a livello anatomico il corpo della persona trans è alla nascita inequivocabilmente ricongiungibile alla dicotomia uomo o donna (Monceri, 2010). Il sistema binario del genere, messo in discussione da queste esperienze, continuava pertanto ad essere ritenuto il sistema conoscitivo unico e più adeguato per l'interpretazione di questi fenomeni.

Intorno agli '50 del Novecento, il *transessualismo* e la chirurgia di riassegnazione del sesso (SRS, “sex reassignment surgery”) cominciarono ad emergere come possibilità sempre più percorribili per le persone interessate, disponibili e comuni nell’immaginario pubblico, generando e sviluppando una più ampia coscienza e consapevolezza in merito a queste esperienze, sia a livello sociale sia nel campo medico e psichiatrico. A partire da queste pratiche discorsive presenti ed utilizzate in questo campo, il significante transessuale cominciò quindi a diffondersi nei processi di soggettivazione, ovvero nella “messa in forma” della soggettività che si venne a creare per mezzo di tale termine (Vitelli e Valerio, 2012), insieme ai significati, ai simboli e alle rappresentazioni che lo costituivano. Le prime linee guida internazionali sono state costituite, infatti in questo periodo, sia in Europa sia negli Stati Uniti per i percorsi di transizione e gli interventi chirurgici di *riassegnazione sessuale*.

In particolar modo, è a partire dalla seconda metà dell’Ottocento, che prese avvio un processo di cambiamento di diversi repertori linguistici e il passaggio da termini nati come aggettivi a termini usati come sostantivi, che portarono alla circolazione e all’utilizzo condiviso di lessici e discorsi non tanto inerenti a caratteristiche o proprietà specifiche bensì alla sostanza e all’essenza profonda e totalizzante dell’individuo, generando nuove forme soggettuali (Vitelli e Giusti, 2012; Foucault, 1976).

Krafft-Ebing è stato uno dei primi autori a trattare il fenomeno del *transessualismo*, aderendo a questa visione patologizzante la varianza di genere. Il suo testo “*Psychopathia Sexualis*” (Krafft-Ebing, 1886), è considerato uno dei primi manuali psichiatrici di documentazione di casi clinici. Le persone trattate da Krafft-Ebing erano considerate come persone che vivevano in un genere diverso da quello attribuito alla nascita o che desideravano farlo. Queste condizioni erano collocate in uno dei livelli di patologia più gravi postulati dallo psichiatra, ovvero considerate come condizioni di “metamorfosi sessuale paranoica”.

In quest’epoca era ancora comune confondere le espressioni e le identità di genere con le forme dell’orientamento sessuale. Ulrichs (1864), ad esempio, postulò una teoria del “terzo genere” dovuto alla presenza di spiriti maschili in corpi femminili e femminili in corpi maschili come spiegazione e causa dell’omosessualità.

Magnus Hirschfeld (1923), nel campo psichiatrico, fu uno dei primi a sancire la distinzione tra il desiderio omosessuale, intendendo questo come desiderio di avere partner dello stesso sesso e il “transessualismo” come il desiderio di vivere come membro dell’altro sesso e attribuire a sé

caratteristiche del cosiddetto altro sesso. In ogni caso, queste distinzioni e definizioni non erano accettate in maniera uniforme e totalmente condivisa in quest'epoca.

La figura di Hirschfeld è stata rilevante non soltanto per l'introduzione di nuove etichette e, quindi, di possibilità esistenziali che potevano essere ritagliate da tali termini (seguite poi dallo stigma della malattia mentale), ma anche per la definizione di tecniche operatorie di modificazione corporea (Vitelli e Giusti, 2012).

I primi interventi di chirurgia dei caratteri sessuali primari cominciarono ad essere sviluppati già nella prima metà del XX secolo, ma il *transessualismo* e la riconversione chirurgica del sesso entrano a far parte dell'immaginario popolare a partire, in particolar modo, dal caso di Christine Jorgensen. Christine Jorgensen, nata con un sesso maschile e con il nome George, si spostò dagli Stati Uniti alla Danimarca, stato pioniere per gli interventi chirurgici di questo tipo, per eseguire questo intervento e ritornare poi negli Stati Uniti nel 1952 come una donna trans con un nuovo corpo e un nuovo nome (Jorgensen, 1967; Docter, 2007; Hamburger, Strürup e Dahl-Iversen, 1953). Questo caso ebbe una copertura mediatica incredibile (Vitelli et al., 2006). Nonostante le reazioni sensazionalistiche a questi primi interventi ritenuti come nuove possibilità viabili, questi erano generalmente considerati come trattamenti di cura all'omosessualità, intesi pertanto come interventi di castrazione per far aderire il corpo all'identità e all'orientamento sessuale (Hertoft e Sörensen, 1978; Cohen-Kettenis e Pfäfflin, 2010).

La pubblicità intorno al processo di transizione e di cambiamento fisico di Christine Jorgensen ha in parte generato una consapevolezza maggiore rispetto a queste possibilità ed esigenze, un incremento dei discorsi pubblici sulla chirurgia di riassegnazione sessuale e l'identità di genere e un aumento di persone che cominciarono ad identificarsi come persone *transessuali*, facendo riferimento ad un modello, ad una categoria e ad un nome per sentimenti e desideri particolari (Denny, 2002).

Nella seconda metà del XX secolo, l'intero discorso medico e clinico si concentrava sull'individuazione di caratteristiche diagnostiche specifiche che potessero distinguere i "veri transessuali" da altre forme di identità di genere e dalle persone cosiddette *travestite*. Le pratiche legate al travestitismo erano infatti giudicate ugualmente patologiche, ma collocate nel novero delle *parafilie*, decretando l'intervento chirurgico come terapia di elezione soltanto per i soggetti definiti e valutabili come "transessuali". L'intervento di riassegnazione del sesso veniva considerato come il trattamento che poteva riallineare l'identità di genere e il corpo, e che

rispondeva ad un'incongruenza e ad un conflitto talmente forte da parte della persona da non poter essere risolto in altro modo e per poterlo eseguire, era necessario, per i medici, stabilire la veridicità della storia e l'eleggibilità della persona (Monceri, 2010).

Nonostante questa possibilità ed interpretazioni del fenomeno e del trattamento suggerito inerenti all'orientamento sessuale e all'identità di genere, una buona parte di medici e psichiatri criticavano l'uso degli ormoni e della chirurgia in quanto ritenuti irreversibili, l'esigenza e i desideri personali erano messi da parte, considerando queste esperienze come disturbi psicopatologici severi e gravi, connessi ai quadri della *nevrosi* e della *psicosi* quindi suggerendo trattamenti di psicoterapia per conformare a quella che era ritenuta la realtà piuttosto che modificarla (Green, 1969; Socarides, 1969; Hertoft e Sørensen, 1978; McHugh, 1992).

Alcuni cambiamenti nel modo di intendere la "transessualità" e i trattamenti cominciarono a emergere con i lavori di alcuni psichiatri in particolare e considerati dei pionieri nel campo, ovvero Harry Benjamin (1966), John Money (1994), Robert Stoller (1964) e Richard Green (1974).

Questi medici e psichiatri condividevano l'idea, sulla base specialmente dell'esperienza clinica, che la transessualità potesse essere intesa come un fenomeno a sé stante, indipendente dall'orientamento sessuale e separabile dal campo delle *parafilie*. È per questa ragione che venne deciso di creare una nuova categoria da inserire nel DSM e attribuirle il nome di "transessualismo". Più nello specifico dei lavori e delle influenze prodotte da questi autori, Harry Benjamin è noto per aver reso popolare il termine "transessuale" e per aver fatto maturare la consapevolezza delle persone transessuali all'interno della comunità medica (Benjamin, 1966; Green, 2009; Ihlenfeld, 2004; Person, 2008; Pfafflin, 1997). Nonostante Benjamin sia stato uno dei primi medici ad offrire alle persone trans trattamenti ormonali, egli aderiva ad una visione essenzialista del *transessualismo* (Ihlenfeld, 2004), associandola a condizioni e fattori prettamente biologici. In particolare, Benjamin riteneva che le persone *transessuali* fossero affette da una patologia biologica che portava il cervello a femminilizzarsi nell'utero prima della nascita, escludendo inoltre qualsiasi interpretazione di tipo psicologico (Person, 2008).

Robert Stoller fu uno dei maggiori membri della comunità americana psichiatrica e psicoanalitica (Green, 2009) e si trovava pertanto in contrasto con la visione prettamente essenzialistica di Benjamin, ritenendo che dinamiche familiari particolari potessero contribuire allo sviluppo del *transessualismo* (Stoller, 1967).

Money, sulla base di studi con bambini intersessuali, ipotizzò che l'acquisizione di un'identità maschile o femminile fosse determinata da fattori esterni e ambientali. Money (1985a, 1994) introdusse, inoltre, il termine "ruolo di genere", ad indicare i discorsi, gli atteggiamenti e i comportamenti di una persona messi in campo per ottenere lo status di uomo o donna, indipendentemente dal sesso anatomico. L'"identità di genere", diversamente dal ruolo di genere, si riferisce al senso di appartenenza alle categorie di genere dell'uomo o della donna (Vitelli, 2001).

Sia Stoller, sia Money che era stato suo allievo, ritenevano che l'identità di genere potesse essere una variabile indipendente, ma in relazione con l'orientamento sessuale, per cui alcune persone potevano nascere con un corpo maschile, avere un'identità di genere femminile e essere inoltre attratte da uomini (condizione definita come *androfilia*) oppure da donne (condizione definita come *ginefilia*). Money definì in seguito l'identità di genere come l'esperienza privata del ruolo di genere e il ruolo di genere come la manifestazione pubblica dell'identità di genere (Drescher, 2010b).

Green è stato invece un allievo di Money e insieme pubblicarono il testo "Transsexualism and Sex Reassignment" (Green e Money, 1960; 1961) riguardante il trattamento multidisciplinare del *transessualismo*. Green pubblicò inoltre il testo "The 'Sissy Boy Syndrome' and the Development of Homosexuality" (Green, 1987), riguardante uno studio longitudinale su 66 bambini considerati di genere atipico e con il desiderio di vivere come donne. Secondo questo studio, il 75% dei bambini è poi cresciuto con un orientamento omosessuale piuttosto che sviluppando un'identità trans.

Stoller e Green sono stati, inoltre, due tra gli psichiatri che hanno supportato l'American Psychiatric Association nella rimozione dell'omosessualità dal DSM-III (Stoller et al., 1973) e hanno fatto parte della sottocommissione sui "Disturbi Psicoseessuali" del DSM-III raccomandando l'inclusione del *transessualismo* all'interno della nuova edizione del manuale e la sostituzione di questa categoria con quella del "Disturbo di identità di genere" (Drescher, 2010b).

Per quanto riguarda lo sviluppo dei manuali diagnostici, nessun tipo di categoria diagnostica riguardante il genere, le sue variazioni o cosiddette non conformità, era presente nelle prime edizioni del DSM (APA, 1952; 1968), così come nelle prime edizioni dell'ICD (WHO, 1948; 1955).

Nel 1980, il DSM-III si propose di abbandonare l'impostazione teorica psicoanalitica in virtù di un'impostazione teorica neo-Kraepeliana, di tipo descrittivo e basata sui sintomi, su tutto ciò che

era osservabile sistematicamente da parte dello scienziato o dello psichiatra e misurabile, e che fosse convalidato da ricerche empiriche.

Nel DSM-III (APA, 1980) sia il disturbo *dell'identità di genere nell'infanzia* sia il *transessualismo* si trovavano inseriti all'interno della sezione dei "Disturbi Psicosessuali". Nella revisione successiva, il DSM-III-R (APA, 1987), entrambe le categorie furono spostate in un'altra sezione di "Disturbi Solitamente Diagnosticati per la Prima Volta nell'Infanzia e nella Fanciullezza e nell'Adolescenza".

Per quanto riguarda l'ICD, esso nasce prevalentemente come classificazione delle cause della mortalità, per cui il *transessualismo* o altre forme di varianza di genere non vennero incluse nelle prime edizioni. I *disturbi mentali* in generale e i *disturbi sessuali o di genere* in particolare non potevano essere considerati come cause di mortalità (WHO, 1948; 1955).

Nel manuale era inclusa soltanto una definizione estremamente ampia e generica di *omosessualità* che veniva associata ad un vasto insieme di *deviazioni sessuali* fino ad edizioni successive. È infatti nell'ICD-8 (WHO, 1965), che si possono riscontrare alcuni cambiamenti sia a livello teorico sia a livello clinico, con la separazione tra "Perversioni sessuali" e "Disturbi di personalità". Le perversioni sessuali includevano per la prima volta nella storia di questo manuale, il *travestitismo*. Nelle diverse edizioni dell'ICD non sono presenti le definizioni delle categorie diagnostiche, e manca, infatti, una definizione specifica del termine *travestitismo* e dei criteri di valutazione che potevano essere utilizzati nell'ICD-8. Nonostante i criteri non vengano definiti, la relazione implicita è verso il lavoro di Hamburger et al. (1953), equipe che aveva preso in carico l'intervento di Christine Jorgensen (Drescher, 2013).

All'interno dei manuali diagnostici qui presi in considerazione e di portata internazionale, specialmente nelle prime edizioni degli stessi, il termine "travestitismo" era spesso sinonimo, nelle sue prime modalità d'uso, del termine "transessualismo" (Hamburger et al., 1953). Ulteriori cambiamenti furono poi apportati nella versione successiva, nell'ICD-9 (WHO, 1975), in cui entra a tutti gli effetti il termine "transessualismo" senza altri sinonimi. Con questo termine si intendevano quelle perversioni sessuali nelle quali il piacere sessuale derivava dal vestire abiti dell'altro sesso. Non c'è il desiderio o lo sforzo di riconoscersi o di assumere il comportamento dell'altro sesso.

Nella storia dei processi di cambiamento che hanno investito i manuali diagnostici e quindi le conoscenze e le modalità interpretative legate alla varianza di genere, si può rilevare come queste

esperienze venissero associate alla psicopatologia. Si può notare inoltre come fosse prevalente la confusione nell'interpretare certe esperienze che vengono associate insieme, come orientamento omosessuale, pratiche di travestitismo e identità trans finché quello che venne poi definito come “transessualismo” non venne pensato come categoria a sé stante, separata da altre possibilità diagnostiche. Possiamo inoltre mettere in luce come il sistema dicotomico del genere, nonché l'eterosessualità, fossero preponderanti e privilegiati in questo processo di cambiamento.

2.1.2 Il disturbo dell'identità di genere

I criteri per l'eleggibilità di una persona quindi per confermare o meno la possibilità di sottoporsi ad un intervento chirurgico o le procedure per la valutazione diagnostica, non erano standardizzati né basati su un consenso multidisciplinare o generale all'interno della stessa disciplina. Le decisioni inerenti al percorso di transizione così come i criteri e i processi di valutazione per la diagnosi erano lasciate al singolo professionista, per cui si configuravano come criteri per la maggior parte arbitrari.

La prima associazione internazionale per il trattamento dei cosiddetti *disturbi dell'identità di genere* fu creata nel 1979 e prese il nome di Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), e rinominata come World Professional Association for Transgender Health (WPATH) nel 2009.

L'obiettivo principale di questa organizzazione mentre prendeva le prime mosse consisteva nel definire degli standard e dei criteri di base per la valutazione e la decisione dell'eleggibilità per il trattamento ormonale e gli interventi chirurgici, e per definire una cura e un trattamento ottimale (Coleman, 2009).

Le prime diagnosi incluse nel DSM e nell'ICD riguardanti in maniera elettiva il “transessualismo” venivano usate e servivano in particolar modo per consentire o meno l'inizio del trattamento ormonale e gli interventi chirurgici di *riassegnazione del sesso*. In questo senso e per queste ragioni, la diagnosi includeva generalmente l'assunzione implicita della ricerca e la conferma di quello che doveva essere un “vero” o una “vera transessuale”, al fine di selezionare solo le persone che si riteneva fossero adatte a un percorso di questo tipo (Drescher, 2010b).

La diagnosi di “Disturbo dell'identità di genere” ha sostituito il termine “transessuale” nei manuali, ma ha comunque mantenuto le stesse modalità d'uso, sia nella valutazione sia nel trattamento. I/le professionisti/e che erano nella posizione di acconsentire o impedire l'accesso all'intervento

chirurgico o ad altre forme di trattamento, erano alla ricerca della “serietà della condizione” (Bower, 2001), sulla base quindi di esigenze e del ruolo della categoria professionale in questione. Infatti, la diagnosi di *Disturbo dell’identità di genere*, in particolare quella riferita all’età adulta e all’adolescenza, era stata creata e doveva fare riferimento alle condizioni giudicate particolarmente serie come il *transessualismo*, e i criteri erano infatti più ampi (Cohen-Kettenis e Pfäfflin, 2010). Nel DSM-IV (APA, 1994) e nella successiva edizione rivista del DSM-IV-R (2000), il *disturbo dell’identità di genere* venne fatto rientrare nella categoria dei “Disturbi sessuali e dell’identità di genere”, andando a sostituire ufficialmente la precedente categoria del *transessualismo*. Nonostante la ridenominazione della categoria diagnostica, tale ridefinito *disturbo* venne comunque incluso nella sezione delle “Parafilie e delle Disfunzioni Sessuali” (Drescher, 2010). Al fine di approfondire gli aspetti legati alle diagnosi, ai loro criteri e modalità di valutazione, di seguito si riportano la descrizione e i criteri di valutazione necessari per la diagnosi del “Disturbo dell’identità di genere” così come è stata inserita nel DSM-IV-R (versione italiana, APA, 2000):

“A. Una forte e persistente identificazione col sesso opposto (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall’appartenenza al sesso opposto).

Nei bambini il disturbo si manifesta con quattro (o più) dei seguenti sintomi:

1. Desiderio ripetutamente affermato di essere, o insistenza sul fatto di essere, dell’altro sesso
2. Nei maschi, preferenza per il travestitismo o per l’imitazione dell’abbigliamento femminile; nelle femmine, insistenza nell’indossare solo tipici indumenti maschili
3. Forti e persistenti preferenze per i ruoli del sesso opposto nei giochi di simulazione, oppure persistenti fantasie di appartenere al sesso opposto
4. Intenso desiderio di partecipare ai tipici giochi e passatempi del sesso opposto
5. Forte preferenza per i compagni di gioco del sesso opposto

Negli adolescenti e negli adulti, l’anomalia si manifesta con sintomi come desiderio dichiarato di essere dell’altro sesso, o di farsi passare spesso per un membro dell’altro sesso, desiderio di vivere o essere trattato come un membro dell’altro sesso, oppure la convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell’altro sesso

B. Persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso

Nei bambini, l’anomalia si manifesta con uno dei seguenti sintomi: nei maschi, affermazione di disgusto verso i propri genitali, o speranza che essi scompaiano, o avversione verso i giochi di baruffa e rifiuto dei tipici giocattoli e attività maschili; nelle femmine, rifiuto di urinare in posizione seduta, rifiuto nei confronti della crescita del seno e nei confronti del ciclo mestruale, speranza che i genitali diventino di tipo maschile, avversione verso l’abbigliamento femminile tradizionale.

Negli adolescenti e negli adulti, l’anomalia si manifesta con sintomi come preoccupazione di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali e/o convinzione di essere nati del sesso sbagliato

- C. L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale.
- D. L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale o lavorativa".

Per quanto riguarda l'ICD, è l'edizione del 1990, ovvero l'ICD-10 (WHO, 1992) ad includere alcuni cambiamenti rilevanti inerenti alla classificazione del genere, in virtù di quella che era allora una crescente ricerca ed esperienza in campo clinico. Anche nell'ICD venne inserita la diagnosi di *Disturbo dell'identità di genere* nella più ampia categoria dei "Disturbi del comportamento e della personalità adulta". Questa categoria comprendeva cinque diagnosi: "transessualismo", "travestitismo con doppio ruolo", "disturbo dell'identità di genere dell'infanzia", "altri disturbi dell'identità di genere", "disturbo dell'identità di genere non specificato".

Questo nuovo termine porta con sé pertanto altrettanti nuovi significati all'esperienza e alla sua interpretazione nel campo clinico, intendendo non più un desiderio parafilico o patologico legato alla sessualità e all'espressione esteriore del genere ritenuto opposto, ma un sentimento di incongruenza interna, tra il sesso anatomico e l'identità di genere (Tosh, 2016). Anche questa categoria diagnostica ha raccolto su di sé diverse critiche e sviluppato discorsi e discussioni pubbliche e professionali in merito all'omosessualità, alle persone trans e all'etica del trattamento psichiatrico (Bryant, 2006, Burke, 1996; Hegarty, 2009; Hird, 2003; Langer e Martin, 2004; Lev, 2005; Menvielle e Tuerk, 2002; Tosh, 2015; 2016).

2.1.3 La *disforia di genere*

Per quanto riguarda l'ICD, l'attuale proposta della Organizzazione Mondiale della Sanità, in attesa della pubblicazione del ICD-11, è quella di modificare la diagnosi di "Disturbo dell'identità di genere" in favore della diagnosi di "Incongruenza di genere", in virtù dell'opinione che possa permettere di ridurre la connotazione psicopatologica e quindi stigmatizzante associata all'uso del termine "disturbo".

Uno dei nuovi termini introdotti nel campo della classificazione nosografica per la cosiddetta non conformità di genere è quello della "disforia di genere". Tale termine fu introdotto da Fisk (1974), con l'obiettivo di avere a disposizione un nome che fosse più ampio e inclusivo delle diverse forme della non conformità. La definizione che accompagnava il termine comprendeva i sentimenti di insoddisfazione, ansia, irrequietezza e disagio e poteva essere valutato attraverso alcuni fattori considerati associati all'identità di genere, tra i quali la combinazione cromosomica, il sesso

assegnato alla nascita, la morfologia genitale interna, fattori endocrini prenatali e postnatali e comportamento (Fisk, 1974; Tosh, 2016). Il disturbo veniva pertanto inteso come sindrome, quindi un insieme di segni e sintomi, e poteva includere diverse sottocategorie, ugualmente trattabili, e per le quali Fisk considerava più utile la via dell'intervento chirurgico piuttosto che della psicoterapia.

Prima del cambiamento apportato nel DSM-5, con il termine disforia di genere si faceva riferimento ad una forma meno severa di transessualismo (APA, 1994) oppure a sporadiche esperienze di disagio legato all'identità di genere, piuttosto che una storia di non conformità di genere associata con il transessualismo (Blanchard, 1990; Tosh, 2016).

Con il termine “disforia di genere” utilizzato nella nuova e ultima edizione del DSM (APA, 2013), come dichiarato nel manuale, si concentra l'attenzione e si conferisce prioritaria importanza al cosiddetto “disagio affettivo/cognitivo” in relazione al genere assegnato alla nascita, come termine generale, e assume una “specificità maggiore quando viene utilizzato come categoria diagnostica” (APA, 2013, p. 528). In particolare, nel manuale viene precisato come la “Disforia di genere” faccia riferimento alla “sofferenza che può accompagnare l'incongruenza tra il genere esperito e il genere assegnato” (APA, 2013, p. 528), aggiungendo la possibilità che “anche se non tutti gli individui possono esperire sofferenza per tale incongruenza, molti soffrono se non riescono ad ottenere gli interventi fisici desiderati attraverso il trattamento ormonale e/o chirurgico”.

Il termine è stato preferito ed è subentrato a quello precedente del “Disturbo dell'identità di genere” in quanto ritenuto più descrittivo, quindi in linea con le premesse e gli intenti del DSM-5 in generale, e poiché permetterebbe di considerare la *disforia di genere* non l'*identità* come problema clinico, nonché per le diverse critiche e pressioni da parte di gruppi di supporto LGBT ma non solo, con l'obiettivo di depatologizzazione e riduzione dello stigma connesso alla categoria diagnostica per le esperienze di varianza di genere.

La diagnosi di “Disforia di genere” ha pertanto sostituito il “Disturbo dell'identità di genere” ed è stata inserita in un capitolo a parte, non più all'interno delle “Parafilie e dei disturbi della sessualità”. I cambiamenti apportati nella categoria e nella sua descrizione sono diversi, ad esempio si nota il tentativo dichiarato di includere termini e categorie non binarie e di concentrare l'attenzione sulla *disforia* piuttosto che sulla *non conformità di genere*. La diagnosi dovrebbe essere usata quando vi è una marcata incongruenza tra il genere esperito e quello assegnato alla nascita causando sofferenza o disagio nelle diverse aree della vita. La “Disforia di genere” viene

descritta come caratterizzata da un forte desiderio di essere trattati come se si fosse dell'altro genere o se si vogliono cambiare le proprie caratteristiche sessuali, nonché una forte convinzione di avere sentimenti tipici di un altro genere (APA, 2013, p. 528).

Non entreremo nel merito di quelle che vengono definite come problematiche di genere nell'età infantile poiché non è il focus della ricerca e perché richiederebbe di affrontare altre tematiche differenti seppur connesse (Bryant, 2006; 2008), legate all'età infantile, allo sviluppo cosiddetto psicologico e fisico, a questione etiche e legali particolari, ma inseriamo comunque i criteri diagnostici definiti nel DSM-5 per la *disforia di genere* sia per l'età infantile sia per l'età adulta per metterne in luce le differenze rispetto alle edizioni precedenti.

I criteri diagnostici per la disforia di genere nei bambini si raggruppano in due criteri:

“A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno sei dei seguenti criteri (di cui uno deve necessariamente essere il Criterio A1):

1. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
2. Nei bambini (genere assegnato), una forte preferenza per l'indossare esclusivamente abbigliamento tipicamente maschile e una forte resistenza a indossare abbigliamento tipicamente femminile.
3. Una forte preferenza per i ruoli tipicamente legati al genere opposto nei giochi del “far finta” o di fantasia.
4. Una forte preferenza per scoiattoli, giochi o attività tipicamente maschili, e un forte evitamento dei giochi in cui ci si azzuffa; nelle bambine (genere assegnato), un forte rifiuto di giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili.
5. Una forte avversione per la propria anatomia sessuale.
6. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie corrispondenti al genere esperito.

B. la condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti.

Specificare se:

con disturbo dello sviluppo sessuale (per es. un disturbo androgenitale congenito come iperplasia surrenale congenita oppure sindrome da insensibilità agli androgeni).

Nota di codifica: codificare sia il disturbo dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere”.

Di seguito, invece, i criteri diagnostici per la disforia di genere negli adolescenti e negli adulti:

“A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:

Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (oppure, in giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie attese).

1. Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito/espresso di un individuo (oppure, nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese).

2. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

3. Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

4. Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o di un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se:

con disturbo dello sviluppo sessuale (per es. un disturbo androgenitale congenito come iperplasia surrenale congenita oppure sindrome da insensibilità agli androgeni).

Nota di codifica: codificare sia il disturbo dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere.

Specificare se:

Post-transizione: l'individuo è passato a vivere a tempo pieno il genere desiderato (con o senza riconoscimento legale del cambiamento di genere) e si è sottoposto (oppure si sta preparando a sottoporsi) ad almeno una procedura medica di riassegnazione sessuale o a un protocollo di trattamento, vale a dire un regolare trattamento con ormoni del sesso opposto o un intervento chirurgico di riassegnazione del genere in accordo al genere desiderato (per es., penectomia, vaginoplastica in un individuo nato maschio; mastectomia o falloplastica in un individuo nato femmina).

Specificatori

Lo specificatore per la post-transizione può essere utilizzato nel contesto di procedure di trattamento continuative che hanno la funzione di supportare l'assegnazione del nuovo genere”.

Questo nuovo termine dovrebbe riflettere una condizione ed esperienze più ampie e molteplici, enfatizzare il disagio esperito da quelle persone che desiderano intraprendere procedure di modificazione del corpo e seguire una direzione di depatologizzazione dell'identità trans. Il disturbo è inteso come prodotto dalla sofferenza e dal disagio creato dalla varianza di genere, piuttosto che dalla varianza di genere in sé, come veniva suggerito con il DSM-IV. Nonostante questi tentativi di cambiamento è necessario sottolineare come il termine e il suo uso nelle pratiche

correnti consenta di mantenere la rappresentazione della varianza di genere come patologica (Tosh, 2016) e l'idea che sia possibile individuare sintomi precisi per la valutazione della disforia di genere validi per qualsiasi persona e misurabili da qualunque professionista specializzato nella materia, quindi scomporre e gestire la complessità inerente al genere, le identità e le biografie di ogni persona.

2.2 Teorie, ipotesi eziologiche e trattamenti

Diverse e numerose sono le prospettive teoriche e le ipotesi eziologiche che sono state create e si sono succedute nel corso del tempo per la spiegazione del fenomeno della *varianza*, dell'*incongruenza* o della *non conformità* di genere. La letteratura è pertanto vasta e non uniforme, ricca di ricerche e studi sul fenomeno, variamente definito e concettualizzato nel corso della storia, tuttavia nel momento attuale, non sono rilevabili teorie definitive o accettate in maniera condivisa nelle comunità professionali e scientifiche che se ne occupano.

Si possono suddividere le teorie attualmente disponibili alcune particolari aree conoscitive, quella biologica ed endocrinologica, quella psicologica e quella biopsicosociale.

Le teorie che si rifanno al campo e ai presupposti conoscitivi della biologia, si caratterizzano in particolare per la costruzione di ipotesi eziologiche relative ad alterazione funzionale, genetica o ormonale dell'organismo e della sua biologia (Hughes, Houk, Ahmed, e Lee, 2006).

In alcuni modelli biologici e deterministici, è privilegiata la concezione che durante lo sviluppo dell'organismo, il manifestarsi di un sesso maschile o femminile sia dovuto ad un processo di determinazione sessuale che include sia l'organizzazione del sesso genetico alla nascita sia la differenziazione sessuale del cervello per l'influenza di ormoni gonadici (Kreukels et al., 2014). Secondo queste prospettive, l'identità di genere si fonda e si costituisce anche attraverso lo sviluppo prenatale in risposta all'esposizione ormonale (Swaab e Fliers, 1985) il quale determina largamente lo sviluppo del ruolo di genere in periodi successivi, nonché di diversi fattori che possono incidere nell'ambiente neuroendocrino. Gli ormoni, pertanto, avrebbero un ruolo fondamentale nello sviluppo del dimorfismo sessuale, che potrebbe essere rinforzato oppure attenuato da fattori sociali e individuali, come il background culturale, l'ambiente, educazione, l'età, la salute e gli schemi sessuali (Kreukels et al., 2014).

Diverse teorie biologiche supportano la credenza che le differenze tra uomini e donne siano il risultato della storia evolutiva e di adattamento dell'organismo e dell'essere umano (Martin e

Yonkin, 2006). Gran parte delle ricerche sulla varianza di genere, storicamente, hanno osservato le identità trans attraverso la lente interpretativa della patologia, intendendo le varianze possibili come deviazioni dalla normalità e quindi come disturbi. Una nuova tendenza che è emersa in questo campo è stata quella di considerare tali fenomeni come aventi uno scopo evolutivo (Oriol, 2000).

Inoltre, alcuni studi biologici hanno focalizzato l'attenzione sulla struttura cerebrale, in particolare sottolineando differenze anatomiche in uomini e donne in alcune regioni dell'ipotalamo (Beemer, 1996), ma nessun marker biologico è ancora stato identificato (Belluardo-Crosby e Lillis, 2012). Lo sviluppo dell'identità di genere, infatti, stando alle ricerche attualmente presenti in letteratura, non sembra legato a specifiche anomalie cromosomiche e i fattori genetici sembrano essere, al massimo, solo parzialmente coinvolti.

Nel campo della psicologia, invece, le teorizzazioni sulla varianza di genere hanno spesso incluso l'influenza di fattori dello sviluppo psicologico e fattori sociali, molte di queste teorie fanno riferimento a modelli conoscitivi psicodinamici.

Storicamente, anche nel campo psicologico, le identità trans sono state giudicate come condizioni anormali e come prodotto deviante il processo di costruzione dell'identità di genere. I presupposti e le impostazioni teoriche sono stati ampiamente riveduti nel corso del tempo, ma molte di esse continuano ad essere in parte presenti nell'insieme delle prospettive teoriche sul tema (Martin e Yonkin, 2006).

Gli aspetti biologici legati ai cromosomi, all'esposizione e ai livelli di ormoni alla nascita sono considerati rilevanti, insieme all'approccio, all'educazione e all'assunzione di una categoria di genere nell'infanzia quindi nel processo di sviluppo fino all'età adulta (Udry, 2000). Fattori psicologici come la reazione ad eventi traumatici, dinamiche familiari particolari o aspetti individuali assumono un ruolo particolarmente rilevante in queste prospettive. Inoltre, anche aspetti culturali e sociali, come le preferenze di genere all'interno di una particolare cultura o comunità, la pressione al conformismo e alle norme di genere, la socializzazione e l'adattamento al genere possono influire in questo tipo di sviluppo (Hughes et al., 2006; Carver et al., 2003; Menon, 2011; Kreukels et al., 2014). I fattori psicosociali sono spesso considerati come aspetti rilevanti, sebbene non esistano chiare e univoche prove empiriche a favore di nessun fattore nello specifico.

Alcune teorie psicoanalitiche spiegano il disturbo dell'identità di genere come risultato di problematiche nella relazione con i genitori, e in particolare di problemi nel processo di identificazione con il genitore dello stesso sesso (Di Ceglie, 1998).

Altre teorie sottolineano i cosiddetti fattori sociali, ad esempio, Geis mette in risalto l'esistenza di stereotipi sociali che influenzano il modo di percepirsi e i comportamenti tipizzati conseguenti, tra i quali anche quelli sessuali e di genere. Bem propone la "teoria dello schema di genere", che consiste in una struttura cognitiva costituita da una rete di associazioni che guidano e organizzano la percezione di ogni persona, che sviluppa attraverso l'educazione e la conformità agli stereotipi culturali dominanti (Bandini et al., 2008).

Infine, vi sono teorie che considerano rilevanti sia i fattori biologici, sia quelli psicologici e sociali in virtù di una loro integrazione. Il modello di riferimento è quello biopsicosociale (Engel, 1977), creato in contrasto con il modello medico, si pone come modello più ampio e olistico, che include e integra anche fattori genetici, ambientali e relativi al comportamento.

Una di queste teorie, ad esempio, è quella proposta da Zucker e Bradley, ovvero vulnerabilità temperamentale del bambino, relazione insicura tra madre e figlio e senso di inadeguatezza del padre, che possono produrre preoccupazione, ansia, insicurezza e rabbia nel figlio/a, finendo per percepire il sesso opposto come più sicuro (Bandini et al., 2008).

Per quanto riguarda i trattamenti ritenuti di volta in volta più utili e adeguati a quella che viene definita come non conformità di genere, si devono menzionare i trattamenti che prevedevano l'adeguamento al sesso biologico, alcuni dei quali collocati nell'ambito dei cosiddetti interventi riparativi, attraverso varie modalità, come ad esempio la psicoterapia (Tosh, 2016).

Nel corso del tempo si sono poi privilegiati in gran parte interventi cosiddetti affermativi dell'identità di genere, suggerendo e supportando interventi chirurgici e ormonali per gli adulti e solo ormonali per gli adolescenti (Gooren, 2005; Wierckx et al., 2011; Cohen-Kettenis et al., 2008). Nonostante vi siano ancora numerosi gruppi che non condividono la possibilità di supporto alla transizione (Garner, 2014), l'accesso alle cure si è rivelato più utile, anche in virtù di un abbassamento del tasso dei suicidi, spesso alto per la popolazione trans, e della cosiddetta "depressione" (De Cuypere et al., 2006; Fisk, 1973, 1978; Murad et al., 2010; Pauly, 1973).

L'intervento di elezione privilegiato, a partire dalle prime teorizzazioni nel campo dell'identità di genere e della varianza di genere, se non era possibile allineare l'identità al sesso di nascita, è sempre stato quello di rendere coerente l'identità percepita espressa o desiderata con il corpo, e

quindi usare procedure di modificazione corporea per allineare il corpo con il suo senso soggettivo. Nel modello binario del genere, in cui si prevedono due generi e sessi distinti e coerenti tra loro, il genere dovrebbe essere conformato al sesso e la normalità è definita come congruenza tra anatomia e identità di genere.

Nel valutare la possibilità o meno di intraprendere percorsi di questo tipo il professionista si avvale generalmente di diversi criteri di elezione, legati alla diagnosi utilizzata, a test e procedure usate, e aderendo a particolari sistemi di riferimento normativi e culturali, attraverso i quali interpreta e valuta le richieste e le storie messe in campo dalle persone. Si può notare, a questo proposito, l'impossibilità di fare diagnosi secondo criteri oggettivi in quanto mancano strumenti psicologici per misurare la condizione e consenso univoco nell'uso e nell'interpretazione della diagnosi, facendo diventare particolarmente rilevante l'esperienza del clinico (Cohen-Kettenis e Gooren, 1999; Paap et al., 2011).

Possiamo pertanto notare come le teorie siano numerose e differenti tra loro, e pur in assenza di cause certe, ogni prospettiva teorica configura l'oggetto di indagine, in questo caso quella che viene definita come incongruenza di genere, in diversi modi, generando altrettante implicazioni pragmatiche (Salvini, 1998), e collocando la questione, di volta in volta, nel novero della biologia, della psicologia o della psichiatria.

Uno degli aspetti critici che si può individuare in queste ipotesi di trattamento e che è implicito nella loro organizzazione, è il fatto che possa verificarsi una divergenza tra significati, norme e ideali e sistemi socio-culturali e simbolici di riferimento che riguardano il professionista e la persona che pone la richiesta di intraprendere un percorso di transizione. I criteri di riferimento sono generalmente quelli del clinico, e le storie delle persone per poter essere valutate devono in un qualche modo poter rientrare nelle categorie e nei modelli conoscitivi del professionista. Fondamentale è pertanto l'esplorazione del passato e della storia di vita della persona al fine di ricercare le cause del desiderio di cambiamento, i motivi e la personalità. Nel corso della storia della diagnosi e delle pratiche psicologiche, psicoterapeutiche e psichiatriche, le persone che volevano intraprendere un percorso di transizione si sono dovute confrontare con queste prassi e con questi discorsi, creando e utilizzando particolari narrazioni, per inserirsi nelle categorie del professionista. Il discorso diagnostico ha pertanto contribuito a definire e orientare le narrazioni delle persone, in quanto discorso esperto e privilegiato. Nello stesso tempo, sono state costruite narrazioni in maniera strategica per ottenere una risposta positiva da parte del clinico.

Uno dei rischi che possono emergere è quello di non consentire la messa in campo e l'affiorare di altri significati che non rientrano nelle descrizioni diagnostiche disponibili, l'espressione di particolarità linguistiche, culturali o biografiche della persona e quindi la difficoltà di costruire e negoziare direzioni obiettivi terapeutici condivisi.

2.3 Dilemmi e ambiguità della diagnosi nel campo della transizione di genere

2.3.1 Critiche e nuove proposte

Diverse controversie e critiche in merito alla diagnosi delle identità trans sono state e continuano ad essere messe in luce dai gruppi di sostegno per le persone transgender, dalle comunità lesbiche, gay, bisessuali e transgender e da alcuni gruppi di professionisti/e del campo psichiatrico e psicologico (Kamens, 2011; Brill e Pepper, 2008; Hill, Rozanski, Carfagnini, e Willoughby, 2007; Lev, 2005; Moser e Kleinplatz, 2005; Perrin, 2002; Burke, 1996; Sedgwick, 1991; Currah, Green, e Stryker, 2009; Bryant, 2008, Meyer-Bahlburg, 2010; Drescher, 2013).

Una delle critiche maggiori e il punto su cui vi è più contrasto e dibattito consiste proprio nell'esistenza di una categoria diagnostica che equipara la varianza di genere ad un disturbo mentale, nonché la non correttezza dei consecutivi trattamenti e percorsi di transizione che in numerosi paesi sia in Europa sia negli Stati Uniti, richiedono la certificazione di un disturbo mentale per potervi accedere.

Questi gruppi e comunità stanno proponendo da alcuni anni, e in particolar modo durante il processo di revisione del DSM fino alla sua pubblicazione nel 2013, la rimozione della diagnosi dai manuali diagnostici in virtù dell'autodeterminazione di ogni persona. Rispetto a questa possibilità, però, anche all'interno degli stessi gruppi e comunità, vengono espresse preoccupazioni e incertezze, in quanto l'eliminazione della diagnosi dai manuali diagnostici e dalle pratiche per la transizione di genere, potrebbe portare con sé anche la perdita di incentivi e copertura assicurativa sia nei contesti pubblici sia nei contesti privati per i trattamenti medici e chirurgici.

Molti degli attivisti infatti riprendono l'esempio e il processo di cambiamento che ha investito l'*omosessualità*, che è passata dall'essere considerata come un "disturbo di personalità sociopatico" all'essere ritenuta una "perversione sessuale" fino alla sua depatologizzazione. Nello stesso modo in cui non è corretto etichettare l'omosessualità come un disturbo mentale, questi gruppi sostengono che non fosse corretto etichettare la varianza di genere, riproponendo le diagnosi del DSM-IV-R anche nel DSM-5. L'*omosessualità* intesa come categoria diagnostica e

disturbo mentale è stata rimossa dal DSM nel 1983 alla sua terza edizione, mentre le persone trans sono ancora diagnosticate come aventi un disturbo mentale etichettato prima come “disturbo dell’identità di genere” e poi come “disforia di genere”.

Una delle argomentazioni a sostegno della necessità di eliminazione della diagnosi consiste nel fatto che la sua presenza avrebbe continuato a causare disagio e danni alle persone trans (Belluardo-Crosby e Lillis, 2012; Conrad e Angell, 2004; Winter et al., 2009). Il problema della diagnosi non si configura soltanto come una questione storica e legata ai diritti delle persone trans, ma come una questione che genera implicazioni pragmatiche rilevanti, come stigmatizzazione e discriminazione, vari e numerosi problemi cosiddetti psicologici come ansia e depressione, nonché tentativi di suicidio (Moleiro e Pinto, 2015). Lo stigma, le discriminazioni e le loro implicazioni riguardano pertanto non solo l’essere persone trans, già ritenuto deviante in molte società occidentali, ma anche il fatto di possedere una diagnosi di disturbo mentale.

Tra le varie alternative che sono state proposte ed emerse nel corso del tempo in merito alla diagnosi, senza eliminarla del tutto, si riporta quella della messa in atto in Francia. Il “transessualismo” è stato rimosso come disturbo mentale dai manuali e dalle pratiche nazionali e inserito nella particolare categoria delle “malattie rare” (Brunet, 2010). A fronte delle diverse critiche e perplessità di fronte alla diagnosi, e di fronte alle resistenze in merito alla sua eliminazione, infatti, un altro tema che è stato fatto affiorare riguarda proprio la collocazione della diagnosi.

2.3.2 Problemi di collocazione nosografica

Senza entrare nel merito della fondatezza e dei criteri per stabilire l’esistenza della diagnosi come entità clinica, il presupposto alla base della decisione francese di spostare la diagnosi all’interno delle “malattie rare” consiste nell’opinione che i trattamenti che riguardano la transizione di genere spesso riguardano il corpo nella sua dimensione biologica, attraverso terapie ormonali o chirurgiche. Questo processo di modificazione corporea e fisica viene interpretato associando dunque, il processo di transizione di genere al processo di adattamento della sfera somatica all’identità di genere (Bockting, 2009).

Per questo motivo, la cosiddetta *non conformità di genere* è stata definita e viene anche proposta come una condizione di interesse medico piuttosto che psichiatrico o psicologico-clinico, con la possibilità di collocarla, in questo modo, tra le condizioni mediche *rare*, oppure all’interno della

sezione dedicata alle questioni *endocrine*, oppure, ancora, nella sezione relativa all'*apparato urogenitale*.

Un'altra alternativa che è stata messa in campo, per modificare pur senza eliminare la diagnosi, infatti, consiste nel collocarla nella sezione delle malattie *endocrinologiche e genitourinarie*, con l'argomentazione che porterebbe ad una riduzione dello stigma dovuto all'attribuzione di un'etichetta di un disturbo mentale e, allo stesso tempo, a consentire l'accesso alle cure. Dall'altra parte, è necessario considerare che molti degli accessi ai servizi di salute e delle necessità ed esigenze che caratterizzano i percorsi di transizione non sono direttamente legati all'endocrinologia (Kreukels et al., 2014).

Tali proposte presentano pertanto delle limitazioni, in particolar modo perché non tutte le persone che si identificano in un'identità trans o un'identità di genere non conforme scelgono di procedere a interventi medici o chirurgici (Winter, 2014) e perché la transizione di genere non riguarda soltanto aspetti prettamente fisici, estetici e corporei. Queste sezioni di stampo medico e biologico, finirebbero per collocare l'identità trans, il genere, le loro relazioni e complessità nel campo prettamente medico, biologico e organico.

Un'ulteriore ipotesi è quella di collocare le diagnosi riguardanti le identità di genere in una sezione simile al Settore XXI attualmente presente nell'ICD- 10. Tale sezione è dedicata ai "Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari", e prevede l'impiego dei cosiddetti codici Z, secondo alcuni consentirebbe di costruire una diagnosi collegando tra di loro capitoli diversi, e quindi permettendo un avanzamento nella direzione del processo di de-patologizzazione e de-stigmatizzazione delle varianze di genere (Valerio e Fazzari, 2016).

È interessante notare come intorno alla metà del XX secolo, era già presente e preponderante il discorso che metteva in relazione il *transessualismo* allo squilibrio ormonale, oltre che quello che lo associava alla deviazione sessuale, quindi come la diagnosi avrebbe già potuto essere inserita nel capitolo delle "malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche". Infatti, l'eziologia della condizione era sconosciuta e la decisione di inserirla in un posto piuttosto che in un altro è stata altrettanto sconosciuta. Inoltre, non ci sono criteri scientifici precisi per differenziare l'identità di genere normale o patologica, e le modalità attraverso le quali le identità di genere si sviluppano restano sconosciute nelle loro cause, quindi oggetto di riflessioni e discussioni teoriche. Le ricerche disponibili non riescono ad oggi a fornire risposte empiriche o certe sulla questione inerente all'intendere la diagnosi come un puro disturbo *mentale* o come un disturbo *fisico*. Ci sono diversi

studi che privilegiano ipotesi eziologiche fisiche e biologiche piuttosto che quelle psicologiche (Berglund, Lindström, Dhejne-Helmy, e Savic, 2008; Garcia-Falgueras e Swaab, 2008; Herbert, 2008; Kruijver et al., 2000; Rametti et al., 2011; Schöning et al., 2010).

In questi ultimi anni, sta cominciando a diffondersi l'opinione che le identità trans devono essere considerate come variazioni normali del comportamento e dell'espressione di genere e, di conseguenza, le diverse possibili espressioni di genere, incluse le identità che non sono allineate in modo stereotipato al sesso attribuito alla nascita, non devono essere considerate come intrinsecamente negative o patologiche (Knudson, De Cuypere e Bockting, 2010). Pertanto, essere transgender o una persona che manifesta un'identità di genere non conforme, solleva delle questioni riguardanti il tema della diversità e la specificità dell'identità di ciascuno e non deve essere considerata, in quanto tale, una condizione patologica (Coleman et al., 2012).

Resta dunque controverso stabilire se tali condizioni vadano considerate come dei disturbi mentali (Vitelli et al. 2013; Vitelli e Valerio, 2012) dal momento che resta ancora da chiarire la questione relativa alle modalità che al proprio corpo un soggetto può richiedere a prescindere dalla presenza di una diagnosi di disforia di genere, o in virtù della medicalizzazione di tali identità.

Come sottolineato da Drescher (2010b, 2013), in seguito alla de-patologizzazione dell'omosessualità, si osservò un processo di crescente accettazione nei confronti delle persone omosessuali e un vero e proprio cambiamento nelle credenze della comunità sociale nei confronti di questi soggetti.

In questo senso notevoli sono state le prese di posizione da parte delle più importanti organizzazioni civili mondiali come, ad esempio, il Parlamento Europeo (2011) e il Consiglio d'Europa per i diritti civili (2009) che apertamente hanno sostenuto la de-patologizzazione delle identità di genere transgender dal ICD-11, sostenendo lo sviluppo di un clima di maggiore apertura sociale nei confronti della diversità e delle persone con identità transgender e per diminuire le componenti trans-fobiche presenti nella nostra cultura e contrastare i fenomeni di stigma sociale e stigma strutturale.

Il cambiamento e l'emergere di tali nuove premesse può consentire cambiamenti anche nella concettualizzazione della non conformità di genere, passando dall'essere ritenuta come condizione patologica e deviante all'essere considerata come un'esperienza possibile, variabile e che possa esistere al di là della patologia. Secondo alcune prospettive, è necessario allontanare le assunzioni che le persone normali rimangono nel loro sesso di nascita e che le persone disturbate cambiano,

e questo è inserito nel percorso del dibattito riguardo le diagnosi di genere nel DSM e nella battaglia per la riforma (Lev, 2013).

Il DSM-5 è stato esaminato da diverse fonti, ricevendo molte critiche sia all'interno che all'esterno delle comunità professionali, e non soltanto per le questioni inerenti l'identità di genere e le sue varianze.

Allen Frances, ad esempio, che aveva guidato la Task Force del DSM-IV, ha messo in luce molti punti critici del manuale, includendo critiche sui field trials, su diagnosi controverse e sulla patologizzazione di esperienze considerabili normali (Frances, 2013). Inoltre, la "Society for Humanistic Psychology" (una delle divisioni dell'American Psychological Association) ha diffuso una lettera aperta alla Task Force del DSM-5, sottolineando le criticità rispetto alla mancanza di coinvolgimento della comunità degli psicologi, lasciando di fatto il manuale ad una maggioranza psichiatrica. Il che potrebbe aver contribuito ad un abbassamento della soglia di molti disturbi, una messa in secondo piano dei fenomeni socioculturali mentre sono state privilegiate teorie con eziologie biologiche (Society for Humanistic Psychology, 2011; Lev, 2013).

Tra le questioni che vengono messe in campo relativamente alla diagnosi, ci sono quelle della sua più appropriata collocazione o della sua eliminazione dai manuali diagnostici a disposizione, senza entrare nel merito generalmente dei criteri epistemologici e ontologici che permetterebbero l'esistenza della diagnosi come entità clinica. Gli argomenti riguardano, da una parte, l'interpretazione della varianza di genere e del percorso di transizione come aspetti legati al campo medico, organico e corporeo oppure come sindrome o problema psicologico o psichiatrico distinto dalla malattia fisica, mentre dall'altra, l'interpretazione della varianza di genere come una delle tante possibilità inerenti l'identità di genere. In questo senso, le persone trans dovrebbero poter avere accesso alle cure mediche non perché possiedono una diagnosi di un disturbo mentale o perché sono malate, ma perché fa parte di una scelta, di un'esigenza e di un diritto civile (Lev, 2013).

Ulteriori aspetti che emergono come particolarmente rilevanti nella creazione, nella gestione e nelle proposte di cambiamento inerenti la diagnosi, consistono nel linguaggio e nelle sue implicazioni pragmatiche, nonché nelle collocazioni e nei criteri epistemologici utilizzati in virtù della configurazione di particolari fenomeni.

2.3.3 Implicazioni epistemologiche e pragmatiche

Le varie categorie diagnostiche scelte e messe in campo nel corso delle diverse edizioni dei manuali diagnostici e nel contorno delle pratiche orientate da tali manuali, dal *transessualismo* alla *disforia di genere*, sembrano ricalcare e seguire i criteri del modello medico.

La *disforia di genere*, come accade con altre categorie diagnostiche come la “depressione”, l’“ADHD” o la “schizofrenia”, viene generalmente intesa e utilizzata come se fosse un ente fattualmente rilevante e rilevabile come lo può essere un’infezione entro la prassi medica (Szasz, 2007; Turchi e Maiuro, 2007). Le stesse categorie diagnostiche si configurano non tanto come enti fattuali, bensì come enti teorici e discorsivi e come costrutti di senso, che si modificano in base alle teorie che le definiscono. Nel loro uso quotidiano, tendono a perdere la loro valenza metaforica ed essere considerate come dati di fatto, indipendenti dai discorsi che le sostengono (Foucault, 1999). Il processo che consente di nascondere la natura relativa e convenzionale di un fenomeno traducendola in realtà effettiva è la reificazione, processo che può imprigionare il clinico nei suoi “oggetti” e imporsi nelle narrazioni e nella biografia della persona alla quale queste sono dirette (Faccio e Salvini, 2007).

Nella costruzione delle diagnosi, spesso non si tiene conto della flessibilità del linguaggio, di come un certo termine piuttosto che un altro vadano poi a generare realtà e significati differenti. Le diagnosi è raro che vengano contraddette, chi è nella posizione di poterle contraddire e modificare è la persona che viene diagnosticata ma non ha il potere decisionale e autorità tecnica per essere legittimato (Salvini, 2011; Foucault, 1999; Arfini, 2007).

Il rischio dell’uso di categorie e processi conoscitivi basati sulla categorizzazione, quindi sulla costruzione di “tipi ideali”, è che, cercando di trovare termini che possano racchiudere tutte le possibili modalità di costruzione della realtà, non si lascia spazio alla comprensione della visione del mondo e del sistema di significati della persona che usa per costruire la realtà e che possono non essere contemplati dalla diagnosi specifica. La diagnosi cerca di essere quanto più stabile possibile poiché ritenuta prodotto di una ricerca e sviluppo progressivo e oggettivo, ma i significati sembrano essere dinamici, plurali e non costanti nel tempo, anche nella biografia di un singolo individuo (Gergen, 1985). Dalla classificazione diagnostica eccedono il senso, le ragioni, gli scopi, le anticipazioni e le aspettative dei modi di raccontare e agire delle persone, non contemplati da liste di supposti sintomi stereotipati e applicabili indipendentemente dalle particolarità e differenze individuali, sociali e culturali (Iudici e de Aloe, 2007; Iudici et al., 2017). Sembra che la categoria

diagnostica non riesca mai ad esaurire i significati possibili legati, in questo caso, all'identità di genere e alle sue varie forme di costruzione, espressione e identificazione. Esse mutano nella storia e nei diversi contesti e processi socio-culturali, con le unità simboliche, i lessici e i vocabolari che si trovano a disposizione e che vengono fatti emergere, insieme alle rappresentazioni sociali e alle biografie peculiari delle persone.

Le categorie diagnostiche presenti nei manuali vengono ritratte come se fossero forgiate nei laboratori scientifici, piuttosto che nel quadro delle relazioni interpersonali e dei processi culturali. Alcune di queste teorie privilegiate, inoltre, ritengono che le questioni politiche, etniche e morali dovrebbero essere tenute a parte da quelle scientifiche, ma è difficile poterle considerare separatamente nel processo di conoscenza (Gergen e Davis, 1997; Holstein, 1987).

Lo stesso modo di rappresentare e costruire non solo l'identità di genere ma anche il corpo, separabili per semplicità argomentativa e analisi, ma costantemente intersecati tra loro, sembra non essere così determinabile e definibile oggettivamente, bensì sempre prodotto di costruzione, interpretazione e negoziazione simbolica. Il binarismo di genere e il dimorfismo sessuale sono un esempio di questa costruzione di significato, che tende a porsi come preminente in confronto alle altre. I nomi, le etichette e le valutazioni che storicamente sono emerse e sono state attribuite alle esperienze di varianza di genere non possono, pertanto, essere considerate come prodotto di realtà indipendenti dai contesti sociali e culturali in cui sono inseriti e che, invece, le generano.

Nel capitolo seguente cercheremo di approfondire il ruolo del discorso giuridico e normativo in merito ai percorsi di transizione di genere, in quanto indisciungibile dai modi di conoscerli e percorrerli.

Capitolo 3

IL DISCORSO GIURIDICO-NORMATIVO

“Whatever is not normative, is many”.

Eileen Myles, citata in Levy (2015)

3.1 Possibili percorsi

L’uso del termine “trans” nelle definizioni e descrizioni di sé, inteso nella sua accezione più ampia e inclusiva, attualmente può riguardare diverse esperienze e possibilità. Esso può essere utilizzato per descrivere o per descriversi come persone che attraversano le categorie di genere, che le sperimentano passando da una categoria ad un’altra, identità ibride, o che rifiutano qualsiasi categoria e che al contempo costruiscono e dotano di senso nuove forme del genere, dell’identità e del corpo (De Lauretis, 1996; Lindemann, 1996; Butler, 2006).

Così come i termini per definirsi e descrivere la propria identità, la propria esperienza e le proprie relazioni, i percorsi di transizione possono essere diversi, essi possono cominciare e concludersi in diversi modi o non concludersi mai in base al modo di narrare il percorso e alle proprie intenzioni, possono riguardare in particolar modo la corporeità, l’assunzione di ruolo, le rappresentazioni di sé, dell’altro e del mondo che la persona abita, comprenderle tutte e includere altri aspetti legati al mondo relazionale, sociale e/o politico che la persona abita (Ruspini e Inghilleri, 2008).

Il processo di transizione di genere può coinvolgere diversi contesti sociali rilevanti per le persone impegnate nel percorso, come gli ospedali, i tribunali, ma anche le associazioni, i sindacati, i contesti di lavoro, i luoghi della cura del corpo e gli spazi virtuali. In questo senso, i percorsi di transizione possono, inoltre, seguire direzioni più o meno medicalizzate, ovvero andare incontro a diversi tipi di interventi medici e fare riferimento a contesti deputati alla loro esecuzione e trattamento.

In particolar modo per i percorsi medicalizzati, pur sempre differenti al loro interno, tra i contesti

più influenti nella gestione delle norme e delle prassi relative al transito vi sono quelli afferenti al Sistema Sanitario Nazionale, che vedono presenti diverse figure professionali di tipo medico, endocrinologico, psicologico e psichiatrico e informano le stesse pratiche nei contesti privati. Tali percorsi e contesti sono quelli di interesse primario in questa ricerca, per gli intrecci e le interazioni che si possono generare tra i/le protagonisti/e della transizione e i servizi psicologici e psichiatrici con i quali entrano in contatto.

A fronte di queste riflessioni è nata l'idea di sviluppare una ricerca che potesse indagare le narrazioni e le storie personali di chi è implicato in questi percorsi, di transizione e non soltanto psichiatrici o psicologici. Da una parte si è definito l'obiettivo di indagare i processi di costruzione delle identità per le persone che hanno intrapreso/stanno intraprendendo o ancora, hanno intenzione di intraprendere un percorso di transizione, ampliando le narrazioni alle biografie particolari e approfondendo i percorsi psicologici dal loro peculiare punto di vista. Dall'altra si è definito un ulteriore obiettivo che consiste nell'indagare le pratiche operative nel campo psichiatrico e psicologico (e/o psicoterapeutico) in relazione ai percorsi di transizione, approfondendo le narrazioni personali, e non soltanto tecniche, di professionisti/e della cosiddetta salute mentale.

Per tali ragioni è prima necessario presentare la cornice normativa di riferimento entro la quale questi percorsi vengono gestiti. Il percorso di transizione può pertanto proseguire attraverso modalità diverse e soggettive. Tuttavia, se ne possono rintracciare alcuni momenti e passaggi più o meno comuni e condivisi. In Italia l'iter di transizione è regolato dalla legge 164/82 e dalle successive modifiche ad essa apportate, normativa che funge da cornice rispetto alle possibilità di riconoscimento e cambiamento nei contesti istituzionali.

Come si può ritrovare nel sito dell'ONIG (Osservatorio Nazionale Identità di Genere), una prima fase è data dal riconoscimento soggettivo della propria identità, fase di riflessione e informazione rispetto alle possibilità di modificare la propria identità di genere. In questa fase le associazioni e i servizi per le persone trans possono essere particolarmente rilevanti per fornire e raccogliere informazioni sui percorsi di transizione.

La fase successiva spesso comprende l'incontro con figure professionali del campo psicologico e/o psichiatrico, percorso che prevede un obiettivo diagnostico e uno più terapeutico-supportivo. Un'ulteriore fase può comprendere l'inizio della terapia ormonale sostitutiva, attraverso la condivisione e il controllo dello stesso da parte di endocrinologi/ghe, successivamente ad una

certificazione diagnostica da parte di uno/a psichiatra o psicologo/a. Il trattamento ormonale consente la modificazione dei caratteri fenotipici secondari (ad esempio, la voce, la massa muscolare, la peluria) attraverso le cosiddette modifiche di “femminilizzazione” o “mascolinizzazione” del corpo, e l’inibizione di manifestazioni fisiche proprie del sesso biologico di appartenenza, come l’arresto o l’inibizione dell’erezione e dell’ejaculazione oppure l’inibizione del ciclo mestruale.

Dopo tale fase è spesso previsto il cosiddetto “test di vita reale” il “test di vita reale”, ovvero un periodo in cui la persona vive nei contesti di riferimento secondo il genere desiderato e il cui monitoraggio avviene all’interno di un percorso psicologico.

La fase successiva può comprendere l’iter legale, in cui si presenta istanza al Tribunale competente per residenza al fine di ottenere il cambiamento anagrafico ed eventuali interventi chirurgici. La persona può scegliere se chiedere la “rettificazione di attribuzione sessuale” con conseguente rettificazione anagrafica, oppure domandare la rettificazione anagrafica senza rettificazione di attribuzione sessuale (sentenza Corte Costituzionale 221/15). Queste possibilità sono subentrate dopo alcune modifiche apportate alla legge originale che prevedeva l’obbligo dell’intervento chirurgico.

La cosiddetta “riattribuzione chirurgica del sesso” può essere intrapresa successivamente all’autorizzazione da parte del giudice. Gli interventi chirurgici possibili possono includere interventi demolitivi o ricostruttivi. Per le persone MtF gli interventi possono includere la vaginoplastica, oppure altri interventi chirurgici che non prevedono autorizzazione, sono la mastoplastica additiva, la riduzione del pomo d’Adamo, l’eliminazione della barba, l’assottigliamento delle corde vocali e altri interventi di femminilizzazione del volto. Per le persone FtM gli interventi (che richiedono l’autorizzazione da parte del tribunale) possono includere la mastectomia, l’isterectomia o l’istero-annessectomia (con un unico intervento chirurgico si asportano utero e ovaie), falloplastica e la metoidioplastica.

Infine, nei percorsi più medicalizzati e istituzionali sono previste anche delle fasi di re-inserimento sociale e follow-up a posteriori da parte delle equipe multidisciplinari che si sono occupate dei vari passaggi.

Nonostante la figura dello psicologo e dello psichiatra sia stata ridimensionata dalle recenti linee guida della WPATH, andando ad includere diverse professionalità nell’ambito medico (purché adeguatamente formate), il ruolo del percorso psicologico e psichiatrico risulta particolarmente

rilevante nella gestione di questi processi nelle loro diverse fasi, poiché si configura come pratica che è generalmente implicata e per la quale è suggerita l'aderenza a linee guida specifiche (Bockting, 2009; Coleman, Bockting et al., 2011; Wylie, Barrett et al., 2013). Il primo obiettivo del percorso psicologico consiste nel valutare la presenza di un disturbo mentale nelle definizioni della “disforia di genere” secondo l'attuale DSM-5, quindi eventuali “fattori psicopatologici” che possono concorrere e interferire con la richiesta, mentre il secondo obiettivo consiste nel sostenere, accompagnare e monitorare la persona nei diversi momenti del transito (Lev, 2009; Bandini, Fisher et al., 2009; Eden, Wylie et al., 2012).

A fronte del ruolo e della rilevanza delle linee guida nella pratica psichiatrica e psicologica nel campo della transizione di genere, nonché di assessment rispetto alla “disforia di genere”, vengono qui riportate e descritte le prevalenti linee guida utilizzate a livello internazionale e nazionale (circoscritte ai percorsi per l'età adulta), andando a specificare e ad approfondire infine il nostro contesto italiano e le implicazioni che ne possono derivare.

3.2 Le linee guida internazionali

3.2.1 World Professional Association for Transgender Health, Standards of Care

La World Professional Association for Transgender Health (WPATH) è un'associazione internazionale multidisciplinare di professionisti il cui obiettivo nella sua dichiarazione è quello di promuovere assistenza e cure per la salute delle persone transgender, quindi fornire una guida clinica per gli specialisti nell'assistenza alle persone transessuali, transgender e *gender variant*.

La prospettiva della WPATH è di internazionalizzazione e di multidisciplinarietà, non facendo riferimento soltanto alle professioni psichiatriche e psicologiche ma a tutte quelle discipline che se ne occupano. Come sostenuto dalla WPATH, uno dei suoi scopi principali consiste nel fornire il più alto livello di standard di cure individuali attraverso gli Standards di Cura (“Standards Of Care”) per la salute delle persone transessuali, transgender e di genere non-conforme (WPATH, 2011)³. Gli Standards di Cura vengono inoltre ritenuti come fondati sulla miglior scienza disponibile e sul consenso di professionisti esperti (WPATH, 2011).

³ Per una descrizione dettagliata degli Standards of Care della WPATH si può fare riferimento alla versione italiana della settima edizione, dalla quale gli elementi descritti nel paragrafo dedicato sono stati ripresi: “Standards of Care per la Salute di Persone Transessuali, Transgender e di Genere Non-Conforme”, The World Professional Association for Transgender Health, 7a Versione. www.wpath.org

Tra i presupposti degli Standards of Care si trovano la concezione che le identità transessuali, transgender o di genere non-conforme non sono associabili ad una patologia, ma a delle differenze individuali di un fenomeno comune, promuovendo pertanto la depatologizzazione delle definite “non-conformità di genere” già nel 2010. Un ulteriore presupposto consiste nel considerare differenti le “non-conformità di genere” dalla “disforia di genere”. La non-conformità di genere è un termine che indica il livello fino al quale l’identità di genere di una persona (o il ruolo di genere o l’espressione di genere) si differenzia dalle norme culturali comuni per una persona di un determinato sesso (Institute of Medicine, 2011), mentre per “disforia di genere” viene inteso il malessere o lo stress provocato dal sentire la propria identità di genere diversa dal sesso assegnato alla nascita (ed il ruolo associato a quel sesso e/o a quelle caratteristiche sessuali primarie o secondarie) (Fisk, 1974; Knudson, De Cupyere e Bocking, 2010; WPATH, 2011).

La “disforia di genere”, secondo questa prospettiva, viene considerata come associata una psicopatologia e diagnosticabile come disturbo per il “malessere” che essa può provocare, e come tale può prevedere trattamenti e cure adeguate ad alleviare tale “malessere” (WPATH, 2011). In questo caso ciò che viene sottolineato non è tanto il rapporto con le differenze individuali come nel caso del “genere non-conforme”, bensì la non autorizzazione a processi di stigmatizzazione a causa e verso la diagnosi stessa.

Le linee guida prevedono, inoltre, alcuni compiti per il/la professionista della salute mentale nel lavoro con “adulti con disforia di genere”, tra i quali si elencano:

- “La valutazione diagnostica della disforia di genere”, considerandola nel contesto di una valutazione dell’adattamento psicosociale della persona (Bockting et al, 2006; Lev, 2004, 2009);
- “Fornire informazioni sulle opzioni per l’identità e l’espressione di genere e su possibili interventi medici”;
- “Valutare, diagnosticare e discutere le opzioni di trattamento per problemi di comorbilità”;
- “Se necessario, valutare l’idoneità, preparare e inviare per la terapia ormonale”;
- “Se necessario, valutare l’ammissibilità, preparare ed inviare per la chirurgia”.

A questo proposito, si sottolinea come la decisione di sottoporsi ad un intervento sia decisione della persona, così come tutte le altre decisioni in merito alla propria salute. Compito del/la professionista è quello di “incoraggiare, guidare ed assistere gli utenti nel prendere decisioni

pienamente consapevoli, informandoli adeguatamente”.

Per tale associazione, inoltre, la psicoterapia non è un requisito assoluto e necessario per la terapia ormonale e la chirurgia, benché consigliato lungo tutto il percorso e considerato utile non soltanto in virtù della terapia ormonale e/o degli interventi chirurgici.

Tra gli obiettivi della psicoterapia vengono menzionati: la massimizzazione del benessere psicologico complessivo di una persona, la sua qualità di vita e la realizzazione di sé; l’esplorazione delle questioni di genere e l’individuazione del modo per alleviare la disforia, se presente (Bockting et al, 2006; Bockting e Coleman, 2007; Fraser, 2009; Lev, 2004; WPATH, 2011).

Questi standards di cura vengono inoltre circoscritti nella loro creazione e applicazione alla società occidentale e nordamericana, con la possibilità di dover essere adattati in altre culture, senza tuttavia indicare contenuti e modalità delle specificità culturali e dell’adattamento delle linee guida.

3.2.2 American Psychological Association, Psychological Guidelines

L’American Psychological Association ha, a sua volta, formulato delle particolari linee guida per la pratica psicologica con le persone trans/transgender e gender variant al fine di avere strumenti professionali e culturali utili per lo sviluppo di pratiche psicologiche appropriate e trans-affermative, ovvero rispettose, consapevoli e supportive delle identità e delle esperienze di queste persone (APA, 2015)⁴. Tali linee guida sono state create e proposte anche a fronte della riportata mancanza di familiarità da parte degli/lle psicologi/ghe con le pratiche di tipo trans-affermativo.

L’APA, nella proposta di queste linee guida, specifica la distinzione tra Standards e Linee guida (Reed, McLaughlin e Newman, 2002). Gli standard rappresentano dei mandati a cui tutti gli psicologi devono attenersi (ad esempio, gli “Ethical Principles of Psychologists” e “Code of Conduct”; APA, 2010), mentre le linee guida rappresentano dei propositi.

Le linee guida proposte fanno riferimento, inoltre, all’area della pratica psicologica intesa come lavoro clinico, consultazione, educazione, ricerca e formazione, piuttosto che al trattamento nel campo della transizione di genere.

⁴ Per una descrizione dettagliata delle Linee guida dell’APA si può fare riferimento all’adattamento italiano dal quale gli elementi descritti nel paragrafo dedicato sono stati ripresi: Linee-Guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender *nonconforming* dell’American Psychological Association, a cura di Valerio, P., Bochicchio, V., Mezza, F., Amodeo A.L., Vitelli, R. e Scandurra, C. (2015).

Ogni linea guida è accompagnata da una premessa teorica e da una sezione applicativa che ne descrive le possibili applicazioni nella pratica psicologica.

Le Linee guida sono organizzate in cinque macro-categorie: conoscenze e cautele fondamentali; stigma, discriminazione e barriere alle cure; sviluppo nel ciclo di vita; valutazione, terapia, intervento e, infine, ricerca, educazione, formazione (APA, 2015).

Di seguito, si elencano le principali linee guida proposte dall'Associazione:

- “Lo psicologo comprende che il genere è un costrutto non binario che ammette un’ampia gamma di possibilità delle identità di genere e che l’identità di genere di una persona può essere o meno congruente con sesso assegnato alla nascita”;
- “Lo psicologo comprende che l’identità di genere e l’orientamento sessuale sono costrutti tra loro distinti ma interrelati”;
- “Gli psicologi cercano di comprendere l’intersezione fra l’identità di genere e le altre identità culturali delle persone TGNC”;
- “Gli psicologi sono consapevoli di come le proprie attitudini e conoscenze circa l’identità e l’espressione di genere possano influenzare la qualità della cura che viene fornita alle persone TGNC e alle loro famiglie”;
- “Gli psicologi riconoscono il peso che lo stigma, il pregiudizio, la discriminazione e la violenza esercitano sulla salute e sul benessere delle persone TGNC”;
- “Gli psicologi, riconoscendo il peso delle barriere istituzionali sulla vita delle persone TGNC, sono chiamati ad un impegno attivo per lo sviluppo di ambienti affermativi”;
- “Lo psicologo riconosce l’esigenza di promuovere un processo di cambiamento sociale che porti ad una riduzione degli effetti negativi dello stigma sulla salute e sul benessere delle persone TGNC”;
- “Gli psicologi che lavorano con giovani TGNC o con chi si interroga sul proprio genere (gender-questioning) comprendono i differenti bisogni evolutivi di bambini e adolescenti, considerando che non in tutti i giovani l’identità TGNC persisterà fino all’età adulta”;
- “Lo psicologo si impegna a comprendere le particolari sfide che le persone anziane TGNC sperimentano e la resilienza che esse possono sviluppare”;
- “Lo psicologo si impegna a comprendere se e in che modo i problemi di salute mentale di una persona TGNC siano correlati all’identità di genere, nonché gli effetti psicologici del minority stress”;

- “Lo psicologo riconosce che ricevere supporto sociale e cure affermative aumenta la probabilità di esiti di vita positivi per le persone TGNC”;
- “Gli psicologi si sforzano di comprendere gli effetti che il cambiamento dell’identità e dell’espressione di genere provoca sulle relazioni sentimentali e sessuali delle persone TGNC”;
- “Lo psicologo cerca di comprendere le molteplici forme che la genitorialità e la formazione di una famiglia assumono tra le persone TGNC”;
- “Gli psicologi riconoscono le potenzialità di un approccio interdisciplinare nell’offrire assistenza alle persone TGNC e si impegnano a lavorare in sinergia con altri professionisti”;
- “Gli psicologi rispettano il benessere e i diritti delle persone TGNC che partecipano alla ricerca e si impegnano a rappresentare accuratamente i risultati, evitandone l’uso improprio o il travisamento”;
- “Gli psicologi devono preparare i tirocinanti a lavorare con le persone TGNC in modo competente”.

Tali linee guide si configurano pertanto come propositi verso i/le professionisti/e che vogliono accingersi ad operare nel campo della transizione di genere e delle identità transgender e gender nonconforming. Insieme agli Standards of Care, queste linee guida si propongono di creare conoscenze e modelli operativi specialistici in virtù di una prospettiva affermativa verso le persone trans, e di nuove conoscenze teoriche relative all’identità di genere, mettendo in risalto la non binarietà dei suoi costrutti.

3.3 Il quadro giuridico-normativo in Italia: la legge 164/1982

A regolare l’iter di transizione di genere nel contesto italiano è la Legge n. 164/1982 “Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso”, seguita da due rilevanti sentenze della Corte di Cassazione (n. 15138/2015) e della Corte Costituzionale (n. 221/2015) al fine di porre chiarezza in riferimento alla necessità o meno degli interventi chirurgici di modifica dei caratteri sessuali per ottenere il riconoscimento della rettificazione anagrafica, spesso vincolanti nella prassi giuridica ordinaria. Inoltre, dal 2017 è possibile ottenere il cambio di sesso anagrafico anche senza alcun intervento chirurgico, stabilito dalla sentenza n.180 della Corte costituzionale.

La legge italiana, pertanto, prevede che la persona possa fare richiesta di “riconversione chirurgica del sesso” e di rettificazione anagrafica, così come viene riportato nella normativa, attraverso una sentenza e allegando una perizia da parte di un/a professionista accreditato, sia dell’ambito pubblico che privato. Il/la giudice può poi nominare uno o più consulenti tecnici come ausilio per la valutazione.

Il testo di legge è scritto in maniera ampia e poco codificata, tale da prestarsi a diverse interpretazioni normative. In questo modo, pur non essendo scritto con precisione, nel corso degli anni è diventata prassi l’interpretazione per cui fosse necessario sottoporsi a interventi chirurgici per ottenere la rettificazione anagrafica e così sono stati gestiti la maggior parte dei percorsi (Nicotra, 2008; Fabeni e Toniollo, 2006).

Nonostante le varie interpretazioni del testo di legge da parte dei singoli tribunali, le diverse procedure chirurgiche di modifica dei caratteri sessuali sono ad oggi ritenute come delle possibilità inerenti al percorso e alle scelte di ogni persona particolare, piuttosto che dei requisiti indispensabili. Per via della non obbligatorietà derivata dalle ultime sentenze del 2015, il carattere “definitivo” della condizione della persona, riportato nel testo e che deve essere valutato da parte del/la giudice, viene spesso associato all’intervento chirurgico non rendendo agile la richiesta di sola rettificazione anagrafica.

Il contesto italiano, seppur non prevedendo la necessità della diagnosi, contempla tendenzialmente la prassi di una valutazione e certificazione di un disturbo mentale per poter accedere alle varie e possibili fasi del percorso di transizione. Anche in questo caso, il testo di legge risulta ambiguo, non affermando l’obbligatorietà della valutazione diagnostica, rimandando alla discrezionalità del giudice l’opportunità di richiedere una CTU al fine di accertare le “condizioni psico-sessuali” della persona interessata (Vitelli, Bottone, Scisci e Valerio, 2006).

Secondo il Transgender Europe in Europa, sono 34 gli stati che prevedono il requisito della diagnosi, ad esclusione di Malta, Creta, Grecia, Francia, Belgio, Danimarca, Irlanda e Norvegia e Cipro, Macedonia, Albania, Kosovo, San Marino, Monaco, Andorra e Liechtenstein, i quali non prevedono forme di riconoscimento legale del genere.

Insieme alla diagnosi legata alla certificazione di un disturbo mentale, anche la sterilizzazione può essere un requisito necessario, come avviene anche in Italia per certe letture del testo di legge o in precedenza all’aggiunta delle due specifiche sentenze ad esso contrarie. Ad oggi, in Europa, escludendo gli stati che non prevedono forme di riconoscimento legale del genere, sono 14 gli stati

che richiedono interventi chirurgici di sterilizzazione, ovvero Lussemburgo, Finlandia, Lettonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Romania, Bosnia e Erzegovina, Montenegro, Serbia, Bulgaria, Turchia, Georgia, Armenia e Azerbaijan.

L'Italia, infine, non prevede inoltre la possibilità di auto-determinazione, la sterilizzazione necessaria, e la necessità dell'intervento chirurgico di modifica dei caratteri sessuali⁵, almeno per le ultime sentenze prodotte in questa sede.

3.4 Le linee guida italiane: ONIG, Standard sui programmi di adeguamento nel disturbo dell'identità di genere

Le linee guida italiane, adottate da diversi centri e strutture pubblici e privati sul territorio, sono state create e proposte dall'ONIG, Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere e sono definite come "Standard sui programmi di adeguamento nel disturbo dell'identità di genere".

L'ONIG è attivo in Italia dal 1998, e si propone come organizzazione, in collegamento con l'Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Inc. (HBIIGDA) avente l'obiettivo di favorire una rete di collegamento tra professionisti/e, istituzioni, associazioni e chi si interessa ai temi del trans/transgenderismo per lo sviluppo della conoscenza scientifica e socio-culturale e per la promozione del benessere e del rispetto delle persone trans/transgender.

Le linee guida dell'ONIG sono rivolte a chi è coinvolto a diversi livelli nei percorsi di transizione, includendo i contesti medico, chirurgici, psicologici e legali.

I requisiti indispensabili del percorso di transizione sono per l'organizzazione italiana:

- l'analisi della domanda e la valutazione dell'eleggibilità per il percorso di transizione in coordinamento tra le figure professionali coinvolte;

Viene specificato come si debba intervenire prima su eventuali problematiche non imputabili alla condizione trans/transgender e per l'età minorile attendere la maggiore età o fare riferimento al Tribunale dei Minori.

- l'informazione di tutte le procedure dell'iter di transizione nell'ambito del consenso informato e della corretta trasmissione di informazioni;

- l'avvio del supporto psicologico per verificare la capacità di assunzione di responsabilità e per

⁵ I dati e le informazioni provengono dai documenti sviluppati dal TGEU (Transgender Europe) aggiornati all'anno 2018. Il TGEU è un'organizzazione di beneficenza che opera per l'uguaglianza delle persone trans in Europa dal 2005.

sostenere la persona in fase pre-transizione e in itinere (il tempo minimo previsto per questo percorso è considerato di 4/6 mesi);

- in trattamento ormonale si prosegue il supporto psicologico per valutare “l’esperienza di vita reale” (in un tempo minimo di 8/12 mesi). L’“esperienza di vita reale” (*Real Life Test*) consiste in un periodo in cui la persona si sperimenta nel contesto di vita quotidiano secondo il genere desiderato e a cui sente di appartenere;

- dopo questa fase si avvia l’iter legale per le autorizzazioni alla riattribuzione chirurgica del sesso;

- con l’autorizzazione del tribunale di competenza si procede con gli interventi chirurgici necessari;

- follow up di verifica delle condizioni psicofisiologiche e dell’inserimento socio-relazionale e di supporto alla persona per affrontare l’effettiva completezza del percorso;

- periodici controlli endocrinologici per l’intero arco della vita.

Per quanto riguarda il percorso psicologico, questo viene considerato come differente in base alle esigenze della persona, tuttavia esso richiede criteri di intervento omogenei per i servizi specialisti e per chi opera all’interno degli stessi, presenti nel territorio nazionale.

Il percorso e l’intervento psicologico sono considerati rilevanti e necessari a fronte degli effetti della terapia ormonale e degli interventi chirurgici irreversibili, quindi inteso come spazio in cui si discute e si condividono le diverse fasi del percorso e i loro cambiamenti.

I servizi specialistici, in accordo con l’ONIG, si trovano in collegamento con agenzie territoriali (come ASL e istituti scolastici), agenzie sociali (come sindacati, movimenti e associazioni) e altre strutture (come tribunali e pubblica amministrazione).

Il percorso di transizione è considerato come un percorso gestito in maniera interdisciplinare e attraverso un lavoro di rete tra operatori/trici in tutte le sue fasi.

Inoltre, la relazione tra ogni operatore/trice e utente viene definita nel rispetto dell’autodeterminazione della persona e della libertà e responsabilità professionale dell’operatore/trice⁶.

L’ONIG non si contrappone pertanto alla WPATH, ma propone linee guida adattate e in linea con il contesto italiano, quindi le sue normative e strutture di riferimento.

La differenza principale che si può incontrare tra i due tipi di linee guida consiste nella considerazione della psicoterapia come percorso necessario per l’ONIG e non obbligatorio per la

⁶ Tutti i dati e le informazioni relative all’ONIG e alle strutture di riferimento sono stati ripresi e rilevati attraverso il sito internet dedicato: <http://www.onig.it/>

WPATH.

3.5 Le strutture e i servizi sul territorio

Di seguito possiamo elencare le strutture e i servizi pubblici presenti attualmente sul territorio italiano e che sono in collegamento con l'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere.

Regione	Città	Struttura
Campania	Napoli	Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata - Dipartimento di Neuroscienze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Napoli "Federico II"
Emilia-Romagna	Bologna	Consultorio MIT
Friuli-VG	Trieste	C.e.D.I.G. Centro Universitario per la diagnosi e la terapia dei Disturbi dell'Identità di Genere
Lazio	Roma	Servizio di Adeguamento tra l'Identità Psicica e l'Identità Fisica-SAIFIP, Dipartimento di Scienze Urologiche - AO San Camillo-Forlanini
Lombardia	Milano	Servizio di adeguamento di genere (ONIG) - Ospedale Niguarda Cà Granda Istituto di Evoluzione Sessuale (IES)
Piemonte	Torino	C.I.D.I.Ge.M. Centro Interdipartimentale Disturbi Identità di Genere, A.S.O. San Giovanni Battista di Torino, Sede Molinette
Puglia	Bari	UO di Psichiatria "G. Tamburro" - Day Hospital per i Disturbi dell'Identità di Genere, Azienda Ospedaliera Consorziale Policlinico di Bari
Toscana	Firenze	Centro Inter-dipartimentale Assistenza Disturbo Identità di Genere-CIADIG - AUO Careggi, Centro Polivalente CUBO
Toscana	Torre del Lago (LU)	Consultorio Transgenere Torre del Lago Puccini

3.6 I movimenti associativi

Di seguito possiamo, invece, elencare alcune delle associazioni LGBTI o trans presenti sul

territorio italiano, le quali includono e promuovono servizi e attività per le persone trans e che possono o meno avere collegamenti e relazioni con le strutture pubbliche e con l'ONIG.

Regione	Città	Associazione
Campania	Napoli	Associazione Transessuale Napoli
Campania	Salerno	Arcigay "Marcella Di Folco"
Emilia-Romagna	Bologna	M.I.T. (Movimento Identità Transessuale) Associazione Onlus
Emilia-Romagna	Bologna	Cassero LGBT center
Lazio	Roma	Azione Trans
Lazio	Roma	Libellula 2001
Liguria	Genova	Associazione Rainbow Pangender Pansessuale (da Crisalide Azione Trans e Crisalide Pangender)
Lombardia	Milano	Sportello Trans Ala Milano Onlus
Lombardia	Milano	Circolo Harvey Milk
Piemonte	Cuneo	Arcigay Cuneo
Piemonte	Torino	Gruppo Abele
Piemonte	Torino	Circolo GLBT Maurice ConTatto SPO.T Gruppo Luna
Veneto	Verona e Padova	Circolo Pink SAT, Servizio Accoglienza Trans
Veneto	Padova	Anteros Padova
Sicilia	Palermo	Arcigay Palermo
Sicilia	Catania	Open Mind, Centro Open Mind GLBT
Toscana	Torre del Lago (Lucca)	Consultorio Transgenere
Toscana	Firenze	Ireos, comunità queer autogestita

Il contesto delle associazioni in Italia è particolarmente rilevante ed è stato determinante per l'inserimento delle realtà trans nel contesto socio-culturale più ampio.

Sulle realtà trans, storicamente, è stato spesso il discorso medico-psichiatrico a prevalere, di fatto portando all'attenzione clinica e sociale il "fenomeno transessuale" come psicopatologia con le sue caratteristiche, bisogni e necessità.

La prospettiva delle associazioni e dei movimenti trans in particolare ha consentito nel corso del tempo di mettere in luce la necessità di ascolto delle voci e delle biografie delle persone trans , spesso messe in secondo piano in virtù di una visione prettamente medica e patologizzante le identità trans.

Pur non volendo essere né una rassegna né un'esaustiva descrizione degli sviluppi dei movimenti trans in Italia, se ne vuole qui sottolineare la rilevanza per alcuni aspetti in particolare.

Innanzitutto, a livello internazionale, l'attivismo delle associazioni e dei movimenti trans svolgono un ruolo costante nello sviluppo e nel cambiamento delle linee guida nonché delle categorie diagnostiche appartenenti ai diversi manuali diagnostici, come si è potuto riscontrare per il cambiamento nosografico verso la “disforia di genere” per il DSM-5 e per l’“incongruenza di genere” per l'ICD-11. Gli obiettivi restano quelli di promuovere l'autodeterminazione delle persone trans e la depatologizzazione delle loro esperienze, spostando il discorso e non circoscrivendolo soltanto all'ambito scientifico ma anche a quello politico.

L'Italia è stata, in Europa, uno dei primi stati a creare una legge che regolasse e rendesse possibile i percorsi di transizione, grazie in particolar modo ai movimenti e all'attivismo che hanno caratterizzato quel periodo storico-culturale, portando una svolta nel diritto in Italia (Del Pozzo e Scarlini, 2006). Questa svolta è avvenuta nel 1982, nonostante le prime comunità trans cominciarono ad affiorare e costituirsi intorno agli anni Sessanta insieme ad una prospettiva da parte della comunità più ampia di repressione e diversità verso le esperienze trans. Negli anni Sessanta e Settanta cominciò ad emergere anche lo stigma legato alla prostituzione, che porta la sua scia ancora oggi nel nostro contesto culturale (Marcasciano, 2008). Dagli anni Ottanta in poi le associazioni in Italia cominciarono ad aumentare e diversificarsi, cercando di contribuire nel campo teorico e nel campo sociale, attraverso la politica, le istituzioni e i servizi.

Anche i nomi conferiti all'esperienza trans sono cambiati nel corso degli anni in Italia, passando dall'uso del termine “travestiti” a quello di “transessuale”, fino al termine “transgender” importato dal mondo anglosassone anche in Italia. Nel corso del tempo, la visibilità maggiore è stata attribuita alle donne trans, insieme agli stereotipi e alla stigmatizzazione verso la prostituzione come unico luogo possibile.

Le associazioni trans si trovano molto spesso all'interno di più ampie associazioni LGBTI costituendone una parte specifica, e si concentrano per la maggioranza nel nord Italia e nelle grandi città (Marcasciano, 2008).

All'interno di queste associazioni, alcuni tra i servizi offerti possono comprendere sportelli informativi, servizi o sportelli di sostegno, supporto psicologico, endocrinologico e/o legale. Essi svolgono un importante ruolo per le persone trans e le persone che intendono intraprendere percorsi di transizione, in quanto sempre presenti in tutte le fasi della transizione e indipendentemente da questa, includendo sostegno e supporto per il lavoro e per la salute, piuttosto che gruppi di Auto Mutuo Aiuto o di autocoscienza al fine di condividere spazi, esperienze e riflessioni.

È proprio attraverso una di queste associazioni che ho potuto sviluppare e proporre questa ricerca, ampliando, complessificando e arricchendo le mie conoscenze sulle realtà trans in Italia, in particolare a Milano, ovvero lo Sportello Trans Ala Milano Onlus.

3.7 Alcune riflessioni

Da questo quadro di riferimento che include la legislazione italiana e le possibili linee guida e buone pratiche nell'ambito della transizione di genere e a partire dalle prospettive teoriche ed epistemologiche precedentemente esposte, alcune riflessioni e domande sono emerse durante la sua lettura.

Le riflessioni e gli interrogativi riguardano in particolare gli assunti sociali e le teorie implicite ed esplicite che convergono a costruire i modelli normativi e di intervento in questo campo, nonché le implicazioni per le persone coinvolte in questo percorso. Il ruolo della pratica psicologico-psichiatrica può essere considerato rilevante in quanto, specialmente nell'atto diagnostico e valutativo, contribuisce a definire la realtà normativa e le implicazioni di valore legate ai principi culturali ai quali le conoscenze si riferiscono: il mantenimento del binarismo di genere e del parallelismo tra identità di genere, sesso e sessualità e la scelta dei modi per gestire le differenze e le presunte difformità sono alcune delle implicazioni che potrebbero essere rintracciate. Il percorso psicologico-psicoterapico va ad acquisire una funzione e un ruolo diverso nelle fasi successive del percorso, ove la questione e il dilemma della diagnosi può essere messo in secondo piano in virtù delle specifiche esigenze della persona protagonista.

Ciò che più si pone come oggetto e fulcro degli interrogativi consiste nel requisito della diagnosi per l'accesso al percorso più medicalizzato, quindi della distinzione di base tra esperienze che vengono ritenute parte della "normalità" definite eventualmente con il termine "varianze di genere" ed esperienze che vengono ritenute fonte di sofferenza, di "disforia". I cambiamenti che

hanno investito la nosografia psichiatrica in questi ultimi anni stanno lentamente suggerendo un cambio di paradigma epistemologico nel modo di considerare l'identità di genere e le sue possibili sfumature, tuttavia la separazione tra normale e patologico resta, seppur definita ed interpretata in modi sicuramente diversi. Tra le implicazioni, si evidenziano l'esortazione all'intervento chirurgico quindi all'assunzione di un'identità di genere definita maschile o femminile e la necessità della valutazione diagnostica di un disturbo mentale legati ad un'esperienza di vita.

Il processo diagnostico e il suo esito possono pertanto legittimare o impedire alle persone l'accesso ai diversi tipi di trattamento medico e alle forme di riconoscimento legale nei contesti istituzionali, e in alcuni casi incentivare processi di patologizzazione e medicalizzazione delle persone stesse (Conrad, 2007; Dewey, 2008; Jutel, 2009; Bryant, 2011).

I percorsi diagnostico e psicologico, inoltre, per via della loro necessità, possono essere vissuti come un obbligo e come un *gatekeeping* dato dall'esigenza soggettiva di corrispondere ai criteri della diagnosi o del *Real Life Test* (Arfini, 2007; Nicotra, 2008). Il requisito e il vincolo di una diagnosi di disforia di genere implica che, nel momento dell'incontro tra il professionista della salute mentale e il soggetto che vuole intraprendere un percorso di transizione, precisi criteri debbano essere soddisfatti e alcuni elementi nelle narrazioni e nelle presentazioni dei soggetti debbano poter essere riconoscibili e categorizzabili come sintomi (Stryker, 2008), portando con sé inoltre la problematicità di dove inserire e come affrontare le nuove e diverse richieste di quelle persone che non si situano nella categoria della transessualità e che creano nuovi percorsi di transizione.

Viene descritto in letteratura come anche lo stesso spazio intersoggettivo possa andarsi ad articolare su di un uso strumentale dell'altro, laddove questo viene intenzionato secondo la propria domanda di rispecchiamento e di conferma della propria identità. Può, inoltre, verificarsi una resistenza alla formulazione di una domanda spontanea di aiuto psicoterapeutico da parte delle persone trans. Un qualsiasi luogo d'interrogazione di tale superficie viene, viceversa, ad essere vissuto come potenziale fonte di minaccia (Vitelli, 2010). Con il termine "superficie" l'autore (Vitelli, 2015) intende il possibile luogo di risoluzione dell'identità per le persone in transizione, che, se viene interrogato o approfondito, può essere esperito come una potenziale fonte di minaccia. Questa dinamica può, inoltre, trovarsi strettamente legata ai tentativi messi in atto da parte delle persone in transito di aderire alle categorie e alle conoscenze del/la professionista per "passare" la valutazione diagnostica, in virtù dell'esigenza imminente e prioritaria di iniziare il

percorso di transizione (Lev, 2004).

Pertanto, quello che ne può risultare è che non si crei spazio per configurazioni o elementi identitari altri (Garfinkel, 1967; Sassatelli, 1999; Devor, 1989; Shapiro, 1991, Spade, 2003). Lo/a stesso/a clinico/a può rimanere imbrigliato nei criteri diagnostici e legislativi per cui può tendere a raccogliere quei dati per lui necessari alla valutazione del caso, piuttosto che adattare l'incontro e il futuro percorso alle particolari esigenze e significati dell'interlocutore, facendo assomigliare l'incontro a una prova di passaggio (Kessler e McKenna, 1978; Rubin, 2006).

A partire da queste riflessioni, è stata quindi delineata questa ricerca al fine di indagare sia le prospettive personali di chi è coinvolto in un percorso di transizione sia di chi opera nel contesto psicologico o psichiatrico nella transizione di genere.

Tra i costrutti centrali della ricerca possiamo pertanto menzionare quelli dell'identità e dei suoi processi di costruzione, del genere e della corporeità, costantemente implicati in questi percorsi, e quello della diagnosi, strumento fondamentale, sebbene non l'unico possibile e necessario, dell'operatività nel contesto clinico per la transizione di genere.

Nel capitolo successivo verranno approfonditi e applicati questi costrutti alla ricerca attraverso le prospettive teoriche di riferimento, per poi entrare nel merito della ricerca e dei suoi risultati.

Capitolo 4

LE PROSPETTIVE TEORICHE DELLA RICERCA: IDENTITÀ, GENERE E PERFORMANCE

“Human beings are constituted in conversation”

Charles Taylor (1992)

4.1 Essenzialismi, riduzionismi e determinismi

Come abbiamo descritto nei capitoli precedenti, a lungo le prospettive naturalistiche ed essenzialistiche hanno detenuto un ruolo dominante nel campo della conoscenza in generale e di genere in particolare. Nel terzo capitolo, in particolare, si sono approfondite alcune modalità di costruzione della conoscenza nel campo medico, psichiatrico e psicologico, ove prospettive di questo tipo sono state privilegiate, favorendo di volta in volta in volta spiegazioni o criteri fondati su elementi biologici, teorie sulla “psiche” o su diverse caratteristiche sociali, accompagnate da relativi presupposti simbolici, culturali e morali.

In questo senso la ricerca e la letteratura, anche sul genere, si trova costellata di modalità conoscitive che privilegiano il rapporto di causa-effetto, l’ontologia osservabile in maniera il più possibile neutrale, la scomposizione degli elementi di un fenomeno per afferrarne la natura.

Attraverso questi approcci, che fanno riferimento ad un realismo monista o ipotetico⁷ (Salvini, 1998; 2004; Salvini e Galieni, 2002) i fenomeni psicologici e sociali vengono generalmente trattati

⁷Sulla base della riflessione epistemologica, Salvini (1998; 2004) individua tre livelli di *realismo*, ovvero modalità di conoscenza della realtà. Il realismo *monista (ontologico)* considera la realtà esistente, indipendentemente dalle categorie conoscitive di chi la osserva. Il riferimento epistemologico è pertanto l’ontologia, e l’attenzione viene conferita all’ente, all’oggetto piuttosto che al sistema di riferimento simbolico e di valori dell’osservatore.

Il realismo *ipotetico* considera la realtà come ontologicamente esistente, ma non conoscibile. L’obiettivo è quindi quello di costruire delle teorie e delle prospettive sulla realtà, ovvero delle mappe per avvicinarsi al territorio. Questa concezione deriva dalla distinzione kantiana tra *noumeno* (la cosa in sé) e *fenomeno* (la cosa come appare), che è possibile conoscere. La relazione tra realtà e conoscenza pertanto non è diretta ma è guidata dal “come se”. Il realismo ipotetico inoltre non è necessariamente riduzionista, in quanto pluralista: prevede la sovrapposizione di diverse teorie che cercano di rappresentare e conoscere la realtà.

come se fossero oggetti misurabili in maniera oggettiva e neutrale o quantomeno il più possibile vicina alla “realtà” dei fatti, dei quali se ne possono individuare leggi universali ed estrapolare delle specificità intrinseche e le cui spiegazioni possono essere stabilite indipendentemente dai contesti sociali in cui sono inseriti.

Per questa ragione, nel campo del genere e delle sue forme ed espressioni, gli obiettivi e gli sforzi conoscitivi, secondo queste prospettive, sono stati storicamente diretti verso l’individuazione di quelle caratteristiche che deviano dalla norma e che possono essere pertanto ristabilite e ricostituite da esperti della cura e del trattamento, ad esempio all’interno del campo medico e psichiatrico.

L’essentialismo biologico è una delle modalità conoscitive attraverso le quali il genere è stato teorizzato e definito, che vede le sue origini nel XVIII e nel XIX secolo e fa riferimento ad alcune credenze convenzionali e teorie ingenuie sulla sessualità e sul genere. La sessualità, intesa come insieme di comportamenti e desideri sessuali, così come il genere, vengono in questo senso generalmente ridotte al sesso anatomico, che, a sua volta, viene definito e trattato come un fatto di natura e un dato biologico che orienta anche le differenze tra uomini e donne a livello comportamentale, emotivo, interpersonale e sociale.

Un’altra forma di conoscenza connessa è quella del riduzionismo biologico, attraverso la quale l’espressione sessuale e di genere vengono associate all’anatomia sessuale in rapporto diretto, automatico e pertanto non problematizzato. I presupposti che stanno alla base di queste modalità di costruzione della conoscenza e delle sue applicazioni, consistono in particolar modo nel considerare l’attribuzione del sesso come base e come punto di partenza per stabilire il genere, considerato come prodotto e conseguenza del dimorfismo sessuale, quindi come un dato di fatto esteriore e indiscutibile. Tali presupposti implicano il ritenere l’identificazione sessuale come una dimensione originaria e precedente a quella del genere, proprio perché la si ritiene sostenuta e informata dall’apparenza anatomica (Monceri, 2010).

Questa concezione è stata particolarmente influente a livello storico nelle teorie e nelle credenze rispetto alla cosiddetta e percepita incongruenza di genere e in parte ancora presente nelle teorie di senso comune e di alcune teorie del senso scientifico.

Il realismo *concettuale* considera la realtà come non ontologicamente esistente, ma costruita a partire dalle categorie conoscitive di chi la interpreta e la descrive. L’attenzione quindi non viene posta sui contenuti, ma sui processi di costruzione della realtà, ovvero sulle modalità conoscitive messe in atto. Se si sottrae la mappa conoscitiva della ragione non rimane alcun territorio conoscibile (Turchi e Maiuro, 2007).

In contrasto con questa concezione e i suoi presupposti, si possono mettere in risalto, ad esempio, le diverse forme e possibilità delle condizioni intersessuali che mettono in discussione il rapporto unidirezionale tra anatomia sessuale e genere (Fausto-Sterling, 2000; Harper, 2007). Possono esistere, infatti, numerose possibilità e differenze a livello dei genitali interni ed esterni, nei cromosomi o a livello ormonale, che consentono di problematizzare la concettualizzazione del dimorfismo sessuale negli esseri umani.

Questo tipo di sistema conoscitivo si può accompagnare, inoltre, alla concezione filosofica e conoscitiva del determinismo biologico, ovvero l'idea che l'anatomia, ritenuta fissa e stabile, possa definire sviluppo futuro della persona anche per quello che concerne l'identità di genere, così come le preferenze sessuali. Uno dei presupposti possibili per questo tipo di teorizzazioni sulla sessualità è dato dalla rilevanza conferita alla capacità di riproduzione dell'essere umano, che è generalmente associata ad una norma eterosessuale e ad una logica di genere binaria. Le caratteristiche sessuali primarie delle donne e degli uomini biologici sono considerate necessarie e coerenti ai fini riproduttivi e complementari tra loro (Kessler, 2002). In relazione a questa forma di riduzionismo, il genere può anche essere utilizzato per indicare la differenza culturale tra uomini e donne, che viene fondata sulla distinzione biologica tra maschile e femminile.

Una delle maggiori criticità associate a tali prospettive conoscitive, è data, pertanto, dall'assunzione che esistano le due sole categorie dell'uomo e della donna, con implicazioni che riguardano non solo la biologia ma anche la socializzazione (Kessler, 2002), le relazioni interpersonali e istituzionali che coinvolgono le persone.

L'essentialismo biologico è pertanto spesso associato a forme di riduzionismo e determinismo, che comportano l'esclusione di quelli che possono essere i possibili significati, le intenzioni, le biografie, i processi socio-culturali e linguistici che danno forma ai generi, alle pratiche e ai desideri sessuali (DeCecco et al., 1993). Il riduzionismo e il determinismo biologico assumono che gli elementi biologici, siano essi i geni, gli ormoni, l'anatomia o la struttura cerebrale, si configurino come variabili indipendenti, preesistenti e che influenzano la cultura e la socializzazione (Doell e Longhino, 1988).

A questo punto, è necessario sottolineare come vi siano anche versioni più moderate di queste modalità conoscitive e concezioni filosofiche nella letteratura scientifica, che includono la possibilità di integrazione tra fattori biologici, individuali e sociali nella generazione o determinazione delle identità di genere, delle sessualità e degli orientamenti sessuali.

Quando si parla di essenzialismo, ad esempio, non sempre e non necessariamente il riferimento è verso forme di determinismo di tipo biologico. Infatti, le cosiddette origini o cause dei fenomeni possono essere localizzate o ricercate anche all'interno di altre dimensioni o campi di conoscenza, come nella "personalità", nel comportamento, nella cognizione, nel giudizio morale, o in altre proprietà o caratteristiche possedute dalla persona e considerate costanti, all'interno dell'individuo e slegate dai contesti sociali, culturali e politici (Bohan, 1993). Tale prospettiva può portare ad attribuire tratti, caratteristiche, ruoli o differenze ritenuti comuni per una certa categoria, rendendola in questo modo apparentemente omogenea rispetto ad altre (Butler, 1990). Tra gli esempi possibili, si possono menzionare la presenza necessaria del desiderio di maternità per la donna, forme di aggressività caratteriale per l'uomo, la promiscuità per la persona omosessuale o il lavoro sessuale per la persona transgender.

Questo tipo di essenzialismo non riguarda e non si limita soltanto alla dimensione del genere e della sessualità, ma anche all'appartenenza culturale, alla classe socio-economica, all'abilità e alla generazione. Questi tipi di modalità conoscitive possono creare, pertanto, stereotipi, false credenze, pregiudizi e diseguaglianze, ma anche contribuire ad incentivare dinamiche di patologizzazione, medicalizzazione e inappropriata generalizzazione delle categorie utilizzate e lette come uniformi.

Intorno agli anni '40 e '50 del Novecento, inoltre, anche il costrutto di ruolo sessuale comincia ad affermarsi, intendendolo come comportamento conforme alla posizione sociale che si riveste e come base per le teorie sulla differenza sessuale, ritenuta come una differenza naturale tra i sessi. Molte sono state le critiche a queste prospettive conoscitive, in particolare quelle di matrice post-strutturalista e postmoderna, o provenienti da alcune aree della letteratura femminista, anti-razzista e post-coloniale (Williams e Chrisman, 1993; Sayer, 1997). Nonostante le critiche che sono state avanzate nel corso del tempo, è altresì necessario riportare come vi siano alcuni autori e autrici che hanno messo in risalto la possibilità di non rifiutare del tutto i presupposti delle prospettive essenzialistiche, in virtù di scopi strategici (Fuss, 1990; Spivak, 1990).

Ciò che si vuole mettere in luce è che queste relazioni e attribuzioni di tratti di personalità, comportamenti, ruoli di genere e relazioni causali diversamente teorizzate, sembrano essere più il prodotto di un processo e di un accordo sociale, della prevalenza di particolari sistemi normativi e culturali piuttosto che dati di fatto e di natura, che nel tentativo di produrre generalizzazioni e

classificazioni, rischiano di non lasciare spazio alla costruzione biografica particolare oltre che ad altre forme di significazione socio-culturale possibili.

Si aggiunge, inoltre, che non si vogliono negare altre versioni e interpretazioni più moderate dell'essenzialismo presenti attualmente in campo filosofico, come mette in luce Sayer (1997), le quali postulano la possibilità di costruzione sociale di alcuni fenomeni in particolare, così come la non universalità delle generalizzazioni e la possibilità di cambiamento di alcune variabili nel corso dello sviluppo e della vita di una persona. Ciò che si può mettere in discussione, non è nemmeno l'esistenza, l'utilità o il ruolo della biologia, della genetica, dell'endocrinologia o della neurologia, quanto la possibilità di tali contesti e campi conoscitivi di esaurire il discorso e le spiegazioni rispetto a fenomeni che appartengono all'essere umano, alla sua biografia e ai contesti socio-culturali che abita e nei quali è inserito. Un ulteriore aspetto che si vuole sottolineare come critico consiste nella possibilità di avanzare percorsi conoscitivi e di ricerca che mantengono gli scopi, le prassi e i presupposti dell'essenzialismo o delle varie forme di determinismo, e in generale di quei presupposti e principi considerati validi che si collocano nel realismo monista o ipotetico, laddove il ricercatore o la ricercatrice viene inteso come capace di osservazione e conoscenza oggettiva e neutrale di fenomeni e di "realtà" indipendenti e separati da lui/lei e dal suo sistema di riferimento. Allo stesso tempo, non si vuole scivolare in un'altra forma di riduzionismo spesso associata a questo tipo di riflessioni critiche, data da una prospettiva disincarnata o di determinismo sociale, che taglia fuori l'individuo, il corpo, la sua esperienza e i suoi vincoli e possibilità, ma anzi considerarli parte integrante e fondante dello stesso processo di costruzione della conoscenza e dei fenomeni nel campo della psicologia clinica e delle scienze sociali.

4.2 L'emergenza del postmodernismo

Diversamente da tali prospettive e presupposti conoscitivi, in questa ricerca si aderisce ad un particolare paradigma che può risultare utile nella lettura e nella comprensione dei temi oggetto di indagine, quali l'identità di genere e le sue varianze, come l'esperienza trans e le pratiche psichiatriche e psicoterapeutiche in questo campo. Tale paradigma è subentrato nel campo della conoscenza e dei modi di conoscere come uno scarto rispetto a paradigmi conoscitivi precedenti, e ha permesso di collocare gli "oggetti" di studio nel campo della gnoseologia piuttosto che dell'ontologia dei fenomeni, ovvero nei discorsi sulle modalità di conoscenza invece che sull'esistenza degli stessi.

Il paradigma postmoderno si configura come superamento dell'età moderna, che secondo Lyotard (1979) cominciò ad emergere all'inizio del XX secolo. Il postmodernismo si caratterizza per l'abbandono della fiducia in una realtà oggettivamente conoscibile, aprendo alle possibilità di senso molteplici, instabili e anche antitetiche. I mutamenti sociali e culturali, così come quelli tecnologici portano al costante cambiamento dell'identità e dei presupposti conoscitivi del tempo (Castiglioni e Faccio, 2010), quindi alla loro trasformazione.

Con l'avvento del postmodernismo la questione dell'identità viene messa in dubbio e il corpo e i processi di incorporamento acquistano nuovi significati e rilevanza (Shilling, 1993; Turner, 2008). Le opzioni e le possibilità identitarie disponibili in questo periodo storico si mostrano come innumerevoli, tali da mettere in dubbio l'integrità e la singolarità dell'individuo e dell'identità nel corso del tempo e dello spazio. L'identità postmoderna, o meglio il sé postmoderno (in quanto se usato come sostantivo, il "sé" si collega all'individualità), risulta essere simultaneamente ovunque e in nessun luogo (Gubrium e Holstein, 2000) fino ad essere considerato come una mutevole mescolanza di immagini (Baudrillard, 1988). Il sé sembra avere la necessità di ripararsi dagli stormi di identità che costantemente lo travolgono, saturandolo con molte e incessanti richieste nel corso della vita quotidiana (Gergen, 1991; Gubrium e Holstein, 2000). L'idea di un sé autentico, vero e personale sembra lasciare il posto a diversi processi e modalità di conoscenza, di descrizione e di identificazione di sé, promuovendo diversi e possibili linguaggi dell'identità. L'autenticità viene messa in discussione dai processi di cambiamento e frammentazione sociale che investono il nostro periodo storico e le sue società, rendendo l'integrità e la continuità dimensioni difficili da raggiungere (Gergen, 1991), nonostante possano essere presenti nei discorsi e nelle pratiche della vita quotidiana, nonché in alcune esperienze biografiche e definizioni di sé delle persone in transito, che portano, ad esempio, a rinforzare una posizione essenzialista (Vitelli, 2015). L'ideale della fissità e dell'unità del sé viene inoltre ritenuto problematico anche da altri approcci teorici come quello fenomenologico, e in particolare dal pensiero heideggeriano, che considera l'individuo nelle sue possibilità, desideri e mancanze (Vitelli, 2015), quindi l'identità come in movimento piuttosto che postulandone una struttura e una sostanza definita.

In linea con questo paradigma, il linguaggio assume fondamentale importanza e non viene inteso come avente funzione di rappresentare il reale, bensì nella sua funzione pragmatica e costruttiva. Il significato non è dato a priori e suggerito dagli oggetti del mondo esterno (o interno) bensì prodotto di processi interattivi e relazionali, situati. Esso si configura pertanto come un insieme di

segni che vengono utilizzati da parte di una comunità e che, attraverso giochi linguistici, genera continuamente diverse “forme di vita” (Wittgenstein, 1953). Questi giochi linguistici coinvolgono le stesse teorie scientifiche e principi filosofici: la questione, ad esempio, di come e in quale grado la mente abbia accesso al mondo esterno, viene considerata come un problema a partire da specifici giochi linguistici (Rorty, 1979; Gergen, 1985). Interno ed esterno possono essere considerate come categorie costruite di significato piuttosto che categorie ontologiche.

Anche all'interno del campo dei cosiddetti fenomeni psicologici, il linguaggio assume un ruolo preminente, rendendo possibile intenderli come costruzioni di senso piuttosto che dati di fatto. Possiamo infatti considerare tali fenomeni come connessi agli/le attori/trici e alle loro intenzioni, al contesto e alle varie attribuzioni di significato che vengono scelti nelle specifiche situazioni, ai codici linguistici utilizzati o subiti, agli intenti e agli effetti comunicativi rivolti a se stessi e agli altri. I processi semiotici e linguistici, inoltre, si estendono all'azione, alle emozioni e ai sentimenti delle persone (Salvini, 2011). Il sistema linguistico, infatti, non comprende soltanto le forme verbali e testuali, bensì anche quelle immaginative e iconiche collegate alle pratiche simboliche e sociali che le rendono possibili. Attraverso il linguaggio innumerevoli “realità inventate” vengono costruite e dotate di senso. Tali “realità inventate” non si configurano soltanto come insiemi di simboli, parole e discorsi, ma comprendono anche ciò che esse suscitano e generano, come cognizioni, regole, sentimenti, istituzioni, ruoli e azioni che le confermano e le riproducono. Esse si caratterizzano per la possibilità di diventare reali in diversi modi, dal materiale al narrativo, come le scenografie di una rappresentazione teatrale (Salvini, 2011). La percezione di realtà e il generarsi degli effetti pragmatici delle costruzioni di significato sono date dalla capacità illocutoria e perlocutoria, nonché dalla performatività (Austin, 1975) del linguaggio nelle sue diverse sfumature ed espressioni.

Per queste ragioni non possiamo separare il linguaggio dalle azioni, che invece si sono trovati costantemente legati, dotandolo di valore pragmatico. Le azioni e i gesti sono pertanto intesi come prodotti delle interazioni e delle relazioni, che generano discorsi e narrazioni, attribuzioni di ruolo e di identità. Le varie forme linguistiche sono considerate come azioni discorsive, incorporate dalla persona nella relazione con gli altri, in quanto viviamo e agiamo attraverso le storie e il linguaggio (Gergen e Gergen, 1988; Gergen, 2001; Gergen e Gergen, 2006). La rilevanza della relazione con l'altro e degli effetti pragmatici del linguaggio nella costruzione dell'identità, così come la riflessione critica verso le scienze “oggettive”, trova, inoltre, punti di contatto con altre tradizioni

teoriche, come quella fenomenologico-esistenziale ed ermeneutica (Gadamer, 1960; Armezzani, 2002). Come riportato anche da Sartre, “il linguaggio e la cultura non si trovano all’interno dell’individuo come copie registrate dal suo sistema nervoso. È l’individuo che si trova all’interno della cultura e del linguaggio” (Sartre, 1957, 1988: 113). Nel processo di costruzione dell’identità e dell’immagine corporea di sé, anche quella transessuale o transgender, i sistemi e i processi discorsivi così come lo sguardo dell’altro svolgono un ruolo estremamente importante (Vitelli, 2015; 2018). Nello spazio intersoggettivo, attraverso il rispecchiamento di sé si può trovare una specifica possibilità e collocazione (Vitelli, 2017).

Aderendo ad un paradigma postmoderno e socio-costruttivista, l’individuo e le sue pratiche vengono intesi come costantemente inseriti e interagenti e in tensione con le condizioni storiche, sociali e culturali. I processi di costruzione di conoscenza sono intesi non come slegati dai valori e dagli scopi di chi osserva, ma come il prodotto di scambi sociali. Non c’è una realtà o una verità ultima delle cose, ma semplicemente ciò che condividiamo poter chiamare “realtà” o “verità” (Berger e Luckmann, 1966; Bohan, 1990; Gergen, 1985).

Quando si fa riferimento alle azioni, alle relazioni e ai fenomeni interpersonali e sociali, come il genere, entrano in campo simboli, segni e significati che allontanano i tentativi conoscitivi dall’ambito della natura, riportando le domande e le esigenze nel campo delle relazioni interpersonali, della società, della cultura e del linguaggio che le sostiene e che da loro forma. Termini e costrutti come “comportamento”, “personalità”, “genere” e “identità” non riescono ad essere spiegati come se fossero dati di fatto e di natura, poiché costantemente appartenenti a realtà linguistiche e simboliche che ne indirizzano e modificano i significati.

Spesso l’allontanamento, l’infrazione o la trasgressione delle norme attraverso il comportamento e la condotta non sono associate a cause o fenomeni naturali, ma sociali, in quanto nel loro presentarsi in pubblico mettono in discussione ciò che è stato stabilito essere normale, consueto e stabile a livello socio-culturale, quindi il sistema normativo dominante in un preciso momento storico.

Nel corso della storia si può notare come per le realtà dell’*ermafroditismo*, dell’*inversione sessuale*, del *travestitismo* e del *transessualismo*, variamente denominate e classificate, la diversità percepita fosse ricondotta a problematiche di ordine naturale, biologico o psicologico o ancora a una qualche integrazione tra i due ambiti. Ciò che si può mettere in luce consiste nel fatto che l’infrazione sia giudicata come deviante non per natura ma per una particolare valutazione di

quell'atto, che viene poi attribuita alla persona come caratteristica stabile e naturale, trattandosi pertanto di norme prescrittive, ovvero storiche e sociali, piuttosto che costitutive dell'individuo (Salvini, 1980).

Queste norme sul genere, così come sulla sessualità e sulle preferenze sessuali, possono essere rintracciate non soltanto nei discorsi e nelle pratiche mediche e psichiatriche che si sono susseguite e prodotte nel corso del tempo, ma anche in altri contesti sociali e istituzionali, nei sistemi educativi, politici, famigliari e di trasmissione di informazioni a livello sociale, in interazione tra loro e reiterando in continuazione l'ideale della presenza di realtà e categorie esistenti.

Il paradigma socio-costruttivista (Castiglioni e Faccio, 2010) ha prodotto uno scarto verso la tradizione scientifica moderna e positivista in particolar modo, la quale postula l'esistenza di una realtà fissa che può essere studiata e osservata senza filtri e mediazioni soggettive e culturali (Gergen, 1985; Segal, 1986; Sampson, 1985). Come è stato messo in luce in diverse discipline e campi conoscitivi, e con il contributo particolare della meccanica quantistica, ad esempio con le teorie di Heisenberg (1952), una vera e oggettiva modalità di osservazione e conoscenza del mondo e dei fenomeni, indipendente dai soggetti conoscenti, sarebbe impossibile poiché tali fenomeni inosservabili. Tale paradigma conoscitivo ha sovvertito inoltre il presupposto che sia possibile mantenere distinti i fatti e i valori, ma anzi che i valori, i simboli e i significati sono indistinguibili dai fatti e dal modo di osservarli ed interpretarli (Howard, 1985).

I presupposti della ricerca socio-costruttivista nel campo di applicazione, nello specifico, della psicologia e della psicologia clinica, consistono nell'interrogarsi sui propri presupposti e sulle domande che possono guidare la ricerca (Hare-Mustin e Marecek, 1988). In questo senso, ogni teoria sul genere, come qualsiasi altro tipo di teoria, fornisce rappresentazioni del fenomeno organizzate da particolari cornici teoriche, valoriali e posizionamenti nel contesto della conoscenza.

4.3 Identità come processo interattivo e relazionale

All'interno di un paradigma postmoderno, si assumono le prospettive conoscitive dell'interazionismo simbolico e del costruzionismo sociale come cornici teoriche della ricerca.

L'identità, costruito centrale di questa ricerca, viene considerata come processo di costruzione mutevole e plurale, non conferendo priorità all'idea di una stabilità e coerenza di sé nel tempo e nello spazio, e allo stesso tempo, leggendola come strettamente connessa alle dimensioni del

discorso, delle narrazioni e del fare. L'identità non viene intesa come entità distinta e privata, bensì come un insieme di ruoli, posizionamenti, pratiche discorsive e azioni che si generano attraverso le interazioni interpersonali e sociali (Gubrium e Holstein, 2000; Mühlhäusle e Harrè, 2001).

L'interazione e il linguaggio vengono considerati come elementi fondamentali per la costruzione e le *performance* dell'identità, comprendendo sia l'intenzionalità e l'*agency* presente nelle narrazioni e nelle azioni delle persone, sia i vincoli e le richieste contestuali e situazionali che coinvolgono le persone in interazione e che possono demandare presentazioni di sé e *performance* particolari (Goffman, 1959).

Sia la prospettiva interazionista sia quella costruzionista abbandonano l'idea dell'esistenza di un qualsiasi fondamento ontologico dell'identità. La "mente," il "sé", la "soggettività" o l'"identità" sono termini che rappresentano convenzioni linguistiche, nonché processi di costruzione sociale (Castiglioni e Faccio, 2010). I sé sono finzioni grammaticali, elementi necessari per le pratiche discorsive delle persone che le mettono in campo da particolari punti di vista (Harrè, 1998).

All'interno della prospettiva dell'interazionismo simbolico diverse sono state le teorizzazioni in merito ai processi di costruzione dell'identità che consentono di descriverla come processo relazionale e interattivo emergente.

James (1980) ha sottolineato come gli uomini possiedono tanti sé sociali quanti sono gli altri significativi che interagiscono e riflettono immagini su di sé. Tali immagini sono pertanto plurime e molteplici poiché molteplici sono le interazioni che li coinvolgono. L'autore ha inoltre posto in essere una teorizzazione sul processo di costruzione dell'identità che pone una distinzione tra Io e Me (James, 1980), in seguito ripresa anche da Mead. L'Io è inteso come il Sé cosciente, caratterizzato da continuità, distinzione e volontà. La continuità del Sé cosciente è connessa al senso di identità personale e di rimanere identici a se stessi nel corso del tempo. La distinzione rappresenta il senso di individualità e particolarità in relazione all'altro, mentre la volontà è legata all'elaborazione attiva dell'esperienza. Il Me, invece, rappresenta il Sé conosciuto, ovvero costituito da elementi empirici e contestuali del sé. Da qui, emerge anche la concezione del sé esteso ai contesti e agli ambienti di vita, nonché il costante rapporto di interazione e dialettica tra l'Io e il Me.

Per Mead (1934), stressando la concezione e il rapporto tra Io e Me, l'Io si configura come la parte che fa esperienza, che emerge attraverso la memoria quindi la narrazione ed esplicitazione di eventi, mentre il Me è la fase oggettiva di questo processo. Il Me può essere inteso come la parte

conformista del sé, ovvero l'altro generalizzato interiorizzato (Castiglioni e Faccio, 2010). L'Io e il Me non sono considerabili come entità o cose, ma costrutti teorici utili a descrivere un dialogo e un processo tra voci.

Tali prospettive sono state riprese e utilizzate anche per la costruzione della teoria del sé dialogico (Hermans e Di Maggio, 2009) che configura il Sé come un dialogo costante tra voci e posizionamenti tra scambio e dominanza. Il Sé, in questa prospettiva è inteso inoltre come esteso nel tempo e nello spazio.

Pur non abbandonando completamente la tradizione individualista (Gergen, 1985), entrambi gli autori interazionisti consentono di mettere in luce l'identità come identità relazionale e dialogica. Mead (1934) sottolinea, infatti, la complessità del sé che emerge dalle interazioni sociali, dalle immagini e dalle rappresentazioni che vengono rimandate alla persona dalle altre con le quali interagisce. Il sé non è più considerato come un'entità, ma un processo dal quale emergono immagini, rappresentazioni, descrizioni di sé, dell'altro e del mondo comunque cangianti e mutevoli, come i contesti e le relazioni che abita.

Pur non appartenendo alla tradizione interazionista, l'approccio dialogico può risultare utile nella descrizione dell'identità come primariamente relazionale e interattiva. Per questa ricerca e per le analisi che seguiranno, può essere utile menzionare anche le teorizzazioni di Bakhtin (1973) e in particolare il costrutto di "romanzo polifonico". Nella descrizione dei lavori di Dostoevsky, Bakhtin ha sottolineato l'esistenza di diversi autori quanti erano i personaggi messi in scena dallo scrittore. Così come il possibile narratore, anche il sé e l'identità possono essere intesi come caratterizzati da polifonie di voci e personaggi, e inoltre, incorporati e associati a dimensioni e relazioni spaziali (Hermans e Di Maggio, 2009). Tali assunti conoscitivi e teorici vengono qui specificati in quanto si ritroveranno anche nell'analisi e nella presentazione dei risultati, per la particolare rilevanza del rapporto tra Io e Me e del dialogo tra voci nella costruzione dell'identità. Nel considerare l'identità come processo interattivo, come si è anticipato, i contesti sociali, istituzionali e situazionali rivestono un ruolo importante. L'identità non può essere considerata come una costruzione completamente libera, ma legata a dinamiche e vincoli contestuali.

Goffman (1959) ha posto in essere una prospettiva drammaturgica inerente alla costruzione del sé e dell'identità, considerando la persona come attiva nella gestione delle diverse situazioni sociali che richiedono specifici ruoli, presentazioni di sé, comportamenti e "facciate". Il controllo delle

informazioni è uno degli aspetti fondamentali di questo processo, così come il ruolo delle aspettative di attori sociali o contesti particolari e delle loro reazioni.

Specifici contesti discorsivi possono, inoltre, determinare le condizioni di possibilità della soggettività, come sottolineato da Foucault (1976), contribuendo a creare e generare sé istituzionali (Gubrium e Holstein, 2000). Con questo termine si intendono quelle identità costruite a fronte di contesti e istituzioni che informano e contribuiscono a creare l'identità attraverso peculiari insiemi di norme, simboli e significati e aspettative di comportamento. Tra queste possiamo menzionare le antiche istituzioni psichiatriche, ma anche i recenti servizi istituzionali più o meno residenziali per la salute mentale, e nel caso delle persone trans, particolari servizi e contesti pubblici o sociali per la transizione, come centri per la disforia di genere. Non soltanto particolari contesti che portano con sé il rischio di medicalizzare o patologizzare l'identità della persona ma anche altri contesti all'interno dei quali si creano e vigono norme, regole e aspettative di comportamento, andando a definire un'identità. Si possono menzionare inoltre i processi di costruzione dell'identità e della soggettività che emergono da altri contesti come quelli associativi, particolarmente rilevanti nell'esperienza trans (Mason-Schrock, 1996; Schrock e Reid, 2006).

Numerosi e particolarmente rilevanti a questo proposito sono state le teorizzazioni in seno alle teorie dell'etichettamento (Lemert, 1967; Matza, 1969; Becker, 1963), in particolar modo relative ai processi di costruzione dell'identità deviante. In questa cornice teorica il comportamento deviante viene descritto mettendo in discussione il suo rapporto con la mera trasgressione di norme sociali e/o l'espressione di caratteristiche intrinseche dell'individuo, definendolo come il prodotto di un processo sociale e interattivo.

Rispetto alle possibilità di reazione e gestione dell'identità e dell'etichettamento da parte della persona, Goffman (1963) descrive come quest'ultima sia coinvolta un processo attento e accurato di controllo delle informazioni nei diversi contesti di ruolo e situazionali in cui può essere presente. L'attribuzione di etichette, tipizzazioni, così come di particolari categorie diagnostiche, può contribuire a ridefinire l'identità dell'individuo che le assume su di sé, facendone un genere narrativo (a volte, pensato come l'unico possibile) per la descrizione, il racconto e l'agire della propria stessa identità (Salvini e Galieni, 2006; McNamee, 2002), come nel caso di una persona che si narra unicamente come “depressa”, o unicamente attraverso i criteri di un “disturbo di identità di genere” o “disforia di genere”.

Può essere rintracciata pertanto una circolarità tra ruoli e identità, dove per ruolo si intende quell'insieme di comportamenti specifico di diversi contesti situazionali e che richiama e deriva dal sistema normativo e simbolico del contesto socio-culturale in cui la persona è inserita e interagisce. Il ruolo si configura come un insieme di auto ed eteroattribuzioni e prescrizioni associate alle diverse e possibili posizioni che una persona può assumere nell'interazione (Salvini, Faccio e Dondoni, 2011; Iudici e Verdecchia, 2015). Il comportamento risulta quindi adeguato e appropriato se coerente con il sistema di aspettative, obblighi assegnati all'individuo e pertanto impersonati di conseguenza.

Il sistema di ruoli e di aspettative sociali è particolarmente rilevante per ciò che riguarda l'identità e l'espressione di genere nelle società occidentali. La definizione e la distinzione dei ruoli sessuali e delle loro espressioni è altamente regolata e controllata in queste società (Goffman, 1959), rendendo spesso problematiche le espressioni che fuoriescono o si allontanano da questi ruoli. Non soltanto in termini di comportamenti e azioni, ma i ruoli sessuali dicotomizzati si legano strettamente a quelle che possono essere giudicate come evidenze biologiche, considerando la normalità come l'identificazione e la coerenza tra ruoli sessuali, identità di genere e dimensioni biologiche, oltre che di orientamento e desiderio sessuale (Ruspini e Inghilleri, 2008).

Attraverso queste prospettive e proposte teoriche l'identità può essere letta come un continuo processo di costruzione linguistica, che si genera nelle e attraverso le interazioni e relazioni con l'altro. Questo modo di intendere l'identità consente di connotarla come sociale e necessariamente plurale e in mutamento, piuttosto che come qualcosa di stabile collocato nell'interiorità dell'individuo, decostruendone l'idem derivante dal suo etimo. Inoltre, questa stessa proposta teorica non si mostra come definizione conoscitiva ultima o ontologica dell'identità, poiché essa stessa rimane una costruzione teorica, coerente tuttavia con il livello di realismo concettuale entro cui si colloca.

L'identità si costruisce in relazione al rapporto con l'altro e non risulta di totale proprietà della persona, ma prende le mosse dal sistema normativo e simbolico e dalle regole che governano l'interazione (Salvini, 1988). Per questo motivo si potrebbe aggiungere che la nostra identità è data "in ostaggio all'altro" (Salvini, Faccio e Dondoni, 2011) sia questo concreto, immaginato, o l'altro generalizzato, o che noi ci troviamo sempre in uno stato di "instabilità" in relazione all'altro (Sartre, 1943). L'identità intesa in questi termini può generarsi a partire da sistemi di regole e simboli condivisi, attraverso i quali l'individuo può creare un'identità sociale, producendo versioni

particolari e molteplici di sé sulla base dei contesti e delle forme di interazione che attraversa. Essa si configura inoltre, come un costrutto polimorfico che riflette costantemente le opportunità di significazione e le peculiarità emergenti dal contesto simbolico e linguistico in cui gli/le interlocutori/trici interagiscono. Attraverso il linguaggio, la persona può percepirsi come unica e in continuità con se stessa, creando e mantenendo una coerenza tra i diversi modi in cui si rappresenta, in virtù dei diversi contesti relazionali in cui agisce (Salvini, 2004). L'individualità, l'unicità e la continuità sono quindi configurabili come prodotti della narrazione e della relazione, piuttosto che caratteristiche intrinseche e universali dell'identità (McNamee, 2010).

Queste prospettive consentono di muoversi, utilizzando una metafora, dai movimenti dei singoli ballerini alla danza, dai/le singoli/e atleti/e al gioco, e dalle pennellate di colore all'opera che ne emerge (Gergen, 2009). L'"opera" nella sua globale complessità può essere associata per analogia alle relazioni interpersonali e sociali attraverso le quali i significati e le identità vengono create, sviluppate e modificate. In questo senso, anche il linguaggio utilizzato dagli/le specifici/che interlocutori/trici non è un linguaggio privato, bensì reciproco e condiviso, in cui il significato di una parola non viene trasmesso all'altro, ma creato insieme all'altro nel dialogo.

La relazione, ovvero l'azione condivisa tra persone, viene intesa come processo che eccede e va oltre lo scambio di parole. Parlare e scrivere sono processi linguistici, ma allo stesso azioni corporee, in maniera simile ad altre azioni che possono emergere durante le conversazioni, come sorridere, ridere e guardare negli occhi. Il linguaggio e la relazione includono il coordinamento e il rapporto tra corpi, rendendo, inoltre, la distinzione tra comunicazione verbale e non verbale prettamente artificiale (Gergen, 2009).

Abbiamo detto che il senso di unicità e di coerenza, così come il senso e la percezione di individualità sono il prodotto del linguaggio e della narrazione, e allo stesso tempo prodotti e discorsi della cultura che abitiamo e che ci attraversa. Gergen (2009) riporta l'esempio dei pronomi "io" e "tu" nel dialogo, collocando le loro modalità d'uso nella tradizione del senso comune ormai condivisa e data per scontato, non diversamente da quanto accade quando si parla di un gioco sportivo come il calcio o il baseball oppure quando si discute di fisica, contesti entro i quali specifici termini assumono significati particolari, come i termini "goal", "strikes" oppure "protoni" e "neutroni". Portati all'esterno di questa tradizione o sistema conoscitivo, tali termini perderebbero di senso e significato, così come di adeguatezza. Infatti, nel contesto della fisica, ad esempio, identità e sé individuali non esistono.

Questo si collega, inoltre, alla possibilità di studiare e trattare i fenomeni nel campo psicologico, ove uno schema conoscitivo specifico, appartenente ad esempio al realismo monista può non risultare adeguato. Ad esempio, la neurologia ci può informare di ciò che rende possibile un'attività (definita solitamente come "mentale"), ma non esaurisce i contenuti e il senso di quell'attività. La neurofisiologia del movimento, solo per fare un esempio, non riesce ad informare se il calciatore stia giocando per divertimento o per professione, o cosa intende dirci chi alza il braccio in una stazione affollata o in un'aula scolastica. Per comprendere il senso e il significato di tali movimenti, è necessario entrare nel merito delle regole del gioco, dei simboli, dei ruoli e delle azioni di chi le mette in atto in quel contesto (Salvini e Romaioli, 2016).

Anche le emozioni o espressioni emotive possono essere intese come performance relazionali, anch'esse dipendenti dallo scenario relazionale in cui un'emozione può essere prescritta, regolata o proibita (Hochschild, 1979).

Da queste riflessioni emerge come le diverse forme di descrizione e spiegazione, siano queste scientifiche o di senso comune, si configurino come forme di azione sociale, quindi svolgano funzioni pragmatiche in relazione ai contesti in cui vengono utilizzate (Vygotskij, 1986; Austin, 1975; Gergen e Zielke, 2006; Gergen e Gergen, 2006).

Tali processi relazionali e interattivi si manifestano e si trovano strettamente connessi anche alle diverse modalità di descrizione di sé, degli altri e del mondo. Le persone sono considerate, all'interno di queste prospettive teoriche come impegnate nella narrazione di storie, attraverso le quali acquisiscono e creano conferme e consapevolezza di sé (Dennett, 1978; Gergen e Gergen, 1988). L'identità relazionale è pertanto strettamente connessa e si manifesta anche nella narrazione e nei processi discorsivi messi in atto dagli/le interlocutori/trici nei diversi contesti in cui agiscono e per questo motivo, possiamo affermare che viviamo attraverso le storie, sia nel racconto sia nel "fare" e nell'agire l'identità (Gergen e Gergen, 1988; West e Zimmerman, 1987; Lannamann e McNamee, 2011).

In questa cornice teorica, le narrazioni sono intese come azioni discorsive in quanto acquistano il loro significato dal modo in cui esse sono impiegate nelle relazioni e vengono incorporate (Gergen e Gergen, 1988). Il processo narrativo è, quindi, considerato come una performance messa in pratica dalla persona la quale coinvolge il pubblico in diversi modi attraverso il linguaggio e i gesti, a tutti gli effetti "facendo" e non raccontando in isolamento (Riessman, 2003).

Gli elementi attraverso i quali ci presentiamo a noi stessi e agli altri sono creazioni del linguaggio, emergenti dalle pratiche discorsive di conversazioni interpersonali e dei loro analoghi nelle conversazioni private che vengono denominate come pensiero (Harrè e Gillet, 1994; Harrè e Tisaw, 2005). Tra gli elementi discorsivi che informano dell'identità, si possono menzionare particolari repertori discorsivi (Wheterell, 1998) che possono prendere avvio da tradizioni storiche e culturali condivise o comuni e utilizzate e reinterpretate nelle proprie narrazioni. Ancora, metafore, figure retoriche e posizionamenti soggettivi sono aspetti del discorso e della narrazione che contribuiscono a costruire le identità (Potter e Wheterell, 1987).

4.4 Costruire il genere nelle pratiche quotidiane

Dopo aver introdotto i presupposti e gli assunti conoscitivi che fanno capo alle prospettive teoriche della ricerca, inerenti, in particolare, ai processi di costruzione del linguaggio e dell'identità, risulta necessario entrare nel merito di un altro costrutto, ovvero quello del genere.

In linea con un'ottica postmodernista che enfatizza lo scarto da un'identità considerata stabile e un'identità che si presenta plurale e si trasforma, anche le relazioni e l'identità di genere vengono descritte come una continua costruzione sociale e personale. Esse si creano, si modificano e assumono senso nelle narrazioni, nei discorsi e nel continuo mettere in pratica queste relazioni (Garfinkel, 1967; Butler, 2004; Bornstein, 1994; Prosser, 1998).

Una delle discipline storicamente più rilevanti per questo tipo di riflessioni teoriche e dalla quale riprendiamo i presupposti collegandoli alle nostre prospettive teoriche, è costituita dall'etnometodologia, disciplina che ha come scopo quello di problematizzare le categorie di genere ritenute realtà, stabili e naturali e pertanto date per scontate, mettendone in luce il carattere costruito e legato alla pratica quotidiana e situata.

Sulla scorta delle precedenti teorizzazioni poste in essere da Goffman (1971) rispetto alla costruzione del Sé e del genere come risultato di un processo di gestione delle impressioni nelle interazioni. L'autore mette in luce come anche per il sesso non vi possa essere una verità biologica ultima che lo possa spiegare, sostenendo che attraverso questo ogni divisione dei corpi in due sessi di riferimento è il risultato in modo particolare dell'applicazione di significati attraverso il linguaggio (Goffman, 1977). Le identità di genere sono delle presentazioni o delle performance che vengono gestite e maneggiate piuttosto che rappresentazioni ed espressioni di verità ultime e interne e biologiche (Goffman, 1959).

Uno degli esponenti di spicco della disciplina etnometodologica è Garfinkel (1967), che ha contribuito in modo rilevante alla concezione della costruzione del sé e dell'identità di genere come rappresentazione di questo verso gli altri e il pubblico. In questo il senso, il genere si configura come una *performance*, in maniera diversa dalle prospettive precedentemente incluse, ovvero un fare, una pratica costante che viene stabilizzata nella vita quotidiana in base a retoriche e azioni che costruiscono e definiscono incessantemente la propria identità di genere (Garfinkel e Sacks 1970; Heritage, 1984).

A partire dalla descrizione della storia di Agnes (Garfinkel, 1967), lo sforzo è quello di mettere in luce il processo di realizzazione di quello che generalmente viene ritenuto e dato per scontato come naturale, normale, o costituito di una natura essenziale e come tale non problematizzato nella quotidianità (West e Zimmerman, 2009; Goffman, 1977). La storia descritta e interpretata da Garfinkel ha riguardato la vita di Agnes, una giovane donna transessuale che cominciò a definirsi, esprimersi e comportarsi come donna intorno all'età di 17 anni, la quale intraprese una terapia ormonale nel periodo adolescenziale e successivamente si sottopose a interventi di chirurgia per la riattribuzione del sesso, seguita inoltre dal punto di vista psichiatrico da Stoller. Garfinkel, attraverso la pratica metodologica dell'etnometodologia, mette in luce a partire da questa storia come il genere venga prodotto nell'interazione e allo stesso tempo strutturi l'interazione stessa. Enfatizza e analizza in particolar modo il processo del *passing*, ovvero la dinamica del "passare" come una persona del genere desiderato in pubblico, in maniera "normale e naturale". Nel caso di Agnes, Garfinkel mette in luce questo processo e necessità dato dalla gestione sia di aspetti corporei sia di aspetti biografici legati al fatto di non aver avuto un'infanzia e un'educazione tipicamente "femminili". Agnes si sperimenta nella vita quotidiana e nelle relazioni come donna, e imparando a presentarsi e ad agire come una "donna", quindi creando e definendo, per sé e per gli altri, l'essere donna. Viene sottolineato inoltre come questo processo non implicasse l'imitazione o la recitazione di una parte, piuttosto il fatto che Agnes fosse in un qualche modo obbligata a riconoscere gli elementi sociali e culturali legati all'essere donna e alla femminilità nel contesto socio-culturale di riferimento, appropriandosi di questi e ricostruendoli nelle sue pratiche e interazioni quotidiane (Sassatelli, 2006; West e Zimmerman, 1987; Garfinkel, 1967). Il riferimento sociale e simbolico a lei disponibile rimaneva quello di un sistema binario del genere, quindi costituito dal dare per scontato la naturalità e la normalità di due sole categorie di genere nelle quali l'essere umano può essere suddiviso, ovvero quelle dell'uomo e della donna.

In accordo con queste coordinate teoriche, cominciano ad emergere dopo i lavori di Garfinkel, altre prospettive teoriche e lavori che si concentrano sui processi dell'interazione e delle relazioni quotidiane nei diversi contesti di vita. Uno degli elementi che maggiormente è stato oggetto di approfondimento e discussione, considerato pertanto particolarmente rilevante per l'etnometodologia, è il fatto che le relazioni e i rapporti di genere vengono costruiti e ricostruiti nel corso della vita quotidiana, attraverso il loro metterli in pratica.

In questo senso, ogni persona è impegnata nel produrre una particolare versione della femminilità o della mascolinità socialmente e culturalmente accettabile a confermare le aspettative di normalità dello sguardo dell'altro e dei gruppi sociali (Holstein e Gubrium, 2008).

Tra le autrici che hanno approfondito e sviluppato la pratica etnometodologica sulla scorta dei lavori di Garfinkel vi sono Kessler e McKenna (1978), le quali sostengono che maschile e femminile non siano condizioni naturali, bensì eventi culturali, prodotti da processi di attribuzione di genere che vengono praticati nel quotidiano, e non un insieme di tratti o caratteristiche psicologiche, comportamentali o corporee (Stryker e Wittle, 2006; West e Zimmerman, 1987).

Secondo le autrici, il processo di attribuzione di genere generalmente crea e mantiene anche la dicotomia di genere e l'idea che questa sia prodotta dalla natura e dalla biologia. Il processo riproduce la realtà dicotomica di genere tralasciando le possibili differenze e diversità e assumendo un rapporto diretto e non problematico tra l'anatomia e l'apparenza esteriore.

In questo senso, maschile e femminile possono essere intesi più come eventi culturali che fatti naturali in quanto si basano su un processo che si sviluppa simbolicamente nel tempo. L'anatomia genitale viene presa come riferimento per la distinzione sessuale e di genere alla nascita, e successivamente viene data per scontato e solamente presunta nelle interazioni quotidiane per via delle generali regole sociali implicite ed esplicite che non prevedono la validazione visiva dell'anatomia. È anche per queste ragioni che l'altro diventa particolarmente importante in questo processo di conferma e riconoscimento di genere. Ogni persona crea il proprio genere, ma allo stesso tempo crea la convinzione e rende possibile la percezione dell'esistenza di due soli sessi e generi (Kessler e McKenna, 1978).

Altri autori che hanno fornito un contributo importante per le teorizzazioni e gli sviluppi nell'ambito etnometodologico sono West e Zimmerman (1987), i quali, sulla scorta degli approcci teorici e metodologici di Goffman (1967; 1977), Garfinkel e Kessler e McKenna, sostengono che il genere sia qualcosa di continuamente prodotto nelle interazioni sociali, attraverso l'uso delle

concezioni normative prevalenti e dominanti. Il genere è pertanto un prodotto di pratiche sociali, che avviene e si costruisce anche senza che le persone se ne rendano conto o lo riconoscano esplicitamente, proprio poiché quotidiano. L'individuo può agire in accordo oppure come forma di resistenza e contrasto verso le rappresentazioni comuni del genere, le norme e le aspettative sociali. Questo "fare il genere" (*doing gender*) è messo in pratica e valutato dall'altro nell'interazione, e ogni persona è considerata responsabile di questo processo. Questa teorizzazione è cruciale nello sviluppo di una nuova analisi dell'intenzionalità e dell'agency e della consapevolezza della propria identità di genere. Attraverso le circostanze particolari e le interazioni quotidiane di ogni tipo, vengono creati il genere e le differenze di genere, ad esempio tra uomo e donna e viene così mantenuto e stabilizzato l'ordine dominante di genere. In questo processo si trovano implicati i comportamenti, le condotte e le interazioni di tutti i giorni e in contesti differenti, nei contesti di lavoro, nella politica, nei sistemi medici e legali, religiosi e culturali, e ciò che si genera non è tanto una rappresentazione o una particolare espressione di genere, ma il genere stesso.

West e Zimmerman aggiungono inoltre che il genere non viene creato in maniera completamente libera e arbitraria, ma che le persone devono "rendere conto" del proprio comportamento e della propria condotta di genere nella società e nel suo ordine di genere (Connell e Pearse, 2009).

Successivamente West e Fenstermaker in "Doing Difference" (1995), in virtù di alcune critiche ricevute anche inerenti il fatto di non includere argomentazioni precise sulle dinamiche di potere e la riproduzione delle disuguaglianze di genere (Collins, 1995; Smith, 2002; Brickell, 2006), aggiungono alle concettualizzazioni inerenti il fare e mettere in pratica il genere, i rapporti continui tra genere, appartenenza culturale ed etnica, classe socio-economica e le loro implicazioni. In questo senso, le differenze vengono prodotte anche a partire da distinzioni e discriminazioni che coinvolgono certi membri della società inerenti alle categorie sessuali, all'appartenenza culturale e alla classe sociale. Differenze che anche in questo caso sono lontane dall'essere realmente naturali, normali o essenziali (West e Zimmerman, 2009). Il "fare il genere" (*doing gender*) può anche comportare il "fare il potere" (*doing power*), così come l'uomo può fare e creare il dominio maschile e le donne il fare e creare la deferenza (West e Zimmerman, 1991, p. 32).

Anche in questo caso, così come nelle prospettive teoriche post-strutturaliste (Foucault, 1976; Derrida, 1967; Haraway, 1985; Butler, 1990; 2004; Connell, 2005) e queer (De Lauretis, 1991; Sedgwick, 1990; Butler, 1993), viene rifiutata una concezione del genere essenzialistica e

naturalistica. Non ci sono da questo punto di vista delle categorie che rappresentano delle realtà naturali. La persona viene genderizzata attraverso le pratiche sociali, attraverso ad esempio il linguaggio che permette di costruire, attribuire e scambiare significati e assumerli come reali. Anche gli attributi sul corpo considerati come segni biologici, come i genitali, non hanno significato precedente all'interazione sociale e all'organizzazione sociale che lo costruisce e lo veicola (Brickell, 2006).

4.5 Genere, performance e corpo

Attraverso le prospettive e le riflessioni teoriche descritte, si condivide e si vuole sottolineare la concezione che ciò che chiamiamo “genere” non appartiene al mondo della natura, bensì a quello del linguaggio. Genere, identità, corpo e sessualità non sono definibili come realtà ontologiche e dati di fatto, ma come costrutti di senso e significato che si modellano a seconda delle esperienze, delle situazioni biografiche e dei contesti socio-culturali e dei periodi storici (Salvini, 2008).

Essere “uomo” o “donna” non viene intesa come una condizione predeterminata, che esiste prima delle parole e delle pratiche messe in campo per descrivere queste categorie. Esse sono il risultato di un continuo e incessante processo di cambiamento e costruzione (De Beauvoir, 1949; Connell e Pearse, 2009; Butler, 2003; West e Zimmerman, 1987).

Siamo soliti costruire e performare il genere attraverso il linguaggio, i discorsi, i sistemi di segni e simboli e le pratiche sociali e culturali. L'essere umano e le sue pratiche sono il risultato di significati culturali, di relazioni sociali e poteri politici. Utilizzando il termine “destino” come metafora e decostruendone l'origine causale, non è pertanto la biologia, ma piuttosto è la cultura che diventa un *destino* (Butler, 1990).

Costruiamo il genere non solo attraverso la testualità e le parole di cui disponiamo o che rendiamo effettive in ogni momento e circostanza, ma anche attraverso simboli e segni che esprimiamo attraverso la nostra corporeità: il modo di vestire, di parlare, di camminare, di atteggiarsi e approcciarsi verso l'altro e i contesti di vita, sociali e istituzionali. Il genere viene spesso usato come strumento per costruire l'ordine della vita sociale, e in quanto tale e con tale funzione, viene spesso espresso attraverso quelle modalità che sono generalmente prescritte e richieste dalle convenzioni e dalle norme sociali, lasciando uno spazio particolarmente ridotto per modalità di espressione e costruzione differenti nella vita sociale quotidiana. Per tale motivo, il genere arriva ad assumere la portata di un'istituzione sociale, come uno dei maggiori modi attraverso i quali gli

esseri umani organizzano le loro vite (Lorber, 1994).

Le persone agiscono in base ai significati che attribuiscono agli eventi e attraverso le regole che scoprono e condividono durante l'interazione, sia con se stessi che con gli altri (Blumer, 1969; Berger e Luckmann, 1966). Attraverso le relazioni e le interazioni quotidiane i fenomeni vengono costruiti e ricostruiti, trovandosi sempre potenzialmente in costante cambiamento. Per tale ragione, le configurazioni di realtà (linguistiche, discorsive e socio-semiotiche) del genere, del sesso e della sessualità, solo per limitare il campo, possono essere intesi come processi discorsivi, interattivi, simbolici e relazionali che stanno alla base della costruzione dell'identità, della propria biografia e delle relazioni contestuali e istituzionali in cui gli individui si trovano sempre in relazione tra loro, costruendo società attraverso le interazioni (Harrè e Gillet, 1994; Plummer, 2002).

Uno degli elementi direttamente connessi e rilevanti nella costruzione della realtà è costituito dall'intenzionalità e dall'*agency* degli/le interlocutori/trici. L'intenzionalità svolge attivamente un ruolo non solo in riferimento alla biografia delle persone, ma anche nella cultura e nei contesti che abitano e in cui sono inserite. In un processo interattivo, di scambio e tensione, inoltre, anche i sistemi di conoscenze, i discorsi e le rappresentazioni socio-culturali possono influire e contribuire alla costruzione del senso di sé interiorizzato e incorporato dell'attore sociale (Gagnè e Tewksbury, 1999) che li fa propri, li reinterpreta e li utilizza. Le narrazioni e le costruzioni linguistiche consentono di dare senso alle esperienze collettive e personali, in maniera sempre contingente, situata e riflessiva.

In riferimento al genere e alla sessualità e alle loro costruzioni di senso, le persone raccolgono informazioni per costruire un'essenza o un'idea di essenzialità per sé, nel processo di diventare e svilupparsi e possedere un'identità sessuale (Plummer, 2002) o di genere. Questo si configura come un processo centrale per il divenire soggetti, e l'"essenza", così come la "realtà" e la "verità" vengono prodotte come un effetto, una conseguenza pragmatica con esiti "reali", piuttosto che esserne all'origine (Brickell e Taylor, 2004; Blumer, 1969; Salvini, 1988). Inoltre, non sono escluse da questi processi, bensì interagenti tra loro, in tensione o in conflitto, altre costruzioni e configurazioni di realtà, come l'appartenenza etnica, religiosa, la classe, la generazione, sono articolati e esperiti in uno spazio di pratiche sociali (Stein e Plummer, 1994).

Da queste riflessioni, una delle chiavi di lettura che emerge come particolarmente rilevante, viene qui approfondita come costruito e snodo analitico utile per la comprensione del genere e dell'identità. Si tratta degli argomenti relativi alla *performatività*, particolarmente indagata e

utilizzata in prima battuta da Butler e alla *performance*, enfatizzata dai lavori di Goffman, Garfinkel, West e Zimmerman e Kessler e McKenna e applicate da loro nel campo del genere.

Il termine “performatività” ha origine dai lavori di J. L. Austin (1975) in ambito filosofico e linguistico. Austin intende con il termine “performativo” quella classe di enunciati che non descrivono semplicemente stati preesistenti ma che portano gli stati ad esistere, ad esempio frasi come “chiedo scusa”, “prometto” ecc. enunciati in appropriate condizioni, performano, ovvero rendono concreto ed effettivo l’atto di chiedere scusa o la promessa. Con la teoria degli atti linguistici, Austin afferma che il linguaggio non è solo un sistema astratto di differenze negative, ma è sempre gestito e compreso da e attraverso particolari atti linguistici, con particolari intenti comunicativi. Il processo dell’atto e della costruzione linguistica è sociale, interpersonale e non slegato dai contesti extra linguistici.

Il termine *performance* può includere e fare riferimento a diversi impianti teorici e significati. Con tale termine, ad esempio, si può fare riferimento alla *performance* intesa come imitazione, come costruzione o come movimento dinamico (Conquergood, 1998).

Nonostante le differenze nell’uso dei termini *performance* e *performatività* nelle diverse prospettive teoriche che li hanno approfonditi e li hanno fatti propri in termini analitici e interpretativi, ciò che si vuole sottolineare attraverso questi costrutti è la trama narrativa che li lega, ovvero la rilevanza conferita ai processi di costruzione sociale, discorsiva, narrativa, interattiva e relazionale del genere e delle identità (Brickell, 2003).

Tra i/le differenti autori/trici che ne hanno approfondito i significati e le implicazioni, possiamo introdurre Goffman (1956), il quale analizza il genere come *performance*, affermando che non esistono delle condizioni naturali e predefinite in origine di femminilità e maschilità. Il *self*, l’identità, così come il genere, vengono costruiti, definiti e gestiti nelle interazioni quotidiane, al fine di regolare lo scambio incessante e inevitabile di impressioni degli altri su di sé e definire, in questo modo, la situazione rendendola gestibile e ordinata (Goffman, 1971). Goffman introduce la metafora del palcoscenico, ovvero della messa in scena di particolari rappresentazioni e immagini di sé che vengono presentate in pubblico e praticate invece nel privato, ovvero nel retroscena del palcoscenico. In tale processo di *performance*, inoltre, la persona non è completamente libera di scegliere e agire la propria parte e il proprio ruolo, in quanto essi dipendono in gran parte dai *frames* disponibili a livello sociale che forniscono e disegnano i limiti per la presentazione di sé in pubblico.

Dalle teorizzazioni di Garfinkel, invece, e in particolare dalle analisi sulla storia di Agnes (1967), la performance è intesa come quel processo che permette di realizzare e produrre il genere. Per Garfinkel, la storia di Agnes è esemplificativa di un processo condiviso da tutte le persone, che sono coinvolte in questo processo di presentazione e conferma di sé come persone e soggetti di genere, e che avviene senza che le persone si soffermino a pensare a ciò che si sta mettendo in atto e producendo. A differenza di Goffman, introduce poi la possibilità che il genere non venga costruito e validato solo a livello episodico e in relazione a particolari situazioni, ma in un processo temporale continuo e incessante che investe la biografia di ogni persona.

Kessler e McKenna (1978), successivamente, mettono in luce i processi di creazione e attribuzione di significato in relazione alle identità di genere e ai relativi corpi. Tali processi coinvolgono sia gli/le attori/trici sia gli/le interpreti di queste performance, che vengono guidate da regole e norme sociali per l'attribuzione del genere al corpo, finendo poi per essere concepite come fatti naturali e oggettivi.

A loro volta, West e Zimmerman (1991) affermano che noi creiamo il genere nell'interazione con l'altro virtuale e reale, cercando di gestire e mettere in campo processi di auto-nel tentativo di validare la correttezza delle proprie azioni e delle proprie pratiche. Gli autori sottolineano che tutte le caratteristiche socialmente attribuite al sesso e al genere non possono essere disgiunte da processi di significazione socio-culturale, simbolica e interpersonale.

In maniera differente, Butler (1988), riprendendo a supporto e sviluppando le concettualizzazioni della psicoanalisi, degli atti linguistici di Austin e il femminismo materialista di Wittig in particolare, sostiene che il genere non è una identità stabile o il contesto di agency dal quale procedono e nascono i vari atti, ma è un'identità che si costituisce e si forma nel tempo attraverso un processo di ripetizione di questi atti. La ripetizione include la riproduzione delle norme attraverso il linguaggio, le quali vengono rese oggettive attraverso l'atto linguistico, non tanto da parte di un soggetto in particolare, quanto invocando un soggetto. Butler, pertanto, sostiene che il genere è portato ad essere performato e reso concreto in maniera simile agli enunciati austiniani attraverso la *performance* di certi atti che sono culturalmente intesi e definiti come genderizzati.

Pertanto, la naturalità e l'essenza del sesso e del genere, più che dati certi dovrebbero essere intese come altre costruzioni sociali, nonostante queste siano prodotte attraverso processi performativi diversamente teorizzati. Esse possono essere considerate come l'effetto di tali performance, più che la base che rende possibili le performance e le rappresentazioni che le riguardano.

La maggiore tensione che si genera in questo processo e nelle sue interpretazioni teoriche, è data dalla considerazione e dalla collocazione ontologica di questa performance, pertanto collegata all'agency e all'identità delle persone. Per Butler l'identità tende a non essere considerata come esistente, ma come un prodotto del discorso, mentre nelle altre prospettive qui inserite, essa viene prevalentemente intesa come una costruzione riflessiva e interattiva. Ciò che si vuole mettere in evidenza in questo contesto riguarda, in particolar modo, la considerazione dell'identità e dell'intenzionalità delle soggettività come strettamente legate alla performance, alle risorse simboliche e contesti socio-culturali in cui questi processi vengono ospitati (Brickell, 2003).

In questo senso la performatività e la *performance* vengono considerate particolarmente rilevanti nella costruzione del genere, in quanto processi di costruzione attiva e interattiva di fenomeni e configurazioni discorsive di realtà (Denzin, 2003).

Le performances vengono costruite e messe in pratica attraverso e nel linguaggio, l'interazione e le relazioni. Il linguaggio ha pertanto il potere di costruire realtà che appaiono ontologicamente e oggettivamente reali, indipendenti dal linguaggio stesso (Berger e Luckmann, 1966). Gli oggetti, i fenomeni vengono così costruiti e resi tali da processi linguistici performativi, che generano effetti pragmatici nelle biografie e nella vita sociale delle persone (Denzin, 2003; Austin, 1975; Derrida, 1967; Gergen e Gergen, 2006; Salvini, 2004). Inoltre, attraverso gli atti performativi la stessa realtà può essere decostruita e ricostruita, trovare spazi di resistenza e cambiamento.

Un'ulteriore tematica particolarmente importante ed emergente da queste prospettive e riflessioni è quella del corpo e della corporeità, strettamente connessa con i processi di significazione e costruzione simbolica, linguistica e performativa.

Dalle teorizzazioni e critiche descritte in questo capitolo, emerge come condivisa l'idea che il corpo possa essere letto come costruzione e prodotto sociale più che come fenomeno biologico (Vance, 1989; Shilling, 1993; Crossley 2001; Featherstone, Hepworth, e Turner 1991; Turner 1984). Il corpo è capace di trasformarsi e diventare strumento simbolico di espressione del proprio sé (Gagnè e Tewksbury, 1998).

Dalla tradizione pragmatista possiamo riprendere la concezione degli esseri umani come agenti attivi e creativi, e che le loro soggettività e le loro azioni non esistono in un tempo precedente al linguaggio, ma emergono nel linguaggio e nelle interazioni.

Il corpo può pertanto essere inteso come insieme di segni e simboli che ne costruiscono il senso, sia a livello individuale che sociale. Per tale motivo il rapporto tra corpo e linguaggio è stretto ed

incessante, poiché il linguaggio che è inscindibile dall'azione e il corpo è allo stesso tempo comunicazione e performatività.

In questo senso uno degli aspetti che assume particolare importanza per la sua portata di costruzione di senso e azione sono i processi narrativi e discorsivi. Il sé e l'identità non nascono con un corpo che diventa il veicolo attraverso il quale l'identità può interagire con altri aspetti del sé, dovuti ai significati sociali assegnati al corpo, reagisce e interagisce con il soggetto incorporato e con i suoi corpi (Gagnè e Tewksbury, 1999; Gagnè, Tewksbury e McGaughey, 1997). Il corpo è sempre più che tangibile e materiale, fisico e oggetto corporeo, ma anche un oggetto sociale. Il corpo inteso come oggetto non può essere separabile dal corpo come soggetto, in quanto emergenti e in relazione l'uno con l'altro (Waskul e van Riet, 2002). Il processo di "embodiment" è pertanto un processo in cui il corpo come oggetto viene attivamente esperito, prodotto, sostenuto e/o trasformato come un corpo soggetto.

Come descritto da Waskul e van der Riet (2002), una persona non abita e non è rinchiusa in un oggetto statico ma è soggettivamente incorporata in un processo fluido, emergente e negoziato di costruzione del sé, anche corporeo. In questo processo, il corpo, il sé e le interazioni sono interconnesse e in relazione costante, così che le distinzioni tra corpo e identità possono essere lette come permeabili, manipolabili e diversamente configurabili. In questo senso, non vi è un corpo senza un sé riflessivo e agente, così come non vi è un sé senza un corpo riflessivo e agente. L'interazione incorporata è un processo attivo semiotico e di costruzione di senso, che può essere informato anche da relazioni di potere. Per questo si può parlare di un corpo che è socio-semiotico e riflessivo (Waskul e Vannini, 2006), come si può riscontrare anche nei processi di costruzione dell'identità di genere e delle esperienze trans, in cui l'intreccio tra simboli e significati sociali e lo sguardo e le interazioni con l'altro svolgono ruoli importanti.

Il corpo e l'identità, in particolar modo nella costruzione della dimensione del genere, ma anche del sesso e della sessualità, si trovano pertanto indisciungibili dal linguaggio, dalla narrazione e dall'azione. Le persone possono essere intese, in questo senso, come realizzazioni narrative (Denzin, 1989; Holstein e Gubrium, 2008; Gergen e Gergen, 1988).

Gran parte dei lavori sul corpo è stata fortemente influenzata dai lavori femministi, e ha messo in evidenza il genere anche nei suoi aspetti materiali e corporei. Una delle critiche o perplessità che potrebbero essere attribuite alle prospettive interazioniste e costruzioniste è quello di non includere

nelle loro riflessioni teoriche e nelle loro analisi, la materialità del corpo, considerando soltanto la sua costruzione simbolica, discorsiva e socio-culturale.

Come si è cercato di descrivere, nella differenza tra il corpo come testo e il corpo come esperienza vissuta (Plummer, 2002) si cerca di privilegiare una prospettiva che le consideri entrambe e non escluda il dialogo, facendo entrare nel campo la “stuffness” of life (Holstein e Gubrium, 2000, p. 507), pur sempre aderendo al presupposto e alla riflessione teorica sull’impossibilità di allontanarsi dal panorama discorsivo e sociale che continuamente dà senso e costruisce i fenomeni (Gergen, 1998).

I processi di modificazione, di attribuzione di senso e significato, le aspettative e le intenzioni verso e attraverso il corpo, possono essere intese e comprese come immerse nel simbolico e nelle pratiche materiali. A questo proposito, inoltre, il corpo viene spesso descritto e interpretato secondo un’ottica postmoderna e secondo alcuni autori e autrici, stiamo entrando nell’era del post-umano e del cyborg (Haraway, 1985; Braidotti, 2013) ove il rapporto tra tecnologia, materialità e significazione viene enfatizzato in una prospettiva futura in cui vengono considerati sempre più stretti e indisciungibili. Tale rapporto si configura come particolarmente complesso nel caso di quelle persone trans che, nelle loro narrazioni, tendono a confermare il binarismo e l’essentialismo in relazione al proprio corpo e alla propria identità di genere più che la contingenza e il cambiamento (Vitelli, 2017). Tuttavia, non è possibile sancire a livello teorico un riferimento ad una autenticità pura o ad un vero sé così come ad un allontanamento necessario dalla prospettiva post-umanista, in quanto il post-umano può essere considerato come già presente nelle storie e nelle pratiche a nostra disposizione (Rabinowitz, 1995).

Infine e in virtù di queste riflessioni, il processo narrativo si configura come una forma di “*working subjectivity*” e come un sito di tensione discorsiva tra le narrazioni di sé e i discorsi socio-culturali e istituzionali che fanno da cornice alla nostra soggettività incorporata (Holstein e Gubrium, 2008). Tale processo può essere ulteriormente inteso come un insieme di giochi linguistici situati e usati per raccontare e parlare dei corpi e attraverso i quali li negoziamo, li creiamo e performiamo, li mettiamo in relazione o in conflitto, e viviamo le conseguenze che essi stessi generano (Waskul e Vannini, 2006).

4.6 Altre complessità

Come abbiamo cercato di mettere in luce, la dimensione semantica del genere è spesso ritenuta centrale per l'identità, essa si trova presente in maniera costante e incessante nelle nostre interazioni e relazioni quotidiane, manifestandosi, iscrivendosi e parlando dei corpi, dei comportamenti, delle modalità di pensiero e dei sentimenti di ogni persona.

Attraverso tali processi, la percezione di sé come “uomo” o come “donna” che si sviluppa e si tende a confermare nel corso del tempo biografico viene poi spiegata e pensata, in assenza di problematizzazioni, come un risultato naturale e inevitabile che deriva dall'apparenza dell'apparato genitale specifico, ritenendo i segni del sesso biologico come precursori e presupposti dell'identità di genere o di un'identità sessualmente tipizzata (Lorber e Farrell, 1991; Lorber e Moore, 2002; Salvini, 2004).

Tutti questi processi possono pertanto portare a confermare, sancire e oggettivare le stesse categorie di genere e sistemi conoscitivi di genere più ampi, mettendoli costantemente in pratica e agendoli, senza la necessità di pensarli, confondendoli per processi naturali.

I contesti e le tradizioni socio-culturali, in particolare quelli occidentali in cui circoscriviamo specifici sistemi conoscitivi come il binarismo di genere, svolgono un ruolo fondamentale nel creare e nell'attribuire i significati relativi al genere, alla sessualità, al maschile e al femminile, insieme ai significati che le persone attribuiscono a queste dimensioni nelle esperienze della vita quotidiana che allo stesso tempo li ospitano (Denzin, 1992; Cahill, 1989; Power, 1985; Deegan e Hill, 1987; Kessler e McKenna, 1978; Garfinkel, 1967).

La dimensione del genere, così inteso e costruito, si riscontra pertanto in numerosi aspetti e circostanze della vita quotidiana e delle nostre interazioni nei diversi contesti che attraversiamo, e la si può sottolineare non tanto come dimensione astratta, indipendente e isolata, ma come in stretta relazione con altre dimensioni e categorie di senso che contribuiscono a costruire l'identità e a renderla un processo complesso.

Sviluppato a partire dalle prospettive femministe e anti-razziste, l'approccio intersezionale (Collins, 2002; Crenshaw, 1991; Yuval-Davis, 2006; McCall, 2005; Nash, 2008) ha consentito di mettere in luce come le diverse e possibili combinazioni delle dimensioni e delle relazioni sociali come quelle che coinvolgono il genere, l'appartenenza etnica e religiosa, la sessualità, la classe socio-economica, l'abilità fisica e la generazione, contribuiscano e siano implicate a creare le identità sociali, così come diseguaglianze e rapporti di potere (Dozier, 2005; Schilt e Westbrook,

2009; Butler, 1990). Infatti, oltre al binarismo di genere e alla coerenza tra sesso, genere e ruoli di genere, gli ideali della cosiddetta normalità si trovano spesso associati nelle pratiche e nei discorsi quotidiani all'essere bianchi, appartenenti ad una classe sociale medio alta e ad un orientamento eterosessuale (Collins, 2002; Connell, 2005).

Anche nel caso delle persone in transizione, la socializzazione verso un genere diverso può comprendere diverse modalità di apprendimento inerenti la "razza" o l'appartenenza etnica e religiosa, la classe socio-economica o la sessualità che informano e guidano altri significati rispetto alle presentazioni nei contesti sociali del proprio genere (DeVries, 2012; Valentine, 2007). L'intersezione di queste possibili dimensioni può essere rilevante non solo nella socializzazione verso una particolare categoria di genere e presentazione di sé, ma anche per il ruolo che svolgono nella costruzione dell'identità personale e sociale, quindi nelle relazioni con gli altri, nelle diverse circostanze situazionali, interpersonali e istituzionali e nei diversi effetti che generano.

Alcune intersezioni e combinazioni tra queste dimensioni possono risultare particolarmente salienti e/o critiche anche nel campo della transizione di genere e delle esperienze trans in generale (Stryker, 2006; DeVries, 2012; Koyama, 2003).

Queste complessità che affiorano dalle intersezioni di diverse relazioni sociali e dimensioni di senso messe in luce dalla prospettiva intersezionale si aggiungono al modo di intendere l'identità come multipla e plurale, composta da diverse voci e identità stesse.

In questa cornice, possiamo avanzare la riflessione teorica che scorge nelle esperienze trans la capacità di mettere in discussione la rigidità e la solidità delle categorie e del binarismo di genere, sebbene non ricercata in tutte le storie (Vitelli, 2015) facendo vacillare e problematizzando le forme e le concezioni comuni della femminilità e della mascolinità, così come del rapporto tra genere e sesso, oltre che delle altre relazioni possibili, facendo emergere, così, tutta la complessità e la relazionalità dell'identità.

Le esperienze e le biografie delle persone trans permettono di mettere in risalto, inoltre, la complessità delle relazioni tra genere, eteronormatività, cambiamenti socio-culturali e postmodernità. Esse consentono di sottolineare e approfondire come sono cambiati i processi di costruzione identitaria nel corso del tempo rispetto alle società moderne o tradizionali (Ruspini, 2008). Cambiamento dei processi di costruzione identitaria generato e sviluppato anche dalle costanti e nuove tecnologie nel campo medico e chirurgico che offrono e accompagnano le nuove opportunità di identità emergenti.

Tuttavia, come si è cercato di mettere in luce nei capitoli precedenti, l'identità trans non è prodotto della postmodernità al contrario dei discorsi che la investono (Stryker e Whittle, 2006; Namaste, 1994; Prosser; 1998), parlando prima di esperienze e vissuti in prima persona e poi dell'esperienza trans come espediente narrativo per porsi degli interrogativi sulla società e sulla cultura relativamente al genere e ai suoi rapporti con il sesso biologico, la sessualità, gli orientamenti sessuali e le corporeità.

Le esperienze di genere, sia quelle che variano e mutano sia quelle di routine, si configurano come costantemente legate a processi sociali e di interazione che includono rituali, drammi e tragedie processi interattivi, storie che le persone raccontano rispetto alle loro biografie e alle rappresentazioni di queste esperienze presenti nelle testualità culturali, come i miti, i racconti, le canzoni, i film, le autobiografie e le biografie di diversi e possibili personaggi. Le esperienze vengono scambiate e condivise attraverso le testualità sociali, che definiscono le esperienze e spesso costruiscono e producono versioni significative delle esperienze stesse (Denzin, 1992).

Queste riflessioni teoriche fungono da fondamenta a questa ricerca in quanto consentono di considerare la relatività piuttosto che l'ontologia e il carattere costruito e in continuo divenire del genere e dell'identità attraverso i linguaggi, i discorsi e le pratiche quotidiane.

Per questo motivo, nella ricerca e in questa tesi si è cercato di tracciare un percorso conoscitivo e di indagine sulla "trasformazione" delle identità e del genere, attraverso prima l'approfondimento delle diverse ed eterogenee modalità di costruire il genere nella storia e nelle culture, passando poi a concentrare l'attenzione sul discorso psichiatrico e psicologico sulle variazioni di genere e sulle categorie nosografiche sviluppate in questo campo e, infine, sulla cornice normativa che a livello internazionale, e soprattutto nazionale, guida e dirige i percorsi di transizione e le loro possibilità istituzionalizzate. Attraverso questi approfondimenti e le prospettive teoriche di riferimento, pertanto, ci si è posti gli obiettivi di indagare i processi di costruzione delle identità e delle pratiche psicologiche e psichiatriche nei percorsi di transizione di genere, a partire dalle narrazioni e dai dialoghi condivisi con le persone protagoniste di questi percorsi e contesti di riferimento, e mettendone in luce, nelle conclusioni, le possibili implicazioni pragmatiche.

PARTE II

Capitolo 5

LA RICERCA

“Só posso escrever o que sou. E, se as personagens se comportam de modos diferentes, é porque não sou um só.”

“Posso scrivere solamente rispetto a quello che sono. E, se i personaggi si comportano in diversi modi, è perché non sono solamente uno”.

Graciliano Ramos (1963)

5.1 Specificità e traiettorie dell’indagine qualitativa

Uno degli elementi principali che conferisce forma alle pratiche di ricerca riguarda il modo di intendere la conoscenza e le modalità teoriche ed operative per costruirla.

In questo progetto, coerentemente con le considerazioni descritte nei capitoli precedenti, ci si allontana dal sistema di ricerca tradizionale nel campo della psicologia e delle scienze sociali che prende le mosse dall’impostazione epistemologica positivista ed empiricista, caratterizzata dalla priorità conferita alla definizione di ipotesi, variabili, test e misurazioni verso gli oggetti di studio considerati esistenti e indipendenti da chi osserva.

A partire da un approccio post-moderno e dalle prospettive teoriche dell’interazionismo simbolico e del costruzionismo sociale, la conoscenza viene intesa come connessa alle assunzioni socialmente negoziate e ai valori di una comunità. Le modalità del conoscere sono considerate pertanto come costantemente flessibili, dipendenti dalle caratteristiche e dalle dinamiche dei contesti socio-storici, nonché dai valori e dalle credenze condivise che informano e definiscono le pratiche di ricerca stesse (Gergen, Josselson, Freeman, 2015). Prendere in considerazione tali presupposti teorico-epistemologici può consentire di fare ricerca mettendo in luce non solo i modi peculiari di costruire le realtà, ma anche quelle modalità e quei valori che possono ingabbiarle oppure discriminarne altre, sviluppando così anche riflessioni di critica e azione sociale (McNamee e Hosking, 2012).

La ricerca qualitativa, pertanto, non si configura come un corpus di metodi e teorie definito che prevede fasi e passaggi obbligati e distinti, ma come un sistema di conoscenze duttile e malleabile in virtù degli obiettivi che ci si propone di perseguire e dei presupposti teorici che la guidano, oltre che presentarsi come sistema dinamico e mutevole in relazione ai periodi storici e ai contesti in cui questo viene definito e attualizzato. In generale, può essere considerata come un'attività situata che colloca costantemente chi osserva in una qualche posizione nel mondo (Denzin e Lincoln, 2005; McNamee, 1995) e contribuisce a creare le realtà verso le quali ci si approccia, rendendo impossibile l'acquisizione di una prospettiva neutrale e distaccata bensì sempre presente.

Ciò che ci si prefigge non è, pertanto, l'osservazione oggettiva dei fenomeni, ma la descrizione rigorosa degli stessi da specifici punti di vista. Questi punti di vista possono essere costituiti dai nostri riferimenti teorici o valoriali di partenza, dalla nostra biografia, dal nostro genere, dalla nostra appartenenza etnica e religiosa, dalla nostra classe socio-economica o da altro, che non possono essere messi da parte come vorrebbe l'impostazione positivista ma che richiedono di essere presi in considerazione in maniera riflessiva in ogni contesto e per ogni obiettivo e scopo specifico verso cui ci si orienta.

In questo senso i criteri di valutazione per i percorsi di ricerca non possono essere quelli tradizionali, ad esempio quelli che si riferiscono ai repertori ordinari della validità, dell'affidabilità o del campionamento, bensì quelli legati al fatto che ogni pratica dovrebbe essere valutata in termini di responsabilità e di coerenza rispetto ai propri obiettivi e presupposti conoscitivi (Gergen, 2015; McNamee e Hosking, 2012). Il termine "ricerca" allo stesso modo risulta intriso di quei valori tradizionali che ricercano una verità e una conoscenza ultima dei fenomeni, ma che anche hanno permesso di studiare l'altro come "diverso" e lontano da una qualche forma di "normalità" diversamente intesa, promuovendo progetti di ricerca volti, ad esempio, alla colonizzazione o al controllo della devianza, privilegiando o omettendo il proprio punto di osservazione e il proprio sistema valoriale di riferimento (Denzin e Lincoln, 2005).

In tali approcci di ricerca il linguaggio, come sistema di segni, simboli e significati, viene inteso come elemento cardine della costruzione e dell'interpretazione di ciò che viene considerato come reale. Esso non include soltanto aspetti linguistici e testuali, ma anche simboli e pratiche incorporate di conoscenza e di costruzione della realtà. Allontanandosi da pretese di oggettività e determinismo e dall'attenzione all'ontologia dei fenomeni, attraverso le meta-teorie costruzionista e interazionista, ci si avvicina invece agli obiettivi legati ai modi di conoscere e costruire i

fenomeni, sempre e inevitabilmente situati. Per tali motivi i modi di fare ricerca sono strettamente legati alla responsabilità e all'etica, nel mostrare anche diverse versioni del mondo più utili rispetto a quelle normative (Holstein e Gubrium, 2008; McNamee, 2018).

Piuttosto che ad analisi sistematiche e osservazioni oggettive verso i fenomeni, l'attenzione in queste prospettive, così come in questa ricerca, è conferita all'analisi dei discorsi, delle conversazioni e delle narrazioni, ma anche alle performance, nelle loro diverse possibilità e potenzialità di senso e di azione (Gergen e Gergen, 2007; Holstein e Gubrium, 2008; Denzin e Lincoln, 2005).

La ricerca viene inoltre intesa come percorso di indagine ("*inquiry*"), passaggio che mostra lo scarto con il modo di intendere la ricerca in senso modernista e positivista, ovvero come processo conoscitivo dinamico e situato piuttosto che come processo sistematico di fasi e metodi definiti. La ricerca è inoltre intesa come pratica relazionale e collaborativa e come un processo dialogico (Gergen, McNamee e Barrett 2001; Seikkula e Arnkil 2006; Gehart, Tarragona e Bava 2007; McNamee, 2014) che include e considera gli/le interlocutori/trici che partecipano ad una particolare costruzione del mondo, nel dialogo tra "partecipanti" e "ricercatore/trice" e che non "guarda da fuori" i fenomeni e le pratiche sociali e interattive, bensì contribuisce a costruirli.

A partire da tali premesse, in questo capitolo, vengono descritti tutti gli elementi che hanno dato forma e che hanno caratterizzato il percorso di ricerca, dalle riflessioni e dagli interrogativi iniziali, alla decisione dei contesti e alla partecipazione degli/le interlocutori/trici, fino alle procedure e ai metodi di raccolta e analisi dei testi utilizzati, accompagnati da alcune esemplificazioni di analisi al fine di condividere con chi legge i ragionamenti, le scelte e i movimenti effettuati sui testi.

5.2 Background della ricerca

La scelta di svolgere una ricerca inerente ai modi di costruire la propria identità in trasformazione e di narrare le pratiche professionali nel campo psichiatrico e psicologico ha preso le mosse da alcune riflessioni che sono nate dopo essermi scontrata, per interesse personale, con il quadro normativo e legislativo attuale in merito alla transizione di genere, e in particolare, con l'inquadramento diagnostico della "disforia di genere" nel DSM-5.

Come si è descritto nei capitoli precedenti, il requisito della diagnosi è ad oggi necessario, se non per richiesta legislativa esplicita, almeno per prassi sociale e istituzionale, per poter intraprendere un percorso di transizione che voglia includere il trattamento ormonale ed eventualmente

operazioni chirurgiche per la modificazione delle caratteristiche sessuali primarie, nonché per il cambiamento dei dati anagrafici, tra i quali il nome e il genere.

Le prime riflessioni che mi sono sorte a partire da questo quadro di riferimento riguardavano pertanto quali fossero gli assunti sociali, le teorie e i criteri che convergono a costruire i modelli normativi e di intervento in questo campo, nonché quali potessero essere le implicazioni sulle persone coinvolte.

Da una parte, una prima riflessione ha investito il ruolo della pratica psicologico-psichiatrica che può essere considerato rilevante in termini generali in quanto contribuisce a definire la realtà normativa e le implicazioni di valore legate ai principi culturali ai quali le conoscenze si riferiscono. Il linguaggio della diagnosi e della psicopatologia, inoltre, nel tentativo di tracciare i confini e linee di demarcazione tra il “normale” e il “patologico”, allo stesso tempo, concorre alla scelta delle modalità e delle figure professionali deputate e legittimate a definire e gestire le differenze e le presunte difformità (Arney e Bergen, 1983; Brown, 1995; Roen, 2002; Meadow, 2011).

Il processo diagnostico e il suo esito possono pertanto legittimare o impedire alle persone l’accesso ai diversi tipi di trattamento medico e alle forme di riconoscimento legale nei contesti istituzionali, ed incentivare processi di patologizzazione e medicalizzazione delle persone stesse (Conrad, 2007; Dewey, 2008; Jutel, 2009; Bryant, 2011).

Dall’altra parte, tra le implicazioni per i soggetti, si può riflettere sull’esortazione normativa agli interventi chirurgici di modificazione dei caratteri sessuali secondari e primari, ora in fase di cambiamento a livello legislativo, e la necessità della valutazione e attestazione di un disturbo mentale legato ad un’esperienza di vita e alla propria identità. Per alcune persone, le diagnosi e i trattamenti medici scelti e concessi, possono essere considerati come dei punti chiave per una diversa legittimazione e riconoscimento legale e sociale nei particolari contesti che abitano. In questo modo, i percorsi diagnostici e psicologici, inoltre, possono essere vissuti come un obbligo dato dall’esigenza soggettiva di corrispondere ai criteri della diagnosi o del “test di vita reale” (Arfini, 2007; Nicotra, 2008). Il requisito e il vincolo di una diagnosi di disforia di genere implica che, nel momento dell’incontro tra il professionista della salute mentale e il soggetto che vuole intraprendere un percorso di transizione, precisi criteri debbano essere soddisfatti e alcuni elementi nelle narrazioni e nelle presentazioni dei soggetti debbano poter essere riconoscibili e

categorizzabili come sintomi (Stryker, 2008), a scapito di una più ampia e complessa comprensione ed espressione dell'identità in cambiamento.

Tali sono le ragioni e le riflessioni che hanno mosso e accompagnato la ricerca fin dalle sue prime fasi, che sono stati approfondite durante l'intero percorso di dottorato e che si sono complessificate e arricchite attraverso la ricerca sul campo e i dialoghi condivisi con le persone che hanno preso parte alla ricerca.

5.3 Obiettivi

A partire da queste riflessioni e da questi interrogativi di partenza, sono stati delineati gli obiettivi della ricerca, che includono sia le persone che sono impegnate in un percorso di transizione di genere sia i/le professionisti/e della cosiddetta salute mentale.

Coerentemente con le premesse e le prospettive teoriche di riferimento, tre sono gli obiettivi principali della ricerca:

- 1) analizzare i processi discorsivi e narrativi di costruzione dell'identità e i significati legati ai percorsi di transizione di genere e alle biografie da parte delle persone in transito;
- 2) analizzare i processi discorsivi e narrativi legati alle pratiche dei/le professionisti/e e i significati inerenti i percorsi di transizione di genere, il processo diagnostico e i servizi psicologici, nonché le possibili attribuzioni di senso sulle biografie degli interlocutori da parte dei/le professionisti/e della salute mentale e;
- 3) riflettere criticamente sulle implicazioni di tali processi linguistici nelle pratiche e nei processi di negoziazione di significati tra professionisti/e e persone in transito, alla luce della complessità delle narrazioni ed esigenze di queste ultime.

Tali indagini possono permettere di mettere in luce, oltre alle particolari modalità discorsive e alle relative implicazioni pragmatiche, eventuali aspetti critici ed esigenze personali legati ai percorsi di transizione di genere e ai processi di interazione e negoziazione di significati che si possono generare nel contesto clinico.

5.4 Il contesto e i/le partecipanti

Durante il primo anno di dottorato è stata tracciata e delineata una mappatura sul territorio nazionale dei principali centri afferenti al Sistema Sanitario impegnati nella gestione e nell'applicazione delle linee guida inerenti ai percorsi di transizione e nella predisposizione di servizi rivolti a persone in transito. I contesti sono stati scelti attraverso una modalità teoricamente

orientata, quindi legata all'attività dei centri in questione, al numero di domande e di prese in carico da parte dell'istituzione e al collegamento con le associazioni LGBTI e altri servizi specifici.

Si è valutato quindi, in un primo momento, di partire da Sportelli in collegamento diretto con altri Servizi specifici gestiti da professionisti/e della salute mentale coinvolti nei percorsi di transizione di genere e presenti all'interno delle istituzioni sanitarie pubbliche, volendo circoscrivere a queste strutture pubbliche la ricerca dei/le professionisti/e poiché si era anticipato che potessero detenere un ruolo preminente nella gestione dei percorsi, in quanto operanti in strutture pubbliche con linee guida specifiche.

Uno dei primi contesti con i quali ho provato a mettermi in contatto è lo Sportello Trans di Ala Milano Onlus, in collegamento e collaborazione con diversi servizi e strutture dedicate alla transizione di genere, sia a livello istituzionale sia a livello privato. Lo sportello Trans Ala è un servizio attivo dal 2009 nella città di Milano, il quale si pone obiettivi di accoglienza, orientamento e accompagnamento verso principalmente i servizi del territorio milanese e lombardo.

Per quanto riguarda l'accesso al campo, in un primo momento sono stati condivisi e negoziati gli obiettivi, gli strumenti e i metodi principali della ricerca, in particolar modo tra la persona referente e responsabile dello sportello e me. Si è inoltre condivisa l'opportunità di accedere ai gruppi definiti di Auto Mutuo Aiuto, proposta come opportunità dalla responsabile stessa, all'interno dei quali si è potuta creare e promuovere la possibilità di mettersi in relazione con le persone in transito e con i/le professioniste della salute mentale che attraversano e dialogano con il servizio e che potevano essere interessati/e a prendere parte al progetto di ricerca.

In aggiunta a quanto inizialmente previsto nella definizione e stesura del progetto di ricerca, si è condivisa pertanto la mia partecipazione agli incontri dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto aperti e rivolti a persone trans e promossi e gestiti dallo Sportello in questione.

In base a quanto emerso e scambiato in questo contesto durante i mesi di ricerca, sono stati successivamente contattati/e anche i/le professionisti/e della salute mentale, modificando il criterio di circoscrivere la ricerca alle sole strutture sanitarie pubbliche.

Nel corso della ricerca, si è infatti considerato utile ampliare il campo ad altri contesti professionali, non soltanto pubblici, ma anche privati e legati alle associazioni. Tale scelta è stata motivata dal fatto che si è potuto ricostruire, attraverso i racconti delle persone protagoniste, come possano essere messe in campo diverse modalità di contatto e individuati differenti punti di riferimento per ciò che riguarda il percorso psicologico e psichiatrico nei percorsi di transizione.

Attraverso la partecipazione ai gruppi di Auto Mutuo Aiuto che si svolgono generalmente due volte al mese il sabato sera presso lo Sportello si sono condivisi tempi, luoghi e modalità per lo svolgimento delle interviste con le persone che si sono mostrate interessate a prendere parte al progetto.

Una delle principali difficoltà riscontrate durante l'esperienza sul campo ha riguardato l'intercettare professionisti/e specificatamente coinvolti nei percorsi di transizione di genere, specializzati ed esperti sulle tematiche legate all'identità di genere e al cambiamento, così come il presentarmi nel gruppo AMA come ricercatrice, proveniente dall'ambito delle scienze sociali e della psicologia e cisgender, e proporre la mia ricerca in un modo che potesse essere collaborativo e flessibile. La prima difficoltà può essere legata al ridotto numero di professionisti/e esperti/e nel campo della transizione, oltre che, in alcuni casi, nella modalità di contatto tramite email e senza un dialogo reciproco, elementi che in parte possono accompagnare il minore numero di interviste svolte. La seconda, invece, può essere stata legata al mio ruolo di dottoranda e ricercatrice che con scopi di ricerca si era inserita nel gruppo AMA e non personalmente coinvolta in una transizione di genere, motivo principale per cui ho sempre sottolineato il mio interesse a fondare la ricerca sulle storie e sulle voci particolari e personali senza imporne altre, sulla relazione reciproca e sul feedback verso la ricerca stessa. Nel corso dei mesi si è poi consolidata una conoscenza condivisa, che può aver agevolato in alcuni casi anche la scelta di partecipare al dialogo, insieme alla volontà di far sentire la propria voce e/o di promuovere la ricerca e la visibilità delle esperienze e delle vite delle persone trans.

A partire dagli incontri condivisi sia con le persone in transito sia con i/le professionisti/e si sono poi ricostruite, laddove risultava appropriato e utile in base alla situazione e al dialogo specifico, le relazioni e i contesti considerati rilevanti dalle persone stesse, quindi anticipando e cercando di mettersi in contatto, di volta in volta, con altre persone e professionisti/e dell'ambito psicologico e psichiatrico, attraverso un processo di campionamento cosiddetto a valanga o *snowball sampling* (Miles e Huberman, 1994).

Le persone che hanno partecipato a questa ricerca sono pertanto 25 persone in transizione, che si autodefiniscono come persone trans (nello specifico, come FtM, MtF, donne/ragazze trans, uomini/ragazzi trans e un ragazzo trans non binario), dai 18 ai 58 anni. La maggior parte delle persone hanno origini italiane, 2 brasiliane, 1 cilena e 1 thailandese. I/le professionisti/e del campo psicologico e psichiatrico che hanno partecipato sono 11, tra cui 3 psichiatri/e e 8 psicologi/gh

psicoterapeuti/e, 3 operanti in contesti pubblici e 8 in contesti privati, tra questi 11, 6 anche in collegamento con associazioni trans. Le prospettive teoriche dei/le professionisti/e comprendevano l'orientamento "psicodinamico", "sistemico-familiare", "corporeo", "transculturale", "cognitivo-comportamentale/integrato". Quasi tutte le persone intervistate vivono o lavorano nella città di Milano o zone limitrofe, mentre altre dalle città di Torino, Napoli e Brescia. Infine, le interviste hanno avuto una durata compresa tra i 50 e i 150 minuti e in alcuni casi hanno previsto un secondo incontro.

5.4.1 I luoghi delle interviste

Gli spazi in cui sono stati condivisi gli incontri e co-costruiti i dialoghi sotto forma di intervista hanno consentito di approfondire i contesti di riferimento, e hanno incluso non soltanto lo Sportello, spesso proposto come possibile alternativa e in alcuni casi ritenuto come luogo preferito poiché conosciuto e abituale, ma anche spazi privati come abitazioni personali o contesti pubblici come bar o giardini preferiti dalle persone protagoniste del transito lasciando la massima libertà di scelta, così come studi e centri pubblici o privati di lavoro per i professionisti/e.

Le modalità di incontro sono state scelte liberamente dalle persone in base alle loro esigenze e preferenze, includendo in alcuni casi anche interviste virtuali via *Skype*. Gli incontri pertanto si sono svolti prevalentemente nella città di Milano, ma attraverso le interviste via *Skype* si è potuto allargare e dilatare il contesto includendo altre città e spazi personali.

Le interviste faccia a faccia hanno consentito di condividere una relazione comprensiva di gestualità ed emotività incarnata, nonché la condivisione di uno stesso spazio fisico quindi una sorta di emotività condivisa nell'incontro. Le interviste via *Skype* hanno in parte limitato questi elementi per la restrizione dello spazio visuale data dallo schermo del computer o del telefono, in un caso, ma ha consentito di poter condividere uno spazio terzo dato dal dialogo da spazi personali differenti.

Oltre a complessificare e ad approfondire i contesti di riferimento delle persone, durante gli incontri si sono poi raccolti gli elementi per poter costruire insieme alle persone stesse forme di restituzione condivise, a livello individuale con ogni persona partecipante, collettivo con l'intero gruppo e/o a livello più ampio attraverso eventuali iniziative promosse all'interno o all'esterno dello Sportello specifico sulla base dei dialoghi e delle esigenze rilevate nel corso dell'esperienza sul campo.

5.4.2 I gruppi di Auto Mutuo Aiuto

Per quanto riguarda i gruppi di Auto Mutuo Aiuto, all'interno di questo spazio si è inizialmente condivisa e negoziata insieme alle due persone conduttrici del gruppo e alle persone presenti, la mia presenza in qualità di ricercatrice.

La mia partecipazione ai gruppi è durata 9 mesi, da marzo a dicembre 2017, due volte al mese fino alla pausa estiva in agosto e successivamente, una volta al mese fino alla conclusione del periodo di osservazione.

Attualmente si possono rintracciare diverse modalità di formazione e organizzazione di gruppi basati sulla reciprocità e sul mutuo aiuto, tutelati e riconosciuti anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nei loro diversi obiettivi, forme e contesti di applicazione. Uno degli obiettivi di gruppi AMA è storicamente anche quello di favorire la socializzazione e di poter riconoscere l'altro come risorsa a cui attingere anche per la risoluzione di problemi personali. Sono contesti generalmente "alla pari", che non richiedono la presenza di figure professionali appartenenti all'ambito psicologico o ad altri ambiti di natura medica o specialistica, alle quali non si sostituiscono (Katz e Bender, 1976).

Tale forma di organizzazione di gruppo nel contesto specifico dello Sportello Trans Ala, si configura pertanto come uno strumento in cui si perseguono obiettivi di confronto e di scambio di riflessioni ed esperienze di vita tra persone che condividono un percorso di ricerca e di approfondimento verso i temi dell'affettività e dell'identità di genere.

L'opportunità di poter osservare e partecipare a questi incontri ha permesso, innanzitutto, di poter condividere uno spazio e un tempo comune con le persone partecipanti, consentendo di valorizzare il momento dell'intervista e arricchire e complessificare le narrazioni messe in campo. Il contesto del gruppo AMA si è configurato come uno spazio e un momento particolarmente rilevante per le finalità della ricerca in quanto ha consentito di osservare e mettere in risalto le diverse dinamiche e pratiche comunicative ed espressive, le modalità interattive, nonché i discorsi e le narrazioni che vengono generate all'interno del gruppo tra le persone presenti attraverso il racconto, la condivisione e lo scambio di esperienze e storie di vita. L'osservazione di questi processi ha consentito, inoltre, di mettere in luce convergenze e divergenze di significati e rappresentazioni, aspettative e conferme o disconferme di identità, singolarità e pluralità delle diverse voci che interagiscono e concorrono a costruire realtà sia all'interno del gruppo sia in ogni storia messa in campo e agita, quindi sottolineare la natura polifonica dell'identità (Barthes, 1993; Mininni, 2003).

Il processo di osservazione e analisi in questo contesto non è stato sistematico, bensì ha potuto svolgere un ruolo di supporto, sostegno e arricchimento alla ricerca e alle interviste, attraverso la scrittura di note sugli incontri a cui ho partecipato.

I risultati della ricerca derivanti dalle interviste, strumento principale della ricerca, saranno accompagnati da alcune di queste note da me scritte, ovvero da riflessioni guidate dalla teoria, a partire dal contesto dei gruppi AMA, oltre che dalla mia soggettività in qualità di ricercatrice.

5.5 Metodi della ricerca

5.5.1 L'intervista come pratica narrativa e relazionale

In maniera coerente con un approccio epistemologico postmoderno nonché con le premesse teoriche, le domande e gli obiettivi della ricerca, particolare rilevanza assume il linguaggio, qui inteso come un insieme di unità simboliche, simboli e significati che assumono senso nei loro contesti d'uso (Wittgenstein, 1953; Searle, 1969) nonché mezzo di produzione e negoziazione di significati condivisi e situati (Bakhtin, 1986).

Le forme di descrizione e spiegazione della realtà messe in campo dalle persone e dai gruppi sociali, sia a livello di senso comune sia a livello di teorie scientifiche, si configurano inoltre come forme di azione sociale, che non solo la rappresentano, ma contribuiscono a crearla e a performarla grazie agli effetti retorici e pragmatici intrinseci al processo comunicativo (Harrè, 1980; Harrè e Gillet, 1994; Gergen, 1985; Vygotskij, 1986, Gergen e Zielke, 2006).

Le narrazioni e i discorsi, o le testualità in generale, sono considerati come modalità di descrizione e interpretazione delle esperienze che sono costruite nella forma narrativa e discorsiva a seconda degli scopi e delle intenzioni di chi parla. Esse si configurano come cornici nelle quali le esperienze possono essere collocate, presentate, valutate, quindi vissute (Flick, 2009).

Si sono privilegiate in questa ricerca diverse forme di intervista come modalità di raccolta e creazione dei testi, tenendo conto del particolare contesto e della situazione interattiva e di condivisione che si può generare e che impegna, per tali ragioni, gli/le interlocutori/trici come partecipanti e la mia persona come ricercatrice, in “conversazioni speciali” (Castiglioni e Faccio, 2010).

In virtù degli obiettivi principali della ricerca, ci si è focalizzati sulle narrazioni generate dagli/le interlocutori/trici, le quali possono essere intese come prodotti di un lavoro legato alla storia, oltre che agli individui stessi, agli spazi sociali che abitano e alle società in cui vivono. L'analisi delle

narrazioni personali può mettere in luce i punti di vista soggettivi, le azioni individuali e collettive e i significati, così come i processi sociali attraverso i quali la vita sociale e le relazioni interpersonali vengono create e modificate (Mills, 1959; Bertaux, 1981; Riessman, 1993; Laslett, 1999; DeVault 1999; Rosenthal, 2004).

In questa ricerca l'intervista viene intesa non tanto come uno strumento di raccolta di dati, attraverso il quale vengono poste specifiche domande per ottenere specifiche risposte in virtù e pertinenti agli obiettivi della ricerca seguendo una direzione fissa e poco flessibile, bensì come vero e proprio *metodo* che comprende il/la ricercatore/trice come la persona che partecipa alla ricerca. L'intervista è intesa come pratica interattiva e scambio dialogico tra interlocutori/trici che co-costruiscono una testualità all'interno del campo della ricerca. Per tali ragioni l'intervista può essere più coerentemente ed efficacemente intesa come pratica narrativa (Holstein et al., 2012). Le narrazioni create a partire dalle interviste producono soggettività, testi e conoscenza a tutti gli effetti. Dalla svolta narrativa nelle scienze sociali, chi fa ricerca si pone l'obiettivo di comprendere e descrivere la complessità discorsiva e linguistica delle narrazioni di ogni sorta (Chase, 2005; 2011; Gubrium e Holstein, 2009; Gubrium et al., 2012; Hyvärinen, 2008; Polkinghorne, 1988, 1995; Riessman, 2008).

Anche l'intervista e ciò che si crea nell'incontro condiviso ritenuto come prodotto situato dell'interazione, all'interno e attraverso specifici contesti storici, culturali e sociali. Essa si pone come occasione di condivisione e costruzione di conoscenza, nonché come cornice attraverso la quale si dà forma al testo che viene generato. I ruoli di chi prende parte all'intervista vengono considerati come attivi e agenti, in grado di performare testualità condivise, all'interno delle quali anche il significato è costruito e veicolato, piuttosto che posseduto e comunicato dall'individuo ad un altro. Pertanto, in virtù degli scopi e di ciò che si condivide nell'incontro, l'intervista viene intesa come processo flessibile, dinamico, legato anche all'improvvisazione rispetto a ciò che non può essere previsto nella risposta e nel testo generato e messo in campo dall'altro. L'incontro sembra assomigliare una musica, o una danza (La Mendola, 2009).

Il movimento tra il come e il cosa si racconta, tra il processo della narrazione e il suo contesto, costituisce quindi la narrazione come pratica (Gubrium e Holstein, 2009; Gubrium et al., 2012).

Queste riflessioni rappresentano il punto di partenza per la scelta dei metodi e degli strumenti in questa ricerca e ne costituiscono i fondamenti.

In particolar modo, sono state scelte due forme di intervista da proporre alle persone partecipanti distinte per le persone in transito e per i/le professionisti/e della salute mentale, ognuna delle quali è poi stata audio registrata e interamente trascritta per l'analisi.

5.5.2 Interviste narrative

Il primo tipo di intervista scelta è quella che viene definita come intervista narrativa (Hermanns, 1995; Riessman, 2001) che è stata proposta alle persone in transito che hanno scelto di partecipare alla ricerca e di condividere alcuni incontri con me. Questo tipo di intervista è stata scelta per entrare nel merito delle storie e dei racconti inerenti i propri percorsi di transizione di genere.

Tale forma di intervista ha consentito di porre attenzione a significati e temi particolari legati al percorso di transizione di genere e allo stesso tempo di lasciare spazio ad altri aspetti rilevanti per le persone e che potevano emergere nell'incontro. Infatti, il dialogo è iniziato con una mia domanda generativa che si riferisce alla tematica principale della ricerca ovvero al percorso biografico di transizione, seguita da altre domande guida teoricamente orientate e a fronte degli obiettivi della ricerca e da altre domande o commenti sulla base del corso della narrazione, dei suoi processi e contenuti e delle esigenze e delle scelte degli/le interlocutori/trici.

In questo senso, la narrazione non è intesa soltanto come una storia e un racconto unilaterale e completamente non strutturato, ma come scambio interattivo focalizzato in questo ad approfondire e ad ascoltare i racconti sui propri percorsi di transizione e tutti gli altri elementi importanti emergenti da ogni incontro particolare (Bell, 2009; Riessmann, 2012).

Di seguito si riportano la domanda generativa (Hermanns, 1995), ovvero il punto di partenza dei dialoghi condivisi e le domande guida costruite a partire da specifici obiettivi in relazione alle tematiche di interesse e agli scopi della ricerca precedentemente descritti.

Domande guida	Obiettivi specifici
Vorrei chiederti di raccontarmi il tuo percorso di transizione. Puoi cominciare dal momento che ritieni più opportuno per te, liberamente, e insieme possiamo prenderci tutto il tempo che serve.	Raccogliere le narrazioni inerenti al personale percorso di transizione
Quali sono stati gli aspetti più rilevanti per il tuo percorso?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito agli aspetti più rilevanti/significativi del proprio percorso

Quali sono stati gli aspetti più critici per il tuo percorso?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito agli aspetti critici del proprio percorso
Come descriveresti l'aspetto della diagnosi?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alla diagnosi e al percorso psicologico-psichiatrico
Quali possono essere le tue esigenze allora e nel momento attuale?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alla dimensione delle esigenze personali
Quali suggerimenti o consigli daresti ad una persona all'inizio del suo percorso?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito ai suggerimenti ad una ipotetica altra persona (domanda proposta come occasione per cambiare posizione dal momento attuale a quello passato per parlare anche di sé)
Quali sono le tue aspettative per il futuro?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alle prospettive personali future (domanda proposta in chiusura come occasione per cambiare posizione dalla storia passata a quella futura)
Dal tuo punto di vista, come potrebbe essere utile questa ricerca?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alla ricerca o al mio ruolo in qualità di ricercatrice e per condividere le modalità di restituzione della ricerca

La prima domanda è stata posta per aprire la conversazione e approfondire le storie e le narrazioni inerenti ai percorsi di transizione. Le domande successive non sono state sempre poste, alcune volte i dialoghi hanno toccato queste tematiche in assenza di domande dirette, altre volte sono state messe in campo e condivise, altre volte non sono state poste per seguire il flusso e il processo narrativo senza interromperlo con contenuti altri.

Inoltre, per quanto riguarda la domanda relativa alle prospettive future, questa ha consentito di spostare lo sguardo e collocare la persona su un'altra dimensione temporale, mettendone in luce anche il suo aspetto performante.

Allo stesso modo, la dimensione dei consigli ad una persona ipotetica e immaginata all'inizio di un percorso di transizione ha consentito di far emergere oltre a consigli diretti, aspetti considerati importanti dalle persone stesse sul proprio percorso ma in un tempo differente.

Altre domande o commenti hanno invece seguito il flusso della narrazione e del dialogo, cercando di approfondire quei temi rilevanti che venivano messi in campo.

5.5.3 Interviste episodiche

Con i professionisti e le professioniste della salute mentale, sono state proposte invece interviste episodiche (Flick, 2000; 2007), in quanto possono dare la possibilità di porre attenzione a significati e temi più generali e astratti e a episodi concreti legati ai rapporti e alle esperienze quotidiane.

Il punto di partenza per questo tipo di interviste è il fatto che le esperienze possano essere raccontate e organizzate sotto forma di conoscenza narrativo-episodica e conoscenza semantica. La prima si riferisce a situazioni concrete e specifiche, mentre la seconda ad aspetti più astratti e generalizzabili.

Anche in questo caso si tratta comunque di interviste narrative, quindi si è cercato ugualmente di seguire il flusso di ogni narrazione specifica ponendo domande di specificazione e approfondimento sulla base di quanto messo in campo e condiviso con me.

Per alcune domande inerenti all'esperienza professionale, sono seguite a volte domande circa esempi specifici relativi a situazioni incontrate nella propria esperienza, altre volte questi esempi sono stati raccontati senza la necessità di porre domande dirette.

Di seguito vengono elencate le domande guida per i/le professionisti/e del campo psicologico e psichiatrico per entrare nel merito di alcune delle tematiche oggetto di interesse per la ricerca.

Domande guida	Obiettivi specifici
Guardando indietro nel tempo, qual è stata la sua prima esperienza nel campo della transizione di genere?	Raccogliere narrazioni in merito alla prima esperienza professionale nel campo della transizione di genere
Come descriverebbe la sua pratica operativa legata ai percorsi di transizione di genere?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alla propria pratica operativa
Quali sono gli obiettivi che guidano il suo lavoro?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito agli obiettivi della propria pratica
Quali sono i suoi criteri di riferimento?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito ai criteri di riferimento della propria pratica
Dal suo punto di vista, quali potrebbero essere gli elementi più critici nell'esperienza di una persona che intende intraprendere un percorso di transizione?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alle esperienze delle persone in transito, ovvero agli elementi ritenuti critici

Dal suo punto di vista, quali potrebbero essere gli elementi più rilevanti nell'esperienza di una persona che intende intraprendere un percorso di transizione?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alle esperienze delle persone in transito, ovvero agli elementi ritenuti rilevanti/significativi
Quali sono gli aspetti per lei più rilevanti nella relazione con la persona in transito?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alla relazione con le persone in transito, ovvero agli aspetti ritenuti più rilevanti
Quali sono gli aspetti per lei più critici nella relazione con la persona in transito?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alla relazione con le persone in transito, ovvero agli aspetti ritenuti più critici
Come descriverebbe il processo diagnostico in questo campo?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alla diagnosi e al processo diagnostico
Quali sono le sue esigenze come professionista?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alla dimensione delle esigenze come professionista
Rispetto al suo ruolo e al suo ambito di lavoro, quali sono le sue aspettative future?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alle prospettive personali future
Dal suo punto di vista, come potrebbe essere utile questa ricerca?	Indagare i processi discorsivi e narrativi in merito alla ricerca o al mio ruolo in qualità di ricercatrice e per condividere le modalità di restituzione della ricerca

La prima domanda ha l'obiettivo di approfondire la storia della professione nel contesto della transizione di genere fino al momento attuale.

Oltre alle altre domande riportate, anche in questo caso sono state approfondite le aspettative e le esigenze personali dei/lle professionisti/e in questo campo, collocando le persone in prospettiva futura e rispetto al passato.

Inoltre, è stato chiesto come questa ricerca possa essere utile dal loro punto di vista, tenendo presente che è una ricerca che si colloca teoricamente e metodologicamente nel campo delle scienze sociali e della psicologia.

Infine, per alcune di queste domande e sulla base dell'andamento del dialogo condiviso, sono state chieste esemplificazioni legate ad episodi concreti della propria pratica professionale.

5.6 Analisi del discorso e analisi dialogico-performativa in relazione

Coerentemente con le premesse teoriche e metodologiche, per gli obiettivi di questa ricerca e a fronte degli strumenti di raccolta dei testi utilizzati, quindi di un primo approccio ai testi delle interviste, sono stati scelti due metodi di analisi principali.

Il primo metodo di riferimento deriva dalla proposta di una psicologia discorsiva e dall'importanza conferita al discorso nelle attività umane (Harrè e Gillet, 1994). I discorsi, le significazioni, le soggettività e i posizionamenti diventano gli elementi prevalenti di indagine poiché è in queste cose che i fenomeni e gli oggetti esistono "realmente" con le loro implicazioni (Harrè e Gillet, 1994).

La psicologia narrativa, invece, consente di porre attenzione al processo della narrazione per mezzo del quale narriamo noi stessi e veniamo narrati, attraverso il sapere semiotico (Mininni, 2003; Mecacci, 1999). La prospettiva della psicologia narrativa, inoltre, indica come elemento cardine del proprio mandato, i processi di costruzione dell'identità, che viene intesa come racconto di sé.

Queste due prospettive si mostrano pertanto come particolarmente utili e coerenti agli obiettivi della ricerca nonché alle premesse teorico-epistemologiche e si trovano strettamente connesse, in quanto attraverso le stesse possiamo sottolineare l'importanza del significato che viene veicolato ed è emergente nelle pratiche interattive, relazionali e comunicative, quindi la loro natura dialogica e pragmatica (Wittgenstein, 1953; Searle, 1969; Austin, 1955; Castiglioni e Faccio, 2010).

Nel campo della ricerca, queste premesse guidano verso una particolare sensibilità e attenzione al testo, che è indisciungibile dal contesto relazionale, culturale e sociale nel quale il testo è immerso e costruito. Infatti, per rendere intelligibili i processi di costruzione di significato è necessario approcciarli come pratiche sociali, legandoli ai sistemi relazionali e istituzionali a cui essi contribuiscono a dare forma (Gergen, 2009).

L'*analisi del discorso* si caratterizza per alcuni particolari elementi, di cui si è tenuto conto nell'analisi delle interviste, tra i quali: l'attenzione alla multivocalità, ovvero alle diverse voci che compongono i discorsi, alla loro coerenza così come alla loro contraddittorietà nella descrizione dei fenomeni o nelle diverse interazioni da parte degli/le interlocutori/trici; l'attenzione alla semiotica, ovvero i processi di costruzione e attribuzione di significato che costituiscono i contenuti dei discorsi; l'attenzione alla resistenza e all'azione, ovvero il fatto che il linguaggio non solo crea realtà ma "fa cose" e infine l'attenzione ai confini sociali che il discorso può generare (Parker, 2005; Potter e Hepburn, 2008; Willig, 2008).

L'analisi del discorso può essere intesa come metodo di analisi che pone attenzione alle parole e alle strutture grammaticali, ma anche e in special modo, ad altri elementi come i processi di categorizzazione, le metafore, gli idiomi, le retoriche e i detti di senso comune e i repertori

interpretativi. Tale metodo consente, pertanto, di mettere in luce la complessità dei testi e i processi che li costituiscono oltre che la loro struttura e i loro contenuti, quindi gli assemblaggi di unità simboliche e repertori che vanno insieme a dare forma alle versioni del mondo, alle azioni, agli eventi e alla vita “mentale” (Potter, 2003).

Il discorso è poi inteso come situato, quindi legato ai contesti e alle storicità che lo ospitano e situato retoricamente, indicando ed escludendo alternative rilevanti. Esso è inoltre inteso come in relazione alle pratiche di incorporamento e alla presenza fisica situata nelle interazioni.

La narrazione, pur strettamente legata al discorso, si caratterizza per la sua forma e processualità, ovvero si genera quando i/le narratori/trici raccontano una storia, conferendo una forma narrativa all’esperienza (Bamberg, 2006). Attraverso la narrazione, si creano e si posizionano personaggi secondo particolari tempi e spazi nel racconto di ciò che è avvenuto o immaginato, quindi ricostruito.

Diversi sono i tipi di analisi delle narrazioni, che possono comprendere analisi tematiche, analisi strutturali, analisi dell’interazione e delle performance e analisi visuali (Riessman, 2001; 2003).

In questa ricerca si privilegia una particolare versione dell’analisi narrativa nominata come *analisi performativo-dialogica* (Riessman, 2008). Questo metodo di analisi interroga come il testo è costruito dai/le parlanti interattivamente e dialogicamente, quindi prodotto e performato come narrazione. Richiede pertanto un’attenzione al contesto di riferimento, includendo il/la ricercatore/trice nell’interazione, il setting e le circostanze sociali legate alla sua produzione e interpretazione. Tale metodo consente di porre attenzione non solo al cosa, ma anche al come e al chi il testo è diretto e con quali intenzionalità, permettendo in questi elementi di trovare un intreccio e un legame con l’analisi del discorso.

Aspetti di costruzione della realtà nel dialogo sono legati inoltre alla gestualità, alle emozioni, alle tonalità e all’enfasi linguistica che superano l’attenzione verso il solo testo verbale.

In questa prospettiva le narrazioni sono intese come multivocali e polifoniche, ovvero narrazioni dove il/la narratore/trice non detiene l’unica voce ma comprende l’interlocutore/trice, come l’investigatore/trice, e personaggi, voci e discorsi che vengono inseriti e posizionati nel racconto.

Nell’ambito della ricerca qualitativa, diversi possono essere i metodi di analisi scelti, come si è detto, tale sistema di conoscenze non è standard e fisso, bensì flessibile in virtù degli obiettivi, delle intenzioni e del sistema di riferimento di chi fa ricerca. Allo stesso modo l’uso di un metodo può essere considerato come una particolare lente che consente di mettere a fuoco particolari

elementi tra innumerevoli possibili altri. Per queste ragioni, si è qui scelto di mettere in relazione il metodo dell'analisi del discorso e dell'analisi delle narrazioni per le potenzialità di entrambi nel mettere in risalto gli aspetti di costruzione del significato e della realtà attraverso i dettagli e le visioni di insieme linguistiche, comunicative e performative messe in campo, oltre che alla rilevanza e alla portata pragmatica dell'interazione.

Pertanto, tenendo conto di questi limiti e potenzialità e delle testualità specifiche generate dalle interviste, si è scelto di mettere in relazione questi due metodi in virtù degli aspetti particolari delle narrazioni e dei discorsi co-costruiti nelle interviste, ovvero i repertori interpretativi che descrivono, danno senso oppure spiegano particolari eventi, argomenti e i posizionamenti in relazione a personaggi o discorsi inseriti e raccontati nell'interazione e inerenti i percorsi di transizione di genere, dai punti di vista delle persone in transizione e dei/lle professionisti/e del campo psicologico e psichiatrico. La scelta di questi elementi del discorso e delle narrazioni non è stata una conseguenza diretta dell'uso dei due metodi, bensì è derivata da un primo e complesso approccio ai testi al fine di rintracciare forme di processualità linguistica che potessero essere condivise da tutte le interviste.

5.6.1 Repertori interpretativi

Tra gli elementi discorsivi di analisi principali, si è scelto di focalizzare l'attenzione sui repertori interpretativi. Potter e Wetherell (1987) definiscono i repertori interpretativi come il lessico o gli insiemi di termini e metafore usati per definire e valutare le azioni e gli eventi che sono generalmente disponibili e circolanti nella società e servono come *frame* interpretativi dell'esperienza.

Uno degli aspetti particolari di tali repertori consiste nel fare riferimento a modalità linguistiche relativamente coerenti in relazione a particolari eventi o oggetti di conoscenza. Nei termini dell'analisi del discorso, i repertori interpretativi possono essere intesi come “mattoni della conversazione” (Wetherell, Taylor e Yates, 2001), ovvero risorse linguistiche utilizzate nella vita quotidiana in riferimento a particolari argomenti. Essi possono, pertanto, prendere forma dall'esperienza personale ed essere quindi idiosincratici nel loro assemblaggio, così come informare e derivare da forme di conoscenza e interpretazione legate alla storia e a particolari contesti socio-culturali.

I repertori interpretativi si costituiscono, nello specifico, da insiemi di termini, locuzioni, figure retoriche ed espressioni stilistiche e sono utilizzati dalle persone per descrivere azioni, eventi e contesti di vita e di riferimento (Potter e Wetherell, 1987; 1995; Mininni, 2003). Solitamente, essi si trovano associati a particolari figure retoriche o metafore la cui ricorrenza serve a caratterizzare l'oggetto del discorso (Potter e Wetherell, 1987) e quindi, acquisiscono un ruolo costruttivo nelle modalità di descrizione del reale e su di loro si può concentrare particolare attenzione durante l'analisi.

Non essendo possibile rintracciare delle regole o delle guide per l'analisi dei repertori interpretativi così come per l'indagine qualitativa in generale, il punto di partenza, dopo una prima lettura per scegliere gli strumenti concettuali più adeguati e utili per gli obiettivi della ricerca, è stato quello di considerare la definizione di tali repertori e gli elementi che li possono realizzare, quindi gli scopi e le implicazioni pragmatiche di questi per gli/le interlocutori.

Le interviste trascritte sono state rilette numerose volte nella loro globalità al fine di riconoscere dei pattern condivisi, particolari immagini, metafore e figure retoriche in relazione a particolari temi anch'essi condivisi tra i testi, che insieme costituissero dei repertori interpretativi.

I repertori interpretativi individuati fanno generalmente riferimento a modalità di conoscenza e attribuzione di significato verso particolari temi o contesti inerenti al percorso di transizione, sorretti da metafore o espressioni retoriche peculiari. Nella maggior parte dei casi, quando sono stati rintracciati diversi repertori disponibili nelle interviste, si è inoltre cercato di individuarne delle meta-metafore, ovvero delle figure retoriche sovraordinate che potessero racchiudere i repertori, quindi le loro comunanze e diversità. Nei casi in cui, la varietà testuale e il numero delle interviste era ridotto, come per i/le professionisti/e della salute mentale, non è sempre stato possibile rintracciare delle meta-metafore e i singoli repertori sono stati analizzati e presentati.

Di seguito si riporta un esempio di analisi per l'individuazione dei repertori interpretativi.

Lo stralcio di testo che segue si riferisce ad un'intervista svolta con una professionista della salute mentale, in cui il dialogo verteva, in questo caso, sul significato e sugli obiettivi di un percorso di transizione nel contesto clinico.

"N.: [...] ecco, è sempre abbastanza chiaro il mio esordio di lavoro è che **l'obiettivo è riuscire a capire quale sia la condizione migliore e per capirlo ovviamente questo implica mettersi in gioco con un lavoro di terapia** che non abbia quindi lo scopo di portare il terapeuta a dare quella autorizzazione che puoi permetterà al tribunale di fare altrettanto, insomma che qualche volta questo succede, ma io su questo ho abbastanza resistenze quindi non accetto di

lavorare su... **quindi tengo solo le persone che vogliono fare un lavoro completo di terapia altrimenti... no.**

[...] per cui quando dico che è un **lavoro di terapia a 360 gradi** intendo dire proprio questo io non mi fermo esclusivamente alla singola richiesta con cui arriva, la bandierina del io voglio cambiare ecco, questo no". (N.)

A partire da questo testo, il repertorio interpretativo che è emerso e che si è potuto delineare è rappresentato dalla figura retorica del **“mettersi in gioco”** nel contesto clinico, di cui gli elementi principali del discorso sono stati sottolineati in grassetto. Il repertorio è stato delineato a partire dall'analisi dei testi e dall'individuazione di quelle metafore e figure retoriche che hanno la funzione di descrivere, definire o valutare alcuni elementi che emergono come rilevanti nelle narrazioni, in questo caso il percorso clinico per la transizione di genere.

Questa metafora viene utilizzata, nello specifico, in riferimento al percorso e alla persona che porta la richiesta di transizione e attribuita come caratteristica e presupposto fondamentale dell'intenzione della persona stessa di intraprendere questo tipo di percorso.

Attraverso queste modalità discorsive e retoriche, inoltre, nella narrazione viene creata una contrapposizione tra le dimensioni della superficie e della profondità, che vengono applicate nel contesto clinico, associando il **“mettersi in gioco”** ad un **“lavoro completo”**, **“profondo”**, **“non superficiale”** e a **“360 gradi”**. Questo tipo di metafora può inoltre rimandare l'idea del percorso nel contesto clinico come una **“sfida”**, ovvero un mettersi alla prova di fronte a qualcuno/a o qualcosa, come suggerito dalla contrapposizione del porre la richiesta dell'autorizzazione come scopo e del non accettarla.

Insieme ad altri repertori interpretativi inerenti al percorso clinico per la transizione di genere, si è individuata la meta-metafora della **“complessità”**, termine che fa da cornice alle diverse modalità discorsive analizzate e usate per descrivere questo tema e contesto. La complessità costituisce la chiave semantica per la descrizione di questi percorsi, pur nelle sue diverse modalità d'uso e implicazioni che genera.

5.6.2 Posizionamenti

Il secondo strumento concettuale che si è scelto di utilizzare è relativo ai posizionamenti assegnati nelle narrazioni, che è considerato secondo l'approccio narrativo e condiviso anche da quello discorsivo, come un elemento chiave nella costruzione e nella *performance* dell'identità (Riessman, 2012; Bamberg, 2004).

Nel definire e nel considerare lo strumento concettuale del posizionamento, il costrutto di “voce” è particolarmente rilevante. Le voci rappresentano dei nuclei di significato attorno ai quali la persona organizza sistemi di posizionamento fluidi e dinamici, che vengono radicati nelle situazioni di esperienza dell’altro da sé (Mininni, 2003).

L’atto del posizionamento viene definito come riferito all’assegnazione di parti o ruoli fluidi a parlanti nella costruzione discorsiva delle storie personali (Harré e Van Langenhove, 1999). Considerando la natura discorsiva dell’identità che prende forma e si rivela nel racconto della storia di sé, l’approfondimento di specifiche strategie di posizionamento discorsivo utilizzate dalle persone consente di rilevare come costruiscono la propria versione del mondo e attribuiscono significato all’esperienza (Harré e Van Langenhove, 1991).

Attraverso questa prospettiva l’identità che emerge dai sistemi di posizionamento può, ancora una volta, essere considerata come un’identità interattiva e relazionale, in quanto non rappresenta un prodotto concluso e definito, bensì un processo che si crea e si modifica per mezzo delle diverse pratiche discorsive cui partecipa, anche in maniera contraddittoria (Davies e Harré, 1990). Le voci e le posizioni possono infatti essere in dialogo, cambiare e parlare di singole persone, gruppi sociali o istituzioni (Mininni, 2003).

In questo senso, il posizionamento si configura come cornice teorica e metodologica in base alla quale, attraverso pratiche discorsive, le persone si collocano in sistemi di relazioni che ne identificano e, allo stesso tempo, ne limitano le possibilità di azione (Harré e Moghaddam, 2003). È un processo attraverso il quale la persona si colloca in relazione agli altri e viene ricollocata nel sistema sociale, dai discorsi altrui (Riessman, 2004).

L’analisi del posizionamento consente di mettere in evidenza, come «pezzi di rappresentazioni sul mondo e sulla propria identità» vengono creati, scambiati e trasformati (Taylor et al., 2003).

Inoltre, attraverso le descrizioni che sono state formulate nell’analisi delle narrazioni, la lettura dei processi di posizionamento si lega a particolari domande che possono essere poste nel contesto della ricerca, tra le quali: in quale tipo di storia il/la narratore/trice posiziona se stesso/a? come lui/lei posiziona se stesso/a in relazione al pubblico e viceversa? Come lui/lei posiziona i personaggi in relazione l’uno con l’altro/a e in relazione a se stesso/a? e, infine, come lui/lei posiziona se stesso/a a se stesso/a, ovvero produce, afferma o rivendica l’identità? (Bamberg, 2004) e ancora, da una prospettiva performativa, come mai il/la narratrice racconta certi eventi in quel modo e non in altri? E quali identità vengono così costruite o suggerite? (Riessman, 2012).

L'analisi del posizionamento è stata scelta in quanto ad un primo approccio ai testi, numerose e differenti voci e personaggi emergevano, assumevano senso, ruoli e collocazioni rilevanti nelle narrazioni.

Al fine di analizzare i posizionamenti, si sono poi presi in considerazione tre differenti livelli di posizionamento derivanti dall'analisi performativo-dialogica (Riessman, 2009; 2008):

- 1) Posizionamenti del/la narratore/trice in relazione a personaggi/voci rilevanti inseriti nelle storie;
- 2) Posizionamento tra il/la narratore/trice e me come interlocutori/trice presenti nel dialogo;
- 3) Posizionamenti in riferimento ai discorsi, alle retoriche, alle narrazioni presenti nel contesto socio-culturale più ampio.

Tutti questi elementi, ovvero le modalità narrative e discorsive utilizzate, i posizionamenti e le performance di identità, strettamente legati tra loro, possono contribuire a mettere in luce i processi di costruzione dell'identità, sia questa intesa in senso personale come nel caso delle persone in transito, sia in senso professionale come per i/le professionisti/e della salute mentale.

In questa ricerca, l'analisi dei posizionamenti è stata svolta in relazione a particolari voci che sono emerse come rilevanti nelle narrazioni, ovvero voci in comune o particolari inserite nelle narrazioni. L'individuazione delle voci ha compreso specifici personaggi e pubblici presenti nei testi, ma anche contesti e dimensioni semantiche peculiari, come ad esempio “gli psicologi”, “il contesto clinico” o “la diagnosi”.

Per ogni contesto, pubblico o personaggio sono stati individuati particolari posizionamenti, approfondendone di volta in volta le possibili relazioni in virtù del/la protagonista della narrazione e del contesto socio-culturale condiviso. A fronte dei diversi posizionamenti possibili, sono poi state create delle dimensioni semantiche sovraordinate che potessero riassumere i posizionamenti. Tali dimensioni sono costituite da particolari polarità semantiche che creano un continuum entro cui i diversi posizionamenti possono collocarsi e “fluttuare”.

Di seguito si riporta un esempio di analisi per l'individuazione dei posizionamenti.

Lo stralcio di testo che segue si riferisce ad un'intervista svolta con un ragazzo FtM, in cui il dialogo verteva, sull'essere trans.

“Francesco: mah sul percorso no, è cambiato il mio modo di vedere, il mondo diciamo perché comunque rientri in una minoranza secondo la società, e comunque da piccolo non che la discriminavo, però non la conoscevo le altre minoranze,

quindi anche per me la normalità, era la normalità di tutti. Quindi adesso che sono in una minoranza della società mi rendo conto che un quarto della società o è handicappata o è, che quindi non ci deve essere questa distinzione, perché comunque alla fine sei una persona, sei una persona e basta, capito? [...]

Jessica: e quindi anche l'idea di normalità è cambiata?

Francesco: sì esatto, cioè... perché anche crescendo vedi che la gente inizia a sviluppare il suo carattere, quindi non è che siamo tutti uno standard appunto, c'è chi è magari più stravagante, c'è chi è lo è meno, quindi appunto **mi si è trasformata questa idea di normalità.**" (Francesco, 20 anni)

Il posizionamento che si è potuto individuare in questo testo, condiviso anche in altre interviste, è rappresentato dall'espressione **"sei una persona e basta"**. Attraverso questa modalità narrativa (e i vari elementi che la compongono sottolineati nel testo) Francesco si posiziona verso la società più ampia e il suo ideale di normalità ("la normalità di tutti" e le "minoranze") e verso se stesso nonché verso di me, collocandosi come "una persona e basta" e mi inserisce in questo rapporto rivolgendomi la frase e la domanda ("capito?").

Questo intreccio di posizionamenti si costruisce, nella narrazione, a partire da una conoscenza più approfondita le realtà trans e dal proprio percorso di transizione, quindi di gruppi di persone che condividono questo percorso. Posizionandosi all'interno di una "minoranza della società", è cambiato anche il modo di intendere la stessa normalità, che smette di essere considerata come "standard". "Sei una persona e basta" è espressione di un posizionamento che riguarda chi narra ma anche il pubblico a cui si rivolge, la società e me, e includendo così nell'idea di normalità le possibili differenze che caratterizzano entrambi e le altre persone intorno.

Insieme ad altri posizionamenti rintracciati nelle interviste, questa modalità narrativa può essere collocata all'interno di una dimensione semantica più ampia e che li comprende, ovvero quella definita dalle polarità della "normalità definita e normalità che cambia", situandosi nel secondo polo. Il costrutto di "normalità" emerge spesso nelle narrazioni e in riferimento a diversi contesti, voci e personaggi. In questo caso, le due polarità si distinguono per la considerazione di una normalità definita, ideale e statica e una di una normalità che cambia, che allarga i confini.

Nei capitoli successivi, verranno pertanto descritti i risultati della ricerca in riferimento ai repertori interpretativi e ai posizionamenti, prima per le persone in transizione e ai loro percorsi biografici e infine, per i/le professionisti/e del campo psicologico e psichiatrico e alle loro pratiche operative attraverso le narrazioni e i dialoghi condivisi nelle interviste.

L'analisi dei testi attraverso i metodi e gli strumenti concettuali riportati è stata svolta principalmente dalla sottoscritta e non ha previsto un confronto tra giudici indipendenti o meno.

A questo proposito, si possono sottolineare due aspetti rilevanti che accompagnano l'impianto della ricerca. Da una parte, la discussione con altri/e colleghi/e o persone al fine di interrogarsi sulle testualità raccolte e/o di rafforzare le argomentazioni rispetto ai risultati può essere considerata come una risorsa considerevole in quanto mette in campo più voci nell'analisi, ma può rappresentare allo stesso tempo un limite laddove si tenti di raggiungere una sorta di validazione oggettiva delle analisi. L'oggettività è infatti un presupposto che appartiene alle prospettive conoscitive tradizionali nell'ambito psicologico e delle scienze sociali, ma che può essere messo in discussione, in quanto i nostri modi di approcciarci ai testi, di interpretarli e di discuterli è guidato da sistemi di riferimento teorici, ma anche valoriali e biografici differenti che rendono le interpretazioni e le descrizioni sempre situate e emergenti da un punto di vista. Dall'altra parte, seppur in accordo rispetto alla potenzialità della condivisione interpersonale nelle fasi di analisi, in questa specifica ricerca si è voluto privilegiare la relazione che si è creata tra me e le persone intervistate, spesso anticipata e resa possibile da un processo di conoscenza nei gruppi di Auto Mutuo Aiuto e generata nel momento dell'intervista. Si è tentato, quindi, di focalizzarsi e di mettere in luce la specificità di ogni rapporto e interazione che si è creata nel corso del tempo e dell'incontro, oltre che approfondire gli aspetti di riflessività che mi hanno coinvolto nella ricerca. Attraverso gli strumenti concettuali descritti si è cercato, quindi, di analizzare e mettere in luce le modalità narrative e discorsive volte a descrivere e configurare certi aspetti, così come quelle che consentono di costruire particolari posizionamenti in virtù di specifici personaggi, voci o contesti rilevanti del proprio percorso di transizione o della propria pratica operativa.

L'analisi dei repertori interpretativi e dei posizionamenti, accompagnati dall'attenzione ai processi performativi così come ad aspetti strutturali e tematici delle narrazioni consente di mettere in risalto i processi di costruzione delle identità implicate nei percorsi di transizione di genere.

Capitolo 6

REPERTORI INTERPRETATIVI E POSIZIONAMENTI IDENTITARI NELLE NARRAZIONI SUI PERCORSI DI TRANSIZIONE

6.1 Introduzione

Questo capitolo è dedicato all'analisi e alla presentazione dei risultati in riferimento al primo obiettivo della ricerca: analizzare i processi discorsivi e narrativi di costruzione dell'identità e i significati legati ai percorsi di transizione di genere e alle biografie da parte delle persone in transito.

6.2 Movimenti e scelte di analisi

I repertori interpretativi, ovvero le modalità discorsivo-linguistiche e retoriche usate per descrivere, spiegare, valutare particolari temi o eventi consentono di mettere in luce aspetti di contenuto e di particolare rilevanza, nonché aspetti legati alla processualità discorsiva.

I posizionamenti identitari fanno invece riferimento a come la persona si colloca in relazione ad altri personaggi o voci che vengono fatte emergere nella narrazione con le quali essa dialoga, interagisce o si contrappone.

I repertori interpretativi e i posizionamenti si trovano in stretta relazione, ad esempio, rispettivamente per la descrizione di come e cosa si intende per famiglia, e nel collocamento e specifico della persona nel racconto e nel dialogo con e verso la famiglia, nonché del contesto socio-culturale di riferimento.

Per questo motivo si è scelto di descrivere i risultati inserendo entrambi gli strumenti analitici, enfatizzandone così la loro stretta relazione e dialogo e mantenendo la complessità e il flusso narrativo, scomponibile soltanto per necessità esplicative.

Le fasi e i movimenti che hanno caratterizzato l'analisi dei testi sono state diverse. Il primo passo è stato di immergersi nelle interviste nella loro globalità e complessità, cercando di individuare

tutti quei temi e tutti gli elementi discorsivi particolari di ogni intervista, che è stata considerata in tutti i suoi aspetti come pratica interattiva e condivisa. Successivamente si è cercato di tracciare quei temi e elementi discorsivi che potessero seguire una linea di comunanza e condivisione tra le narrazioni.

Un ulteriore passaggio è stato quello di individuare gli stralci di testo condivisi costituiti dalle domande guida della ricerca da me poste e le relative risposte.

A questo punto sono state create delle categorie di analisi ricorrenti nei testi, ovvero dei contesti, all'interno delle quali le modalità discorsivo-narrative usate per descriverle e per raccontarle possono essere simili o estremamente diverse.

Ogni contesto di analisi non viene inteso soltanto come un'etichetta che rappresenta un contenuto o come un argomento cardine emerso, ma può essere inteso come una configurazione discorsivo-narrativa di realtà, necessariamente processuale, dinamico e fluido nello spazio e nel tempo del discorso e della narrazione. Attraverso l'analisi e l'individuazione dei repertori interpretativi e dei posizionamenti all'interno di questi contesti, si è cercato di scattarne una fotografia e raccontarla. All'interno di ogni configurazione di realtà rilevata, le modalità discorsive e narrative, così come i contenuti utilizzati, si trovano in relazione tra loro, sia questa di contrapposizione o di affinità, di coerenza o incoerenza.

Infine, ogni contesto si trova, allo stesso tempo, in un rapporto di dialogo intrecciato, emergendo da quello precedente, anticipandone altri oppure ritornando su altri già raccontati.

L'esposizione e la descrizione dei risultati cercherà di mantenere la stessa forma narrativa che ha caratterizzato gli incontri, nonché le storie raccontate e condivise in quelle occasioni⁸.

I contesti rilevati dall'analisi delle interviste possono essere così riassunti:

1. Essere trans
2. Io e Me in transizione
3. Il cambiamento corporeo
4. La famiglia
5. La relazione intima, la sessualità e il/la partner
6. L'altro

⁸ I nomi delle persone partecipanti sono stati modificati per rispettarne la riservatezza e così anche le informazioni sono riportate in modo da non poter risalire all'identità della persona intervistata (es. viene indicato il contesto di lavoro -pubblico o privato- ma non il luogo specifico).

7. Le persone trans
8. L'ambito psicologico
9. Altri contesti
10. L'altro immaginato
11. La ricerca

Ognuno di questi contesti è costruito a partire da particolari repertori interpretativi e posizionamenti identitari assunti da ogni persona nel dialogo e verranno qui descritti in maniera approfondita. Nella maggior parte dei casi per i repertori interpretativi riferiti ad ogni contesto sono state individuate delle meta-metafore che li potessero comprendere, così come delle dimensioni costituite da polarità semantiche entro cui si possono collocare diversi posizionamenti. A supporto e come esemplificazione di ognuno di questi repertori e posizionamenti si trovano alcuni stralci di testo ridotti, all'interno dei quali sono stati sottolineati in grassetto gli elementi discorsivi e narrativi utilizzati e rilevanti per l'analisi del testo effettuata.

6.3 Risultati

6.3.1 Essere trans

La dimensione dell'“essere trans” e dell'intraprendere un percorso di transizione di genere, è una dimensione che emerge spesso nei racconti. In questa categoria rientrano quei discorsi e quelle narrazioni in cui la persona che narra attribuisce significati e descrive cosa intende per “essere trans” in modi particolari, quindi si posiziona in riferimento a questa dimensione. Emergono diverse modalità di intendere ciò che viene definito come *transessualismo*, *transessualità*, *transgender* o *transizione di genere*.

In molte storie raccontate si fa spesso riferimento ad un'idea stereotipata e pregiudizievole legata alle esperienze trans e spesso presente nel senso comune, che è preponderante soprattutto agli inizi del percorso o nei momenti precedenti allo stesso, modalità narrative e discorsive particolari che generano altrettante implicazioni pragmatiche, ad esempio, bloccando o ritardando la scelta di intraprendere un percorso di questo tipo.

6.3.1.1 La diversità

La meta-metafora che può racchiudere i diversi repertori interpretativi rilevati dai testi per la dimensione dell'“essere trans” è quella della “diversità”. Sotto l'ombrello semantico e retorico

della diversità si possono rintracciare diversi significati e modalità di descrizione di questa dimensione. In particolar modo, si trovano modalità discorsivo-narrative che connotano l'esperienza trans come "sbagliata" e "non naturale" quindi una diversità definita e intesa in maniera negativa e dispregiativa, e modalità discorsivo-narrative che associano la "diversità" dell'esperienza trans alla "ricchezza" e alle "possibilità".

1. "Trans come qualcosa non di sbagliato, però..."

Il primo tipo di repertorio interpretativo che si può rintracciare è costituito da espressioni retoriche ed enunciati che collegano l'esperienza trans a qualcosa di "sbagliato", "non naturale", "non corretto". Il disclaimer "però" viene spesso usato per ridimensionare l'accezione negativa che può così essere associata all'esperienza, tuttavia le altre attribuzioni che seguono non cambiano la direzione di senso della frase.

Da una parte si trova legata a questo repertorio discorsivo la dimensione del lavoro sessuale inteso nel suo lato più stereotipato e con accezione negativa, quindi definito come "prostituzione", e accompagnato da parole come "marciapiede", "strada", "viados", "prostitute" e "lavoro".

Il discorso della persona trans sulla strada e che solo in quel contesto può essere vista viene spesso messo in campo in riferimento al proprio passato, spiegando il perché si è tenuto nascosto il proprio desiderio di cambiamento o il provare e sentire qualcosa di differente rispetto ai ruoli sessuali comunemente dati per scontato e verso i quali si viene educati, come si può leggere in questo stralcio:

"Non riesco a chiamarlo transessualismo. Perché comunque io sono cresciuta con le viados Alle provinciali vicino a casa mia quindi... **Trans è uguale viados. Non trans è uguale persona normale.** Sono cresciuta così con questo tipo di educazione alla fine". (Sofia, 23 anni)

Ad esso si associa la paura della discriminazione, della diversità rispetto agli altri, un'ideale di "normalità" che emerge in rapporto al genere e al suo binarismo, quindi alla concezione che l'essere trans o la transizione sia un qualcosa di "sbagliato".

"e poi io ho detto **io l'ho sempre vista come una cosa... non sbagliata però... Tu tu tu, non giusta, non corretta, non naturale...**" (Monica, 31 anni)

Questo modo di intendere l'esperienza trans, inoltre, si trova a volte accompagnato da relazioni di causa con il lavoro sessuale, quindi di esclusione di altre possibilità e contesti di vita. Queste modalità discorsive non solo configurano l'esperienza e l'"essere trans" come qualcosa di già

definito e destinato, ma generano effetti pragmatici e implicazioni concrete nell'agire, ad esempio indicando un preciso percorso biografico da seguire e ritenendo coerenti soltanto certi contesti, escludendone altri possibili.

Un esempio della portata pragmatica di queste modalità discorsive lo si può trovare in questo stralcio:

"Aida: Io non ho mai frequentato, tranne quando mi prostituivo, persone transessuali, quindi non ho mai conosciuto persone transessuali integrate nella società. Per me... l'ho pensato per molto tempo, **essere transessuale significava essere prostitute e basta.**

Jessica: mmm

Aida: pensavo che non si potesse avere un lavoro, pensavo che... ma ancora un po' lo penso, che... siamo ancora un po' oggetto sessuale comunque, per gli uomini, **però... si può vivere anche con dignità, ecco**".

Jessica: certo". (Aida, 29 anni)

In questo caso si nota come la congiunzione "però" possa far rientrare altre significati e dimensioni di senso. "Si può vivere anche con dignità, ecco" chiude il periodo e suggerisce uno scarto rispetto a quanto detto precedentemente, nonostante non lo annulli ma aggiunga qualcos'altro. In questo caso, come anche in altri dialoghi, non mi sono limitata ad ascoltare ma a sostenere dal mio punto di vista, seppur con brevi enunciati o accenni gestuali, queste affermazioni al fine di accompagnare le possibilità inserite nella narrazione e considerate rilevanti dalla persona stessa.

Taluni nuovi significati suggeriscono il cambiamento, condiviso anche da altre persone con le quali ho avuto modo di dialogare, avvenuto nelle modalità di intendere l'"essere trans" nel corso del tempo e favorito dalla conoscenza di altre persone, di altri contesti e dall'introduzione in altri contesti specifici legati al mondo trans, come ad esempio, sportelli o servizi dedicati a persone trans.

Non soltanto il tema e la retorica della strada e del marciapiede, ma anche quello della malattia è presente, in contrapposizione ad un ideale di normalità.

In questo stralcio possiamo notare come, post hoc, si possa spiegare la scelta di arretrare nel mostrare un desiderio considerato nel contesto educativo e socio-culturale di riferimento, come espressione di "diversità".

"[...] Ovviamente poi le cose durante, diciamo così, le elementari più che altro alle medie, le cose ti rendi conto molto di più di quanto è forte il tuo desiderio di essere un'altra persona, però **ti rendi conto anche di cosa rischi perché ai tempi queste cose erano viste come una malattia**, forse ancora oggi alcune persone la considerano una **malattia**: mi sembra di aver capito che la disforia di genere, che poi è il nome che i dottori catalogano diciamo così

questa voglia di essere un'altra persona in un corpo sbagliato, è vista come una **malattia**. Ora non so se è cambiato, però tempo fa era così. Quindi ti dicevo, alle medie, ti rendi ancora più conto di come vivi male questa cosa però è anche vero che devi sopravvivere, **perché negli anni '80 non puoi dire ai tuoi genitori "io voglio diventare una donna" perché rischiavi veramente forse anche di essere messa nei manicomi**, ci sono tante persone che veramente hanno rischiato di essere rinchiusi, anche solo per il loro orientamento sessuale." (Laura, 39 anni)

Oltre ad emergere la tematica della diagnosi di disforia di genere, qui descritta in maniera personale e soggettiva e attraverso retoriche conosciute, come quella relativa all'"essere in un corpo sbagliato", fuoriesce ancora una volta la portata performativa e pragmatica di un certo modo di intendere le esperienze trans e in generale il desiderio di appartenere ad una categoria di genere diversa.

Questo repertorio interpretativo, per mezzo delle sue possibili espressioni retoriche, termini ridondanti ed enunciazioni causali, lega l'esperienza trans a giudizi di valore e a contesti di vita connotati negativamente, quindi l'esperienza viene associata a qualcosa di sbagliato, malato o necessariamente connesso al lavoro sessuale non scelto intenzionalmente, definendo tale "diversità" nei termini prevalentemente della devianza e della malattia. Modalità discorsive che come si è messo in luce attraverso gli stralci di testo, hanno spesso generato effetti pragmatici "reali" come la scelta di non intraprendere un percorso di transizione o mostrarsi come persona trans al pubblico per paura delle reazioni dei contesti interpersonali e sociali in cui si abitava.

Tali discorsi cominciano spesso a cambiare dopo una conoscenza più ravvicinata e approfondita delle realtà trans, oppure successivamente all'aver intrapreso un percorso di transizione e ad agire collocandosi al loro interno. Sono in particolar modo le generazioni di persone che oggi hanno dai 30 anni in su ad utilizzare e sentire l'impatto di queste retoriche. In altri dialoghi, questi repertori e questi discorsi non sono emersi, spesso per le generazioni più giovani (sebbene non limitatamente a queste) forse per la maggiore visibilità delle esperienze di varianza di genere e della loro presa in carico in questo momento storico, come viene suggerito anche dai diversi cambiamenti che investono la diagnosi nei manuali nosografici.

2. "Trans come grande diversità"

Questo repertorio interpretativo fa riferimento alla meta-metafora della "diversità", ma attraverso le modalità discorsive che lo compongono, non limita l'esperienza alle teorie e ai commenti di senso comune presenti nel contesto socio-culturale più ampio o storicamente presenti, come quelli

relativi al rapporto tra “transessualità” e “prostituzione”. In questo stralcio vengono sottolineate le comunanze tra le esperienze di persone che si definiscono come trans, modificate dall’aggiunta di particolari congiunzioni avversative come “ma” e “però” a riprendere e sottolineare ancor di più le differenze e le specificità.

“sai quanti ne ho fatti di gruppi... è vero, poi **sotto il termine trans ci sono delle realtà, a volte molto simili ma a volte completamente distanti**, perciò... cioè sì, **trans è proprio un termine molto ampio per descrivere una stra grande diversità**, come si possono vedere nei gruppi di aiuto mutuo aiuto. Anche se poi tutti hanno una **caratteristica che li accomuna, però vissuti completamente diversi**, c’è magari chi inizia a transizionare a 50 anni, perciò c’è veramente di tutto...”. (Martina, 36 anni)

In questo modo anche il verbo essere, spesso usato per descrivere le persone e le esperienze trans può cominciare ad essere tralasciato o ad essere smussato nella sua portata di determinazione, staticità e di reificazione. Il connettere specifici e determinati significati all’esperienza rischia di limitarla e di creare una “tipologia” di persone piuttosto che aprire alle possibilità di descrizione di sé e di traiettorie biografiche alternative.

6.3.1.2 Essere trans tra Invisibilità e Visibilità

Per quanto concerne i posizionamenti assunti dalle persone in relazione alla dimensione dell’“essere trans” nelle narrazioni, questi possono collocarsi in diversi modi lungo una particolare dimensione costituita da due polarità semantiche particolari. In questo caso, la dimensione rintracciata è data dal continuum invisibilità-visibilità. Le modalità discorsive e narrative usate per definire questo rapporto costruiscono anche significati specifici legati alla visibilità, che viene intesa non soltanto come presentazione di sé al pubblico immediata e corporea, ma anche come una possibilità di agire e interagire nel mondo attraverso l’identità di genere che si ritiene propria.

1. “Io che preferisco stare dietro le quinte”

Un primo tipo di posizionamento si colloca lungo la prima polarità della dimensione invisibilità-visibilità. Spesso è un posizionamento che viene utilizzato in rapporto all’identità delle persone FtM (“noi”), descritte come più “invisibili” in confronto alle donne trans e motivo di discriminazione verso di loro. Pertanto, riprendendo la metafora del palcoscenico, come nel caso di Diego, il posizionamento nei confronti dei contesti sociali e interpersonali è quello per cui ci si colloca “dietro le quinte”, a volte in contrapposizione con il fare “clamore” proprio perché ci si rende visibili a partire da una condizione definita come di non conoscenza e invisibilità.

“ci sono le ragazze che vengono fuori in maniera prepotente, e riescono ad avere un impatto sull’...impressione che la gente ha della condizione, **noi siamo molto più dietro le quinte**, anzi tanti non sanno neanche della nostra esistenza, uno non si immagina nemmeno che si possa fare il percorso inverso. Io ho fatto, con tutte le virgolette del caso, **ho fatto... clamore sul mio posto di lavoro**, questa era l’unica cosa che mi fregava in realtà, nel partire con, cioè io l’avevo assolutamente accantonata questa cosa qui... ero convinto che sarei morto donna”. (Dario, 44 anni)

2. “Io che non mi voglio nascondere”

Strettamente connesso ai repertori interpretativi descritti, quindi alle retoriche, alle interpretazioni e ai giudizi di valore negativi rispetto alle esperienze trans, alcune persone hanno rimandato la scelta di intraprendere un percorso, oppure hanno cercato di metterla da parte, fino ad arrivare ad un momento in cui chi narra si pone come agente del cambiamento e promotore della propria visibilità, come si può leggere nello stralcio seguente:

“Le trans ci sono sempre state eh, come i gay e le lesbiche, ci sono sempre state... solo che **si sono sempre nascoste**. In Italia ci sono 30/40.000 trans, ma ehm dichiarate... ma sai quante ce ne sono che sono ancora, **che si nascondono... io non voglio più nascondermi**. Io ho 44 anni, sono a più della metà della mia vita, non penso di arrivare a 88 anni e non ci voglio neanche arrivare rincoglionita. Preferisco morire prima (sorride). Anche a 70/60 quindi sono già al 60/70% della mia vita eh. Quindi il resto della mia vita la voglio vivere per quella che sono io, è giusto così... non voglio più vivere per dar ragione agli altri e non lo sapevo neanche questo... adesso lo so”. (Paola, 44 anni)

Attraverso la dimensione dell’invisibilità-visibilità chi narra non solo prende posizione rispetto al mostrarsi o non mostrarsi al pubblico, ma prende posizione rispetto all’agire e al rapportarsi in maniera diversa con le persone e i contesti con i quali si trova o vuole interagire. Spesso, inoltre, il rapporto con questa dimensione comprende l’uso di pronomi personali riferiti a sé e alla più ampia comunità trans che vengono messi in relazione tra loro, avanzando la portata di un attivismo sociale e/o di una comunità particolare.

6.3.1.3 Essere trans tra Normalità definita e Normalità che cambia

Un’ulteriore dimensione entro la quale si possono rintracciare e collocare diversi posizionamenti è rappresentata dalla “normalità definita-normalità che cambia”. Il costrutto di “normalità” emerge spesso nelle narrazioni e in riferimento a diversi contesti, voci e personaggi. In questo caso, le due polarità si distinguono per la considerazione di una normalità definita, ideale e statica e una di una normalità che cambia, che allarga i confini.

1. “Io lotto per avere una vita normalissima”

Con questo posizionamento emergono modalità narrative di contrapposizione e non accettazione delle retoriche relative alla transessualità o al transgender come connesso al lavoro sessuale e alla “prostituzione”, che anzi possono venire giudicati negativamente e un genere narrativo volto al combattimento verso tali retoriche.

Come si può notare nello stralcio che segue, il rapporto è anche verso le persone che non conoscono le tante e diverse esperienze di persone trans e che vengono informate soltanto attraverso particolari notizie. La “verità” del problema è collocata nel tipo di informazione che viene trasmessa al pubblico più ampio. Attraverso questo posizionamento, la persona che narra non si posiziona soltanto in relazione alle persone comuni che vengono “informate”, ma anche alla categoria di persone che “lottano per una vita normale” o che “lavorano in strada”. Ciò porta in alcuni casi anche a distinguere e a contrapporre queste ultime due categorie, in virtù dei valori e dei giudizi normativi presenti a livello socio-culturale.

“peccato che la mentalità, come vediamo anche a volte nei servizi che vediamo in televisione, l’ultimo è stato quello de Le Iene, cos’hanno intervistato? Solo ragazze ovviamente, oltretutto, neanche a farlo apposta, brasiliane e peruviane, che lavorano in strada. Non c’è stata diciamo così un’intervista di una ragazza che lavora non so da Limoni, oppure che ne so da Sephora, o da un negozio, no, tutte solo ed esclusivamente sulla strada. E quindi ti dici non può pensare, o comunque non può capire un signore o una signora che guardano la televisione che **in realtà non è tutto così ma c’è dietro chi sta lottando PER AVERE UNA VITA NORMALISSIMA**. PERCHÉ A ME QUELLO CHE INTERESSA è avere un lavoro tranquillo, potermi mantenere, va bè l’amore lasciamo stare che ormai ho perso le speranze (alza il tono di voce) però ti dico la verità, il problema è quello [...]”. (Laura, 39 anni)

2. “Sei una persona e basta”

Sempre all’interno della dimensione della “normalità” si può rintracciare un diverso posizionamento rispetto al lottare per una normalità ideale, ma che include il cambiamento dell’idea stessa di normalità. Nelle narrazioni, questo posizionamento si costruisce entrando nel merito e conoscendo in maniera più approfondita le realtà trans, e nello stralcio di testo del ragazzo che segue, attraverso il proprio percorso di transizione e la conoscenza di gruppi di persone che condividono questo tipo di percorso. Posizionandosi all’interno di una “minoranza della società”, è cambiato anche il modo di intendere la stessa normalità, che smette di essere considerata come uno “standard”. “Sei una persona e basta” è espressione di un posizionamento che riguarda chi

narra ma anche il pubblico a cui si rivolge, in questo caso me, e includendo così nell'idea di normalità le possibili differenze che caratterizzano entrambi e le altre persone intorno.

“Francesco: mah sul percorso no, è cambiato il mio modo di vedere, il mondo diciamo perché comunque rientri in una minoranza secondo la società, e comunque da piccolo non che la discriminavo, però non la conoscevo le altre minoranze, quindi **anche per me la normalità, era la normalità di tutti**. Quindi adesso che **sono in una minoranza della società mi rendo conto che un quarto della società o è handicappata o è, che quindi non ci deve essere questa distinzione, perché comunque alla fine sei una persona, sei una persona e basta, capito?** [...]”

Jessica: e quindi anche l'idea di normalità è cambiata?

Francesco: sì esatto, cioè... perché anche crescendo vedi che la gente inizia a sviluppare il suo carattere, quindi non è che siamo tutti uno standard appunto, c'è chi è magari più stravagante, c'è chi è lo è meno, quindi appunto **mi si è trasformata questa idea di normalità.**” (Francesco, 20 anni)

Da questa dimensione possiamo rilevare come il costrutto di normalità possa detenere un ruolo particolarmente importante nel modo di narrare e raccontare il proprio percorso, la propria biografia e le proprie relazioni. In particolar modo, ad avere una portata pragmatica e definitoria sulla propria identità è la normalità “di tutti”, che può essere intesa come quella forma e ideale di normalità che non richiede di essere specificata ulteriormente poiché data per scontato come normalità, ad esempio quella data dalla coerenza tra identità di genere-sesso-orientamento sessuale in stretta relazione con il possedere un lavoro “normale”, ovvero regolare e non connotato attraverso giudizi di valore negativi.

Quando nei dialoghi emergeva questo tipo di posizionamento, ha sempre trovato verso di me una certa risonanza di significato, portandomi tutte le volte a riflettere sulle diversità che ci contraddistinguono e che caratterizzano le identità di genere (e anche la mia, come persona cosiddetta cisgender) e che rendono la normalità un discorso come tanti altri più che un dato di fatto, ma che viene sancito come normativo e “reale”, generando effetti pragmatici rilevanti, soprattutto per coloro che vengono considerati come estranei a questa normalità.

6.3.2 Io e Me in transizione

Riassumere i diversi significati legati ai percorsi di transizione è complesso, possono esserci significati e retoriche condivise così come significati e interpretazioni estremamente personali e idiosincratiche, anche a partire dalle stesse rappresentazioni in comune.

Tuttavia, a partire dalle interviste che ho avuto modo di condividere, si possono ritrovare alcuni repertori interpretativi e posizionamenti peculiari che riguardano la relazione tra chi narra e il proprio percorso. L'aspetto particolare di questa categoria consiste, inoltre, nel comprendere il dialogo tra Io e Me durante le varie fasi e i momenti della transizione.

6.3.2.1 Sconvolgimento

Con questa meta-metafora si vogliono includere alcuni repertori interpretativi che emergono dalle interviste e che sono accomunabili nel conferire alla transizione un carattere di "sconvolgimento". La perturbazione e il cambiamento sono legati a modalità narrative che riguardano, da una parte, la scelta nell'intraprendere un percorso di transizione e dall'altra, gli effetti di questa scelta.

1. "La transizione come irresistibile"

Spesso i momenti precedenti la scelta di intraprendere un percorso di transizione sono raccontati come caratterizzati dalla mancanza di conoscenza in merito a questa possibilità e dei termini per definirla e per definire identità di genere altre, dalla confusione a proposito della propria identità o ruolo di genere, oppure ancora, dal tentativo di nascondere questa possibilità come direzione da poter intraprendere. Questi aspetti e circostanze biografiche che mi sono stati raccontati, cambiano in certi e particolari momenti della biografia fino a considerare la transizione come un qualcosa di "irresistibile", ovvero nel momento in cui se ne viene a conoscenza e questa si affaccia alla biografia come effettiva possibilità. Come si può leggere nello stralcio che segue, spesso questo repertorio è accompagnato da metafore e figure retoriche, come qualcosa "che si ha dentro", che si possiede e che "urla" per uscire e a cui non si può più "resistere".

*"è irresistibile. Perché se uno come me vede una cosa del genere tu non puoi resistere, non puoi, perché **ce l'hai dentro e ti urla capisci...** e ogni volta che tu vai lì **qualcosa dentro di te aumenta l'urlo, l'intensità dell'urlo** perché a un certo punto è talmente un'esigenza che viene fuori da una parte istintuale di te, primordiale, è come se la mia matrice, il mio dna, la mia matrice più vera, è normale che tu ce l'hai, **non ne puoi fare a meno**, è come veramente come una droga per i drogati, perché dici "no io devo fare assolutamente questa cosa e non me ne frega niente di nessuno" no per me è importantissima, di **identificazione profonda con la mia essenza...** e quindi niente..." (Marco, 58 anni)*

La transizione in alcuni casi viene considerata quindi come essenziale, istintuale e primordiale, non come un percorso e un mezzo, ma come identità stessa. Termini come "matrice", "dna", "come una droga per i drogati", "essenza" caratterizzano, per questa persona in particolar modo, la transizione. Tali definizioni e significati sembrano fare riferimento ad ideali e concezioni

dell'identità di stampo romantico ed essenzialista, laddove viene considerata come proprietà intima e profonda dell'individuo singolo.

Essa viene definita, inoltre, come un qualcosa che non si può nascondere, significato che viene inoltre condiviso e veicolato tra persone che intraprendono questo percorso. Al contrario, se non si può nascondere e sotterrare, la transizione può permettere di renderla visibile, di farla emergere e portare alla luce.

2. “La transizione come *sconvoltura*”

Il termine “sconvoltura” è stato messo in campo da una persona in particolare, ma il significato che rappresenta può parlare anche di altre esperienze. La transizione viene intesa come percorso di liberazione, di espressione di sé, di costruzione di una nuova identità, e allo stesso tempo come percorso di trasformazione che “sconvolge la vita”, spesso nei termini del cambiamento dovuto per esempio alla terapia ormonale e/o ad altri interventi chirurgici, e del cambiamento che investe la persona e le sue relazioni con gli altri, come si può ritrovare nello stralcio che segue.

“anche perché si tratta di sconvolgere la propria vita... non tanto dentro quanto fuori quindi per le persone... è vero che poi le persone si abituanò, non è poi questa grande sconvoltura, io dico...” (Marco, 58 anni)

Questa “sconvoltura” spesso si accompagna anche all’adattamento da parte degli altri, quantomeno degli altri più intimi e vicini, ma a volte ad essa si legano anche aspetti di criticità, di confusione e di paure rispetto alla propria identità, come nello stralcio seguente.

“eh... Però se tu ti rendi conto io **fino a 3 anni fa non esistevo**. Questa cosa per chi la vive non è bella nel senso **è una conferma che non sei tu**. Nel senso dici, ho 30 anni, ho 31 anni ma è da 3 anni che vivo così poi cioè non è che ho cambiato paese, nel senso... [...] probabilmente tra vent'anni avrò più vita vissuta da Monica che da Carlo e quindi magari le cose saranno diverse però io non sono neanche tanto all'inizio cioè due anni e mezzo nel senso, poi il tempo passato non è che sono i primi sei mesi... **Cioè non so se il gioco vale la candela...**” (Monica, 31 anni)

Lo sconvolgimento in questo caso è anche legato al proprio passato, considerato intenzionalmente diverso, distante, abbandonato, negato o anche integrato e in continuità con il presente. In questo caso il passato viene inteso così lontano e diverso da non sembrare parte di sé, e raccontato come tale.

6.3.2.2 L'incipit

Un altro aspetto rilevante che può essere rilevato nelle narrazioni e che muove dalla mia domanda iniziale è quello relativo all'incipit della storia. Nonostante questo elemento non faccia riferimento o sia collegabile direttamente a particolare repertori interpretativi o posizionamenti in senso stretto, riguarda alcune modalità narrative e discorsive di iniziare il proprio racconto e la propria storia che sono rilevanti in particolar modo per i loro effetti performativi e pragmatici.

La domanda di partenza che è anche quella principale dell'intervista per iniziare il dialogo e il racconto, è stata posta da me secondo questa modalità e attraverso questi termini:

"Vorrei chiederti di raccontarmi il tuo percorso di transizione. Puoi cominciare dal momento che ritieni più opportuno per te, liberamente, e insieme possiamo prenderci tutto il tempo che serve". (Jessica)

Uno dei modi più utilizzati è fissare il punto di partenza del proprio percorso nell'infanzia, individuando qualche modo di sentire, percepire e comportarsi "diverso" dagli altri.

Questa modalità narrativa è spesso e storicamente presente nelle narrazioni trans, in particolare nell'approccio verso la classe medico-psicologica, usato per confermare e/o sostenere un particolare tipo di identità, ma anche verso il senso comune entrando come retorica conosciuta e portandola anche a me nel dialogo.

Questo modo di iniziare la storia, tuttavia, non contiene solo un momento temporale preciso che viene individuato nell'infanzia, ma anche alcuni modi di intendere quell'esperienza che vengono legati a termini e retoriche quali "qualcosa di sbagliato", "non adeguato", "diverso", "l'interno non corrispondeva con l'esterno", "qualcosa che non andava", ovvero modalità linguistiche connotate negativamente e con effetti performativi, come ad esempio il fatto di dover nascondere certe modalità espressive ed emotive, il sentirsi in colpa e diversi/e, il dover conformarsi a certe norme giudicate normali e accettabili.

Alcune di queste modalità vengono qui riportate:

"Io ho sempre sentito che dentro di me c'era qualcosa che non era adeguato a me stessa". (Aida, 29 anni)

"Certo! Allora, avevo tre anni quando mi sono accorto che c'era qualcosa che non andava (sorridente). Perché mia mamma mi ha iscritto all'asilo e mi ha portato all'asilo e c'era una bambina che mi faceva impazzire... e allora mi sono innamorato subito." (Marco, 58 anni)

"niente cioè, io sin da piccolo piccolo, non mi sono mai ritrovato, nel sesso biologico diciamo, e che io mi ricordi io giocavo a calcio da piccolo, con i

maschietti no? E mi ricordo esattamente che sotto la doccia, va bè quando si è piccoli, e mi guardavo in mezzo alle gambe e dicevo ma si dai, crescerà anche a me, e cose del genere...” (Francesco, 20 anni)

All’infanzia vengono poi associate particolari attività o esperienze, come possono essere il giocare con le persone e gli oggetti del sesso opposto, piuttosto che le prime preferenze sessuali, spesso in senso eterosessuale.

Nonostante queste modalità che possono essere condivise, spesso si nota come poi la narrazione anche dell’infanzia si distingua dalle altre, come le modalità discorsive e narrative specifiche configurino altre distinte realtà, oltre a quelle suggerite dalle retoriche comuni. Così come queste ultime non sono le uniche presenti, ma siano contemplati altri inizi, come per Martina:

“bè adesso ho 36 anni e guardando indietro mi rendo conto che il mio percorso di transizione è iniziato da quando ho avuto memoria soltanto che, cioè credo fortemente che una persona nasca in questo modo, non che lo diventi... l’unica cosa che può iniziare è il prendere coscienza di questa cosa. E ho iniziato a prendere coscienza di essere trans più o meno intorno ai 19 anni, ma con tutto il lavoro che ho fatto sulla mia esperienza posso dire di aver sempre avuto questa consapevolezza anche se era molto velata, nel senso non era una vera consapevolezza, in cuor mio lo sapevo ma non avevo i riscontri, non avevo i metri di paragone, non avevo ESEMPI che potessero farmi capire quando ero molto molto giovane, parlo già all’asilo forse comunque vivevo la mia identità nel genere femminile”. (Martina, 36 anni)

Martina fa emergere, come anche altre persone, la questione della consapevolezza, della coscienza, ovvero della definizione di sé come persona trans. Questa modalità sembra poter comprendere un modo diverso di definire e interpretare il proprio passato nonostante sia sempre riferito ad un’infanzia precoce. In questo caso particolare si pone una differenza tra il passato e il momento della “coscienza” attraverso la quale anche il passato viene letto.

E poi vi sono altri modi, alternativi e intenzionalmente differenti, ironici rispetto alla mia domanda, che diventa attraverso certe parole quasi banale, come nell’esempio:

“Paola: allora Paola è nata il 28 marzo del millenovecentosettantatre, era un giorno di sole... (sorride)
Jessica: (sorrido)” (Paola, 44 anni)

E infine, ancora altri modi, a volte messi in campo dalle generazioni più giovani, che bypassano il riportare l’inizio del proprio percorso a momenti infantili precoci, portando con sé anche un possibile intento di rivendicazione di nuove e diverse narrative, come in questo esempio.

“Allora io non sono ancora in terapia ormonale eee inizierò il percorso psicologico il 29 dicembre, quindi proprio a breve, e non vedo l’ora... In via privata però, diciamo io ho iniziato a farmi delle domande su me stesso due

anni e mezzo fa quindi non è neanche tantissimo perché ci sono un sacco di persone trans come me che lo sanno già da piccoli io invece ho proprio preso coscienza con da molto appunto". (Brandon, 21 anni)

Per quanto invece riguarda i posizionamenti assunti nel corso e nel flusso delle narrazioni, si sono rilevate particolari modalità di raccontare il proprio percorso di transizione. Ho spesso potuto ascoltare storie inerenti dialoghi tra sé e sé durante la transizione, ovvero tra l'Io e il Me, per definirlo attraverso la prospettiva interazionista in particolare. Oppure ancora dialoghi e monologhi interni in cui i protagonisti sono le diverse voci di chi narra e di chi fa esperienza. O ancora, resoconti di questi dialoghi. Questo posizionamento che vede "Io in relazione con me nella transizione" si declina in molti modi diversi, facendo emergere altrettanti posizionamenti nella storia, i quali possono essere suddivisi in tre dimensioni temporali differenti, intendendo il tempo e lo spazio non in senso cronologico e lineare, bensì narrativo.

6.3.2.3 Nel passato: tra Non riuscire a collocarsi e Collocarsi in un *posto*

Per quanto riguarda il tempo narrativo passato, ovvero il racconto della propria storia e del proprio percorso nei momenti precedenti a quelli presenti in cui si è condiviso il dialogo, diversi sono i posizionamenti possibili e assunti nelle narrazioni. Queste modalità di posizionare se stessi nella propria storia possono collocarsi lungo il continuum "non riuscire a collocarsi-collocarsi in un posto". Questa dimensione si caratterizza, quindi, per il grado di possibilità di trovare uno spazio identitario attraverso cui potersi descrivere, dato ad esempio dall'uso di particolari categorie in riferimento all'identità di genere.

1. "Mi sentivo un pesce fuor d'acqua"

Questo tipo di posizionamento fa uso di una particolare metafora accolta su di sé e in riferimento alle altre persone con le quali ci si trovava in contatto. Secondo questa collocazione, in certi momenti e circostanze ci si è sentiti "fuori luogo", si sono riscontrate difficoltà a collocarsi in un'identità o in un ruolo di genere, oppure a trovare le parole per definirsi o esprimersi in altro modo.

"[...] perché, ad esempio, mio fratello che era più grande di me di due anni, io avevo 13 anni lui aveva 15 anni, già faceva le festuciole, invitate le ragazze, i ragazzi... facevano i balli nella stanza, sai c'erano i CD allora... i long playing quelli in vinile e allora si facevano le feste, no? **Dove io mi sentivo davvero un pesce fuor d'acqua. Cioè, io non appartenevo a quel mondo e non riuscivo a collocarmi.** Cioè capivo che per loro era normale -che i ragazzi stessero con le ragazze- **ma io non mi collocavo, cioè non riuscivo a capire**

dov'era il mio posto. Perché lì il mio posto non c'era. Tante volte mio fratello mi ha invitato alle sue feste perché avevamo solo due anni di differenza, però **io non riuscivo... veramente non riuscivo, non ci stavo dentro, per me era una cosa strana... e mi sentivo un extraterrestre. Davvero, cioè io mi sentivo parte di un mondo che non..., sconosciuto, sconosciuto"** (Marco, 58 anni)

In questo caso la collocazione, il sentirsi come un "extraterrestre", il trovarsi di fronte ad un "mondo sconosciuto" erano riferiti all'aspetto sessuale, ovvero all'orientamento e al desiderio sessuale, connesso all'identità di genere, ovvero all'aspettativa sociale la persona biologicamente donna fosse attratta dalla persona biologicamente uomo e viceversa, senza contemplare, o poter parlare di e da altre prospettive.

2. "Interpretavo una persona che in realtà non era quella"

Questo tipo di collocamento assunto e riportato nelle storie colloca chi narra nella posizione di "interpretare" un altro personaggio. Questo personaggio e le sue caratteristiche fanno spesso riferimento all'assunzione di ruoli sessuali e di genere conformi alle aspettative, alla finzione sia intenzionale che non intenzionale, e alla credenza, per alcune persone e in un particolare momento biografico, di essere omosessuali.

"[...] Quindi diciamo che da una parte mi hanno aiutato anche loro perché comunque diciamo che non ero proprio una sfigata da sola eh sia chiaro, dall'altra parte **però ero sempre vincolata ad un'immagine che non mi apparteneva.** Perché sai "ah ma lui è gay" ma in realtà io non ho mai detto "ma in realtà no" perché cosa spiegavi ad una persona che comunque ti vede femminile e pensa che sei gay, cosa gli dici "no guarda io sono una ragazza transessuale"? in realtà no, perché comunque in realtà non ero neanche trans perché comunque non avevo iniziato tutto un percorso diciamo così ormonale, e quindi niente, **facevi finta di niente,** e quindi diciamo prima di tutto **vivere, interpretare una persona che in realtà non era quella.** Ma solo perché... **Per sopravvivere** perché comunque io li ci abitavo, ci lavoravo, quindi cosa facevo? [...]" (Martina, 39 anni)

In questo testo si può notare come il fingere, l'interpretare un'altra persona servisse per sopravvivere nei confronti dell'altro, delle possibili e immaginate lotte e spiegazioni continue. Questa è la funzione e lo scopo associato alla scelta di interpretare e al posizionarsi nella storia come un'altra persona.

3. "Mi sono annullato/a"

Altre volte non ci si posiziona nello spazio dell'interpretazione e della finzione di essere qualcun altro, ma chi narra utilizza nel racconto termini quali "annullarsi", "reprimersi", "nascondersi",

“isolarsi” che permettono di posizionarsi in una realtà che passivizza piuttosto che consentire il movimento e l’azione.

“Jessica: dici che Paola si è annullata in quel periodo, in che senso?

Paola: si è annullata per tutta la vita perché... un bambino è giusto che quando nasce un bambino o una bambina fin da piccolini devono avere la possibilità di ESPRIMERE, anche parlando, prima di tutto con i genitori, per qualsiasi cosa eh, per quello che sentono, per come SI sentono e io non ho avuto modo di poter far questo. Perché c’era sempre in me la paura, perché dovevo pensare a tutto il resto, a difendermi da quello che c’era in casa, non puoi capire cosa c’era a casa... paure... adesso ne parlo tranquillamente, **ecco perché dico che mi sono annullata, poi la società comunque sia ti dice che l’uomo sta con la donna, eee... ti annulli proprio**”. (Paola, 44 anni)

Altre volte l’annullamento può essere usato in riferimento al suo senso letterale, e quindi, contemplare il suicidio.

“Jessica: e... invece prima di quattro anni fa, come andava?

Dario: prima di 4 anni fa, come ti dicevo non pensavo mai più di fare questa cosa, e... e la pagavo quotidianamente, in termini di serenità, in termini di progetti di futuro che io vivevo alla giornata, non... non immaginavo che... non ci pensavo neanche a fare progetti di vita, **ho pensato di farla finita più di una volta... perché è un carico talmente oneroso, pesante, specialmente se la vivi da solo questa cosa qui che diventa insostenibile...** mmm, ero andato in depressione e ho dovuto rivolgermi a un’analista...” (Dario, 44 anni)

Da entrambi gli stralci le ragioni connesse all’annullamento sembrano comprendere la società nel suo senso più ampio, che include le norme e le aspettative di conformità di genere, di orientamento sessuale e di corporeità, così come la relazione con l’altro, sia questo concreto o immaginato.

4. “Ho capito cosa mi mancava”

Nelle narrazioni inoltre assumono particolare importanza quei momenti e quelle situazioni in cui si è reso consapevole un desiderio di cambiamento, o la sua possibilità. Essi si configurano come dei *turning points* o degli *striking moments* nella narrazione che producono uno scarto nella narrazione della propria biografia quindi della *performance* identitaria.

In virtù di questi momenti, il posizionamento può mutare e inserirsi verso la polarità del “collocarsi in un posto” del continuum che abbiamo rintracciato e delineato. Questi momenti di cambiamento biografico sono spesso vari, possono comprendere l’interazione con qualche altra persona che ha intrapreso un percorso di transizione, possono essere articoli di giornale, notizie alla televisione, personaggi che sono diventati celebri, discussioni con psicologi, manifestazioni pubbliche come i pride, o in tempi più recenti, video su youtube e gruppi di Facebook.

Di seguito alcuni stralci che possono far comprendere la portata di questi momenti nella narrazione.

"[...] vedevo comunque gente, persone della grande città perciò ho conosciuto anche altre realtà che diversamente non avrei potuto conoscere, quindi ho cominciato ad avvicinarmi anche con persone che vivevano da prima semplicemente un discorso di... di travestitismo... e sempre di più fino a conoscere vere e proprie donne che avevano fatto un percorso di transizione **e lì ho capito che, ho capito che cosa mi mancava.**

Ho capito proprio che esisteva un termine, che c'era la possibilità reale, le vedevo, le ammiravo, dicevo "che belle! Se ce l'hanno fatta loro allora ce la posso fare anch'io" **e infatti non appena ho capito la cosa non l'ho più censurata assolutamente, anzi l'ho rivendicata subito** sia in famiglia che in qualsiasi altro contesto, e ho deciso subito di iniziare il percorso medicalizzato". (Martina, 36 anni)

"E quindi arrivi a un punto, non di odiarti ma di non amarti. E capisci che l'unico modo... mmm... per amarti **è guardarti allo specchio e dirti che mi manca?** poi arrivati a quel punto probabilmente nella vita anche delle persone etero, c'è chi va in Australia, chi apre un bar, chi decide di fare un figlio cioè... ognuno ha la sua risposta... ed è un passo a cui sono arrivata che ho detto informiamoci, chissà che ne salta fuori... mmm... Però... non è facile". (Monica, 31 anni)

"[...] Jessica: e come ti sei sentito?"

Francesco: mi sono sentito bene perché ho detto "oh finalmente c'è qualcosa", dall'altra c'è stato un piccolo malessere, dicevo "cavolo, ma perché io"? Cose del genere, poi ho detto "va bè se è così, non ci posso fare niente comunque, **e iniziamo il percorso di cambiamento di genere**" diciamo... [...]" (Francesco, 20 anni)

6.3.2.4 Nel presente: tra il Non riconoscersi e il Costruirsi

Anche nel momento presente della narrazione, diversi possono essere i posizionamenti assunti nelle storie da parte di chi narra. La dimensione entro cui tali posizionamenti possono collocarsi è stata definita attraverso le polarità del "non riconoscersi" in una identità precisa e definita e del "costruirsi" secondo modi ed esigenze personali e soggettive. Tale dimensione enfatizza le modalità di descrizione e costruzione della propria identità durante il percorso di transizione.

1. "Non mi riconosco"

Questo posizionamento si associa spesso alla confusione, alla non soddisfazione e al possedere dubbi su di sé in relazione al proprio percorso. Spesso il fatto di non riuscire a riconoscersi viene ricondotto alle fasi precedenti alla transizione di genere, come abbiamo potuto leggere, attraverso metafore come il sentirsi "un pesce fuor d'acqua". Altre metafore che si possono associare a questi momenti e sensazioni emotive sono "avere addosso il filo spinato" o "aver fatto un bagno nelle

ortiche”, in particolare in relazione all’indossare particolari indumenti per ricoprire ruoli sessuali e di genere.

In questo senso, questo tipo di sensazioni possono presentarsi anche nel momento presente, in cui lo specchio viene spesso menzionato come strumento con il quale si intrattiene un rapporto complicato, in quanto vi è il desiderio di voler vedere altro, collegandosi così al posizionamento del non riuscire a riconoscersi.

“[...] Invece andavo a casa di Agata alla mattina e mi mettevo su i miei leggings e maglioncino e **andava tutto bene, finchè non mi specchiavo e dicevo “nooo non si può...”**.”

Jessica: in che senso?

Giulia: **eh perché quello che tu vedi non è quello che pensi, cioè è diverso. Vorresti vedere tutt’altra cosa...** Però piano piano ci fai un po’ di abitudine, cioè lo specchio è sempre stata una roba che non si doveva mettere... Lo specchio lo detestavo fin dalla nascita, lo specchio e i vestiti, ogni volta c’era da lottare, andavo in pizzeria “nooo non ci vengo mi fanno schifo questi vestiti”, cioè partiva proprio a ritornello...

Jessica: immagino il fastidio...” (Giulia, 38 anni)

La difficoltà di non riuscire a riconoscersi non si lega soltanto allo specchio e al rapporto con gli altri attraverso una dimensione visiva, ma anche alla complessità di “conoscersi” e di agire nel mondo in cui si vive.

“Monica: E poi **hai mille dubbi** perché cioè è una cosa che tu stai facendo ma di cui ti piacerebbe vedere il risultato domani ma non saprai mai se quel risultato che hai nella testa lo otterrai mai, e questa qua è una cosa brutta e a tutto questo aggiungi poi hai quel periodo in cui impari a conoscerti e devi piacerti... **io mi sono sentita come se stessi crescendo una figlia, ossia: mi sono appoggiata ricordandomi com’ero... a ciò che mi ricordavo di come reagivo, di come... e cercavo di dare dei consigli a me stessa ma non da me stessa oggi cioè, da me STESSO! Dicevo a lui di dire a lei cosa doveva fare!**”

Jessica: tipo?

Monica: Eh... Tipo non so... intervento al naso: eh ma cavolo sono 6000 euro, devo chiedere finanziamento, “ma no, non preoccuparti fai le cose così...” e lei: “ma no metti che sto sbagliando sono tanti soldi poi magari 6000 euro magari potrei investirli in un'altra cosa”, o al lavoro, “oggi glielo” dico, “no aspetta ancora un attimo”, e lei “ma come glielo dico?”, “ma dai rilassati...”. Cioè hai proprio due identità diverse che per un periodo vivono insieme e questa cosa io comunque ho anche pensato di andare dallo psicologo, 80 euro a visita capisci che, eh...” (Monica, 31 anni)

In questo testo, il rapporto tra voci è particolarmente efficace, esplicito e utile. Durante il cambiamento il dialogo interiore prevede un nuovo ruolo per il personaggio principale che è quello della figlia, che cresce. Il me stesso di prima che deve dare consigli alla me stessa di oggi, lascia intendere un dialogo e un rapporto che è estremamente utile e performativo in quanto dirige e guida le azioni.

2. “Ho acquisito più consapevolezza”

Durante il percorso di transizione, con il passare del tempo e delle azioni in un nuovo spazio della biografia, un altro posizionamento pare essere quello legato ad aver assunto “più consapevolezza” di sé e della propria identità. Cognizione di sé che viene connessa alle relazioni con l’altro, ai diversi contesti sociali e rispetto a se stessi/e. Come si può leggere nello stralcio che segue, il generarsi e l’assumere consapevolezza di sé e del proprio percorso è particolarmente importante nelle interazioni e relazioni sociali, anche ad esempio, nelle situazioni concrete o ipotetiche di discriminazione che vengono ricordate o contemplate.

“Paola: **quando cominci a esprimerti quando prendi consapevolezza, quando prendi coscienza, e l’accettazione anche perché è un percorso che non è semplice, perché devi anche accettarti**

Jessica: certo...

Paola: **essere consapevole della tua coscienza, poi per tutto quello che c’è fuori, le persone ti guardano eee... ti prendono in giro, ti vedono no... e li devi avere... è per questo che serve il gruppo! Per i disagi che ci sono dall’esterno, per tutti quei disagi che ci sono... è un percorso, adesso ho capito perché ci sono persone che hanno già fatto, che prendono già gli ormoni, che hanno sempre bisogno... perché alla fine**

Jessica: perché alla fine?

Paola: siamo sempre trans
avremo sempre bisogno di aiuto

Jessica: in che senso?

Paola: come la vedo io?

Jessica: mmm

Paola: **abbiamo sempre bisogno di un supporto eh... di quelle come noi. Perché può capitare un periodo di debolezza**

Che il primo sguardo che c’è all’esterno ci può ammazzare”. (Paola, 44 anni)

3. “Sono una persona che vive una vita, stop”

Un ulteriore posizionamento in riferimento al rapporto tra Io e Me in transizione riprende i discorsi legati alla normalità, diversamente intesa, e spesso legata alla non visibilità di sé in pubblico e rispetto all’altro, all’evitamento del commento dispregiativo o della retorica pregiudizievole associata alla persona trans. Collocandosi in questo modo, la normalità desiderata e ideale è quella di chi si sente a proprio agio nel sesso di nascita e si presenta nella società in virtù di questa coerenza data per scontato, di chi ha un lavoro, una famiglia e rapporti non problematici.

“perché a me non interessa andare a sbandierare il fatto che sia trans ma non perchè mi vergogni di quello che sono, perché non è il caso, **sono una persona che vive una vita, stop**. Non è che per forza devo avere i riflettori sotto casa appena esco tutti... cioè, ho già che le persone quando esco mi guardano perché ho l’altezza, sono quello che sono, poi sono anche bionda, comunque le bionde

diciamo così (sorride) tendono ad essere più puntate, a livello diciamo così di... di, visibilità e quindi non ho bisogno capito di mettermi e non voglio neanche [...]" (Laura, 39 anni).

Gli impliciti legati alla cosiddetta normalità, possono essere rintracciati anche nel testo seguente che vede protagonisti Mattia, ragazzo che si definisce come FtM e eterosessuale, Anna, ragazza che si definisce cisgender e lesbica e me, preferendo non usare categorie specifiche (ma consapevole di essere socialmente collocata nel genere femminile senza problematicità). In questo caso, la normalità viene intesa come uno stato successivo al cambiamento, i due stanno attribuendo significati diversi al termine normale pur condividendo ciò di cui si sta parlando.

"Mattia: Per quello preferisco cambiare prima e poi farmi una **vita normale**

Jessica: mmm mmm

Anna: Beh anche adesso non è che sei **anormale**

Jessica: (sorrido)

Mattia: Nooo, una **vita normale**

Anna: Sì anche adesso stai facendo una **vita normale** però

Mattia: **Normalissima guarda...**" (Mattia e Anna, 22 anni)

Un'altra normalità è data dal non definirla, dal cambiare maschera nei diversi contesti, intenzionalmente e liberamente, senza vincoli o aspettative performanti e richiedenti. L'uso del termine "maschera" e i riferimenti che abbiamo condiviso rispetto alle descrizioni di Pirandello, e il posizionarsi come esploratore di diverse maschere, pone chi narra in relazione a se stesso, agli altri e al contesto socio-culturale che abita, descrivendo ogni persona come "mai proprio nuda davanti al mondo".

"Diego: eh io sono proprio questo oggi, **la mia ricerca è esplorarmi in ogni maschera, perché se esploro ogni maschera di me, alla fine sento la mia autenticità.** Se mi perdo nella nevrosi della ricerca della maschera, ciao, io sono me stesso solo nel momento in cui posso avere tutte e quante là e posso dire: **quale ci mettiamo oggi? E allora sono me stesso.** Nel momento in cui dico quale DEVO mettere oggi, devo far contento te o il mondo allora è diverso. È proprio sottile

Anche perché non siamo mai proprio nudi davanti al mondo. Non è possibile, siamo comunque dei ruoli. Siamo comunque cioè, forse i pazzi quelli che, loro, io sono pazzo probabilmente lo so benissimo, quelli che proprio dicono vabbè vaffanculo tutto e si possono permettere il lusso di essere tutto e nessuna cosa insieme. [...] ehm, **perché poi alla fine, veramente, mi viene da dire se si togliessero tutte le maschere, e basta...** [...]" (Diego, 47 anni)

4. “Io come trans in progress”

Un ultimo posizionamento in riferimento alla relazione tra Io e Me in transizione, si colloca verso la seconda polarità del continuum, spostando chi narra dal tema del riconoscimento a quello della costruzione plurima di sé.

Attraverso figura retorica introdotta da Laura per descriversi, ovvero “trans in progress”, sottolinea la volontà e l'intenzione di un cambiamento costante, nonché si una transizione continua, senza pertanto posizionarsi in un posto fisso e stabile.

“Quindi c'è tutto un lavoro dietro questo cambiamento, però non mi è mai pesato, non mi è mai pesato perché **finalmente adesso sono io, finalmente sono me stessa, finalmente sono riuscita dopo tanti anni di sacrifici, sofferenze e diciamo così anche ingiustizie, a poter essere quella che sono...** e questa cosa penso che sia impagabile, a livello di cosa, quindi **non c'è cura ormonale che tenga**, sono me stessa e questa cosa... malgrado ti dico ancora adesso ci sono delle sofferenze, ma se potessi, ieri un mio amico mi ha detto “Lau ma se tornassi indietro faresti tutto?” rifarei tutto e lo farei anche prima. Perché il fatto di aver iniziato la cura ormonale così tardi, mi ha tolto molte cose, il fatto che ho trent'anni non ne ho più venti quelle cose lì... [...] Però va bè sai forse cos'è? Forse non ero abbastanza matura, non ero ancora pronta o era destino, come dico sempre io, era destino che iniziassi la cura ormonale a 35 anni, va bè, oggi sono quella che sono e sono contenta... **come dico sempre “TRANS IN PROGRESS” cioè non si finisce mai di imparare e migliorare**”.

(Laura, 39 anni)

Nota gruppo AMA

Uno dei temi che spesso è emerso negli incontri a cui ho potuto partecipare dei gruppi AMA, è la continuità o discontinuità con il proprio passato, spesso descritta nei termini della propria identità precedente e di un'altra persona, discorso favorito dall'uso di due nomi differenti, quello legato al sesso biologico e quello di elezione scelto dalla persona in transito e sentito come più adeguato ed importante per il proprio riconoscimento e “rinascita”.

Sofia si presenta nel gruppo, dice di essere in terapia da due anni e mezzo e di assumere la terapia ormonale da tre mesi. Afferma di non capire “le trans” quando allontanano il proprio passato in virtù dell'identità presente, nel momento in cui lo rinnegano e dicono di volerlo dimenticare. In contrasto, lei dice di non rinnegare il proprio passato e la persona che era fino a due anni e mezzo prima, affermando di “essere come prima, di essere la stessa persona”, nonché di “avere nel cuore Alessandro, che rispetta e che ama”.

Si comincia così a condividere a discutere di questo argomento tra le persone partecipanti al gruppo di oggi, e Sofia afferma come secondo lei la vita sia un filo che non si può interrompere.

Così Luca, altro mediatore del gruppo ama, insieme ad Aurora, stimola e approfondisce tale discorso avanzando una sua interpretazione personale delle parole di Sofia, dicendole che lei potrebbe avere paura di diventare come loro (le altre persone trans che ha menzionato).

Sofia conferma questa paura. Un'altra persona subentra nel dialogo affermando che dal momento che lei è "già così", questo farà sì che "non sarai mai come loro", ovvero il suo modo di pensare e interpretare questa discontinuità tra presente e passato la porta già a non dover lavorare su questo aspetto.

In maniera diversa, un'altra ragazza aggiunge un'ulteriore considerazione, ovvero che ognuno trova un proprio equilibrio, argomento poi sostenuto anche da Luca e condiviso in tutto il gruppo. Continua dicendo che forse prima si ha bisogno di dimenticare chi si è stati per poi poterlo riprendere in un momento successivo, quando si è più sicuri/e di sé.

Luca, a questo proposito, infatti, dice che Marta in questo momento le fa tenerezza, ad esempio quando guarda le sue foto d'infanzia.

Giulia, dalla sua prospettiva, invece, dice quasi immediatamente che pensare a chi era e al suo passato le provoca sofferenza, volendolo rinnegare e tagliare fuori dai pensieri, dicendo inoltre di non credere di essere pazza per questo.

Infine, un altro elemento che emerge è un consiglio che viene dato al ragazzo più giovane del gruppo, da parte di Aurora di non rinnegare ciò che era nel passato.

6.3.2.5 Nel futuro: tra la Paura dell'arrivo e la Creazione della soggettività

Con questa dimensione semantica si delineano le polarità della "paura dell'arrivo", ovvero della paura e dei dubbi rispetto a ciò che si può raggiungere con la transizione, sia in termini fisici sia relazionali e della "creazione della soggettività", ovvero espressione personale di sé pur nella relazione con l'altro. Lungo questo continuum altri diversi posizionamenti possono collocarsi attraverso le narrazioni rivolte in prospettiva futura.

1. "Io ho paura"

Come si vedrà in seguito, le aspettative per il futuro della transizione sono spesso connotate positivamente e con molto entusiasmo, tuttavia sono spesso presenti modalità di collocarsi nella propria biografia in virtù delle paure rispetto alla propria transizione.

Come si può leggere dallo stralcio che segue, Monica, ad esempio ha paura della "fine" e del fatto di non poter risultare soddisfatta degli effetti della transizione, in questo caso parlando a livello specialmente estetico e corporeo dovuto alla terapia ormonale.

"Io ho paura della fine. Cioè di quando dico: sono arrivata. Eh...

Io sono sicura che non sarò... soddisfatta. Non come avrei voluto essere perché non lo so, però il termine giusto è soddisfatta". (Monica, 31 anni)

Ancora più approfonditamente entra nel merito del futuro cambiamento corporeo Riccardo, ponendosi delle domande e immaginando le possibili alternative.

“Adesso le mie paure sono due: una meramente economica legata al mondo del lavoro, cambiamento, documenti non conformi, perdite di tempo eccetera e due, **ma se prendo gli ormoni da vecchio e vengo fuori un mostro? Cosa faccio? E se mi mostro come una persona che si vede palesemente trans o comunque con un passing non completamente perfetto? O, o appunto una persona che tu la vedi e dici “no c’è qualcosa di strano”, e questa cosa mi spaventa** oltre a ovviamente l’idea di sottomettermi a interventi fisici, impegnativi tantissimo... **Però ho... la consolazione facile che c’è nei gruppi Facebook che è “meglio un’ora felici che non una vita di tristezza”, non lo so, non so se è quello che penso, no, vorrei non morire mentre tolgo il seno,** grazie (sorride) se possibile, però sì, sicuramente una vita nel disagio è brutta. Cioè mi rendo veramente conto di tutte le possibilità a cui ho rinunciato cose che avrei potuto fare diversamente [...]”. (Riccardo, 33 anni)

Le paure, pertanto, sono diverse, legate alle questioni burocratiche e lavorative, così come al cambiamento fisico e corporeo, al fatto di diventare un “mostro”, al passing ipoteticamente non perfetto, a qualcuno che può dire che c’è qualcosa di “strano”. L’immaginazione di sé rispetto all’altro è qui particolarmente rilevante. Inoltre, si fa strada la paura dell’intervento chirurgico in sé, con i rischi e le implicazioni del caso. Ad essa è legata la retorica che Riccardo fa emergere con sarcasmo e che ritrova nei gruppi Facebook “meglio un’ora felici che non una vita di tristezza” descrivendola come “consolazione facile”. Tuttavia, non se ne distanzia, specificando che “mi rendo veramente conto di tutte le possibilità a cui ho rinunciato cose che avrei potuto fare diversamente” e quindi legittimando e confermando la propria scelta.

2. “Vorrei trovare uno straccio di lavoro”

A volte, le aspettative che emergono dal racconto in maniera spontanea oppure attraverso una mia domanda specifica, si collocano a livello lavorativo. Il posizionamento spesso include la necessità e la volontà di poter trovare un lavoro in senso concreto, e allo stesso tempo l’esigenza di avere “un minimo di progettualità” che una posizione lavorativa fissa o sicura può, in questa connessione narrativa, consentire.

“Jessica: e in questo momento, invece, quali sono le tue aspettative sul futuro?
Martina: **mah sono collegate anche un po’ a quello che mi manca, le aspettative sarebbe uno straccio di lavoro che mi consente di avere un minimo di progettualità e poi insomma quello che viene viene...** mi piacerebbe andare all’estero ti dico la verità [...]” (Martina, 36 anni).

3. “Spero di avere una famiglia mia”

Un ulteriore posizionamento nelle storie prende in considerazione un altro aspetto concreto che si può legare alla biografia, ovvero il desiderio di costruire una famiglia, che spesso include le

immaginate possibilità per crearla, come la conservazione degli ovuli per le persone FtM, piuttosto che altre possibilità che si affacciano e che si cercano nei propri percorsi. La riflessione di Dario legata alla speranza di avere una famiglia che include dei/lle figli/e, è legata al fatto che le operazioni chirurgiche non rendano possibile la procreazione, ma anzi la sua impossibilità. Ironicamente parla di “cosa bella” legata all’approdo di una “fisicità e basta” definendola poi come “frustrante”. Questo consente di avanzare una possibile riflessione in merito all’opportunità di procreare e di avere figli che viene preclusa per certe persone trans che si trovano a scegliere rispetto a come e quanto modificare il proprio corpo conformemente alle legislazioni in vigore e agli assunti socio-culturali legati alla famiglia e alla genitorialità, ritenuta generalmente bianca, eterosessuale, cisgender e abile, ovvero biologicamente in grado di fare figli.

“Jessica: quindi torno tra 10 anni come ti immagini?

Dario: io tra 10 anni, boh tornerà lei, buon, no non succederà, non glielo permetterò io. Se tornerà dovrà darmi tante garanzie, **spero di avere una famiglia mia, lo spero fortemente**. Ieri sono andato a fare, ieri sono andato a Pisa a fare la prima visita per poter fare la... falloplastica, e quindi spero di per finire il mio percorso anche in quel senso lì, era un’esigenza che non immaginavo mai di sentire, invece da un po’ di tempo a questa parte sta diventando pressante, anche se ti dirò che comunque è stata, se posso, sono cose un po’ più intime e private, il mio relazionarmi con le ragazze, perché io sono etero, ehm, e ho sempre avuto la sensazione di... so che non c’è niente fisicamente, ma ho sempre avuto l’impressione di avere qualcosa che non è tangibile dove c’è la mancanza fisica, boh, quindi pensavo che potesse bastarmi quella cosa lì e invece, invece no... **so che questa cosa non mi darà la possibilità di procreare, però pazienza**. So che ci sono degli esperimenti, dei tentativi forse di ehm, pare che le cellule del midollo spinale riescono a simulare il comportamento degli spermatozoi, riescono a fecondare un ovulo, guarda non so quanto, di verosimile

Jessica: ah non lo sapevo

Dario: **Si si sarebbe bellissima questa cosa qua, dopo tutti sti casini, almeno fammi... la cosa bella che fai tutto questo soltanto per approdare ad una fisicità e basta. Questo è un po’ frustrante, se ci pensi... ecco. Boh... ehm...”**. (Dario, 44 anni)

4. “Vorrei trovare la serenità”

Un altro posizionamento si differenzia in parte da quelli precedenti, vincolati in gran parte alla polarità della paura rispetto al futuro, collocandosi maggiormente verso il raggiungimento di un proprio equilibrio personale, che può comprendere aspetti come quelli precedenti o essere descritto in termini generali e possibilistici. Il percorso in questo senso viene connotato positivamente per il proprio cambiamento, non soltanto a livello corporeo ma ad una sua narrata globalità. Spesso la

“serenità” è associata anche a termini come “tranquillità”, “felicità”, “normalità”, “in pace con me stessa/o”.

“Jessica: grazie. Quali sono le tue aspettative per il futuro?

Laura: [...] **l’aspettativa è di essere... di trovare una serenità.** Penso non mi interessa ti dico di trovare l’uomo della mia vita, non me ne frega niente sinceramente, **io ti dico quello che a me interessa è vivere tranquilla, potermi mantenere e star bene con me stessa e come dicevo prima se posso diventare ancora più top, perché no (sorride)** però nel senso più femminile ancora, va bene però ti dico adesso **quello che a me interessa è essere serena, in pace con me stessa, ma che sono già, però vorrei essere di più da una parte,** perché ti dicevo adesso la nube nera è più sul lavoro”. (Laura, 39 anni)

5. “La Marchizzazione”

Quest’ultimo posizionamento si è rilevato come particolare ed idiosincratico, nel senso che emerge da una sola intervista e da un solo racconto in seguito ad una mia domanda sulle aspettative future, come proposta anche in alcuni dei casi precedenti, adattandola al dialogo che era in atto. Questa modalità di collocarsi si situa a tutti gli effetti lungo l’ultima polarità del continuum, in riferimento alla creazione della propria soggettività, anche nel rapporto con gli altri.

In questo senso, la meta non viene fissata in un posto o in una collocazione identitaria fissa, ma in un processo di costruzione della soggettività, rappresentata in questo caso, dall’espressione “la Marchizzazione”, che riprende il nome proprio di chi narra.

“Jessica: quali sono un po’ le tue aspettative rispetto al testosterone o agli altri cambiamenti?

Marco: **eh... La Marchizzazione** (sorride)

Jessica: bello (sorrido)

Marco: (ride) **La Marchizzazione, semplicemente quello. Cioè invece che essere Anna, sarò Marco. Ma sostanzialmente non cambierà nulla nel senso che io sono io. Da sempre sono Marco, quindi non cambia niente**”. (Marco, 58 anni)

Attraverso questo posizionamento, parla in modo particolare di sé, prima sottolineando come nel futuro ci sarà Marco, al posto di Anna, frase poi ridotta nella sua portata di cambiamento dalla contrapposizione data dalla specificazione che da sempre lui è Marco, “quindi non cambia niente”, come se la transizione potesse essere un valore aggiunto ma non di stravolgimento radicale.

6.3.3 Il cambiamento corporeo

Per quanto riguarda la categoria relativa alla relazione con il cambiamento corporeo, diversi possono essere i discorsi e gli elementi narrativi che la compongono.

Il corpo è il tema principale, oggetto e soggetto di esperienza, nella sua materialità e costruzione di significato. Esso si configura come aspetto dell'identità particolarmente rilevante nelle esperienze trans che può assumere e contenere su di sé diversi e possibili significati, e in virtù di questi essere modificato, trasformato o modellato. Il corpo non è soltanto una proprietà della persona, ma un luogo che viene costruito e si costruisce nelle relazioni con l'altro, con altri contesti sociali e istituzionali. In questo senso, il corpo in transizione raccoglie su di sé anche i discorsi medici che lo trattano, come quelli legati ad aspetti endocrinologici e chirurgici, aventi anch'essi capacità di generare definizioni sul corpo (in relazione) e implicazioni sull'identità.

Il cambiamento spesso si caratterizza per la rilevanza e le aspettative conferite alla terapia ormonale, piuttosto che agli interventi chirurgici, che in queste narrazioni vengono il più delle volte considerati come possibilità ipotetiche (per chi non li ha già effettuati) piuttosto che concrete o desiderate al momento. A questo proposito, sono stati individuati specifici repertori interpretativi e posizionamenti che ne sottolineano la rilevanza e le potenzialità costruttive ed espressive per la propria identità.

6.3.3.1 Il Corpo Giusto-Sbagliato

Pertanto, diversi sono i repertori interpretativi che sono emersi rispetto alla relazione con il cambiamento corporeo, quindi le modalità discorsive e narrative utilizzate per conferire ad esso senso e significato e usate come guida per l'azione. La meta-metafora che può essere rintracciata è quella che comprende il giudizio di valore "giusto-sbagliato" in riferimento alla propria corporeità.

1. "Corpo sbagliato"

Un primo repertorio interpretativo relativo al corpo è quello già conosciuto nella letteratura trans, riassumibile nel corpo come "corpo sbagliato". In questo tipo di descrizione si associano altre modalità discorsive tra quali "essere nati/e in corpo sbagliato", "essere intrappolati/e in un altro corpo", "essere in un corpo che non è il mio", "essere donna in un corpo da uomo" e viceversa, "avere la mente da donna in un corpo da uomo" e viceversa ecc., modalità discorsive, retoriche e

figure retoriche attraverso le quali si va a condividere a confermare la teoria implicita della separazione mente-corpo. Questo tipo di repertorio, veicolato anche dal contesto clinico, storicamente ha fatto sì che anche le pratiche e i trattamenti di cura si ponessero l'obiettivo di modificare il corpo per adattarlo alla "mente", sancendo la loro distinzione e affermandosi anche a livello di conoscenza di senso comune.

Nello stralcio che segue possiamo leggere come questo repertorio interpretativo emerga dalla narrazione con l'obiettivo di farmi capire il suo sentimento e la sua emozione.

"eee... poi punti di vista personali, il mio cercare di capire come reinventare me stesso, un grande minus valore al maschile, che è affiorato dopo, mentre prima anche verso di me, **mi sentivo un uomo, intrappolato in un corpo di donna, ma figo, perchè ancora non avevo le sembianze, poi mi sono visto fisicamente, mi sono sentito meno degli altri quindi, mi sono cominciati ad affiorare i vari complessi, no?"** (Diego, 47 anni)

La figura retorica "intrappolato in un corpo di donna" emerge come specificazione a "mi sentivo uomo", usato nella sua accezione più comune e condivisa che è quella che rimanda metaforicamente alla "gabbia" o alla "prigione" che intrappola, imprigiona e dalla quale ci si deve salvare e liberare.

Di fronte a questo tipo di narrazioni, spesso mi è capitato di riflettere sulla capacità limitante e di riduzione del significato di questa retorica ormai presente a livello culturale e anche mediatico, ma allo stesso tempo su come questa può assumere senso e un ruolo particolare nella biografia e nella storia della persona specifica, mettendone così in luce la complessità e la portata performativa e pragmatica.

2. "Né carne né pesce"

Un altro repertorio che emerge da una sola intervista, ma che può ritenersi collegato all'idea, spesso condivisa, di un corpo di partenza che cambia ma che non si trasforma definitivamente è quello che viene costruito a partire dalla metafora "né carne né pesce".

Nello stralcio che segue, Monica, la quale ripete più volte questa figura retorica in relazione all'identità trans, definisce l'essere "né carne né pesce" e ne dà una personale spiegazione.

"anche perché ti dico, il mio organismo, è per quello che dico **non siamo né carne né pesce**, io ti dico una volta che mi opero perché poi la domanda dei biologici è questa "ma scusa una volta che ti operi ti torna la voglia di scopare?" ma nooo! **perché io funziono con il testosterone!** cioè se io dovessi operarmi cioè il mio organismo dentro, cioè non è che se mi opero ho le ovaie

ho gli ormoni dentro che si muovono e c'ho voglia di scopare, non cambia!”
(Monica, 31 anni)

In questo caso il riferimento è alla sessualità nello specifico, al desiderio sessuale, tuttavia emerge come a prescindere dalle terapie ormonali e dagli interventi chirurgici, il testosterone (nel suo caso) prevalga, ne condizioni e determini il “funzionamento” della persona.

La concezione di una base biologica e di natura da cui si parte viene presa, in questo tipo di narrazioni, come punto di riferimento costante lungo tutto il proprio percorso, legando alla “natura” non solo i cambiamenti fisici e corporei ma anche quelli che riguardano le relazioni con l’altro e i contesti di vita, limitando le possibilità di descrizione identitaria e di relazione.

La carica emotiva con cui si accompagnano questi enunciati è alta, così come la sensazione che mi suscita rispetto ad una percepita e narrata determinazione inevitabile. La stessa identità di genere, può, in questo modo, essere costruita a partire da queste concezioni, utilizzando e confermando il sistema conoscitivo basato sul binarismo di genere e la determinazione da parte della natura biologica dei corpi.

3. “Corpo sano”

Un altro repertorio interpretativo condiviso è quello del corpo giudicato come “corpo sano”. Esso viene descritto come corpo sul quale vengono eseguiti degli interventi chirurgici e che viene sottoposto a terapie ormonali di alterazione endocrinologica nonostante la salute piuttosto che per problematiche o patologie dell’organismo. Spesso emergono i confronti con corpi malati che necessitano di terapie, mentre in questo caso si decide di agire e operare su un corpo che “naturalmente” non ne ha la necessità. A partire da queste modalità narrative di confronto emerge un corpo che è letto e interpretato come più “delicato”, che può rispondere in modi non del tutto previsti, al quale si deve prestare cura e attenzione.

Nello stralcio che segue si riporta il dialogo tra Mattia e la sua fidanzata che parlano dell’intervento di mastectomia da poco effettuato da un loro amico.

“Anna: [...] come ti ho detto si vede che il suo corpo reagisce meglio rispetto ad altri corpi... anch'io ho fatto delle operazioni abbastanza toste

Mattia: sì ma cosa c'entra, **è come se tu ti togli delle cose sane. Capisci?**

Anna: sì ma non c'era niente lì

Mattia: noi... noi... **queste sono sane (indica il seno) ok? ti tolgono cose sane non cose malate quindi non... hai capito in che senso?** dovrebbe fare male... cioè l'intervento qui accidenti (sorridente)” (Anna e Mattia, 22 anni)

L'aspetto di "salute" del corpo viene veicolato dall'ambito medico, spesso endocrinologico, nel tentativo di spiegare i possibili interventi e conseguenti effetti. Ad aggiungersi, pertanto, al rapporto tra giusto-sbagliato, si trova anche l'aspetto "salute-malattia" che può essere utilizzato costruendo e confermando delle differenze non solo di natura, ma anche di salute gestita a livello medico, nelle corporeità delle persone in transizione. Questi discorsi possono essere legati, ancora una volta, a concezioni normative prodotte e veicolate a livello socio-culturale rispetto alla normalità ideale, ovvero quella caratterizzata dalla coerenza tra sesso biologico e genere con l'aggiunta del possesso di un corpo "sano" e non affetto da patologie o malformazione. In un altro modo, si potrebbe parlare di un corpo in "salute", laddove con questo costrutto si potrebbe fare riferimento non soltanto ad aspetti biologici e organici, ma anche sociali, culturali, interpersonali e soggettivi che contribuiscono a produrre discorsi sul corpo e sulla salute, quindi sulla biografia della persona in questione.

4. "Un corpo con cui ci devi fare i conti"

Un altro repertorio interpretativo può essere rilevato dalle diverse narrazioni e fa riferimento a "un corpo con cui ci devi fare i conti". Attraverso questo repertorio, viene sottolineato come sia presente un corpo che si possiede e che si deve affrontare. Il posizionamento connesso con questo tipo di repertorio è particolare, perché, come nello stralcio che segue, questo consente di usare il corpo in modi diversi.

I termini che si associano con questo insieme di modalità discorsive consistono in "fare pace con il corpo", "accettare il corpo", considerare che c'è un corpo che cambia fino a un certo punto, cambiamento che può avvenire attraverso la transizione, definita da Marco come un "sconvolgere un equilibrio".

"Marco: [...] però santo dio, purtroppo abbiamo sto corpo. ci devi fare i conti, ci devi fare i conti. Non è un corpo da uomo, è questo, è questo. Per cui, lo posso cambiare come ho già fatto tante volte in passato, ho riempito i muscoli, tengo i capelli corti, cerco di essere atletico **però... Però il mio corpo è questo. Devo accettarlo così com'è per poterlo usare.** Mi sembra una cosa naturale perché se no ti precludi delle cose che sono importanti nel sesso secondo me, nello scambio di quel momento, io l'ho sempre vista così. Poi capisco chi mi dice "no, assolutamente" però appunto è una scelta.

Io ho fatto un po' pace con questo corpo, l'ho realmente accettato più in fondo. Tant'è che appunto l'unica cosa che mi ha detto la mia psicologa, si chiama Emanuela, mi ha detto "ma tu hai raggiunto un equilibrio, un equilibrio psico-fisico e sessuale... non hai paura di rimpiangere questo equilibrio?" la risposta è stata "no, io voglio perdere l'equilibrio, voglio perdere l'equilibrio di nuovo perché il nuovo equilibrio sarà ancora migliore di quello vecchio"

Jessica: mmm. Quindi adesso cosa stai facendo per sconvolgere un po' questo equilibrio?

Marco: la transizione". (Marco, 58 anni)

Le modalità discorsive e narrative che compongono questo repertorio possono indicare da una parte, l'aderenza a concezioni che sanciscono l'esistenza di una natura di partenza solo in parte modificabile e deterministica, tuttavia, dall'altra, anche la possibilità di mettere in campo altre possibilità definizione e uso del proprio corpo che oltrepassano i presupposti del binarismo di genere. Nel caso di Marco, queste possibilità riguardano il non sostenere interventi chirurgici e assumere soltanto la terapia ormonale, e costruire nuove modalità relazionali e rapporti sessuali.

5. "Corpo giusto"

Infine, si può trovare un ulteriore repertorio interpretativo relativamente alla corporeità e alla relazione con il proprio corpo che si contrappone a quello del corpo sbagliato, riassumibile come il corpo come "corpo giusto". Utilizzando la stessa retorica che include gli estremi valoriali del giusto e dello sbagliato, in questo caso, Lucia, enfatizza come il suo sia un corpo giusto. In questo senso ciò che si può fare con il corpo consente di modificarlo, di cambiarlo sulla base delle proprie esigenze, non necessariamente collegate ad un'idea binaria dell'identità di genere che mira alla "completezza" o all'essere donna (o uomo) ideali, pur condividendo certe teorie in merito ai ruoli o all'espressione di genere per l'uomo e per la donna.

"[...] di natura diciamo che ero un pochino portata poi ho sentito il bisogno di essere un pochino più a posto, però sì, magari smussare un pochettino il naso, dopo sono i classici piccoli desideri che qualsiasi donna, **ecco però non sono una di quelle che dice sono nata in un corpo sbagliato, ecco. Cioè io sono nata nel mio corpo giusto ecco non vorrei tornare indietro e avere altri corpi, cioè io sono nata nel corpo giusto.** Il mio corpo giustamente lo voglio modellare con una donna si modella, l'uomo rachitico che va in palestra per farsi la tartaruga o i bicipiti perché non si accetta magrolino o basso e vuole avere un certo look da maschio". (Lucia, 53 anni)

6.3.3.2 Aspettative: tra Sicurezza e Dubbio sul cambiamento

Per quanto riguarda i posizionamenti che le persone possono assumere nelle narrazioni in relazione al cambiamento corporeo, abbiamo separato le modalità di posizionarsi in riferimento alle aspettative sul cambiamento e ai cambiamenti in atto.

Nel primo caso, la dimensione che raccoglie alcuni particolari posizionamenti è composta dalle polarità della "sicurezza" e del "dubbio sul cambiamento". Nel primo caso, le persone si collocano

in relazione al cambiamento attraverso modalità narrative di ricerca di sicurezze e di conferme, mentre nel secondo caso prevalgono i dubbi e le paure rispetto a sé e all'altro.

1. “Mi aspettavo di essere più sicuro di passare”

Un primo tipo di posizionamento utilizzato dalle persone in relazione alle aspettative sul cambiamento è relativo a “essere più sicuro di passare”. In questo caso le aspettative sono riferite alla terapia ormonale, in quanto aspetto particolarmente rilevante in tutte le narrazioni. Per questo motivo spesso ho fatto delle domande specificatamente inerenti alle aspettative in merito alla terapia ormonale, oltre che in generale, rispetto al cambiamento. A queste modalità narrative si associano l'aspettativa di cambiamento che avvicina all'espressione estetica del genere desiderato, così come il riconoscimento di questo genere in pubblico e il passare coerentemente con questo genere.

“Jessica: prima di cominciare che aspettative avevi sulla terapia ormonale? [...] Brian: vabbè una barba folta, ovviamente bisogna ancora aspettare un po', ehm... e poi altre aspettative, **io ho avuto la conferma nel senso mi aspettavo di riuscire a comunicare, cioè di essere più sicuro di passare soprattutto**, infatti questo lo sto avendo soprattutto in università dove non conosco nessuno e ho fatto amicizia facilmente infatti adesso sono in un gruppo di compagni e mmm e poi, vabbè, alcune cose che non volevo tipo l'odore che cambia in un modo proprio brutto (sorride) e che mia mamma si sta lamentando anche di questa cosa”. (Brian, 20 anni)

Da questo tipo di posizionamento possiamo notare come si mettano in relazione chi narra e le proprie aspettative al riconoscimento di sé in pubblico, così come alla dimensione estetica e corporea che si vorrebbe diversa.

2. “La scelta mi sta un po' consumando”

Infine, un ulteriore posizionamento è rappresentato dall'espressione “mi sta consumando” in riferimento alla terapia ormonale in particolare, che oltre ad includere aspettative positive di cambiamento, si associa anche a dubbi e interrogativi più consistenti. La terapia ormonale verso cui ci si posiziona è a sua volta definita come “grande passo” per le implicazioni che questa può generare. Le fonti dei dubbi e del “consumo” sono relative, ad esempio, al cambiamento fisico imprevedibile, agli effetti della terapia ormonale sul corpo a lungo termine, ma anche le implicazioni a livello lavorativo, sociale, interpersonale.

“poi già il fatto di... iniziare ad entrare in terapia tra virgolette, quindi in terapia psi, in terapia psichiatrica che poi ti porta **alla terapia ormonale**,

è un grande passo anche quello...che anche lì mi sta un po' consumando (sorride) mentalmente perché comunque sia cioè devo pensare che dovrò assumere dei medicinali per tutta la vita non so che effetto avranno sul mio corpo, **non so se cambierò, non so se troverò lavoro... se, cioè... come la gente comincerà a vedermi quindi diciamo che è abbastanza pesante come situazione**". (Brandon, 21 anni)

6.3.3 Cambiamenti in atto: tra Entusiasmo e Rassegnazione

Per quanto riguarda i possibili posizionamenti di chi narra in relazione ai cambiamenti che si stanno verificando ed esperendo nel momento presente o che si sono già presentati, la dimensione che può essere rintracciata ed entro cui questi si collocano si riferisce alle polarità dell'“entusiasmo per il cambiamento” e della “rassegnazione” verso i suoi effetti. Tali polarità fanno riferimento a significati e a modi di intendere i cambiamenti evidenziandone le implicazioni positive e negative per la persona che li esperisce.

1. “Non vedevo l'ora che succedeva”

In relazione ai cambiamenti vissuti nel corso della transizione, ad esempio, nel corso dell'assunzione della terapia ormonale, un particolare modo di posizionarsi consiste nell'espressione “non vedevo l'ora che succedesse”, associato inoltre anche ad altri termini ed enunciati quali “mi sentivo felice”, “è una figata” ecc. La terapia ormonale è posizionata in modo positivo nella narrazione, così come chi narra in relazione ai cambiamenti che genera. L'attenzione per ogni cambiamento minuto e per il passare del tempo è condivisa, focalizzandosi su ogni dettaglio emergente o sugli aspetti sui quali più si desidera un cambiamento. Dettagli e cambiamenti che a volte si cerca di spiegare o interpretare, sia attraverso l'endocrinologo/a e le sue competenze in materia sia attraverso alle persone trans o il gruppo di Auto Mutuo Aiuto in cui questi cambiamenti possono essere condivisi e trovare senso.

“Iacopo: **una figata! una figata... io, proprio tutto in modo positivo... cioè io non vedevo l'ora che succedeva** non mi ricordo anche quando spuntava un pelo solo, **aaah che bellooo!!** cioè era tutto molto... **non lo so mi sembrava che era la cosa giusta**, in quella direzione **quindi la prendevo in modo positivo ecco...** specialmente la barba...”. (Iacopo, 32 anni)

2. “Mi ha fatto provare cose diverse”

Un altro tipo di posizionamento in merito ai cambiamenti in atto riguarda il significato e il modo di collocarsi rispetto non solo all'estetica, ma anche alle relazioni interpersonali, al desiderio e alle pratiche sessuali, così come alle reazioni e sensazioni emotive.

Il posizionamento può essere rappresentato dalla forma linguistica “mi ha fatto provare cose diverse”, includendo tutti questi aspetti nel cambiamento.

“Diego: [...] **le mie sensazioni corporee sono cambiate rispetto prima, sono cambiate perché il testosterone è psicotropo, e quindi mi ha fatto provare, vedere, sentire cose diverse da prima, la mia mente no, ma il mio corpo si.** io mi ricordo che, la sensazione del testosterone chiara, quando l'ho avuta. a parte, vabbè, quando cominci ad averlo, sei più eccitato, ma quello, sai, ci sta, lo vivi e non lo vivi, un giorno stavo parlando con un mio amico, non mi ricordo di che cosa, di lavoro comunque, e improvvisamente ho sentito un solletichino lì, come fosse un'erezione e non ho capito, parlavo con lui... a un certo punto ho avuto sto attimo di, sto brivido di, tostamento, mi giro e, non so perché è successo, e vedo un culo passare. io ti giuro Jessica, non avevo visto...

noi comunque abbiamo una visione periferica, no? perifericamente l'occhio aveva captato un culo, e ti dico un culo non una persona e qualcosa aveva risposto immediatamente, e io detto: cazzo, e subito mi sono giudicato... **ma perché? e poi mi sono detto ma perché il testosterone va così...**” (diego, 47 anni)

3. “Ma dove sto andando?”

Un altro posizionamento è dato dall'enunciato “ma dove sto andando?” in relazione a cambiamenti che si notano e si esperiscono, ma che provocano “insicurezza”, “dubbi” e “paure” per ciò che si potrà ottenere nel futuro a partire da questi cambiamenti, dirigendosi verso la polarità della “rassegnazione”. I cambiamenti sono significati come “tragedia” e “disastro”, generando posizionamenti di insicurezza. Anche le emozioni che accompagnano le parole e che si generano nell'interazione sembrano andare nella stessa direzione di significato, attraverso esclamazioni che sanciscono la “tragedia” e interrogativi che fanno emergere il dubbio, e che hanno investito anche me nel dialogo.

“anche perché comunque... la cosa... brutta è che... **assumendo ormoni perdi completamente quella carica di stimoli... che ti da il testosterone, e assumi una carica di insicurezza che non ti fa neanche vedere cambiata! e quindi dici ma dove sto andando? qual è il cambiamento? ma cosa sto facendo?**

Jessica: mmm mmm

Monica: e quindi cioè quella la cosa che va... tu dici vabbè cioè mo li prendo, quindi hai tu in sostanza quei 4-5 mesi in cui... vedi il cambiamento e ne sei felice poi... **diventi così tanto insicura che ti metti a piangere senza motivo, ti alzi alla mattina: è una tragedia...** non sei mai bella, hai sempre fame... cioè io mi mangiavo 400 grammi di ravioli la pizza surgelata, il gelato... cioè ho messo su, avevo messo su, perché poi li ho persi, 10 kg in 6 mesi... **quindi è un disastro! cioè nel senso che devi avere davvero, una lucidità, in mezzo a tutto questo...** [...] bè dopo poi ho avuto 9 mesi... in cui **impari a conoscerti da**

donna, che è un carattere, un modo di ragionare un modo di notare le cose un modo di che è completamente diverso da ciò che eri prima e questo non te lo dicono!". (Monica, 31 anni)

4. "Non sarai mai al 100% un uomo/donna"

Un ulteriore posizionamento è dato dall'espressione "non sarai mai al 100% un uomo/donna", assunta su di sé in relazione ai cambiamenti esperiti, collocandosi a tutti gli effetti verso l'ultima polarità individuata della "rassegnazione". Attraverso queste modalità narrative viene sancita una differenza e una separazione tra la mente e il corpo, affermando l'impossibilità di essere "totalmente" uomo o donna come si fosse un uomo o una donna "biologici". Gli organi genitali vengono in questo senso considerati come parti importanti e fondativi dell'essere uomo o donna, seppur a volte criticati nella loro capacità di definire la maschilità o la femminilità.

Nonostante questi discorsi e riflessioni critiche, l'organo genitale e la biologia in generale sembrano essere elementi importanti di confronto, nonché dei limiti e dei vincoli che nel racconto producono effetti pragmatici nelle descrizioni di sé, quindi nelle azioni nelle pratiche quotidiane, come il porre in essere e confrontarsi con un 100%, una percentuale ovvero una metafora matematico-statistica associata alla configurazione discorsiva della maschilità.

"[...] Marco: **non sei diciamo al top**, nel senso che ti manca il pene... però comunque hai tutte le misure che vuoi. però diciamo che non senti niente, cioè non è la stessa cosa di avere un pene **normale, ma non lo sarà mai (abbassa il tono) e comunque sia non sarai mai al 100% un uomo bio. però... diciamo che se adesso sono qua, rispetto al 100% che è qua [fissa il limite con le mani], io sono qua, è un bel salto anche se non arrivo qui o qui... però ci avviciniamo molto. e a me va bene.** [...]

Jessica: ma questo 100% cos'è per te?

Marco: **eh, è avere anche il pene ed essere... diciamo**, il pene e la sensibilità del pene. cioè fare l'amore come un uomo è diverso dal fare l'amore come una donna, molto diverso chiaramente... nella mia testa c'è, solo che non segue il mio corpo, cioè il mio corpo non la può seguire chiaramente... perché mi manca il pene, che sente. cioè io tante volte ho rapporti attraverso il dildo e io nella mia testa ho un orgasmo ma non è l'orgasmo del corpo, è un orgasmo di testa. quello manca, quello è importantissimo e manca...". (Marco, 58 anni)

5. "Il corpo mi sta proprio dando dei segnali di cedimento"

Infine, un ultimo posizionamento in riferimento ad aspetti critici del cambiamento riguarda l'invecchiamento e l'avanzare dell'età, nei termini di "il corpo mi sta proprio dando dei segnali di cedimento".

L'avanzare dell'età viene preso come elemento narrativo e biografico sul quale riflettere e interrogarsi in merito agli effetti della terapia ormonale, considerata più efficace nelle persone giovani, così come le pratiche che possono essere messe in atto per continuare a modificare il corpo e mantenerlo sano. Tale dimensione può aprire le porte ad alcune differenze narrate in merito alla diversità tra generazioni, corpi e salute fisica, così come alla particolarità della transizione in età avanzata in termini sia di trattamento ormonale ma anche in termini di invecchiamento generale.

Nello stralcio che segue possiamo leggere un particolare modo di intendere l'avanzare dell'età sulla propria corporeità.

"ecco oggi non mi dico più, non mi posso dire, c'ho 10 anni, vent'anni davanti... ma anche c'hai un anno davanti, no non hai tanto... primo, **perché il mio corpo mi sta proprio dando dei segnali di cedimento, dai dolori fisici, dalla stanchezza**, cioè se io oggi, ti metti a dieta e ritorni in palestra, no... mi posso anche mettere a dieta, fare una dieta più sana, **ma in palestra il mio corpo proprio mi fa pe-peeee, non ce la fa. Non ce la faccio**, mi devo dire ok, te ne vai a nuoto... ti fai i massaggi, fa yoga, fai bioenergetica, **ma non puoi pensare di fare l'eroe che eri a trent'anni...** e neanche dire, non mangio due giorni, com'era 10 anni fa per perdere quattro chili, oggi non mangio due giorni, i due chili che hai preso te li tieni, perché se no ti gira la testa... (ride) però non perdi 1 g, cioè il corpo stesso mi sta dicendo: è finita la pacchia! quando l'hai avuta, non l'hai apprezzata, quindi adesso ti godi quello che hai. di pacchia, perché ce l'hai perché tra 10 anni poi vedrai il resto... quindi oggi mi dico, consapevolmente goditi quello che hai e media". (Diego, 47 anni).

Nota gruppo AMA

Nei gruppi AMA il tema del corpo e del cambiamento è spesso presente, ad esempio rispetto alla valutazione e interpretazione dei primi cambiamenti dovuti alla terapia ormonale, alle aspettative su tali cambiamenti, nonché alla descrizione dei cambiamenti già avvenuti.

Di seguito una nota che ho scritto a partire da un incontro del gruppo AMA.

Sofia, dopo essersi presentata, come sovente accade all'inizio del gruppo in cui ci si presenta a turno, e aver fatto emergere alcuni suoi pensieri inerenti ad altre tematiche, inserisce nell'incontro il discorso dei possibili cambiamenti della transizione, tra cui vengono menzionati quelli legati alla terapia ormonale, avanzando una teoria in merito al cambiamento, ovvero che "la terapia ormonale amplifica certi aspetti di personalità", fino a produrre anche "veri e propri disturbi di personalità". Questa amplificazione viene riportata anche al gruppo delle persone trans a cui si riferiva all'inizio, dicendo che tutte le donne trans che conosce "sono così, sono esagerate" e questo potrebbe essere dovuto anche all'assunzione di ormoni.

Tra le persone presenti e attente alle parole di Sofia, subentra nel discorso Aurora, la coordinatrice dello Sportello e mediatrice del gruppo insieme a Luca, collega e amico. Aurora conferma e sancisce il fatto che gli estrogeni

amplificano la personalità nelle donne trans, dicendo: “noi MtF è come se fossimo sempre mestruate” e da questa frase sono seguite risate da parte di tutto il gruppo. Anche tra le persone FtM, vi è chi dice: “che culo!”

Attraverso gli incontri e i dialoghi che ho avuto modo di condividere con le persone che hanno preso parte alla ricerca, ho avuto anche la possibilità di riflettere su aspetti della mia identità che fino a questo momento avevo tralasciato o messo in secondo piano. Uno di questi aspetti è sicuramente quello del corpo, su cui non ho mai intenzionalmente posto attenzione privilegiando le parole. Grazie a questi dialoghi ho complessificato le mie prospettive, leggendo il corpo come elemento a volte fondamentale dell'esperienza, come per le persone trans e in transizione, che si lega al proprio genere e alla propria sessualità, nei suoi percepiti limiti e potenzialità e nelle interazioni della vita quotidiana. Ho cominciato a riflettere in misura maggiore anche sul mio corpo e sul fatto che su di esso generalmente non viene problematizzata la mia appartenenza di genere in pubblico, semplificando spesso le interazioni, e ai suoi limiti. In aggiunta a questi aspetti, e insieme alle teorie che utilizzo, ho cominciando a riflettere, nelle esperienze quotidiane personali e condivise, sul rapporto spesso in tensione tra materialità e linguaggio, e sui rischi di certi discorsi e pratiche deterministiche che lo investono, in virtù degli aspetti sociali, culturali, costruttivi e performativi che ne sono implicati, quindi anche dell'apertura alle possibilità di significato e di azione che si legano alla corporeità e all'identità.

6.3.4 La famiglia

Il contesto della famiglia e delle relazioni che la compongono si è rivelata come estremamente importante per quasi tutte le persone con le quali ho avuto modo di interagire.

La famiglia viene intesa e descritta sia come risorsa e come uno degli elementi più importanti per il proprio percorso di transizione, sia come uno degli aspetti più critici quando i rapporti non sono come si vorrebbero. Il contesto familiare viene considerato rilevante dalle diverse persone e indipendentemente dall'età, sebbene per le persone più giovani, tra i 18 e i 30 anni in particolare, questo sembra avere un peso più importante.

I discorsi e le narrazioni inerenti all'ambito familiare si riferiscono in modo peculiare alla relazione e il rapporto con le persone specifiche che compongono tale contesto. Per questo motivo l'analisi si è qui concentrata sui posizionamenti verso quei personaggi della famiglia che sono stati menzionati e inseriti nelle narrazioni, in un intreccio di collocazioni d'identità rispetto a sé verso la famiglia (o a un qualche componente in particolare) e rispetto alla famiglia verso di sé. Sulla

base delle biografie e dei percorsi peculiari, non tutti i membri della famiglia assumono la stessa rilevanza o lo stesso peso, a volte può essere solo la madre, solo il padre, o entrambi, o ancora fratelli e sorelle.

6.3.4.1 Il rapporto con la famiglia tra Relazione e Solitudine

Una possibile dimensione di senso che può raccogliere i diversi posizionamenti di chi narra in relazione al contesto familiare e nei ruoli di figlio/a o genitore, è rappresentata dalle polarità della “relazione” e della “solitudine”.

In questo senso, il polo della relazione comprende il collocare se stessi e i membri della famiglia in rapporto reciproco, attraverso discorsi che comprendono “l'accettazione”, la conferma del proprio ruolo nell'ambito familiare, mentre il polo della solitudine comprende il collocare se stessi e gli altri membri in posizioni e spazi dialogici opposti o distanti.

1. “Mi accetta”

Il primo posizionamento che si può rintracciare in relazione alla famiglia, o meglio, a uno o entrambi i genitori, è quello relativo all'espressione “mi accetta”. Uno dei modi attraverso i quali si racconta la propria famiglia o un componente di questa in relazione con chi narra è attraverso la dimensione dell'accettazione. Il verbo “accettare” viene pertanto utilizzato come associato al sostegno, al capire la situazione, al supporto relativo al percorso, elementi che vengono intesi e considerati come fondamenta e possibilità per la relazione.

Come nello stralcio che segue, se viene descritta una sicurezza relativa all'accettazione da parte della madre (in questo caso), anche alcuni comportamenti o atteggiamenti percepiti di opposizione o non comprensione, possono essere messi da parte. Una questione particolarmente importante è spesso quella legata al nome che si sceglie di utilizzare da un certo momento in poi e che assume un significato importante legato al riconoscimento interpersonale e sociale, oltre che di cambiamento e conferma della propria identità. A volte questo viene usato con l'intenzione di cancellare capitoli biografici precedenti, altre volte usato senza necessariamente chiuderli.

Insieme al nome proprio d'elezione, i pronomi diventano rilevanti, l'uso del maschile piuttosto che del femminile si associa spesso a conferme identitarie e di riconoscimento nelle relazioni e nei contesti di vita. Per questo motivo se si percepisce accettazione a volte si cerca di “non pretendere cose” e dare la possibilità all'altro di adattarsi e condividere nuove modalità interattive gradualmente.

"E mia mamma parlando con questa psichiatra qua le ha spiegato del mio problema e **mia mamma diciamo che più o meno mi accetta**, cioè ha ancora problemi a darmi il maschile e così però a mia mamma è un anno che gliel'ho detto, **non è neanche tanto quindi non è che pretendo cose...** e così **però alla fine mi accetta e so che comunque mi sosterrà sempre, nel mio percorso**". (Matteo, 18 anni)

2. "Sono sempre io"

Un altro posizionamento rispetto a tale relazione è rappresentato dall'espressione "sono sempre io". Legati a questo tipo di collocazione di sé nella relazione con l'altro della famiglia, si possono notare due modalità di descrizione di sé che sono in stretta relazione tra loro.

"A mio fratello gliel'ho detto quando mi hanno dato il nulla osta per il testosterone e m'ha detto **"ma no, io avevo una sorella, ma io voglio continuare ad avere una sorella..."** **"bè tu continui ad avere una sorella, io non vado da nessuna parte, sono io,"** "ma non so se riuscirò a chiamarti Marco, come faccio? Però ci provo, però non so se riuscirò..." "va benissimo, anche se mi chiami Anna, non c'è problema..." poi alla fine sono sicuro che, sentendo la voce bassa, capirà che... mi chiamerà... [anche se mi chiama Anna non succede niente...] (sussurra). (Marco, 58 anni)

Ciò che viene raccontato nell'interazione con il fratello è che lui continuerà ad avere una sorella, perché "io non vado da nessuna parte, sono io". Allo stesso tempo, in altre parti del dialogo, in particolare nell'interazione con il padre, viene detto "sono sempre stato un uomo".

La riflessione a questo proposito relativa all'uso delle due frasi consiste nella differenza tra l'assunzione di un ruolo familiare che rimane tale nel corso del tempo e del percorso di transizione e di un ruolo e di un'identità di genere, che non può essere considerata e approcciata in maniera identica a quella precedente.

Lo stesso tipo di posizionamento lo si può ritrovare anche quando la relazione raccontata è quella con i/le propri/e figli/e, quindi nella posizione di genitore.

"Ecco quindi inizialmente la grande paura di aver perso il papà. **Poi io detto guarda che il papà che sia donna che sia uomo è sempre papà, mi chiamano sempre papi.** Infatti anche quando siamo in giro domenica, gonnellina, tacchettino, "Papi... papi" (ride). **Perché il papà comunque c'è sempre,** anche in una coppia di lesbiche, ci sarà qualcuno che avrà più un ruolo materno e qualcuno anche proprio un ruolo paterno, anche se sono due donne... **una volta che capito questo problemi non ce ne sono stati, ecco**". (Lucia, 53 anni)

In questo caso, Lucia conferma che sarà sempre il padre delle sue figlie. Questa conferma si crea attraverso una particolare teoria sulla famiglia, spesso presente anche a livello di senso comune che una famiglia sia necessariamente composta da due genitori con un ruolo paterno e un ruolo

materno, a prescindere dal sesso o dal genere dei genitori. Infatti, nell'esempio che pone in essere di una coppia lesbica, secondo Lucia vi è comunque un membro delle due che detiene un ruolo paterno.

Un altro tema che emerge è quello relativo alla protezione dei/le figlie/e, così come dell'attesa del momento di "comprensione", "consapevolezza" e del "capire" da parte loro per poi rendersi visibili agli altri secondo il proprio genere e rapportarsi coerentemente con questo non solo con i/le propri/e figli/e, ma anche al di fuori, nei contesti che frequentano.

3. "Devo reggermi con le mie gambe"

Questo posizionamento in relazione al contesto familiare si colloca nella polarità della solitudine attraverso l'espressione "devo reggermi con le mie gambe". Spesso quando la famiglia viene descritta come non presente o non accettante, la protagonista della storia si pone e si posiziona come persona "sola", che non ha il supporto, che deve agire con le proprie forze, che deve "fare tutto da sola".

"erano altri tempi cioè anche io non potrei fare niente, **i miei genitori non mi daranno mai una mano... Mai! mai... Posso anche mettermi in ginocchio e chiederla... Quindi devo reggermi con le mie gambe**". (Matteo, 22)

6.3.4.2 *Coming out* con la famiglia: Riconoscimento-Negazione

Un altro elemento che emerge come rilevante dalle narrazioni delle persone con le quali ho avuto la possibilità di dialogare è relativo al momento biografico del *coming out* con la famiglia, che emerge anche questo come *striking point* o *turning point* nel proprio percorso biografico. Il momento del *coming out* non è mai emerso come risposta ad una mia domanda precisa in merito a questo tipo di circostanza e interazione, ma è stato introdotto dalle persone stesse e a volte seguito da qualche mia domanda per approfondirne insieme alcuni aspetti. Esso si configura come elemento particolare della relazione con i personaggi dell'ambito familiare, attorno al quale diversi posizionamenti possono essere assunti.

La dimensione rilevata è quella descritta dalle polarità del "riconoscimento" o della "negazione" da parte della famiglia nel momento del *coming out* come persona trans e come persona che intende intraprendere un percorso di transizione.

1. “L'importante è che io sia felice”

Tra i vari posizionamenti rispetto al *coming out* per mezzo dei quali si colloca il genitore, vi è quello che deriva dalla sua espressione riportata su di sé “l'importante è che io sia felice”.

Ogni *coming out* si configura come momento e occasione interattiva e comunicativa specifica, chi lo fa dopo aver immaginato e provato la comunicazione, chi attraverso una lettera, chi a voce e faccia a faccia con una sorta di copione o chi con qualche spiegazione specifica sia educativa che informativa. Spesso viene considerato come legato ad un momento importante quando vi è il sostegno del genitore, come in questo caso.

“Jessica: mmm. E fare *coming out* all'inizio come è stato ad esempio con tua madre o con le persone più vicine?

Alessio: eh con mia mamma è stato un po' assurdo perché... Mi ero fatto Finalmente coraggio e stavamo parlando di varie cose fino a quando a un certo punto lei salta su e mi dice “ma hai mai pensato di cambiare sesso?” Io tipo ci sono rimasto di merda perché tipo “cavolo volevo dirtelo io adesso (sorride) mi hai anticipato” **eee quella cosa lì mi ha dato un sacco di gioia, perché mi fa che comunque se lo sentiva e non gli importa se cioè... L'importante è che io sia felice quindi lei è abbastanza tranquilla**”. (Alessio, 24 anni)

2. “L'ho sempre saputo”

Un altro aspetto legato al *coming out* con la propria famiglia è costituito dalle aspettative precedenti questo momento rispetto alle reazioni e risposte da parte dei vari membri.

Una delle aspettative e dei posizionamenti che si possono assumere è relativa alla possibile espressione “l'ho sempre saputo”, che collocherebbe il genitore in una posizione accettante e di riconoscimento verso il/la figlia. Ogni aspettativa genera effetti pragmatici diversi e specifici portando ad esempio a procrastinare e ritardare tale momento per paura di non avere l'appoggio e il riconoscimento desiderato oppure a produrre confusione rispetto alle proprie attese e alla propria idea e immagine del genitore rispetto alla propria identità e al rapporto condiviso, come racconta e si domanda Riccardo.

“E poi restava mia madre, Madre e sorella. Quindi sorella lo dico subito, nessuna reazione... lo dico a madre e **mi aspettavo il classico mah l'ho sempre saputo! Noooo, non c'è stato! E quindi io dico ma come? Non l'hai sempre saputo? No...**

“Quindi forse la mia ricostruzione della mia vita fatta da dentro, pensando di guardare da fuori forse non lo faccio bene a me sembra rispetto a mia mamma, vabbè mia mamma ho detto cioè secondo me era chiarissimo che manifestavo un disagio, che manifestassi un disagio, ma già dall'adolescenza quando mi vestivo con i vestiti larghi a a a dopo, quando, una cosa che odio io è il contatto con

le persone, proprio il contatto fisico, Lo odio, ma perché lo odio? credo che fosse un allontanamento dal mio corpo dalle persone, **ho detto mamma ok non mi vedevi da piccolo come bambino almeno il disagio, e che questa sia l'origine del disagio lo vedevi? Lei ha detto ci penso ma non mi ha ancora dato una risposta e boh e fine...**" (Riccardo, 33 anni)

3. "Non ne vogliono sapere"

Un altro tipo di posizionamento in relazione al *coming out* e ai propri genitori è quello che deriva dall'espressione "non ne vogliono sapere". Al contrario della modalità di posizionamento precedente, in questo caso i genitori o chi fa parte della famiglia vengono descritti come in contrapposizione, in contrasto e non accettazione rispetto alla scelta della transizione piuttosto che della descrizione della propria identità di genere. Alla non accettazione segue spesso la decisione e la volontà, ad un certo punto, di andare avanti comunque e di porre un *out out*, collocando i genitori davanti alla scelta di seguire e sostenere il proprio figlio o la propria figlia oppure mettersi da parte.

In questo caso Ian, parla dei propri genitori adottivi e del fatto che per loro il *coming out* è stato uno "scandalo" per poi descrivere i successivi tentativi e richieste da parte loro.

"eh si. **Poi per i miei è stato uno scandalo, uno scandalo...** lo avevano intuito... Solo che prova a dirglielo una volta, prova a dirglielo due, prova a dirglielo tre, **c'era un muro dall'altra parte, non ne volevano sapere**, alla fine della fiera quest'anno visto che è già due anni che conviviamo ho detto **"sentite io voglio fare questo percorso, se volete fare parte della mia vita bene se non ne volete far parte mi dispiace però le opzioni sono due: o continua così e vivo malissimo oppure prendo in mano le redini e vado"**... Mio padre per fortuna è abbastanza aperto cioè lui ci prova, riesce anche a usare il maschile, tentenna però riesce a usare il maschile. Mia madre ha ancora un blocco, piano piano vediamo di superare anche quello... Mio fratello è furbo, nel senso usa il maschile quando gli serve qualcosa sennò è tutto femminile, è molto furbo... E l'unica cosa che mi ha detto mia mamma è "per favore una volta che entro in questa ottica per favore non dirmi che sei gay perché non riesco a reggere un altro coming out", effettivamente povera donna... "coming out da lesbica, coming out da trans cioè se mi dici che sei pure gay", Fa "mi manca solo un figlio in convento", **"va bene... (sorride) ok..."** (Ian, 22 anni)

Nota gruppo AMA

Il coming out è un momento narrato come rilevante dalle persone in transizione, in particolar modo nel contesto familiare in quanto possibile luogo di riconoscimento e accettazione. Il
--

processo del coming out spesso viene raccontato anche nei gruppi AMA, al fine di condividere esperienze e offrire suggerimenti.

Nel gruppo le varie persone presenti hanno cominciato a parlare di alcuni momenti legati al coming out con la famiglia.

Giulia dice di averlo detto, dopo diverso tempo, a sua madre. Subito dopo averle detto della transizione, è “scappata” di casa ed è ritornata dopo due ore, concludendo il dialogo.

In quel momento dice che era talmente emozionata che non sa e non si ricorda che cosa le aveva detto di preciso. La sua amica, sempre presente con lei nel gruppo e nella vita quotidiana, dice che la madre è stata brava perché le ha successivamente risposto: “se me lo avessi detto prima avresti potuto soffrire di meno” [credo siano queste le parole riportate].

Lara dice, a proposito del momento del coming out, che deve essere come quando si è all’università, ovvero che “sai spiegare bene qualcosa quando lo sai dire a tua nonna”. Nel suo dice che è stato semplice, diretto, dicendo ai genitori “è così” e portando loro un documento con su descritta la situazione [non specifica cosa viene descritto e quale tipo di documento è, qualcosa di informativo rispetto alla transizione di genere].

Continua il racconto con un approccio ironico, dicendo che nel momento iniziale non avevano capito e pensavano che le piacessero gli uomini travestiti da donne. Seguono risate e sorrisi, anche da parte mia.

Giulia riprende la voce e dice che aveva paura, perché “vedi, io ho solo mia mamma, mia sorella e mio nipote, se perdo uno dei tre...” [non finisce la frase].

Nel gruppo oggi è presente anche la madre di Aurora, che dice di averlo sempre saputo, di averla portata in giro da dottori e specialisti e che suo padre pensava all’inizio che fosse un’“ossessione”. Mentre la madre parla, Aurora non dice né aggiunge altro.

Paola porta una sua situazione personale connessa al legame con i genitori. Paola ha 44 anni, e poco tempo fa ha visto il padre, vestito da uomo e con i capelli come oggi, ovvero biondi colorati con meches, riga nel mezzo e lunghi fin sotto le orecchie. Il padre le risponde “tagliati i capelli”. Questa frase, dice di averla fatta star male, perché è come se fosse tornata indietro nel tempo, in cui il padre padrone le diceva cosa fare.

6.3.5 La relazione intima, la sessualità e il/la partner

Il contesto della relazione intima, della sessualità e del/la partner si configura come ulteriore ambito rilevante nelle narrazioni, definito, descritto ed entro cui ci si posiziona attraverso diverse modalità. Nelle interviste, le persone hanno inserito discorsi relativi alla relazione intima e alla sessualità, nonché all’orientamento sessuale in termini generali, oppure discorsi relativi al rapporto con particolari personaggi (partner) introdotti nel proprio percorso biografico. La relazione tra corpo, sesso, genere e orientamento sessuale, nelle sue differenze e nei suoi legami sembra detenere un ruolo importante nelle narrazioni, diversamente costruito con l’altro e/o orientato dalle conoscenze presenti nel contesto sociale in cui viviamo.

Emergono, quindi, particolari rappresentazioni ed espressioni retoriche in merito al genere e all'orientamento sessuale, così come modi peculiari di descrivere la propria affettività e sessualità.

6.3.5.1 Intreccio tra Genere e Orientamento Sessuale

All'interno di questa dimensione si situano i due repertori interpretativi principali che sono emersi dalle interviste. Il primo tipo di repertorio si costruisce su modalità di descrivere e intendere il contesto della relazione intima e della sessualità che legano l'orientamento sessuale all'identità di genere come aspetti direttamente e coerentemente connessi. Il secondo repertorio, invece, si compone di modalità discorsive che costruiscono una distanza tra l'identità di genere e l'orientamento sessuale.

1. “Essere trans poiché eterosessuali”

Questo è il primo repertorio interpretativo che si è potuto rilevare dalle interviste. La congiunzione “poiché” sta ad indicare il legame causale e di relazione diretta tra il senso della propria identità e le preferenze sessuali.

Queste modalità discorsive e narrative si legano anche a retoriche e rappresentazioni della non conformità di genere e della transessualità fondate sul binarismo di genere e sull'eteronormatività, e attraverso le quali in cui il percorso di transizione di genere viene inteso come un passaggio da un genere ad un altro, quindi da una categoria ad un'altra senza altre possibilità e l'eterosessualità come orientamento preferibile e socialmente richiesto.

Di seguito possiamo leggere uno stralcio da cui si può notare questo legame causale usato per spiegare l'appartenenza di Michael al genere maschile proprio perché da sempre attratto dalle ragazze.

“alla fine lo sai che mi piacciono le donne da quando c’ho 5 anni, non mi puoi venire a dire che mi sono svegliato il giorno dopo (sorride)... Quindi no, poi io sono sempre stato eterosessuale convinto, al 102% l'uomo manco per l'anticamera del cervello”. (Michael, 29 anni)

2. “L’attrazione sessuale è un’altra cosa”

Un secondo e diverso repertorio interpretativo può essere rappresentato dall'espressione “l'attrazione sessuale è un'altra cosa”. Questo repertorio sembra avvalersi delle informazioni e conoscenze che vengono veicolate e modificate nel nostro contesto socio-culturale, e in particolare rispetto alla concezione secondo cui la persona transessuale donna deve provare necessariamente

attrazione per l'uomo e viceversa, la quale comincia ad essere messa in crisi e ad essere discussa anche nei gruppi e nelle comunità di persone trans, portando spesso le generazioni più giovani ad affermare senza problematicità questa separazione.

Rimane un argomento non ancora familiare al senso comune, ma nuovi modi di intendere il rapporto tra orientamento sessuale e identità di genere sembrano emergere, come nello stralcio che segue, in cui Paola cerca anche di fornirmi un'informazione conoscitiva specifica.

"Paola: [...] quindi trans non vuol dire per forza avere il seno e poi ci sono transessuali che comunque sia, l'identità di genere è una cosa, quindi cosa vuol dire? Ehm, il mondo in quello in cui tu ti senti di appartenere, non so se sai questa cosa, l'attrazione sessuale è un'altra cosa..."

Jessica: mmm...

Paola: a volte si fa confusione... ci sono FtM, femmine che diventano maschi che comunque sia sono attratti ancora dai maschi e femmine MtF trans che comunque sia sono attratte solo dagli uomini e che comunque sia dalle donne e che comunque sono attratti anche da altri trans". (Paola, 44 anni)

6.3.5.2 La relazione intima tra Stranezza e Identificazione

Per quanto riguarda i posizionamenti all'interno delle narrazioni, in riferimento a partner ipotetici, concreti o immaginati, questi possono essere diversi e collocarsi lungo la dimensione semantica della "stranezza" e dell'"identificazione". Lungo la prima polarità si situano quei posizionamenti che collocano chi narra e il/la partner in una situazione di stranezza, confusione, scetticismo, mentre nella seconda polarità quei posizionamenti che collocano i/le protagonisti in una relazione di riconoscimento, ovvero di identificazione nel genere desiderato.

1. "È una cosa strana"

Il primo posizionamento messo in campo da chi narra in rapporto alla relazione con il/la partner, è dato da modalità narrative li collocano in un legame di bizzarria e diversità. Questo deriva in particolare da una intervista e riguarda il rapporto tra il/la partner che si definisce come omosessuale e la persona trans, specialmente eterosessuale, definendolo come "una cosa strana", in quanto non è percepita una coerenza tra orientamenti sessuali reciproci che vengono così etichettati.

Nello stralcio che segue viene riportato il dialogo tra un ragazzo FtM e la sua fidanzata, cisgender e dichiaratamente lesbica.

"[...] Mattia: (sorride) Boh che è un po' strano che tu stia con me perché sei lesbica e lo dirò sempre...
Anna: E cosa ci posso fare?
Mattia: no non ti sto dicendo niente però
Anna: E tu dovresti essere contento comunque
Mattia: Io sono stra contento perché ti amo e tutto, voglio stare con te però dico, secondo il mio punto di vista è una cosa un po' strana
Anna: eh lo so...". (Mattia e Anna, 22 anni)

Da questo stralcio e dal resto del dialogo che hanno intrattenuto, si può rilevare come le questioni e le definizioni di identità e di preferenze sessuali siano particolarmente preponderanti e guidino l'interazione stessa in questo campo e la relazione tra i due.

Questa "cosa strana" legata alla relazione tra una donna lesbica o etero e un uomo trans etero la si può ritrovare anche nella relazione narrata da Diego.

"Però la questione era che comunque, anche in quel caso la questione era l'identità, nella sua situazione **la confusione era sull'orientamento**, non c'erano le parole per definirsi.
Tutte le donne che io ho avuto, a parte le prime due, erano già lesbiche sono state poi donne etero eee... **che in una maniera insolita si è innamoravano di me e non accettavano il loro cambiamento di orientamento perché si innamoravano di questa donna maschile che ero io**. Con rimandi della serie: sei proprio un uomo".
(Diego, 47 anni).

Queste difficoltà e questi legami discorsivo-narrativi generano effetti pragmatici reali, come l'impossibilità di costruire un rapporto insieme, la confusione, la difficoltà e la resistenza a cambiare, così come la considerazione dell'orientamento sessuale, dell'identità di genere e del corpo come realtà monolitiche e costanti, inestricabili e contrapposte. Come realtà che reificate vengono assunte come reali, non lasciando spazio ad altre possibilità e configurazioni del reale.

2. "Ha/aveva bisogno di normalità"

Un altro posizionamento, in parte connesso con quello precedente è riassumibile nell'espressione attraverso cui si colloca l'altro/a come colui/lei che "ha/aveva bisogno di normalità". Il tema della normalità emerge spesso, in diverse varianti e sfumature e applicato a diversi contesti e argomenti. La normalità di cui spesso si parla in questo caso è quella legata all'identità di genere, alla normalità e alla normatività della relazione tra un uomo e una donna biologici. A volte la normalità viene posta in essere come fonte di paura e limitazione, a volte come giustificazione, altre volte ancora come anticipazione, producendo effetti coerenti e particolari.

"E boh, storia tormentata perché io sapevo già che ehm che non avrebbe potuto funzionare in quell'ambito e... che **avrebbe cercato una sorta di normalità...** e

invece lei si intestardì e invece lei insisteva a voler avere una storia con me e facevamo anche progetti importanti, io ci credevo tantissimo, e ci credeva anche lei per carità no dico che, [...] ovviamente tutto fallito di lì a poco perché le mie previsioni si sono avverate, **lei dopo qualche mese aveva bisogno di normalità e si mise con questo ragazzo che le poteva dare quello che io non potevo darle**". (Dario, 44 anni)

Altre volte questa normalità può essere attribuita a caratteristiche di personalità conferite all'essere uomo o all'essere donna in termini ideali e generalizzati, come si può leggere nello stralcio che segue.

"[...] Perché per me comunque un uomo non può piangere, un uomo non può tornare a casa ed essere stanco", ho detto: "ma questa è scema scema", mica solo te, perché ne sento, ma vi rendete conto che un uomo vuole essere accolto? No, noooo deve essere indistruttibile sempre! NOOO ILARIA, **È QUESTO CHE NON CAPITE CHE UN UOMO È ANCHE QUELLO, È ANCHE LIBERO DI TORNARE A CASA, LEVARSI L'ARMATURA E A TE, MA SOLO A TE, DONNA E COMPAGNA, DONARE LA SUA FRAGILITÀ!** "Noooo per me non esiste!".

Infatti sei con un po' di problemi alle spalle con i tuoi compagni.

E questa è l'autenticità, noi non ammettiamo di dire, di andare a fondo a queste cose, **perché noi vogliamo un uomo indistruttibile?** Ma risolviti i cazzi con tuo padre te, perché, perché l'uomo, **perché abbiamo bisogno dell'uomo invincibile,** voi donne perché ci da sicurezza, ma è vera questa sicurezza? Allora vai nell'autenticità, un uomo e anche fragile. Amalo, rispettalò uguale. "Eh ma è dura", eh ma devi fare i conti con te stessa. Perché se hai paura della fragilità di un uomo e ne esalti la brutalità, poi non ti lamentare che questo è sempre stronzo e brutale". (Diego, 47 anni)

In questo caso non è solo il rapporto tra generi biologici e eterosessualità, ma anche l'attribuzione di caratteristiche precise che vengono associate secondo chi narra alla maschilità (così come all'essere donna, dato dal riferimento al plurale "è questo che non capite"; "voi donne"), ad esempio.

Anche queste modalità narrative, accompagnate da rappresentazioni e discorsi sull'essere uomo e sull'essere donna possono avere l'effetto di limitare le possibilità, di richiedere costantemente di soddisfare degli standard e dei valori che sono stati resi accettabili a livello socio-culturale, piuttosto che per natura.

3. "Sono scettica/o"

Questo posizionamento usato in relazione al/la partner è usato per esprimere il dubbio e la paura nei suoi confronti. In questo spesso si fa riferimento a persone che non sono in cerca di una relazione, persone che vedono le persone trans come "oggetti sessuali" oppure che non scelgono di investire per discriminazioni e problemi di giudizio a livello sociale.

"Laura: [...] quindi diciamo che abbiamo anche questa piccola sfiga, **perché o trovi proprio quello che ti ama per quello che sei, o trovi solo persone che vogliono provare l'esperienza non so cosa possa essere mai andare con una ragazza trans per poi dopo tornare dalla fidanzata o dalla moglie capito?**

Jessica: Mmm

Laura: **quindi sono un po' scettica sul trovare il fidanzato**, chiusa parentesi, però questa ti dico è la parte che sinceramente mi tocca meno anche perché ho il mio cagnolino che adoro quindi ho già..." (Laura, 39 anni)

4. "Mi sento/sentivo come loro"

Questo tipo di posizionamento si colloca verso la polarità dell'identificazione ed emerge in relazione alle persone che vengono fatte rientrare nel genere desiderato. Questa modalità narrativa e di posizionamento consente di dare senso a certe esperienze passate in cui la persona non si sentiva a proprio agio nella relazione intima o sessuale. Le espressioni che spesso vengono associate a questo posizionamento si legano a "pensavo/sentivo nello stesso modo", "avevo una mente come loro". Allo stesso tempo questo legame retorico sembra consentire di fornire una conferma e una rilettura biografica rispetto alla propria identità di genere rispecchiandosi nel genere desiderato che viene definito e connotato in modo particolare, come negli stralci seguenti.

"Lucia: [...] Anzi poi il fatto di **avere una testa diciamo femminile è come se io gioco a carte con te riguardo le tue carte**. A me non è mai successo, vabbè che io non ero un Adone ma non è mai successo che quando io volevo andare con una donna ci andavo sempre **perché io sapevo cosa pensava e come pensava, perché era come pensavo anch'io (ride)**

Jessica: (sorrido)

Lucia: riuscirci sempre a trovare quell'escamotage diciamo per riuscire ad aprire quella porta in cui volevo entrare". (Lucia, 53 anni)

5. "Mi tratta da uomo/donna"

L'ultimo posizionamento, nella polarità dell'identificazione nell'identità di genere desiderata, vede il partner e/o la relazione intima come grande risorsa, riassumibile nella frase "mi tratta da uomo/donna". Quindi la relazione con un/a partner si configura come possibilità e luogo di riconoscimento, di cambiamento e di supporto.

Spesso si possono trovare modalità narrative come "mi fa/faceva sentire donna/uomo", "ero donna/uomo", "mi sentivo riconosciuto/a", "mi accetta/va come donna/uomo". Spesso il riferimento è alle prime esperienze e alle prime espressioni di sé nella relazione intima o sessuale, dalle quali se ne ricava conferma della propria identità, come negli stralci che seguono.

"[...] e fine, vivevamo insieme, con lei che mi trattava da uomo, e io stavo bene in questo micro micro micro micro cosmo, purché diciamo molto ridotto". (Riccardo, 33 anni)

"Lucia: [...] il momento in cui mi sono messo le scarpe mi sono sentito donna in quel momento lì, mi ricordo ancora, quando scendo le scale arrivo davanti alla porta dove c'è lì anche lui, tutta bella... eee... un momento, cioè sono donna, sono donna.

Jessica: quello è stato un momento quindi diverso da altre volte?

Lucia: si si proprio, era la PRIMA volta che mi mostravo al FEMMINILE con un uomo. E prima era sempre stato segreto, da quel momento lì proprio è esploso tutto, non c'ho capito niente, è la mia vita questa, fino a che non l'ho provato non me ne accorgevo, da quel momento che l'ho provato, sono salito sulle ginocchia, da quel momento mi ha sempre chiamato al femminile". (Lucia, 53 anni)

6.3.5.3 La sessualità tra il Possedere e il Sentire il corpo

Un altro contesto di significati fa riferimento alla sessualità e al suo rapporto con la corporeità, entro cui ci si colloca e per il quale può essere rintracciata una dimensione particolare, data dalle polarità del possedere un corpo e del sentire un corpo, quindi utilizzarlo e agirlo nelle relazioni interpersonali e intime.

1. "Io c'ho sto corpo e lo uso"

Questo è il primo posizionamento che si può rilevare, che colloca la persona in relazione a concezioni sulla natura determinante e allo stesso tempo consente di smussare le rigidità sociali e di costruire una propria sessualità e rapporto con il corpo. L'uso del corpo nella sessualità viene vissuto senza modificarlo, quindi senza cercare di aderire e raggiungere quell'insieme di attese e aspettative sociali riferite al corpo trans che deve "essere completo".

"Marco: [...] e la mia sessualità io l'ho vissuta sempre a pieno nel senso che io non ho mai messo limiti anche ai rapporti sessuali, cioè nel senso io sento tanti ragazzi anche qua "ah no io non mi faccio toccare le tette, io non mi faccio toccare lì..." ma che cosa? Io c'ho sto corpo e lo uso, eh no, a pieno eccome... e non potrei fare a meno del mio organo genitale perché quello mi da piacere. Se io dovessi fare, come fare tanti, la falloplastica, ciao... col cazzo, non senti neanche quello e siccome secondo me quello delle donne è anche più sensibile di quello degli uomini, me lo tengo grazie... (ride)

Jessica: direi legittimo anche questo..." (Marco, 58 anni)

2. "Mi sento che c'ho un pene/vagina che non ho"

Un altro posizionamento possibile riguarda il luogo dell'eccitazione sessuale nei termini di "mi sento che c'ho un pene/vagina che non ho" e la relazione con l'altro sulla base della propria

corporeità così significata. Questo discorso a volte condiviso sembra portare con sé l'effetto di una conferma identitaria oltre che di significazione differente rispetto alla propria corporeità, come riporta, ad esempio, Kevin.

"[...] allora io questa scena me lo ricorderò sempre, me la ricordo ancora, in senso fisico pure eh, allora in pratica stavo a guarda ste foto e io cioè anche adesso, quando mi eccito non è che dici, **cioè è proprio mi sento che c'ho un pene che non c'ho, me lo sento, non so come spiegarti, cioè è proprio una cosa che c'ho dentro di me, tu pensa... cioè so io no, so trans, proprio...** quindi sempre, e il collegamento con queste ragazze, si andava avanti si scaldava la situation, e niente... [...]" (Kevin, 20 anni)

6.3.6 L'altro

Con questo contesto si fa riferimento all'altro concreto, immaginato, ideale oppure al contesto socio-culturale in cui si abita, altro con cui ci si relaziona e/o che viene inserito nelle narrazioni su di sé e sul proprio percorso di transizione. Rispetto ai personaggi che vengono inseriti nei propri racconti, questi possono fare riferimento ad esempio ad amici o conoscenti con i quali si ha un rapporto stretto o di vicinanza oppure a persone estranee e con le quali si intrattengono interazioni fugaci. Il rapporto con l'altro, inteso in questi termini, si configura come costantemente presente nelle narrazioni e nella costruzione della propria identità e identità di genere in particolare, per la rilevanza dei suoi feedback e delle sue reazioni, delle conferme o disconferme, così come dei suoi legami.

Gli amici vengono generalmente considerati come una risorsa, se presenti e se accettanti, in particolare ma non in maniera esclusiva, per le generazioni più giovani che hanno a disposizione contesti e gruppi di aggregazione diversi e vari, sia sul territorio sia virtualmente.

Anche in questo caso, come per la famiglia e per il/la partner, l'accettazione e la comprensione sono connesse alla necessità di riconoscimento e alle sue implicazioni sull'identità che permette in questo modo di essere rinforzata.

6.3.6.1 Confini normativi

Con questa meta-metafora si vuole delineare la dimensione di senso che emerge da due repertori interpretativi rintracciati nelle interviste. Da una parte, il confine rappresenta la possibilità di

stabilire e distinguere dei territori e delle identità, dall'altra l'aspetto delle norme fa riferimento a concezioni relative alla normalità e ai sistemi di regole che informano i confini.

Il primo repertorio interpretativo è connesso alle differenze sull'identità di genere e alle loro spiegazioni nei confronti dell'altro, mentre il secondo è legato alla messa in discussione di questi tracciati.

1. “Tradimento e orgoglio”

Questo repertorio interpretativo utilizzato ed emergente dalle narrazioni fa riferimento alle identità trans nella relazione con l'altro, ovvero attraverso le figure retoriche ad esso associate del tradimento e dell'orgoglio. Per quanto riguarda il “tradimento”, un discorso che viene connesso all'altro è quello del considerare la donna trans come diversa. Il paragone può essere verso le donne cisgender, che vengono anch'esse descritte come discriminate e inferiorizzate rispetto agli uomini, così come le donne trans verso gli uomini trans, che vengono definiti come maggiormente accettati per via della loro minore visibilità in pubblico e conoscenza a livello sociale.

“per la trans moltiplicato. Diciamo **pregiudizio femminile ancora più acceso**, anche perché comunque, gira e rigira, c'è comunque diciamo, **c'è pregiudizio da parte dell'uomo che da parte della donna**. Forse perché lei vive questo giudizio, abita quel giudizio, l'uomo giudica di più soprattutto la donna trans perché è **una delle accuse comunque velate che ti fanno sempre è che tu hai tradito il tuo gruppo. Cioè che hai tradito il gruppo degli uomini, sei passata al nemico**. (Lucia, 53 anni)

Un'ulteriore rappresentazione e retorica associata all'altro e alla donna trans presente nelle narrazioni consiste nell'aver “tradito il gruppo di uomini” e di essere “passate al nemico”, ovvero di abbandonare il privilegio maschile.

Non soltanto per quanto riguarda le donne trans, ma anche per gli uomini trans il repertorio è quello del destabilizzare l'uomo biologico e/o l'uomo qui definito come “alfa” e l'uso di retoriche e rappresentazioni sociali inerenti, non tanto al tradimento verso il proprio sesso di appartenenza, quanto all'orgoglio per la persona FtM per appropriarsi di questo privilegio.

“[...] Eee molti si mettono il confronto con te, “eeeh ma tu non sarai mai uomo”, faccio, “magari non sarò uomo a livello fisico, però a livello caratteriale e di comportamenti magari sono molto più uomo di te”, perché ci sono maschi, uomini... il classico esempio dell'uomo alfa che vuole farsi vedere... **È messo molto in soggezione da noi FtM, l'uomo alfa...** Lo sto notando ultimamente, [...] però è visto meglio perché la donna **tra virgolette che prende la virilità è quasi sinonimo di orgoglio, dice “ah guarda vuoi diventare come me”**. Invece **l'uomo che tra virgolette si toglie la virilità per diventare donna, sta malissimo, malissimo!** E poi basta...” (Ian, 22 anni)

2. “La normalità dov’è?”

Un altro tipo di repertorio interpretativo che emerge a fronte dei discorsi e delle rappresentazioni della normalità che vengono veicolati e condivisi a livello socio-culturale fa riferimento a “la normalità dov’è?”. Questo tipo di repertorio si caratterizza per la messa in discussione dei riferimenti normativi presenti nei nostri contesti quotidiani, in particolare il binarismo di genere e la ritenuta normalità della conformità di genere. Riferimenti che si possono trovare presenti nelle stesse narrazioni delle persone trans e che hanno un impatto a livello dell’agire nella quotidianità e nei modi di descrivere la propria e altrui esperienza. Allo stesso tempo si possono rintracciare altri spazi discorsivi in cui la normalità come discorso viene messa in discussione e decostruita, facendone emergere altre possibilità e significati, come nello stralcio che segue.

“Quindi la normalità dov’è? Purtroppo viviamo, questo è importante, in una società dove sono state impostate, imposte delle regole. Ma chi è che ha imposto queste regole? L’uomo. E quella persona chi è? per poter giudicare lei, lui, lei o lui? La normalità secondo me non esiste. Non è che perché tu sei donna sei normale, io sono trans e sono anormale, solo perché una persona ha deciso che deve essere così? E quella persona chi è? Che potere ha per dire questo? Tanti vedono solo il bianco e il nero, ma ci sono anche le sfumature. E se le tagli queste sfumature dentro ce ne saranno ancora e se tagli queste dentro ce ne saranno ancora. La sessualità è talmente complicata... che la normalità non è... tutto è normale. Soltanto che siamo impostati così e tutto ciò che non è così sembra anormale e strano, diverso e il diverso spaventa”. (Paola, 44 anni)

Io stessa condivido questo discorso, orientato dalle prospettive e dalle riflessioni epistemologiche e teoriche che uso come riferimento, e nel dialogo ho trovato in queste parole spazi di apertura verso altre possibilità e verso altre opportunità di trasformazione della propria identità, lontane e in contrasto da giudizi morali, di valore o da spiegazioni biologistiche oppure legate a devianza ipotetica che possono essere usati per definire certe identità, nel campo della varianza di genere così come in molti altri campi della vita sociale.

6.3.6.2 La relazione con l’altro tra Imbarazzo per esistere e Rivendicazione di sé

Per quanto riguarda la relazione con l’altro, la dimensione che può essere delineata a partire dalle narrazioni e che contiene i possibili posizionamenti utilizzati dalle persone per descrivere questo rapporto, è data dalle polarità dell’imbarazzo per esistere e della rivendicazione di sé. Lungo il primo estremo semantico i posizionamenti collocano l’altro in uno spazio di superiorità che riesce

ad influenzare le descrizioni di sé e le azioni nei diversi contesti di vita, mentre lungo il secondo estremo vi sono quei posizionamenti che collocano chi narra nella posizione di sostenere la propria identità rispetto all'altro.

1. “Mi sento quasi imbarazzato per esistere”

Questo primo posizionamento fa riferimento alla relazione con gruppi di amici/che e conoscenti, attraverso i/le quali non viene riconosciuta la propria identità.

“[...] mi riferisco specialmente a quelle persone che ho conosciuto con la mia ex ragazza che venivano da sette anni di lei con il suo tipo che però era una tipa ma che tutti chiamavano tipo e quindi anche queste persone qui, molto centrate sulla disforia, ste cose... **si equivocano, fanno fatica, quindi mi fa quasi più più più rabbia, tristezza, non rabbia, non so come... Mi sento quasi imbarazzato per esistere quando una persona dice “no, allora vieni anche tu Cri”,** no aspetta non ho fatto una frase con un aggettivo beh insomma, **usano il femminile,** “viene anche lei, no scusa lui”, **no ecco io qua potrei veramente morire [...]**” (Riccardo, 33 anni)

In questo caso l'imbarazzo per esistere è legato, ad esempio, all'uso di pronomi e aggettivi scorretti nei propri confronti oppure dalla confusione da parte del gruppo di amici/che o conoscenti. La riflessione che segue pertanto riguarda la possibilità di vivere o meno senza esplicitare il proprio essere trans e per Riccardo questo sembra non essere possibile in cui “potrei veramente morire” in quanto manterrebbe in un qualche modo un'identità femminile in cui non si riconosce.

La portata della mancanza di riconoscimento da parte di conoscenti o amici/che la si può leggere anche nello stralcio che segue relativo ad un dialogo avuto nel solito bar in cui Diego va a fare colazione.

“Perché te la racconto? La prima domanda che mi fatto Beatrice è stata: “beh però adesso sei uomo a tutti gli effetti?”

“Ma che vuol dire uomo a tutti gli effetti, Beatrice?!” Che c'ho il pisello.

“Ma sii anche quello...”

“**Ma perché secondo te per essere uomo a tutti gli effetti devi avere anche il pisello. Chiedo, secondo te per essere uomo, un uomo deve avere anche il pisello?**”

“No, non solo però anche...” **ecco, quel anche... è fondamentale.** E allora la domanda è poi per estensione, sicuramente mi chiederanno se Beatrice è lesbica, perché è così, allora l'ho chiamata e le ho detto “amore ti avviso che al bar dove andiamo tutte le mattine, ti sei sputtanata anche tu, però tu sai che sei sputtanata a prescindere, perché tutta [...] sa che tu stai con [...]”. Ci siamo fatti una risata... Però è quello”. (Diego, 47 anni)

Non soltanto la dimensione dei pronomi si mostra come particolarmente rilevante, ovvero del modo di approcciarsi grammaticalmente con chi narra, ma il livello più astratto attraverso cui si

veicola e si condividono discorsi sulla maschilità o femminilità ideali a partire dalla genitalità. Il termine “Anche” messo in relazione al possedere genitali maschili nel caso delle persone FtM risulta critico poiché lega l’organo alla maschilità, che diventa quasi naturale facendo perdere il suo carattere costruito e culturale. Questo discorso può essere criticato da parte delle persone trans, che si definiscono come FtM o MtF, così come, in maniera opposta, può anche essere accettato e preso come riferimento.

2. “È stato un riciclo di persone”

Questo posizionamento viene usato in relazione all’altro che si conosce, come un gruppo di amici/che, nel momento in cui si condivide il proprio cambiamento e la propria identità di genere descrivendole come persone che si allontanano e che si perdono.

“La comunicazione al mondo: **parti con una persona, la prende bene poi non la vedi più, parli con un'altra persona dice “no no ma non succede niente” e non la vedi più...** insomma nella mia vita almeno, **è stato un riciclo di persone**, quelle che avevo, calcola che su, **l'ottanta per cento sono sparite...** Ma perché cambi locali, **cambi abitudini, cambi orari**, hai un altro tipo di soldi a disposizione...**Cambia tutto cambia e tu ovviamente, cambiano le persone e ne acquisisci altre che neanche pensavi** che magari l'hanno saputo e non so per quale motivo e improvvisamente hanno iniziato a starti vicino...”. (Monica, 31 anni)

Monica in questo caso si posiziona come agente rispetto al riciclo di persone, distribuendo una sorta di responsabilità al cambiamento dei contesti e dello stile di vita che la riguarda, piuttosto che conferire la responsabilità in maniera univoca alle persone. Inoltre, aggiunge, acquisisce altri amici che non si sarebbe immaginata prima, risorsa rilevante che anche in altri racconti emerge in relazione ad esempio ai gruppi di Auto Mutuo Aiuto e ai gruppi su Facebook.

3. “Una qualsiasi persona non è informata”

Non ci si relaziona soltanto verso gli/le amici/che o conoscenti, ma anche verso l’altro generale, che non si conosce ma che si prende in considerazione per riflessioni, pensieri e confronti su di sé e i contesti intorno. In questo senso, un posizionamento possibile si riferisce alla paura di esprimersi e di far sapere di essere una persona trans perché “una qualsiasi persona non è informata” e questo potrebbe portare a discriminazione o a non comprensione da parte di chi si ha davanti.

“Jessica: [...] Quali erano le tue paure prima nel dire che eri un ragazzo trans?”

Filippo: forse il fatto che ci sono un sacco di stereotipi, **più che altro per la disinformazione ad esempio se ehm dici "sono un ragazzo trans" una qualsiasi persona comunque non è informata, perché alla fine sono in pochi ad essere informati** se comunque per un motivo o per un altro sono in questo mondo cioè tipo che ne so un amico o anche un conoscente così sì, infatti ad esempio, io che ne so lo vado a dire a una persona così a caso ovviamente cioè anche tipo uno che conosco poco, penso che... **Rimarrebbe un stranito diciamo perché magari stereotipi, tutte queste, cioè... Disinformazione in poche parole,** quindi questa cosa qua **mi metteva un sacco di paura comunque...**" (Filippo, 18 anni)

4. "Posso passare o non passare"

Un altro posizionamento possibile consiste nel "posso passare o non passare" ovvero essere scambiato o meno per una persona del genere desiderato nell'interazione o nella relazione con l'altro. Questo processo è spesso molto importante per le persone in transizione come feedback rispetto al proprio percorso e cambiamento, oltre che di conferma della propria identità.

Spesso anche il momento del *coming out* al pubblico sconosciuto viene fatto seguire a un cambiamento già in atto poiché, nella narrazione, questo risulta più sicuro invece che provocante confusione nell'altro che interpreta.

"Jessica: queste cose nel vostro caso sono successe? E come sono andate?

Michael: prima devo dire io mostravo i documenti e tutti mi scambiavano per quello che ero, devo dire sì con alcuni, **puoi passare, ma fidati che non passi al 100%**

Jessica: mmm

James: **perché sennò non fai una terapia ormonale per arrivare a non passare più quindi sì, a me mi hanno sempre sgamato...** la maggior parte delle volte, infatti io per questa motivazione non mi sono mai dato il maschile perchè vedevo

Jessica: ma ti hanno sempre sgamato perché guardavano il documento?

Michael: ma perché io ho provato, semplicemente quando ero più piccolo, avevo 18 19 anni a provarmi a darmi subito il maschile, ero al mare, **però non puoi negare l'evidenza cioè hai il viso tondo, cioè tante cose che te vedono! Cioè...** io pure portavo i capelli rasatissimi cioè proprio pelati, per dire cazzo nascondi i lineamenti, ma i lineamenti si vedranno, finché non fai una terapia si vedono

James: io invece mi presento sempre al maschile

Michael: e io allora in quello lì mi ero preso male, allora ho detto io questo punto mi presento al femminile e poi quando sono a 6 mesi, otto di terapia che già sono nella fase dell'ambiguità

James: **ma sai che adesso a me mi prendono per ambiguo?"** (James, 23 anni e Michael, 29 anni)

In questo dialogo emergono i diversi punti di vista inerenti il presentarsi e le diverse letture delle reazioni dell'altro. La presentazione per Michael è subordinata al cambiamento ormonale quindi, nella narrazione, al passare più facilmente per evitare ambiguità e confusione, mentre per James, la presentazione come ragazzo avviene già prima della terapia ormonale e il passare viene già letto

in alcune circostanze al momento presente. Il passare si configura quindi come un processo carico di emozioni, simboli e significati attraverso i quali può assumere diverse forme ed essere accompagnato da diverse forme espressive, azioni e pratiche con l'obiettivo di confermare, mettere in pratica e agire la propria identità di genere in rapporto all'altro.

5. “Mi fanno domande imbarazzanti”

Un altro posizionamento è dato dall'espressione “mi fanno domande imbarazzanti” da parte dell'altro, estraneo o conosciuto, di persona oppure tramite social networks.

Secondo questo tipo di collocazione nella narrazione la persona trans si trova a dover spiegare, a rispondere a particolari e “imbarazzanti” domande per soddisfare le curiosità di chi si ha di fronte. Il modo di approcciarsi a queste domande varia, un modo spesso condiviso è quello di rispondere attraverso l'ironia che diventa una risorsa oltre che una difesa, piuttosto che attraverso l'offesa e il distanziamento. Oppure ancora, l'approccio può contemplare nuove forme di descrizione o spiegazione che la persona trova utili nell'interazione, potendo, pertanto, collocare questo posizionamento verso la polarità della rivendicazione della propria identità, come possiamo notare dallo stralcio che segue.

“Jessica: tipo?

Ian: eehh tipo... “A letto come funziona con la tua ragazza?” “Come vuoi che funzioni tesoro cioè... È funzionata per 6 anni in un modo, magari abbiamo aggiunto qualcosa però funziona sempre in quel modo...” Oppure ti chiedono “ma sotto ti è spuntato qualcosa?” “No non è spuntato Alien tranquillo, non c'è niente, quello verrà poi magari cambia ma non c'è niente...” Oppure ti chiedono “ma le tette le hai già tolte?” “Eh magari...” oppure “ma quindi adesso li prendi a vita gli ormoni?” **E quelle sono anche le domande** carine e poi ci sono quelle proprio “ma quindi a letto”, “eh si a letto ci vado tranquillamente”, e una volta scherzando ho detto “eh a letto con la mia ragazza ci vado in pigiama, in pigiama vado a letto e dormo...” **E c'è rimasto malissimo, ci rimangono malissimo [...]**”. (Ian, 22 anni)

A questo proposito, ho inoltre chiesto a Ian quali effetti hanno prodotto queste risposte ironiche e se si sono rivalate più utili rispetto ad altre, trovando conferma. L'ironia è sembrata a mio avviso come una strategia messa in campo che ha l'effetto di non colludere con le domande dell'altro, e di cambiare loro direzione di senso facendone perdere il carattere di serietà e appropriatezza, oltre che di non rendere esplicita la contrapposizione o la discussione aperta con l'interlocutore/trice.

6. “Sì è vero sono trans, dove sta il problema?”

Infine, un altro tipo di posizionamento, che si colloca nella polarità della rivendicazione della propria identità potrebbe essere riassunto dalla frase “Sì è vero sono trans, dove sta il problema?”. Tale posizionamento emerge nei confronti di persone sconosciute o poco conosciute che nella narrazione cercano di mettere in difficoltà, esplicitando e dichiarando la propria identità di genere, quindi mettendo in campo azioni comunicative di critica o contrapposizione aperta.

“Eee... Quello lì è una cosa che succede, **ci sono persone che cercano di colpirti** anche dove sto io una volta che hanno scoperto che facevo la terapia, che ho iniziato la terapia, **andavano in giro etichettandomi come “il trans” e cose così no? Quando me lo dicevano, sì è vero sono trans, dove sta il problema?”**.
(Ian, 22 anni)

6.3.7 Le persone trans

Un ulteriore contesto rilevante fa riferimento alle relazioni con altre persone trans o persone in transizione, conosciute o sconosciute quindi introdotte nelle narrazioni in termini generali. In questa sede vengono descritti più nello specifico i diversi posizionamenti che i/le protagonisti/e assumono nei loro racconti e nelle loro relazioni. Il rapporto con altre persone trans, all'interno delle associazioni o comunità specifiche o al loro esterno e in altri contesti, si configura come spesso presente e rilevante per la descrizione di sé e delle proprie vicende biografiche legate alla transizione, così come per la costruzione e la definizione di risorse da poter utilizzare e su cui fare riferimento.

6.3.7.1 La relazione tra Distanziamento e Vicinanza

La dimensione che può essere rintracciata nelle narrazioni ed entro la quale possono essere collocati i posizionamenti delle persone in relazione alle persone trans è costituita dalle polarità del distanziamento oppure della vicinanza verso di loro. Le persone trans possono pertanto essere lette attraverso le lenti del pregiudizio e della devianza fornite dal senso comune, oppure rappresentare degli esempi e delle risorse per la propria identità e biografia.

1. “Devono andare ai margini della società”

Il primo posizionamento usato da chi narra colloca le persone come coloro che “devono andare ai margini della società”.

Questo tipo di posizionamento nei confronti delle persone trans si riferisce alle retoriche e alle rappresentazioni di senso comune che legano la persona trans alla “strada”, alla “notte” e alla “prostituzione” che generano oltre che pregiudizi, stereotipi e correlazioni illusorie, implicazioni per le persone stesse e che pertanto vengono criticate e messe in discussione. Esse infatti possono parlare di “destino”, oppure parlare della prostituzione come unica possibilità o ancora, come unica alternativa, come nello stralcio che segue. Altre volte, invece, sebbene soltanto accennato in alcune interviste, può essere definita una differenza con quelle persone che vengono descritte come spesso straniere e che lavorano in strada e che, per questo motivo, contribuirebbero a mantenere intatta l’idea di devianza, portando a produrre una contrapposizione tra gruppi nel tentativo di avvicinarsi alla normalità culturalmente e socialmente definita.

“perché poi quando vengono fatti questi stigmi, diciamo le persone poi cominciano a non trovare più i posti di lavoro, quindi devono andare ai margini della società e dici vedi quindi avevo ragione, vedi che quelli possono fare sono le prostitute? Cazzo se non possono fare nient’altro, cosa fanno? O rubano, O forse la testa, o forse la voglia di rubare non ce l’hanno, e fanno le uniche cose che possono fare per sopravvivere... (Lucia, 53 anni)

2. “Le/gli altri trans”

Un altro posizionamento è quello relativo a “le/gli altri trans” verso i/le quali ci si mette in relazione o in opposizione. Questo tipo di collocamento narrativo distanzia le altre persone da chi narra, mettendole su un altro piano relativo ad atteggiamenti, comportamenti, opinioni e modalità interattive. Di questo posizionamento che separa e distanzia la persona da un ipotetico gruppo o comunità trans, vi sono differenti applicazioni in diversi contesti narrativi.

Lo stralcio che segue si riferisce alle differenze che possono essere rintracciate verso le altre persone trans e dalle quali ci si distanzia, caratteristiche ed elementi che vengono associati alla dimensione dell’“essere abbastanza trans” e che a volte genera confusione e insoddisfazione come in questo caso.

“perché vedo che molte persone trans cercano di vivere al 100% magari... un fm cerca di vivere magari al 100% come un uomo biologico quindi di comportarsi non come loro però di accentuare il maschilismo... cioè vedo che molti ftm cercano di accentuare il maschilismo, sono rudi, parlano tra di loro di ragazze in modo rude, che a me non piace sinceramente, quindi cercano di accentuare proprio questo maschilismo quindi cercano di essere binari al 100% e quindi magari

quella persona trans che non si sente, diciamo che non riesce ad essere così non si sente abbastanza trans perché avete gli altri che sono binari o uomo o donna, e quindi magari dice non sono abbastanza trans... o questo percorso non fa per me... invece no, devi guardare dentro a te stesso e non devi guardare gli altri, cioè se tu sai che staresti bene sai che staresti bene con un corpo maschile, che saresti felice così, che diciamo la tua disforia si fermerà con la terapia ormonale anche se non sei binario al 100%, se è per stare bene, fallo...". (Brandon, 22 anni)

Un altro modo di considerare le altre persone come diverse da sé è rispetto alla semplicità di proseguire nel percorso di transizione, nominando soltanto gli aspetti positivi a chi, come chi narra in questo caso, è agli inizi del percorso. In questo caso ci si riferisce ad una sorta di lieto fine che viene promosso e veicolato all'interno dei gruppi o delle comunità trans e che spesso viene usato per motivare oltre che per resistere alle pressioni di conformismo a livello sociale.

Infine, questo posizionamento può riguardare le altre persone verso le quali si intravedono differenze e particolarità a livello generazionale, oppure a livello di appartenenza culturale e di significato rispetto all'identità trans.

Una possibilità che viene introdotta è uno scambio di prospettive e vedute, per le quali c'è chi si rivede in giovane età e chi si immagina iniziare il percorso in età più avanzata, con tutte le differenze e le risorse che vengono attribuite alle diverse età, come le esperienze familiari o gli strumenti conoscitivi a disposizione (internet, social networks, media). Non soltanto lo scambio di esperienze che accomunano e nelle quali ci si può rispecchiare, ma a volte possono emergere anche elementi di normatività all'interno del gruppo che possono avere un peso o generare confusione o disaccordo per l'espressione e costruzione della propria soggettività.

Da queste considerazioni emergono sia delle differenze che vengono attribuite alla differenza generazionale o comunque legata all'esperienza e all'età del percorso, che portano a suddividere le persone in una sorta di esperti e novizi che condividono un sistema di norme e significati condiviso, rispetto alle fasi del percorso e ai requisiti legati all' "essere abbastanza trans", e/o all'essere una vera donna e/o un vero uomo. Emerge inoltre la differenza, per cui a volte questa normatività viene attribuita maggiormente alle persone MtF, ed emerge l'esigenza di una guida, di un supporto, di qualcuno/a che possa indirizzare e sostenere all'inizio di un percorso piuttosto che giudicare.

3. "Qualcuno/a come me"

Questo ulteriore posizionamento si colloca invece sulla polarità della vicinanza, quindi del considerare e relazionarsi con altre persone trans come risorse. Spesso nelle narrazioni il momento dell'incontro e della conoscenza di altre persone trans concrete è ricordato e interpretato come importante e rilevante per la propria biografia, per il fatto di mettere in luce che "non sono solo/a" o "l'unico al mondo", rendendo l'altra persona o il gruppo come una risorsa importante e fondamentale. Nel momento in cui si conoscono altre persone che hanno intrapreso il percorso di transizione, sembra prodursi un cambiamento biografico, dato dall'affacciarsi del percorso come possibilità effettiva.

"[...] mi ricordo proprio il momento in cui sono arrivato, c'era lei già cambiata, ho visto un'altra trans, mi sembrava di essere un marziano che arrivava su un altro pianeta e diceva che bello non sono l'unica al mondo, anche lì, una sensazione... perché fino a quel momento non avevo mai visto nessuno come me quindi anche il fatto di sapere che non ero l'unica al mondo anche lì mi ha dato tanto coraggio, infatti ci sentiamo ancora adesso. ehm ci sentiamo mi ha aiutata poi anch'io l'ho aiutata.

Il primo passaggio è stato quello di conoscere chi ero io il secondo quello di sapere che non ero l'unica [...]". (Lucia, 53 anni)

Altre volte le prime conoscenze e le prime persone intraviste non avvengono tramite televisione o contesti particolari nel territorio, ma attraverso internet, ad esempio Youtube, in particolar modo per le generazioni più giovani che dispongono di molto e diversi strumenti che connettono e allargano i contesti di vita oltre ciò che è locale. Anche quando ci si introduce nei gruppi di Auto Mutuo Aiuto piuttosto che nei gruppi su Facebook relativi alla transizione FtM, MtF o in generale, la condivisione e il confronto si fanno rilevanti e incessanti.

Anche l'ascolto delle esperienze altrui viene usato per dare senso, descrivere e spiegare le proprie esperienze così come le proprie scelte, come ha fatto Riccardo relativamente alle tempistiche e al cosiddetto rimandare il problema.

"Brandon: sì per quello sì perché ognuno ha avuto la sua storia da raccontare quindi ho conosciuto gente, guarda anch'io ho preso consapevolezza a vent'anni, io a 30, io a 40... quindi è normale... è normale... e quindi diciamo mi sono assicurato, ho visto che ci sono tanti percorsi diversi. Magari c'è quella persona trans nata femmina... che però ok non si sente uomo ma nemmeno donna, magari... cioè proprio conoscere realtà diverse quindi ok io ora dico che mi vedo come uomo però dico sempre non-binario... cioè ce lo aggiungo quel termine. É un po' diverso da dire mi sento uomo al 100%... eee quindi ho visto che ci sono realtà diverse perché all'inizio pensavo non sono abbastanza trans, diciamo è un pensiero che hanno in molti ho visto per esempio c'è un mio amico che lui non si sente né maschio né femmina proprio sta in mezzo lo dice sempre e quindi non si sente abbastanza trans io dico non è vero se ti senti a disagio con il tuo corpo se ti senti a disagio che la gente ti in casella in un altro posto

anche se lui preferisce incasellarsi al maschile, allora sei trans anche te. Eee vabbè diciamo questo...". (Brandon, 21 anni)

Il confronto e la condivisione diventano strumenti rilevanti e con portata pragmatica, Brandon racconta del dubbio suo e di un suo amico di “non essere abbastanza trans” in virtù dei dialoghi e degli incontri con gli altri rispetto alle proprie esperienze, per poi legittimare altre “realità” e “percorsi diversi”.

6.3.8 L’ambito psicologico

Per ciò che concerne la relazione con l’ambito psicologico e psichiatrico e con le figure professionali che lo compongono, si possono rintracciare diversi repertori interpretativi e posizionamenti narrati in rapporto a questo contesto. L’ambito psicologico e psichiatrico si configurano come contesti particolarmente rilevanti nei percorsi di transizione di genere poiché costantemente presenti e aventi capacità decisionale oltre che di eventuale supporto per le persone. Un primo aspetto importante che spicca da questo contesto riguarda la diagnosi, spesso emergente come discorso in maniera spontanea oppure specificamente domandato da me al fine di conoscere i punti di vista e le modalità di intendere la diagnosi connessa all’esperienza e all’identità trans. Proprio in riferimento alla diagnosi, possiamo rilevare alcuni repertori interpretativi utilizzati per descriverla e che si trovano in relazione alla propria identità.

Inoltre, emergono anche diversi posizionamenti nelle narrazioni relativamente alla relazione con gli psicologi, anche in questo caso da me domandate oppure emerse nel corso del dialogo senza interrogativi specifici.

6.3.8.1 La diagnosi come Vincolo rispetto all’identità

La meta-metafora rintracciata in rapporto ai diversi repertori interpretativi in merito alla diagnosi è rappresentata dal “vincolo” rispetto all’identità. Più nello specifico, le diverse descrizioni e configurazioni discorsive rilevate nelle narrazioni non soltanto descrivono e definiscono la diagnosi, attraverso particolari significati e prospettive personali e presenti nel contesto socio-culturale più ampio, ma la mettono in relazione con la propria identità, ovvero nelle descrizioni di sé e di sé nel rapporto con gli altri. In relazione al vincolo costituito diagnosi i repertori riscontrati possono avvicinarsi, oppure distanziarsene, con implicazioni differenti sulla propria identità.

1. “La disforia è un termine neutro”

Un primo repertorio interpretativo riguardante la diagnosi di disforia di genere potrebbe essere riassumibile in “è un termine neutro”. In questo caso il termine disforia di genere come categoria diagnostica viene inteso generalmente come termine che indica sofferenza, disagio, un termine “non brutto”. Il termine è associato a qualcosa che si ha, che si possiede e che caratterizza rispetto ad altre condizioni. La connotazione come viene descritto nello stralcio seguente, non è necessariamente negativa, ma neutra, che rimanda a qualcosa che può e deve essere spiegato all’altro in quanto non lo conosce. La disforia inoltre, viene considerata come qualcosa che non rappresenta soltanto un “disagio”, ma qualcosa di più specifico e peculiare, che si lega in questo modo all’identità di chi parla.

“no vabbè non è un termine brutto, cioè è un termine che si usa anche abbastanza con orgoglio cioè io soffro, io ho la disforia. ho la disforia, cos'è? è un termine che uno non è cioè un termine che... che se uno non conosce ti impone una spiegazione perché a qualsiasi persona che incontro per strada se chiedo sai cos'è la disforia tu hai la disforia penso che nessuno sappia cosa sia quindi ti impone di spiegare che è bello...cioè non è connotato negativamente nei positivamente secondo me è un termine neutro che uno usa mmm e si sintetizza va bene secondo me va bene è un termine che sintetizza cose, altre cose che direi come disagio ecco però dire ciao devo fare un percorso psicologico perché ho un disagio, cioè no quindi no, secondo me è un buon termine sì, non lo cambierei ecco con altri”. (Riccardo, 33 anni)

Allo stesso modo, è un termine e una categoria diagnostica che può non essere messa in discussione, ma intesa come dato di fatto, come condizione clinica che non richiede problematizzazioni. La disforia di genere viene considerata come condizione che appartiene alla persona, come suggerito dall’utilizzo del verbo avere (“Io ho la disforia”).

2. “La diagnosi lascia il tempo che trova”

Un secondo tipo di repertorio interpretativo che riguarda la diagnosi è quello rappresentato dalla figura retorica “lascia il tempo che trova”. Secondo le modalità discorsive che lo compongono, rientrano in questo repertorio i commenti e le descrizioni della diagnosi come qualcosa verso cui non ci si trova d’accordo, ma per via di qualche altro motivo o ragione non lo si mette in discussione.

Un elemento di critica può riguardare la patologizzazione delle esperienze trans, il fatto di ritenere l'esperienza trans come una patologia psichiatrica che richiede una valutazione e un trattamento, mentre l'elemento che appiattisce la critica concerne la necessità dei servizi di salute pubblici e le cure. La diagnosi viene pertanto descritta e intesa come passaggio burocratico necessario per accedere alle cure e per questo accettata.

"Jessica: cosa ne pensi del fatto che venga fatta questa diagnosi?

Diego: ma non dipende dagli psichiatri, dipende dalla legge. Purtroppo la legge sai, la diagnosi di disforia di genere a me fa ridere, perché ancora legata al DSM-IV e è una patologia psichiatrica.

La de patologizzazione, che non riesco a dirlo ma hai capito, porterebbe altri problemi, che quello poi di non avere le mediche, sanitarie.

Ora, cosa ne penso? che lascia un po' il tempo che trova. Non è uno psichiatra che ti può dire o meno, che ti può determinare se sei transessuale o meno. [...] **Però a livello legislativo, se c'è bisogno della perizia, tocca farla. Cioè siamo in una società, bisogna pure... accettare che ci sono delle cose, che siano autocertificazioni o meno che vanno fatte quindi...** tanto guarda, se uno cambia idea a metà percorso, per determinati motivi, non è lo psichiatra che ha detto chi sei o chi non sei". (Diego, 47 anni)

Le differenze pertanto in questo caso vengono sancite nelle richieste legislative piuttosto che nelle scelte della comunità psicologica. Non è lo psichiatra o un professionista in questo campo che, secondo questa scelta narrativa, decide il tipo di identità della persona, ma, e diverse volte sono presenti disclaimer o elementi di contrapposizione nel testo, "se c'è bisogno della perizia, tocca farla".

La critica alla patologizzazione e alla presenza di una categoria diagnostica che definisce un disturbo e la necessità di sottoporsi alle richieste burocratiche e legislative sono considerate separatamente, distinte e entrambe valide, mosse dal dubbio di un'eventuale assenza di cure a livello istituzionale-pubblico.

3. "Le diagnosi servono a tutto, anche a dirti che cos'hai, come se la mia esperienza di vita non fosse sufficiente"

Questo è un ulteriore repertorio interpretativo denso di significati e retoriche, che rispetto al vincolo sull'identità se ne distanzia esplicitamente e volontariamente. In questo caso è la critica a prevalere in virtù di una propria autodeterminazione e intenzionalità di scelta e di espressione di sé. Negli stralci seguenti possiamo leggere due modi diversi di intendere la diagnosi e la propria esperienza.

Da una parte si possono trovare discorsi e retoriche coerenti con le definizioni diagnostiche della disforia di genere che si sono susseguite nel corso del tempo e che hanno preso piede anche a livello di senso comune, come ad esempio rispetto alla “condizione di essere nati/e in un corpo sbagliato”. Dall’altra è il discorso dell’autodeterminazione e del potere del clinico ad essere centrale nella descrizione della diagnosi.

“[...] io sono solo dell’idea che comunque siamo state diciamo un po’ sfortunate di non essere state destinate al corpo giusto, tutto qui. **Quindi non ho mai visto questa definizione azzeccata, perché la malattia, le malattie, una cosa brutta che devi debellare,** che sia un tumore che sia comunque qualsiasi cosa, **e io non vedo il fatto di essere una persona diversa fisicamente dalla mia mente una cosa negativa,** anzi a volte secondo me, ti può veramente aiutare a capire chi sei veramente, cosa che molte persone non sanno neanche chi sono loro. **Quindi non l’ho mai considerata una malattia** [...] Non mi ha mai toccato perché per me era solo essere stata sfortunata, è stata una sfortuna, solo questo, non una malattia, una sfortuna che non sono nata in corpo maschile come volevo, **però una malattia mi sembra veramente una cosa troppo brutta, cioè.. negativa! non mi piace proprio!** però sai chi, i lunari della medicina non la pensano così però, perché non frega niente poveretti, son cazzi loro... **io sinceramente no, non sono d’accordo”.** (Laura, 39 anni)

In questo caso la parola “malattia” non viene accettata e viene respinta come autoattribuzione, ripetendolo diverse volte nel testo. La malattia viene intesa come qualcosa “di brutto”, “da debellare”, “negativa”, in maniera del tutto diversa dall’esperienza trans, contrapposizione e differenza che viene sottolineata con sarcasmo nei confronti della comunità medica. Allo stesso tempo le retoriche conosciute in merito al corpo sbagliato e al corpo giusto, rintracciabili in discorsi medici e psichiatrici nella storia che ha investito la diagnosi e anche le biografie trans, sono fortemente presenti.

Nel secondo caso, invece, l’aspetto della diagnosi viene connesso alla perizia e alla dimensione burocratica, non intendendole come sufficienti per considerare la diagnosi stessa come valida e connessa alla propria identità.

“Jessica: mmm. E per quanto riguarda l’aspetto legato alla diagnosi?
Martina: di disforia? quella è la perizia psichiatrica in pratica. **L’unico certificato che ti lasciano sono le perizie psichiatriche. Che servono a... tutto. Anche a dirti che cos’hai, come se la mia esperienza di vita non fosse sufficiente.** E mi fa girare i coglioni (sorridente).[...] e anche questi addetti ai lavori che vogliono lavorare in questi contesti, che si mettano in testa che **comunque tu devi essere alleato, devi essere pro, cioè accoglierla la persona non ostacolarla,** perché già è così la transizione, **se poi questi addetti ai lavori non so sembra veramente che ti vogliono mettere i bastoni tra le ruote, non è piacevole...”.** (Martina, 36 anni)

Insieme a questo modo di intendere la diagnosi, inoltre, si accompagna la percezione e la descrizione degli addetti ai lavori come delle persone che ostacolano piuttosto che supportare la transizione.

4. “Ho un attacco di disforia”

Per concludere i diversi modi di intendere e costruire la diagnosi, si aggiunge anche un altro modo particolare di interpretare e definire la diagnosi di disforia di genere, che viene modificata e usata come “ho un attacco di disforia” e che, pertanto, va a costituire un particolare repertorio interpretativo che si distanzia anch'esso dalla diagnosi come vincolo rispetto all'identità.

Questo nuovo termine alternativo viene fatto emergere in particolare da una persona nel corso della ricerca, seppur associato a modalità narrative e discorsive che possono essere condivise da altre persone, soprattutto per quanto riguarda le generazioni più giovani.

“Brandon: [...] **tra noi ragazzi e ragazze trans a volte ci viene da dire o ragazzi c'ho un attacco di disforia** e anche a me capita di dire, scrivo sul mio gruppo **ho un attacco di disforia qualcuno mi venga a prendere usciamo a berci un caffè...** significa magari mi viene quando penso alla mia vita, quando dico perché sono così o magari perché c'ho il seno, sembra stupido...”

Jessica: no no ci sta...

Brandon: **dico ho un attacco di disforia! ho un attacco di tristezza non so”.**
(Brandon, 21 anni)

Questa frase suggerisce un uso diverso del termine disforia, che perde la portata di sostantivo e di entità clinica per essere più rapportato e declinato nell'agire della vita quotidiana.

Questo modo d'uso del termine suggerisce la presenza radicata del termine a livello di narrazioni e interazioni quotidiane e allo stesso tempo di smussamento e appiattimento della sua oggettività attraverso modalità ironiche e dissacratorie.

6.3.8.2 La relazione tra Mancanza di riconoscimento e Aiuto

Per quanto riguarda la relazione con i/le professionisti/e della salute mentale, spesso viene menzionata e raccontata nelle narrazioni delle persone in transito. Diversi sono i posizionamenti che emergono e attraverso i quali le persone si collocano e collocano psicologi/ghe e psichiatri/e nelle loro storie. La dimensione semantica rintracciata ed entro la quale questi posizionamenti paiono situarsi è rappresentata dalle polarità della “mancanza di riconoscimento” e dell’“aiuto” da parte del/la clinico/a. Attraverso questa dimensione il/la professionista può essere letto come colui/lei che contribuisce alla negazione della propria identità di genere o che può impedire il

proseguimento del percorso, oppure come colui/lei che riesce a fornire supporto e sostegno alla persona.

1. “Lo/a psicologo/a non mi riconosce”

Questo posizionamento si colloca a tutti gli effetti nella polarità semantica della mancanza di riconoscimento. Per mezzo di questa modalità di collocarsi e di collocare il/la professionista, quest’ultimo/a viene descritto come una persona che non riconosce chi narra nella sua identità. Gli elementi utilizzati a supporto di questo posizionamento riguardano, ad esempio, l’uso di pronomi personali scorretti, piuttosto che di domande definite da “colloquio di selezione”, ovvero domande dirette, standard, precise che non lasciano spazio alla soggettività, oppure di percepite assunzioni normative e di valore rispetto a come dovrebbe essere la persona trans, l’uomo e la donna ideali veicolate dal/lla professionista.

Di seguito alcuni esempi in relazione a questo tipo di posizionamento e alle sue modalità di espressione.

“Jessica: [...] toni duri in che senso?”

Matteo: **quello che mi ha dato più fastidio è che lei non mi riconosceva come ragazzo trans, ma semplicemente come crossdresser** cioè pensava solo che io mi trovassi a mio agio solo con i vestiti da uomo... e che finisse qua la cosa [...]” (Matteo, 18 anni)

“Jessica: prima dicevi dei vari incontri con gli psicologi, quel tipo di percorso come l’hai vissuto?”

Monica: **ma guarda io mi aspettavo una cosa molto più seria, ti dico io ho fatto tre sedute, e pensavo “se uno psicologo in tre settimane riesce a capire che io sono una donna... mamma mia, sono stata fortunata”** io uscivo da lì e mi dicevo ma sono scema io o..., perché ti senti rincoglionita eh, “come mai vorresti intraprendere questo percorso?” **cioè sembrano i colloqui... hai mai fatto un colloquio [di selezione]?”** (Monica, 31 anni)

In questo caso Monica sottolinea come quelle domande che a suo parere ricercavano una sorta di garanzia o sicurezza rispetto all’identità, non sono state per lei utili o stimolo di riflessione, ma abbiano creato ancora più dubbi e interrogativi che già erano presenti all’inizio del percorso. Il discorso in merito alle retoriche e alle narrazioni preimpostate relative ad esempio alla propria infanzia e l’esordio della propria identità di genere, all’uso di particolari giochi, all’orientamento esclusivamente eterosessuale ecc. vengono in questo caso considerate valide e confermate nel loro uso da parte di Monica, inoltre, attraverso l’espressione “capisci che quella relazione te la firma nel momento in cui entri vestita da donna”.

Infine, il non riconoscimento da parte del/la professionista può essere legato al processo di valutazione e di diagnosi che è implicato nel percorso.

"[...] cioè mi da sui nervi il fatto che ok, mi devi periziare **ma non mi potrai mai mettere in testa che sei tu a decidere se io mi merito o no di essere, cioè sono io che te lo dico. Non sei tu che lo dici a me.** E invece li ti fanno vivere questa cosa che comunque sono loro che decidono. **Un momento (sorride): tu mi puoi essere d'aiuto, però non puoi essere tu che decidi che cosa sono io".**
(martina, 33 anni)

In questo caso, ci si posiziona rispetto al/lla professionista come esperto/a di sé e in un rapporto di forte contrapposizione verso il suo ruolo istituzionale e alla sua capacità decisionale, descritta come "se io mi merito o no di essere".

Un ultimo elemento di critica nei confronti del percorso e delle modalità operative del/la professionista è relativo alla decisione che egli/ella prende, ma che non conferma la possibilità di iniziare il percorso bensì di fermarlo. Questa risposta alternativa viene vissuta in diversi modi, generando in tutti i casi difficoltà e malessere che perdura per via della disconferma e del non riconoscimento da parte dello/a psicologo/a.

"Jessica: e dopo quando hai deciso che quello sarebbe stato il tuo percorso com'è andata?

Sofia: beh ho cominciato ad andare al niguarda, pensando che effettivamente potessero fare **qualcosa però poi una volta iniziate le sedute psicologiche o psichiatriche, mi sono resa conto che non era così.** loro pensavano che non fosse transessualismo ma semplicemente omosessualità. **perché mi vedevano troppo sicura.** ma erano già passati 11 mesi da quando io avevo maturato al 100% questa consapevolezza, **a inizio marzo 2015. e sono ancora lì comunque... a insistere.**
Jessica: come mai ti hanno detto così secondo te?

Sofia: **semplicemente perché loro vogliono avere, almeno quello che ho potuto sperimentare io, sono loro che devono avere il potere di decidere tu sei disforico, no tu non sei disforico.** io avevo già fatto la mia autodiagnosi [...]"
(Sofia, 23 anni)

2. "Ma cosa penserà, che sono pazza?"

Questo si configura come un posizionamento di dubbio e paura in relazione alle aspettative verso il/la professionista e il percorso che si potrà sviluppare. Tali dubbi e paure prendono avvio proprio dal fatto che al clinico viene attribuito un ruolo e una posizione di potere e di decisione rispetto al proseguimento e alle fasi del processo di transizione.

"[...] non so se tu hai mai visto il silenzio degli innocenti c'è quel ragazzo lì no, che Hannibal Lecter dice che è **quel ragazzo lì è convinto di essere donna ma in realtà non lo è eee che comunque lui gli aveva vietato di fare la terapia no,** e io siccome poi adoro quel film, **avevo in mente quelle parole dicevo**

"cacchio ma allora questa donna ha il potere di fermare la mia vita se vuole" quindi avevo veramente una paura allucinante... di questo colloquio perché pensavo metti che io sono come quello lì no? che mi sento una cosa e qualcuno mi vieta di poterlo essere, cioè poi io come vado avanti? di certo non ammazzando le persone facendomi un corpo finto però eee, però quella cosa lì mi aveva molto preoccupato devo dirti la verità". (Iacopo, 32 anni)

"Quindi sai quando inizi la prima seduta diciamo che sei lì e pensi **"riuscirò a far capire a questa persona quello che veramente sono?"** poi ti rendi conto che in realtà se tu sei convinta, se tu comunque sei sicura di quello che vuoi essere, non devi convincere nessuno, perché lo vedono, lo capiscono subito! [...] **però ovvio che all'inizio quando stai affrontando una cosa nuova che ovviamente pensi "ma cosa penserà, che sono pazza..." no? ti fai mille domande**

Jessica: certo

Laura: **e poi loro sono così pragmatici, ti guardano, scrivono su questo taccuino, e tu pensi "mah..." forse sta giocando all'impiccato (ride) a parte le cavolate, però ti dico la verità, ovvio che pensi ma non penserà che questa qua è fuori di testa, poi in realtà questo non lo sai neanche tu, lo sai benissimo di non essere così però ti fai mille domande..."**. (Laura, 39 anni)

In questo caso Laura, sottolinea le paure, i dubbi, le mille domande e gli interrogativi pur sancendo l'utilità di un percorso di questo tipo. Queste domande e paure sono spesso motivo di presentazioni di sé preimpostate, suggerite anche dalle stesse persone nei gruppi trans al fine di poter dare una conferma al/alla professionista che le deve valutare. Allo stesso tempo, oltre a posizionare il/la professionista come una persona che detiene il potere, vengono utilizzate anche modalità ironiche per descrivere queste posizioni, che hanno l'effetto di decostruire questa posizione.

3. "Lo/a psicologo/a ha tirato fuori lati e cose che avevo bisogno di tirar fuori"

Questo può essere un ulteriore posizionamento che si colloca nella polarità dell'aiuto ricevuto da parte del/la clinico/a. Spesso l'utilità del percorso viene fatta ricadere nella possibilità di andare oltre le questioni e i problemi legati alla transizione o all'identità di genere in particolare, per poter affrontare o includere altri aspetti della propria vita quotidiana e relazionale.

I/le professionisti/e dell'ambito psichiatrico e psicologico sono collocati nel racconto come utili e di supporto quando riconoscono la persona che hanno davanti nel genere che desidera, e quando tentano di comprendere piuttosto che giudicare, così come viene raccontato dalle persone stesse, a prescindere dalla specializzazione, pur sempre ritenuta importante. Di seguito alcuni stralci di testo in cui emerge questo intreccio di posizionamenti.

"Jessica: mmm mmm. invece rispetto proprio alla relazione con la psichiatra o con la psicologa c'è stato secondo te qualcosa di più utile o anche al contrario invece qualcosa che ti è sembrato per te meno utile?

Alessio: **ma devo dire che a parer mio per il mio percorso è stato molto utile, parlo della mia psicologa, perché ha tirato fuori mi ai lati e cose che avevo**

bisogno di tirar fuori... che mi aiutato molto ad uscire da tutte quelle paranoie tipo il coming out comunque le ansie che mi facevo oppure terapia ormonale eee cioè stato anche un bel percorso [...]". (Alessio, 24 anni)

Chiedendogli quali sono stati gli aspetti più utili nel suo percorso, Marco risponde:

"bè sicuramente la terapia psicologica, moltissimo... perché la terapia psicologica mi ha aiutato proprio a capire i meccanismi di me stesso no, e sapere quali sono le mie criticità, ma proprio come persona e grazie a quello io ho di fondo una forza che mi fa dire, con tranquillità, abbastanza tranquillità, cambio... tranquillamente. Vedo che tanti invece fanno fatica, ma perché sono insicuri per altre cose che non c'entrano con la transizione. Per cui secondo me prima bisognerebbe fare un percorso personale di stabilità e poi poter continuare con la transizione o comunque contemporaneamente. È importante, è importante... perché se no non lo so, penso che la vivi in modo molto più... con paura, con dei dubbi, con paura, con incertezza, se invece sei stabile, sei tranquillo... è un cambiamento grosso, ma tu stesso sei sempre stato così. Cioè non cambia niente dentro di me capisci? cambia fuori. Ed è l'unica cosa che cambia, **quindi devi soltanto mettere a posto il sociale**". (Marco, 58 anni)

Nota gruppo AMA

Il tema del rapporto con la figura dello psicologo o dello psichiatra è spesso oggetto di discussione e condivisione nei gruppi AMA, sia rispetto agli aspetti critici, particolarmente trattati, sia a quelli ritenuti più utili.

In particolare, è Paola che introduce il discorso dicendo che per il fatto di avere due figli, non può intraprendere la transizione senza includere loro e il ruolo che ha sempre avuto come padre, dicendo che per tale motivo ha cominciato un percorso con una psicoterapeuta.

Sofia, continua il discorso affermando aver "spiazzato" e "messo in crisi" diversi psicologi, due in particolare, i quali non facevano interventi durante gli incontri, ovvero la lasciavano parlare senza interruzioni. In questo momento sta andando da uno psicoterapeuta sempre di orientamento psicoanalitico, in quanto per lei preferenziale, che al contrario, le pone anche delle domande.

Dice che tutti gli psicologi sono capre.

Altre persone nel gruppo, tra cui Paola, Luca e Cristina, non sono d'accordo e affermano che non tutti sono così, forse quelli che personalmente per lei non andavano bene. Inoltre, Luca afferma, che anche gli psicologi hanno dei limiti.

Giovanni subentra portando un suo esempio. Giovanni dice di aver avuto problemi particolari per cui è stato seguito da un Serd. Lo psicologo del servizio, nel sentire i suoi dubbi in merito alla propria identità di genere gli ha risposto "io sono un uomo, non so come aiutarti, non so queste cose".

Luca, parafrasando il discorso dice che può essere visto come uno psicologo bravo, in quanto ha ammesso di non avere le competenze per approfondire questi aspetti.

Altre persone nel gruppo ridono o mettono in campo espressioni contrariate per la risposta che è stata menzionata, e anche io in quel momento, pur non esplicitandolo nel gruppo e senza avere informazioni sul contesto, ho pensato che fosse una risposta sommaria e riduttiva, quantomeno per gli effetti che ha generato oggi.

Per ciò che riguarda la relazione con la figura dello psicologo, tutte le narrazioni messe in campo non hanno potuto che avere un effetto non soltanto nella mia possibilità di comprensione delle esperienze delle persone intervistate, come è avvenuto anche per tutti gli altri campi descritti, ma anche sul mio modo di leggere la pratica psicologica in quanto in essa coinvolta.

Ogni rappresentazione e significato mi ha consentito di riflettere, non solo a livello teorico ma anche sulla base dei modi di raccontare e agire in questo contesto, sui vincoli, le possibilità e sugli effetti della diagnosi psicopatologica in questo campo a livello biografico e del contesto socio-culturale in cui questa viene utilizzata e rimandata all'altro. Non solo riflessioni sulla diagnosi, ma anche sul rapporto che si crea nel contesto clinico, che può diventare limitante e patologizzante, ma anche utile nel momento in cui si riconosce la persona e la considera, invece, come esperta di sé e della propria storia.

6.3.9 Altri contesti

Dalle interviste emergono, sia attraverso alcuni miei interventi, sia spontaneamente, altri contesti di riferimento o considerati rilevanti dalle persone protagoniste delle narrazioni e del percorso di transizione.

Di seguito vengono riportati alcuni posizionamenti specifici in riferimento ad ognuno dei contesti che viene menzionato e introdotto nelle narrazioni. Essendo contesti peculiari che non emergono da tutte le interviste, in alcuni casi, si rilevano posizionamenti diversi che si possono collocare lungo una precisa dimensione semantica oppure soltanto singole modalità di posizionamento particolari.

6.3.9.1 Comunità di appartenenza: “non sei solo/a”

Le comunità di appartenenza emergono dalle interviste come quei luoghi di comunanza e condivisione per le persone trans. Sono spesso considerati come luoghi e spazi molto importanti non solo per la condivisione di esperienze, informazioni e conoscenze in merito ai percorsi, ma anche per la costruzione della propria identità personale e sociale.

Il posizionamento prevalente e condiviso dalle persone che menzionano tali contesti è dato dall'espressione “non sei solo/a”. Una di queste comunità è rappresentata dal gruppo di Auto Mutuo Aiuto, ritenuto importante per potersi “fortificare”, sentirsi parte di una comunità, di un gruppo, di una rete che viene definita e vissuta anche come “una famiglia”. Il legame rintracciato

con il gruppo come famiglia è suggerito dall'uso del pronome "noi" in enunciati come "siamo tutti sulla stessa barca".

Il gruppo consente, in questi termini, di fortificare, di prendere consapevolezza e coscienza di sé attraverso la condivisione con l'altro, come si può notare dallo stralcio che segue.

“Jessica: quindi per il tuo percorso, secondo te quali sono gli aspetti più importanti?”

Paola: gli aspetti più importanti del mio percorso? **bè soprattutto il gruppo. è fondamentale per me il gruppo. [...]**
ed è come una, come una famiglia, alla fine. perché siamo tutti sulla stessa barca, eee... serve. è utile.

Jessica: in cosa secondo te è utile nello specifico?

Paola: **è utile perché ci si fortifica.** soprattutto, eh... ti confronti con le altre, ci si racconta anche no? a me è successo questo, a lei è successo questo... magari ti viene in mente che anche a te quella cosa ti è successa, **e dici "ah caspita allora è normale che sia così" prendi più coscienza, più consapevolezza e ti fortifichi anche. non sei sola. non sei sola, capito?**

Jessica: si...

Paola: **non sei sola".** (Paola, 44 anni)

6.3.9.2 Lavoro: tra il Dimostrare all'altro e l'Agire come se stessi/e

Un altro contesto rilevante e verso cui ci si mette in relazione nelle narrazioni è il lavoro, inteso come contesto spesso critico e complesso, da cui affiorano pregiudizi e stereotipi, oltre che discriminazioni. Altre volte è inteso come contesto rilevante poiché, al contrario percepito come accettante a discapito delle aspettative. Dalle interviste emergono due particolari posizionamenti collocabili lungo le polarità semantiche del "dimostrare all'altro", ovvero di confermare le aspettative sui ruoli imposti e sul genere desiderato e atteso dall'altro, e del poter "agire come se stessi/e", ovvero senza dover interpretare un genere o un ruolo sessuale non desiderato.

1. "Devo dimostrare quello che valgo"

Questo primo posizionamento colloca chi narra in una posizione di subordinazione rispetto al contesto lavorativo e alle persone che gerarchicamente lo compongono. Lucia, ad esempio, mi racconta il passaggio biografico da una posizione di imminente licenziamento ad una posizione di aumento di fatturato per la sua azienda. Nonostante l'aver acquisito un ruolo per lei soddisfacente, le modalità discorsive e narrative che usa fanno riferimento al "dover dimostrare" all'altro. Il dover dimostrare si configura e posiziona lei e la persona trans sul lavoro come persona a cui è richiesto di mostrare di più, in primis, in quanto donna e secondariamente in quanto donna trans.

"[...] si infatti, chiaro ci sono sempre delle difficoltà perché la prima volta che approcci una persona, a un certo punto poi gli stereotipi ci sono, devi farti conoscere, **quindi io devo sempre comunque dimo-, se vado lì arrivo in giacca e cravatta con la valigetta, se invece vado lì, ovviamente, al femminile, devo comunque dimostrare quello che valgo perché se vogliamo io arrivo lì comunque con un abito che diciamo è distonico rispetto a quello del manager finanziario, perché sappiamo comunque che trans uguale mondo del vizio, prostituta, persona malata, ecco quindi lo stereotipo è un pochino quello.** santa madre chiesa aiuta un po' molto su questo". (Lucia, 53 anni)

2. "Mi sono reinventata come"

Un altro posizionamento si colloca circa a metà tra le polarità del dover dimostrare all'altro e dell'agire come se stessi/e, legandosi alla critica verso il carattere discriminatorio di molti contesti lavorativi, e ad un cambiamento personale nell'approccio al lavoro. "Mi sono reinventata come" può essere un posizionamento che colloca la persona in modo attivo nonostante la chiusura di una possibilità in questo contesto. La persona diventa agente e protagonista nel campo lavorativo, inserendosi e costruendosi un ruolo e un contesto particolare, nonostante i vincoli e le limitate possibilità del contesto sociale di appartenenza.

"[...] Quindi veramente mi hanno distrutto su tutti i lati che potevano fare, [...] però giustamente, grazie a dio, c'è anche qualcosa che da una parte ho preso... da lì cosa è successo? **Che sono due anni che sto cercando lavoro, mi sono reinventata come estetista** [...] **Quindi ovviamente tra di noi ci si aiutava,** io avevo l'attrezzatura per me perché io da sola mi facevo la ceretta a casa, e quindi davo una mano a queste persone che avevano diciamo peli superflui e allora ho pensato nel mentre che mandavo curriculum perché a sto punto non iniziare una, una... chiamala così, un'attività [...]". (Laura, 39 anni).

3. "Vorrei fare un lavoro come Giulia e non come Massimo/Giulia"

Infine, un altro posizionamento è diretto in prospettiva futura e si colloca nella polarità dell'agire come se stessi/e è dato dall'espressione "vorrei fare un lavoro come Giulia e non come Massimo". Emerge da alcune interviste l'esigenza o il desiderio di cambiare l'approccio al contesto lavorativo, sia nei termini di un lavoro differente in cui esprimersi e relazionarsi con la propria desiderata identità, sia si uno stesso lavoro ma potendo essere riconosciuti/e dai/lle colleghi/e secondo il proprio genere.

"Giulia: **il prossimo passaggio che ho in mente di fare è cercare di fare un lavoro come Giulia non come Massimo barra Giulia** con i capelli legati, non so i guanti per nascondere le unghie". (Giulia, 38 anni)

6.3.9.3 Scuola e università: “Ho paura a dirlo”

Anche il contesto scolastico o universitario è spesso descritto come rilevante e importante, specialmente quando percepito come accettante oppure descritto come critico quando percepito o atteso come giudicante.

Uno dei posizionamenti possibili è dato dall'espressione “ho paura a dirlo”, facendo emergere le aspettative negative nella risposta degli altri, quali non comprensione o “battutine” o azioni discriminanti, che collocano chi narra in una posizione sommessa e timorosa verso l'altro nel contesto scolastico.

Di seguito uno stralcio in cui si può notare questo tipo di posizionamento.

“nel master che frequento lì non sanno di me, **perché allora, ho tastato un po' al territorio e sembra un posto abbastanza omofobo e transfobico perché se ne escono ogni tanto con battutine... omofobe... delle volte anche transfobiche** ho sentito, aaah guarda quel trans, non so, con delle battutine un po' così... [...] cioè io ci sono rimasto male perché forse, **sarei stato anche disposto a spiegarglielo invece proprio ho visto un rifiuto come meglio non saperlo, cioè non so come, con disprezzo e poi cercano sempre di lasciarmi un po'... in disparte**”. (Brandon, 21 anni)

In questo caso è in particolar modo l'aspettativa rispetto al possibile *coming out* a bloccare l'azione nel contesto classe, a partire da alcuni commenti e alcune domande sentiti e riferiti da altri/e suoi/e compagni/e. Filippo e io stavamo parlando di un progetto artistico che avrebbe di lì a poco presentato nella scuola inerente alle persone trans, per “vedere le reazioni” prima di un possibile coming out.

“Filippo: mah.... allora perché la mia paura di fare comunque questo progetto dove anche magari in parte la gente della mia classe potesse capire qualcosa **perché comunque nonostante io mi faccia molti meno problemi, c'ho paura comunque a dirlo... cioè proprio senza problemi, proprio dire che sono io, cioè a mettermi, a dire che sono un ragazzo trans davanti a tutta la classe.** quindi, per quella non sono ancora pronto però appunto a sensibilizzare almeno un pochettino per quanto possa fare...forse lo faccio un po' magari anche per vedere le reazioni alla fine, per vedere...
Jessica: lanci qualche sassolino nel frattempo...
Filippo: sì esatto[...]. (Filippo, 18 anni)

6.3.9.4 Luoghi di cura del corpo: “Preferisco fingere”

Altri contesti rilevanti che possono far parte della quotidianità per alcune persone nel proprio percorso di transizione, consistono nei luoghi della cura del corpo, come palestre, centri estetici, saloni di parrucchieri/e ecc. Non soltanto ospedali, studi privati di psicologi/ghie o

endocrinologi/ghe, ma anche altri luoghi vengono usati e praticati per modificare alcuni aspetti di sé, agendo sia a livello estetico sia a livello delle relazioni con l'altro.

Un posizionamento in relazione ad alcuni di questi contesti può essere rappresentato dall'espressione "preferisco fingere". A questo posizionamento si associa l'aspettativa del pregiudizio da parte di chi offre un determinato servizio, inerente alla confusione di genere che chi narra può provocare. A volte, come per Brandon, non sono le esperienze concrete a suggerire una certa modalità di approccio ma discorsi e racconti di altri/e che vengono da lui usati per dare senso alle sue scelte ed esperienze, come in questo caso.

"Bradon: sì non ho provato a presentarmi come Brandon che ha 21 anni perché ho paura di essere cacciato fuori dato che ho sentito storie dei miei amici che li hanno cacciati fuori perché dicevano "ah no sei una donna, non posso farti il taglio".

Jessica: addirittura? ma dalla stessa persona o in generale?

Brandon: no in generale... ho scoperto che hanno provato un po' di posti **solo che io ho molta paura della gente che, che mi considera una donna, cioè non voglio che accada questo, delle volte preferisco fingere dico "ok c'ho 16 anni e basta, fammi il taglio...".** (sorride) **diciamo che quello che pensa la gente purtroppo mi importa molto ma... più su come mi vedono cioè io voglio che la gente mi veda proprio come uomo, se mi vedono come una ragazza ci sto proprio male, non riesco neanche a relazionarmi bene con l'altra persona cioè..."** (Brandon, 21 anni)

6.3.9.5 Religione: "Credo che ci sia qualcosa"

Per alcune persone è anche la religione e la spiritualità a detenere un ruolo importante nella propria biografia e nel proprio percorso di transizione. In un racconto emerge come sistema conoscitivo e valoriale che informa e offre una cornice per spiegare l'esperienza di identificazione in un genere diverso, considerandola come un qualcosa di sbagliato. Altre volte viene menzionata come risorsa personale condivisa nei suoi aspetti più tradizionali e conosciuti anche a livello di senso comune, altre volte condivisa ma modificata, messa in discussione in alcuni suoi aspetti.

Un posizionamento nei confronti della religione può essere dato dall'espressione "credo che ci sia qualcosa", in riferimento alla credenza e alla religione come risorsa per sé e per il proprio percorso di transizione.

Nel caso di Lucia, inoltre, la conoscenza di alcuni testi sacri viene utilizzata per riflettere sull'uso e sulla validità degli stessi, riflettendo criticamente sugli stessi. In riferimento a discorsi e rappresentazioni che legano negativamente l'omosessualità e le persone trans ai fondamenti di alcune religioni, Lucia abbozza nuove teorie e riflette sulla necessità del cambiamento dal suo particolare punto di vista.

"Lucia: adesso diciamo tutti si tagliano la barba, gli uomini, per dire prima era vietato... **quindi come sono cambiate quelle cose ci sono altre cose che sono cambiate**, quindi purtroppo non abbiamo più la possibilità di avere quegli aggiornamenti, quindi andare ad attaccare la situazione omosessuale, la situazione transessuale con la religione, **non è per me è una cosa fattibile**, anche perché se vai effettivamente leggere i testi originali non è che trovi le cose esattamente chiare come che le mettono su le altre persone... ecco quindi la religione lascerei perdere, poi ci sta la cultura, **ma anche lì, se andiamo indietro nella cultura dell'antica grecia, omosessualismo, lesbismo, transessualismo...**" (Lucia, 53 anni)

6.3.9.6 "Prostituzione": "un posto al mondo lo devi trovare"

Infine, un ultimo contesto che diventa rilevante è quello del lavoro sessuale, spesso definito come "prostituzione" o "lavoro sulla strada" da parte di alcune persone intervistate.

Dalle narrazioni prese in considerazione abbiamo potuto notare come questo contesto venga criticato da parte di molte persone trans in riferimento alla propria esperienza poiché stereotipato e considerato erroneamente come necessariamente correlato alla vita della persona trans.

Questi discorsi spesso detengono un ruolo importante anche per l'azione, come abbiamo visto, indirizzando o considerando il lavoro sessuale come unica possibilità.

Un posizionamento che si può assumere quindi è anche questo "un posto al mondo lo devi trovare". Così tale contesto, in una profezia che si autoadempie, può finire per essere considerato il luogo più appropriato per sé, per il proprio riconoscimento come donna (in particolar modo raccontato da donne trans), così come l'unico -narrato ma anche agito- luogo lavorativo possibile.

Di seguito alcuni stralci in cui si può notare il posizionamento di chi narra come legittimante il lavoro sessuale per il proprio riconoscimento, oltre che per necessità economiche.

"Martina: **perciò anche lì dici sì ok, perciò l'unico ambiente dove posso essere veramente me stessa è la strada, la prostituzione capito?** perché vado dalla parrucchiera e mi bisbiglia, vado lì e quello mi guarda e mi fa la battutina, **e poi se succedevano queste cose era devastante perché accadevano a una persona che non aveva ancora trovato un equilibrio**, cioè tipo adesso non me ne freggerebbe niente o tutt'al più se me lo dicessero adesso gli rispondo, **all'epoca veramente ah... una coltellata. perché il mio scopo era anche quello di arrivare ad una visibilità anche femminile e la gente mi continuava a mandare dei feedback che era massacrante, cioè era veramente dura da gestire (ride)**. [...]

Jessica: sì... e insomma, un po' la strada, se vogliamo definirla così

Martina: **sì, ti tempra. eh sì perché comunque ti trovi a dover, cioè comunque un posto nel mondo te lo devi trovare. all'inizio anche pensando che possa essere l'ultimo dei posti, però un posto al mondo lo devi trovare**". (Martina, 36 anni).

"[...] però sinceramente te lo dico, se va avanti così penso che andrò a fare la prostituta, non so come fare... cerco di mantenermi, scusami... (si commuove)
Jessica: no, immagino... non dev'essere facile...
Elena: cerco di portare avanti una vita dignitosa, anche senza lavorare perché comunque...
Jessica: certo...". (Elena, 58 anni)

6.3.10 L'altro immaginato

Questa categoria è stata creata sulla base di una mia domanda proposta nel corso delle interviste, ovvero: "quali suggerimenti o consigli daresti ad una persona all'inizio del suo percorso?"

Questa domanda ha l'obiettivo di collocare la persona che risponde in un altro spazio e tempo narrativo, riportandola all'inizio del suo stesso percorso.

Tale invito non solo consente di generare testo in merito ai possibili suggerimenti e consigli, quindi ai contenuti che la persona darebbe ad un'altra che si trova nelle fasi iniziali del suo percorso, ma permette allo stesso tempo di parlare di sé attraverso una persona terza, immaginando o riflettendo su aspetti critici o rilevanti e lasciando emergere esigenze, necessità e punti di vista nel momento attuale in merito al proprio percorso di transizione e biografico.

A partire, pertanto, da questa domanda, diversi sono i posizionamenti assunti dalle persone nelle narrazioni.

6.3.10.1 Consigli: tra il Parlare con l'altro e il Conoscersi

I posizionamenti attraverso i quali si cerca di collocare l'altro ipotetico e immaginato all'inizio del percorso, possono essere diversi e indipendenti dall'età anagrafica. La dimensione semantica che può essere rintracciata dai testi è costituita dalle polarità del "parlare con l'altro", ovvero dell'interagire, del fare domande e dell'esprimersi con le altre persone, e del "conoscersi", quindi rivolgersi verso di sé per approfondire elementi e aspetti personali che ci contraddistinguono.

1. "Gli direi di parlarne tanto con tutti"

Il primo posizionamento si colloca nella prima polarità individuata e posiziona chi parla e l'altro ipotetico in una relazione di interazione e condivisione con le altre persone. Il "parlare" fa riferimento all'esprimersi senza timore e a esporre domande e incertezze non soltanto con persone trans ma anche con altre presenti nei diversi contesti di vita della persona. Ad esempio, parlare e

mettersi in relazione anche con quelle persone che possono non essere d'accordo al fine di sviluppare una sorta di "convinzione", raccontata come necessaria per il percorso, e uno scambio di prospettive che possano rendere visibile nello stesso momento "il numero 6 e il numero 9", come sottolineato da Marco.

"Marco: [12 secondi di pausa] **di parlarne tanto, di parlarne tanto con tutti. cioè di ascoltare anche la paura ed esprimerla, tutte le incertezze cioè di non tenerle dentro. di esprimerle, buttarle fuori e di parlarne tanto, di metterla in comune sia con persone trans che con persone non trans, con amici, conoscenti, anche con chi non è d'accordo, con chi ti smonta, la cosa che ti dice "no va bè ma tu ti stai rompendo i coglioni, poi magari stai male, poi magari il testosterone di fa male, ti fa venire l'infarto..." cioè capito? perché questo ti serve molto a capire bene ehm quello che vuoi tu, no, essere più sicuro, più convinto. [...]**

per farti tu una visione della cosa più globale possibile, cioè: **ogni volta che tu chiedi a qualcuno come la vede è come se tu vedessi la cosa da un punto di vista diverso, è la storia del 6 e del 9. mettiamo qua un 6, tu vedi il 6 io vedo il 9. perché tu hai un punto di vista diverso dal mio. se ci parliamo lo capiamo e la stessa cosa tu la vedi in un modo e io in un altro. ed è importante questo, sapere che potrebbe essere anche un 9. perché capisci bene come è fatta la cosa".** (Marco, 58 anni)

Parlare, discutere, condividere con le altre persone sono aspetti e modalità di collocarsi rispetto all'altro che vengono spesso menzionati come suggerimenti, in particolar modo sottolineando i gruppi di Auto Mutuo Aiuto che diventano con questo obiettivo una importante risorsa per chi inizia un percorso ma anche per chi lo prosegue, trovando uno spazio dedicato a queste finalità.

2. "Vanno incoraggiati"

Vicino alla polarità del parlarne con l'altro, vi è un altro posizionamento che colloca l'altro, più che la persona ipotetica, nella posizione di incoraggiare chi si trova all'inizio del percorso. L'incoraggiamento prende in considerazione l'espressione di sé libera, senza timore né vergogna per il giudizio altrui. A questo si associa l'importanza del ruolo di aiuto verso di chi sta facendo delle domande, per poterlo/a indirizzare e sostenere.

"però tante persone dicono di sì, però è sempre azzardato dare un consiglio, però io direi guarda io ho fatto questo, questo e questo, sappi a cosa vai incontro però comunque dopo ti sentirai bene, **cioè vanno incoraggiati perché tante persone, oddio non è il mio caso però sono perse, non sanno cosa fare... un attimino indirizzarli sarebbe la cosa giusta secondo me".** (Francesco, 20 anni)

3. "Gli direi prima di tutto di andare con calma"

Questo posizionamento si trova associato ad altri enunciati e formule retoriche come “non avere fretta”, “prendersi il tempo per conoscersi”, dirigendosi verso la seconda polarità individuata. Una delle ragioni per cui si consiglia di andare con calma è legato a non fare scelte affrettate, non avere rimpianti, non crearsi danni o problemi, anche per ciò che riguarda la terapia ormonale e certe modalità di assunzione fai-da-te.

“prima di tutto andare con calma proprio prendere proprio il tempo per se e andare proprio molto con calma perché non è un percorso facile, perché si potrebbero avere anche dei rimpianti, ne ho sentiti parlare alla tv o dai giornali, da mia mamma o anche su internet che c'è gente che ha fatto tutto il percorso e poi è tornata indietro [...]” (Brian, 20 anni)

4. “Gli direi di conoscersi”

L'ultimo posizionamento è relativo al “conoscersi”, specificatamente rivolto verso se stessi/e. Conoscersi, prendendosi tempi e spazi per farlo è considerato particolarmente importante per acquisire una propria sicurezza e consapevolezza, narrate come utili nel percorso.

“[...] conoscersi, di non fermarsi al lato estetico, godere di ogni momento del proprio miglioramento, della propria, dei propri obiettivi, comunque gratificarsi delle proprie, dei propri traguardi raggiunti, è una cosa bellissima, è tutto un gioco di equilibri.

sai la, la, la poesia del sé... del figlio. Se vuoi te lo recupero di chi è, è stata per anni il mio mantra e lo potrei dire oggi a qualsiasi persona transessuale ancora di più ed è un'incitazione all'equilibrio in tutto, lui dice: *“figlio mio se riesci a stare alla tavola dei re, e non per questo sentirti migliore degli altri, o la tavola del povero, e non per questo sentirti miserabile, se riesci a tenere la mano, se tutto nella vita lo prendi con il giusto equilibrio, allora sarai un uomo, una donna”* capisci, **è tutto lì il sé, puoi essere una persona transessuale, ma non per questo, chissà che favolosa cosa sarà la tua vita, è un'esperienza, se la prendi per quello che è, un'esperienza di vita umana**, se non ti arrabbi così tanto contro un mondo che non capisce, e ti metti a disposizione per spiegarglielo, poi magari sono stronzi uguali, ma come li becchi tu li beccano gli altri, cioè razzista omofobo, transfobico così, ne lui ne incontrerà altri come lui, cioè, **se sei sempre consapevole di quello che stai facendo, con la giusta assertività, che non diventi arroganza [...]**”. (Diego, 47 anni)

Attraverso questo posizionamento di sé nella narrazione e verso l'altro, ad esempio, Diego sottolinea come importante l'atto di porsi domande per comprendersi e comprendere ciò che c'è intorno, che diversifica, ma non in quanto persone trans.

6.3.10.2 Domande: tra il Come affrontare i problemi e il Congratularsi

In alcuni casi specifici, in particolare per alcune persone all'inizio del loro percorso, a volte anche anagraficamente giovani, ho scelto di sostituire o aggiungere un'ulteriore domanda, che comporta l'assumere un posizionamento ancora diverso nel racconto. La domanda che ho posto consiste in: "cosa chiederesti a una persona che è già avanti nel percorso?"

L'obiettivo in questo caso era riferito a far emergere gli interrogativi, dubbi o punti di vista rispetto al proprio percorso, in un tempo presente e futuro. La dimensione rintracciata entro la quale si possono collocare i posizionamenti è rappresentata dalle polarità del "come affrontare i problemi" e del "congratularsi" con le persone che sono già avanti nel percorso di transizione, polarità che rappresentano gli stessi due posizionamenti individuati.

1. "Gli chiederei come ha affrontato i problemi"

Questo tipo di posizionamento colloca l'altra persona in transizione come esperto e come persona con maggiore esperienza, caratteristiche che consentono a chi narra di poter porre delle domande sul percorso in prospettiva futura. Le domande possono fare riferimento a problemi ipotetici sul lavoro, alla terapia ormonale oppure agli interventi chirurgici.

"Jessica: al contrario invece cosa chiederesti o cosa diresti a una persona che è lungo il percorso già da anni? hai detto che in Italia non hai trovato persone che sono in transizione da più di 30 anni, mettiamo che questa sia una persona in transizione da 30 anni

Brandon: vabbè allora con lei... **perché queste sono cose mie mentali, a lei gli chiederei "hai avuto per caso problemi di salute?" (sorride) "come li hai affrontati?" "cosa ti è successo?" poi basta... magari anche come ha affrontato il suo lavoro,** ce lo aggiungerei lì oppure la questione della sanità perché ho scoperto anche che cambiando i documenti, si cambia anche il tesserino sanitario per cui non vengono rilevate le patologie che hai avuto le tue varie allergie, e devi rifare tutto da capo [...]". (Brandon, 21 anni)

2. "Mi congratulerei con lei"

In questo caso la risposta non menziona delle domande o degli interrogativi particolari collocando la persona ipotetica non tanto in una posizione di esperto a cui poter porre domande, bensì sullo stesso piano ma in un tempo diverso. Pertanto, il congratularsi è legato al fatto di essere una persona che è riuscita a proseguire e portare avanti un percorso di transizione, segno, ad esempio di "coraggio" per Filippo, come si può leggere nello stralcio che segue.

"[...] **cioè più che altro mi congratulerei con lei perché comunque ci vuole un sacco di coraggio a intraprendere questo percorso alla fine... e non nego che ci sono alcuni, non giorni perché durano tipo 2 secondi ste paranoie perché dico no forse non sono in grado di andare avanti in questo percorso perché**

comunque per quanto sia una cosa che vuoi di più al mondo, cioè... è proprio difficile in questo contesto in generale... cioè che ne so ad esempio quando sento commenti negativi mi buttano giù un sacco... quindi... il fatto di vedere ragazzi o ragazze che sono in là con il percorso **soddisfatti, soddisfatti, cioè... c'è solo da congratularsi perché... cioè alla fine ci vuole coraggio...**" (Filippo, 18 anni)

6.3.11 La ricerca

Questo ultimo paragrafo è invece dedicato ai posizionamenti assunti in riferimento alla ricerca e il mio ruolo come ricercatrice. Come ulteriore aspetto, ho voluto esplorare come la ricerca potesse essere utile a partire dai punti di vista delle persone che hanno partecipato, sia per trovare i modi e gli strumenti più utili e appropriati per la restituzione dei risultati alle persone stesse, sia per approfondire come poterli usare in un contesto più allargato e come scrivere questo stesso elaborato, in una forma condivisa, collaborativa e quantomeno multivocale, comprensiva delle voci (e delle storie) delle persone protagoniste e della mia voce, inevitabile e sempre presente.

Verso la conclusione di ogni dialogo ho posto una domanda specifica in merito alla ricerca, in questa forma: “dal tuo punto di vista, come potrebbe essere utile questa ricerca?”

Questa domanda è stata interpretata spesso come generica e astratta, così ho cercato di circoscriverla e definirla in maniera più precisa il suo contesto e la mia formazione.

Ho quindi specificato di essere laureata in psicologia clinica e di essere impegnata in un dottorato di scienze sociali di tipo interdisciplinare, specificando il mio interesse e ambito di ricerca non soltanto verso il singolo o la cosiddetta psicopatologia, come spesso attribuito a chi proviene e opera nell'ambito psicologico, ma anche alle sue interazioni, relazioni e ai contesti sociali che abita. Diversi sono quindi stati i posizionamenti nei confronti della ricerca e del mio ruolo come ricercatrice.

1. “Sensibilizzare le persone comuni e i/le professionisti/e”

Un primo posizionamento nei confronti della ricerca che corrisponde al modo in cui questa può essere utile da particolari punti di vista è “sensibilizzare” e informare le persone comuni e gli/le esperti in vari campi conoscitivi. Diversi contenuti e modalità discorsive si associano a questo posizionamento, tutti accomunati dal rivolgersi verso coloro che non conoscono il mondo e le

realtà trans e che per questo motivo, possono averne soltanto una conoscenza superficiale e stereotipata e collocati nella posizione di non esperti. Una delle dimensioni più rilevanti che emerge come oggetto di sensibilizzazione è la “normalità”, mettendo in discussione ciò che generalmente viene dato per scontato come normale, come il binarismo di genere, e mettendo in luce le differenze e sfumature individuali.

Le modalità e gli strumenti per farlo sono anch’essi vari: vengono elencati incontri, seminari, articoli, in riviste specializzate piuttosto che in quotidiani e riviste di attualità.

“Francesco: Ma secondo me **può essere utile sensibilizzare la normalità della società, su questa cosa**, non so tipo fare qualche incontro, seminari no, perché comunque... si perché una persona in grado di capire bene cosa non solo noi, cosa, tutta la comunità lgbt, **si sensibilizzare sarebbe la cosa utile secondo me.**

Jessica: sensibilizzare in che senso?

Francesco: bè allora, da quello che ho visto io **tante persone sono comunque ignoranti sull’argomento, cioè magari sentono tante**, cioè l’omosessuale si è capito ormai tanto che cos’è, e le persone trans dico mio padre stesso non sapeva neanche cosa fosse un trans perché lui è cresciuto nella generazione in cui i trans purtroppo erano in mezzo alla strada perché una vecchietta si scandalizza se trova una trans in posta, per dire no? **Appunto sensibilizzare verso questo, far capire cosa provano... cosa sono, perché tante persone non lo sanno, c’è disinformazione, non ne parla nessuno** [...] per spiegare appunto che non è una cosa, **non è che tutte sono in mezzo alla strada, così... cioè che devono essere inserite nella società composta da gente normale tra virgolette, handicappati ecc ecc. cioè secondo me quello**

Jessica: sì, e com’è che potremmo definire questa normalità?

Francesco: allora, la mia normalità sociale è quella persona che, primo, ok **avrà i suoi problemi non so, però è la normalità non solo biologica appunto, cioè nasci femmina, hai attrazione verso gli uomini ecc.**

Jessica: lo standard

Francesco: esatto, lo standard si si si. **Non le varie sfumature appunto.**”
(Francesco, 20 anni)

In questo Francesco descrive il suo modo di intendere la sensibilizzazione, rapportandola alla normalità sociale che non è soltanto quella “biologica”, di chi nasce donna o uomo e che attratto rispettivamente da uomini o donne, ma una normalità che include le sfumature.

Un altro esempio che possiamo riportare si riferisce più nello specifico all’“informazione”, ovvero fornire informazioni in diversi contesti rispetto al fatto che le realtà trans esistono, che “c’è anche questo mondo” e che “non sono solo una cosa”.

Ancora, informare e prima ancora conoscere bene ciò di cui si parla, come detto da Lucia e saperlo riportare con “termini semplici alle persone semplici”. In questo caso Lucia sottolinea come non si utile per lei rivolgersi ai giornali specialistici poiché “non è quello che serve a noi”. Tra i primi

contesti dove informare cita la scuola, in contrasto con le diverse informazioni che si possono incontrare su internet.

"Lucia: [...] non è facile perché devi riuscire ad essere padrona diciamo della materia e quando sei padrona della materia riesce raccogliere il succo è sintetizzarlo in modo che la capisca chi non è specializzata nella materia. **questo per me è quello che devi fare te. specializzarti nella materia, capirla, avere la tua, e spiegarla con termini semplici alle persone semplici. e questo di cui c'è bisogno, per quello dico no all'articolo sei giornali specialistici, sarebbe anche quello, ma non è quello che serve a noi. servono quelle quattro parole dette da chi conosce bene la materia, se riesci a spiegarla bene".**
(Lucia, 53 anni)

2. "Fare informazione nelle scuole"

Un ulteriore posizionamento, coerente e in linea con quello precedente ma più specifico, vede le scuole come protagoniste della ricerca. Il posizionamento si riferisce quindi a "fare informazione nelle scuole". L'obiettivo che può essere rintracciato non è quello di creare "una nuova mentalità" ma di "informare", attraverso progetti di formazione sull'identità di genere e le sue varianze e possibilità.

Insieme alla scuola, agli articoli e agli incontri pubblici, anche internet viene menzionato e ritenuto uno strumento rilevante per l'informazione e la formazione, quindi la creazione di altri spazi.

Internet viene considerato uno strumento rilevante anche da chi non ne ha potuto usufruire nelle sue potenzialità odierne, mentre per le generazioni più giovani è ormai di uso quotidiano, un esempio possibile riguarda i video su youtube di ragazzi e ragazze che raccontano il loro percorso di transizione e aspetti della propria vita.

"Marco: [...] **per dare la possibilità di dare risposte competenti o dare dei punti di riferimento. questo manca secondo me... e poi creare proprio degli spazi... magari anche a scuola. perché io mi ricordo, cioè se io avessi avuto un aiuto negli anni della scuola, se qualcuno mi fosse venuto a dire "senti ma tu non hai mai pensato a questa cosa" o comunque "vuoi parlarne un attimino di questa tua trasformazione, del fatto che ti vesti molto da maschio..." e magari dare dei suggerimenti, cioè è importantissimo perché non perdi tempo, riesci a capire.** ma con internet ora è diverso, ti dico perché io stesso guardando in internet ho scoperto questa cosa, non ho indugiato, il giorno dopo ero già da Aurora. dopo aver visto il video non ho indugiato, appena mi sono accorto. **è importantissima questa cosa, però appunto visto che internet è così presente magari utilizzarlo... potrebbe essere e comunque creare tanti punti di ritrovo.** perché chi ha difficoltà economiche... cioè se dovessero chiudere un posto così, madonna, veramente un peccato per tutti quelli che ci vengono e per tutti quelli che ci verranno [...]" (Marco, 58 anni)

6.4 Discussione dei risultati

Le categorie di analisi costruite a partire dalle narrazioni e dai dialoghi con le persone in transizione sono rappresentate da: “Essere trans”; “Io e Me in transizione”; “Il cambiamento corporeo”; “La famiglia”; “La relazione intima, il partner e la sessualità”; “L’altro”; “Le persone trans”; “L’ambito psicologico”; “Altri contesti”; “L’altro immaginato e la “La ricerca”. Per ognuna di queste categorie, emerse come rilevanti dai testi, se ne sono approfonditi gli aspetti di condivisione e comunanza tra le persone partecipanti, così come quelli di specificità e divergenza. In questo paragrafo vengono, pertanto, discussi i risultati e introdotte alcune riflessioni in virtù delle loro possibili implicazioni per l’identità della persona in transizione.

Diversi sono i processi narrativi e discorsivi che vengono utilizzati per descrivere e dare senso alla dimensione dell’“essere trans” in relazione alla propria biografia. La meta-metafora che accomuna i repertori interpretativi è quella della “diversità”, intesa e associata all’esperienza trans qualificandola come “sbagliata” e “non naturale” oppure come “possibilità” e come “varianza”. Il repertorio interpretativo “trans come qualcosa non di sbagliato però...” è usato prevalentemente in riferimento a opinioni e credenze passate e precedenti la transizione, mutuata dal senso comune e fatte convergere il più delle volte nel contenuto della “prostituzione” come unico luogo e futuro possibile o della “malattia” come condizione inevitabile. Un altro repertorio interpretativo è quello relativo a “trans come grande diversità” utilizzato per sottolineare l’eterogeneità dei modi di “essere trans” piuttosto che la comunanza indistinta e generalizzante di caratteristiche ed elementi biografici. Questi repertori possono, pertanto, fare riferimento a sistemi di conoscenze, tra cui anche stereotipi e pregiudizi, che provengono dal senso comune e che possono generare implicazioni particolari per l’identità e le relazioni interpersonali, così come includere altre possibilità di senso e mettere in evidenza le particolarità e le idiosincrasie legate all’esperienza e alla propria biografia.

Tra i posizionamenti, invece, che vedono chi narra in relazione all’essere trans, la dimensione semantica rintracciata è quella dell’invisibilità-visibilità, che comprende i posizionamenti dati dalle espressioni “io che preferisco stare dietro le quinte” e “io che non mi voglio nascondere”. Questi permettono di collocarsi in punti differenti, in un caso connettendosi e nell’altro caso contrapponendosi alle credenze e ai giudizi di senso comune che situano l’esperienza trans come

esperienza deviante o patologica. Simili polarità vengono condivise e utilizzate anche nei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, così come a livello associativo con obiettivi, da una parte, di sviluppo identitario personale e di gruppo, e, dall'altra, di visibilità sociale e politica. Un'ulteriore dimensione semantica è relativa alla "normalità definita e alla normalità che cambia", al cui interno i posizionamenti possono esprimersi in "lotto per avere una vita normalissima" o "sei una persona e basta". Le modalità narrative di definizione e di collocamento intorno alla "normalità" vedono le loro radici nel sistema socio-culturale che investe le esperienze trans . Nel primo caso, il genere narrativo è quello del combattimento e della lotta per il raggiungimento di una condizione di "normalità" così come viene generalmente intesa dal senso comune e che quindi non richiede specificazione, o se precisata, è intesa come lontana dal lavoro sessuale e dalla prostituzione. Nel secondo caso il posizionamento si dirige verso un diverso modo di intendere la "normalità" che cambia rispetto ai presupposti considerati comuni, andando ad includere altre possibilità esistenti, come le esperienze delle persone disabili e trans , e in generale dei gruppi sociali più svantaggiati e discriminati, necessari per una sua ri-definizione, così come viene raccontato nelle narrazioni. Attraverso la meta-metafora e le dimensioni del posizionamento individuate, quindi le modalità discorsive e narrative utilizzate per descrivere l'esperienza trans e la propria biografia, possiamo notare come esse risentano del sistema di valori, credenze e conoscenze presente nel contesto socio-culturale in cui siamo inseriti. La correlazione ingenua che lega trans a prostituzione o a malattia diventa elemento attraverso il quale leggere e costruire la propria identità, guidando l'azione e portando, ad esempio, a procrastinare la scelta di una transizione o ad evitare particolari luoghi e spazi sociali. L'ideale della normalità diventa estremamente rilevante e performante, soprattutto quando inserito e utilizzato nelle narrazioni in termini astratti e generali, con l'effetto di ontologizzare una normalità che potrebbe essere intesa più come un discorso che viene scambiato e riprodotto a livello socio-culturale che un dato di fatto. La devianza che viene attribuita a queste esperienze e assunta su di sé o criticata, fa riferimento ad un'interpretazione sociale di diversità nel rapporto tra sesso e genere, quindi ad elementi corporei visibili nell'immediata presenza e percepiti come anomali o non conformi alle norme date per scontato, poi associati ad attributi e caratteristiche di personalità e di comportamento, ad elementi psicobiografici problematici e a spazi sociali marginali (Goffman, 1963; Salvini, 2009; Iudici e De Aloe, 2007). Il rapporto tra normalità e anormalità si configura come un rapporto tutt'altro che definito, bensì incerto, nonché costruito in virtù dei presupposti culturali che delimitano e definiscono tale

dicotomia. In questo ambito, l'ideale della normalità è costituito dal binarismo di genere, ovvero dalla coerenza tra sesso biologico, identità e ruolo di genere. Ciò che lo travalica viene giudicato, come abbiamo tentato di approfondire nei capitoli precedenti, come patologico, deviante o diverso. Molteplici possibilità identitarie vengono così ridotte ad un unicum descrittivo ed esplicativo come può essere la devianza (“prostituzione”) o la malattia mentale, che possono diventare gli unici modi per descriversi, incentivati e confermati attraverso “profezie che si autoadempiono” (Salvini e Dondoni, 2011; Merton, 1948). Alcune modalità narrative che si allontanano da questi discorsi normativi, emergono, e consentono di mettere in luce la fragilità delle fondamenta della normalità, aprendo alla legittimazione e alla costruzione di altre possibilità e di una “diversità” intesa come variabilità e pluralità di identità e di azioni che fa di questa una caratteristica dell'essere umano, oltre che della società contemporanea in cui viviamo (Romaioli, 2013).

La seconda categoria di analisi “Io e Me in transizione” prende le mosse dal rapporto tra il sé che conosce e il me conosciuto nella costruzione dell'identità, e dal costante dialogo tra voci attraverso cui si dà forma e significato alla propria biografia e al percorso di transizione.

Tra le modalità narrative utilizzate si rileva quella legata alla dimensione temporale, per mezzo della quale si descrivono gli eventi e i vari aspetti della propria storia. Il centro dell'attenzione nell'analisi e nelle riflessioni sui risultati non è sul tempo quantitativo e oggettivo, ma sui processi narrativi, sulle intenzioni e sulle funzioni che la narrazione comunque persegue e che contribuiscono a dare senso, definire, modificare e ordinare gli eventi (Bruner, 1990; Sarbin, 1986).

La meta-metafora che può essere rintracciata tra le interviste in riferimento al rapporto Io e Me in transizione, fa riferimento allo “sconvolgimento”. La compongono i repertori interpretativi della “transizione come irresistibile”, ovvero una effettiva possibilità che si affaccia in un momento biografico preciso e propizio e si mostra come scelta “irresistibile” e “indifferibile” per la persona. Questo è spesso inteso come un momento importante che segna uno scarto nella propria biografia. La transizione viene allora associata anche a termini che la caratterizzano e la specificano, spesso ricondotti all'idea di una “matrice originaria”, di un’“essenza” e dell’“identità profonda” della persona. La transizione viene inoltre definita come “sconvoltura”, ovvero come percorso di liberazione, di espressione di sé e di costruzione di una nuova identità e, allo stesso tempo, come percorso a cui si legano paure e dubbi circa il cambiamento e i suoi effetti. Il racconto del momento in cui la transizione affiora come possibilità è spesso riferito esplicitando dialoghi interiori o

dialoghi tra “io e me”, in cui la persona si pone domande e abbozza risposte in un dialogo multivocale con effetti pragmatici notevoli. Con questo si può mettere in luce come il dialogo interiore e il dialogo tra voci possa essere rilevante nella costruzione della propria identità, tra accordi e disaccordi, domande e risposte, vincoli e possibilità di azione (Hermans e Di Maggio, 2009; Salvini e Bottini, 2011; Bakhtin, 1973). Anche in questo caso possono essere messi in luce riferimenti ai presupposti culturali e storici che parlano delle identità, come al pensiero romantico inerente all’esistenza di un’essenza identitaria (Gergen, 1991), ma anche descrizioni che assumono senso e significato in virtù della persona specifica e del suo sistema di riferimento.

Un ulteriore aspetto rilevante è dato dalle modalità di raccontare l’incipit della storia, ovvero il punto di partenza del proprio percorso. Spesso il momento iniziale è fissato nell’infanzia, individuando il proprio modo di sentire, percepire e comportarsi come “diverso” da quello degli altri. Inoltre, le modalità discorsive sono spesso caratterizzate dall’uso di termini che convergono nella “diversità” e la cui intenzione è di dare delle certezze in merito all’origine del percorso, senza lasciare dubbi. Questo tipo di genere narrativo può derivare da racconti spesso messi in campo nell’interazione con il contesto psichiatrico nel tentativo di dare prova della propria identità, modalità che si sono sviluppate nel corso della storia delle classificazioni e dei trattamenti nell’ambito psichiatrico-psicologico per il ruolo che esso possiede nell’accesso alle cure oltre che nella capacità di definizione nosografica (Arfini, 2007; Shapiro, 1991, Spade, 2003).

Da sottolineare è, inoltre, il fatto che queste modalità di raccontare e costruire l’incipit non sono sempre presenti, lasciando spazio anche a diverse forme di racconto ironico, o di messa in discussione del punto di partenza nell’infanzia, spesso rilevabili nelle narrazioni delle generazioni più giovani, probabilmente per un diverso approccio alle discipline psicologiche e da parte di queste nel campo della transizione nel momento storico attuale. Tali discipline infatti risentono di numerosi cambiamenti nel loro impianto teorico e metodologico, coerentemente con le linee guida nazionali e internazionali che esplicitano, come dichiarazione di intenti, il supporto piuttosto che l’arresto della transizione. Inoltre, l’identità trans così come i discorsi in merito alla pluralità e alla fluidità del genere fanno parte dei processi di cambiamento socio-culturale attuali.

La dimensione semantica individuata ed entro cui si collocano i diversi posizionamenti assunti dalle persone in relazione alla transizione in prospettiva passata, è costituita dalle polarità del “non riuscire a collocarsi e collocarsi in un posto”. Dai racconti inerenti alla presenza di definizioni ed etichette normative rispetto all’identità di genere e alla mancanza di altre considerate oggi più

adeguate, emerge la criticità della collocazione identitaria. I posizionamenti sono dati dalle espressioni “mi sentivo un pesce fuor d’acqua”, “interpretavo una persona che in realtà non era quella” e “mi sono annullato/a”. La difficoltà di trovare una definizione adeguata che emerge nel rapporto con se stessi, in relazione all’altro e al contesto sociale di riferimento (ad esempio a scuola, in famiglia e sul lavoro) si traduce nella percezione di diversità nelle relazioni e nelle performance di identità. Tale percezione muta quando si narra di un particolare momento di cambiamento nella biografia, dato ad esempio dal posizionamento “ho capito cosa mi mancava”. La metafora “mi sentivo un pesce fuor d’acqua”, più di altre espressioni retoriche rappresenta in maniera efficace questa percezione e descrizione di sé come “diverso/a”.

Il momento presente è caratterizzato dalla dimensione del “non riconoscersi e del costruirsi”, quindi da posizionamenti come “non mi riconosco”, che stressa il primo polo della dimensione semantica, “ho acquisito più consapevolezza” rispetto alla propria identità e alle proprie esigenze, “sono una persona che vive una vita, stop”, nel tentativo di ricercare e aderire ad una normalità ideale e “Io come trans in progress”. L’aspetto del riconoscimento della propria identità è fondamentale, spesso ricercato nell’aderire alle categorie e ai ruoli di genere comunemente sostenuti. Se la normalità viene associata generalmente alle persone cisgender, eterosessuali, di classe sociale medio-alta, italiani o occidentali e abili, si può riflettere sulla portata che questo costrutto può avere anche nei modi di raccontarsi, nonché contribuire a costruire e mantenere le concezioni normative della “normalità” e della “diversità” e quindi agire nei contesti della vita quotidiana. Possiamo, però, anche notare modalità narrative utilizzate e orientate alla costruzione di sé e al proprio cambiamento costante non necessariamente vincolate alle aspettative del contesto di appartenenza, come quella indicata dal termine “io come trans in progress”.

Verso il futuro si trovano altri posizionamenti che si muovono nella dimensione data dalle polarità della “paura dell’arrivo” e della “creazione della soggettività”. I posizionamenti di sé nel futuro sono suggeriti dalle espressioni “io ho paura”, “vorrei trovare uno straccio di lavoro”, “spero di avere una famiglia mia”, “vorrei trovare la serenità” e infine, “la Marchizzazione”. Le prospettive future vengono quindi connesse a sé e al proprio cambiamento, come al timore per la terapia ormonale o gli interventi chirurgici, alle dimensioni del lavoro e della famiglia e di una stabilità, così come all’intenzione e il desiderio di raggiungere una propria soggettività e identità di genere. Soggettività che può essere efficacemente rappresentata dall’esempio della “Marchizzazione” che definisce il processo di diventare “Marco”.

La terza categoria di analisi si riferisce alla relazione con il “cambiamento corporeo” e il proprio corpo in transizione. Qui è la corporeità ad assumere un ruolo preponderante ed esplicito nelle narrazioni. Il tema del cambiamento corporeo può essere raccontato come un aspetto a sé stante e indipendente, oppure legarsi alle relazioni sociali e all’immagine di sé in pubblico e nei vari contesti di vita.

I repertori interpretativi utilizzati per descrivere, quindi agire e raccontare il proprio corpo e i suoi possibili cambiamenti, sono accomunati dalla meta-metafora del “corpo giusto-sbagliato”. Il corpo viene spesso narrato in virtù di questa metaforizzazione che lo legge attraverso un rapporto tra giudizi di valore e un riferimento ideale o astratto a partire dal quale definirlo in un modo piuttosto che nell’altro. I repertori interpretativi che emergono dai testi sono relativi al corpo come “corpo sbagliato”, ovvero un corpo verso il quale non ci si identifica e un contenitore che non rispecchia il proprio genere, come “né carne né pesce”, metafora che più di tutte sembra riferirsi ed esprimere la diversità e la non appartenenza alla categoria né dell’uomo e né della donna, come “corpo sano”, aggettivo derivante da spiegazioni mediche ed endocrinologiche rispetto all’intervenire su un corpo “non malato”, e ancora, un corpo con cui “ci devi fare i conti”, indicandone limiti, vincoli e allo stesso tempo possibilità e, infine, al corpo come un “corpo giusto”, la cui narrazione non è di disagio, bensì legata alle personali intenzioni ed esigenze rispetto alla trasformazione, modificazione e utilizzo del proprio corpo e in esplicita contrapposizione con le retoriche caratteristiche del primo repertorio.

Anche le aspettative sul cambiamento in prospettiva futura sono diverse e in parte coerenti con le precedenti modalità di descrizione e valutazione della corporeità, i cui posizionamenti sono compresi nella dimensione semantica che va dalla “sicurezza al dubbio sul cambiamento”. I posizionamenti sono dati dalle espressioni “essere più sicuro di passare” per una persona del genere desiderato con l’altro, anticipazione che viene spesso raccontata con entusiasmo ed eccitazione, e “la scelta mi sta consumando”, posizionamento che mette in risalto i dubbi e le paure delle conseguenze non volute o inaspettate, in particolare rispetto alla terapia ormonale o all’intervento chirurgico.

Altre modalità narrative emergono quando ci si mette in relazione con i cambiamenti in atto. La dimensione semantica delineabile è relativa alle polarità dell’“entusiasmo e della rassegnazione”. I posizionamenti sono suggeriti dalle espressioni “non vedevo l’ora che succedeva”, collocandosi nell’attesa entusiasta di ogni piccolo cambiamento, “mi ha fatto provare cose diverse”, in cui ci si

relaziona con attenzione particolare alla terapia ormonale, “ma dove sto andando?”, attraverso cui prevale il dubbio e la carica emotiva del cambiamento nella relazione con l’altro e verso di sé, “non sarai mai al 100% un uomo o una donna”, come destino di cui si è vittima e, infine, “il corpo mi sta proprio dando dei segnali di avvertimento”, che mette in luce l’influenza dell’ invecchiamento in rapporto al proprio genere e alla propria corporeità.

Il tema del corpo risulta pertanto rilevante in quanto fulcro per la narrazione e l’agire non soltanto rispetto alla trasformazione fisica, ma anche alle relazioni interpersonali e sessuali a cui è sempre legato. Il corpo viene raccontato e vissuto spesso attraverso la sua materialità e i suoi vincoli, che in alcuni casi ne limitano il significato e la capacità di azione. Implicito è spesso e ancora (in quanto parte delle narrazioni trans e sulle esperienze trans da parte della comunità psichiatrica) il rapporto mente-corpo e alla loro separazione (“essere donna/uomo in un corpo da uomo/donna”). La concezione di una natura determinante e vincolante si ritrova spesso nelle narrazioni in merito al proprio corpo e al cambiamento, aventi una portata pragmatica estremamente rilevante. La “natura” diventa un altro discorso particolarmente importante, presente nel contesto e nella cultura in cui siamo inseriti, che porta con sé il rischio di limitare i possibili significati che possiamo attribuire e attraverso i quali possiamo costruire il nostro corpo e il nostro corpo in relazione con l’altro. Per tale motivo si può ribadire la corporeità come prodotto sociale più che come fenomeno biologico in quanto indisciungibile dai sistemi di conoscenze e di valori che lo definiscono e verso cui operano (Shilling, 1993; Holstein e Gubrium, 2008; Faccio, 2007). Ad esempio, il corpo “sano” può configurarsi come definizione specifica del contesto medico in quanto necessita di significati e opera sulla corporeità con obiettivi e presupposti differenti rispetto alla persona in transito, la quale, però, può auto-attribuirsi tali definizioni. Allo stesso tempo il corpo si configura come performance e come comunicazione, inseparabile ma anzi modificabile nel senso, nelle possibilità e nelle azioni, attraverso la narrazione e il linguaggio (Gagné e Tewksbury, 1998; Gergen, 1998; Faccio et al., 2016).

La quarta categoria di analisi è inerente alla relazione tra la persona e “la famiglia”, in alcuni casi narrandosi e posizionandosi come figlio/a, come “genitore” oppure come membro (nipote, cugino/a ecc.). Questa categoria si trova strettamente associata alle due categorie successive, ovvero quelle della “relazione intima, sessualità e partner” e dell’“altro” in quanto enfatizzano la dimensione delle relazioni interpersonali.

La famiglia viene intesa e descritta sia come risorsa e come uno tra gli elementi più importanti per il proprio percorso di transizione, sia come uno degli aspetti più critici quando i rapporti non sono come si vorrebbero. Si configura come contesto particolarmente rilevante per le persone più giovani e all'inizio del proprio percorso, in quanto i rapporti sono più stretti e vincolanti e da questo contesto si cerca sostegno e supporto.

La dimensione entro cui possono collocarsi i diversi posizionamenti è rappresentata dal polo della "relazione" e da quello della "solitudine". I posizionamenti si riferiscono alle espressioni "mi accetta", quindi costruendo un rapporto di relazione con la famiglia a fronte della loro accettazione e del loro supporto, "sono sempre io", laddove ci si posiziona confermando e sancendo il proprio ruolo di figlio/a o genitore indipendentemente dal percorso di transizione e cambiamento, e "devo reggermi con le mie gambe", usato per descrivere la mancanza di relazione e quindi di appoggio da parte della famiglia. La dimensione dell'accettazione in riferimento alle persone e alle relazioni intime è spesso presente e usata come criterio di valutazione, così come elemento che svolge un ruolo per il riconoscimento di sé a livello interpersonale. Un aspetto altrettanto rilevante è associato al posizionamento "sono sempre io". Sebbene questa espressione possa a tratti apparire come un'incoerenza rispetto all'obiettivo di "cambiare la propria identità", nelle relazioni con i membri della propria famiglia, in riferimento ai genitori, ai figli, o ai/lle compagni/e, viene narrata la costanza e l'invarianza di sé, resa pertanto coerente dalle intenzioni e dalla narrazione. È soprattutto in virtù del ruolo all'interno della famiglia che viene garantita questa continuità dell'identità, che suggerisce che "si è sempre" figli/e o genitori. Questo ci consente di mettere in campo due tipi di riflessioni. La prima è che la narrazione risulta non essere caratterizzata a priori dalla coerenza di contenuti: questa non si configura come un prerequisito o un aspetto di "salute" della narrazione a priori o attraverso elementi oggettivi, in quanto tutti gli elementi della narrazione devono essere considerati rispetto al senso, al significato e all'utilità pragmatica che questi generano nella narrazione stessa, attraverso i quali anche gli elementi di apparente "incostanza" assumono, invece, significati specifici nei processi linguistici messi in campo e, quindi, coerenza narrativa (Bruner, 1990; Gergen e Gergen, 1988; Salvini, 2004). La seconda, è che il ruolo all'interno, in questo caso, della famiglia viene spesso ritenuto stabile a prescindere dal cambiamento della propria identità corporea, di genere e di ruolo di genere, sottolineandone pertanto la portata sociale.

Inoltre, un momento particolarmente importante nella propria biografia e per la propria identità viene ricondotto al coming out, come *turning point* della narrazione (Riessman, 2003), all'interno della famiglia così come in altri contesti di riferimento come quelli amicali, nella dimensione data dalle polarità del “riconoscimento e della negazione” della propria identità attraverso la relazione e l'interazione.

Nel descrivere gli aspetti inerenti alla categoria “La relazione intima, la sessualità e il/la partner”, il termine sovraordinato, pur non rappresentando una metafora specifica, è relativo all’“intreccio tra genere e orientamento sessuale”. Un primo repertorio interpretativo è espresso dalla formula discorsiva “transessualità poichè eterosessuale”, con cui si indica un legame di relazione diretta tra identità di genere e orientamento sessuale. Queste narrazioni sembrano, così, essere fortemente connesse a sistemi conoscitivi e culturali legati al binarismo di genere e all'eteronormatività, nel mettere in relazione univoca l'identità di genere e l'orientamento sessuale (etero). Contrariamente a questo repertorio, quello dell’“l'attrazione sessuale è un'altra cosa”, è dato da modalità discorsive che slegano e separano l'identità di genere dalle preferenze sessuali. In questo caso è riscontrabile una differenza generazionale per cui le generazioni più giovani tendono a riconoscere e ad utilizzare quest'ultimo tipo di definizione.

La dimensione del posizionamento rintracciata per la relazione con il/la partner è costituita dalle polarità semantiche della “stranezza e dell'identificazione”. Tra i possibili posizionamenti possiamo scorgere modalità di collocare il/la partner come criticità o risorsa, nonché come fonte e fulcro del riconoscimento o della sua mancanza. Le espressioni che consentono di rintracciarli sono “è una cosa strana”, laddove potrebbe esserci il dubbio di un riconoscimento di sé attraverso il genere che non si desidera da parte del/la partner, “ha/aveva bisogno di normalità”, collocando il/la partner verso direzioni di normatività di genere ritenute più comuni, “sono scettico/a”, rivolgendosi alle potenzialità di una relazione intima per la credenza di essere viste (in modo particolare da parte delle donne trans) come “oggetti sessuali”, “mi sentivo come loro”, enfatizzando lo scambio di ruoli e prospettive dalla relazione intima a quella di genere, e, infine, “mi tratta da uomo/donna”, ove il riconoscimento da parte dell'altro diventa pregnante.

Ancora, un ulteriore dimensione che emerge in questo contesto narrativo è relativa alla sessualità “tra il possedere e il sentire il corpo”, in cui i posizionamenti si riferiscono al diverso uso del corpo nel rapporto intimo. Essi sono suggeriti dalle espressioni “io c'ho sto corpo e lo uso” e “mi sento che c'ho un pene/vagina che non ho”, modalità narrative che collocano la persona in virtù dei limiti

del corpo, ma non del rapporto sessuale e dell'immaginazione e costruzione del corpo nella sessualità nel secondo caso, sottolineando la presenza di desideri e “impulsi” sessuali localizzati anche nel corpo. Si può notare ancora il riferimento alla natura e alla biologia con i suoi percepiti vincoli, tuttavia tali da non limitarne le possibilità nel campo delle pratiche e delle relazioni sessuali, portando a costruire e agire relazioni non necessariamente categorizzabili.

Possiamo notare come questa dimensione di senso sia particolarmente eterogenea e complessa, laddove identità di genere e sessualità si trovano in stretta connessione nella narrazione e nell'agirle. Il binarismo di genere si rileva come particolarmente influente e normativo delle stesse identità e orientamenti sessuali, così come l'influenza dell'eteronormatività nei modi di descriversi e di performare l'identità (Butler, 1990). Emergono inoltre ancora discorsi presenti a livello di senso comune che producono effetti di realtà, come quelli connessi ai pregiudizi sulle donne trans e sulla loro sessualità e all'ideale di una normalità nel campo delle relazioni intime, ovvero cisgender ed eterosessuale. D'altra parte, affiorano anche modalità di significazione e *performance* dell'identità che scardinano questi modelli ideali, facendo affiorare diverse percezioni di sé e del proprio corpo e delle sessualità.

La normatività del binarismo di genere può portare le persone in transito ad adeguarsi il più possibile alla categoria di genere a cui sentono di appartenere, allineando a questa il proprio orientamento e pratica sessuale e limitandone le possibilità. Tuttavia, come suggerito da alcune delle modalità narrative emerse, la sessualità si configura come strettamente legata al corpo e alle sue caratteristiche, ma anche costantemente plasmata dalle relazioni e dai significati che vengono messi in campo (Faccio et al., 2014; Ruspini e Turolla, 2011; Plummer, 1975; 2002; 2003).

La sesta categoria di analisi è relativa all'“altro” e comprende la relazione con l'altro concreto, immaginato o ideale e con il contesto sociale entro il quale siamo inseriti e che fa da cornice ai nostri rapporti e processi interattivi.

La meta-metafora che può essere individuata a partire dai testi è quella dei “confini normativi” presenti e gestiti nelle relazioni con l'altro. Uno dei repertori interpretativi che emerge è quello rappresentato dal “tradimento e orgoglio”, espressione retorica utilizzata sia dalle donne sia dagli uomini trans in relazione alle donne MtF per descrivere la concezione comune del “tradimento” della classe degli uomini e dell'“abbandono del privilegio maschile” e, agli uomini trans, per descrivere la concezione dell'acquisire il privilegio, inteso come sinonimo di orgoglio, spiegando per mezzo di queste retoriche alcune forme di discriminazione possibili. Un ulteriore repertorio è

dato dall'espressione "la normalità dov'è?" in relazione all'altro e alla società. Attraverso questo repertorio si mette esplicitamente in discussione l'insieme di norme e valori presenti nei nostri contesti quotidiani, e in particolare il binarismo di genere e la conformità di genere e dell'orientamento sessuale.

Nel rapporto meno astratto e più concreto, come nella relazione con conoscenti, diversi possono essere i posizionamenti che si assumono e possono rientrare nella dimensione semantica "tra imbarazzo per esistere e rivendicazione di sé". Nella prima polarità, il posizionamento è rappresentato da "mi sento quasi imbarazzato per esistere", laddove l'esistenza e l'imbarazzo vengono associati ai pronomi utilizzati scorrettamente nelle interazioni e direttamente connessi alla mancanza o al rifiuto del riconoscimento verso di sé da parte dell'altro. "È stato un riciclo di persone" è un altro posizionamento che si riferisce alle persone intime e agli amici o alle amiche narrate come persone che si sono allontanate nel momento del coming out, e che allo stesso tempo hanno lasciato spazio ad altri rapporti. Un altro posizionamento colloca le persone come impaurite e caute nel presentarsi come trans di fronte ad altre persone sconosciute trovandone le ragioni nell'espressione "una qualsiasi persona non è informata", posizionandola quindi come potenzialmente rischiosa per possibili discriminazioni. Ancora, si definiscono soprattutto conoscenti o persone sconosciute come coloro che pongono "domande imbarazzanti", ovvero domande che non si chiederebbero a "chiunque" relative agli aspetti sessuali, modifiche corporee sino ad atti fisiologici come la minzione. Infine, un ulteriore posizionamento colloca il/la narratore/trice nei confronti dell'altro ad esempio attraverso l'espressione "sì è vero sono trans, dove sta il problema?", mettendosi pertanto in contrapposizione con le attese di cautela e invisibilità verso l'interazione che si pensa debba possedere l'altro.

I repertori interpretativi e i posizionamenti individuati nelle narrazioni consentono di mettere in risalto la rilevanza della dimensione del riconoscimento da parte dell'altro, sia questo la famiglia, il/la partner o il gruppo di amici/che, nella costruzione e definizione della propria identità di genere. Questi personaggi e contesti inseriti nelle storie e con i quali ci si mette in relazione contribuiscono a dare senso e a formare la propria identità, tramite attribuzioni e scambi di significati, negoziazioni o richieste normative, e attraverso i quali si costruisce e si mette in pratica la propria identità di genere (West e Zimmerman, 1987). È in questo rapporto che affiora anche la dimensione del "passing", ovvero del "passare" e dell'essere identificato per una persona del genere che si desidera, inteso in diversi modi, a volte associato all'esecuzione degli interventi e

dei trattamenti medici, mentre altre già sperimentato a prescindere dalle modificazioni corporee. Questo processo informa delle esigenze e dei significati personali ma anche delle regole e delle norme del contesto socio-culturale più ampio che chiede, più o meno implicitamente, di identificarsi totalmente in una categoria di genere, pena il “disagio” o la discriminazione che si genera a fronte della percepita “ambiguità” (Stryker e Whittle, 2006; Roen, 2002; Kessler e McKenna, 1978).

La settima categoria di analisi si riferisce alla relazione con le “persone trans”, sconosciute oppure conosciute personalmente. La dimensione semantica che può essere rintracciata dai testi è relativa al “distanziamento e vicinanza”, ovvero da posizionamenti che collocano chi narra attraverso un allontanamento oppure una prossimità alle altre persone o realtà definite trans. I posizionamenti sono suggeriti dalle espressioni “devono andare ai margini della società”, collocando le persone in questi spazi, ad esempio nella “prostituzione”, come conseguenza di stereotipi e “stigmi” sociali, e “le/gli *altri* trans”, pronomi indefinito e che rafforza l’atto di situare le altre persone come lontane e differenti da sé, come nel caso di chi imputa di “non essere abbastanza trans”. Infine, “qualcuno/a come me” che, al contrario, avvicina chi narra e le persone nella relazione attraverso gli elementi del supporto e di conferma reciproca dell’esistenza di queste realtà. L’analisi di questa categoria in particolare consente di mettere in risalto lo stigma che spesso viene associato a livello di senso comune alle esperienze trans, che può avere l’effetto di orientare le azioni e le interazioni quotidiane in virtù di una ipotetica e supposta devianza o diversità (Goffman, 1970; 1977). Inoltre, l’influenza e l’impatto di un sistema conoscitivo binario sembra affacciarsi anche alle esperienze e alle biografie delle persone in transizione, non solo nella richiesta sociale poi tradotta nel tentativo di adeguarsi e di aderire totalmente alla categoria di genere desiderata ma anche nella connessa configurazione di sé come “abbastanza trans”, nei termini delle terapie ormonali o degli interventi eseguiti, delle definizioni di sé, delle relazioni con l’altro e in pubblico. In questo senso, le differenze possono coinvolgere le diverse generazioni di età oppure persone che sono all’inizio del percorso, a prescindere dall’età precisa in virtù di una maggiore esperienza. Infine, e non necessariamente in contrapposizione al posizionamento precedente, altre persone trans contribuiscono non solo alla conferma della propria identità, ma anche al mostrarla come possibilità effettivamente da percorrere, fungendo da guida e da esempio rilevanti.

Una ulteriore categoria di analisi si riferisce alla relazione con “altri contesti”. Un posizionamento peculiare è utilizzato in relazione a quelle che vengono definite come “comunità di appartenenza”,

ovvero gruppi di auto mutuo aiuto o gruppi Facebook, ed è suggerito dall'enunciato "non sei solo/a", collocandosi all'interno e come parte di queste comunità, considerate anche come "famiglie". Per il contesto lavorativo, invece, si è potuto individuare una dimensione che raccoglie tre posizionamenti data dalle polarità del "dimostrare all'altro" e "agire come se stessi/e". I posizionamenti sono creati a partire dalle espressioni "devo dimostrare quello che valgo", "mi sono reinventata come" e "vorrei fare un lavoro come Giulia e non come Massimo/Giulia". Tali modalità narrative, da una parte mettono in luce la necessità percepita di dover dimostrare all'altro e in pubblico il proprio "valore" in quanto persone che appaiono "diverse, e dall'altra l'esigenza personale di poter svolgere un lavoro secondo il genere che si sente proprio. Anche la scuola si configura come contesto rilevante, e uno dei posizionamenti che è stato possibile rilevare fa riferimento all'espressione "ho paura a dirlo", ovvero si colloca il contesto scolastico o il contesto classe come possibile promotore di discriminazioni. Un ulteriore contesto che si pone come rilevante nelle interviste è relativo alla "prostituzione", attraverso il posizionamento "un posto al mondo lo devi trovare", mettendo in relazione se stesse (in particolare per le donne trans) in questo ambito, ritenuto come possibile in casi estremi e fonte di riconoscimento. Questi luoghi e spazi, seppur descritti brevemente, consentono di mettere in luce come contribuiscano a formare l'idea e l'immagine di sé, a fornire definizioni o etichette, aspettative o effetti pragmatici che concorrono alla costruzione dell'identità, a tutti gli effetti relazionale e situata.

La categoria "l'altro immaginato" è stata creata sulla base di una mia domanda particolare, ovvero: "quali suggerimenti o consigli daresti ad una persona all'inizio del suo percorso?". Questa domanda è stata posta per far collocare la persona in un tempo e in uno spazio narrativo differente, consentendo di parlare di un altro ipotetico ma anche di sé, attraverso una persona terza. I posizionamenti attraverso i quali l'altro viene narrato sono vari, e parlano della propria soggettività, nella dimensione semantica del "parlare con l'altro e conoscersi". Il primo posizionamento colloca l'altro nell'interazione, attraverso l'enunciato del "parlarne tanto con tutti", e sottolinea il dialogo come particolarmente importante per raccogliere feedback e rispecchiamenti. Un ulteriore posizionamento consiste nel "vanno incoraggiati", collocando le altre persone come aiutanti del cambiamento della persona che si interroga sulla propria identità e sul percorso di transizione, mentre un terzo posizionamento è rappresentato dall'enunciato "gli direi prima di tutto andare con calma", calma e tempo che vengono connessi alle scelte di intraprendere terapie ormonali o interventi chirurgici, ma anche scelte riguardanti il coming out o

le relazioni in genere. Infine, si trova il posizionamento che colloca l'altro nella dimensione del "conoscersi". Gli aspetti principali sembrano pertanto riguardare le tempistiche, in senso pragmatico, il dialogo e la relazione con l'altro per acquisire sicurezza e consapevolezza di sé, e la conoscenza di sé, attraverso gli interrogativi e le riflessioni.

L'ultima categoria semantica rintracciata e costruita fa riferimento alla "ricerca", e al mio ruolo in qualità di ricercatrice. Anche in questo caso, la dimensione della ricerca è stata approfondita attraverso una mia domanda: "dal tuo punto di vista, come potrebbe essere utile questa ricerca?", spesso accolta con curiosità o sorpresa, probabilmente per la tendenza della ricerca tradizionale di separare il ruolo del/la ricercatore/trice e le sue competenze da quello dei/le "partecipanti", quindi dall'assunzione di un ruolo di esperto/a in relazione alle tematiche inerenti alle identità trans.

Un posizionamento rispetto alla ricerca consiste nel considerare il suo obiettivo come "sensibilizzare le persone comuni e i/le professionisti/e", in particolare a fronte della narrata mancanza di conoscenze adeguate nel contesto socio-culturale più ampio, da cui hanno origine discriminazioni e giudizi. Più nello specifico, inoltre, emerge un altro posizionamento che colloca la ricerca e la sua utilità in un contesto specifico, ovvero quello scolastico: "fare informazione nelle scuole", per il ruolo educativo e di sviluppo fondamentale che questo luogo possiede, sia per la conoscenza delle svariate possibilità identitarie rispetto al genere, sia per l'educazione alla diversità, alla conoscenza e al rispetto delle differenze. Tali dialoghi sono stati particolarmente utili per me e mi hanno permesso di comprendere alcune delle possibili esigenze oltre che i processi narrativi usati per raccontarle. A tal proposito, questa ricerca vorrebbe accogliere alcuni degli elementi emersi e in particolare al sensibilizzare diversi pubblici in merito ai processi di costruzione delle identità trans e al ruolo dei riferimenti e dei contesti socio-culturali che abitiamo.

6.4.1 Il contesto clinico

Un ulteriore e specifica categoria è quella che si riferisce alla relazione con "l'ambito psicologico", in quanto tema emergente dalle narrazioni e centrale per gli obiettivi della ricerca. Uno degli aspetti principali su cui convergono e vengono creati diversi significati, rappresentazioni e posizionamenti, è quello della diagnosi di un disturbo mentale. Per quanto riguarda i repertori interpretativi utilizzati per descrivere la diagnosi, la meta-metafora che li può racchiudere è quella del "vincolo rispetto all'identità". In questo senso, le valutazioni e le definizioni della diagnosi sono spesso rapportate o utilizzate in relazione alla propria identità, contribuendo a vari livelli alla

sua costruzione. I repertori interpretativi descrivono e valutano la disforia di genere come “un termine neutro”, ovvero un termine che riesce a spiegare una condizione non necessariamente di malattia, ma di disagio e attraverso la quale è possibile descriversi e descrivere la propria “condizione” all’altro, oppure come un termine e un processo che “lascia il tempo che trova”, indicando allo stesso tempo una critica della diagnosi intesa come disturbo mentale ma anche come un passaggio burocratico necessario per accedere alle cure, legittimandola. Un ultimo repertorio si associa ad espressioni retoriche quali “le diagnosi servono a tutto, anche a dirti che cos’hai, come se la mia esperienza di vita non fosse sufficiente”, criticando la categoria e il processo diagnostico in virtù della propria esperienza e della posizione di esperto/a della propria biografia. Emerge inoltre una particolare modalità d’uso ironica del termine, nella generazione più giovane, che ha l’effetto di reificare il termine e allo stesso tempo di metterlo in discussione, esemplificata dall’espressione “ho un attacco di disforia”.

Per quanto riguarda i posizionamenti assunti nelle narrazioni in relazione al contesto clinico, e in particolare, agli/alle psicologi/ghe e psichiatri/e, si può rintracciare una particolare dimensione semantica che li comprende, che configura la relazione “tra mancanza di riconoscimento e aiuto”. Il primo posizionamento è suggerito dall’espressione “lo psicologo non mi riconosce”, collocando il/la professionista come esperto che non si appropria alla persona in maniera coerente all’identità di genere da lei desiderata. La dimensione del non riconoscimento associato al contesto psicologico viene costruita a partire da elementi dell’interazione come l’uso di pronomi scorretti, di domande standard (“domande da colloquio di selezione”). Un secondo posizionamento è dato dall’interrogativo “ma cosa penserà, che sono pazza?”, collocando chi narra in una posizione di timore e paura nei confronti di un/a professionista che dovrà giudicare. Le aspettative rivolte verso il/la professionista parlano e derivano dal potere e dalle funzioni a lui attribuite e che caratterizzano il suo ruolo, in particolar modo per la possibilità di bloccare il percorso. Infine, emerge un posizionamento che colloca il/la professionista come colui/lei che “ha tirato fuori lati e cose che avevo bisogno di tirar fuori”.

Da queste modalità di intendere e descrivere la diagnosi si possono mettere in risalto alcuni aspetti. Uno degli elementi principali che può essere messo in luce è il processo di reificazione. Nel contesto della psicologia clinica la diagnosi, anche quella di disforia di genere, appartiene al campo del discorso più che a quello del reale, creandosi attraverso le norme, i valori e i sistemi di credenze e conoscenze veicolati in un certo contesto e periodo storico (Szasz, 1975; Foucault, 1961; Gergen,

1990). La reificazione porta a nascondere la natura convenzionale del termine in questione, conferendogli esistenza e fattualità oggettiva (Faccio e Salvini, 2006), e come tale può essere assunto su di sé come caratteristica stabile, portando la persona, ad esempio, a descriversi unicamente nei termini coerenti con la sintomatologia prevista dalla diagnosi di “disforia di genere”. Altre modalità d’uso della diagnosi possono invece tentare di decostruirla e criticarla esplicitamente in virtù della propria esperienza, generando nel contesto clinico uno scontro tra ruoli, laddove il/la professionista si pone come esperto/a che rischia di limitare la costruzione di obiettivi e di percorsi condivisi. Oppure, altre possibilità consistono nel non mettere in discussione la diagnosi, ma utilizzarla in altri modi, come ad esempio attraverso l’ironia, nei dialoghi e nelle interazioni quotidiane, con l’effetto di diminuirne la portata identitaria e dissaccarla. In ogni caso, il termine sembra essere usato in modo tutt’altro che neutro, in quanto porta con sé particolari definizioni, valori e credenze in merito all’identità e alle esperienze di varianza di genere.

Il rapporto con il/la psicologo (o psicoterapeuta o psichiatra), sulla base dei posizionamenti che sono emersi dalle interviste, sembra risentire del ruolo che ricopre e delle cornici socio-culturali del contesto clinico. Nell’ambito della diagnosi, la professione clinica appare come quella che stabilisce e valuta ciò che è “normale” da ciò che è “patologico” e, attraverso una definizione nosografica, indica il trattamento più opportuno (Salvini, 1998). Tale ruolo si configura come particolarmente rilevante e influente a livello sociale in quanto orienta i criteri della “normalità”, ma anche nel contesto clinico specifico, generando aspettative negative e timori relativamente al suo giudizio e all’impatto che questo può avere nelle modalità linguistiche e narrative poi utilizzate dalle persone per descrivere tale rapporto e la propria identità. Nello specifico del campo della transizione di genere, inoltre, il riconoscimento del proprio genere da parte del/la professionista sembra fondamentale per creare uno spazio di condivisione e conferma, così come l’effetto e la funzione di “aiuto” che può intrattenere e che supera la diagnosi, e come tale potrebbe essere sviluppata.

Questi contesti inseriti nelle narrazioni e le modalità narrative e discorsive utilizzate per descriverli e per mettersi in relazione con loro e altri aspetti, contribuiscono alla costruzione dell’identità delle persone nei percorsi di transizione di genere. Tra gli aspetti più rilevanti si trovano modi d’uso del linguaggio che mettono in risalto le dimensioni della normalità e della devianza o diversità, del corpo e delle relazioni in cambiamento e trasformazione, del dialogo e delle reazioni dell’altro e dei contesti di vita, nonché della diagnosi in rapporto alla propria identità e biografia. Insieme agli

aspetti centrali emersi dalle interviste con i/le professionisti/e, nelle conclusioni si cercherà di metterne in luce i legami e le divergenze, quindi le implicazioni che ne possono derivare nel contesto clinico.

Capitolo 7

REPERTORI INTERPRETATIVI E POSIZIONAMENTI IDENTITARI NELLE NARRAZIONI SULLE PRATICHE PSICOLOGICHE E PSICHIATRICHE

7.1 Introduzione

Questo capitolo è dedicato alla presentazione dei risultati in riferimento al secondo obiettivo della ricerca: analizzare i processi discorsivi e narrativi legati alle pratiche dei/le professionisti/e, le rappresentazioni e i significati inerenti ai percorsi di transizione di genere, il processo diagnostico e i servizi psicologici, nonché le possibili attribuzioni di senso sulle biografie degli/le interlocutori/trici da parte dei/le professionisti/e della salute mentale.

7.2 Movimenti e scelte di analisi

Come per il primo macro-obiettivo della ricerca, anche in questo caso, dopo un'attenta e ripetuta lettura di ciascuna intervista nella sua globalità, si è scelto di procedere attraverso i metodi dell'analisi del discorso e dell'analisi performativo-dialogica, attraverso gli strumenti analitici e concettuali dei repertori interpretativi e dei posizionamenti descritti ed esemplificati in precedenza. I repertori interpretativi e i posizionamenti si trovano in stretta relazione anche per questo gruppo di partecipanti, ad esempio, i primi possono fare riferimento alla descrizione e il racconto relativo a come si intende la diagnosi, mentre i secondi possono riferirsi alle modalità di collocarsi specifiche del/la professionista in relazione alla diagnosi stessa.

Le modalità e le forme di descrizione dei risultati, così come le fasi e i movimenti che hanno caratterizzato le analisi riflettono quelle indicate per la sezione precedente. Per tale motivo, si procede elencando le categorie di analisi, ovvero i contesti all'interno dei quali si sono individuati e analizzati specifici repertori interpretativi e posizionamenti.

Anche in questo caso, si ritiene utile specificare come queste categorie non facciano riferimento tanto a contenuti emersi nelle interviste, quanto a relazioni e dialoghi tra voci presenti al loro interno.

I contesti rilevati dall'analisi delle interviste possono essere così riassunti:

1. Il lavoro clinico per la transizione
2. Io e Me nel lavoro clinico per la transizione
3. La relazione
4. La diagnosi
5. I/le professionisti/e
6. Altri contesti
7. La ricerca

Ognuno di questi contesti è costruito a partire da particolari repertori interpretativi e posizionamenti identitari assunti da ogni professionista nel dialogo e verranno qui descritti in maniera approfondita. Nella maggior parte dei casi per i repertori interpretativi riferiti ad ogni contesto sono state individuate delle meta-metafore che li potessero comprendere, così come delle dimensioni costituite da polarità semantiche entro cui si possono collocare diversi posizionamenti. Dato il numero ridotto delle interviste, quindi della varietà testuale, non sempre si sono potute delineare queste dimensioni sovraordinate e si è, pertanto, mantenuta l'attenzione sui singoli repertori o posizionamenti.

Anche in questo caso, a supporto e come esemplificazione di ognuno di questi repertori e posizionamenti si trovano alcuni stralci di testo ridotti, all'interno dei quali sono stati sottolineati in grassetto gli elementi discorsivi e narrativi utilizzati e rilevanti per l'analisi del testo effettuata.

7.3 Risultati

7.3.1 Il lavoro clinico per la transizione

Il primo contesto che si è potuto delineare a partire dalle interviste e che viene descritto attraverso particolari repertori interpretativi oppure all'interno del quale vengono messi in campo diversi posizionamenti dei/le professioniste, fa riferimento al lavoro clinico nel campo della transizione di genere, quindi alla propria operatività. Uno degli aspetti inerenti al lavoro clinico in questo campo riguarda la definizione degli obiettivi del proprio lavoro e delle finalità della transizione dal punto di vista dell'esperto/a, nonché delle prospettive teoriche di riferimento. In questo

paragrafo vengono quindi descritte tutte le modalità discorsive e narrative utilizzate per descrivere e per posizionarsi in relazione al proprio lavoro specifico. Per quanto riguarda la transizione e i suoi obiettivi, i repertori e i posizionamenti rintracciati emergono spesso dagli stessi testi, per questo motivo, dopo una breve descrizione della meta-metafora che racchiude i repertori interpretativi e della dimensione del posizionamento, vengono esposti e descritti l'uno di seguito all'altro per evitare ridondanze e mantenere la coerenza testuale.

7.3.1.1 La Transizione come Complessità

A fronte dei repertori interpretativi rintracciati nelle interviste in relazione al lavoro clinico per la transizione, la meta-metafora che può essere individuata è quella relativa alla complessità.

Attorno a questa matrice di senso si trovano alcune metafore e figure retoriche particolari usate per descrivere la transizione nel contesto clinico. La complessità connessa al percorso viene intesa quindi come “trasformazione” in riferimento ai diversi ambiti della vita, come “profondità” in relazione all'impegno e alla conoscenza di sé da parte della persona in transito, come “rete” di supporto necessaria oppure come aderenza alla “realtà”, elemento considerato come presupposto del percorso clinico e di transizione.

7.3.1.2 La transizione tra Trasformazione e Realtà

Per ciò che concerne i posizionamenti che sono emersi dalle interviste, questi possono situarsi lungo la dimensione rappresentata dalle polarità della “trasformazione” e della “realtà”. Lungo la prima polarità semantica si collocano quelle posizioni che raccontano la transizione e la persona in transizione come inserita in un processo di cambiamento costante, mentre nella seconda polarità semantica quelle posizioni che le raccontano come aderenti alla realtà e alle sue condizioni.

Sia questi posizionamenti particolari sia la meta-metafora individuata a partire dai dialoghi condivisi, fanno parte del modo di descrivere e raccontare il proprio lavoro, legando questi aspetti agli obiettivi e ai presupposti della propria operatività.

1. “La transizione come un progetto trasformativo”

Quest'espressione retorica è emersa come particolare repertorio interpretativo utilizzato per descrivere le finalità e il percorso della transizione di genere, circoscritti nel contesto clinico. In diverse interviste con i/le professionisti/e emerge un modo di rappresentare la transizione di genere non solo come un percorso per il cambiamento di genere, dal punto di vista delle modificazioni

fisiche e/o relazionali, ma come un percorso che includa diversi aspetti e contesti di vita non necessariamente o strettamente legati alla transizione in sé. Ciò che si associa a questo repertorio è pertanto la concezione della “globalità”, della “complessità” e della “trasformazione identitaria”. Nello stralcio che segue possiamo rilevare questo modo di intendere e di definire la transizione da parte di L., psicoterapeuta che opera nell’ambito privato attraverso una prospettiva psicoanalitica.

“L.: inoltre dal punto di vista personale quando si lavora in psicoanalisi ehm **mi piace molto legare, l’accedere a processo di transizione, al progetto trasformativo come un progetto trasformativo per tutti gli ambiti della propria vita che non, che la persona reputa che non vanno bene...** ehm... in modo tale da non focalizzarsi solo sulla transizione **vedere la transizione anche come un’opportunità migliorativa su tutta una serie di altri ambiti, e quindi riuscire a vedere la transizione più nella complessità di una trasformazione identitaria,** come se fosse, un po’ una **nuova adolescenza,** nella quale veramente si possono risistemare tutta una serie, dove c’è una **nuova plasticità a una trasformazione e si possono trasformare tanti tasselli...**” (L.)

In questo stralcio possiamo inoltre notare come la “trasformazione” venga assimilata attraverso un “come se” ad una “nuova adolescenza”, intendendola come periodo di cambiamento e possibile “miglioramento” e ad una “nuova plasticità”. In questo caso, pertanto, emerge l’intendere il percorso di transizione come un processo di cambiamento continuo, di trasformazione e di complessità.

Coerentemente con la descrizione della transizione, anche il posizionamento del professionista risulta coerente e anticipato dall’espressione “mi piace legare alla transizione un progetto trasformativo per tutti gli ambiti della vita”, rivolgendosi pertanto alla persona e collocandola in un lavoro che non settorializza alla richiesta della transizione di genere, ma si allarga ad altri campi.

2. “La transizione come accompagnamento”

Un ulteriore repertorio interpretativo in riferimento al percorso di transizione in generale e che emerge spesso nelle interviste è dato dall’intendere il percorso di transizione nel contesto clinico come un “accompagnamento”. Tale termine viene spesso usato in riferimento al lavoro del/la professionista, insieme ad approcci definiti come “non giudicanti”, “aperti”, “accoglienti”.

Nello stralcio che segue possiamo leggere la narrazione di una psicoterapeuta che lavora nel contesto privato, e che parla degli obiettivi e del suo approccio nel contesto clinico, dopo una riflessione su alcune domande rivolte alle cause e all’eziopatogenesi che si è posta e si pone nel suo lavoro.

"I.: [...] **il punto è che il mio compito è quello di aiutarti, accompagnarti per farti sentire che stai facendo la scelta giusta, a fartelo sentire, e se quella è la tua scelta giusta**, mmm, non necessariamente mi serve la parte vecchia, mi serve solo se è attivante, cioè se è un trauma, una cosa che ti porti ancora appresso no? sennò il rischio è che diventi colpevolizzante, e questo in realtà è un approccio che io ho un po' con tutto, ce l'ho nell'ambito del cancro, io lavoro nell'ambito del cancro, con la psicosomatica, a volte la causa, magari poi ci lavoriamo dopo, no? se proprio ha senso farlo, ma non di default perché non... potrebbe essere anche, come dire, in qualche modo ti può portare un pregiudizio [...] **quindi in questo accompagnamento no, un po' questo è il modo e è anche il modo in cui io lo faccio. con grande delicatezza e con grande gentilezza**". (I.)

Un posizionamento che emerge da parte di questa psicoterapeuta è pertanto coerente e rappresentato dall'espressione "il mio compito è quello di accompagnarti". Attraverso questa modalità narrativa la professionista si colloca in una relazione con la persona in transito di supporto e sostegno.

3. "Mettersi in gioco nel percorso"

Un altro repertorio interpretativo potrebbe essere rappresentato dalla figura retorica "mettersi in gioco" nel contesto clinico. Questa metafora in riferimento al percorso e alla persona che porta la richiesta di intraprendere un percorso di transizione viene attribuita come un elemento importante dell'intenzione della persona stessa di fare un "lavoro completo", "profondo", "non superficiale". Attraverso queste modalità discorsive, si può mettere in luce come si vada a creare nella narrazione una contrapposizione tra le dimensioni della superficie e della profondità, che vengono applicate nel contesto clinico.

"N.: [...] ecco, è sempre abbastanza chiaro il mio esordio di lavoro è che **l'obiettivo è riuscire a capire quale sia la condizione migliore e per capirlo ovviamente questo implica mettersi in gioco con un lavoro di terapia** che non abbia quindi lo scopo di portare il terapeuta a dare quella autorizzazione che puoi permetterà al tribunale di fare altrettanto, insomma che qualche volta questo succede, ma io su questo ho abbastanza resistenze quindi non accetto di lavorare su... **quindi tengo solo le persone che vogliono fare un lavoro completo di terapia altrimenti... no.**

[...] per cui quando dico che è un **lavoro di terapia a 360 gradi** intendo dire proprio questo io non mi fermo esclusivamente alla singola richiesta con cui arriva, la bandierina del io voglio cambiare ecco, questo no". (N.)

Questo tipo di metafora rimanda all'idea del percorso nel contesto clinico come ad una "sfida", ad un azzardo, un mettersi alla prova di fronte a qualcuno/a o qualcosa, come suggerito dal porre la richiesta dell'autorizzazione come scopo e quindi non accettarla.

Il posizionamento della dottoressa in questo testo è specifico e coerente con il repertorio usato, ovvero “tengo solo le persone che vogliono fare un lavoro completo”. Inoltre, l’uso di termini rapportati anche a se stessa in prima persona sembra confermare la portata e le implicazioni di questa metafora: “ho abbastanza resistenze”, “l’autorizzazione la do” e “tenerla sotto controllo”. Il percorso preferibile è pertanto quello che include “un lavoro completo”, non solo “fisico”, “lavoro di terapia a 360 gradi” e il presupposto di non fermarsi alla “bandierina del io voglio cambiare”. Questo modo di narrare il percorso considera la fase di valutazione iniziale come particolarmente importante e configura il ruolo dello psicologo come strettamente legato a questa attività che viene ritenuta indispensabile nei momenti iniziali del percorso.

4. “La transizione come basata sempre su elementi di realtà”

Questo repertorio interpretativo viene utilizzato in relazione al percorso di transizione di genere, in virtù delle aspettative di partenza della persona, dei contesti di vita che abita e dei loro vincoli. Il percorso viene pertanto rapportato al “dover essere” e specificato dai termini “realistico”, “congruo alla realtà”, “basato su elementi di realtà” e che “si adatta alla realtà”, termini comuni nell’ambito psicologico e psichiatrico. Il basarsi su elementi di realtà attraverso il verbo “dovere” viene, in questo modo, considerato come un presupposto e come un requisito del lavoro clinico e del percorso di transizione in questo contesto.

“[...] quindi è proprio un ridimensionamento delle aspettative fondamentale no? in modo realistico... che non sia basato su... cioè ma che sia basato sempre su elementi di realtà, ecco. e anche la transizione, il percorso di transizione deve essere realistico [...] e comunque rientra anche un po' nella valutazione perché vedi anche come la persona si adatta alla realtà no? per me è fondamentale vedere se la persona ha una visione della realtà che c'è, che è agganciata alla realtà oppure che è basata su altri elementi più paranoici, piuttosto che idealizzati, eccetera...”. (T.)

In questo caso emerge anche un posizionamento specifico della psicoterapeuta che narra, ovvero “lavoro molto sul fatto che... le persone possono rendersi conto”. Il ruolo e l’obiettivo della psicoterapeuta vengono rivolti verso il raggiungimento di questi “elementi di realtà” e il “rendersi conto”, pur non esplicitando il significato di questa figura retorica, ma elencando una serie di aspetti legati alla vita della persona. Il “rendersi conto” viene inoltre associato al percorso come “deve essere qualcosa di graduale”, pertanto stabilendo un legame tra elementi di realtà, “rendersi conto” o consapevolezza di sé e “gradualità”, che rimanda a tempistiche e passaggi progressivi.

Il termine “realtà”, nelle diverse modalità narrative in cui è espresso (“agganciato alla realtà”, “come si adatta alla realtà”, “una visione della realtà che c’è” ecc.) viene usato come argomento retorico importante nella descrizione del proprio lavoro nell’ambito clinico e dei propri obiettivi, tuttavia spesso non viene esplicitato.

Nel dialogo, in alcuni casi, ho chiesto qualche esempio e specificazione rispetto all’“adattamento alla realtà” e il suo significato, pena il darlo e lasciarlo per scontato nell’interazione oltre che nell’analisi. Un esempio lo possiamo trovare nello stralcio seguente.

J.: potrebbe farmi qualche esempio di persone che sono più agganciate alla realtà, non so se sto usando le parole corrette, e persone che invece lo sono meno?

T.: eh... non so per dire, se un FtM e ha sempre vissuto al maschile per dire e arriva e tu vedi già che praticamente cioè ti racconta la sua storia, lo vedi negli atteggiamenti, nel modo di vestire eccetera e magari ha delle paure fortissime rispetto all'accettazione dei genitori no? rispetto al fatto che possano capire o meno, tu dici ok non è che gli stai raccontando una cosa che stravolge, non è che tu oggi hai la minigonna e domani vai a dire a tua madre e tuo padre voglio cambiare sesso e queste rimangono sconvolti, probabilmente ci sono delle persone intorno a te che già se lo aspettano, allora è un po' il costruire questo ehm... riuscire a stare su degli elementi di realtà, anche cioè unire il passato il presente e il futuro, sempre in questi termini qua... e quindi magari delle persone che si aspettano delle reazioni estremamente catastrofiche quando in realtà gli elementi di realtà dicono che non sarà così e infatti poi non è mai così cioè quando poi in realtà le cose si muovono si rendono conto che non è come se lo aspettavano ecco...” (T.)

Nel testo la Dottoressa T. porta un’esemplificazione legata ad una storia di un ragazzo FtM, dei suoi atteggiamenti ed espressioni di genere al pubblico, come ai genitori. L’adattamento alla realtà non viene comunque esplicitato ma ribadito come “riuscire a stare su degli elementi di realtà”. La specificazione posta consiste nell’ “unire il passato il presente e il futuro”, generalizzata dall’espressione “sempre in questi termini qua” che rimangono generici e astratti. Ciò che emerge in relazione all’adattamento alla realtà in questo testo potrebbe essere la dimensione delle aspettative, riportata più volte nel testo: “già se lo aspettano”, “che si aspettano delle reazioni estremamente catastrofiche”, “non è come se lo aspettavano”. Infine, la ripetizione del termine “realtà” nei testi può portare con sé l’effetto di sancirlo e a costruirlo come dato di fatto nella pratica operativa.

7.3.1.3 Prospettive teoriche: Non utilità-Beneficio

Nelle diverse discipline, e in particolar modo nel contesto psicologico e psichiatrico, le prospettive teoriche di riferimento assumono particolare importanza poiché definiscono gli oggetti di studio, le teorie conoscitive per interpretarli e guidano i possibili metodi e strumenti operativi.

Nei dialoghi, le prospettive teoriche, a volte, sono state menzionate direttamente dai/lle professionisti/e al fine di specificare o delimitare le proprie riflessioni o descrizioni del lavoro, mentre altre volte sono state da me domandate per poter approfondire questo ambito.

In questo paragrafo vengono descritti in particolar modo i possibili posizionamenti da parte dei/lle professionisti/e in virtù delle prospettive teoriche utilizzate o messe in secondo piano in relazione al proprio lavoro nel campo della transizione di genere.

La dimensione rintracciata lungo la quale si collocano i diversi posizionamenti è rappresentata dalle polarità semantiche della “non utilità”, ovvero della non fruttuosità e funzionalità delle teorie psicologiche, e del “beneficio”, quindi del supporto e dell’utilità di possedere e usare riferimenti teorici specifici.

1. “Io faccio lo psichiatra”

Un primo posizionamento che emerge in riferimento alle prospettive teoriche proviene da un professionista del campo psichiatrico e può essere rappresentato dalla frase “io faccio lo psichiatra”. In questo senso, le teorie e le prospettive psicologiche non vengono messe in relazione con il proprio lavoro e sminuite attraverso giudizi di valore, contrapponendo la disciplina psichiatrica a quella psicologica in virtù dell’obiettivo della spiegazione e degli strumenti a disposizione.

J.: rispetto invece a teorie psicologiche, c’è una preferenza?

D.: **io faccio lo psichiatra... che vadano a fanculo...**

J.: perché pensando al rorschach, che è di stampo psicoanalitico, mi veniva da pensare-

D.: psicodinamico. **quello è uno strumento, se io potessi usare l’RX...** devo essere io capace a intendere quali sono quegli elementi che mi servono per... no non è quello, anche perché qui siamo... **la finalità è comprendere e documentare, nel momento in cui io mi metto a spiegare**, che è una cosa diversa da un punto di vista...” (D.)

Ho specificato che la mia domanda proveniva dall’uso esplicitato da parte dello psichiatra di alcuni strumenti testali di matrice, ad esempio, psicoanalitica, come il Rorschach. Il Dottor D. risponde affermando che esso rappresenta uno strumento, mettendolo in contrapposizione, pertanto, alla

dimensione delle prospettive teoriche. L'argomentazione non è stata approfondita poiché è stato interrotto il dialogo dallo spostamento in un altro studio adiacente, per poter accedere ad un computer del loro centro e per condividere con me alcune relazioni peritali da lui scritte.

Nonostante l'interruzione, emerge dal testo come il Dottor D. metta in contrapposizione l'uso delle teorie con l'uso degli strumenti, legando quest'ultimo ad una capacità propria ("devo essere io capace a intendere quali sono quegli elementi che mi servono per") a prescindere dalla teoria dello strumento. La diversità viene esplicitata inoltre nel momento della spiegazione dei risultati del test, che nel suo caso prescindono dalla teoria poiché "psichiatra". Infatti, la formula narrativa "se io potessi usare l'RX" riconduce i propri riferimenti nel campo medico-psichiatrico, producendo allo stesso tempo una distinzione con la disciplina psicologica che non può fare a meno di prospettive teoriche.

2. "Ho avuto una formazione psichiatrica contaminata dal pensiero psicomodinamico"

Un ulteriore posizionamento lo si ritrova nella narrazione di un altro psichiatra e può essere rappresentato dalla frase "ho avuto una formazione psichiatrica contaminata dal pensiero psicomodinamico". Il professionista si colloca verso le prospettive psicologiche in una relazione di "contaminazione", ad indicare, per mezzo di una metafora chimica, un contatto e un'alterazione della propria formazione attraverso i riferimenti di un'altra disciplina.

"J.: nel suo lavoro usa anche riferimenti teorici di tipo psicologico? [...]

A.: **si, nel senso io ho avuto una formazione psichiatrica mmm contaminata dal pensiero psicomodinamico**, nel senso che ho studiato in una scuola di specializzazione che ha avuto quel tipo di approccio, la maggior parte dei miei professori era anche psicanalista, **per cui quel tipo di ragionamento l'ho anche presente, tra l'altro la riflessione psicanalitica intorno alla disforia di genere ha detto delle cose molto interessanti, ci sono delle riflessioni molto, molto belle [...]**

e secondo me per la maniera che ho di lavorare io, di concepire la psichiatria eh, nel senso che **secondo me la psichiatria è una disciplina con uno status così di... uno status epistemico poco chiaro, esattamente quale sia l'oggetto della psichiatria è difficile da dire**, sicuramente sicuramente non rientra esclusivamente nelle scienze naturali, però ha a che fare anche con le scienze naturali, secondo me l'atteggiamento dello psichiatra dovrebbe essere un **atteggiamento molto vicino a una riflessione così come dire a una riflessione ehm.. forse la definirei una riflessione ermeneutica [...]** io tendenzialmente tento di tenere insieme un po' più cose in maniera forse un po' alcuni la definirebbero approccio eclettico... però siccome ho la sensazione che nessuno ha una chiave di lettura che funziona in maniera totale, **però sì la mia maniera di ragionare e la formazione in parte avuta e in parte che mi sono dato, nella approcciare l'argomento poi ha portato dentro tutta una serie di letture che provenivano dall'ambito psicanalitico poi fenomenologico diciamo sostanzialmente". (A.)**

Il Dottor A. racconta della conoscenza di alcune teorizzazioni in ambito psicanalitico e psicodinamico conosciute, seppur non esplicitamente utilizzate (“la ho anche presente”, “ci sono delle riflessioni molto, molto belle”). Allo stesso tempo si posiziona in riferimento alla propria disciplina psichiatrica definendola come “disciplina con uno status così di... uno status epistemico poco chiaro”, collegando questo status alla difficoltà di definire l’oggetto di studio e collocandola nell’ambito delle scienze naturali seppur non esclusivamente, ma senza menzionare altri ambiti possibili. Descrive come dovrebbe essere, dal suo punto di vista, l’atteggiamento dello psichiatra avvicinandolo a quella che definisce come “riflessione ermeneutica”. Questo tipo di riflessione, che appartiene ad un modello e ad una prospettiva conoscitiva precisa, viene dallo psichiatra associato ad un fenomeno che definisce come “qualcosa che va capito, non si hanno molti dati per capirlo, non tutto forse ha la stessa validità, però bisogna in qualche modo attivare una continua riflessione”, pertanto alla dimensione della comprensione e dell’analisi. Successivamente, inserisce anche un “approccio fenomenologico” per l’importanza conferita al corpo e l’utilità di alcune riflessioni di stampo psicoanalitico, ma non in riferimento ai legami causali della “disforia di genere” che vengono invece intesi come “riduttivi” e “semplicistici”. Il posizionamento finale verso le prospettive teoriche pertanto non è legato alla propria disciplina o ruolo di psichiatra, ma ad un interesse legato all’esperienza formativa e personale verso le prospettive nominate.

3. “Sono una meticcia/o”

Un terzo posizionamento comprende la diversità e l’integrazione delle teorie psicologiche come modalità particolare e personale di lavorare nel contesto clinico. Esso può essere rappresentato dall’espressione retorica “sono una meticcia/o”, poi applicata al lavoro nel contesto clinico. In questo senso, la modalità di porsi verso la teoria prevede un “approccio integrato,” “che pesca da varie parti” e “formazioni e riferimenti diversi”.

Di seguito possiamo leggere questo tipo di posizionamento.

“N.: quindi una visione che non può prescindere in alcun modo da un approfondimento appunto terapeutico, e quando dico terapeutico, ovviamente, l’approccio, io nasco cognitivo-comportamentale, in realtà poi no, perché l’approccio è più psicodinamico che non cognitivo comportamentale, ehm, poi io dico sempre che sono una meticcia perché avendo fatto tante formazioni nella mia vita professionale non mi riconosco più in alcuna a scuola specifica se non in quella della psicoterapia che accoglie la persona e sulla base di quello che la persona mostra come richiesta e come problema cerco di capire quale può essere lo strumento migliore.[...]”. (N.)

4. “Mi ha molto aiutato”

Un'altra modalità narrativa si differenzia, conferendo alle prospettive teoriche e ad alcuni suoi strumenti concettuali un ruolo rilevante e fondante il proprio operato, ed è rappresentata dalla formula narrativa “mi ha molto aiutato”. Essi vengono pertanto associati ad aggettivi come “utile” e “di supporto”, “importante”, ad indicare la loro rilevanza.

Nello stralcio seguente possiamo leggere come per lo psicoterapeuta non soltanto la prospettiva teorica di riferimento, ma un particolare strumento concettuale viene utilizzato nella pratica clinica, denominato come “immaginario corporeo”.

“[...] L.: si sempre in rapporto all'identità di genere, però io penso che, allora **nella mia pratica psicanalitica lavorare molto sull'immaginario corporeo mi ha molto aiutato** cercando di trovare anche nella transizione degli elementi di continuità con anche la normalità, no? banalmente quando uno ha quei complessi che magari in età giovanile o anche adulta è complessato per questa cosa del corpo, lì può essere, nel senso c'è una problematica lieve dell'immaginario corporeo e... che magari non si porta avanti fin dall'infanzia perché sono successe determinate cose quindi... [...]”

lavorare con l'immaginario corporeo comunque è utile anche con chi decide di fare la transizione nel senso che tu hai in mente come vorresti percepirti come vorresti essere riconosciuto dall'esterno, il problema è che è sempre qualcosa di ehm, cioè deve essere sempre qualcosa di collegato con la realtà [...]” (L.)

Un posizionamento simile lo si può ritrovare anche per altri/e professionisti/e, nonostante la diversità delle prospettive teoriche adottate, come nello stralcio che segue.

“V.: **io poi ho un approccio familiare e un approccio sistemico, per me è molto importante la costruzione della rete di supporto** cioè arrivare alla scelta all'inizio, quando già si sceglie di cominciare il percorso ormonale, avendo già consolidato un contesto di supporto verosimile. Cioè che possa dare sicurezza, tenere, fare, perché diventa chiaramente un elemento... Che fa la differenza, tra poi una transizione felice in cui uno di fronte tutte le difficoltà che possono comportarsi può contare comunque sul supporto, sempre dei genitori eh però avere una rete di supporto di un qualche tipo, poi dipende dall'età, dipende da tante cose ovviamente”. (V.)

Il rapporto con le prospettive teoriche di riferimento risulta, pertanto, variamente definito. In alcune interviste la disciplina psichiatrica e il suo sistema di conoscenze vengono considerate come capaci di oggettività e neutralità che diventano anche presupposti del lavoro, coerentemente con certi discorsi storici e attuali che hanno investito la disciplina stessa, a partire in special modo dal positivismo. In altri casi, le prospettive teoriche sembrano fungere da interesse personale e da supporto, quindi comunque non fondative dell'operatività, mentre in altri sembrano poter essere integrate, mescolate in maniera eclettica con l'obiettivo di tenere insieme e usare gli aspetti ritenuti

importanti dal/la singolo/a professionista. Infine, le prospettive teoriche sono anche intese come strettamente connesse alle modalità di lettura, analisi e intervento nel contesto clinico, in linea con alcuni paradigmi conoscitivi recenti che sottolineano il costante rapporto tra teorie e pratiche.

7.3.1.4 “Due categorie molto diverse”

Per quanto riguarda il lavoro clinico nella transizione di genere diversi sono gli elementi rilevanti emersi e le modalità narrative e discorsive messe in campo per descriverli, in particolare rispetto ai modi di intendere i percorsi di transizione nel contesto clinico, quindi gli obiettivi e le prospettive teoriche.

Si deve, inoltre aggiungere, come possano emergere particolari significati e rappresentazioni della transizione, ma anche delle persone stesse. Spesso la persona in transito è stata descritta in termini generali, ma, seppur non da tutte le interviste, da alcune emerge il racconto di una differenza e di una distinzione in merito all'identità di genere, laddove in alcuni casi, si distinguono uomini e donne trans, secondo particolari esigenze, caratteristiche e modalità di affrontare il percorso.

In questo senso, possono emergere legami retorici e argomentativi che distinguono le esperienze portate, come ad esempio esperienze di discriminazione che coinvolgono in maniera diversa le donne trans piuttosto che gli uomini trans, ma anche modi di approcciarsi al percorso clinico, come nello stralcio che segue.

“In questo sono sicuramente molto più ehm... Richiedono molto di più gli mtf, quindi **la trasformazione maschio a femmina è molto sul versante esteriore e estetico viceversa gli ftm, da donna a uomo, è invece molto meno interessata all'aspetto esteriore** e molto di più, **come forse è più nelle corde del femminile in questo senso**, condire le motivazioni, l'origine, di questa condizione e la ricerca di una solidità che poi possa permettere di affrontare il percorso insomma... **E ci sono proprio già in queste due categorie molto diverse e che richiedono trattamenti molto diversi.** Perché ovviamente al ragazzo che vuole diventare ragazza devi spiegare che il problema non è esclusivamente avere i capelli lunghi piuttosto che l'intervento del seno, o ecco, o l'eliminazione delle pelurie... eee... Però è molto su questo ecco, **inizialmente** è molto su questo versante”. (N.)

In questo caso, usato come esempio ma che consente di fare un'analisi generale dei possibili repertori messi in campo in questo contesto, si esplicita la “diversità” delle “categorie” (FtM e MtF) e del trattamento. Le argomentazioni a favore di tale separazione possono far riferimento anche al sesso biologico o quantomeno a caratteristiche se dovrebbero contraddistinguere l'esperienza e il modo di affrontare un percorso di donne e uomini. A queste categorie, nel campo della transizione, vengono così attribuiti tratti o qualità in modo generalizzato che possono trovare

le loro radici in sistemi di conoscenze essenzialistiche o biologistiche, pur sostenendo la possibilità del cambiamento.

Infine, viene qui specificato come tali differenze legate alla ricerca di “profondità” e non soltanto alla modificazione fisica, vengano riscontrate in particolar modo nelle fasi iniziali del percorso, in cui si sta portando la richiesta di cambiamento.

7.3.2 Io e Me nel lavoro clinico per la transizione

Come per le persone in transito, anche per i/le professionisti/e del campo psicologico e psichiatrico, si possono ritrovare alcuni repertori interpretativi e posizionamenti peculiari che riguardano la relazione tra chi narra e il proprio lavoro nel campo della transizione di genere. L’aspetto particolare di questa categoria consiste nel comprendere il dialogo tra Io e Me, ovvero i diversi aspetti dell’identità professionale e della propria esperienza in questo contesto in maniera riflessiva.

In questo paragrafo vengono descritti i repertori interpretativi e posizionamenti relativamente ad alcuni ambiti emersi come rilevanti e parte integrante del rapporto tra Io e Me nel lavoro clinico. Tali ambiti riguardano la prima esperienza nel campo della transizione di genere, la soggettività del/la professionista, le complessità e i dilemmi e la responsabilità che si scorge e definisce nel proprio lavoro.

7.3.2.1 La prima esperienza nel campo della transizione di genere tra Interesse e Sfida

Durante gli incontri una delle domande da me poste ha riguardato la prima esperienza professionale nel campo della transizione di genere che ha consentito di ripercorrere alcuni elementi della storia professionale di ciascun/a professionista fino al momento attuale.

I contenuti relativi al tipo di esperienze sono diversi, così come i posizionamenti dei/le professionisti/e in relazione alle stesse. Le prime esperienze vengono a volte individuate nella formazione universitaria e nei tirocini professionalizzanti in ambiti pubblici o del privato sociale, altre volte in percorsi formativi esterni all’università ed altre ancora in esperienze casuali che hanno aperto a nuove conoscenze nell’ambito della transizione di genere e delle identità transessuali e transgender.

Al di là dei diversi contenuti che le possono caratterizzare, si possono rintracciare alcuni posizionamenti particolari in rapporto alle prime esperienze quindi al primo approccio alla transizione di genere dal punto di vista del/la professionista. Le modalità narrative in questione si possono poi collocare lungo una dimensione particolare che è quella costituita dalla polarità semantica dell'“interesse”, ovvero del coinvolgimento e dell'attenzione e dalla polarità semantica della “sfida”, quindi del confronto e del mettersi alla prova verso il tema della transizione di genere.

1. “Ho iniziato a interessarmene”

Un primo posizionamento consiste nel collocare la transizione rispetto a se stessi/e come “ho iniziato a interessarmene”. Diversi possono pertanto essere le ragioni e i modi per i quali i/le professionisti/e possono essere arrivati a lavorare nel campo della transizione, ma una delle modalità di collocarsi in relazione al tema è di considerarlo fonte di interesse e attenzione rispetto ad altre possibili tematiche, quindi approfondendolo nel corso del tempo fino a diventare elemento importante nel proprio lavoro.

Nello stralcio che segue possiamo notare come la formazione in sessuologia venga considerata il motivo per cui è stata rivolta al professionista la richiesta di una visita psichiatrica, punto di partenza per lo sviluppo del suo interesse che ha successivamente dato il via alla costruzione del proprio centro privato.

“[...] Avendo una formazione SESSUOLOGICA era il motivo per il quale erano state indirizzate da me queste persone quindi e **quindi cominciai a interessarmi della questione non c'erano di fatto dei corsi di formazione specifici, questa è una cosa importantissima-**

Jessica: in che anni era?

D.: circa una decina di anni fa, **ho cominciato ad occuparmene...** eehm... di fatto ehm abbiamo cominciato insieme al mio staff che è costituito comunque sia da psicologi che sessuologi, abbiamo anche un'urologa che si occupa del campo in generale... quindi queste situazioni erano situazioni che venivano toccate in modo estemporaneo [...] dopodichè probabilmente per una questione come dire di passaparola, le persone che erano transitate qui dentro si erano trovate bene sono state accolte credo in maniera probabilmente più affettiva o più competente che rispetto ad altre strutture e quindi come succede spesso poi un invio tira l'altro eccetera... [...] (D.)

In altri casi, l'interesse non è legato tanto alla formazione professionale, bensì a quella personale, come nello stralcio che segue.

In questo caso, ci si posiziona rispetto alla prima esperienza nel campo della transizione come influenzati e motivati da particolari esperienze di vita.

"T.: mi occupo fin dal terzo anno di università delle identità di genere nel senso non che me ne occupo ma che **ho iniziato a interessarmene il terzo anno di università perché dovevo fare la tesi triennale**, insomma sì la tesi per la triennale e un mio professore di psicologia sociale qualitativa aveva portato degli articoli tra cui uno sull'identità di genere, sulla costruzione dell'identità transessuale mi ricordo ancora e in realtà **io mi sono occupata di questo perché la mia migliore amica delle superiori ehm... con cui sono stata appunto dai 14 ai 18 anni, abbiamo passato dei momenti bellissimi insieme, ha fatto transizione verso maschio quando aveva 18 19 anni quindi mi aveva aperto già a questo mondo che io assolutamente non conoscevo, non avevo idea di che cosa fosse, ehm...**" (T.)

2. "Volevo cambiare ambito"

Attraverso questo posizionamento, i/le professionisti/e si collocano in relazione alla prima esperienza in virtù dell'esigenza del cambiamento lavorativo. Questo posizionamento può anche essere usato per descrivere la motivazione che ha dato avvio al proprio lavoro nel campo e il suo successivo approfondimento.

"[...] L.: un po' fuori Milano però comunque... **volevo cambiare ambito e allora mi sono guardato un po' agli annunci di psicologia è tra i vari annunci c'era questo annuncio dell' associazione** che cercava una figura psicologica per un unità mobile ehm nell'ambito della prostituzione, per cui ho risposto all'annuncio, ho fatto l'iter dei colloqui, molto probabilmente il fatto che fossi maschio ha aumentato le possibilità di selezione perché in realtà ce n'erano pochi quindi... vabbè sono entrato nell'unità mobile prostituzione eee si occupava principalmente delle persone transessuali che si prostituivano, **e quindi da lì è iniziato un po' l'approfondimento del transessualismo, della transizione**, erano progetti legati già con l'ospedale Niguarda, ehm... in cui ho avuto modo di cominciare a fare conoscenza di questo ambito qua eee... e lì ho cominciato a seguire dal punto di vista psicologico persone transessuali, ehm [...]" (L.)

3. "Ho accettato questa sfida"

Un ultimo posizionamento può essere rappresentato dall'espressione "ho accettato questa sfida". Questa modalità narrativa fa riferimento a situazioni che si sono affacciate alla professione per caso e che sono state gestite e prese in carico come "sfide". Tali prove vengono poi associate all'approcciarsi e al gestire la "sofferenza" presente in queste situazioni e alla volontà di "capire questa complessa problematica".

"N.: sì, un contatto, io collaboro appunto da anni con andrologi, endocrinologi ginecologi... una rete di rapporti e quando questo ragazzo si è presentato appunto spiegando il suo problema all'andrologo, quindi torniamo indietro di 20 anni abbondanti, l'andrologo si è trovato molto spiazzato e quindi (sorride) ehm... **mi ha chiesto se me la sentivo di provare a capire che cosa fare per questa persona**, un ragazzo di una ventina d'anni, **e quindi vabbè ho accettato un po' questa**

sfida ehm, prima di tutto per la sofferenza che ragazzo manifestava e poi ero molto interessata anche a capire questa complessa problematica di cui come ripeto era sostanzialmente all'oscuro perché sì, sapevo che esistevano i transessuali ma niente di più, ecco [...]" (N.)

7.3.2.2 La persona del/la clinico/a: “La testa e la pancia”

Il rapporto tra Io e Me come professionista relativamente al proprio lavoro nel campo della transizione di genere comprende anche dimensioni legate alla soggettività e alla particolarità del/la professionista stesso/a, ovvero aspetti non formali e ufficiali legati alla professione in sé.

La soggettività non viene intesa, nella nostra impostazione di ricerca, come rappresentativa della distinzione tra mente e corpo, ma come termine che può essere utilizzato in riferimento alla dimensione dei valori, dei riferimenti personali, culturali o sociali che il ruolo o la persona del/la clinico/a può comprendere, insieme alla sua biografia.

Per entrare nel merito della dimensione della soggettività, ho spesso posto una domanda specifica che includesse la descrizione di criteri o riferimenti personali nel proprio lavoro, o in altri casi questi elementi sono emersi direttamente durante i dialoghi.

Per quanto riguarda i repertori interpretativi emersi, la meta-metafora che può essere delineata fa riferimento alla “testa” e alla “pancia”, ovvero la tendenza a distinguere e mantenere separato ciò che appartiene al sé come professionista e al sé come spazio privato.

7.3.2.3 La persona del/la clinico/a tra Oggettività e Soggettività

La dimensione che raggruppa i posizionamenti possibili ed emergenti dai testi, è costituita dalle polarità semantiche dell’oggettività e della soggettività, poli semantici presenti nei discorsi in merito ai processi di conoscenza nel campo della filosofia della scienza e della sociologia della conoscenza, ad esempio, ma anche nei discorsi emergenti dalle pratiche quotidiane nel campo della psichiatria e della psicologia, così come del senso comune in riferimento alle stesse. Da una parte, la tendenza è quella di collocarsi sul versante del/la professionista che deve mantenere un ruolo il più possibile neutrale e oggettivo nell’approcciarsi all’altro e nel valutarlo, mentre dall’altra, ci si colloca sul versante che include e comprende la propria soggettività nel lavoro senza negarla.

1. “Il rigore dev’essere molto stretto”

Il primo repertorio interpretativo che si può rilevare in relazione alla soggettività e a riferimenti più personali legati al lavoro nel contesto clinico può essere rappresentato dall’espressione “il

rigore dev'essere molto stretto". Attraverso questo tipo di repertorio che si trova associato a termini quali "rigore", "validità", "scientificità" e "oggettività", l'aspetto della soggettività viene considerato di ostacolo e in contrapposizione al rigore necessario al lavoro in questo campo, nonché alla disciplina psichiatrica di riferimento.

"D.: no, anzi. Come dire più si è ligi (sorride), non è che quando io trascrivo al giudice... non posso dire è una mia opinione (ride). A me che il giudice non mi chiede una mia opinione, ma anche in quel caso io devo spiegare al giudice in parole molto semplici, è molto difficile che il giudice chieda il tuo parere o comunque devi dimostrarlo è assolutamente comprensibile...

J.: questo anche nel contesto privato di una psicoterapia?

D.: mai... anzi, paradossalmente proprio perché... essendo un lavoro a priori di parte, cioè io ti pago per fare qualcosa per me, **il rigore dev'essere molto stretto [...]**" (D.)

Il posizionamento rispetto a questo tipo di repertorio nel caso dello psichiatra in questione, è coerente in tutto il testo, riportando anche lo stesso lavoro nel campo giuridico e di fronte alla figura di un/a giudice, che connette all'affermazione "non posso dire è una mia opinione", abbozzando una risata, attraverso una modalità che ha l'effetto di sminuire nella narrazione e nel dialogo la possibilità opposta. La soggettività viene pertanto intesa e associata all'"opinione" e al "parere", e quindi contrapposta al "rigore", alla "spiegazione" e alla "dimostrazione" necessarie nel campo clinico.

2. "Di pancia prende il sopravvento..."

Infine, un terzo repertorio interpretativo sembra maggiormente implicare l'affidamento a qualcosa che non è teorico, rappresentabile dall'espressione retorica "di pancia prende il sopravvento...". Questo repertorio si associa spesso ad altri termini come "sensazione", "emozione", "sentimento", "atmosfera", "sentire" e "senso clinico". In questo modo, la teoria viene messa in secondo piano dalla "pancia" e da un connesso "senso clinico" legato all'esperienza e difficilmente "spiegabile o descrivibile".

In questo stralcio di testo, io e il Dottor V. stavamo parlando di responsabilità nel contesto clinico e mi stava raccontando come cerca di gestirla nelle situazioni legate alla transizione di genere.

"V.: [...] invece in questa cosa qui alle volte, **sentito tanto anche una tensione interna tra una parte di me che è più attivista**, che quindi ha in mente la soggettività trans e diritti e bisogno di conoscenza e che vuole essere un supporto, in quella direzione lì **e la parte clinica cioè la parte di me che è clinica e che ha in mente ehm quanto la gente si possa fare del male da sola certe volte, cioè nel senso (ride)** che... e che quindi, come dire... **Si aiutano**

a vicenda, si tengono insieme, però litigano anche tanto cioè delle volte mi sento un po' nel mezzo ecco (ride) un po'... [...]

poi dipende insomma, ci sono delle relazioni, delle, delle c'è anche una cosa di pancia cioè nel senso, che poi... ci sono dei casi in cui hai la sensazione, cioè di pancia prende il sopravvento o l'uno o l'altro [...]" (V.)

Il posizionamento di V. rispetto alla dimensione personale è relativo a “due parti di me... che [stanno] insieme facendosi concezioni a vicenda”. La dimensione soggettiva viene in un primo momento separata da quella prettamente clinica, trovando situazioni e circostanze esemplificative e di compromesso.

Successivamente, nella riflessione che pone in essere, sembra essere la “pancia” a dirimere i dubbi, connettendola in conclusione e quindi ponendola sullo stesso piano del “senso clinico” e affermando “ogni tanto proprio cioè c'è un senso clinico che si accende”. Attraverso tali modalità narrative le due parti di sé vengono descritte e mantenute separate anche esplicitamente, a suggerire la conferma del rapporto mente-corpo come entità separate nell'ambito clinico, ma anche della rilevanza degli aspetti emotivi in questo campo.

3. “É utile, per lavorare bene... abbandonare tutti questi riferimenti teorici”

Un ulteriore repertorio interpretativo può essere, invece, legato a “è utile, per lavorare bene... abbandonare tutti questi riferimenti teorici”. Questo tipo di discorso e retorica viene usato in riferimento alla concezione di mettere in disparte i propri riferimenti teorici in virtù di un’“apertura”, del “non giudizio”, dell’“imparare dal paziente” e di “ascoltare il paziente”. Implicita per questo tipo di repertorio interpretativo è la concezione della complessità del fenomeno, in particolare, della transizione o della cosiddetta “disforia di genere” che viene definita come “poco categorizzabile” e “poco generalizzabile”.

“L.: mah la... forse l'elemento personale, come dire, è utile paradossalmente... come dire è utile approfondire la parte teorica, poi anche infatti se uno è inserito anche all'interno dell'onig ci sono sempre articoli e cose, eccetera... **però poi con un paziente è utile, per lavorare bene ehm, abbandonare proprio tutti questi riferimenti teorici...** perché veramente, forse in questo ambito più che magari in altri ambiti, ehm... ho trovato una casistica in realtà cioè di una diversità pazzesca no? [...] ci sono veramente delle casistiche così diverse... che sembra che sia proprio un ambito un poco categorizzabile... e allora quando incontro qualcuno che lavora in questo ambito e che sembra che abbia tutto chiaro perché è così e così e cerca un riferimento teorico preciso ehm... ecco rimango un po' così perché in effetti, magariiii cioè sarebbe utile che ci fosse una casistica un po' più omogenea... diciamo che nelle varie teorie sembra che... nessuno abbia trovato una teoria esaustiva **ma che sia utile utilizzare queste teorie come spunti di pensiero [...]** quindi quando sei lì con il paziente forse più in questo ambito è utile abbandonare le teorie e avvicinarsi proprio al paziente... al suo caso alle sue problematiche il suo mondo interno... [...]" (L.)

Coerentemente con il repertorio interpretativo che si crea a partire dalle modalità discorsive usate, il posizionamento che il Dottor L. assume in relazione alla dimensione personale può essere pertanto riassunto nell'espressione "è utile abbandonare le teorie e avvicinarsi proprio al paziente", esplicitando il dubbio rispetto a teorie uniche e omogenee che possano spiegare ogni situazione nel campo della transizione. Rispetto a chi crede di avere "tutto chiaro", infatti, si posiziona come "rimango un po' così" in virtù della complessità del fenomeno. Per contro, si può anche creare il legame retorico per cui "ascoltare il paziente" debba necessariamente essere possibile soltanto in assenza di teorie, come se il modello conoscitivo di riferimento non potesse orientare e dirigere l'ascolto e la comprensione delle esperienze dell'interlocutore/trice.

Per quanto riguarda gli aspetti rilevanti nella relazione con le persone trans nel contesto clinico, L. afferma altrove che l'"apertura mentale" è un aspetto importante. Nel dialogo mi sembra di trovare come elementi connessi questa apertura mentale e la soggettività del/la clinico così pongo la domanda specifica per entrare nel merito e approfondire il suo punto di vista. Quindi, mettendo da parte i riferimenti teorici emerge l'idea di uno psicoterapeuta che "abbia la volontà anche di mettersi più in gioco", di "stare con il paziente senza una strada precisa", "stare molto con la impotenza" o con il fatto che "ti fa sentire onnipotente" e infine, afferma "vieni molto perturbato a livello personale". In questo caso pertanto, la soggettività e la teoria vengono narrate su due piani distinti, ma in connessione e dai confini non precisi, che sono presenti nel contesto clinico e che richiedono di essere gestiti in virtù della particolarità e dell'eterogeneità delle persone in transito e delle loro esperienze.

7.3.2.4 Il non binarismo come Dilemma

Un ultimo elemento del rapporto tra Io e Me nel lavoro clinico per la transizione di genere consiste nell'insieme dei dubbi, delle complessità e dei dilemmi che si affacciano al/la clinico/a e che vengono significati e gestiti attraverso modalità più o meno personali.

A livello di contenuti delle narrazioni, il fulcro dei dilemmi e delle complessità per i/le professionisti/e concerne in ciò che viene definito come "non binarismo", ovvero una di quelle categorie semantiche che vengono oggi usate per descrivere chi non si identifica nel sistema di genere binario, composto dalle due categorie dell'uomo e della donna, ma che si identifica con entrambi i generi, con nessuno dei due, con una combinazione di entrambi o come "altro" in riferimento al genere.

Di fronte a questo tema, quando menzionato viene descritto attraverso l'espressione "rappresenta un bel dilemma", che va a costituire l'unico repertorio interpretativo inerente al non binarismo.

I termini che si usano per descrivere questa categoria semantica sono legati alla "complessità", al "dilemma", al "dubbio" e alla "sfida". Il non binarismo di genere e la sua complessità vengono pertanto associati alle difficoltà che potrebbe subire la diagnosi e il processo di valutazione, nonché i criteri e i requisiti del percorso di transizione. Infine, viene menzionata anche una complessità a livello di conoscenza sul genere nella sua dialettica tra definizioni individuali e riflessioni e implicazioni epistemologico-sociali che sembra sia nel punto di "mettere in crisi" il sistema binario del genere.

Un esempio di questo repertorio lo possiamo leggere nello stralcio che segue, seguito da una particolare teoria sulle implicazioni del cambiamento.

"L.: Però la persona che non vuole agire sul fisico che non vuole assumere la terapia ormonale sostitutiva li rappresenta un bel dilemma ehm.."

J.: ad esempio le persone che vorrebbero cambiare documenti ma che non vogliono apportare modifiche corporee?

L.: sì, sì sì... esatto, di avere un riconoscimento però senza... quello è qualcosa anche di complesso perché poi ehm... questi soggetti talvolta anche, fanno un discorso razionale di senso dicendo ehm "la società è tendenzialmente binaria e quindi tende a portarti da una parte o dall'altra, per cui se la società non fosse binaria allora mi potrebbe riconoscere..." **eh però anche se questo è accattivante questo pensiero, c'è qualcosa di vero rispetto al binarismo, però poi ci sono anche una percezione nostra degli altri, che non è una percezione razionale ma che si attiva prima che sia consapevole e che si attiva sui caratteri secondari della persona no?** [...] perché comunque abbiamo internamente anche incarnato un sistema di percezione quindi quello rappresenta un problema, **è un po' una sfida anche la nostra modalità di percepire cambierà?** anche proprio a livello proprio fisiologico... cioè cambierà anche la nostra modalità di percepire e quindi, ecco staremo più attenti a classificare maschio o femmina, chissà no se poi si attivano anche modifiche fisiologiche..." (L.)

La teoria che L. lega al non binarismo è connessa alla percezione dell'essere umano nella società più ampia, ciò che viene da lui definito come sistema di percezione che "abbiamo internamente anche incarnato". Il dubbio e la domanda che si pone consistono nel cambiamento parallelo del modo di definire il genere e delle modalità percettive e fisiologiche.

7.3.2.5 Il non binarismo tra Distanza e Sconvolgimento dei criteri della transizione

La dimensione entro la quale i diversi posizionamenti assunti dai/le professionisti/e in relazione al non binarismo e a sé nel lavoro clinico in queste situazioni, è rappresentato dalle due polarità

semantiche della “distanza” e dello “sconvolgimento” dei criteri della transizione di genere, ovvero i criteri suggeriti della diagnosi.

4. **“Il non binarismo lo possiamo lasciare... su un altro piano”**

Un primo posizionamento può essere rappresentato da “il non binarismo lo possiamo lasciare... su un altro piano”. In questo senso il non binarismo viene inteso e associato ad una “sfida” e ad una “provocazione” nei confronti del sistema di genere binario e quindi dell’esistenza di sole due categorie, modalità di pensiero comune e normativa nel nostro sistema culturale.

“V.: O almeno questo era, però ecco un discorso è ok, quello che facevo prima no, anche lì, è una mia responsabilità io devo, devo, dobbiamo arrivare a... descrivere quello che provi secondo intanto un **linguaggio che è quello del percorso di transizione, quindi la definizione del non-binario è su un piano diverso, è un'interpretazione, un'idea che tu hai di cosa vuol dire ehm..** stare e ha tutto a che vedere anche poi con un piano personologico ancora diverso molto più sul versante border non grave ma mmm... **Di sfida verso, come dire di, narcisista un po' di provocazione costante verso la società, nel senso che se io sono diverso, se io non rientro nelle categorie che vanno bene a voi eee comuni mortali, allora faccio della mia identità, il punto di sfidare, di essere una sfida vivente di queste categorie che sono così fittizie.** [...] nel momento in cui non è più disturbo dell'identità di genere come identità da una parte identità dall'altra cominciamo a mettere in discussione il binarismo e tutto, anche poi la tutta la necessità l'elemento eccetera diventano una quantità di quanto male sto con il mio seno, punto. **Nel senso, e il non binarismo lo possiamo lasciare... su un altro piano no?** [...] (V.)

Questa provocazione viene inoltre paragonata al percorso di transizione, esplicitando che come premessa crea dei problemi alla prosecuzione del percorso poiché esso stesso “parla un linguaggio binario” secondo il Dottor V. Nuove domande possono emergere dal suo punto di vista, come nuovi criteri o nuovi modi di intendere la stessa “disforia” e rapporto con il proprio corpo a partire da queste esperienze ritenute così difficilmente categorizzabili.

5. **“Le persone non binarie sconvolgono proprio tutto”**

Un altro posizionamento si riferisce e mette in relazione il/la professionista alle persone non binarie come persone che “sconvolgono proprio tutto”, sconvolgimento connesso alla percezione della complessità di queste esperienze nella gestione del percorso clinico.

“T.: [...] e poi se prima avevo appunto l’idea che la diagnosi dice questo, i criteri sono questi adesso **mi ritrovo sempre di più con persone di gender non binario, che si definiscono così, che mi stanno mettendo, sono la mia sfida attuale, perché sconvolgono proprio tutto, nel senso che chiedono una cosa ma non hanno i requisiti del dsm poi ne hanno altri e... è solo che è molto complesso,**

è tutto molto complesso... questo rimane eh, la complessità rimane sempre (ride)".
(T.)

Durante questo dialogo, dopo aver ascoltato il termine “complessità” in riferimento al non binarismo diverse volte da parte della psicoterapeuta T., ho provato ad approfondire questo tema attraverso una domanda relativa alla possibile gestione di questa complessità, dal suo punto di vista peculiare.

“J.: nell’ambito un po’ più clinico come prova a gestire questa complessità?
T.: **in ambito clinico? Ah bè faccio psicoterapia... se la persona è disponibile esploro, esploro tutto,** esploro i significati, esploro la storia di vita, esploro le immagini, lavoro con i disegni, con le storie, lavoro con il genogramma [...] se quando ho una disforia di genere bella limpida, chiara come il sole, comunque sono abbastanza veloce, cioè veloce nel senso, i miei tre o quattro mesi li chiedo, però comunque non ho dubbi, **a volte quando sono di fronte al non binarismo eh si fa fatica, dare gli ormoni è faticoso... perché... perché è faticoso... come gestisco tutto questo? Collaboro, collaboro con altre persone,** con una psichiatra che mi sostiene molto, con cui ci confrontiamo, le invio il paziente lo vediamo in due, insomma, l’endocrinologo, creiamo questa rete che ci fa dire ok, iniziamo con un ormone un po’ più basso, vediamo come va poi seguo la persona, **insomma è tutto un work in progress”.** (T.)

Nel caso della Dottoressa T., le modalità di gestione non si scostano dal lavoro abituale e quotidiano nel campo della transizione di genere, includendo la “psicoterapia” per la gestione della complessità. Il posizionamento include pertanto l’esplorazione verso tutti gli aspetti biografici della persona che si definisce come non-binaria.

Tra le implicazioni di questo modo di collocarsi e collocare la persona, viene rintracciato un aumento della durata dei percorsi, che restano tra i 3-4 mesi per quella che definisce come “disforia di genere bella limpida, chiara come il sole” mentre per coloro che si definiscono di genere non binario “si fa fatica, dare gli ormoni è faticoso... perché... perché è faticoso...”. Infine, menziona anche la collaborazione con altri/e colleghi/e come risorsa nell’approccio e nell’affrontare casi critici e particolari.

7.3.2.6 La responsabilità tra il Dire cosa si vede e l’Effetto delle conseguenze

Un ulteriore tema particolarmente rilevante e spesso menzionato e descritto in diversi modi è quello relativo alla responsabilità che il/la clinico/a possiede nel contesto clinico per la transizione di genere. Questa responsabilità viene spesso associata alla valutazione e alla certificazione necessaria per l’inizio del percorso di transizione attraverso la terapia ormonale o gli interventi chirurgici. Pertanto, la responsabilità è spesso definita e posta a fronte di un terzo che può essere

il giudice e al timore degli effetti del cambiamento futuro che potrebbe inficiare la valutazione all'inizio del percorso, ed in particolar modo della loro possibile "irreversibilità".

I posizionamenti assunti in relazione alla responsabilità del/la professionista nel campo della transizione di genere si possono situare lungo le polarità del "dire cosa si vede", ovvero del certificare una condizione clinica, e l'"effetto delle conseguenze", quindi considerare le implicazioni del percorso di transizione per la persona.

1. "Mi assumo la responsabilità di dire che cosa vedo"

Il primo posizionamento che si può rintracciare in relazione alla responsabilità, quindi al lavoro del/la clinico/a nella transizione di genere è dato dall'espressione "mi assumo la responsabilità di dire che cosa vedo".

"V.: poi dopo l'idea è sempre che...io mi assumo la responsabilità come professionista non di controllare la tua vita e decidere che cosa puoi o non puoi fare, **mi assumo la responsabilità di dire che cosa vedo, se lo vedo, di aver fatto in scienza e coscienza, tutto come dire di aver messo in atto tutte le lenti che servono per poter vedere**, dopodiché sei tu che decidi cioè... La vita è tua, il percorso è tuo, sei tu che decidi che cosa vuoi fare, io sono qua a sostenerti nella misura in cui senti il bisogno insomma...". (V.)

Il posizionamento del professionista, in questo caso, colloca la responsabilità non solo nella persona stessa e nelle sue scelte, come descritto nell'intervista più ampia, ma anche nel dire di fronte a qualcuno "cosa si vede". Attraverso queste modalità narrative, emerge un intreccio di posizionamenti che include il professionista, la persona in transito e il contesto a cui si rivolge il dire, ovvero la certificazione o la valutazione clinica.

2. "La responsabilità la vedo molto in questa irreversibilità"

Un altro posizionamento è quello per cui si narra la responsabilità attraverso l'espressione "la vedo molto in questa irreversibilità", legandola al cambiamento quindi alla valutazione da parte del/la clinico/a, come si può rilevare nello stralcio che segue.

"J.: ehm, per la questione della responsabilità che sta emergendo e che ha ripetuto più volte, è un argomento interessante... come definirebbe la responsabilità di uno psicoterapeuta che lavora in questo campo e come questa responsabilità si declina a livello operativo?

N.: ma io la responsabilità la intendo un po' riferita al ruolo terapeuta-paziente comunque, per qualsiasi tipo di problematica il paziente porti, ehm, **in questo caso siccome interviene nel momento in cui tu accompagni fino al grado di giudizio il paziente, il giudice autorizza secondo la normativa attuale l'intervento, ecco la responsabilità io la vedo molto in questa irreversibilità**

per cui se io tecnico ti dico che questa persona effettivamente è nel corpo sbagliato e tu giudice lo condividi sulla base delle prove che io ti porto, **MA CHE IO TI PORTO perché la persona si presenta, ma alla fine di un percorso...** un percorso che ha compiuto con ME, **quindi sono io ad avere la responsabilità di dire sì, effettivamente io sono convinta che tizio possa diventare tizia e se il giudice mi guarda e dice si va bene** allora se le prove sono queste e se hai sentito qualcun altro [...] **Leggo obbligatoriamente tutte le implicazioni future rispetto a dire sì o a dire no** [...] tutto il rispetto del caso però non c'è tutto questo trattenere questo andare verso altro con appunto LA CONSAPEVOLEZZA CHE QUELLO CHE FAI HA DELLE CONSEGUENZE ENORMI. Ecco". (N.)

L'enfasi su certi termini o frasi definisce ancora di più il senso e la portata della responsabilità per la psicoterapeuta in questione. L'uso del pronome "io" in questo stralcio consente di riflettere sulla responsabilità come qualcosa che possiede principalmente la psicoterapeuta e che può non essere condivisa con il paziente. La psicoterapeuta "porta" una valutazione di fronte al giudice attraverso "prove", attraverso delle modalità che non lasciano dubbi ma garanzie anche sulle possibili "conseguenze enormi" che possono prodursi lungo il percorso. Anche in questo caso il ruolo e la posizione del tribunale sono ritenuti importanti punti di riferimento, inserendo nella narrazione, una sorta di gerarchia di responsabilità, prima del/la clinico e successivamente della persona in consultazione.

7.3.3 La relazione

Un'altra categoria semantica che emerge dalle interviste come rilevante è quella relativa alla relazione che si crea nel contesto clinico con la persona in transizione e che colloca, quindi, il punto di vista dei/lle professionisti/e in primo piano. I testi che emergono nascono a fronte di una mia domanda particolare che ha riguardato gli aspetti critici e/o i punti di forza legati alla relazione, piuttosto che in riferimento al lavoro con la persona in transizione.

Questa domanda ha permesso in alcuni casi di far collocare il/la professionista in uno spazio narrativo differente, promuovendo una voce narrante e un racconto in prima persona piuttosto che attraverso modalità discorsive e narrative più impersonali o volte alla spiegazione e illustrazione di caratteristiche o fenomeni. Diversi sono pertanto i repertori interpretativi e i posizionamenti che affiorano dalle narrazioni e che riguardano la relazione tra il/la professionista e la persona in transito.

7.3.3.1 La relazione e i suoi aspetti critici: Urgenza come tempo e profondità

In questo contesto, i repertori interpretativi individuati fanno riferimento ad un particolare aspetto critico che i/le professionisti/e introducono, ovvero ciò che viene narrato come “urgenza” da parte della maggior parte delle persone che pongono una richiesta iniziale di transizione. Le modalità discorsive che compongono i repertori sono pertanto accomunate da enunciati e figure retoriche che hanno a che fare con il tempo, la velocità e l’attesa, e l’esperienza del/la clinico/a. Per tale ragione, la meta-metafora che in questo caso si è potuto identificare si trova in relazione al tempo e alla profondità, che vengono definiti e gestiti all’interno della relazione clinica in questo campo.

1. “Se vuoi fare le cose fatte bene non puoi farle velocemente”

Il primo repertorio interpretativo che emerge è rappresentato dall’espressione retorica “se vuoi fare le cose fatte bene non puoi farle velocemente”. Questa modalità discorsiva ha l’effetto di affermare e sancire un “fatto”, insieme ad un approccio da parte del clinico che nella maggior parte dei casi non asseconda questa urgenza. Attraverso questa modalità si pongono in primo piano diversi tipi di esigenze collocandole in modo diverso a seconda del terapeuta o della persona che pone la richiesta di transizione.

Tra le esigenze del terapeuta vengono menzionate spesso quelle del comprendere e del valutare la situazione nella sua stabilità, e tra le esigenze del cosiddetto paziente vengono invece indicate la necessità di riuscire a tollerare l’attesa e di una comprensione più profonda.

Di seguito lo stralcio di testo dal quale emerge in particolare questo tipo di repertorio e condiviso anche da altri/e professionisti/e, sia nell’ambito pubblico sia nell’ambito privato.

“poi l’altro discorso è quello dell’urgenza... no, **vuoi lavorare con me, non c’è urgenza**. In particolare, per favorire il mondo della transizione che ci arriva da con cui abbiamo una convenzione, con no, quindi abbiamo tariffe più basse, dei pacchetti specifici... **però io spiego bene una cosa no, che il nostro studio si pecca di fare le cose molto bene, molto velocemente e farle pagare anche poco**. Però ne possiamo prendere solo due di queste cose contemporaneamente, **se vuoi fare le cose fatte bene e pagarle poco, non puoi farle velocemente... quindi aspetti**, anche perché per esempio, se io ho una causa penale, le cause penali hanno la precedenza, che sono le cause che devo fare io, per cui aspetti, dico davanti a te ci sono 5 persone, se vuoi andare da un’altra parte vai da un’altra parte, io vado a nastro per cui non è che se arriva uno da , vuoi pagare poco, fai le cose fatte bene, se le vuoi fatte male te le faccio subito (sorride) no, questo lo applico a chiunque”. (D.)

In questo caso emerge anche un particolare posizionamento del Dott. D., psichiatra nell’ambito privato, in riferimento a questa urgenza, collocando la persona rispetto a sé attraverso l’espressione

“se vuoi lavorare con me, non c’è urgenza” e il suo studio come un contesto che “si pecca di fare le cose molto bene, molto velocemente e farle pagare anche poco”.

Pertanto, le “cose fatte bene” vengono associate direttamente a tempistiche lunghe, o quantomeno, non “veloci”. La teoria che mette in relazione l’efficienza di un lavoro con le tempistiche dilatate nel tempo e l’inefficienza con la loro riduzione, viene così applicata per tutte le persone che scelgono di essere seguite dal loro studio e si configura come espressione retorica condivisa da molti/e professionisti/e nonché dal senso comune, per cui processi veloci vengono considerati poco rigorosi e validi, ovvero “fatti male”.

2. “Chi vuole capire veramente”

Questo repertorio interpretativo si costituisce a partire da un’ulteriore contrapposizione, non solo tra urgenza e rigore, bensì tra urgenza e “riflessione”, che appartiene a “chi vuole capire veramente”. La teoria sottostante è che chi si pone l’obiettivo e richiede di ottenere i documenti necessari velocemente o poiché il percorso clinico viene inteso come “passaggio obbligato” non è interessato a intraprendere un percorso di conoscenza o approfondimento nel contesto clinico. Alla base di questo repertorio si trova, pertanto, il rapporto connesso discorsivamente, tra il tempo dilatato e la “comprensione vera e profonda”.

“N.: Quindi ecco poi... Come dire, **la categoria delle persone che si rivolgono al terapeuta perché vogliono arrivare alla perizia e all’autorizzazione è decisamente diversa in termini di profondità e riflessione rispetto alla categoria di chi vuole capire veramente.** Perché chi si rivolge perché obbligatoriamente per legge deve fare questo passaggio **non è così interessato a capire, è interessato ad ottenere il risultato.** E questo come dicevo prima pone dei grossi problemi a livello terapeutico **perché questa persona non ha voglia di andare in profondità e ti chiede ehm dicendoti che non può fare diversamente, perché lui SA, lui o lei ma più lui.** Eh SA che è così e tu non hai il diritto di fare questa verifica, come non ha diritto il giudice di dire di no...” (N.)

In questo stralcio la Dott.ssa N. contrappone due categorie di persone, ovvero chi intende “capire veramente” e chi vuole “ottenere il risultato”. Il problema a livello clinico per la psicoterapeuta è che la persona non voglia andare in “profondità”, assumendo e rendendo la profondità un punto chiave del suo lavoro. Infine, emerge anche uno sconto tra ruoli, della persona che viene definita come persona che “sa” (in particolar modo “lui”, intendendo, con un pronome erroneo, le persone MtF) maggiormente rispetto al terapeuta che, invece, non ha “il diritto di fare questa verifica” così come il giudice di “dire di no”.

Lo scontro tra ruoli suggerisce una riflessione in merito al tipo di relazione gerarchica tra i/le due interlocutori/trici nel contesto clinico e a chi può essere considerato esperto e di cosa. L'inserimento del termine "verifica" può suggerire che il "sapere" del terapeuta, al contrario, sia legato alla competenza della valutazione e della condizione clinica in generale e diagnostica in particolare. Il tono attraverso cui vengono enunciate le ultime frasi, l'accento e l'enfasi sul "sa" sembrano posizionare nella narrazione l'esperto più nel ruolo di un ipotetico terapeuta piuttosto che nella persona in consultazione.

3. "Prendere una decisione così importante necessita di moltissima esperienza"

Un altro tipo di repertorio interpretativo in riferimento all'urgenza, così come viene il più delle volte nominata, insieme a termini come "fretta" e "fare tutto e subito", può essere riassunto nell'espressione "prendere una decisione così importante necessita di moltissima esperienza". In questo caso l'urgenza non viene ritenuta assecondabile, scelta giustificata da modalità discorsive che configurano la decisione di intraprendere il percorso di transizione (l'inizio del percorso ormonale e i successivi possibili interventi) come "importante" e "delicata".

Nello stralcio seguente la Dott.ssa O., psicoterapeuta che lavora nell'ambito pubblico con gli adolescenti in particolar modo, associa l'urgenza all'assunzione di ormoni, definendola appunto come "molto delicata" nel campo di questa fascia d'età.

"allora l'aspetto critico è questa urgenza, che portano gli adolescenti quando vogliono iniziare a prendere ormoni precocemente perché la somministrazione di ormoni ad un minorenne è sicuramente molto delicata perché causa molto probabilmente la sterilità. Per cui prendere una decisione così importante necessita di moltissima esperienza, ehm, non è facile, ovviamente in quattro incontri sarebbe impossibile pensare di fare una cosa del genere quindi è necessario veramente necessario quando ci sono adolescenti che sperimentano rischio suicidario per esempio adesso sto seguendo un ragazzo che ha una fortissima chiusura e che è a rischio suicidario, ehm, allora è necessario muovere tutti i canali possibili [...]". (O.)

La decisione di dare conferma per l'inizio del percorso di transizione medicalizzato viene considerata come delicata e importante non soltanto nell'ambito dell'adolescenza, ma anche per l'età adulta, in questo caso sancendo una differenza in termini di definizione e "cristallizzazione" dell'identità e della cosiddetta disforia di genere, così come il passaggio da una "identità di genere non conforme" a una "disforia di genere" che può permettere la prosecuzione del percorso di transizione. Il criterio che viene associato e contrapposto alla fretta è quello della delicatezza e dell'esperienza del/la clinico, ritenuta fondamentale.

7.3.3.2 Lo psicoterapeuta “usa e getta”

Un altro tipo di repertorio interpretativo che emerge dalle interviste è quello suggerito dall'espressione metaforica “lo psicoterapeuta usa e getta”. Questo tipo di repertorio si associa spesso a quello precedente quindi alla configurazione discorsiva dell'urgenza e della fretta che viene portata dalla persona nel contesto clinico nelle fasi iniziali, ma se ne distanzia aggiungendo l'elemento del cambiamento e della sostituzione del/la terapeuta come fenomeno frequente in questo campo.

Una particolare teoria che emerge da parte dei/lle professionisti/e è relativa al cambiamento del terapeuta al fine di raggiungere scopi personali e in tempi brevi, secondo una modalità che in un dialogo con uno psicoterapeuta è stata definita attraverso la figura retorica del “*doctor shopping*” intesa come ricerca di un/a terapeuta che confermi e asseconi le richieste della persona in transizione.

Di seguito uno stralcio di intervista in cui affiora questo repertorio interpretativo.

“ci sono persone che vengono qui anche molto determinati, ma poi si scopre che non è quella la loro intenzione e questo può essere un aspetto un aspetto critico ehm, l'altro è che ehm... **può essere utilizzare lo psicoterapeuta per la doppia necessità di avere tutta una serie di documenti e quindi c'è un po' l'utilizzo dello psicoterapeuta usa e getta, quando ho un po' tutte le cose è finito il nostro lavoro... e quindi li diventa difficile far passare il messaggio al paziente che c'è la necessità di lavorare per una durata un po' più ampia perché anche dall'ospedale, dal medico viene detto che anche lo psicologo è utile in questa fase, questo può essere un aspetto critico...**” (L.)

Il cosiddetto terapeuta “usa e getta” viene associato alla “necessità di avere tutta una serie di documenti” per poi concludere il lavoro, rendendo difficile “far passare il messaggio al paziente che c'è la necessità di lavorare per una durata un po' più ampia”, percorso e tempistica considerata utile come anche sottolineato dal medico (endocrinologo che somministra la terapia ormonale).

Da queste modalità narrative emergono non soltanto descrizioni di quello che viene definito come un fenomeno comune, ma anche aspetti emotivi di frustrazione e difficoltà a partire dalle interazioni e scambi con il/la particolare interlocutore/trice.

In relazione a questo repertorio interpretativo, emerge un particolare posizionamento che mette in rapporto le persone in transito al/la terapeuta attraverso l'espressione “avevano bisogno di fare la loro piccola Odissea”. In questo caso, ci si riferisce a persone che hanno cambiato diversi servizi

per la transizione. Lo psichiatra in questione si posiziona definendo il proprio servizio (“nostro servizio”) come orientato alla “competenza” piuttosto che alla “velocità”, contrapponendo ulteriormente la “rapidità” alla “rigorosità”, principi che non sempre vengono accolti da chi porta la richiesta di transizione nel contesto clinico.

“Io purtroppo ho avuto molti casi di persone che avevano non so, un pezzo a Torino un pezzo a Genova, andavano su e giù no? **Poi forse erano anche loro che avevano bisogno di fare la loro piccola Odissea**, però devo dire che il nostro servizio è orientato alla competenza, certamente non alla velocità tra virgolette nel senso che ehm non siamo estremamente rapidi, dall’altra parte siamo estremamente rigorosi. Questo magari non piace a chi vuole fare una transizione chi viene “vengo e pago voglio fare una transizione subito” no. Peraltro chi ha la disforia, proprio perché la necessità di cambiamento è talmente forte che comporta delle condotte, delle richieste che sono molto tumultuose...” (D.)

In questo caso l’“Odissea” è associata al bisogno, che viene ripreso in conclusione sottolineando che “chi ha la disforia” (considerando la categoria diagnostica come un possesso dell’individuo o come qualcosa di cui egli/ella è afflitto/a) si caratterizza per “condotte” e “richieste” “tumultuose”, quindi dando una sorta di spiegazione o giustificazione che riconduce questi comportamenti alle caratteristiche della disforia stessa.

7.3.3.3 “Porta i criteri che sa che deve portare”

Un ulteriore repertorio interpretativo che emerge in rapporto alla relazione e ai possibili aspetti critici in questo campo, fa riferimento a quelle che vengono definite dai/lle professionisti/e come “risposte preconfezionate” o “copioni”.

Il repertorio interpretativo è rappresentato dalla frase “porta i criteri che sa che deve portare”, rappresentazione e retorica condivisa da molti/e professionisti/e che lavorano nel campo della transizione di genere.

Relativamente alle interviste svolte, le cosiddette risposte preconfezionate e copioni sono narrati come elementi e modalità volte al raggiungimento del proprio obiettivo, ovvero l’inizio del percorso attraverso l’ottenimento della certificazione di un disturbo.

“A.: diciamo che la mia sensazione è che questo è un campo dove siccome la persona si auto presenta, **solitamente portando i criteri che sa che deve portare (sorride) è così poi perché l'ambito è molto viziato** dal fatto che si unisce una dimensione medico-legale e una dimensione clinica, le due cose vanno molto assieme, **c'è una richiesta e si sa che le persone che stanno valutando possono facilitare o meno ehm, gli interventi.** di fatti quello che spesso si cerca di fare è spostarsi il più possibile dalla **ripetizione meccanica** di quelli che sono i criteri, cercando di capire un po' come funziona la persona nel senso

più ampio e quindi capire insomma se c'è stato una **riflessione profonda** su quello che è il tra virgolette il sintomo che viene portato o se viceversa è frutto di impulsività o frutto di qualcosa di altro. ehm... l'impressione è che bisogna farci molto l'occhio [...]". (A.)

Il Dott. A., psichiatra che opera nel contesto pubblico, esplicita il legame che trova tra “i criteri che sa che deve portare” e il contesto che viene definito come “viziato” per la presenza di una dimensione clinica e medico-legale, legata alla certificazione diagnostica e all’iter del tribunale per il cambiamento anagrafico e l’accesso agli interventi chirurgici. Tra le retoriche e i discorsi già presenti e conosciuti a livello del contesto culturale più ampio, egli aggiunge quello legato alla facilitazione o meno degli interventi da parte della classe medica (in particolare psicologico-psichiatrica), dando per assodata questa capacità dall’uso del verbo “si sa” in termini generali.

Anche in questo caso emerge una contrapposizione tra la “riflessione profonda” e l’“impulsività” della persona che porta la richiesta, sottolineando, in maniera impersonale, che “bisogna farci molto l’occhio”. I criteri dell’ipotetica osservazione non vengono menzionati, ma viene individuata la formazione specifica come elemento necessario.

Successivamente, come spesso condiviso anche da altri/e professionisti/e, egli esplicita come nel momento posteriore alla certificazione, l’atteggiamento da parte delle persone cambi e “il livello di sincerità, di apertura dei pazienti aumenta tantissimo”. Questo scarto viene connesso attraverso il “come se” alla possibilità che il riconoscimento consenta un’“apertura” maggiore, a fronte del timore del “ritardo” della terapia ormonale.

7.3.3.4 La relazione tra Sospetto e Ostacolo

In rapporto alla relazione e in particolare, all’elemento configurato come critico relativo alle “risposte preconfezionate”, emergono due particolari posizionamenti da parte dei/lle professionisti/e. Queste modalità narrative si situano lungo una dimensione che può essere rappresentata dalle polarità semantiche del “sospetto” verso la persona in transito e dell’“ostacolo” percepito dalla stessa nei confronti del/la professionista. Da una parte si tende a sottolineare, dal proprio punto di vista, il bisogno di non dare per scontato le narrazioni dell’altro, mentre dall’altra, si mette in risalto il possibile punto di vista della persona in transito come timorosa della valutazione.

1. “Sempre diffidare”

Un posizionamento possibile da parte del/la professionista relativamente a queste modalità narrative portate nel contesto clinico è suggerito dall'espressione "sempre diffidare". In questa narrazione, la psicoterapeuta afferma come si debba diffidare di chi porta argomenti certi come "tanto io lo so", riferendo qualche esempio narrativo. La posizione del/la terapeuta dovrebbe essere pertanto di sospetto verso la persona che porta una richiesta di transizione.

"[...] **sempre diffidare di chi propone o afferma che sia così "tanto io lo so",** perché poi c'è stato tutto il periodo in cui, soprattutto MtF, sembrava un copione già scritto no, "si perché io da bambina giocavo con le barbie, non stavo mai con i maschietti, non giocavo a calcio, io all'asilo stavo con le bambine, io mi mettevo le scarpe della mamma..." cioè proprio... e io li fermo subito, quando l'esordio è questo dico non mi interessa che tu mi dica che c'era già [...]" (N.)

Questo tipo di posizionamento conduce a ribadire implicitamente la propria posizione di esperto/a con obiettivo di valutazione, e quella della persona in transito come non competente della condizione, ma che richiede una valutazione profonda da parte di un/a professionista del campo psicologico o psichiatrico.

2. "Lo psicologo potrebbe ostacolarli nella loro idea"

Un altro tipo di posizionamento è invece suggerito dall'espressione "lo psicologo potrebbe ostacolarli... nella loro idea". Nello stralcio che segue, non è presente un posizionamento in prima persona da parte della psicoterapeuta, ma si può rilevare il modo di posizionare l'altro rispetto alle "risposte preconfezionate" che include l'individuazione di aspetti tipici degli/le adolescenti e il legame con tali risposte.

"[...] **ehm, alla base i ragazzi hanno paura di non essere creduti.** e quindi all'inizio sono piuttosto restii a parlare, molto spesso come gli adulti **tendono a raccontare storie preconfezionate perché partono dal presupposto che lo psicologo potrebbe ostacolarli nel loro percorso di transizione, nella loro idea.** di solito infatti i primi 4 incontri sono i più difficili [...]" (O.)

La "paura di non essere creduti" associata all'adolescente viene connessa ("quindi") alle risposte preconfezionate a causa ("perché") del "presupposto che lo psicologo potrebbe ostacolarli nel loro percorso di transizione". In questo caso viene specificato che questo presupposto e timore sia frutto o provenga da una loro idea, piuttosto che essere legato all'ambito clinico o a retoriche e discorsi presenti nel contesto socio-culturale più ampio.

7.3.3.5 La relazione tra Dubbi e Gestione del potere

Un ulteriore dimensione che emerge dalle interviste e che raccoglie due particolari tipi di posizionamento da parte dei/le professionisti/e comprende il rapporto con alcuni aspetti critici che riguardano il/la terapeuta stesso/a. Questa dimensione si compone pertanto dalle polarità semantiche dei “dubbi”, rispetto al proprio ruolo e alla propria persona e alla “gestione del potere” che si possiede nel contesto clinico.

1. “È necessario che uno a un certo punto si interroghi un po'”

Da una intervista emerge un posizionamento peculiare in riferimento al ruolo del/la clinico nel rapporto con le persone in transizione, rappresentato dalla frase “è necessario che uno a un certo punto si interroghi un po'”.

“[...] è un lavoro che a volte richiede che uno cerchi di capire situazioni apparentemente a cui magari non ha mai dovuto pensare esattamente in quei termini, non lo so, alcune persone, questi sono fenomeni più recenti però alcune persone più giovani giungono presentando delle identità ehm... che spesso sono ancora magari in strutturazione però portano delle etichette nuove tutte da capire, nel senso che dire che qualcuno è queer non vuol dire niente se non spiega che cosa vuol dire queer, dire che uno è agender non vuol dire niente se non mi spiega di cosa sta parlando, rimangono, forse anche dire maschio e femmina è, vuol dire poco, se uno non specifica che cosa vuol dire per lui però certo è che alcuni termini nuovi sono è come se richiedessero così, **devono attivare quella curiosità per capire di cosa si sta parlando, senza bollarli immediatamente così come privi di significato, e secondo me interrogano un po'** la necessità di è difficile che un argomento di questo tipo, **che tocca degli elementi così profondi e nucleari dell'identità, forse anche su componenti che sono profondamente preverbali, è difficile che una cosa del genere non stuzzichi qualcosa anche nel clinico** [...] qual è la risposta che la persona ha davanti alla persona transgender eee soprattutto agli inizi secondo me quella è una parte da tenere molto in mente, ehm... sì in un certo senso **forse è necessario che uno a un certo punto si interroghi un po' su come... in maniera più soggettiva, insomma su che cos'è poi questa identità, per se stessi, come si lega alla sessualità, all'orientamento, come la vive in maniera inconsapevole nei rapporti con gli altri, cioè deve avere, attiva modo secondo me questo processo poi di riflessione su di sé.** ehm... con tutti i pro e i contro che questo ha nelle relazioni cliniche. (A.)

In questo stralcio si può notare come il Dottor A. espliciti una riflessione in merito al rapporto tra clinico/a e persona in transito nel contesto clinico. Ancora una volta, non ci sono posizioni personali assunte nella narrazione pur esplicitando una riflessione personale.

Nel testo emerge comunque l'idea che in questo campo “non si smette mai di pensare”, che “richiede una capacità di viaggiare su quella ambivalenza” a livello di modalità operative e modelli teorici, nonché una “sensazione di fatica” a fronte del percorso per la singola persona. Il non

smettere di pensare si associa alla complessità e alle diverse possibilità che portate nel contesto clinico, alle quali ci si affaccia anche per la prima volta. In questo senso viene ritenuto importante specificare le etichette, ritenute senza senso in caso contrario, nonché avere “curiosità”. Inoltre, pone su due piani distinti ciò che appartiene alle parole e alla relazione, quindi su “componenti preverbal”, inconsapevoli che possono giocare un ruolo nel clinico stesso. Pertanto, egli parla di una riflessione necessaria su di sé per l’“attivazione” di aspetti soggettivi, profondi dell’identità. L’interrogarsi viene quindi utilizzato per posizionare il proprio ruolo nel campo del dubbio e della riflessione su di sé, attraverso l’esperienza e le modalità di definirsi della persona in transito che si incontra nel contesto clinico.

2. “È un potere che va maneggiato con molta cura”

Un ulteriore posizionamento particolare che si colloca nella seconda polarità della dimensione rintracciata, si lega all’elemento critico che viene esplicitato in una intervista specifica come “potere”. Non emerge in risposta alla mia domanda ma viene definito come critico nel corso del dialogo, ripreso in momenti diversi. Il posizionamento in questo caso specifico può essere rappresentato dall’espressione “è un potere che va maneggiato con molta cura” ponendo sé come professionista in una posizione di attenzione rispetto alla sua gestione.

“[...] A volte... Ecco, a volte sento di avere questa caratteristica no del fatto no che tu hai il potere di decidere per una persona, se deve fare la transizione, se può farla, se non può farla, ed è abbastanza forte come cosa perché ti rendi conto che insomma, non... cioè è un potere che va maneggiato con molta cura. Ecco, con molta molta cura. Ehm... e... bisogna stare un po' attenti ecco a come si utilizza... È un po' complicato... E comunque cerco di confrontarmi molto con i colleghi quando ho dei dubbi”. (T.)

In questo stralcio possiamo rilevare come il fatto di poter decidere di far proseguire o meno nel percorso non venga inteso o descritto come semplice percezione o discorso condiviso, ma venga associato esplicitamente al termine “potere” come dimensione posseduta dal/la clinico/a.

Tale potere per la Dottoressa T. viene inoltre legato alle figure retoriche “è abbastanza forte come cosa”, “va maneggiato con molta cura”, ribadendo l’avverbio “molta”. Il potere assume in un certo senso un connotato di delicatezza e fragilità, ma allo stesso tempo di forza. È associato inoltre allo “stare attenti a come si utilizza” quindi alla caratteristica di essere “complicato” e al ruolo dei colleghi cui rivolgersi per eventuali dubbi, inserendoli nella gestione di questo potere.

Per entrare nel merito della complessità e dell'uso di questo potere ho quindi chiesto alla Dottoressa T. come lo si può gestire dal suo punto di vista.

"J.: tra questi aspetti critici come ha detto lei c'è questa questione del potere, secondo me lei come si potrebbe gestire?

T.: mah... allora io sono, **cerco di farlo ehm esplicitando sempre i pazienti i miei dubbi cioè nel senso rendo abbastanza espliciti i dubbi li affronto con loro, rimando esattamente quello che penso...** ehm... rimando al fatto che le cose insomma hanno bisogno di tempo, ehm... cerco di non, **insomma cerco di costruire anche una domanda terapeutica o di tirarla fuori**, nel senso che ehm, nel senso che non c'è solo la transizione nella vita delle persone, **io cerco sempre di allargare poi a tutto il resto**, alla vita in generale e alle difficoltà che ci possono essere, al carattere, la personalità... ehm, **e facendo questo poi appunto trovo che il paziente trova beneficio deve trovare anche un beneficio, non deve venire solo per avere una valutazione no? deve riuscire a maneggiare la transizione con cura, ad affrontarla nella maniera più serena possibile quindi...** cerco un po' di allargare sempre. di fare proprio psicoterapia e di non fare solo la mera diagnosi [...]" (T.)

La gestione del potere viene associata all'esplicitare i propri dubbi come psicoterapeuta: "rendo abbastanza espliciti i dubbi li affronto con loro, rimando esattamente quello che penso".

Si esplicita quindi il ruolo della persona in consultazione per affrontare i dubbi della terapeuta, che parla in prima persona, esplicitando i dubbi e bisogni. Inclusione della persona che si ritrova alla fine del testo nel termine "contratto", che lascia intendere una sorta di accordo e di patto tra i/le due interlocutori/trici. Il ruolo del paziente tuttavia si perde durante il testo ove il posizionamento personale della terapeuta si dirige verso la creazione di qualcosa per la persona piuttosto che una costruzione condivisa, ad esempio: "cerco di costruire anche una domanda terapeutica o di tirarla fuori"; "io cerco sempre di allargare poi a tutto il resto"; "trovo che il paziente trova beneficio"; "cerco di non fare mai solo questo pezzo qua e lo dico esplicito molto cioè lo esplicito io non sono qua per fare la diagnosi se vuoi la diagnosi vai dallo psichiatra, qua sono per costruire insieme un percorso".

7.3.3.6 La relazione e i suoi aspetti rilevanti: "L'apertura mentale"

Il repertorio interpretativo maggiormente condiviso dai/le professionisti/e con i/le quali ho avuto la possibilità di dialogare è rappresentato dall'espressione retorica e metaforica "ci vuole un'apertura mentale incredibile". Questa figura retorica si associa spesso ad una "posizione non giudicante", all'"accoglienza", all'essere "alleato del paziente" verso le storie e le biografie delle persone in transito. Per questo motivo, viene descritta come utile una specializzazione nel campo

della transizione di genere per evitare l'emergere di stereotipi o pregiudizi verso le realtà trans, quindi una capacità di non giudicare secondo pregiudizi legati al genere e alla sessualità.

"allora bè dal punto di vista psicoterapico, ehm ecco lì ecco lo psicoterapeuta forse è anche per questo che non ci sono tanti psicoterapeuti che si occupano di questa tematica, a me è capitato di persone che avevano una specializzazione in sessuologia ma che non avevano mai, **non si sentivano pronte perché ci vuole anche un'apertura mentale incredibile...** non mettersi in una posizione giudicante, anche lì non attivare stereotipi, o ehm non pensare qual è la direzione giusta per il paziente come uno fa generalmente con gli altri, **però anche lì è difficile nel momento in cui poi la persona deve prendere delle decisioni reali e quindi questo è un punto di forza, mantenere un'apertura mentale, essere sempre alleato del paziente,** qualsiasi decisione effettivamente che pensa sia buona per sè, che venga fatta insomma con all'interno delle strutture insomma no (sorride) che possano dare delle garanzie poi penso che... [...]

però una delle prime cose è quello di sentire anche lo spazio di psicoterapia sia accogliente quindi di solito appena arriva il paziente tendo a dare i maschile o il femminile indipendentemente dal fatto che abbia fatto la transizione o meno ma come si sente maggiormente a proprio agio, invece c'è anche lì ogni tanto qualche articolo di qualche psicoterapeuta se do del lei alla persona che vuole transizionare dal maschile al femminile allora ci incastriamo nel riconoscere, cioè è già riconoscerlo quindi non è più problematizzare... se invece do allora, insomma... **in realtà penso che la condizione principale sia quella di far sentire a proprio agio il paziente, il paziente successivamente problematizza e non...** si c'è un po' questa paura della strada senza ritorno, che è immodificabile, fa qualcosa che rimane per tutta la vita e questo responsabilizza molto lo psicoterapeuta..." (L.)

L'accoglienza e l'apertura mentale vengono intesi come requisiti e aspetti particolarmente importanti per una buona relazione terapeutica e per promuovere l'efficacia del percorso e della relazione clinica.

In questo caso il Dottor L. pone anche delle differenze nel lavoro clinico tra la gestione delle scelte per le persone trans e altre situazioni che giungono nel contesto clinico. Ad esempio, se una persona dovesse decidere se trasferirsi o meno in un altro paese "lo psicoterapeuta è molto più rilassato" probabilmente per la percezione di un diverso tipo di responsabilità diversa nel caso di una "trasformazione".

Da una parte viene esplicitata l'importanza dell'accoglienza e del non giudizio, del "far sentire a proprio agio" l'interlocutore/trice, dall'altra anche la responsabilità e il possibile "spavento" da parte del/la terapeuta che deve affrontare questo tipo di richieste di cambiamento, giudicate come "strade senza ritorno" e "immodificabili".

7.3.3.7 Dal bisogno dell'altro alla relazione

Diversi sono pertanto anche i possibili posizionamenti assunti dai/lle professionisti/e, nella maggior parte coerenti con il repertorio interpretativo precedente.

La dimensione semantica che può essere delineata a partire dai posizionamenti che emergono dai testi può essere rappresentata dal polo del bisogno dell'altro, ovvero modalità discorsive che collocano l'altro secondo specifiche necessità e dal polo della relazione, ovvero modalità discorsive che includono il/la clinico/a e la persona in transizione nel dialogo e nell'interazione nel contesto clinico.

1. **“Hanno bisogno di essere visti, raccolti”**

Un primo posizionamento emerge da modalità discorsive che collocano le persone in consultazione come coloro che “hanno bisogno di essere visti, raccolti”, ovvero di “non essere giudicati”, di qualcuno che dica “tu vai bene così”, come nello stralcio che segue. Il posizionamento del/la terapeuta in questo caso non è incluso come interagente nella relazione ma come figura professionale che può possedere e mettere in campo queste caratteristiche e assolvere a questi bisogni.

“allora prima aspetto che queste persone come la maggior parte poi dei pazienti in realtà, hanno bisogno di essere visti, raccolti, cioè è un elemento importante è quello di trovare davanti qualcuno per il mio punto di vista che non lo giudichi. che non abbia un giudizio morale, che li accolga in un qualche modo dicendo qualsiasi cosa tu voglia essere vai bene così. che è un'esperienza che loro non hanno nella loro vita perché chiaramente nascono in un contesto familiare e sociale eccetera che costantemente gli rimanda che non vanno bene, quindi l'elemento di accoglienza, e di dire... e mi viene da dirti che tutti i gay pride, che tutta quella manifestazione eccessiva, è un po' come se fosse il bambino piccolo fai il cattivo perché vuole solo che genitori gli dica vai bene lo stesso, la mamma ti vuole bene lo stesso anche se sei cattivo [...]” (I.)

In questo stralcio emerge il posizionamento rispetto alle persone in transizione che vengono giudicate come aventi bisogno di essere accolte e raccolte. Con l'esempio delle manifestazioni come il gay pride, la psicoterapeuta afferma “è un po' come se fosse il bambino piccolo fai il cattivo perché vuole solo che genitori gli dica vai bene lo stesso, la mamma ti vuole bene lo stesso anche se sei cattivo”. E con questa similitudine, la Dottoressa si posiziona dicendo “mi verrebbe da dire a tutti quanti andate bene lo stesso e quella roba lì si acquieta”. La frase “vai bene lo stesso” diventa un elemento cardine di questa narrazione, che si associa a “sei il benvenuto” riferito alla persona e a tutto ciò che può portare nel contesto clinico, nonostante aggiunga poi possano arrivare con una modalità di “messa alla prova”.

2. “Si ha la sensazione di avere contribuito in qualche modo”

Un altro posizionamento è invece relativo a “si ha la sensazione di avere contribuito in qualche modo” al “cambiamento”, al “benessere” della persona in transizione. Questo è generalmente accompagnato da “soddisfazione” e sensazioni positive da parte del/la clinico/a, dalla percezione di “aiutare”, “fare qualcosa per qualcuno”. In questo caso, il posizionamento si colloca in un’altra polarità che si riferisce strettamente al/la clinico/a piuttosto che alla persona in transito oppure alla relazione, nell’identificarsi come parte e produttore/trice di cambiamento.

“punti di forza. allora... premesso che non è una delle utenze più facili, perché è un’utenza che viene senza desiderare quel tipo di intervento spesso per cui ehm... se uno è alla ricerca di facile gratificazione non è questa la clinica dove cioè, si ottiene con più facilità, **però in realtà i punti di forza sono la soddisfazione che ci sono dei momenti in cui proprio alcune persone rinascono e quello è qualcosa di talmente evidente di talmente... e poi fondamentalmente bello, è una ripresa della vita tale... che si ha la sensazione di avere contribuito in qualche modo a un ottenimento di un benessere, c'è un'alta soddisfazione soprattutto con alcune persone che provengono da storie di forte sofferenza, e in qualche modo cambiano, ma cambiano veramente in maniera molto profonda, da persone molto introversite improvvisamente nell'arco di qualche anno diventano persone invece ehm aperte, disponibili, meno sospettose...”.**

(A.)

3. “Credo che sia importante starsi simpatici”

Infine, un ulteriore possibile posizionamento fa riferimento all’espressione “credo che sia importante starsi simpatici”. In questo senso, oltre a riferimenti teorici, modalità operative più o meno standardizzate o inerenti le linee guida per la transizione, lo starsi simpatici viene considerato come aspetto importante nella relazione. In questo caso, entrambi/e i/le protagonisti/e dell’incontro vengono posizionati e messi in relazione in questo contesto come parti interagenti in un percorso di cambiamento.

“mmm... sai dipende anche molto da chi hai davanti cioè come dire uno potrebbe dire sai una risposta un po' da para, che c'è... cioè è importante, io sento molto l'utilità di una certa sensibilità clinica sviluppata anche in altri contesti nel creare un aggancio, nel rispondere a una richiesta che è diversa sempre ogni volta. **però... credo che sia importante starsi simpatici (ride) a un certo punto,** cioè riuscire ad avere in mente chiare tutte le cose che ci dicevamo prima però allo stesso tempo **permettersi di essere a proprio agio in sostanza,** perché è una cosa già così difficile che affrontarla con qualcuno che non ti sta simpatico, dall'alto come dire mette distanza, è particolarmente difficile secondo me... **c'è bisogno di sentirsi bene... quindi genericamente vale per tutte le terapie ma a maggior ragione in una terapia, in un percorso che ha un po' anche l'elemento della valutazione...** cioè io sono qui per farmi valutare

da te, è un po'... sì, secondo me quello lì è importante che sia, neutralizzata questa parte..." (V.)

“Starsi simpatici” viene associato al “permettersi di essere a proprio agio”, “bisogno di sentirsi bene” nella relazione e nel contesto clinico in cui sono inseriti/e.

Questo aspetto secondo il Dottor V. diventa ancora più rilevante a fronte della necessità anche legale e burocratica di fare una valutazione, contrapponendo a una situazione in cui ci si sente “a proprio agio” una situazione di “distanza”, che sarebbe “difficile affrontare”.

Nelle interviste, diversi sono stati gli elementi del percorso e dell'operatività professionale che sono stati condivisi con me, in quanto ricercatrice interessata alle tematiche trans e alla clinica nel campo della transizione di genere. Il provenire da una formazione in psicologia clinica può aver permesso di entrare nel merito degli aspetti formali ed informali delle proprie pratiche, pur spesso mantenendo il focus della narrazione tendenzialmente sui primi. Ciò che nei dialoghi è stato portato come aspetto critico o che necessita di gestione e raccontato secondo le modalità sopra descritte, mi ha consentito di riflettere sia nel momento stesso dell'intervista sia successivamente. Uno dei punti su cui mi sono spesso soffermata a riflettere riguarda il costante rapporto, a volte, anche di forte tensione, tra prospettive e sistemi di riferimento simbolici messi in campo nell'interazione all'interno di un contesto clinico. Da una parte, molti degli elementi critici riportati prendono avvio dal punto di vista del/la clinico/a rispetto alla persona in transito, per cui l'urgenza o le risposte preconfezionate, solo per fare un esempio, possono apparire come problematiche e generare implicazioni particolari per i/le partecipanti all'interazione. Allo stesso tempo, il ruolo professionale che porta con sé la capacità decisionale in merito ai percorsi di transizione sembra non essere sempre problematizzato o preso in carico esplicitamente, ma comunque utilizzato nelle pratiche ordinarie di valutazione e accesso ai trattamenti, seppur spesso riconosciuto. Infine, in certi casi emerge come l'incontro con l'interlocutore/trice porti a generare dubbi, riflessioni e a richiedere “apertura mentale” che eccede la tecnica e comprende la complessità degli aspetti personali e socio-culturali che investono il genere. Pensando, pertanto alla pratica clinica, uno degli aspetti centrali mi è sembrato centrale, ancora una volta, consiste nel costante, inevitabile e necessario rapporto tra clinico o terapeuta e la persona che si presenta nel contesto clinico, che richiede una pratica di riflessività costante verso di sé e il proprio ruolo professionale e le implicazioni che da questo possono generarsi. Infine, un ulteriore aspetto consiste nella potenzialità della costruzione di un percorso condiviso in cui sono presenti entrambe le persone ma che risponda, in particolare, alle esigenze dell'interlocutore/trice e alla promozione della salute.

7.3.4 La diagnosi

Una delle tematiche centrali di questa ricerca è rappresentata dalla diagnosi che comprende e mette in relazione le modalità operative del/la professionista che lavora nel campo della psicologia clinica, della psicoterapia o della psichiatria, i suoi fondamenti epistemologici, i discorsi e le credenze del senso comune nonché i significati e le esperienze biografiche delle persone protagoniste della transizione.

Il processo della valutazione diagnostica è emerso dalle interviste come fase o come processo essenziale del lavoro clinico nel campo della transizione di genere e diversamente inteso da ogni professionista e contesto operativo.

Quando questo tema non emergeva dal dialogo, ho posto una domanda specifica rispetto a come il/la singolo/a professionista avrebbe descritto la diagnosi, al fine di individuare e raccogliere i significati da lui/lei attribuiti e le modalità discorsive utilizzate per descriverla e costruirla. Spesso le risposte hanno compreso spiegazioni più o meno tecniche che non includevano il/la professionista e il suo modo di intendere, descrivere e raccontare la diagnosi, rilevante per gli obiettivi della ricerca, così in alcuni casi ho dovuto specificare e circoscrivere la domanda, collocando la diagnosi in riferimento al cambiamento dei termini nei manuali diagnostici piuttosto che al suo legame con la malattia, sulla base di ciò che era stato già condiviso e inserito nel dialogo, per poter far emergere modalità di attribuzione di significato che non fossero limitate alla descrizione dei criteri diagnostici.

In questo paragrafo vengono pertanto esposti i repertori interpretativi condivisi o particolari in merito alla diagnosi nel campo della transizione di genere, piuttosto che della categoria diagnostica “disforia di genere” nello specifico, i posizionamenti assunti in riferimento al processo diagnostico dal/la professionista messi in campo e infine, teorie personali e posizionamenti in relazione a peculiari riflessioni emerse e repertori interpretativi rispetto ad ulteriori significati connessi alla diagnosi.

7.3.4.1 La diagnosi come Disturbo e Sofferenza

I repertori interpretativi che sono emersi in relazione alla diagnosi sono diversi e possono essere accomunati dalla meta-metafora del disturbo e della sofferenza. In alcuni casi le modalità

discorsive utilizzate generano un rapporto di causalità o correlazione tra il disturbo e le sue conseguenze, mentre in altri casi il disturbo sembra essere la conseguenza di altri fattori.

1. “Sciogliere la matassa”

Il primo repertorio interpretativo fa riferimento alla diagnosi e alla sua utilità nel “sciogliere la matassa”. Attraverso questa espressione metaforica la diagnosi viene connessa alla capacità di distinguere tra condizioni cliniche e di rappresentare una condizione clinica specifica. Il disturbo così nominato viene considerato come una “entità a sé stante”, non necessariamente connessa ad altre problematiche o disturbi di “innesco”, per i quali, al contrario, la diagnosi richiederebbe di essere “rivista”. La diagnosi serve pertanto per distinguere tra condizioni e problemi della persona in consultazione. In questo caso, pur specificando come il manuale diagnostico non venga ritenuto come un manuale a cui potersi “affidare in toto”, il disturbo così nominato viene considerato come una “entità a sé stante”.

J.: Rispetto alla questione diagnostica, quindi alla categoria così come viene definita e usata oggi, lei cosa ne pensa?

N.: mah io come le ho detto, uhm... allora disturbo, per me è un disturbo dell'identità di genere e quindi io ho scelto questo tipo di formulazione e penso che appunto il DSM non sia lo strumento che mi serve perché, o al quale posso affidarmi in toto, mi può essere utile come una mappa teorica però appunto ogni persona ha una storia a sé e quindi sto un po' stretta e angusta nell'aerea di psichiatria... quello che è importante è capire la domanda del paziente, ma vale per qualsiasi domanda il paziente ponga quindi... ehm, quindi **sciogliere la matassa significa capire se effettivamente stiamo parlando di un disturbo dell'identità di genere o altro. Ehm di cui il paziente non è consapevole**

[...] no io direi è un'entità a se stante ma come sempre succede con gli esseri umani che non sono a compartimenti stagni, ha piuttosto grandi connessioni con l'aspetto depressivo, **però da dove inizi il percorso di sofferenza credo che non ci siano dubbi, nel disturbo dell'identità e disturbo dell'identità di genere.** Se sono altri gli inneschi allora la terapia li fa emergere e correggi la diagnosi strada facendo, la diagnosi è costantemente rivedibile e rivista. Mmm la cornice rimane una cornice che riguarda l'identità di genere però è un quadro che si riempie di tanti aspetti strada facendo, insomma che quindi alla fine, la diagnosi la puoi formulare alla fine e non all'inizio, all'inizio è solo una cornice che ti guida per non confondersi troppo tra una cosa e l'altra".
(N.)

2. “Non la considero una patologia... però la disforia c'è”

Un altro repertorio interpretativo particolarmente condiviso nelle interviste è suggerito dall'espressione retorica “non la considero una patologia... però la disforia c'è”. Secondo questo repertorio interpretativo la “condizione” della persona trans, nelle diverse modalità attraverso le

quali questa si vuole definire, non è considerata come una malattia mentale o una patologia psichiatrica, ma (spesso viene utilizzata la congiunzione avversativa che cambia il significato dell'enunciato precedente) è presente nella situazione o condizione della persona "una disforia", "una sofferenza", "un disagio" che richiede attenzione clinica, un percorso o un supporto psicologico. Diverse argomentazioni vengono poi portate a supporto della presenza della "disforia", così come proposta e definita nel DSM-5, quindi collegata alla "sofferenza" che viene esperita dalla persona, ad esempio il fatto che verificandosi condizioni o momenti di depressione, ansia, tentativi di suicidio, isolamento e/o sfida nei confronti dell'altro, sono queste condizioni a far sì che vi sia una disforia di genere, piuttosto che il contrario. Ed è questa disforia, questa "sofferenza di base" che muove la richiesta stessa di cambiamento e quindi il contatto con il personale clinico e medico.

Di seguito uno stralcio da cui possiamo leggere questo repertorio interpretativo.

"E allora non la considero una patologia... però, come dire, sicuramente la disforia c'è, è un'espressione di come dire qualche forma di incastro e di sofferenza che non funziona. E non è solo una questione di diagnosi per i dottori o per far pagare l'assicurazione, perché se vieni a chiedere a qualcuno di essere operato, di medicalizzare il tuo corpo, di alterare, di intervenire eccetera **allora vuol dire che qualche cosa... Non ti va bene così, ma a te non va bene così, non a me cioè nel senso (sorride)** quindi significa un po', quando si arriva al punto in cui è una questione estetica, ma siamo già, perfetto, fantastico, ma liberissimo, ti tatui, ti aumenti il seno, te lo togli, nel senso, siamo comunque in un'integrità della tua storia che è diversa... lì... sì, cioè nel senso secondo me a un certo punto... non saprei, **perché credo che patologia sia una definizione comunque che mette la causa dentro l'individuo e... no. Quello no. Ehm... però... una sofferenza sì, nel senso (sorride) l'idea della fregatura mi viene per quello,** nel senso che è una e poi forse dipende anche da persona a persona...". (V.)

Successivamente, nella narrazione, emerge inoltre una particolare figura retorica per la quale le persone sono intese come "fregate (ride) dalle regole del gioco". Le regole del gioco a cui il professionista fa riferimento sono quelle del percorso di transizione, connesso con una modalità di pensiero e trattamento binario, che richiede l'intenzione di un passaggio da una categoria di genere ad un'altra piuttosto che prevedere le sfumature. Infine, a sostegno della presenza di una "sofferenza", seppur non una "patologia", vi è, connesso nella narrazione in maniera causale, il fatto che la persona richiede delle modifiche, di "essere medicalizzato" e questo conduce necessariamente ad una forma di disagio, nella logica "allora vuol dire che qualche cosa... Non ti va bene così, ma a te non va bene così, non a me". Il percorso psicologico non viene inteso e associato al contesto normativo e giuridico che lo rende necessario, ma piuttosto come contesto

che viene scelto dalla persona in quanto pone ad esso una richiesta, separando l'ambito clinico da quello giuridico e socio-culturale. Questo legame discorsivo lo si può leggere anche nello stralcio che segue.

"J.: mmm. e quindi nella sua esperienza come si situa un po', cioè tra esperienza normale quotidiana e disturbo dove si situano questo tipo di condizioni?

A.: bella domanda. allora... bella domanda.

è chiaro che quando si parla di questo argomento si parlo di qualcosa che per le persone, cioè per le persone direttamente coinvolte è un elemento così nucleare della propria identità che bisogna muoversi con molta attenzione, **io parto da un presupposto molto più semplice, forse banale, però viene posta una domanda e viene posta la classe medica, o alla classe degli psicologi, cioè viene posta una domanda a degli endocrinologi, quindi nella mia maniera di ragionare se si pone questa domanda si pone perché c'è un disagio. se non c'è un disagio siamo nell'ambito della cosmesi, nell'ambito del potenziamento, siamo nell'ambito e non mi sembra che quella sia la realtà clinica".** (A.)

3. “Serve per garantire anche una copertura da parte del sistema sanitario nazionale”

Un ulteriore repertorio interpretativo è quello per cui specificatamente si lega la diagnosi alla funzione di “garantire anche una copertura da parte del sistema sanitario nazionale”. Anche in questo caso e attraverso questo repertorio, la diagnosi di disforia di genere non viene accettata o data per scontato nella sua utilità e validità in relazione con la psicopatologia, ma viene descritta come uno strumento che “serve”, che “è utile” e che “è necessario” per poter accedere a i diversi tipi di intervento per la transizione di genere, discorso che viene introdotto anche nei colloqui con le persone in transito.

“ma allora è una cosa che tematizzo questa sempre con i pazienti rispetto all'idea della malattia e rispetto al fatto che **comunque questa diagnosi serve per garantire anche una copertura da parte del sistema sanitario nazionale** e che comunque la transizione è importante e farla accompagnati la psicoterapia ha un valore enorme, quindi cerco di costruire il valore della psicoterapia. [...] alcune persone rifiutano totalmente questo aspetto della diagnosi però cioè **io rimando anche un po' all'elemento di realtà, questa è la situazione qui dobbiamo stare in questa, cerchiamo di renderla il più sensata possibile insomma no?”** (T.)

4. “La disforia di genere come malattia culturale”

L'ultimo repertorio interpretativo che emerge è relativo all'espressione metaforica “disforia di genere come malattia culturale”. In questo caso la disforia di genere viene intesa come malattia che prende le mosse dall'organizzazione della società in cui siamo inseriti, che pertanto, associa alla diversità e alla patologia definizioni di genere e di sé diverse da quelle binarie. Questo tipo di

repertorio è un repertorio che prende forma in virtù di prospettive teoriche specifiche legate alla psicoterapia transculturale, la quale pone importanza proprio alla diversità tra le culture e le società, tuttavia l'idea della diversità e della percezione della diversità da parte degli altri e della società è spesso identificata come motivazione per l'inserimento della diagnosi, nei termini della presenza di una sofferenza, nei manuali diagnostici.

"[...] che non è una malattia mentale e poi si parla anche degli aspetti correlati, cioè degli aspetti depressivi, degli abusi, piuttosto che l'ansia come queste siano in realtà i sintomi causati dalla disforia di genere. **quanto in realtà la disforia di genere sia proprio una malattia culturale.** tra virgolette.

J.: in che senso una malattia culturale?

T.: eh nel senso che è considerata malattia in base alla cultura, che ne so tra gli indiani d'America la persona con disforia di genere prima faceva lo sciamano, veniva integrata tranquillamente nella società perché si parlava del terzo spirito per dire ma anche adesso, e quindi ovviamente la sofferenza che esperisce una persona con disforia di genere è molto minore perché sente un contesto intorno a sé che lo riconosce, che gli dà uno status che... ti va bene così no? [...]" (T.)

La malattia culturale si configura come repertorio specifico che mette in luce il ruolo del contesto socio-culturale nella creazione e mantenimento della diagnosi. Altre modalità discorsive simili, seppur con contenuti diversi, descrivono la diagnosi non tanto come un disturbo bensì come una sofferenza conseguente ad altri fattori e problemi.

"si sono fatti di passi avanti nel senso di, sempre di più si sta un po' stemperando no l'elemento patologico e quindi secondo me anche **è utile inserire anche all'interno del disturbo, come poteva esserci per l'omosessualità, quanto il disadattamento sociale provoca anche un disagio** che quindi allora il discorso è che si c'è un disturbo, c'è una problematica ma questa problematica viene anche **inasprita da un contesto sociale che non accoglie benevolmente queste categorie di soggetti**, allora e quindi già andare verso questa direzione da una visione già più complessa, quanto la componente patologica nel passato veniva un po' amplificata..." (L.)

In entrambi i casi, la diagnosi di disforia di genere non viene messa in discussione ma fatta rientrare nel contesto psicologico e clinico.

7.3.4.2 Il processo di valutazione diagnostica tra Valutazione oggettiva e Ruolo del/la clinico/a

Diversi sono i posizionamenti che i/le professionisti/e possono assumere nelle narrazioni in merito al processo di valutazione diagnostica. La dimensione che si è potuta rintracciare a partire da tali posizionamenti e che li include è rappresentata dalle polarità della valutazione oggettiva, intesa

come necessità e fase importante del percorso clinico e del ruolo del clinico in questo processo di valutazione.

1. “Facciamo una valutazione clinica attenta”

Il primo posizionamento che emerge nelle narrazioni si colloca lungo la prima polarità semantica individuata, ovvero quella della valutazione diagnostica oggettiva e necessaria, attraverso l'espressione “noi facciamo una valutazione clinica attenta”. In questo caso, in particolar modo per la professione psichiatrica, il processo di valutazione diagnostica assume una rilevanza importante, anche a fronte della relazione e certificazione al giudice.

“J.: ehm rispetto a quello che può essere valutato come disforia di genere e quello che invece non rientra nella categoria, come si fa a discernere?

D.: ci sono delle caratteristiche cliniche che devono essere capite ed è la funzione dello psichiatra ok? Che è colui che dovendo certificare il famoso DIG è quello che permette l'accesso sia alla terapia endocrinologica sia successivamente al ricorso anagrafico, anagrafico e chirurgico, nel senso che una volta che il DIG è riconosciuto posso fare una serie di cose eccetera... eee... noi facciamo una valutazione attenta clinica, in parte testale, se riscontriamo dei dubbi procediamo agli stessi test che poi vengono utilizzati eventualmente... durante il ricorso al giudice, invece di quagliare li facciamo prima per vedere cosa c'è in più e... diciamo che nel 50% dei casi che riteniamo non suitable, non adatti a procedere, allora nel 50% dei casi stoppiamo tutti, diciamo che non ci sono le condizioni, poi se questi vogliono andare da un'altra parte a fare, capita molto spesso no?” (D.)

Attraverso modalità narrative e discorsive di tipo esplicativo, il Dottor D. fa emergere il ruolo dello psichiatra e delle sue funzioni per poi ritornare sul lavoro (“noi facciamo”), menzionando le modalità di valutazione e i criteri da lui e dai/lle suoi/e colleghi/e utilizzati.

Questo tipo di posizionamento potrebbe essere assunto anche da un'altra psicoterapeuta, la cui narrazione viene qui riportata. In questo caso, la psicoterapeuta utilizza il pronome personale “io” per descrivere le modalità e gli elementi della valutazione, pur non menzionando la diagnosi di disforia di genere o disturbo dell'identità di genere, ma solamente i criteri di esclusione dall'inizio del percorso.

“quindi valuto se non c'è un disturbo di personalità, se non c'è un disturbo dissociativo, ehm, valuto se non c'è una dismorfofobia, quindi tutto una parte di dismorfismo corporeo, ehm, se non c'è una parte border che diventa poi... **quindi diciamo se non c'è tutta una parte un po' più estrema, psicotica eccetera... e là proprio io mi tiro indietro e dico no”.** (I.)

2. “La valutazione diagnostica non è che mi piaccia tantissimo”

Un altro posizionamento particolare è invece suggerito dall'espressione "la valutazione diagnostica non è che mi piaccia tantissimo". In questo caso, lo psicoterapeuta menziona l'utilizzo di alcuni test per verificare la diagnosi, affermando e ribadendo che la diagnosi non è la sua "passione", posizionandosi verso un processo che viene inteso come riduttivo rispetto al percorso psicologico, oppure come guida iniziale ma che lascia spazio ad altri elementi.

"[...] mi capita ehm anche se a me la valutazione diagnostica non è che mi piaccia tantissimo no, qualche volta mi capita però in generale non è la mia passione
J.: in che senso?

L.: no non è la mia passione nel senso che categorizzare, etichettare.. ecco insomma si insomma mi piace di meno, anche perché poi si fanno tutte queste valutazioni, queste cose, queste.. però poi se una persona vuole fare la transizione, la transizione la fa no? Cioè comunque c'è questo, da una parte si mette questo filtro che però è un filtro fasullo, perché poi in qualche modo se una persona vuole accedere allora ehm ehm quello che ecco magari è l'aspetto critico, che mi piace di meno, essere in una posizione giudicante verso il paziente, essere selezionato per la transizione, ma di capire di più se la transizione è qualcosa di buono per sé perché se la persona pensa che sia qualcosa di buono, comunque la fa indipendentemente da..." (L.)

Da questo posizionamento, inoltre, emerge come ciò che "non piace" sia riferito al processo di "categorizzare, etichettare", aggiungendo secondo il proprio punto di vista, elemento che non è emerso nelle descrizioni che i/le professionisti/e hanno fatto in merito alla diagnosi, che se la persona intende intraprendere il percorso di transizione, troverà il modo di intraprenderlo a prescindere dalla diagnosi del terapeuta in questione. Egli a questo processo contrappone l'obiettivo di "capire di più se la transizione è qualcosa di buono per sé".

3. "L'operatore ha un ruolo determinante"

Infine, un ulteriore posizionamento in relazione al processo diagnostico colloca chi fa la diagnosi in un "ruolo determinante" nella valutazione, in maniera del tutto differente al primo tipo di posizionamento in cui il ruolo del/la clinico/a non viene menzionato in virtù della valutazione oggettiva dei criteri della categoria diagnostica.

Anche in questo caso vengono nominati dallo psichiatra i criteri di riferimento, riconducendoli, come l'altro psichiatra intervistato, ai criteri del DSM-5, tuttavia, specifica il ruolo di chi verifica la diagnosi. Essa infatti viene considerata "soggettiva" e pertanto, coerentemente con un modello di riferimento medico e realista, la valutazione da parte di due professionisti/e.

"A.: ok, allora per quanto riguarda la diagnosi, è chiaro che la diagnosi, insomma esistono dei criteri questi criteri sono un po' la guida che viene

utilizzata per identificare se la richiesta è più o meno corretta, difatti poi questa è una diagnosi che ha incredibilmente, **gran parte delle diagnosi nell'ambito psichico sono molto soggettive poi, ragione per cui o comunque l'operatore ha un ruolo determinante, in come legge i fatti ed è una delle ragioni per cui si preferisce fare questa valutazione in due di modo che, insomma, in due...** non si incorre in falsi positivi o in falsi negativi direi con una terminologia clinica [...]". (A.)

7.3.4.3 Riflessioni sulla diagnosi: Normalità e Patologia

Nelle occasioni di incontro e dialogo con i/le professionisti/e relativamente alla tematica della diagnosi, a volte sono emersi anche discorsi particolari che si riferiscono a riflessioni attivate o esplicitate nel momento dell'intervista stesso. Queste riflessioni includono la diagnosi e possono caratterizzarsi per particolari teorie personali e/o posizionamenti di chi narra. Pur attraverso contenuti e modalità discorsive e narrative differenti, le diverse riflessioni e teorie comprendono certi dubbi o modi di intendere la cosiddetta "normalità" e di collocare le esperienze trans tra la "normalità" e la "patologia".

Rispetto a queste considerazioni, contrariamente al resto dei risultati, non vengono esposti particolari repertori interpretativi o posizionamenti, ma teorie personali (o guidate dalla propria formazione o prospettiva teorica) più organizzate e che si concentrano sull'aspetto diagnostico. La scelta di inserire queste teorie personali è mossa dalla rilevanza delle implicazioni che queste possono generare nel contesto clinico tra terapeuta e interlocutore/trice e nel modo di fare conoscenza al suo interno.

1. "Si dovrebbe trovare una continuità con la normalità"

Una prima teoria personale che emerge ruota attorno alla "continuità con la normalità". In questo senso, alcune cosiddette psicopatologie vengono considerate come "amplificazioni di tratti che sono presenti anche nella normalità", processo e riconoscimento che secondo lo psicoterapeuta L. non è ancora avvenuto e coinvolto la "disforia di genere".

"J.: a livello sociale intendi?

L.: sì, ma anche a livello personale, **si a livello sociale nel senso una continuità tra, cioè è utile sempre trovare nella patologia trovare una continuità tra patologia, nel senso che la patologia talvolta è un'amplificazione di tratti che sono presenti anche nella normalità** [...] ora il disturbo dell'identità di genere, ecco forse non si è ancora ragionato tanto, **su cosa possiamo legare anche a una situazione di normalità ehm... ehm...** per esempio io un po' questa cosa qua l'ho trovata con l'immaginario corporeo... da dove nascono un po' i complessi o anche situazioni anche attuali di dipendenza dalla chirurgia estetica, anche fuori dal transessualismo ci sono persone che

continuano a farsi un'operazione dopo l'altro o invece persone che vanno in crisi letteralmente perché non accettano l'invecchiamento o entrano direttamente in depressione o si suicidano o si isolano completamente allora lì ci sono degli elementi forse un po' di continuità **ed è utile creare un po' dei collegamenti così anche la disforia di genere non viene vista come qualcosa di folle o di fantascientifico o scollegato da noi no?"** (L.)

Lo psichiatra individua il rapporto con la "normalità" attraverso lo strumento teorico dell'"immaginario corporeo" in quanto, dal suo punto di vista, vi possono essere dei collegamenti tra varie situazioni cliniche e non. Il termine "normalità" viene menzionato e utilizzato come riferimento e come base da quale parte, tuttavia non viene specificato. In un esercizio semantico di valutazione in base ai suoi contrari, la "normalità", in questo caso, potrebbe fare riferimento alla condizione delle situazioni non cliniche, un "noi" ("scollegato da noi") che non richiede un cambiamento o intervento di supporto o di cura.

2. "Variante della normale identità di genere e profonda alterazione tra la mente e il corpo"

Nel caso che segue, invece, emerge una riflessione in merito alle possibilità future che si possono generare da un cambiamento del contesto clinico e dell'approccio verso la diagnosi e l'identità di genere. La teoria che emerge mette in relazione diversi modi di intendere la "disforia di genere", che viene qui discussa nelle possibilità tra "variante della normale identità di genere e profonda alterazione tra la mente e il corpo".

"[...] sarà da capire nel tempo se la disforia di genere è una, perché io credo che si siano create delle narrative parallele di cui una oggi molto rumorosa è una più silenziosa che però può essere che poi nel tempo è quella che prevale, una è **quella che sta cercando di parlare della disforia di genere come se la disforia di genere fosse una specie di variante della normale identità di genere**, cioè nel senso esiste la possibilità che uno abbia la disforia di genere, come si fa a negare che esiste la possibilità? c'è, quindi evidentemente c'è. però il fenomeno di quelli che noi oggi definiamo come affetti da disforia di genere sia in tutto e per tutto paragonabile o allineabile con l'esperienza di chi ad esempio, cosiddetto cisgender, descrivere la propria identità genere con termini nuovi, non so, come queer, transgender, **non so se è sempre la stessa cosa di cui stiamo parlando, perché ho l'impressione che il grande divario tra questi due gruppi rimanga sulla... su quella... profonda alterazione tra la mente e il corpo che comunque anche la persona cisgender più aperta più innovativa sul piano della descrizione della propria identità di genere, non esperisce.** e quindi un qualcosa rimane differente, si tratterà di capire se queste due narrative si incrociano cose rimangono distinte, ehm... ho l'impressione che ci saranno degli sviluppi in senso... neuroscientifico [...]" (A.)

La riflessione che emerge viene narrata attraverso il porre in essere di due narrative legate alla disforia di genere, una che la lega alla "normalità" definendola come varianza e un'altra che la

ritiene “differente”. Nel possibile legame o differenza tra queste due narrative lo psichiatra menziona il possibile ruolo delle neuroscienze che potrebbe fornire informazioni o conoscenze in direzione di una definizione dell’identità di genere “preculturale”.

Lo psichiatra narra poi quelli che secondo lui potrebbero essere i rischi o le possibili implicazioni di teorie in seno alle neuroscienze nei termini di “controreazioni”. Il Dottor A. conclude la sua riflessione in prospettiva futura attraverso l’interpretazione verso quello che definisce come il risultato della transizione nella forma narrativa “effettivamente la transizione comporta una sensazione di benessere nella persona come se veramente ci fosse un riallineamento di qualcosa che prima non era allineato”, trovando un legame con le teorie neuroscientifiche e differenziando la disforia di genere da altri disturbi, che al contrario, non possono essere “assecondati”.

7.3.4.4 Altri significati e definizioni: “La varianza di genere”

Il “disturbo dell’identità di genere” e la “disforia di genere” rappresentano delle categorie diagnostiche utilizzate nel campo clinico come requisito per i percorsi di transizione di genere medicalizzati, nonché, in alcuni casi, come guida per la diagnosi e il trattamento.

In diverse discipline nel contesto della psicologia clinica e sociale, nelle scienze sociali ma anche nelle scienze mediche che si occupano di transizione, nonché anche a livello di senso comune, altri termini cominciano a farsi strada portando con sé significati particolari. Nel contesto clinico e nel contesto culturale più ampio si può parlare, pertanto, di genere non conforme, di fluidità di genere o di varianza di genere. È proprio quest’ultimo termine che emerge da alcune interviste come etichetta preferibile e diversamente intesa.

1. “Perché allora ci sarebbe un genere che è quello legittimo, quello biologicamente iscritto e tutto il resto è anormale”

Uno dei repertori interpretativi che si possono rintracciare nelle interviste fa riferimento alla varianza di genere in sostituzione o in aggiunta alla categoria diagnostica della disforia di genere attraverso l’espressione “perché allora ci sarebbe un genere che è quello legittimo, quello biologicamente iscritto e tutto il resto è anormale”.

“questa è una diagnosi, quello è ormai diciamo un termine che viene un po' rigettato, no? **perché si parla di varianza di genere almeno noi parliamo di varianze di genere, varianze di genere e non la disforia di genere perché allora ci sarebbe un genere che è quello legittimo quello biologicamente iscritto e tutto il resto è anormale.** in questo senso io non la adotto sicuramente la

adotterà lo psichiatra perché gli servirà, una definizione di questo tipo per poter dare il via a quello che è la transizione, per cui se è inteso come “io non sto bene in questo corpo e questo corpo lo voglio cambiare”, beh è chiaro no? Se è inteso come disforia... lo intendiamo più come varianza. poi come ti dicevo non tutti vogliono fare il passaggio chirurgico quindi in quel caso lì mi tengo il mio corpo ma voglio apportare delle modifiche, sessuali magari, caratteri secondari. per cui non entrerei, non è quello che mi propongo di fare, nel mio caso puoi pazienti si rivolgono per altri motivi no? per avere una diagnosi di quel tipo, quando occorre a fini per l'intervento chirurgico serve lo psichiatra in effetti nel nostro caso è bene lavorare in team. **nel momento in cui io dovessi andare incontro a situazioni di quel tipo chiaro che mando a chi può fare un altro tipo di passaggio li serve poi la diagnosi dello psichiatra**". (D.A.)

In questo caso la disforia viene definita dalla psicoterapeuta in questione come “rigettata”, “non la adottato”, “non è quello che mi propongo di fare”, tuttavia non viene criticata nei suoi fondamenti conoscitivi in quanto “serve” allo psichiatra, e non allo/a psicoterapeuta. I contesti operativi della psicologia clinica o della psicoterapia vengono pertanto messi su un piano diverso da quello della psichiatra, per cui per i primi si può parlare di “varianza di genere” e per i secondi di “disforia di genere”.

2. “La varianza di genere è molto più flessibile, fluttuante tipica dell'età adolescenziale”

Coerentemente con questo tipo di retoriche esplicative e distinzioni, un altro repertorio interpretativo specifico in relazione alla varianza di genere la preferisce alla “disforia di genere” “perché è molto più flessibile, fluttuante, tipica dell'età adolescenziale”.

Anche in questo caso si mettono in contrapposizione gli ambiti della psicoterapia e della psichiatra, dove la categoria diagnostica del DSM-5 “deve essere utilizzata per fare una diagnosi e quindi consentire all'utente di poter accedere alle varie terapie”.

La varianza di genere, viene poi intesa dalla psicoterapeuta come termine più appropriato per l'età adolescenziale, che “salta subito all'occhio” in una “fase esplorativa”, utilizzandola non in sostituzione alla categoria diagnostica ma in parallelo. Infatti, la varianza di genere per l'adolescente viene inoltre considerata come un passo precedente alla possibile “cristallizzazione” della “disforia di genere”.

“[...] di solito con gli adolescenti tendiamo ad usare il termine varianza di genere perché è molto più flessibile, fluttuante tipico dell'età adolescenziale, io non amo utilizzare etichette, perché disforia di genere è un'etichetta che viene utilizzata, un'etichetta diagnostica che deve essere utilizzata per fare una diagnosi e quindi consentire all'utente di poter accedere alle varie terapie ormonali, chirurgiche, per iniziare il percorso di transizione. **in una fase invece esplorativa la varianza di genere è quello che salta subito all'occhio,**

ovvero che la persona non ha un'identità di genere è congruente col proprio sesso biologico. e a quel punto può già rientrare in una varianza di genere. è importante poi capire il grado di varianza di genere e se questa variante di genere si cristallizzerà poi in una disforia di genere". (O.)

3. “La realtà è molto più complessa”

Infine, un terzo repertorio interpretativo che si lega alla varianza di genere è dato dall'enunciato “la realtà è molto più complessa”.

La psicoterapeuta T. associa la “varianza di genere” non soltanto alla “disforia di genere” ma alla “transessualità” come altro termine alternativo. Questo nuovo termine, dal suo punto di vista, rappresenta e comprende la “complessità” delle esperienze trans.

T.: [...] e anche la complessità, diciamo che all'inizio del mio percorso la mia idea dell'identità di genere, della disforia di genere, della transessualità **che adesso non chiamo più transessualità, ma appunto varianza di genere**, è cambiata tantissimo, perché prima ero molto più, leggevo, studiavo, dicevo ah ok allora funziona così, così... **in realtà mi sono accorta che poi è molto molto diverso no? la realtà è molto più complessa. quindi adesso meno risposte, forse è più domande, ma anche sto molto meglio nell'incertezza ecco. rispetto a prima sto di più nell' incertezza sì. riesco, riesco a starci.**

J.: saprebbe farmi un esempio rispetto magari a quello che pensava prima quello che pensa oggi rispetto ad esempio la varianza di genere?

T: eh... (ride)

J.: immagino che si apra un mondo...

T: sì... è veramente complicato perché io all'inizio davvero, non lo so, pensavo che le persone sì, avessero sì una disforia di genere, stai male, devi cambiare sesso, fai le operazioni, sei in un corpo sbagliato...

J.: mmm mmm... un po' in modo automatico diciamo?

T: sìiii, diciamo sìiii... **poi pensavo appunto che il percorso di transizione fosse abbastanza standard, per tutti, abbastanza uguale per tutti... poi diciamo che partire già con la prostituzione mi ha dato una grande apertura mentale (sorride)".** (T.)

In questo caso, la psicoterapeuta riprende e si posiziona in modo diverso rispetto alla propria esperienza nel campo, menzionando un modo di intendere la “transessualità” e la “disforia di genere” in modo “diverso”, riconoscendo, appunto, la “complessità” e l’“incertezza” in opposizione alle conoscenze e convinzioni che aveva all’inizio del suo lavoro nel campo della transizione di genere. La varianza di genere in questo caso viene usata in rapporto a questa complessità che viene riconosciuta nelle esperienze delle persone in transizione.

Nel corso delle interviste, il tema della diagnosi è sempre stato oggetto di dialogo, in quanto particolarmente rilevante, non solo nelle pratiche dei/lle professionisti/e ma anche per il proseguimento dei percorsi (medicalizzati e istituzionalizzati) di transizione. Come mostrato attraverso le modalità

narrative messe in luce, diversi sono i significati, i modi di descrivere e utilizzare la diagnosi così come le implicazioni che questa può produrre. In questo senso, durante la ricerca ho avuto modo di riflettere e approfondire questo argomento, con la consapevolezza di essere guidata da precise prospettive teoriche ed epistemologiche. Facendo interagire i racconti tra persone in transito e professionisti/e, la diagnosi mi è apparsa spesso critica e come un filtro posto nell'interazione oltre che nel percorso e nelle biografie. Ogni etichetta attribuita all'altro rischia così di limitare le descrizioni di sé oltre che di ingabbiarle, reificandole. Allo stesso modo anche le pratiche operative possono da queste essere ristrette e vincolate, generando difficoltà o situazioni di "empasse" quando i racconti non riescono ad essere arginati all'interno delle categorie utilizzate. Diverse sono le criticità della "disforia di genere" che non si ha qui la pretesa di risolvere, ma piuttosto l'intenzione di contribuire alla loro analisi e all'approfondimento delle possibili implicazioni che partono e investono le singole biografie e si estendono ai contesti sociali e culturali che fanno loro da cornice.

7.3.5 I/le professionisti/e

Per quanto riguarda la relazione con altri/e professionisti, nelle interviste emergono diversi posizionamenti in riferimento ai/lle colleghi/e con i/le quali si lavora quotidianamente o a fronte di particolari necessità, oppure in riferimento ad altri/e professionisti/e, con i/le quali non si intrattengono rapporti diretti ma che vengono comunque inseriti nelle narrazioni.

Il lavoro clinico per la transizione di genere è un lavoro che spesso implica il rapporto con altre professioni, come quelle afferenti alla medicina di base, all'endocrinologia o alla chirurgia, in quanto le linee guida per la transizione suggeriscono un lavoro di rete e multidisciplinare.

In questo paragrafo vengono pertanto riportate le modalità di situarsi dei/lle professionisti/e in relazione ad altre figure competenti.

7.3.5.1 I/le colleghi/e tra appoggio e condivisione

La dimensione di senso che raccoglie i diversi posizionamenti dei/lle professionisti/e in relazione ai/lle colleghi/e è stata delineata a partire dalle polarità semantiche dell'appoggio e della condivisione. Lungo la prima polarità si trovano quei posizionamenti che collocano i/le colleghi/e in un ruolo di appoggio, supporto o indipendenza nel lavoro mentre lungo la seconda polarità, si trovano i posizionamenti che li situano in un rapporto di rete e di equipe che costituisce e caratterizza il proprio lavoro.

1. “Ci si appoggia”

Un primo tipo di posizionamento è relativo a “ci si appoggia” ad altri/e colleghi in diverse fasi del percorso. In questo caso il/la professionista non ha un rapporto quotidiano o strutturato con un’equipe o un gruppo di persone, ma il/la professionista si avvale di consulti o consulenze come supporto o sostegno.

Possiamo leggerne un esempio nello stralcio che segue.

“V.: [...] non c'è a un certo punto una decisione chiara, di solito ci si appoggia poi anche a uno psichiatra, che ha una voce diversa rispetto a un tribunale per fare eventualmente un breve, decidere.

J.: per che cosa ci si appoggia?

V.: per la certificazione nel senso che io, la mia valutazione la mia certificazione è sufficiente per esempio per l'endocrinologo, quindi, dopodiché lo psichiatra da di solito, come dire fa qualche incontro, pochi incontri però si appoggia a un lavoro fatto consolidato che ha potuto approfondire nel tempo e un po' nelle circostanze ehm... Il fondo, diciamo le dimensioni di questa disforia di genere quindi poi è anche più semplice... **Ehm.. però come dire, fa un certificato medico sostanzialmente”.** (V.)

In questo caso il Dottor V., psicoterapeuta nel contesto privato, menziona il rapporto con uno psichiatra, che viene collocato in una posizione di supporto per un’ulteriore valutazione o una valutazione diagnostica, quindi di certificazione, specifica.

“Fa un certificato medico sostanzialmente” sulla base di un percorso clinico già consolidato e valutato, per cui in questa narrazione il collega non assume un ruolo prioritario bensì, appunto, semplicemente di “appoggio” e di sostegno in circostanze specifiche.

2. “Le durate dei percorsi hanno il vantaggio di essere strutturate”

Un altro posizionamento prevede un giudizio rispetto al lavoro di equipe, considerando le durate e i percorsi come aventi “il vantaggio di essere strutturate”. In questo senso e nello stralcio che segue, ogni professionalità detiene un ruolo e competenze specifiche, “strutturate” appunto e connotando, dal punto di vista dello psichiatra, il lavoro di un centro privato. In questi casi, la rete e i rapporti sono configurati e organizzati in maniera costante, e includono rapporti tra psicologi/ghé, psicoterapeuti/te, psichiatri/e ed endocrinologi/ghé.

“D.: [...] le durate dei percorsi sono varie ed eventuali, ma hanno il vantaggio di essere strutturate perché il team è composto da l'endocrinologa la dottoressa G., ehm c'è un'urologa che ehm è la dottoressa S., abbiamo la neuropsicologa che comunque è in grado di fare dei percorsi di transizione, che è preparata anzi mi ha mandato già dei casi che è la dottoressa R., lo psichiatra, quindi io faccio tutta la parte medica, tutta la parte di valutazione della presenza

di disforia di genere, quindi la certificazione e poi c'è un'altra sessuologa che invece diciamo così è alle prime armi e che sta cominciando a seguire i percorsi di transizione, sotto la mia, o meglio sotto la nostra supervisione. questo un pochino come funziona un centro privato". (D.)

In questo caso, l'organizzazione e la strutturazione dell'equipe viene considerata come un aspetto rilevante a priori, collocando l'equipe in una posizione di "rigorosità" e di efficienza.

3. "È importante discuterne in equipe"

Questo posizionamento include la rete o il gruppo di equipe nella narrazione attraverso l'uso del "noi" come pronomi a sottolineare e rimandare una responsabilità e scelte condivise, oltre che i suggerimenti delle linee guida in merito alla necessità del lavoro di rete.

In virtù di questo, l'equipe è considerata uno strumento fondamentale nei servizi e nei contesti pubblici ove sono strutturati spazi che si occupano nello specifico di transizione di genere.

"O.: ehm e quindi, ovviamente non sono io da sola ma c'è proprio tutta un'equipe per cui nel momento in cui arriva una richiesta incontri le persone, dividiamo i casi clinici nell'equipe e facciamo incontri di supervisione finale per discutere un po' insieme mentre prima c'erano molti incontri di supervisione ora di intervizione perché è una volta c'era anche la scuola di specializzazione al policlinico di essendoci specializzando erano anche supervisioni per gli specializzandi, adesso essendo rimasti dei contrattisti o degli strutturati ovviamente facciamo degli incontri di intervizione tra di noi per discutere dei casi più complessi soprattutto quando poi si va incontro a questioni somministrazione di ormoni ai minorenni e quindi è importante discuterne in equipe". (O.)

L'equipe viene descritta come importante specialmente per i cosiddetti "casi più complessi" e in questo caso, riportandolo come possibile esempio, quando i temi riguardano la somministrazione ormonale per persone minorenni.

7.3.5.2 Altri/e professionisti/e tra Differenze ed Esigenze di dialogo

Per quanto riguarda altri/e professionisti/e, questi vengono menzionati e collocati nelle narrazioni attraverso due modalità e finalità differenti. La dimensione che può raccogliere i diversi posizionamenti è costituita dalle polarità semantiche delle differenze, percepite e attribuite ad altri/e professionisti/e e delle esigenze di dialogo, ovvero delle necessità individuate dalle persone intervistate di entrare in contatto con altri/e.

1. "Sembra che sia uno spazio in cui non si vuole neanche entrare"

Il primo posizionamento emerge a partire dall'espressione "sembra che sia uno spazio in cui non si vuole neanche entrare". Il riferimento è a professionisti/e che vengono collocati come non esperti/e nel campo della transizione e che, per questo motivo, possono caratterizzarsi per pregiudizi o disinformazione, piuttosto che per timore di una diversa "responsabilità".

Nello stralcio che segue il Dottor L. introduce come il tema dell'assunzione di responsabilità possa essere ritenuto più semplice da parte di alcuni/e clinici/che verso altri tipi di cosiddetti disturbi.

L.: [...] però come dire se uno arriva e dice ho dei pensieri suicidari, ehm... per molti psicoterapeuti sembra, è una materia più loro, che in qualche modo dici insomma c'è un disagio così forte e quindi... ovviamente c'è una grandissima responsabilità no? **però uno se la prende più facilmente questa responsabilità invece quando uno arriva e non ha fatto niente di transizione e arriva marcatamente maschile, e dice che vuole diventare donna, ehm, come dire no? sembra che sia uno spazio in cui non si vuole neanche entrare no?** come dire ok pensiamo ad altro che quello insomma, no... allora è utile starci con il paziente per stare significa anche mettersi un po' in discussione a livello personale..." (L.)

Attraverso questo posizionamento si produce inoltre uno scarto, una differenza verso il/la clinico/a che si occupa nello specifico di transizione, che richiede, dal suo punto di vista di "mettersi un po' in discussione a livello personale", per la complessità del tema della transizione di genere.

2. "Non è facile trovare altri colleghi che abbiano voglia di confrontarsi"

Infine, un ultimo posizionamento fa riferimento ad un'esigenza, ovvero "non è facile trovare altri colleghi che abbiano voglia di confrontarsi". Spesso la condivisione o il confronto con altri/e colleghi/e viene inteso come risorsa addizionale e utile nel lavoro in questo campo.

"N.: [...] ma con i pazienti non in particolare, **direi che avrei più esigenze di trovare altri colleghi che si occupano di queste problematiche e che abbiano voglia di confrontarsi appunto sulle fatiche** che questo lavoro comporta, **cosa non facile sia perché non ce ne sono molti che facciano questo lavoro, sia perché chi lo fa nell'istituzione non ha nessuna voglia di farlo e di mettersi in discussione**, nei vari convegni, congressi eccetera poco e niente di costruttivo... questo è un lavoro di reciproca supervisione se vogliamo ecco". (N.)

In questo caso, inoltre, la Dottoressa N., a partire dal suo lavoro nel contesto privato, sottolinea come circostanze di incontro vi possano essere ma manchino di confronto, oltre che posizionare coloro che operano nell'istituzione come professionisti/e che non hanno "nessuna voglia di farlo e di mettersi in discussione". Infine, sottolinea questo tipo di lavoro come un lavoro di "reciproca

supervisione”, a fronte delle implicazioni che possono derivare dal ruolo e dal percorso clinico in questo campo.

7.3.6 Altri contesti

I/le professionisti/e intervistati non si sono messi in relazione soltanto con i vari aspetti e con le persone che attraversano il contesto clinico. La stessa pratica clinica si trova in relazione con altri ambiti conoscitivi o istituzionali, alcuni dei quali sono stati introdotti e descritti nelle narrazioni. Pur non potendo individuare delle dimensioni sovraordinate dei posizionamenti in quanto contesti e racconti che emergono da interviste numericamente limitate oppure che rappresentano le modalità narrative prevalentemente condivise, a questo proposito diversi sono i posizionamenti che si sono potuti rintracciare.

7.3.6.1 Tribunale: “Dobbiamo essere molto più credibili”

Uno dei contesti spesso menzionati e descritto come rilevante afferisce al tribunale per l’attività e le modalità operative del/la professionista in questo ambito, come la produzione di certificazioni o verifiche in sede di consulenza tecnica in merito alla transizione di genere.

Il posizionamento che si è potuto rilevare in relazione al contesto del tribunale è rappresentato dall’espressione “dobbiamo essere molto più credibili”. La posizione da cui si narra è quella del contesto privato che viene messo in confronto con il contesto pubblico, che in questo legame narrativo viene considerato come “più credibile” dalla prospettiva del tribunale.

D.: [...] questo è il discorso anzi devo dire che spesso non risulta simpatico proprio perché sono un dissuasore nel senso che l’attività clinica non è che venendo qui le cose succedono più facilmente perché sei a pagamento, sono più difficili perché c’è più tempo per lavorarci, **sono rigorose perché come struttura pubblica, ehm non struttura pubblica, quando andiamo davanti a un giudice dobbiamo essere molto più credibili (sorride) questo è il discorso. Quindi la nostra perizia di solito contiene una quantità di particolari molto approfonditi che la rendono spesso inattaccabile [...]**”. (D.)

Il posizionamento dello psichiatra nel racconto del suo lavoro si caratterizza per l’“inattaccabilità” e l’“accuratezza” della propria operatività, attraverso le valutazioni e le certificazioni che contengono “una quantità di particolari molto approfonditi”. Emerge inoltre un rapporto di

distinzione con il servizio pubblico, per cui nel contesto privato si può offrire “un ambiente diverso, più tranquillo, un’accessibilità molto più discreta, molto più diretta” e “una struttura di equipe diciamo importante nel senso che tutto funziona più rapidamente, tutto più coordinato”.

7.3.6.2 Contesto pubblico: “Siamo una buona alternativa alla struttura pubblica”

Per quanto concerne la relazione con il contesto pubblico, può emergere un posizionamento specifico per mezzo del quale si pone una contrapposizione tra questo e il proprio contesto privato, descrivendolo come “buona alternativa”.

La “bontà” dell’alternativa può trovarsi legata nella narrazione alle risorse economiche, alle tempistiche più rapide e alle “scarse risorse” delle strutture pubbliche.

La modalità di collocarsi può riguardare sé e il proprio contesto di lavoro, ma anche investire lo stesso contesto pubblico, ad esempio attraverso l’espressione “si può permettere di trattare i pazienti come pezze da piedi”. Questa “licenza” viene legata e giustificata, dallo psicoterapeuta che parla, a discorsi in merito all’autorevolezza dell’ospedale e del servizio pubblico, quindi del suo contesto dedicato alla transizione di genere.

“V.: [...] si cioè nel senso, non è come il , il è famoso perché siccome ha questo grande peso siccome è un ospedale pubblico di avere un’autorevolezza no, poi si può permettere di trattare i pazienti come pezze da piedi, eee di lasciarli nel vuoto di significati, di non sapere cosa stanno facendo, perché fanno un test ne fanno un altro aspettano, cioè che cosa stiamo andando a vedere? niente, loro sono là a devono solo aspettare... e però tengono, sviluppano come dire delle rabbie infinite però continuano perché come dire quello è un polo che permette una sicurezza rispetto alla certificazione rispetto a tutta una serie di cose che io non posso offrire [...]” (V.)

In questo caso, inoltre, la modalità di situare il contesto pubblico viene messa in relazione non tanto al proprio operato, quanto alle persone che richiedono un consulto o un percorso, collegando questo discorso ai possibili “*drop out*” delle persone. I “pazienti” vengono descritti come trattati come “pezze da piedi”, lasciati in un “vuoto di significati” e “di non sapere cosa stanno facendo”. Inoltre, aggiunge, se la persona chiede “cioè che cosa stiamo andando a vedere? niente, loro sono là a devono solo aspettare...”. Ritornando poi sul proprio ruolo e contesto, sottolineando come le persone possano restare nel servizio pubblico per la sua “autorevolezza” e come lui stesso non possa offrire “tutta una serie di cose” quali relazioni e invii a professionalità specifiche.

7.3.6.3 Servizi e sportelli trans: “Il lavoro si è fatto un po’ più intenso”

Anche i servizi e gli sportelli dedicati alle persone trans vengono spesso menzionati, in particolare modo se sono presenti rapporti di collaborazione o convenzioni (nel caso di servizi privati).

Un posizionamento possibile è quindi legato all'espressione "il lavoro si è fatto un po' più intenso", rivolgendolo verso di sé. Il servizio o lo sportello trans vengono messi in relazione al proprio contesto operativo in virtù di una maggior strutturazione e definizione, quindi di una nuova offerta di prestazioni, che hanno contribuito all'aumento delle richieste e quindi del rapporto con gli sportelli stessi, connotandolo positivamente e in termini di rete.

"L.: ci sono stati comunque i casi in parallelo eee poi **da quando lo sportello trans ehm ha incominciato ad avere un numero alto di persone che... accedono al servizio ehm ha cominciato a strutturarsi come servizio che propone tutta una serie di prestazioni, mi sono arrivati molto più soggetti**, quindi diciamo ehm, che da 8 anni effettivamente sono tante le persone che seguono in transizione che possono provenire dallo sportello trans, dalle , ehm perché magari la persona fa lì una terapia ma non è seguita dal punto di vista psicologico, e abita a Milano e quindi c'è questo invio, ehm, pazienti che sono già venuti qui e propongono il mio numero a insomma un'amica o un amico, ehm, e quindi insomma ecco da 8 anni **il lavoro si è fatto un po' più intenso"**. (L.)

7.3.6.4 Contesto clinico: "Secondo me le cose sono un po' cambiate"

Infine, un ulteriore ambito che emerge da un'intervista in particolare, fa riferimento al contesto clinico, nei suoi aspetti più generali e astratti nel campo della transizione di genere.

Questo discorso nasce in virtù della narrazione in merito al possibile timore della valutazione da parte delle persone in transizione nell'interazione con l'esperto/a, che lo psichiatra in questione associa al portare "risposte preconfezionate". Allo stesso tempo, il posizionamento che si assume mette in relazione il professionista con il contesto clinico di cui fa parte in termini di "cambiamento". Il cambiamento si riferisce pertanto al superamento di un approccio patologizzante verso le esperienze trans, che mette in relazione sia all'influenza e all'attivismo dei gruppi trans sia alla "differente richiesta" portata nell'ambito clinico da parte delle persone stesse, discorso per mezzo del quale si posiziona il/la clinica nel ruolo di dover modificare i propri criteri. La diversità della richiesta viene rapportata alle intenzioni e ai desideri di intraprendere un percorso di transizione per l'affermazione di un'identità di genere non necessariamente dicotomica.

"[...] **secondo me le cose sono un po' cambiate...** per varie ragioni in realtà, mi sembra, io ne individuerai due, poi magari ce ne sono altre di cui non sono a conoscenza, però io ne individuerai due, **primo che le associazioni transessuali hanno lavorato moltissimo in qualche modo per sollevare il problema che esisteva un'eccessiva psichiatrizzazione su una condizione [...] per cui c'è stato un lavoro da parte delle associazioni che ha provocato una riflessione da parte dei clinici, secondo me c'è stato anche un cambiamento della clinica stessa che**

ha condotto i clinici a dovere confrontarsi con quella che era una loro visione troppo netta del fenomeno, nel senso che il passaggio che c'è stato da disturbo di identità di genere a disforia di genere, a mio avviso non è stato dato solo dal fatto che le lobby transessuali a un certo punto hanno cominciato così a chiedere una revisione e hanno sostenuto le equiparabilità della storia del transessualismo a quella dell'omosessualità, io credo che lì si è successo anche qualcos'altro cioè che **la richiesta dei pazienti era mutata nell'arco del tempo**, ovvero tantissime persone non chiedevano più una transizione dal maschile al femminile e dal femminile al maschile, ma trovavano delle identità stabili in situazioni intermedie e questo pone un problema in un certo senso, perché evidentemente implica il dover avere un approccio... così più capace di accettare la variabilità [...]". (A.)

7.3.7 La ricerca

Come per le persone in transito, anche per i/le professionisti/e del campo psicologico e psichiatrico per la transizione di genere, ho posto una domanda in merito alla ricerca o al mio ruolo in qualità di ricercatrice al fine di farne emergere i loro posizionamenti. La domanda è stata posta in questi termini: “dal suo punto di vista, come può essere utile questa ricerca?” e come nel caso delle persone in transito, i testi possono permettere di avanzare delle modalità di restituzione ad hoc, oppure contribuire alla proposta di sviluppi futuri.

7.3.7.1 Dal contesto clinico alla società

Questa dimensione semantica è stata delineata come dimensione entro la quale i posizionamenti dei/le professioniste possono essere collocati. Essa si costituisce per due polarità rappresentate dalla collocazione e attenzione verso il contesto clinico e dalla società, ovvero il dialogo con le altre voci implicate nella ricerca o verso le quali la ricerca si dirige.

1. “Sarebbe interessante immaginare uno strumento che potesse aiutare a identificare meglio...”

Un primo posizionamento rispetto alla ricerca che è emerso, è relativo a “sarebbe interessante immaginare uno strumento che potesse aiutare a identificare meglio...”, ovvero colloca la ricerca e la sua utilità nella capacità di distinguere tra aspetti clinici e patologici nel campo clinico e per il/la professionista.

In questo caso la risposta è stata collocata su di un argomento, nonché strumento, specifico per la figura del/la clinico/a nel campo della transizione di genere, lasciando emergere la difficoltà e

l'esigenza da parte della psicoterapeuta di discernere tra "omosessualità e transessualismo", coerentemente con quanto già aveva raccontato nel dialogo, rispetto a questa difficoltà.

"mah, sicuramente potrebbe essere molto utile riuscire ad avere oltre agli strumenti che le ho citato ad esempio i test, ehm, la gamma di test è amplissima, ho scelto io i test che uso perché le ritengo più sensibili per questa problematica, **però sarebbe interessante immaginare uno strumento che potesse aiutare a identificare meglio per esempio la condizione, so che è un po' difficile pensare di poterlo, però la distinzione proprio tra lo stato di confusione tra omosessualità e transessualismo no?** quindi quando la persona è ancora in quel magma dove va per tentativi ed errori **uno strumento che potesse aiutare in terapia che accoglie una persona in quella condizione ad avere un po' più la prova quello che effettivamente potrebbe essere il percorso più adatto a se.** ecco mi viene in mente una cosa di questo tipo perché questo è un grosso nodo [...]" (N.)

Lo strumento viene pertanto considerato come qualcosa di particolarmente rilevante nella pratica clinica, anche al fine di fornire "un po' più la prova quello che effettivamente potrebbe essere il percorso più adatto a sé". L'uso del termine "prova" può rimandare alla verifica, alla dimostrazione, all'accertamento definito e definitivo, semplificando così la complessità dei fenomeni in dati quantitativi.

2. "Mi piacerebbe che la ricerca si spostasse sugli aspetti positivi della transizione"

Un secondo posizionamento è dato dall'espressione "mi piacerebbe che la ricerca si spostasse sugli aspetti positivi della transizione". In questo caso particolare, la psicoterapeuta fa uso del termine "transpositività" associando a questo gli "aspetti positivi". Il posizionamento che assume in relazione alla ricerca comprende le persone trans che vengono intese come "oggetto" della ricerca, più che il/la clinica e la sua professione.

"[...] mah allora io la mia idea è quella del concetto di transpositività, che è un concetto che io amo molto nel senso che mi piacerebbe che la ricerca si spostasse su ciò che sostiene e aiuta le persone transessuali sugli aspetti positivi della transizione, non solo sulle tragedie greche del tipo aumento di suicidi, depressione, persone che stanno male eccetera, ma che possa focalizzarsi sugli aspetti proprio positivi. quindi che cosa aiuta una persona ad affrontare una transizione migliore no? quali sono gli aspetti di resilienza? perché è una persona affronta la transizione in modo molto positivo e un'altra no? quindi per me la ricerca sarebbe importante farla su questo e poi dare voce proprio alle persone stesse, alle loro esperienze, allargare anche agli aspetti culturali come per esempio le narrative trans che ci sono attualmente, le narrative pubbliche le narrative mediatiche, che sono, come sono caratterizzate... a quali persone viene dato spazio eccetera...". (T.)

Diverse sono anche le domande che la psicoterapeuta pone a se stessa, collocandosi nell'ambito della ricerca, legando a questa la possibilità di esplorare “che cosa aiuta una persona ad affrontare una transizione migliore”, “quali sono gli aspetti di resilienza” e “perché è una persona affronta la transizione in modo molto positivo e un'altra no”. Gli strumenti che individua per perseguire questi obiettivi sono “dare voce” alle persone, “allargare anche agli aspetti culturali come per esempio le narrative trans che ci sono attualmente, le narrative pubbliche, le narrative mediatiche”. Diversi sono pertanto i posizionamenti che vengono messi in campo e in dialogo tra loro, in virtù delle persone trans protagoniste della transizione.

3. “Capire meglio che cosa viene detto dall'altra parte per me sarebbe molto utile”

Questo ultimo posizionamento è suggerito dall'espressione “capire meglio che cosa viene detto dall'altra parte per me sarebbe molto utile”. “L'altra parte” con cui si relaziona è, in questo caso, il contesto delle scienze sociali, che considera come il fulcro e origine di varie “teorie sociali” sul genere, nonché di critiche in merito al contesto e alla pratica clinica.

“[...] ok. allora bella domanda, tutti quelli che fanno ste cose poi non tornano mai, non sappiamo mai qual è il risultato finale di queste cose, nessuno [...] **mentre sarebbe interessante capire ehm... è chiaro che è una clinica che si pone, o potenzialmente pone un elemento di conflittualità tra il paziente e il clinico ehm... talmente tanto che a volte mi dicono “lei non può dire paziente”, paziente, è un termine anche abbastanza neutro, utente, è anche peggio perché svilisce la natura affettiva di quello che (sorride) però facciamolo, però capire meglio che cosa viene detto dall'altra parte per me sarebbe molto utile, una cosa che ogni tanto mi sono domandato ovverosia, la... cioè nell'ambito delle scienze sociali così c'è stata una teorizzazione intorno al genere anche molto molto ricca, molto interessante, piena di cose molto diverse però, cioè... [...] a volte mi chiedo se non ci sia una lontananza tra la, beh sì io utilizzo il termine, tra la psicopatologia e la teoria sociale, che in qualche modo potrebbe essere, se non colmata quantomeno si possono costruire dei ponti, se ci sono delle informazioni utili che provengono da lì che possono invece tornare utili nella clinica, ehm... [...] questi aspetti secondo me mi piacerebbe capirli un po' meglio, ehm... un discorso così, su cui sento che magari sta succedendo qualcosa, si sta discutendo di cose ti potrebbero avere una rilevanza ma non... ma su cui noi abbiamo poca formazione. per cui rimangono, sì ci sono le letture personali però... cioè sono due mondi che invece dovrebbero dialogare un po' di più, a volte è difficile questo dialogo perché l'estremismo di certi teorizzatori nell'ambito sociale è estremo” (A.)**

Da una parte, lo psichiatra contrappone le “teorie sociali” e la “clinica” riconducendo le prima a riflessioni più generali e astratte e la seconda a dimensioni più pratiche, come il “da una risposta”, ponendosi il dubbio rispetto a se le teorie stesse siano “realmente applicabili” in questo campo, quindi se non vi sia una “lontananza” tra la “psicopatologia e la teoria sociale”. L'interesse che fa

emergere riguarda la possibilità di “costruire dei ponti” e “capire meglio” cosa proviene da queste discipline. Successivamente sancisce l’estremismo di alcuni “pensatori nell’ambito sociale” e così chiedo di specificare e un’ulteriore contrapposizione emerge nel racconto, collocandola e rapportandola non a teorie o autori specifici, ma a esperienze personali con qualcuno/a che si occupa di “teoria sociale e di genere”.

Ciò che viene enfatizzato sono i due poli di posizionamento teorico e disciplinare a cui i personaggi e il narratore psichiatra appartengono, lasciando emergere l’incomprensione e il giudizio verso l’altro polo. “L’impressione era che ci fosse da un lato questa mente che ha capito delle cose che nessun altro ha capito, possibilità di liberazione, uscire da questo gioco del potere, dall’altro qualcuno che sarei io, che sarebbe il clinico, che invece è l’esecutore materiale di questo potere e di questo mandato che la società gli ha messo in mano. a me sembra una rappresentazione così... boh... così semplicistica, così manichea”. Il pronome personale “io” emerge in quest’occasione rimandando l’impatto personale della lontananza e della differenza di prospettive.

I termini infine che utilizza per sottolineare la possibile utilità sono il “dialogo” e “la contrapposizione” per indicare invece ciò che “diventa troppo”.

4. “Chiedersi come le mappe cliniche cambiano nel loro interfaccia legale”

Un terzo posizionamento invece potrebbe essere rappresentato da “chiedersi come le mappe cliniche cambiano nel loro interfaccia legale”. Il riferimento in questo senso è posto dallo psicoterapeuta in questione sui cambiamenti che stanno investendo la conoscenza e la definizione stessa del genere, inclusa la realtà del non binarismo, quindi una conoscenza che vada oltre la risposta positiva o negativa di un tribunale in merito ai passaggi o agli interventi richiesti o non richiesti. Il posizionamento è pertanto in relazione non soltanto a sé come clinico, ma anche alla società che è cornice dei cambiamenti che menziona e dei contesti istituzionali che operano in questo campo, come i tribunali.

“[...] forse adesso come adesso sarebbe interessante chiedersi come le mappe cliniche cambiano nel loro interfaccia legale cioè proprio il rispetto ai cambiamenti che ci sono stati, adesso io ancora non ho capito, che senso ha un tribunale sì un tribunale no, non si capisce un cavolo, anche lì, sapere un po'... uno che facesse una cernita proprio sistematica... ehm, come cambiano nella in questa istanza di non binarismo che non è in contraddizione, non cancella la disforia e il bisogno di transizione, di cambiamento e cioè come dire tutta una serie di aspetti che stanno nell’ esistenza stessa del genere no? però sembra che ci siano delle risposte un po' casuali, allora va bene puoi cambiare il nome senza fare, senza sterilizzarti, allora facciamo, però ecco

concretamente questo non implica anche, come dire, **un pensiero di concezione più legale, sociale diversa di cosa è il genere rispetto all'identità degli individui e che ruolo dovrebbe avere nella loro soggettività dei cittadini cioè nel senso...** sulla mia carta d'identità non c'è scritto se sono maschio o femmina, ma sul mio codice fiscale sì. perché? che elemento è? che valore ha? cioè nel senso, è una differenza che fa la differenza? per lo stato, perché? cioè finché chiaramente, è tutto connesso no? finché appunto io sono maschio posso andare con un altro maschio sono un'unione civile e non un matrimonio ok, e allora fa una differenza, un impatto, però no, boh ci sono delle cose... allora nei momenti in cui tu metti in discussione l'elemento binario ha una serie di ripercussioni e la situazione transgender è quella che dice ma come la vivo? come la regolo nell'identità dell'individuo? anche l'idea che lo stesso individuo possa cambiare, quindi potrei avere bisogno di usarlo questo elemento no, che impatto ha? cioè non lo so, mi viene da dire che ha, specialmente dal punto di vista della psicologia sociale e dell'antropologia, mi viene da dire della parentela però sì non lo so, c'è un impatto ehm... sul cambiamento dell'ordine simbolico sostanzialmente... non lo so... boh. **secondo me, cioè l'utilità è partecipare a questo tipo di cambiamento, di pensiero...**" (V.)

Lo psicoterapeuta V. parla di questo cambiamento che investe anche l'identità dell'individuo, che ha degli impatti pragmatici a livello sociale, che definisce sul "cambiamento dell'ordine simbolico", partecipando a questo cambiamento.

7.4 Discussione dei risultati

Le categorie di analisi costruite a partire dalle narrazioni e dai dialoghi con i/le professionisti/e dell'ambito psicologico e psichiatrico sono rappresentate da: "Il lavoro clinico per la transizione", "Io e Me nel lavoro clinico per la transizione", "La relazione", "La diagnosi", "I/le professionisti/e", "Altri contesti" e "La ricerca". Per ognuna di queste categorie sono stati approfonditi gli aspetti di condivisione e comunanza, così come quelli di specificità e divergenza tra le persone intervistate.

La prima categoria di analisi riguarda la relazione con "il lavoro clinico per la transizione" da parte dei/le professionisti/e, ovvero si riferisce a quegli aspetti che definiscono e caratterizzano il proprio lavoro in questo campo.

Per quanto riguarda i repertori interpretativi utilizzati per descrivere i percorsi di transizione nel contesto clinico, si può delineare una meta-metafora che li riunisce, ovvero quella della "complessità". Si è potuto rilevare come i repertori interpretativi definiscano la transizione come "un progetto trasformativo", ovvero non semplicemente focalizzato sulla transizione di genere che

è la richiesta iniziale che viene posta ma anche su altri ambiti, la transizione come “accompagnamento”, quindi un lavoro clinico basato sull’atteggiamento non giudicante, accogliente e affermativo della persona, inoltre, la transizione come un “mettersi in gioco”, ovvero intraprendere un percorso “profondo” e “non superficiale” e, infine, la transizione come processo che sia “basato sempre su elementi di realtà”, tema particolarmente usato in cui il termine “realtà” non sempre viene esplicitato nel suo significato ma usato come sua stessa specificazione. I termini comunemente utilizzati in questo senso sono “realistico”, “congruo alla realtà”, che “si adatta alla realtà”, termini che derivano dall’ambito psicologico e psichiatrico. Coerentemente con questi repertori interpretativi emergono anche alcuni specifici posizionamenti del/la professionista. In particolare, i più rilevanti in termini di implicazioni nell’incontro clinico possono essere quelli suggeriti dalle espressioni “tengo solo le persone che vogliono fare un lavoro completo” e “lavoro sul fatto che le persone possano rendersi conto”. Il primo implica una differenza tra le intenzioni delle persone e il tipo di percorso che possono richiedere, accettate solamente quando incontrano gli obiettivi del/la terapeuta, mentre il secondo implica il collocarsi e collocare il proprio lavoro con le persone in transito in virtù della “aderenza alla realtà”.

Possono essere, pertanto, rilevati alcuni elementi distintivi nella descrizione e nel racconto del proprio lavoro clinico nella transizione di genere. Innanzitutto, l’esplicitazione dell’obiettivo dell’accompagnamento, che può essere ritenuto coerente rispetto alle linee guida attuali nel campo della transizione di genere, nel momento in cui si parla di “affermatività” nei percorsi clinici (Bieschke, Perez e DeBord, 2007; Korell e Lorah, 2007). Inoltre, è possibile rilevare come venga inserito nelle narrazioni l’obiettivo di promuovere e sviluppare un percorso clinico “completo” e “profondo”, dove con questi termini ci si riferisce all’andare “oltre” la richiesta del cambiamento corporeo di genere (ad esempio attraverso la terapia ormonale) e ai criteri della “completezza” e della “profondità” che vengono stabiliti dal/la terapeuta stesso/a.

Un altro aspetto particolare riguarda la configurazione discorsiva della “realtà”, connessa al “principio di realtà” e all’“adattamento alla realtà”. Tale termine viene spesso utilizzato nelle narrazioni senza specificarlo, trovando le sue origini e contesto d’uso specifico nelle discipline psicologiche e psichiatriche. Le sue specificazioni, quando richieste, avvengono attraverso esempi, connettendolo con le dimensioni delle aspettative e delle modalità di pensiero giudicate più o meno “irrealistiche”. Il principio di realtà trova la sua origine nella prospettiva psicoanalitica, in particolare a partire dai lavori di Sigmund Freud (1920) che pone in tensione tale principio con il

principio di piacere, entrambi presenti nella “vita psichica” dell’individuo per cui il primo riesce a ridimensionare il secondo basato su impulsi e desideri. Il riferimento alla base è che vi sia una realtà esterna data e oggettiva, a partire dalla quale certi elementi o eventi possono essere giudicati come “irreali” e “irrealistici”. Attraverso queste modalità narrative possiamo notare come la realtà venga data per scontato come realtà, infatti “essa non richiede verifica ulteriore oltre la sua semplice presenza. Essa c’è semplicemente, come fattualità autoevidente e indiscutibile (Berger e Luckmann, 1966, p. 44). Una delle condizioni di massimo distacco dalla realtà, nel campo psicopatologico, è infatti rappresentata dal “delirio”. A questo proposito, ciò che può essere problematizzato e discusso, nella cornice delle prospettive teoriche di questa ricerca, è l’esistenza di una realtà esterna conoscibile e che può e deve essere presa come riferimento nella vita quotidiana dell’individuo, nonché nelle modalità di spiegazione e valutazione dei fenomeni psicologici. Ciò che si può pertanto sottolineare è come i discorsi in merito alla “realtà” non siano mai indipendenti dall’“osservatore” (Maturana e Varela, 1980), e ciò vale anche nel contesto clinico della transizione di genere. Gli assetti teorico-metodologici, così come quelli personali e culturali svolgono costantemente un ruolo nelle modalità del conoscere. La concezione di una realtà esistente al di fuori di noi, conoscibile, oggettiva e assoluta è stata messa in crisi anche in altre discipline, come nella fisica e nella meccanica quantistica, le quali, introducendo i principi di indeterminazione e di relatività, hanno contribuito ad allargare i confini della conoscenza e a legittimare la messa in discussione del realismo ingenuo (Turci e Roveroni, 1987; Heisenberg, 1985; Turchi e Maiuro, 2007).

Un ulteriore aspetto che emerge, sebbene non da tutte le interviste, ma che può essere elemento importante di riflessione consiste nelle differenze narrate in merito alle definite categorie dell’identità trans, ovvero FtM e MtF. Alcune di queste differenze vengono poste a livello di esperienza, ma a volte associate al sesso di origine che renderebbe le donne trans maggiormente concentrate sul corpo e l’aspetto fisico, mentre gli uomini trans sulla riflessività e il pensiero. Si può pertanto mettere in luce, oltre che alla differenza di esperienze che coinvolgono donne e uomini trans, anche il riferimento a un sistema di conoscenze che poggia su concezioni essenzialistiche o biologistiche, per cui il riferimento anatomo-fisiologico spiega anche il comportamento e la cosiddetta personalità.

Per quanto riguarda le teorie utilizzate dai/lle professionisti/e, si rilevano invece diversi posizionamenti possibili, compresi entro la dimensione semantica che colloca le prospettive

teoriche tra “non utilità e beneficio”. Un primo tipo di posizionamento è relativo a “io faccio lo psichiatra”, espressione attraverso la quale si sancisce un distanziamento dalle teorie psicologiche e dal loro uso, in virtù di una conoscenza oggettiva e neutrale perseguita in particolar modo dalla disciplina psichiatrica, oppure il posizionamento “ho avuto una formazione psichiatrica contaminata dal pensiero psicomodinamico”, in cui la metafora della contaminazione ha l’effetto di produrre una gerarchia tra i due tipi di conoscenza, per cui il riferimento alla propria disciplina psichiatrica viene solo in parte messo in contatto con altre prospettive teoriche specifiche, il posizionamento “sono una meticcina/o”, usato in questo caso nel campo psicologico, collocandosi in una posizione di integrazione delle teorie psicologiche e delle diverse formazioni teoriche nel proprio lavoro clinico e, infine, il posizionamento “mi ha molto aiutato”, collocando la propria prospettiva teorica in uno spazio importante del proprio lavoro in questo campo.

Il tipo di riflessione che si può avanzare si collega e specifica quella precedente, sottolineando come vi sia sempre un punto di vista da cui si osservano, si valutano e si trattano i fenomeni. Non soltanto le teorie, scientifiche o di senso comune, così come credenze e valori presenti nel contesto socio-culturale, informano e guidano il modo di conoscere di ogni professionista, scienziato/a e osservatore/trice, ma essi concorrono a costruire i fenomeni stessi, le loro definizioni e le conoscenze che li riguardano.

La seconda dimensione di senso rintracciata nelle interviste è quella relativa al rapporto tra “Io e Me nel lavoro clinico per la transizione”. Uno degli elementi principali di questa categoria fa riferimento alla persona del/la clinico/a e alla sua soggettività che viene descritta, giudicata o significata in diverso modo. La meta-metafora a questo proposito è rappresentata dalla “testa e pancia”, quindi i significati relativi alla separazione o al dialogo tra ciò che appartiene al mondo “privato” e ciò che appartiene al mondo professionale. A questo proposito i repertori interpretativi che emergono si fondano su espressioni come “il rigore dev’essere molto stretto”, attraverso il quale emerge una concezione del rigore come principio del lavoro in cui la soggettività e gli aspetti personali del/la professionista non possono entrare, oppure sull’espressione e figura retorica “di pancia prende il sopravvento...”, metafora attraverso cui si mettono in relazione gli aspetti professionali e teorici e quelli più soggettivi e personali, spesso considerati come inevitabili o complessi nella loro gestione, e, infine, sull’espressione “è utile, per lavorare bene... abbandonare proprio tutti questi riferimenti teorici”, esplicitando la necessità di accantonare le teorie in virtù di una comprensione allargata delle esperienze. Coerentemente con questi repertori interpretativi

emergono anche specifici posizionamenti dei/lle professionisti/e, nella dimensione semantica che li colloca tra “oggettività e soggettività”. Tra questi si possono rilevare quelli suggeriti dagli enunciati “non posso dire che è una mia opinione”, sancendo la differenza che narra tra oggettività e rigore e soggettività ed opinione nei confronti di un terzo quale il giudice, “due parti di me che stanno insieme facendosi concezioni a vicenda”, attraverso cui ci si colloca e si agisce in maniera diversa sulla base della parte che affiora (ad esempio, “attivista” oppure “clinico”) e infine, “avvicinarsi al paziente”, quindi attraverso un ruolo narrato come empatico e non teorico. Attraverso queste modalità narrative possiamo notare come la dimensione dell’“oggettività” venga generalmente ritenuta come un aspetto separato dalla “soggettività” e come spesso metafore che ruotano attorno alla “testa e alla pancia” possano contribuire a confermare questa distinzione. Come già commentato, l’osservazione dei fenomeni non può essere considerata neutrale o effettuabile da nessun luogo (Bateson, 1972; Salvini, 1998), ma anzi risente di convenzioni e credenze sull’individuo e sulla natura, tali da legittimare approcci naturalistici, descrittivi o biologistici nel campo clinico. L’oggettività nel campo clinico e della transizione di genere implicherebbe che chi opera sia attivo su un oggetto passivo, e che l’operato sia efficace quando la conoscenza è oggettiva, rendendo quindi ininfluenza la personalità di chi opera (Imbasciati e Ghilardi, 1993). Il linguaggio ritorna come elemento fondamentale non solo nel rendere “interessata” l’osservazione, ma anche nel definire e mantenere separate le dimensioni dell’oggettività e della soggettività. La metafora che separa e mette in relazione la “testa” e la “pancia” non funge soltanto da espediente retorico, bensì costruisce realtà attraverso il suo effetto perlocutorio e performativo, ad esempio sancendo la distinzione nel rapporto mente-corpo, o razionalità-irrazionalità (Faccio e Salvini, 2006; Foucault, 1961).

Un ulteriore aspetto che emerge in relazione a questa categoria è rappresentato dalle “complessità e i dilemmi” del proprio lavoro. I dilemmi in particolare convergono in un fenomeno che secondo le persone intervistate è “nuovo”, quindi che sta emergendo di recente e che pertanto non possiede criteri di valutazione già definiti e condivisibili, ovvero quello definito come “non binarismo”. I posizionamenti individuati si collocano lungo la dimensione che vede il non binarismo tra “distanza e sconvolgimento dei criteri della transizione”. Essi sono suggeriti dalle espressioni “il non binarismo lo possiamo lasciare... su un altro piano”, ove per “altro piano” si intende non tanto quello della transizione così come è gestita a livello medico nel momento attuale e che “parla un linguaggio binario”, quanto quello della “provocazione” nei confronti del sistema di conoscenza

binario del genere e infine, “le persone non binarie sconvolgono proprio tutto”, utilizzato dal/la clinico/a e inteso come causa di una nuova complessità che emerge in questo contesto e che eccede i criteri della diagnosi ad oggi disponibile.

Queste modalità di descrivere il non binarismo di genere possono consentire di avanzare delle riflessioni a riguardo. Nel campo psicologico e psichiatrico le linee guida recenti mettono in risalto come il genere si configuri come un costrutto non binario, includendo forme identitarie diverse, ad esempio, “nonconforming” e “gender variant”, tuttavia nel campo clinico operativo e più localizzato, queste forme sembrano generare dilemmi e complessità. Le complessità riguardano infatti i criteri di valutazione per la diagnosi e per l’accesso alle diverse fasi del percorso, che restano pertanto maggiormente applicabili o più semplicemente applicabili a chi intende intraprendere un percorso inteso come passaggio da una categoria ad un’altra o a chi si identifica chiaramente in una categoria di genere.

Un ulteriore aspetto che emerge è quello della “responsabilità”, descritta attraverso le polarità del “dire cosa si vede” e “l’effetto delle conseguenze”. Il posizionamento che si colloca lungo la prima polarità consiste nell’enunciato “mi assumo la responsabilità di dire che cosa vedo... davanti a”, associando la responsabilità al fatto di dover certificare una condizione e garantire la validità e la costanza di questa conclusione clinica, e inoltre, al fatto di doverla sottoporre all’attenzione e all’uso di un pubblico particolare, come il tribunale. Una seconda modalità di collocarsi è data, invece, dall’enunciato “la responsabilità la vedo molto in questa irreversibilità”, ovvero in virtù dei possibili cambiamenti definitivi sul corpo da cui non si può tornare indietro.

Ciò fa emergere, ancora una volta, il ruolo dei sistemi conoscitivi e valoriali presenti all’interno di un contesto sociale e che vanno ad indirizzare le pratiche dei/le professionisti/e stessi/e. Le modalità operative e i loro prodotti sembrano essere sempre informati da valori e significati, così come dagli scopi e dalle intenzioni, e dalle performance volute, rincorse e realizzate davanti ad un pubblico in particolare.

La terza categoria di analisi fa riferimento alla “relazione” che si crea con le persone in transizione nel contesto clinico. Una delle meta-metafore che può racchiudere i diversi repertori interpretativi inerenti alla relazione, e in particolar modo a quelli che vengono definiti come aspetti critici della relazione in questo campo, si riferisce all’ “urgenza come tempo e profondità”. La dimensione dell’ “urgenza” viene spesso ritenuta come una criticità nella relazione, definita anche come “fretta” e “rapidità” messe in campo dalle persone in consultazione soprattutto nei primi incontri,

in cui la richiesta è specificatamente volta all'iniziare il percorso di transizione (ad esempio, con il trattamento ormonale e altre fasi). Il primo repertorio si costituisce per l'espressione "se vuoi lavorare con me, non c'è urgenza", ed è associato al lavoro particolare e a specifici presupposti e criteri che non sono ritenuti modificabili in base all'urgenza di chi porta la richiesta di un percorso di transizione. Un secondo repertorio interpretativo è legato all'espressione retorica "chi vuole capire veramente", attraverso la quale si separano due tipi di "pazienti", ovvero quelli che intendono intraprendere un percorso "profondo" e quelli che "vogliono fare tutto e subito".

Infine, "prendere una decisione così importante necessita di moltissima esperienza", è un enunciato attraverso cui il ruolo del/la clinico/a viene ritenuto fondamentale così come la scelta da parte del "paziente", "delicata" e tale da richiedere tempo. Tra le esigenze del terapeuta vengono menzionate spesso quelle del comprendere e del valutare la situazione nella sua stabilità, e tra le esigenze del cosiddetto paziente vengono invece menzionate la necessità di riuscire a tollerare l'attesa e di una comprensione più profonda.

Ciò che si può generare in questo caso, è la separazione e la non condivisione nel contesto clinico tra criteri e presupposti del professionista che non asseconda "l'urgenza", le richieste e le esigenze della persona in consultazione. Ciò che può emergere è pertanto una posizione del/la professionista come esperto/a che richiede di "entrare in profondità" ritenendolo un obiettivo necessario del percorso clinico, ma non necessariamente condiviso dalla persona protagonista, perlomeno nelle fasi iniziali o in particolari momenti del suo percorso e della sua biografia.

Un altro repertorio interpretativo è rappresentato dall'espressione retorica "lo psicoterapeuta usa e getta", metafora che indica e attribuisce significato alla possibilità di cambiare terapeuta in virtù di esigenze o bisogni personali, come la "fretta" oppure "l'assecondare richieste" della persona. In relazione a questo repertorio si può incontrare anche un posizionamento peculiare, dato dall'espressione "avevano bisogno di fare la loro piccola Odissea", contrapponendo il ruolo del/la professionista a quello della persona che cerca conferme continue da persone diverse.

Infine, vien usata l'espressione retorica "porta i criteri che sa che deve portare", in riferimento a quelle che vengono definite dai/lle professionisti/e come "risposte preconfezionate" o "copioni" messi in atto dalla persona in consultazione, spesso criticate oppure considerate caratteristica della condizione di "disforia di genere".

Per ciò che concerne la relazione emergono anche due posizionamenti particolari, che possono rientrare nella dimensione semantica costituita dalle polarità del "dubbio" e della "gestione del

potere”. Il primo è rappresentato dall’espressione “è necessario che uno a un certo punto di interroghi un po’”, considerando il lavoro e la relazione come complessi, “faticosi” e che richiedono una riflessione su di sé per non attivare pregiudizi e stereotipi nei confronti della persona, mentre il secondo è dato dall’espressione “è un potere che va maneggiato con molta cura”, in cui si esplicita la propria posizione di potere nei confronti dell’altro.

Da queste modalità discorsive e narrative, la riflessione che può sorgere riguarda la costruzione e il mantenimento nel contesto clinico di due posizioni distinte occupate dal/la professionista e dalla persona in consultazione, che possono generare anche effetti di conflitto nelle relazioni, ovvero fomentati dal ruolo del/la professionista come esperto e dell’interlocutore/trice come oggetto dell’esperienza e che come tale, deve seguire o adattarsi al percorso modellato dal/la clinico/a, omettendo pertanto la versione soggettiva del paziente in virtù di una posizione oggettivistica (Iudici e De Aloe, 2007). Gli stessi termini “importante” e “delicato” si riferiscono a decisioni e a fatti e azioni che sono valutabili in virtù della promozione della salute della persona in consultazione, dei quali però è necessario considerare il carattere culturale e valoriale di cui si costituiscono (Pagliaro e Cesa Bianchi, 1995). Con il supporto della riflessione epistemologica, si può mettere in luce come, attraverso alcuni di questi discorsi, nella relazione clinica, il cosiddetto paziente rischi di perdere il carattere di intenzionalità e responsabilità della sua biografia, in virtù di un sapere esperto e competente, che postula criteri e trattamenti a cui si deve conformare, sia che li accetti o che li rifiuti (Salvini, 2009; Foucault, 1961). Questi squilibri di responsabilità e di conoscenze sembrano affiorare dagli ultimi posizionamenti che si sono descritti relativi al dubbio e alla gestione del potere, che consentono di riflettere sui fondamenti socio-culturali e valoriali della professione clinica, oltre che dei fenomeni di cui tratta.

Per quanto riguarda gli aspetti rilevanti, invece, il repertorio interpretativo che emerge è rappresentato dall’espressione metaforica “ci vuole un’apertura mentale incredibile”. L’apertura mentale caratterizzerebbe il lavoro del/la clinico/a per poter approcciarsi nel campo della transizione di genere in maniera diversa dal senso comune, che detiene ancora pregiudizi e giudizi morali. Per quanto riguarda gli aspetti considerati rilevanti nella relazione con le persone in transito, diversi sono i posizionamenti assunti dai/lle professionisti/e, e si muovono tra le polarità del “bisogno dell’altro” e della “relazione”. Il primo è dato dal collocare le persone secondo il “bisogno di essere visti, raccolti”, il secondo colloca il/la clinica come protagonista del racconto attraverso l’espressione “si ha la sensazione di aver contribuito in qualche modo” al cambiamento,

e, infine, il posizionamento suggerito dall'espressione "credo che sia importante starsi simpatici", mette in luce il dialogo reciproco tra gli/le interlocutori/trici nel contesto clinico. Attraverso queste modalità narrative specifiche, si può mettere in risalto come ci si possa situare in relazione alla persona in consultazione considerandola come slegata dall'interazione e secondo criteri e modalità di valutazione stabilite altrove (dai manuali diagnostici, ad esempio), considerando il proprio ruolo di esperto nel campo psicologico o psichiatrico e in materia di transizione, oppure considerando ciò che si crea e si genera nel dialogo e nella relazione condivisa.

Un'ulteriore categoria di analisi investe la dimensione e la relazione con la "diagnosi". I repertori interpretativi rintracciati nelle interviste possono convergere nella meta-metafora del "disturbo e sofferenza". Tra questi, vi sono quelli che descrivono la "disforia di genere" attraverso espressioni quali "sciogliere la matassa", ovvero in riferimento alla sua capacità di distinguere tra condizioni cliniche e patologiche e di riferirsi ad un'entità a sé stante nel campo della psicopatologia, inoltre, "non la considero una patologia... però la disforia c'è", attraverso cui i significati vengono allontanati dal disturbo mentale in sé, ma comunque attribuiti all'esistenza di un "disagio" e di una "sofferenza" tali da richiedere una diagnosi e un percorso clinico. Inoltre, la diagnosi viene descritta come strumento che "serve per garantire anche una copertura da parte del sistema sanitario nazionale", non necessariamente in contrasto con il repertorio precedente, viene utilizzato a supporto della diagnosi un argomento che non riguarda i fondamenti "scientifici" della nosologia, bensì quelli burocratici e normativi. Infine, la diagnosi può essere intesa come "malattia culturale", connettendola al sistema conoscitivo occidentale rispetto all'identità di genere, alla percepita diversità da parte dell'altro oppure alle conseguenze che i contesti di riferimento possono generare, nonostante la diagnosi venga in ultima analisi attribuita alla persona in transito.

Diversi sono anche i posizionamenti che si possono rilevare in relazione al processo diagnostico che coinvolge la professione del/la clinico/a, e si possono trovare all'interno della dimensione "tra valutazione oggettiva e ruolo del clinico". Nella prima polarità semantica si trova l'espressione "facciamo una valutazione clinica attenta", ove il/la clinico situa la diagnosi come fase e processo fondamentale del proprio lavoro, inoltre, si rileva l'espressione "la valutazione diagnostica non è che mi piaccia tantissimo", con cui la si ritiene a volte riduttiva rispetto al percorso clinico e altre volte come guida che poi lascia spazio ad altro, e infine, lungo la seconda polarità, si rileva l'espressione "l'operatore ha un ruolo determinante", attraverso cui si confermano i criteri della

diagnosi secondo il manuale diagnostico che li definisce, ma allo stesso tempo si esplicita l'influenza di chi procede a questa valutazione, descrivendola come "soggettiva".

A questo proposito, diverse sono anche le teorie personali che possono emergere come riflessioni sulla diagnosi. Da una parte vi è la teoria per cui sarebbe necessario individuare la "continuità con la normalità", processo che contribuirebbe a conferire senso alla diagnosi di disforia di genere, come già avvenuto per altri "disturbi" dei quali se ne è trovato il rapporto con la "normalità". Dall'altra, si può individuare un'ulteriore teoria che colloca la diagnosi nella discussione tra "variante della normale identità di genere e profonda alterazione tra la mente e il corpo".

Infine, all'interno di questa categoria di analisi si sono inseriti anche repertori interpretativi che fanno riferimento ad altri significati e categorie utilizzati in questo campo, in particolare alla "varianza di genere". Questa viene identificata e sottolineata attraverso le espressioni "perché allora ci sarebbe un genere che è quello legittimo, quello biologicamente iscritto e tutto il resto è anormale", sancendo una differenza con la categoria diagnostica della disforia di genere e riconducendo la varianza alla normalità, "la varianza di genere è molto più flessibile, fluttuante tipica dell'età adolescenziale", ove il genere è considerato meno definito, e ponendo una distinzione tra varianza di genere e disforia, considerando quest'ultima come una cristallizzazione della varianza e caratterizzata da stabilità e sofferenza, e, infine, "la realtà è molto più complessa", ove la varianza è ritenuto un termine che può rappresentare la complessità dei generi.

Emerge, quindi, come la diagnosi non venga generalmente messa in discussione nella sua validità o presenza all'interno di un manuale diagnostico, ma come i modi di descriverla e di utilizzarla, nonché il processo di valutazione che permette di confermarne la presenza o l'assenza, siano eterogenei e diversi. La prima differenza che emerge è la distanza tra la definizione e l'uso della categoria diagnostica e il processo diagnostico, ritenuto come una fase e una pratica necessaria e fondamentale nel campo psichiatrico, mentre in quello psicologico, viene anche menzionata come aspetto del percorso riduttivo o come orientamento, poi messo da parte. Nelle teorie poste in essere dai/le professionisti/e emerge il dilemma rispetto al rapporto tra patologia e normalità, la cui risposta spesso viene collocata a metà, e spiegata attraverso le dimensioni della sofferenza e del disagio tali da poter considerare la "disforia di genere" come una problematica che richiede di essere situata nel contesto psicologico o psichiatrico. Alcuni dei principali aspetti critici presenti in letteratura relativamente alla diagnosi, si riscontrano in questi testi: la problematizzazione o meno della diagnosi come strumento che contribuisce a sviluppare processi di medicalizzazione e

patologizzazione delle esperienze (Bryant, 2011; Jutel, 2009; Lev, 2013), lo stigma che può accompagnare le persone diagnosticate in questo modo (Pleak, 2009; Drescher, 2013) e la difficoltà di collocazione della diagnosi nei manuali (Bockting, 2009; Drescher, Cohen-Kettenis e Winter, 2012; Valerio e Fazzari, 2016).

Ciò che possiamo commentare, a partire dalle prospettive teoriche adottate, riguarda innanzitutto lo statuto epistemologico della diagnosi. Più che un'entità clinica osservabile e descrivibile in termini oggettivi e neutrali, la diagnosi può essere considerata come un artificio linguistico che risente dei contesti socio-culturali, dei valori e delle credenze di una comunità. Inoltre, nel contesto clinico l'uso del termine diagnostico può portare con sé il rischio di essere "ontologizzato" generando effetti sia sull'identità delle persone che lo riportano su di sé, sia nello stesso ambito clinico trattandolo erroneamente come se fosse un oggetto fisico (Faccio e Salvini, 2007). Come già si è cercato di sottolineare una conoscenza oggettiva dei fenomeni non è possibile, specialmente per quanto riguarda i fenomeni psicologici, che assumono piuttosto il carattere di fenomeni discorsivi e linguistici (Salvini e Dondoni, 2011, Harrè e Tisaw, 2005). Infatti, questi fenomeni si riferiscono più che ad entità o eventi naturali, a sistemi costruiti da relazioni, regole, significati, scopi e intenzioni, episodi e generi narrativi (Salvini, 2009; Gergen, 2009). Nel caso particolare della "disforia di genere", inoltre, i sistemi di conoscenze e valori presenti nel contesto sociale più ampio sembrano essere particolarmente influenti, come si può rilevare dai cambiamenti che hanno investito la categoria diagnostica nel corso del tempo, che sono andati di pari passo alle nuove conoscenze e richieste sociali in merito all'identità di genere e alle sue varianze. Tuttavia, il tentativo di distinguere esperienze riconducibili alla "normalità" e al "disturbo", insieme a modalità di conoscenza binaria del genere, sembrano essere ancora presenti, nonostante le nuove definizioni che appaiono come maggiormente pertinenti rispetto al genere inteso come processo di costruzione soggettiva, come quello di "varianza di genere" oppure "disforia" in sostituzione a "disturbo dell'identità". La portata del binarismo non soltanto risulta presente nel mantenere distinte le esperienze che vengono poi attribuite alla "disforia di genere" oppure alla "varianza di genere", ma anche nella difficoltà che viene rilevata, esplicitata e ricondotta dai/lle professionisti/e alla complessità nel gestire ciò che si autodefinisce come "non binario" nel contesto clinico, che pare eccedere i criteri della diagnosi attuale.

La quinta categoria di analisi si riferisce alla relazione con “altri/e professionisti/e”, ovvero a colleghi/e con i/le quali si lavora quotidianamente o per particolari esigenze, oppure ad altri/e professionalità in termini generali.

La prima dimensione semantica che si può rintracciare a partire dai testi riguarda i/le colleghi/e “tra appoggio e condivisione”. I posizionamenti che la compongono sono suggeriti dalle espressioni “ci si appoggia”, collocando l’altro non come fondamentale per il lavoro ma intercettabile a fronte di particolari esigenze o richieste, e “le durate dei percorsi hanno il vantaggio di essere strutturate”, ove per struttura si intende la gestione di equipe, considerata come un valore aggiunto alla propria pratica operativa rispetto ad altre e, infine, “è importante discuterne in equipe”, ove questa assume un ruolo fondamentale e specialmente nell’approccio a eventuali criticità che affiorano nel contesto.

La seconda dimensione semantica che si può rintracciare riguarda gli/le altri/e professionisti/e nelle polarità delle “differenze ed esigenze di dialogo”. Le modalità di collocarsi al loro interno sono indicate dalle espressioni “sembra che sia uno spazio in cui non si vuole neanche entrare”, attraverso cui si stabiliscono delle differenze tra chi si occupa di transizione e chi non se ne occupa, a volte collocando questi nell’ambito del pregiudizio e della disinformazione, e “non è facile trovare altri colleghi che abbiano voglia di confrontarsi”, con cui si mette in luce l’esigenza di dialogo ma anche si imputa la volontà di non creare occasioni di condivisione tra esperti/e.

Queste modalità discorsive e narrative mettono in luce come i percorsi clinici e la loro gestione condivisa con altri/e professionisti/e non sia sempre presente o ritenuta necessaria, potendo sottolineare una differenza tra contesto pubblico in cui l’equipe è strutturata e necessaria, e il contesto privato dove il/la terapeuta opera in maniera più indipendente. Ciò che affiora, inoltre, è la differenza tra chi è specializzato/a nel campo della transizione di genere e chi invece non lo è, consentendo di mettere in risalto le menzionate ragioni nei termini di pregiudizi, stereotipi, percepita difficoltà e diversità nella presa in carico dovuta al cambiamento fisico potenzialmente irreversibile e alla differenza tra un disagio legato all’identità di genere e un altro disturbo il cui trattamento è più conosciuto e “semplice”. Si può inoltre mettere in luce come la scelta di occuparsi di questo tema specifico e la specializzazione nella materia siano elementi estremamente rilevanti e peculiari per poter affrontare e prendere in carico la persona, anche secondo obiettivi affermativi e coerenti con le linee guida internazionali e nazionali.

La sesta categoria di analisi riguarda la relazione con “altri contesti” che emergono dalle narrazioni come rilevanti da parte dei/lle professionisti/e: il tribunale, il contesto pubblico, i servizi e gli sportelli trans e il contesto clinico considerato nei suoi termini più generali e astratti. Tra i posizionamenti assunti in relazione al tribunale, possiamo rilevare quello che colloca il/la professionista (o la sua equipe) in rapporto a questo contesto come “dobbiamo essere molto più credibili”. Il pubblico a cui ci si rivolge è il tribunale, al quale si devono pertanto fornire prove, risposte e certificazioni “credibili” in quanto si risponde ad un mandato che richiede dati certi.

Per quanto riguarda il contesto pubblico, il principale posizionamento che emerge e attraverso cui si colloca se stessi/e e il proprio contesto privato è dato dall’espressione “una buona alternativa alla struttura pubblica”, mettendone in risalto le criticità in termini di tempistiche e ridotti contatti personali con le persone in transito, oltre al fatto che, data l’autorevolezza che detiene, “si può permettere di trattare i pazienti come pezze da piedi”, come raccontato da un partecipante.

Per ciò che concerne i servizi e gli sportelli trans, uno dei modi di collocarsi è dato da “il lavoro si è fatto un po' più intenso”, definendoli come risorse e come elementi che hanno contribuito a sviluppare il proprio lavoro nel contesto privato.

Infine, anche il contesto clinico in generale è stato oggetto di riflessioni, a partire da un’intervista in particolare. Il posizionamento nei confronti del contesto clinico da parte del professionista è espresso dalla frase “secondo me le cose sono un po' cambiate”, riferendosi all’approccio clinico psichiatrico e psicologico verso la disforia di genere e le esperienze di varianza di genere, ritenendolo nel momento attuale meno dicotomizzante e medicalizzante in virtù del cambiamento storico avvenuto nelle richieste dei pazienti. Possiamo, pertanto, rilevare come ciascuno di questi contesti posseda un ruolo nella costruzione delle pratiche dei/lle professionisti/e e delle loro narrazioni, pratiche e narrazioni che non è possibile considerare in maniera disgiunta e neutrale, bensì sempre situate e legate ai contesti e dipendenti dal linguaggio con cui se ne parla (Gergen e Gergen, 2006; McNamee e Gergen, 1992).

L’ultima categoria di analisi ha riguardato “la ricerca”, per la quale si può individuare la dimensione semantica che la colloca “tra contesto clinico e società”. I posizionamenti assunti in relazione alla ricerca hanno incluso pertanto “sarebbe interessante immaginare uno strumento che potesse aiutare a identificare meglio...”, attraverso il quale il/la professionista situa la ricerca come mezzo per identificare un qualche contenuto particolare attraverso specifici strumenti, come il rapporto tra “transessualità e omosessualità” che una partecipante considera critico e le due

dimensioni come strettamente legate e, a volte, tali da rendere confusa la valutazione e “mi piacerebbe che la ricerca si spostasse sugli aspetti positivi della transizione”, collocandosi rispetto all’utilità di questi elementi e sulle risorse piuttosto che su gli elementi problematici. Inoltre, emerge un modo di collocarsi verso la ricerca espresso nei termini “capire meglio che cosa viene detto dall'altra parte per me sarebbe molto utile”, inserendosi in una posizione specifica all’interno della disciplina, in questo caso, psichiatrica, e individuando differenze e distanze tra i suoi presupposti conoscitivi e quelli delle scienze sociali. Si riferisce, quindi, alle menzionate “teorie sociali” che, dal suo punto di vista, criticano la psichiatria in termini di potere sull’altro senza offrire contributi utili alla disciplina psichiatrica, ricercandone un dialogo ma sancendone, allo stesso tempo, una differenza.

Infine, un altro posizionamento si situa nella polarità del rivolgersi verso contesto sociale, e include il “chiedersi come le mappe cliniche cambiano nel loro interfaccia legale”, in riferimento alla questione emergente del non binarismo nei contesti clinici operativi, ricercando criteri e linee guida da utilizzare e declinare nel proprio ambito di lavoro. A tal proposito, gli elementi messi in campo come potenzialmente utili nel campo clinico dalle persone intervistate, risentono inevitabilmente delle prospettive teorico-epistemologiche e dal sistema di riferimento simbolico e valoriale che utilizzano. Insieme alle prospettive conoscitive utilizzate in questa ricerca, in alcuni casi il dialogo, se focalizzato sui contenuti, potrebbe risultare difficile (es. la creazione di un test o di uno strumento per distinguere le esperienze). Tuttavia, con questa ricerca si vorrebbe contribuire alla comprensione delle esperienze trans, come già riportato precedentemente, e alla riflessione sulle proprie pratiche cliniche, sul ruolo e sull’identità del/la professionista nel campo della transizione di genere e sul loro rapporto con i contesti socio-culturali che ospitano e orientano le pratiche stesse. Ciò vorrebbe proprio mettere in luce e approfondire il legame tra clinica e contesto sociale, nel tentativo di evidenziare e riflettere le possibili criticità, potenzialità ed implicazioni.

Per concludere, le modalità narrative e discorsive emergenti e utilizzate dai/le professionisti/e per descrivere vari aspetti del proprio lavoro e della relazione con le persone in transito nel contesto clinico, contribuiscono alla costruzione dell’identità professionale, delle modalità operative e, in virtù del ruolo che ricoprono, possono concorrere anche alla costruzione dell’identità delle persone stesse. Tra gli aspetti più rilevanti si trovano modi d’uso del linguaggio che mettono in risalto le dimensioni della realtà, del rapporto tra oggettività e soggettività, della diagnosi, quindi della sua

fondatezza e del suo legame tra normalità e patologia, della relazione con le persone, pubblici e contesti peculiari e di altri termini e delle loro ricadute. Nelle conclusioni che seguono, si cercherà di mettere in relazione gli aspetti principali emersi dai risultati delle interviste con le persone in transizione e i/le professionisti/e della cosiddetta salute mentale, al fine di riflettere criticamente sulle implicazioni di tali processi discorsivi e narrativi nelle pratiche e nelle relazioni tra professionisti/e e persone in transito, alla luce della complessità delle narrazioni ed esigenze di queste ultime.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

“Io mi costruisco di continuo e vi costruisco, e voi fate altrettanto”.

Luigi Pirandello (1925)

8.1 Un breve epilogo

Questa ricerca si è posta lo scopo di esplorare i processi di costruzione dell'identità e delle pratiche psicologiche e psichiatriche attraverso la condivisione di narrazioni con persone in transizione e professionisti/e della cosiddetta salute mentale. Dall'analisi delle interviste narrative ed episodiche si è potuto rilevare come diverse siano le voci e i discorsi che le persone raccontano e che mettono in relazione alla propria biografia e al proprio percorso di transizione, così come alle pratiche da parte dei/lle professionisti/e. I repertori interpretativi e i posizionamenti identitari rintracciati nei testi, consentono di mettere in risalto i processi narrativi e discorsivi, quindi i significati e le modalità di collocarsi rispetto ai contesti e ai personaggi inseriti nelle narrazioni, agli scopi e alle intenzioni che si vogliono perseguire e al pubblico al quale ci si rivolge. I risultati che si sono descritti e discussi in questo elaborato non hanno la pretesa di voler essere generalizzati o di essere rappresentativi di un fenomeno come quello dell'identità trans e delle pratiche cliniche nel contesto italiano.

Per la prima linea di indagine, si può mettere in risalto la presenza di differenti e numerosi processi discorsivi e narrativi messi in campo per costruire la propria identità e il proprio percorso di transizione, nonché le loro ricadute pragmatiche.

Nel descrivere l'esperienza trans e il proprio percorso di transizione, abbiamo potuto leggere come le modalità linguistiche utilizzate siano strettamente connesse al sistema di valori e di credenze veicolato in certo contesto socio-culturale. L'ideale della normalità, particolarmente pregnante nelle narrazioni e utilizzato in contrasto agli elementi della devianza, della malattia e della prostituzione, viene spesso perseguito con l'effetto di ontologizzare questa normalità. Tale ideale, insieme alle difficoltà e ai tentativi di trovare una propria collocazione identitaria, si configura come associato al binarismo di genere, ovvero alla concezione per cui ci si aspetta conformità e coerenza tra genere e sesso biologico, con il rischio di relegare la persona trans ai contesti giudicati

“devianti” o “patologici”. Gli effetti performativi e pragmatici che accompagnano queste modalità narrative sono rilevanti, come la riduzione delle possibilità di descrizione di sé, la costruzione e il mantenimento delle differenze in virtù di una supposta normalità, devianza o patologia, e le profezie che si autoadempiono (Salvini, 2006; Merton, 1948).

Anche la corporeità nelle esperienze di transizione sembra far emergere tutta la sua portata simbolica, di senso e performante l'identità di genere. Il corpo viene narrato ed esperito nella sua materialità e nei suoi vincoli biologici percepiti e ulteriormente interpretati, e spesso raccontato attraverso la logica della separazione tra mente e corpo. La “natura” acquista un ruolo preponderante in questi discorsi, e si connota per le caratteristiche di stabilità, immutabilità e determinazione. Questi modi di parlare di sé e della propria corporeità possono ridurre, non soltanto le possibilità di narrare e raccontare il corpo, ma anche di agirlo secondo le proprie esigenze e intenzionalità. Infatti, è anche possibile notare come nelle narrazioni vi siano diversi riferimenti a rappresentazioni, sistemi di valori e conoscenze particolari sul corpo e sul genere che vengono ripresi dal senso comune o dai discorsi professionali, ma anche intenzioni e pratiche messe in atto per trasformare il proprio corpo e conferire ad esso nuovi significati e possibilità di azione. Il corpo diventa pertanto performance e comunicazione, che cambia, viene agito, e a volte subito, per mezzo della narrazione e del linguaggio (Holstein e Gubrium, 2008; Gagnè e Tewksbury, 1998).

Diversi sono inoltre i contesti relazionali con i quali ci si mette in rapporto e che vengono inseriti nelle narrazioni, come la famiglia, il/la partner, quindi la relazione intima e la sessualità, e l'altro. Tutti questi contesti sono raccontati come risorse oppure come luoghi di non accettazione, e sono accomunati dalle dimensioni della relazione e del riconoscimento di sé nel rapporto con l'altro. Per ciò che riguarda la relazione intima e la sessualità, emergono anche qui riferimenti e implicazioni connesse al binarismo di genere alla sua normatività, in particolare relativamente alla definizione dell'orientamento sessuale come connesso o separato dall'identità di genere, oppure in riferimento all'uso del proprio corpo in transizione nella sessualità. Il binarismo di genere e l'eteronormatività come presupposti culturali sembrano avere una particolare influenza nelle narrazioni, portando la persona ad adeguarsi il più possibile alla categoria di genere a cui sente di appartenere. Tuttavia, è possibile scorgere anche diverse modalità narrative che lasciano spazio ad altri significati e possibilità, consentendo di leggere la sessualità come costantemente plasmata dalle relazioni e dai significati messi in campo (Plummer, 1995; 2002). Tali rapporti permettono,

quindi, di mettere in luce il ruolo e il contributo dell'altro come risorsa nella costruzione della propria identità, ma anche del sistema di regole, di norme e di valori di una società che si rende visibile e performante anche in questo campo, attraverso richieste e aspettative sociali (West e Zimmerman, 1987).

Dalle interviste emergono anche particolari modalità discorsive e narrative in relazione al contesto psicologico e alla diagnosi, nonché specifiche implicazioni. La diagnosi seppur definita in diversi modi acquista un ruolo importante nella propria biografia e nel proprio percorso, sia che questa venga assunta su di sé come condizione o caratteristica distintiva, sia che venga esplicitamente criticata e allontanata. Anche il rapporto con la figura del/la professionista può assumere diversi significati, ove il riconoscimento di sé affiora e viene sancito come uno degli aspetti principali per la costruzione di un percorso condiviso. Lo/a psicologo/a o lo/a psichiatra/a possono pertanto essere visti come esperti con capacità decisionale e definitoria rispetto alla propria identità, ma anche come risorse per la capacità di promuovere la gestione di diversi aspetti della propria vita, non limitatamente alla transizione.

Ciò che può innanzitutto essere messo in luce come implicazione, è il processo di reificazione che può investire la categoria diagnostica attribuita alla persona, per mezzo del quale si conferisce ad essa fattualità (Faccio e Salvini, 2006) celando l'appartenenza della diagnosi di "disforia di genere" al campo del discorso, quindi al sistema di norme, valori e conoscenze che vigono attualmente nel contesto clinico e che vengono poi trasportate anche a livello di senso comune (Szasz, 1975; Gergen, 1990). La diagnosi può essere data per scontato ed essere utilizzata per descrivere o sostenere la propria identità nella vita quotidiana, limitandone gli altri possibili significati o possibilità di azione per la persona. Inoltre, in casi opposti, essa può essere criticata e la persona tentare di resistere alle definizioni seppur in un rapporto che genera tensione nel proprio percorso. Per le persone in transizione, anche il rapporto con il/la professionista sembra sortire gli effetti del ruolo che ricopre e delle cornici socio-culturali del contesto clinico. Tale ruolo può essere, pertanto, considerato rilevante e critico in quanto contribuisce a stabilire e distinguere tra ciò che è normale e ciò che è patologico e che richiede un percorso o un trattamento, generando timori, aspettative negative e quindi azioni con queste coerenti, come la messa in campo di narrazioni preordinate.

Per la seconda linea di indagine, si può mettere in risalto la presenza di altrettanti processi discorsivi e narrativi messi in campo per costruire e descrivere la propria pratica operativa nel campo della transizione di genere, nonché le loro implicazioni.

La transizione nel contesto clinico viene descritta in vari modi, tutti legati alla dimensione della complessità e in alcuni casi, le modalità discorsive utilizzate sembrano conformarsi alle linee guida in questo campo nel momento in cui esplicitano l'obiettivo dell'accompagnamento e dell'affermatività (Korell e Lorah, 2007). Un ulteriore aspetto rilevante che emerge dalle interviste è quello legato alla dimensione della "realtà". La concezione più o meno implicita che sta alla base di questo discorso è che vi sia una realtà esterna attraverso cui poter distinguere e valutare eventi, comportamenti o modalità di pensiero che aderiscono o meno alla stessa. In questo senso, essa viene data per scontato come realtà in quanto autoevidente e che, per tale motivo, non richiede di essere messa in discussione (Berger e Luckmann, 1966). Ciò che può essere, pertanto, messo in risalto è come i discorsi in merito alla realtà non siano mai indipendenti da chi osserva e si avvicina ai fenomeni (Maturana e Varela, 1970), nel campo della transizione di genere e a fronte di qualsiasi fenomeno "oggetto" di studio o trattamento anche in psicologia clinica.

Dalle interviste emerge come oggettività e soggettività si trovino in un complesso rapporto: l'atteggiamento oggettivo e neutrale spesso viene perseguito nel contesto clinico, mentre la soggettività è allontanata oppure richiede di essere tenuta sotto controllo. Possiamo quindi sottolineare come il linguaggio possa rendere "interessata" l'osservazione, ma anche sancire la differenza tra oggettività e soggettività, quindi del rapporto mente-corpo e razionalità e irrazionalità. Nonostante il tentativo di approccio neutrale e oggettivo, vi è sempre un punto di vista dal quale si osservano i fenomeni e che contribuisce a conferire loro significato, quindi a costruirli. Il punto di vista può, allora, essere costituito da teorie scientifiche o di senso comune, così come valori o credenze derivanti dal contesto socio-culturale in cui le persone sono inserite. Nel contesto clinico emergono anche dilemmi e complessità peculiari verso cui i/le professionisti/e possono affacciarsi, che convergono nel fenomeno del "non binarismo". Esperienze di questo tipo, anche definite come "gender nonconforming" o "gender variant" per sottolineare l'allontanamento da forme di classificazione binarie, si trovano già presenti nelle recenti linee guida, dirigendosi quindi anche verso queste nuove forme di identità di genere. A partire dalle interviste, però, emerge come nel contesto clinico queste esperienze vengano ritenute critiche, in particolar modo per il fatto che sembrano eccedere i criteri della diagnosi e che questi ultimi non risultano sufficienti per

la loro valutazione. Questo può consentire di avanzare una riflessione in merito al rischio della categorizzazione diagnostica di limitare le possibilità di descrizione e definizione di sé, non soltanto per la persona alla quale l'etichetta viene attribuita, ma anche al/la professionista che può usarla come unico criterio e lente di osservazione e valutazione, non lasciando spazio ad altri elementi e significati. In questo senso, inoltre, la portata e le implicazioni di un sistema di conoscenze binario ancora radicato nel nostro contesto culturale fa sì che si producano questi dilemmi e le difficoltà per gestirli, insieme alla complessità del processo di classificazione e definizione dei fenomeni e delle identità. Sistema di conoscenza che può essere presente anche nelle narrazioni sulle differenze tra persone trans in base al loro genere e sesso di origine, per cui a partire da questo si comprendono comportamenti o tratti di "personalità" specifici, facendo così riaffiorare elementi conoscitivi di determinismo biologico o essenzialismo.

I temi legati all'urgenza e alle risposte preconfezionate vengono descritti come aspetti critici nella relazione all'interno del contesto clinico. Tra le implicazioni connesse a questo tipo di incontro particolare vi è il fatto che possano emergere più i criteri e gli obiettivi del/la professionista che quelli della persona in transito. Pertanto, è possibile avanzare una riflessione in merito alla costruzione e al mantenimento di due ruoli e posizionamenti distinti occupati nell'interazione, che possono generare conflitto o mancanza di obiettivi condivisi, laddove il/la professionista si pone e/o viene percepito come esperto/a e l'interlocutore/trice come paziente che, in un legame gerarchico, deve adattarsi al trattamento proposto (Iudici e De Aloe, 2007; Foucault, 1963).

Dalle narrazioni emerge inoltre la rilevanza dei contesti o dei/lle professionisti/e verso cui ci si rivolge nel proprio lavoro clinico, come il tribunale, il contesto pubblico o privato, i servizi e gli sportelli trans e il contesto clinico in termini generali e astratti. Ciò che si può mettere in luce è come ognuno di questi detenga un ruolo nella costruzione delle pratiche operative e delle loro narrazioni, in quanto pubblico verso cui ci si volge o criterio di riferimento per la strutturazione delle modalità operative. Le pratiche e le narrazioni non sono infatti considerabili separatamente, bensì come costantemente situate e dipendenti dal linguaggio con cui se ne parla (Gergen e Gergen, 2006; McNamee e Gergen, 1992).

Ulteriori implicazioni emergono per quanto riguarda la diagnosi, tema cruciale di questa ricerca, nonché dei percorsi clinici nel campo della transizione di genere. Dalle interviste risulta come la diagnosi non venga generalmente messa in discussione, nonostante i modi per descriverla e per valutarla possano essere differenti ed eterogenei. Due sono le implicazioni principali che possono

essere messe in luce, innanzitutto una differenza tra disciplina psichiatrica e psicologica, ove il processo diagnostico è ritenuto fondamentale per la prima, mentre può anche essere considerato come un processo riduttivo e poi messo in disparte una volta effettuato per la seconda, che ne riflette i differenti criteri presupposti conoscitivi ed operativi. Inoltre, nel rapporto tra normalità e patologia, la “disforia di genere” viene generalmente collocata nel mezzo, sancendola come “sofferenza” o “disagio” che richiede di essere inserita e trattata in un contesto psicologico o psichiatrico, piuttosto che altrove oppure essere tolta totalmente dai manuali diagnostici.

La riflessione principale che si vuole mettere in luce riguarda lo statuto ontologico della diagnosi. La diagnosi più che un’entità clinica osservabile in maniera neutrale, può essere considerata come uno strumento e artificio retorico che risente del contesto socio-culturale, quindi del suo sistema di valori e di credenze, che insieme lo rendono possibile (Salvini e Dondoni, 2011). I fenomeni cosiddetti psicologici in particolare, più che ad entità o eventi naturali, appartengono al campo del discorso, e sono costruiti a partire da regole, relazioni, significati, scopi e intenzioni (Salvini, 2009; Gergen, 2009). Per quanto riguarda la “disforia di genere”, infatti, può essere messo in luce come la sua costruzione e il suo sviluppo derivino da nuove conoscenze, valori e credenze in merito all’identità di genere e alle sue varianze. Nonostante l’esplicitazione del genere come costruito non binario, conoscenze dicotomiche risultano essere ancora presenti nel mantenere distinte le esperienze che possono essere ricondotte alla “disforia di genere” e altre alla “varianza di genere”, ma anche nelle difficoltà menzionate dai/le professionisti/e relativamente alla valutazione diagnostica e alla gestione di ciò che viene definito come “non binario”.

Infine, si possono avanzare ulteriori riflessioni a partire dalle narrazioni messe in campo dalle persone in transizione e dai/le professionisti/e e in virtù della terza e conclusiva linea di indagine. In primo luogo, si può sottolineare il carattere processuale, relazionale e interattivo dell’identità, del genere e del corpo. Attraverso i testi condivisi con le persone in transito, ma anche con i/le professionisti/e del campo psichiatrico e psicologico, le identità che affiorano, siano esse “personali” o “professionali” non si configurano come entità fisse, private e individuali, bensì costituite da processi narrativi e discorsivi, come repertori interpretativi e posizionamenti, che si generano attraverso le interazioni e le relazioni sociali (Gubrium e Holstein, 2000). I contesti e i personaggi che vengono inseriti nel racconto del proprio percorso sono diversi, come abbiamo potuto scorgere tra i testi, non separabili dallo spazio e dal dialogo dell’intervista e dal contesto

socio-culturale in cui siamo inseriti e in cui si inseriscono anche le pratiche psicologiche e psichiatriche.

Più nello specifico dell'identità di genere e del corpo, è possibile sottolineare come attraverso la narrazione e l'interazione non solo parliamo del genere e dei corpi, ma li mettiamo in pratica attraverso processi performativi che rendono linguaggio e azione inseparabili (West e Zimmerman, 1987; Kessler e McKenna, 1978; Goffman, 1977). Attraverso il linguaggio, i simboli e i segni espressi sul corpo, costruiamo il genere costantemente nella vita quotidiana, come si è potuto leggere dai racconti delle persone in transito rispetto al proprio percorso, al cambiamento corporeo e alle relazioni con l'altro e con il sistema di conoscenze normativo che vige attualmente in merito all'identità di genere e alle sue varianze. Il binarismo di genere è un sistema di conoscenze e credenze in merito all'identità di genere e alle sue espressioni che sembra detenere un ruolo estremamente rilevante nelle narrazioni delle persone in transito, così come gli ideali di normalità e di devianza o patologia ad esso associati, riscontrabili nello sforzo e nel tentativo di aderire alle categorie e ruoli di genere così definiti. Allo stesso tempo, seppur in misura minore o meno esplicita, si possono leggere anche altri modi di definire e descrivere la propria identità, il proprio percorso e il proprio genere, consentendo di mettere in risalto la portata pragmatica del linguaggio, nonché dell'intenzionalità e dell'agency dell'individuo (Salvini e Dondoni, 2011; Gergen, 2009) all'interno di cornici socio-culturali e storiche caratterizzate da costante mutamento, movimento, pluralità, incertezza e molteplicità di significati, seppur anche in presenza di sistemi di norme e regole sociali.

Un'ulteriore riflessione, anch'essa centrale per gli obiettivi di questa ricerca, consiste nei processi di categorizzazione diagnostica e nelle loro implicazioni, sia per le persone in transizione sia per i/le professionisti/e della cosiddetta salute mentale.

Abbiamo visto come il tema della diagnosi raccolta da parte di entrambi i gruppi descrizioni e posizionamenti diversi, spesso in conflitto tra loro, ma tutti rilevanti nel produrre ricadute pragmatiche sull'identità, sulla pratica operativa e sull'interazione o relazione nel contesto clinico. Come si è più volte sottolineato l'uso quotidiano o istituzionalizzato dell'etichetta o della diagnosi porta con sé il rischio che se ne perda il carattere metaforico, e che ne acquisti un carattere di realtà. Inoltre, nell'uso della diagnosi come strumento capace di racchiudere tutte le possibili caratteristiche e proprietà di una condizione, si rischia di non lasciare spazio alla comprensione della visione del mondo e del sistema di significati della persona che usa per costruire la realtà,

come ad esempio l'identità di genere, il corpo o le relazioni che intrattiene con il mondo, e che possono non essere contemplati dalla diagnosi specifica, come abbiamo potuto scorgere per il dilemma del non binarismo. Pur nel tentativo di configurare la diagnosi come prodotto di uno sviluppo conoscitivo, i significati sembrano essere dinamici, plurali e non costanti nel tempo, nella biografia di un singolo individuo così come nel contesto sociale e nel periodo storico in cui viene costruita (Gergen e Gergen, 1985). Dalla classificazione diagnostica eccedono il senso, le ragioni, gli scopi, le anticipazioni e le aspettative dei modi di raccontare e agire delle persone in riferimento alla propria identità di genere in costruzione, non contemplati da elenchi di sintomi o caratteristiche applicabili indipendentemente dalle particolarità e differenze individuali, sociali e culturali (Iudici e de Aloe, 2007).

Tali considerazioni si legano e consentono di approfondire anche un altro elemento che riguarda la relazione specifica che coinvolge le persone in transizione e i/le professionisti/e. Abbiamo potuto notare come spesso gli obiettivi e le esigenze dei due interlocutori, specialmente nelle fasi iniziali della transizione non coincidano, generando incomprensioni, conflitto e situazioni di empasse. Il ruolo del/la clinico/a non può essere inteso come un ruolo neutro, bensì inserito in un contesto socio-culturale e storico che ne ha prodotto discorsi, rappresentazioni, oltre che capacità decisionali e legittimità professionale (Foucault, 1963). Quando le narrazioni sottolineano il rapporto gerarchico in virtù di un sapere esperto e lo mettono in pratica nelle azioni, ciò che si può generare è che la persona rischi di perdere l'intenzionalità e la responsabilità della sua biografia e della sua storia. Questi squilibri di intenzionalità, responsabilità e potere, emergono dai dialoghi con entrambi i gruppi di persone, così come le implicazioni che si possono generare nell'incontro possono coinvolgere entrambi. Da una parte, per la persona in transito può affiorare il timore della valutazione e la diffidenza verso il ruolo clinico, la strategia di mettere in campo discorsi predefiniti, oppure la critica esplicita, pena la possibilità di far emergere esigenze e significati personali e particolari. Dall'altra parte, per il/la professionista può subentrare l'assunzione di un ruolo di esperto a scapito dell'altro e della sua biografia e la difficoltà di contribuire alla creazione di un percorso e di obiettivi condivisi, pur nel tentativo di promuovere la salute e di accompagnare la persona lungo il percorso.

8.2 Alcune proposte operative

A fronte di tali implicazioni e riflessioni conclusive, possiamo avanzare alcune proposte conoscitive ed operative nel campo della transizione di genere, con particolare attenzione al contesto clinico quindi alle professionalità che esercitano al suo interno.

Nelle cornici di questa ricerca, i percorsi clinici e terapeutici possono essere considerati come processi interattivi e relazionali, storicamente e culturalmente collocati, all'interno dei quali vengono co-costruiti significati, simboli e descrizioni di sé, dell'altro e dei contesti di vita, a fronte di obiettivi condivisi (Salvini e Dondoni, 2011; McNamee e Gergen, 1992).

In virtù di questi elementi, si può mettere in risalto la possibilità e la potenzialità di concentrarsi non tanto sulle ipotetiche proprietà ontologiche o sulle definizioni dei fenomeni, in questo caso della “disforia di genere”, bensì sulle modalità di costruzione della realtà, che possono essere anche realtà di “disagio”, sia della persona in transito, sia del/la professionista, entrambi costantemente presenti e costruttori/trici dell'incontro. Il contesto clinico, sia questo di supporto psicologico o di psicoterapia, si caratterizza per una pratica conoscitiva e operativa, e un'interazione semiotica, che non è possibile separare dall'epistemologia dell'interlocutore/trice, attraverso la quale conferisce senso agli eventi e alle relazioni e genera “realtà” in quanto reali nei loro effetti. Il/la professionista, pertanto, può assumere una visione pluralista e pragmatica (Salvini e Dondoni, 2011) in quanto capace di aprire il campo alle diverse possibilità di descrizione e interpretazione di sé, dell'altro e del mondo e alle loro implicazioni per la persona in questione, piuttosto che fare riferimento a classificazioni o strumenti che non sono in grado di intercettare la complessità, la particolarità e la contestualità di ogni esperienza e biografia.

La diagnosi, intesa come “conoscere attraverso” (dal greco, *dia-gnosis*), risponde al tentativo da parte della disciplina psichiatrica di utilizzare il modello medico per la spiegazione e il trattamento di fenomeni ritenuti patologici (Turchi e Maiuro, 2007). L'uso spurio del modello nel campo dei cosiddetti fenomeni psicologici può creare errori epistemologici e metodologici rilevanti. In questo senso, la classificazione diagnostica rischia, non solo di non rispondere agli stessi criteri e presupposti del modello a cui tenta di far riferimento, ma di limitare e mettere da parte i significati, i valori, le credenze e le intenzioni, nonché tutti i processi linguistici messi in campo dalla persona per dare senso agli eventi e agire nei contesti che abita.

La diagnosi, inoltre, si configura spesso come momento e aspetto critico nel percorso. Per tale ragione e per il fatto che appartiene alle prassi attuali che coinvolgono i percorsi di transizione e i

contesti clinici, potrebbe essere utile farla oggetto di discussione condivisa già nelle sue fasi iniziali, entrando nel merito dei dubbi, delle domande o delle aspettative possibili, cercando di porre le basi per un percorso che vada oltre la categoria e che prenda in carico le esigenze della persona e la sua storia particolare. Un ulteriore aspetto che potrebbe rivelarsi utile in questo contesto consiste nel tentare di decostruire la portata patologizzante della diagnosi di “disforia di genere” per l’identità e l’interazione che si stanno costruendo, approfondendo i possibili significati che possono essere ad essa attribuiti, il suo percorso di costruzione storica e le sue implicazioni, al fine di mettere in luce la categoria più come un espediente linguistico piuttosto che un’entità ascrivibile alla persona o una condizione patologica intrinseca. A questo proposito, pertanto, si potrebbe pensare di costruire e dedicare uno spazio, all’interno del contesto clinico, per l’organizzazione di dinamiche di gruppo inerenti alla condivisione di prospettive, significati, dubbi o interrogativi in merito alla diagnosi o ad un qualche altro aspetto della pratica psicologica che coinvolge le persone in transito, con l’obiettivo, insieme al/la professionista, di non darli per scontato ma di gestirli.

I criteri della diagnosi così come le descrizioni che la compongono risultano spesso limitanti, anche per il/la professionista che si trova coinvolto in un processo di valutazione, in quanto non esaustivi della complessità delle storie, quindi delle modalità per costruire la “realtà”. Indipendentemente dalle caratteristiche che compongono la diagnosi, anche in questo caso, potrebbero essere utili percorsi o incontri formativi per i/le professionisti/e che partano dalle biografie e dalle storie di vita delle persone in transito, ad esempio attraverso le associazioni trans e le loro attività, con l’obiettivo di promuovere la conoscenza e la costruzione di modalità operative adeguate in virtù delle possibili narrazioni sulla transizione e dei contesti di riferimento, nonché dei discorsi e delle rappresentazioni in merito alle pratiche psicologiche.

In questo senso, i criteri per poter fondare la propria pratica operativa in questo campo possono, pertanto, fare riferimento al sistema simbolico e relazionale della persona e al contesto, piuttosto che all’oggettività e alla neutralità tipiche del modello medico. Questo consentirebbe di costruire le pratiche e collocare i fenomeni in virtù dei criteri di coerenza, pertinenza e adeguatezza rispetto al loro livello di realismo (Turchi e Maiuro, 2007; Salvini, 2004). Tali aspetti potrebbero, inoltre, consentire di creare pratiche e modalità operative che possano risultare utili alle persone anche in assenza di una valutazione diagnostica come elemento strutturante i percorsi di transizione o di utilizzarla, se presente, decostruendone la portata normativa e patologizzante. Ad ogni modo, lo

scopo rimane quello della promozione della salute delle persone in transito e il riconoscimento delle varianze di genere.

Spostarsi inoltre da una logica dualistica, rispetto sia al rapporto tra normalità e patologia, ma anche al binarismo di genere potrebbe consentire di porre attenzione alla persona, in virtù delle varianti delle sue costruzioni socio-semiotiche, relazionali, personali e situazionali, nonché di far emergere e promuovere altri significati, modalità di descrizione di sé e del mondo e possibilità di azione a fronte delle esigenze e delle peculiarità di ogni persona specifica (Salvini e Galieni, 2006; Iudici et al., 2014), in maniera coerente ai principi delle linee guida per la transizione di genere.

In questo senso, anche la specializzazione in tematiche relative all'identità di genere e ai percorsi di transizione, nonché il dialogo interdisciplinare con altre professioni, ma anche con associazioni e gruppi trans, emergono dalle interviste come particolarmente rilevanti sia per le persone in transito sia per i professionisti, e non tanto in quanto formazione tecnica, bensì in quanto formazione che può ampliare la comprensione e incentivare la legittimazione delle esperienze e delle biografie delle persone, aspetto che può quindi essere implementato.

Queste tracce potrebbero, inoltre, contribuire a promuovere la costruzione, la gestione e la percezione di un diverso ruolo del/la professionista, sia nella relazione a due, sia a livello sociale, come ruolo che non si pone soltanto obiettivi classificatori e decisionali ma si propone come promotore del cambiamento e del riconoscimento dell'identità di genere desiderata, conferendo all'altro il ruolo di esperto della propria storia e biografia, e sviluppando ulteriormente, così, la propria responsabilità professionale e sociale (McNamee, 2018). Ciò potrebbe andare a rispondere, peraltro, ad alcune criticità emerse dalle interviste e relative alle cosiddette risposte preconfezionate o alla funzione di *gatekeeping* del/la professionista, ovvero alla difficoltà di mettere in campo altri elementi biografici rilevanti nel tentativo di aderire alle conoscenze e alle categorie dello/a psicologo/a o psichiatra, considerata come scelta più utile in quel particolare momento. Un obiettivo da perseguire potrebbe essere quello di promuovere la comprensione e la costruzione di un percorso condiviso e condivisibile dalla persona, in cui la fase di “valutazione” può esservi inclusa, ma non tale da ridurre l'incontro e le sue potenzialità.

A questo proposito, inoltre, diversi possono essere gli elementi rilevanti su cui porre attenzione per la comprensione delle modalità narrative utilizzate dalle persone in transizione e gli effetti che queste possono generare.

Innanzitutto, il primo aspetto riguarda la capacità costruttiva e performativa del linguaggio, quindi l'attenzione che può essere posta ai nomi, ai pronomi, così come alle etichette e alle rappresentazioni di senso comune che possono essere usate e al senso che viene loro conferito, quindi a come vengono utilizzate nella descrizione di sé, dell'altro e del mondo. Ciò può consentire di affrontare anche discorsi che appartengono e che sono veicolati a livello socio-culturale, modificarli oppure crearne di nuovi in base alle proprie esigenze ed intenzioni. La creazione di uno spazio legittimante potrebbe, poi, contribuire a generare una percezione di riconoscimento di sé e della propria identità di genere (es. utilizzando i pronomi preferiti dalla persona), importante in molti percorsi di transizione, così come nella vita quotidiana in generale.

Un altro aspetto è quello del corpo e del suo cambiamento, perciò l'attenzione che può essere posta ai significati, agli intenti e alle possibilità di azione connessi, nel tentativo e nello sforzo di separare certi riferimenti normativi legati al corpo e alla transizione, come ad esempio la credenza che sia necessario o preferibile, oppure che ci si debba aspettare, l'esplicitazione del desiderio di sottoporsi ad interventi chirurgici per la modifica dei caratteri sessuali primari o di aderire ad una precisa categoria di genere. Approfondire tali significati può voler dire non solo sviluppare la propria competenza di comprensione e lettura della realtà dell'altro e/o problematizzare la propria, ma anche legittimare e consentire la costruzione di mete biograficamente rilevanti e preferibili.

Strettamente connesso a questo, si può aggiungere la dimensione della sessualità e dell'orientamento sessuale, separati a livello conoscitivo dall'identità di genere e tra loro, ma diversamente intrecciate nel percorso biografico della persona e con implicazioni particolari a livello personale, interpersonale e sociale. Non soltanto riconoscendo le diverse possibilità di significazione e pratica, bensì anche accompagnando la persona nella costruzione o gestione delle relazioni che le riguardano e che possono dover essere modificate o realizzate in modi nuovi nel percorso di transizione. Un focus particolare può essere, inoltre, conferito all'età della persona, concentrandosi sugli aspetti culturali ed interpersonali e personali che possono produrre differenze e alterità, nonché specificità lungo il percorso di transizione o biografico, così come ad altri aspetti tra cui l'appartenenza culturale, religiosa, lo status socio-economico e l'abilità.

Un ulteriore elemento rilevante può essere quello che permette di estendere la transizione ad altri contesti e relazioni raccontate come importanti e/o di non limitare l'intervento a questa, come sottolineato diverse volte nelle interviste, in particolare dalle persone in transito. Allo stesso modo, infine, un aspetto che si è rivelato come potenzialmente utile è quello di accompagnare o mettersi

a disposizione della persona in transito anche in periodi successivi alla diagnosi, alla fase iniziale della terapia ormonale o al percorso giuridico. Diverse e numerose possono essere, infatti, le esigenze e le criticità, i dubbi e le incertezze legate al cambiamento per le quali la condivisione nel contesto clinico potrebbe risultare utile, sebbene non obbligata.

8.3 Limiti della ricerca e sviluppi futuri

Rispetto a questa ricerca, diversi possono essere i limiti, nonché gli sviluppi che possono essere prospettati in futuro.

Innanzitutto, i punti di vista in merito alla ricerca da parte delle persone in transizione e dei/le professionisti/e intervistati/e, hanno consentito di mettere in luce alcuni elementi condivisi rispetto alla sua possibile utilità, che si è cercato qui di sottolineare ma che potrebbero essere sviluppati e approfonditi, ad esempio relativamente all'opportunità di informare e sensibilizzare alle variazioni di genere riflettendo criticamente sui lessici e sugli approcci patologizzanti e allontanandosi da questi, nonché di aprire al dialogo e alla riflessione condivisa e interdisciplinare nel campo clinico per la transizione di genere.

A questo proposito, si prospetta di costruire delle modalità di restituzione ad hoc per i/le partecipanti della ricerca e il contesto sociale allargato al fine di condividere i risultati di questa ricerca con i/le protagonisti/e e renderli visibili in altri spazi.

Tra i limiti della ricerca, possiamo rilevare il ridotto numero di professionisti/e che hanno partecipato al progetto. Questo limite è dovuto, in primo luogo dal fatto che i/le professionisti/e esperti nel campo della transizione di genere rappresentano un gruppo minore, seppur altamente specializzato, rispetto alla classe degli/le psicologi/ghe e psichiatri/e. In secondo luogo, per il fatto di aver circoscritto la ricerca ad un contesto in particolare, al fine di approfondirne le dinamiche, le relazioni particolari e contestualizzare i dati raccolti.

Per queste ragioni, la ricerca potrebbe, pertanto, proseguire ed essere proposta ad un numero più ampio di persone e professionisti/e, così come in altri territori al fine di ampliare la variabilità dei testi ed esplorare eventuali specificità e differenze. Si potrebbero inoltre approfondire le relazioni, le differenze e le peculiarità tra altre associazioni e sportelli trans, così come tra disciplina psichiatrica e psicologica e contesti pubblici e privati, spazi e ambiti che emergono dalle interviste emergono eterogenei e caratterizzati da particolarità e diversità.

Inoltre, questa ricerca si è concentrata su un rapporto tra due contesti specifici, ovvero quello che appartiene alla persona in transito e alla sua identità e quello che appartiene al/la professionista. Come è necessario sottolineare, il percorso di transizione medicalizzato è in costante relazione con molti altri contesti e professionalità, come quelle afferenti all'ambito medico, endocrinologico, dell'avvocatura, solo per citare i più consistenti. Un ulteriore sviluppo potrebbe riguardare, quindi, l'inclusione di alcuni di questi contesti, come ad esempio, il contesto endocrinologico che è in stretto rapporto con quello clinico e si basa sulla certificazione diagnostica.

Inoltre, siccome questa indagine si è concentrata su percorsi di transizione per la maggior parte medicalizzati, un ulteriore sviluppo potrebbe essere quello di svolgere interviste o osservazioni partecipanti con quelle persone e in quei luoghi che non pongono richieste alla classe medica o viceversa, al fine di esplorare e complessificare le nostre teorie sull'identità di genere e le diverse possibilità di azione e significato messe in campo per costruire la propria identità.

Un ulteriore sviluppo futuro potrebbe comprendere la condivisione della fase di analisi dei testi con altre persone (confronto intergiudici), indipendenti o meno, possibilità che potrebbe offrire di arricchire le analisi e le descrizioni dei risultati attraverso lo scambio interattivo rispetto ai criteri e agli elementi di analisi, oltre che di aprire il campo al dialogo tra prospettive conoscitive o sistemi simbolici differenti.

Per quanto riguarda alcuni dei temi e degli elementi emersi dalle interviste, altre dimensioni semantiche potrebbero essere oggetto di approfondimento. Innanzitutto, l'utilizzo di una prospettiva intersezionale che comprenda e ponga attenzione anche ad altre categorie di analisi, come l'appartenenza etnica e religiosa e l'abilità fisica che sono qui emerse come rilevanti ma che non sono state considerate in maniera specifica poiché non sempre emergenti, approfondite o raccontate in maniera parziale. Inoltre, si potrebbe ampliare l'attenzione alle differenze generazionali, narrate in alcuni ambiti come particolarmente importanti e con effetti specifici, così come approfondire il legame tra processi di costruzione dell'identità in transizione e invecchiamento e/o adolescenza, per l'importanza che assume il corpo con i suoi cambiamenti, i discorsi e le rappresentazioni socio-culturali, nonché i modi di significare l'età, il corpo e la transizione legati a queste fasi biografiche.

Scopo di questa ricerca è stato quello di entrare nel merito dei processi di trasformazione, quindi di costruzione dell'identità e delle pratiche psicologiche e psichiatriche nel contesto della transizione di genere, con particolare attenzione al tema e alle implicazioni della diagnosi.

Dai risultati emersi e dalle riflessioni avanzate, questa ricerca vorrebbe contribuire a mettere in luce i processi, le specificità narrative, le criticità e le esigenze provenienti dai testi e dai dialoghi condivisi con entrambi i gruppi di persone che hanno partecipato, e in particolar modo delle persone in transito, nonché sensibilizzare all'analisi delle repertori e dei posizionamenti reciproci che coinvolgono il/la professionista e le persone in transito in relazione, verso la creazione di significati e di obiettivi condivisi in virtù della promozione della salute del/la interlocutore/trice (Budge, 2015; Vitelli et al., in press; Whitman e Han, 2016). Ciò può essere utile al fine di informare e offrire elementi ulteriori per la comprensione delle esperienze e storie di vita delle persone in transito nell'ambito clinico, problematizzando il costrutto della psicopatologia e della diagnosi.

In questo senso, tale ricerca consente di mettere in risalto come l'identità in trasformazione e le pratiche psicologiche nel campo della transizione di genere si configurino come processi di costruzione relazionale e interattiva, capaci di produrre effetti pragmatici rilevanti nell'incontro, nelle biografie e nelle modalità conoscitive ed operative messe in campo. Allo stesso tempo, il linguaggio, inestricabile dall'azione e quindi performativo, può produrre e generare vincoli e imbrigliare in "tipi" o etichette riduttive e non esaustive della complessità, delle intenzioni e delle possibilità di significazione delle persone, così come creare potenzialmente nuove forme di relazione, di comprensione e di apertura verso altri significati e costruzioni di identità, laddove ci si allontana da obiettivi diagnostici e presupposti oggettivistici per entrare, invece, nei processi narrativi di costruzione della "realtà", quindi nei sistemi simbolici, di significato e pragmatici che appartengono a tutti i/le partecipanti all'interazione, anche nel contesto clinico.

BIBLIOGRAFIA

- Ali, A. (2004). The intersection of racism and sexism in psychiatric diagnosis. In P. Caplan & L. Cosgrove (Eds.), *"Bias in psychiatric diagnosis"* (pp. 71-6). Oxford: Rowman & Littlefield.
- Allen, S. (2014). Whither the transvestite? Theorising male-to-female transvestism in feminist and queer theory. *Feminist Theory*, 15 (1), 51-72.
- Amadiume, I. (1987). *Afrikan matriarchal foundations: The Igbo case*. London, England: Karnak House.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended June 1, 2010). Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. revised)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. revised)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Arfini, E. A. G. (2007). *Scrivere il sesso. Retoriche e narrative della transessualità*. Roma:

- Meltemi.
- Arney, W. & Bergen, B. (1983). The Anomaly, the Chronic Patient and the Play of Medical Power. *Sociology of Health and Illness*, 5, 1-24.
- Austin, J. L. (1975). *How to do things with words*. Oxford: Oxford University Press.
- Bakhtin, M. (1986). *Speech genres and other late essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1973). *Problems of Dostoevsky's Poetics*. Ann Arbor, MI: Ardis.
- Bamberg, M. (2004). Talk, small stories, and adolescent identities. *Human development*, 47(6), 366- 369.
- Bamberg, M. (2006). Stories: Big or small, why do we care? *Narrative Inquiry*, 16, 139-147.
- Bandini, E., Fisher, A. D., Lo Sauro, C., Buci, L., Ricca, V., Maggi, M., ... & Faravelli, C. (2008). Il disturbo di identità di genere. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 14, 338-355.
- Barthes, R. (1993). *The Semiotic Challenge*. Oxford: Basil Blackwell.
- Bartlett, N. B., Vasey, P. L., & Bukowski, W. M. (2000). Is gender identity disorder in children a mental disorder? *Sex Roles*, 43, 753- 785.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Della Porta, G. B. (1586). *De Humana Physiognomonia*. Vico Equense: Giuseppe Cacchi,
- Baudrillard, J. (1988). *The Ecstasy of Communication*. New York: Semiotext(e).
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press.
- Beemer, B. R. (1996). Gender dysphoria update. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34(4), 12-19.
- Bell, S. E. (2009). *DES daughters: Embodied knowledge and the transformation of women's health politics*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Belluardo-Crosby, M., & Lillis, P. J. (2012). Issues of diagnosis and care for the transgender patient: is the DSM-5 on point?. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(9), 583-590.
- Belmonte, T. (1989). *The broken fountain*. New York, NY: Columbia University Press.
- Benadusi, L. (2008). Dalla paura al mito dell'indeterminatezza. Storia di ermafroditi, travestiti, invertiti & transessuali. In Ruspini, E. & Inghilleri, M., *Transessualità & Scienze Sociali. Identità di genere nella postmodernità* (pp. 19-48). Napoli: Liguori Editore.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon: A scientific report on transsexualism and sex conversion in the human male and female*. New York: Julian Press.
- Berger, T. & Luckmann, P. (1966). *The social construction of reality*. New York: Doubleday. [Tr.

- it. La realtà come costruzione sociale. Bologna: Il Mulino].
- Berglund, H., Lindstrom, P., Dhejne-Helmy, C., & Savic, I. (2008). Male-to-female transsexuals show sex-atypical hypothalamus activation when smelling odorous steroids. *Cerebral Cortex*, 18, 1900-1908.
- Bertaux, D. (1995). A Response to Thierry Kochuyt's "Biographic and Empiricist Illusions: A Reply to Recent Criticism". *Biography and Society Newsletter*, 2-6.
- Bieschke, K. J., Perez, R. M., & DeBord, K. A. (2007). *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Blanchard, R. (1989). The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 616-623.
- Blanchard, R. (1990). Gender identity disorders in adult men. In R. Blanchard & B. Steiner (Eds.), *Clinical management of gender identity disorders in children and adults* (pp. 47-76). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Blanchard, R. (2005). Early history of the concept of autogynephilia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 439-446.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bockting, W. O. (2009). Are Gender Identity Disorders Mental Disorders? Recommendations for Revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11, 1.
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. *Principles of transgender medicine and surgery*, 185-208.
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35-82. DOI:10.1300/J485v09n03_03
- Bohan, J. S. (1993). Essentialism, constructionism, and feminist psychology. *Psychology of women quarterly*, 17(1), 5-21.
- Bolich, P. D. G. G. (2007). Transgender history & geography: Crossdressing in context: <http://www.maletka.eu/download-pdf-transgender-history-geography-crossdressing-in->

context-book-by-lulucom.pdf.

- Bornstein, K. (1994). *Gender Outlaw*. New York: Vintage Books.
- Borresen, K. E. (2001). *A immagine di Dio. Modelli di genere nella tradizione giudaica & cristiana*. Roma: Carocci.
- Bower, H. (2001). The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 1-8.
- Braidotti, R. (2013). *The Posthuman*. Cambridge: Polity Press.
- Bray, A. (1982). *Homosexuality in renaissance England*. London: Gay Mens Press.
- Brickell, C. (2003). Performativity Or Performance? Clarifications In The Sociology Of Gender. *New Zeland Sociology*, 18(2), 158-178.
- Brickell, C. (2006). The sociological construction of gender and sexuality. *The Sociological Review*, 54(1), 87-113.
- Brickell, C. & Taylor, B. (2004). What it Means to be a Gay Man. In Alice, L. & Star, L. (eds.), *Queer in Aotearoa/New Zealand* (pp. 145-164). Palmerston North: Dunmore.
- Brill, S. & Pepper, R. (2008). *The transgendered child: A handbook for families and professionals*. San Francisco, CA: Cleis Press.
- Brown, P. (1995). Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 34-52.
- Bryant, K. (2006). Making Gender Identity Disorder of Childhood: Historical Lessons for Contemporary Debates. *Sexuality Research and Social Policy*, 3, 23-39.
- Bryant, K. (2008). In defense of gay children? 'Progay' homophobia and the production of homonormativity. *Sexualities*, 11(4), 455-75.
- Bryant, K. (2011). Diagnosis and Medicalization. in McGann, P. J. and Hudson, D. J. (Eds.), *Sociology of Diagnosis*, Wagon Lane, UK: Emerald.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Harvard: Harvard University Press.
- Brunet, M. (2010). Le transsexualisme n'est plus une maladie mentale. Le Figaro. <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2010/02/12/01016-20100212ARTFIG00756-le-transsexualisme-n-est-plus-une-maladie-mentale-.php>.
- Budge, S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy*, 52(3), 287.

- Bullough, V. L. (1974). Transvestites in the middle ages. *American Journal of Sociology*, 79(6), 1381-1394.
- Bullough, V. L. (1976). *Sexual variance in society and history*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Bullough, V.L. & Bullough, B. (1993). *Cross Dressing, Sex, and Gender*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Burke, P. (1996). *Gender shock: Exploding the myths of male and female*. New York: Anchor Books.
- Butler, J. (1988). Performative acts and gender constitution: An essay in phenomenology and feminist theory. *Theatre journal*, 40(4), 519-531.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble*. New York: Routledge.
- Butler, J. (1999). Revisiting Bodies And Pleasures. *Theory, Culture & Society*, 16(2), 11-20. DOI:10.1177/02632769922050520.
- Butler, J. (2001). The End Of Sexual Difference? In Bronfen, E. & Kavka, M. (Eds.), "*Feminist Consequences: Theory For The New Century: Gender And Culture*". New York: Columbia University Press.
- Butler, J. (2004). *Undoing Gender*. New York: Routledge.
- Butler, J. (2006). *Precarious Life*. London: Verso.
- Cadden, J. (1993). *Meaning of Sex Difference in the Middle Ages. Medicine, Science and Culture*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cahill, S. (1989). Fashioning Males and Females: Appearance Management and the Social Reproduction of Gender. *Symbolic Interaction*, 12, 281-98.
- Caplan, P., & Cosgrove, L. (2004). *Bias in psychiatric diagnosis*. Oxford: Rowman & Littlefield.
- Cardoso, F. L. (2005). Cultural universals and differences in male homosexuality: The case of a Brazilian fishing village. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 103-109.
- Carpenter, E. (1908). *The Intermediate Sex: A Study of Some Transitional Types of Men and Women*. London: George Allen & Unwin Ltd.
- Carver, P. R., Yunger, J. L., & Perry, D. G. (2003). Gender identity and adjustment in middle childhood. *Sex Roles*, 49, 95-109.
- Castiglioni, M. & Faccio, E (2010). *Costruttivismi in Psicologia Clinica*. Torino: Utet.
- Cauldwell, D. C. (1949). Psychopathia transsexualis. *Sexology*, 16, 274-280.

- Causi, P. L. (2005). Generazione di ibridi, generazione di donne. Costruzioni dell'umano in Aristotele & Galeno (e Palefato). *Storia delle donne*, 1(1), 89-114.
- Caverero, A. & Restaino, F. (2002). *Le Filosofie Femministe*. Milano: Mondadori.
- Chase, S. E. (2005). Narrative inquiry: Multiple lenses, approaches, voices. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (pp. 651-679). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Chase, S. E. (2011). Narrative inquiry: Still a field in the making. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1892-7.
- Cohen-Kettenis P. T. & Gooren, L. J. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res*, 46, 315-33.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 499-513.
- Coleman, E. (2009). Toward Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Psychological Assessment and Approaches to Treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 69-73. DOI: 10.1080/15532730903008008
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 313-321.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knutson, G., Meyer, W.J., Monstrey, S., Adler, R.K., Brown, G.R., Devor, A.V., Ehrbar, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D.H., Lev, A.I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B.P., Phaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L.S., Tangpricha, V., van Trotenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Wylie, K.R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165-232.
- Collins, P. H. (1995). Symposium on West and Fenstermaker's "Doing difference". *Gender & Society*, 9(4), 491-494.

- Collins, P. H. (2002). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. New York: Routledge.
- Connell, R. (2005). Change Among The Gatekeepers: Men, Masculinities, And Gender Equality In The Global Arena. *Signs: Journal Of Women In Culture And Society*, 30, 3, 1801-1825. DOI:10.1086/427525.
- Connell, R. & Pearse, R. (2009). *Gender*. Cambridge: Polity Press.
- Conquergood, D. (1998). Beyond the text: Toward a performative cultural politics. *The future of performance studies: Visions and revisions*, 25-36.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P., & Angell, A. (2004). Homosexuality and remedicalization. *Society*, 41(5), 32-39.
- Costa, L. R., & Matzner, A. (2007). *Male Bodies. Women's Souls: Personal Narratives of Thailand's Transgendered Youth*. New York: Haworth.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Identity politics, intersectionality, and violence against women. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Crossley, N. (2001). *The social body: Habit, identity and desire*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cuomo, A. Ferrara, S. Romano, V., Sisci, N. & Valerio, P. (2010). I femminielli napoletani: (id)entità e corpo sociale. In Pelizzari, M. R., *Il corpo e il suo doppio: Storia e cultura* (pp. 251-265). Salerno: Rubettino.
- Currah, P., Green, J., & Stryker, S. (2009). The state of transgender rights in the United States of America. <http://nsrc.sfsu.edu>
- Daley, A., & Mulé, N. J. (2014). LGBTQs and the DSM-5: A critical queer response. *Journal of homosexuality*, 61(9), 1288-1312.
- Danielsson, M. (2005), *Intersexuality. And its medical and social implications*. Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle.
- Daston, L., & Park, K. (2000). Wonders and the Order of Nature, 1150-1750. *The Scriblerian and the Kit-Cats*, 33(1), 75.
- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the*

- theory of social behaviour*, 20(1), 43-63.
- De Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard.
- DeCecco, J. P., & Elia, J. P. (1993). A critique and synthesis of biological essentialism and social constructionist views of sexuality and gender. *Journal of Homosexuality*, 24(3-4), 1-26.
- Deegan, M. J., & Hill, M. R. (1987). *Women and symbolic interaction*. Boston: Allena & Unwin.
- De Cuyper, G., Elaut, E., Heylens, G., Van Maele, G., Selvaggi, G., T'Sjoen, G. ... Monstrey, S. (2006). Long-term follow up: Psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies*, 15(2), 126-33.
- De Lauretis, T. (1991). Introduction: Queer Theory: Lesbian And Gay Sexualities. *Differences*, 3(2), p. xviii.
- De Lauretis, T. (1996). *Sui generis: scritti di teoria femminista*. Milano: Feltrinelli.
- De Lauretis, T. (1999). *Soggetti eccentrici*. Milano: Feltrinelli.
- Del Pozzo, D., & Scarlini, L. (2006). *Gay: la guida italiana in 150 voci*. Milano: Mondadori.
- Dennett, D.C. (1978). *Brainstorms*. Montgomery, VT: Bradford Books.
- Denny, D. (2002). A selective bibliography of transsexualism. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6(2), 35-66.
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretative Interactionism*. London: Sage Publications.
- Denzin, N. K. (2003). The call to performance. *Symbolic Interaction*, 26 (1), 187-207.
- Denzin, N. K. (2008). *Symbolic interactionism and cultural studies: The politics of interpretation*. Oxford UK, Cambridge, USA: Blackwell Publishing.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2005). *The Sage Handbook Of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Derrida, J. (1967). *Of Grammatology*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins.
- DeVault, M. L. (1999). *Liberating Method: Feminism and Social Research*. Philadelphia: Temple University Press.
- De Vries, K. M. (2012). Intersectional Identities and Conceptions of the Self: The Experience of Transgender People. *Symbolic Interaction*, 35 (1), 49-67.
- Devor, H. A. (1989). *Gender blending: Confronting the limits of duality*. Bloomington: Indiana University Press.
- Dewey, J. M. (2008). Knowledge Legitimacy: How Trans-patient Behavior Supports and Challenges Current Medical Knowledge. *Health Expectations*, 18, 1345-55.

- Di Ceglie D. (1998). Reflections on the nature of the 'atypical gender identity organization' In: Di Ceglie D, Freedman D (Eds.), *A Stranger in My Own Body: Atypical Gender Identity Development and Mental Health* (pp. 9-25). London: Karnac.
- Docter, R. F. (2007). *Becoming a woman: A biography of Christine Jorgensen*. Kirkwood, NY: Harrington Park Press.
- Docter, R. F., & Prince, V. (1997). Transvestism: A survey of 1032 cross-dressers. *Archives of Sexual Behavior*, 26(6), 589-605.
- Doell, R. G., & Longino, H. E. (1988). Sex hormones and human behavior: a critique of the linear model. *Journal of homosexuality*, 15(3-4), 55-78.
- Dozier, R. (2005). Beards, breasts, and bodies: Doing sex in a gendered world. *Gender & Society*, 19, 297-316.
- Dreger, A. D. (1998). "Ambiguous Sex"—or Ambivalent Medicine?: Ethical Issues in the Treatment of Intersexuality. *Hastings Center Report*, 28(3), 24-35.
- Drescher, J. (2010a). Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 427-460.
- Drescher, J. (2010b). Conference proceedings "in or out?": a discussion about gender identity diagnoses and the DSM. Transsexualism, Gender Identity Disorder and the DSM. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14, 109-122. DOI: 10.1080/19359701003589637
- Drescher, J. (2013). Controversies in gender diagnosis. *LGBT Health*, 1(1): 10-14.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24 (6), 568-577.
- Ekins, R. & King, D. (1996). Towards A Sociology Of Transgendered Bodies. *The Sociological Review*, 47 (3), 580-602. DOI:10.1111/1467-954x.00185.
- Ekins, R. & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Ellis, H. (1897). Sexual Inversion. *Studies in the Psychology of Sex*, 2, 1-24.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Fabeni, S. & Toniollo, M. G. (2008). Diritto all'identità di genere & al lavoro. Il conflitto tra principi & pratica, in E. Ruspini & M. Inghilleri (a cura di), *Transessualità e scienze sociali. Identità di genere nella postmodernità* (pp. 183-212), Liguori: Napoli.

- Faccio, E. (2007). *Le identità corporee: quando l'immagine di sé fa star male*. Milano: Giunti.
- Faccio, E. & Salvini, A. (2007). Le metaforizzazioni in psicologia clinica. In Molinari, R. & Labella, A., *Psicologia clinica. Dialoghi e confronti* (pp.123-140), Milano: Springer.
- Faccio, E., Casini, C., & Cipolletta, S. (2014). Forbidden games: the construction of sexuality and sexual pleasure by BDSM 'players'. *Culture, health & sexuality*, 16(7), 752-764.
- Faccio, E., Nardin, A., & Cipolletta, S. (2016). Becoming ex-obese: narrations about identity changes before and after the experience of the bariatric surgery. *Journal of clinical nursing*, 25(11-12), 1713-1720.
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books.
- Featherstone, M., Hepworth, M. & Turner, B. (1991). *The Body: Social Process and Cultural Theory*. London: Sage Publications.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Ru Paul*. Boston: Beacon Press.
- Flick, U. (2000). Episodic Interviewing, in M. Bauer and G. Gaskell (eds.), *Qualitative Researching with Text, Image and Sound: A Practical Handbook* (pp. 75-92). London: Sage Publications.
- Flick, U. (2007). *Managing Quality in Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Flick, U. (2009). *An Introduction To Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Fisk, N. (1973). Gender dysphoria syndrome (the how, what, and why of a disease). In *Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome* (pp. 7-14). Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Fisk, N. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome - the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386-91.
- Foucault, M. (1961). *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique* (Vol. 169). Paris: Plon [1961].
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir*, Paris: Gallimard; [trad. La volontà di sapere, Feltrinelli,

- Milano 1978].
- Foucault, M. (1978). *Herculine Barbin, dite Alexina B. présentè par Michel Foucault*, Paris: Gallimard. [Tr. it. Herculine Barbin, detta Alexina B. Una strana confessione. Memorie di un ermafrodito presentate da Michel Foucault. Torino: Einaudi].
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*. Paris: Gallimard [Tr. it. Gli anormali. Corso al Collège de France. Milano: Feltrinelli].
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life*. New York: HarperCollins Publishers.
- Fraser, L. (2009). Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110-126.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio del piacere*. Torino: Boringhieri, 1989.
- Fuss, D. (1990). *Essentially Speaking: Nature, Feminism and Difference*. New York, London: Routledge.
- Gadamer, H. G. (1960). *Wahrheit und Methode: Grundziige einer philosophischen Hermeneutik*. Gesammelte Werke J. [Trad. it. Verità e metodo, Milano: Bompiani].
- Gagné, P. & Tewksbury, R. (1998). Conformity Pressures and Gender Resistance among Transgendered Individuals. *Social Problems*, 45(1), pp. 81-101.
- Gagné, P., Tewksbury, R., & McGaughey, D. (1997). Coming out and crossing over: Identity formation and proclamation in a transgender community. *Gender & Society*, 11(4), 478-508.
- Garber, M. (1991). The Logic of the Transvestite: The Roaring Girl, in D. S. Kastan and P. Stallybrass (Eds.), *Staging the Renaissance: Reinterpretations of Elizabethan and Jacobean Drama* (pp. 221-34). London: Routledge.
- Garcia-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: Relationship to gender identity. *Brain*, 131, 3132-3146.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies In Ethnomethodology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Garfinkel, H. & Sacks, H. (1970). On formal structures of practical actions. In J. C. McKinney and E. Tiryakian (Eds.), *Theoretical Sociology: Perspectives and Developments*. New York:

- Appleton-Century-Crofts.
- Garner, T. (2014). Chest surgeries of a different 'nature'. *Annual Review of Critical Psychology*, 11, 337-56.
- Geertz, C. (1975). Common sense as a cultural system. *Antioch Review*, 33(1), 5-26.
- Gehart, D., Tarragona, M. & Bava, S. (2007). A collaborative approach to research and inquiry. In H. Anderson and D. Gehart (Eds.), *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- Gergen, K. J. (1985). The Social Constructionist Movement In Modern Psychology. *American Psychologist*, 40, 3, 266-275. DOI:10.1037/0003-066x.40.3.266.
- Gergen, K. J. (1991). *The saturated self: Dilemmas of identity in modern life*. New York: Basic Books.
- Gergen, K. J. (1998). Commentary: The place of material in a constructed world. *Family process*, 37(4), 415-419.
- Gergen, K. J. (1999). *An invitation to social construction*. Thousand Oaks, CA, London: Sage Publications.
- Gergen, K. J. (2001). *Social Construction in Context*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Gergen, K. J. (2009). *Relational Beings. Beyond Self and Community*. New York: Oxford University Press.
- Gergen, K. J. (2015). From mirroring to world-making: Research as future forming. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 45(3), 287-310.
- Gergen, K. J. & Gergen, M. (1988). Narrative And The Self As Relationship. In L. Berkowitz (Eds.), *Advances In Experimental Social Psychology*, (pp. 17-56). San Diego, CA Academic Press.
- Gergen, K. J. & Gergen, M. (2006). Narratives in Action. *Narrative Inquiry*, 16 (1), 112-121. DOI:10.1075/ni.16.1.15ger.
- Gilbert, R. (2002).
- Gergen, K. J. & Gergen, M. (2007). Social construction and research methodology. In Outhwaite, W. & Turner, S. (Eds.), *The SAGE handbook of social science methodology*, (pp. 461-478). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Gergen, K. J., Josselson, R., & Freeman, M. (2015). The promises of qualitative inquiry. *American psychologist*, 70(1), 1.
- Gergen, K. J., McNamee, S., & Barrett, F. J. (2001). Toward transformative dialogue.

- International journal of public administration*, 24(7-8), 679-707.
- Gergen, K. J. & Zilke, B. (2006). Theory in action. *Theory and Psychology*, 16 (3), 299-309.
- Gergen, M. (2001). *Feminist Reconstructions in Psychology: Narrative, Gender & Performance*. Thousand Oaks, CA, London: Sage Publications.
- Gergen, M., & Davis, S. (1997). *Toward a new psychology of gender*. New York: Routledge.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Edinburgh, Edinburgh University Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon&Schuster.
- Goffman, E. (1971) *Relations in Public. Microstudies of the Public Order*. New York: Basic Books [trad. it. Relazioni in pubblico, Milano: Bompiani, 1981].
- Goffman, E. (1977). The Arrangement Between The Sexes. *Theory And Society*, 4(3), 301-331. DOI:10.1007/bf00206983.
- Goffman, E. (1983). The interaction order. *American Sociological Review*, 48, 1-17.
- Goffman, E. (1988). *Gender Advertisements*. New York: Harper & Row Publishers.
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research*, 64(2), 31-6.
- Graham, S. (2006). *Challenging gender norms: The five genders of Indonesia*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Green, R. (1969). Attitudes toward transsexualism and sex-reassignment procedures. In R. Green & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 235-251). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Green, R. (1974). *Sexual identity conflict in children and adults*. New York: Basic Books.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R. (2009). The three kings: Harry Benjamin, John Money, Robert Stoller. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 610-613.
- Green, R., & Money, J. (1960). Incongruous gender role: Nongenital manifestations in prepubertal boys. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 131, 160-168.
- Green, R., & Money, J. (1961). Effeminacy in prepubertal boys: Summary of eleven cases and

- recommendations for case management. *Pediatrics*, 27, 286-291.
- Green, R., & Money, J. (1969). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (2009). *Analyzing narrative reality*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Halberstam, J. (2018). *Trans . A quick and quirky account of gender variability*. Oakland, California: University of California Press.
- Hamburger, C., Sturup, G. K., & Dahl-Iversen, E. (1953). Transvestism: Hormonal, psychiatric, and surgical treatment. *Journal of the American Medical Association*, 152, 391-396.
- Haraway, D. J. (1985). *A manifesto for cyborgs: Science, technology, and socialist feminism in the 1980s*. San Francisco, CA: Center for Social Research and Education.
- Hare-Mustin, R. T., & Marecek, J. (1988). The meaning of difference: Gender theory, postmodernism, and psychology. *American psychologist*, 43(6), 455.
- Harper, C. (2007). *Intersex*. Oxford and New York: Berg Publishers.
- Harrè, R. (1980). Man as a rhetorician, Chapman A. J., Jones D. M. (Eds.), *Models of man*, Leicester: British Psychological Society.
- Harrè, R. (1998). *The singular self: An introduction to the psychology of personhood*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Harrè, R. & Gillet, G. (1994). *The discursive mind*. London: Sage Publications.
- Harre, R., & Moghaddam, F.M. (2003). *The self and others: Positioning individuals and groups in personal, political, and cultural contexts*. Westport, CT: Praeger.
- Harrè, R. & Tisaw, M. A. (2005). *Wittgenstein and Psychology. A practical Guide*. Burlington: Ashgate.
- Harrè, R., & Van Langenhove, L. (1998). *Positioning theory: Moral contexts of international action*. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Hegarty, P. (2009). Toward an LGBT-informed paradigm for children who break gender norms: Comment on Drummond et al. (2008) and Rieger et al. (2008). *Developmental Psychology*, 45(4), 895-900.
- Heisenberg, W. K. (1985). *Das Naturbild der heutigen Physik [Nature and modern physics]*. Hamburg: Auflage.
- Herbert, J. (2008). Who do we think we are? The brain and gender identity. *Brain*, 131, 3115-

3117.

- Heritage, J. (1984). *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Herrmann, A. (1989). Travesty and Transgression: Transvestism in Shakespeare, Brecht, and Churchill. *Theatre Journal*, 41(2), 133-154.
- Hermanns, H. (1995). Narratives interview. In Hick U. et al. (Eds.) *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Psychologie*, (pp. 182-185). Munich: Veilags Union.
- Hermanns, H. (2004). Interviewing as an Activity. in U. Flick, E.v. Kardoiff, and I. Steinke (Eds.), *A Companion to Qualitative Research*, (pp. 209-213). London: Sage Publications.
- Hermans, H. J. & Dimaggio, G. (2009). *Il Sè dialogico in psicoterapia*. Roma: Firera e Liuzzo Group.
- Hertoft, P., & Sørensen, T. (1978). Transsexuality: Some remarks based on clinical experience. *Ciba Foundation Symposium*, 62, 165-181.
- Hill, D. B, Rozanski, C., Carfagnini, J. & Willoughby, B. (2007). Gender identity disorders in childhood and adolescence: A critical inquiry. *International J Sexual Health*, 19, 57-74.
- Hillman, J. (1972). *The Myth of Analysis*. Evaston, Illinois: Northwestern University Press.
- Hird, M. J. (2003). A typical gender identity conference? Some disturbing reports from the therapeutic front lines. *Feminism & Psychology*, 13(2), 181-99.
- Hirschfeld, M. (1910). *Die Transvestiten, eine Untersuchung uber den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material*. Berlin: Medizinischer Verlag.
- Hirschfeld, M. (1923). Die intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch fur Sexuelle Zwischenstufen*, 23, 3-27.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551-575.
- Holstein, J. A. (1987). Producing gender effects on involuntary mental hospitalization. *Social Problems*, 34(2), 141-155.
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2000). *The self we live by: Narrative identity in a postmodern world*. Oxford: Oxford University Press.
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2008). *Handbook Of Constructionist Research*. New York: The Guilford Press.
- Holstein, J. A., Gubrium, J. F., Marvasti, A. B. & McKinney, K. D. (2012). *The SAGE handbook*

- of interview research: The complexity of the craft*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Howard, G. (1985). The role of values in the science of psychology. *American Psychologist*, 40, 255-265.
- Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., & Lee, P. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 554-563.
- Humes, C. A. (1996). Becoming male: Salvation through gender modification in Hinduism and Buddhism. In S. P. Ramet (Ed.), *Gender reversals and gender cultures: Anthropological and historical perspectives* (pp. 123-137). London: Routledge.
- Hyvärinen, M. (2008). Analyzing narratives and storytelling. In P. Alasuutari, L. Bickman, & J. Brannen (Eds.), *The SAGE handbook of social research methods* (pp. 447-460). London, England: Sage Publications.
- Imbasciati, A., & Ghilardi, A. (1993). *AIDS, psicologia medica per gli operatori*. Milano: Giuffrè.
- Inciardi, J. A., Surratt, H. L., Telles, P. R., & Pok, B. H. (1999). Sex, drugs, and the culture of travestismo in Rio de Janeiro. *International Journal of Transgenderism*, 3(1/4).
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Iudici, A. & De Aloe, S. (2007). DSM: manuale dei disturbi mentali o riedizione del mito della malattia mentale, in Pagliaro, G. & Salvini, A. (Eds.), *Mente & Psicoterapia*. Torino: Utet.
- Iudici, A., de Aloe, S., Fornaro, G., Priori, M., & Strada, A. (2014). Countering the “career of disability”: from clinical institutionalization to the creation of opportunities for biographical change. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116, 3271-3275.
- Iudici, A., & Verdecchia, M. (2015). Homophobic labeling in the process of identity construction. *Sexuality & culture*, 19(4), 737-758.
- Iudici, A., Faccio, E., Quarato, M., Neri, J., & Castelnuovo, G. (2017). Getting Better Acquainted with Auditory Voice Hallucinations (AVHs): A Need for Clinical and Social Change. *Frontiers in psychology*, 8, 1978.
- Jackson, P. A. (1997). Kathoey \[gay \[man. The historical emergence of gay male identity in Thailand. In L. Manderson & M. Jolly (Eds.), *Sites of desire/economies of pleasure: Sexualities in Asia and the Pacific* (pp. 166-190). Chicago: University of Chicago Press.
- James, W. (1980). *The principles of psychology*. New York: Mc Millan.

- Jones, A. R., & Stallybrass, P. (1991). Fetishizing gender: Constructing the hermaphrodite in Renaissance Europe. *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*, 80-111.
- Jorgensen, C. (1967). *Christine Jorgensen: A Personal Autobiography*. New York: P.S. Eriksson.
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: A preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31 (2), 278-299.
- Kamens, S. R. (2011). On the proposed sexual and gender identity diagnoses for DSM-5: History and controversies. *The Humanistic Psychologist*, 39(1), 37-59.
- Käng, D. B. C. (2012). Kathoey “In Trend”: Emergent Genderscapes, National Anxieties and the Re-Signification of Male-Bodied Effeminacy in Thailand. *Asian Studies Review*, 36(4), 475-494.
- Katz, A. H., & Bender, E. I. (1976). Self-help groups in Western society: History and prospects. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 12(3), 265-282.
- Kessler, S. J. (1998) *Lessons from the Intersexed*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Kessler, S. J. (2002). *Lessons from the intersexed*. New Brunswick, NJ: Scholarly Book Services Inc.
- Kessler, S. & McKenna, W. (1978). *Gender: An Ethnomethodological Approach*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kessler, S. & McKenna, W. (2000). Who Put The “Trans” In Transgender? Gender Theory And Everyday Life. *International Journal Of Transgenderism*, 4(3). <http://www.symposium.com/ijt/index.htm>.
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115-118.
- Korell, S. C., & Lorah, P. (2007). An Overview of Affirmative Psychotherapy and Counseling With Transgender Clients. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 271-288). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Koyama, E. (2003). The transfeminist manifesto. In R. Dicker & A. Piepmeier (Eds.), *Catching a wave: Reclaiming feminism for the 21st century* (pp. 244-62). York: Northeastern University Press.

- Kreukels, B. A. P., Steensma, T. D., De Vries, A. L., & McGuire, J. K. (2015). *Gender dysphoria and disorders of sex development*. New York: Springer.
- Kruijver, F. P., Zhou, J., Pool, C., Hofman, M. A., Gooren, L. J. G., & Swaab, D. F. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85, 2034-2041.
- von Krafft-Ebing, R. (1886). *Psychopathia sexualis*. Stuttgart: Enke.
- von Krafft-Ebing, R. (1892). *Psychopathia sexualis with especial reference to contrary sexual instinct: A medico-legal study*. Philadelphia, PA: F. A. Davis Co. Publishers.
- Kulick, D. (1998). *Travesti: Sex, gender, and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. Chicago: University of Chicago Press.
- La Mendola, S. (2009). *Centrato e aperto: dare vita a interviste dialogiche*. Torino: UTET.
- Lang, S. (1999). Lesbians, men-women, and two-spirits: Homosexuality and gender in Native American cultures. In E. Blackwood & S. E. Wieringa (Eds.), *Female desires: Same-sex relations and transgender practices across cultures* (pp. 91-118). New York: Columbia University Press.
- Langer, S. J., & Martin, J. I. (2004). How dresses can make you mentally ill: Examining gender identity disorder in children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(1), 5-23.
- Lannamann, J. W., & McNamee, S. (2011). Narratives of the interactive moment. *Narrative Inquiry*, 21(2), 382-390.
- Laqueur T. (1990). *L'identità sessuale dai greci a Freud*. [Trad. it., Roma-Bari: Laterza, 1992].
- Laslett, B. (1999). Personal Narratives as Sociology. Featured essay. *Contemporary Sociology*, 28 (4), 391-401.
- Lemert, E. M. (1967). *Human Device, Social Problems and Social Control*. Englewood, New Jersey: Prentice-Hall.
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working for gender-variant people and their families*. New York: Routledge.
- Lev, A. I. (2005). Disordering gender identity: Gender identity disorder in the DSM-IV-TR. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 17, 35-69.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International*

- Journal of Transgenderism*, 11, 76-101.
- Lev, A. I. (2013). Gender dysphoria: Two steps forward, one step back. *Clinical Social Work Journal*, 41(3), 288-296.
- Levy, A. (2015). Dolls and Feelings. *New Yorker*, December 14, 2015. www.newyorker.com/magazine/2015/12/14/dolls-and-feelings.
- Lindemann, G. (1996). The Body of Gender Difference. *The European Journal of Women's Studies*, 3, 341-361.
- Lorber, J. (1994). The social construction of gender. In Disch, E. (Ed.), *Reconstructing gender: A multicultural anthology* (pp. 96-103). Boston: McGraw Hill.
- Lorber, J., & Farrell, S. A. (1991). *The social construction of gender*. Newbury Park: Sage Publications.
- Lorber, J., & Moore, L. J. (2002). *Gender and the social construction of illness*. Rowman: Altamira.
- Lyotard, J. F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris: Les Editions de Minuti. [Tr. it. La condizione postmoderna. Milano: Feltrinelli, 1985].
- Manalansan, M. F. (2003). *Global divas: Filipino gay men in the diaspora*. Durham, NC: Duke University Press.
- Marcasciano, P. (2013). Transiti di genere nell'Italia postmoderna. *La camera blu. Rivista di studi di genere*, (9).
- Marchetti, V. (2001). *L'invenzione della bisessualità: discussioni fra teologi, medici & giuristi del XVII secolo sull'ambiguità dei corpi & delle anime*. Milano: Bruno Mondadori.
- Martin, J. I., & Yonkin, D. R. (2006). Transgender identity. *Sexual orientation and gender expression in social work practice*, 105-128.
- Mason-Schrock, D. (1996). Transsexuals' Narrative Construction of the "True Self". *Social Psychology Quarterly* 59 (3), 176-192.
- Schrock, D. P. & Reid, L. L. (2006). Transsexuals' Sexual Stories. *Archives of Sexual Behavior*, 35 (1), 75-86.
- Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1980). *Biology of Cognition. Autopoiesis and Cognition*.

Dordrecht: D. Reidel.

- Matza, D. (1969). *Becoming Deviant*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Matzner, A. (2006). Kathoey. <http://en.wikipedia.org/wiki/kathoey/>.
- McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs*, 30, 1771-1800.
- McHugh, P. R. (1992). Psychiatric misadventures. *American Scholar*, 61, 497-510.
- McNamee, S. (1995). Research as Rationally Situated Activity: Ethical Implications. *Journal of feminist family therapy*, 6(3), 69-83.
- McNamee, S. (2002). The Social Construction of Disorders: from Pathology to Potential. In Raskin, J.D & Bridges, S.K. (eds.), *Studies in meaning: Exploring constructivist psychology*. New York: Pace University Press.
- McNamee, S. (2010). The self beyond words: comment on 'is there a place for individual subjectivity within a social constructionist epistemology'. *Journal of Family Therapy*, 32(4), 358-361.
- McNamee, S. (2014). Research as relational practice: Exploring modes of inquiry. In G. Simon & A. Chard (Eds.), *Systemic inquiry: Innovations in reflexive practice research* (pp. 74-94). London: Everything is Connected Press.
- McNamee, S. (2018). Far from "anything goes": Ethics as communally constructed. *Journal of Constructivist Psychology*, 31(4), 361-368.
- McNamee, S. & Gergen, K. J. (1992). *Therapy as Social Construction*. London: Sage Publications.
- McNamee, S., & Hosking, D. M. (2012). *Research and social change: A relational constructionist approach*. New York: Routledge.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self & society*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Meadow, T. (2011). 'Deep Down Where the Music Plays': How Parents Account for Childhood Gender Variance. *Sexualities*, 14, 725-47.
- Mecacci, L. (1999). *Psicologia moderna & postmoderna*. Bari: La Terza.
- Menvielle, E., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010-13.
- Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193-210.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism: Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions. *Arch Sex Behav*, 39, 461-476. DOI 10.1007/s10508-009-9532-4

- Meyerowitz, J. (2002). *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Metcalfe, W., & Caplan, P. (2004). Seeking 'normal' sexuality on a complex matrix. In P. Caplan & L. Cosgrove (Eds.), *Bias in psychiatric diagnosis* (pp. 121-6). Oxford: Rowman & Littlefield.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods (2nd ed.)*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Mills, C. W. (1959). *The Sociological Imagination*. New York: Oxford University Press.
- Mininni, G. (2003). *Il discorso come forma di vita*. Napoli: Guida.
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2015). Sexual orientation and gender identity: review of concepts, controversies and their relation to psychopathology classification systems. *Frontiers in psychology*, 6, 1511.
- Monceri, F. (2010). *Oltre l'identità sessuale. Teorie queer e corpi transgender*. Pisa: ETS.
- Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 163-177.
- Moser, C. (2009). Autogynephilia in women. *Journal of Homosexuality*, 56(5), 539-47.
- Moser, C. (2011). Yet another paraphilia definition fails. *Archives of Sexual Behavior*, 40(3), 483-85.
- Moser, C., & Kleinplatz, P. J. (2005). Does heterosexuality belong in the DSM. *Lesbian & Gay Psychology Review*, 6(3), 261-267.
- Mühlhäusler, P., & Harré, R. (1990). *Pronouns and people: The linguistic construction of social and personal identity*. New York: Blackwell.
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-31.
- Murray, S. O. (1997). The Sohari Khanith. In S. O. Murray & W. Roscoe (Eds.), *Islamic Homosexualities: Culture, History, and Literature* (pp. 256-261). New York: New York University Press.
- Namaste, K. (1994). The Politics of Inside/Out: Queer Theory, Poststructuralism, and a Sociological Approach to Sexuality. *Sociological Theory*, 12, 220-231.

- Nanda, S. (1999). *Neither man nor woman: The Hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
- Nanda, S. (2000). *Gender diversity: Crosscultural variations*. Prospect Heights, IL: Waveland.
- Nanda, S. (2008). Cross-cultural issues. In Rowland, D. L. & Inrocchi, L. *Handbook of sexual and gender identity disorders* (pp. 457-483). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Nash, J. C. (2008). Re-thinking intersectionality. *Feminist review*, 89(1), 1-15.
- Neimeyer, R. A. & Mahoney, M.J. (1995). *Constructivism in Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Nicotra, M. (2008). Transgender FtM. Snodi nel discorso sociale, scientifico e soggettivo. In Ruspini, E. & Inghilleri, M. (Eds.), *Transessualità & scienze sociali. Identità di genere nella postmodernità*, (pp. 257-274). Napoli: Liguori Editore.
- O'Brien, J. (2009). *Gender and Society*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- O'Brien, J. (1995). Changing Brazilian constructions of homosexuality. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 241-255). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Oriel, A. K. (2000). Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185-194.
- Paap, M. C., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Richter-Appelt, H., De Cuypere, G., & Haraldsen, I. R. (2011). Assessing the utility of diagnostic criteria: a multisite study on gender identity disorder. *The journal of sexual medicine*, 8(1), 180-190.
- Pagliari G., Cesa-Bianchi, M. (1995). *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo-cognitivi*. Milano: Franco Angeli.
- Parker, I. (2005). *Qualitative research. Introducing radical research*. Maidenhead, England: Open University Press.
- Parker, R. C. (1991). *Bodies, pleasure, and passions: Sexual culture in contemporary Brazil*. Boston: Beacon Press.
- Pauly, I. (1973). Female transsexualism. In *Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome*. (pp. 49-55). Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Perrin, E. C. (2002). *Sexual orientation in child and adolescent healthcare*. New York: Springer.
- Pirandello, L. (1925). *Uno, nessuno, centomila*. Milano: Feltrinelli, 2008.
- Pleak, R. R. (2009). Formation of transgender identities in adolescence. *Journal of Gay & Lesbian*

- Mental Health*, 13(4), 282-291.
- Plummer, K. (1975). *Sexual stigma: An interactionist account*. Abingdon-on-Thames, England: Routledge & Kegan Paul.
- Plummer, K. (2002). La sociologia della sessualità e il ritorno del corpo. *Rassegna italiana di sociologia*, 43(3), 487-502.
- Plummer, K. (2003). Queers, Bodies and Postmodern Sexualities: A Note on Revisiting the “Sexual” in Symbolic Interactionism. *Qualitative Sociology*, 26 (4), 515-530.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: SUNY Press.
- Polkinghorne, D. E. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. In J. A. Hatch & R. Wisniewski (Eds.), *Life history and narrative* (pp. 5-23). London, England: Falmer Press.
- Pomata, G. (1992). Uomini mestruanti. Somiglianza & differenza fra i sessi in Europa in età moderna. *Quaderni storici*, 51-103.
- Popper, K. R. (1963). *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*. New York London: Routledge.
- Potter, J. (2003). Discourse analysis. In M. Hardy & A. Bryman (Eds.), *Handbook of data analysis* (pp. 607-624). London, England: Sage Publications.
- Potter, J., & Hepburn, A. (2008). Discursive constructionism. In Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (Eds.), *Handbook Of Constructionist Research*. New York: The Guilford Press.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1995). Discourse Analysis. In: J. A. Smith, R. Harrè & Van Langenhove (Eds.), *Rethinking Methods in Psychology* (pp. 80-92), London: Sage Publications.
- Power, M. B. (1985). The Ritualization of Emotional Conduct in Early Childhood. *Studies in Symbolic Interaction*, 6 , 213-27.
- Prince, V. (1969). Change of Sex or Gender. *Transvestia*, 10(60), 53-65.
- Prince, V., & Bentler, P. M. (1972). Survey of 504 cases of transvestism. *Psychological Reports*, 31(3), 903-917.
- Prosser, J. (1998). *Second Skins: the body narratives of transsexuality*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Rabinowitz, P. (1995). Soft Fictions and Intimate Documents: Can Feminism Be Posthuman?. In J. Halberstram & I. Livingstone (Eds.), *Posthuman Bodies* (pp. 97-112). Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Raina, G. (2002). L'opposizione maschile/femminile nella trattatistica fisiognomica greca & latina. In AA.VV. *Corpi & Storia. Donne & uomini dal mondo antico all'età contemporanea* (pp. 153-163). Roma: Viella.
- Rametti, G., Carrillo, B., Gomez-Gil, E., Junque, C., Segovia, S., Gomez, A., et al. (2011). White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 199-204.
- Ramos, G. (1936). *Angustia*. Sao Paulo: Martins.
- Reddy, G. (2005). *With respect to sex: Negotiating hijra identity in south India*. Chicago: University of Chicago Press.
- Reed, G. M., McLaughlin, C. J., & Newman, R. (2002). American Psychological Association policy in context: The development and evaluation of guidelines for professional practice. *American Psychologist*, 57(12), 1041.
- Riessman, C. K. (1983). Women and Medicalization: A New Perspective. *Social Policy*, 14, 3-18.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Series*, 30. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Riessman, C. K. (2001). Analysis of personal narratives. In Gubrium, J.F. & Holstein, J.A (Eds.), *Handbook of interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Riessman, C. K. (2003). Performing Identities In Illness Narrative: Masculinity And Multiple Sclerosis. *Qualitative Research*, 3(1), 5-33. DOI:10.1177/146879410300300101.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Riessman, C. K. (2012). Analysis of Personal Narratives. In Holstein, J.A., Gubrium, J.F., Marvasti, A. B. & McKinney, K. D. (Eds.), *The SAGE handbook of interview research: The complexity of the craft*, (pp. 367-380). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Roen, K. (2002). Either/or' and 'both/neither: Discursive tensions in transgender politics. *Signs*, 27, 501-522.
- Romaioli, D. (2013). *La terapia multi-being. Una prospettiva relazionale in psicoterapia*. Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publications.

- Rorty, R. (1979). *Philosophy and the Mirror of Nature*. Princeton: Princeton University Press.
- Roscoe, W. (1990). *The Zuni man-woman*. Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Roscoe, W. (1995). Cultural anesthesia and lesbian and gay studies. *American Anthropologist*, 97, 448 - 452.
- Roscoe, W. (1996). How to become a berdache: Toward a unified analysis of gender diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 329-372). New York: Zone Books.
- Rosenthal, G. (2004). Biographical Research. in C. Seale, G. Gobo, J. Gubrium, and Silverman, D. (Eds.), *Qualitative Research Practice* (pp. 48-65). London: Sage Publications.
- Rowland, D. L. & Incrocci, L. (2008). *Handbook of sexual and gender identity disorders*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Rubin, H. (2006). The logic of treatment. In Stryker, S. and Whittle, S. (Eds.), *The transgender studies reader*. New York, NY: Routledge.
- Ruspini, E. (2010). Transizioni di genere tra controllo sociale e spazi di possibilità. Convegno Internazionale 'Spaces of Difference', Milano, 20-21.
- Ruspini, E. (2008). Fluidità di genere: il contributo della sociologia, in E. Ruspini & M. Inghilleri (Eds.), *Transessualità e scienze sociali. Identità di genere nella postmodernità* (pp. 183-212), Napoli: Liguori.
- Ruspini, E. & Inghilleri, M. (2008). *Transessualità & scienze sociali. Identità di genere nella postmodernità*. Napoli: Liguori Editore.
- Ruspini, E., & Turolla, C. (2011). A journey to Wondersexland? Attraversare le sessualità trans. *Generi Culture Sessualità*, 590, 165-174.
- Salvini, A. (1980). *Ruoli & Identità Deviante*. Padova: CLEUP.
- Salvini, A. (1988). *Il rito aggressivo*. Firenze: Giunti.
- Salvini, A. (1998). *Argomenti di psicologia clinica*. Padova: Upsel.
- Salvini, A. (2004). *Psicologia clinica*. Padova: Upsel Domeneghini Editore.
- Salvini, A. (2008) Prefazione. In Ruspini, E. & Inghilleri, M. (Eds.), *Transessualità & scienze sociali. Identità di genere nella postmodernità* (pp. IX-XII). Napoli: Liguori Editore.
- Salvini, A. (2011). Introduzione. In Salvini, A. & Dondoni, M. (Eds.), *Psicologia Clinica Dell'interazione & Psicoterapia* (pp. 13-26). Firenze: Giunti.
- Salvini, A., & Bottini, R. (2011). *Il nostro inquieto segreto*. Milano: Ponte alle Grazie.

- Salvini, A. & Galièni, N. (2002). *Diversità, devianze e terapia*. Padova: Upsel.
- Salvini, A. & Dondoni, M. (2011). *Psicologia Clinica Dell'interazione & Psicoterapia*. Firenze: Giunti.
- Salvini, A., Faccio, E. & Dondoni, M. (2011). Ruoli e identità devianti. In Salvini, A. & Dondoni, M. (Eds.), *Psicologia Clinica Dell'interazione & Psicoterapia* (pp. 208-237). Firenze: Giunti.
- Salvini, A. & Romaioli, D. (2016). Migranti: integrazione identitaria e resistenze al cambiamento. *Scienze dell'interazione*, 1-2, 8-19.
- Sampson, E. E. (1985). The decentralization of identity: Toward a revised concept of personal and social order. *American Psychologist*, 40, 1203-1211.
- Sarbin, T. R. (1986). *The narrative as a root metaphor for psychology*. Westport, Connecticut: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Sartre, J. P. [1943] 1956. *Being and Nothingness*, trans. H. E. Barnes. New York: Philosophical Library.
- Sartre, J. P. [1957] 1988. *Search for a Method*, trans. H. Barnes. New York: Random House.
- Sassatelli, R. (1999). Plasticità, corpo & potere. *Rassegna Italiana di Sociologia*, XL, n. 4.
- Sassatelli, R. (2006). Corpi ibridi. Sesso, genere e sessualità. *Aut Aut*, 330, pp. 1-25.
- Sayer, A. (1997). Essentialism, social constructionism, and beyond. *The Sociological Review*, 45(3), 453-487.
- Searle, J. R. (1969). *Speech Acts: an essay in the philosophy of language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sedgwick, E. K. (1990). *Epistemology of the closet*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- Sedgwick, E. K. (1991). How to bring your kids up gay. *Social Text*, 9, 18-27.
- Segal, L. (1986). *The dream of reality: Heinyon Foerster's constructivism*. New York: Norton.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2006). *Dialogic meetings in social networks*. London: Karnac.
- Seidman, S. (1994). Symposium: Queer Theory/Sociology: A Dialogue. *Sociological Theory*, 12, 166-177.
- Shapiro, J. (1991). Transsexualism: Reflections on the persistence of gender and the mutability of sex, in J. Epstein & K. Straub (a cura di), *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*, Routledge, London.

- Sharma, P. (2012). Historical background and legal status of third gender in Indian society. *International Journal of Research in Economics & Social Sciences*, 2(12), 64-71.
- Shilling, C. (1993). *The Body And Social Theory, Culture & Society*. London: Sage Publications.
- Schilt, K., & Westbrook, L. (2009). Doing gender, doing heteronormativity: 'Gender normals,' transgender people, and the social maintenance of heterosexuality. *Gender & Society*, 23(4), 440-444.
- Schöning, S., Engeli, A., Bauer, C., Kugel, H., Kersting, A., Roestel, C., et al. (2010). Neuroimaging differences in spatial cognition between men and male-to-female transsexuals before and during hormone therapy. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 1858-1867.
- Serano, J. (2009). Psychology, sexualization and trans-invalidations. Presented at the 8th Annual Philadelphia Trans-Health Conference.
- Serano, J. (2010). The case against autogynephilia. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 176-87.
- Smith, D., (2002). Foreword. In Fenstermaker, S. & West, C. (Eds.), *Doing Gender, Doing Difference: Inequality, Power and Institutional Change*. New York: Routledge.
- Socarides, C. W. (1969). The desire for sexual transformation: A psychiatric evaluation of transsexualism. *American Journal of Psychiatry*, 125, 1419-1425.
- Society for Humanistic Psychology (2011). Open letter to the DSM-5. <http://www.ipetitions.com/petition/dsm5/>.
- Spade, D. (2003). Resisting medicine remodeling gender. *Berkeley Women's Law Journal*, 15-37.
- Spivak, G.C. (1990). *The Post-Colonial Critic: Interviews, Strategies, Dialogues*. New York, London: Routledge.
- Stein, A., & Plummer, K. (1994). "I Can't Even Think Straight" "Queer" Theory and the Missing Sexual Revolution in Sociology. *Sociological theory*, 12(2), 178-187.
- Stephen, L. (2002). Sexualities and genders in Zapotec, Oaxaca. *Latin American Perspectives*, 29(2), 41-59.
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psycho-analysis*, 45, 220-226.
- Stoller, R. J. (1967). Etiological factors in male transsexualism. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 29, 431-433.

- Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender (Vol I)*. New York: Science House.
- Stoller, R. J. (1975). *Sex and gender (Vol. II). The transsexual experiment*. London: Hogarth Press.
- Stoller, R. J., Marmor, J., Bieber, I., Gold, R., Socarides, C. W., Green, R., & Spitzer, R. L. (1973).
A symposium: Should homosexuality be in the APA nomenclature? *American Journal of Psychiatry*, 130, 1207-1216.
- Stryker, S. & Whittle, S. (2006). *The Transgender Studies Reader*. New York, NY: Routledge.
- Stryker, S. (2006). Foreword. In R. Ekins & D. King (Eds.), *Virginia Prince: Pioneer of transgenering* (pp. xi-xii). Binghamton, NY: Haworth Medical Press.
- Stryker, S. (2008). *Transgender History*. Berkeley, CA: Seal Press.
- Swaab, D. F., & Fliers, E. (1985). A sexually dimorphic nucleus in the human brain. *Science*, 228(4703), 1112-1115.
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Szasz, T. S. (2007). *The medicalization of everyday life*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.
- Taylor, C. (1992). The Dialogical Self in Hiley, D., Bohman, J. and Shusterman, R. (Eds.) *The Interpretive Turn: Philosophy, Science, Culture*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.
- Taylor, D. M., Bougie, E. & Caouette, J. (2003). Applying Positioning Principles to a Theory of Collective Identity. In Harrè, R. & Moghaddam, F.M. (Eds.), *The Self and Others. Positioning Individuals and groups in Personal, Political, and Cultural Contexts* (pp. 197-215). Westport: Praeger.
- Tosh, J. (2013). The (in)visibility of childhood sexual abuse: Psychiatric theorizing of transgenderism and intersexuality. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 2(1), 71-87.
- Tosh, J. (2015). *Perverse psychology: The pathologization of sexual violence and transgenderism*. New York: Routledge.
- Tosh, J. (2016). *Psychology and Gender Dysphoria. Feminist and Transgender Perspectives*. New York: Routledge.
- Turci, P., & Roveroni, P. (1987). *Psicopatologia e livelli di realtà*. Milano: Cortina.
- Turchi, G.P. & Maiuro, T. (2007). La riflessione epistemologica come criterio di scientificità in psicologia clinica. In Molinari, R. & Labella, A. (Eds.), *Psicologia clinica - Dialoghi e confronti* (pp. 41-50). Milano: Springer.
- Turner, B. S. (1984). *The Body and Society*. Oxford: Basil Blackwell.

- Turner, B.S. (2008). *The body and society: Explorations in social theory*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Udry, J. R. (2000). Biological limits of gender construction. *American Sociological Review*, 65, 443-457.
- Ulrichs, K. H. (1864). *Forschungen über das Räthsel der mann männlichen Liebe*. Leipzig: Ulrichs.
- Valentine, D. (2007). *Imagining transgender: An ethnography of a category*. Durham, NC: Duke University Press.
- Valerio, P., Bochicchio, V., Mezza, F., Amodeo A.L., Vitelli, R. & Scandurra, C. (2015). *Adattamento italiano delle Linee-Guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender nonconforming dell'American Psychological Association*. Ordine degli Psicologi della Campania.
- Valerio, P. & Fazzari, P. (2016). Dilemmi e controversie nell'inquadramento diagnostico delle identità transgender e delle identità di genere non conformi. *Questione Giustizia*, 2, 210-219.
- Vance, C. (1989). Social construction theory: problems in the history of sexuality. In van Kooten Nierker, A. & van der Meer, T. (Eds.), *Homosexuality, which Homosexuality?* London: GMP Publishers.
- Vasey, P. L., & Bartlett, N. H. (2007). What can the Samoan Fa'afafine teach us about the Western concept of gender identity disorder in childhood? *Perspectives in Biology and Medicine*, 50, 481-490.
- Veale, J., Clarke, D., & Lomax, T. (2011). Male to female transsexuals' impressions of Blanchard's autogynephilia theory. *International Journal of Transgenderism*, 13(3), 131-9.
- Vygotskij, L. (1986). *Thought and language*. London: The Mit Press.
- Vincent, B. & Manzano, A. (2017). History and Cultural Diversity. In C. Richards et al. (Eds.), *Genderqueer and Non-Binary Genders, Critical and Applied Approaches in Sexuality, Gender and Identity* (pp. 11-30). Basingstoke, England: Palgrave Macmillan. DOI 10.1057/978-1-137-51053-2_2

- Vitelli, R. (2001). Transessualismo e identità di genere. L'opera di Robert J. Stoller - Presentazione. In: P. Valerio, M. Bottone, R. Galiani, e R. Vitelli (Eds.), *Il Transessualismo - Saggi psicoanalitici*. Milano: Franco Angeli.
- Vitelli, R. (2010). L'al di là del femminile: note per una lettura daseinsanalitica del transessualismo maschile. *Comprendre*, 21, 2010-2.
- Vitelli, R. (2015). Adult Male-to-Female Transsexualism: A Clinical Existential-Phenomenological Inquiry. *Journal of Phenomenological Psychology* 46, 33-68.
- Vitelli, R. (2017). Transexualism as an icon of Posthumanism: A Sartrean critical reconsideration. In M. Maldonato e P. A. Masullo (Eds.), *The Posthuman: Consciousness and Pathic Engagement* (pp. 21-41). Brighton, England: Sussex University Press.
- Vitelli, R. (2018). Binswanger, Daseinsanalyse and the issue of the Unconscious: an historical reconstruction and a rethinking of Daseinsanalytic Psychotherapy. *Journal of Phenomenological Psychology*, 49,1: 1-42
- Vitelli, R. & Giusti, Z. (2012). Per un'archeologia del soggetto transessuale: un'introduzione a Die Transvestiten di Magnus Hirschfeld e a Psychopathia transexualis di David Cauldwell. In R. Vitelli e P. Valerio (Eds.), *Sesso e Genere: Uno sguardo tra storia e nuove prospettive*. Napoli: Liguori Editore.
- Vitelli, R., Fazzari, P., Valerio, P. (2013). Le varianti di genere e la loro iscrizione nell'orizzonte del sapere medico-scientifico: la varianza di genere è un disturbo mentale? Ma cos'è, poi, un disturbo mentale? In F. Corbisiero F. (Ed.), *Comunità omosessuali. Le scienze sociali sulla popolazione LGBT* (pp. 221-243). Milano: Franco Angeli.
- Vitelli, R., Valerio, P. (2012). *Sesso e genere*. Milano: Franco Angeli.
- Vitelli, R., Bottone, M., Sisci, N. & Valerio, P. (2006). L'identità transessuale tra storia e clinica: quale intervento per quale domanda, in Rigliano, P., Graglia, M. (Eds.), *Gay e Lesbiche in Psicoterapia*, (pp. 281-322), Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Vitelli, R., Scandurra, C., Pacifico, R., Selvino, M. S., Picariello, S., Amodeo, A. L., ... & Giami, A. (2017). Trans identities and medical practice in Italy: Self-positioning towards gender affirmation surgery. *Sexologies*, 26(4), e43-e51.
- Waskul, D. D., & Van der Riet, P. (2002). The abject embodiment of cancer patients: Dignity, selfhood, and the grotesque body. *Symbolic Interaction*, 25(4), 487-513.

- Waskul, D. & Vannini, P. (2006). *Body/Embodiment. Symbolic Interaction and the Sociology of the Body*. Burlington, VT: Ashgate.
- West, C., & Fenstermaker, S. (1995). Doing difference. *Gender & society*, 9(1), 8-37.
- West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender & Society*, 1(2), pp. 125-151. DOI:10.1177/0891243287001002002.
- West, C. & Zimmerman, D. H. (1991). Doing gender. In Lorber, J. & Farrell, S. (Eds.), *The Social Construction of Gender*. California: Sage Publications.
- West, C. & Zimmerman, D. H. (2009). Accounting for doing gender. *Gender & society*, 23(1), 112-122.
- Wetherell, M. (1998). Positioning and interpretative repertoires: Conversation analysis and post-structuralism in dialogue. *Discourse & society*, 9(3), 387-412.
- Wetherell, M., Taylor, S., & Yates, S. J. (2001). *Discourse theory and practice: A reader*. London: Sage Publications.
- Whitam, F. L. (1997). Culturally universal aspects of male homosexual transvestites and transsexuals. In B. Bullough, V. L. Bullough, & J. Elias (Eds.), *Gender blending* (pp. 189-203). Amherst, NY: Prometheus Books.
- Whitman, C. N., & Han, H. (2016). Clinician competencies: Strengths and limitations for work with transgender and gender non-conforming (TGNC) clients. *International Journal of Transgenderism*, 18(2), 154-171.
- Wiesner-Hanks, M. (2001). *Gender in history: New perspectives on the past*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Toye, K., . . . T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3379-88.
- Williams, P. & Chrisman, L. (1993). *Colonial discourse and post-colonial theory: A reader*. Columbia: Columbia University Press.
- Williams, C. J. et al. (2013). Trans Men: Embodiments, Identities, And Sexualities. *Sociological Forum*, 28(4), 719-741. DOI:10.1111/socf.12056.
- Willig, C. (2008). Discourse Analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology - A practical guide to research methods* (pp. 160-185). London: Sage Publications.

- Winter, S. (2014). Gender Troubles: What's Wrong With the WHO Proposal for Gender Incongruence in Childhood. <https://gidreform.wordpress.com/2014/07/17/gender-troubles-whats-wrong-with-the-who-proposal-for-gender-incongruence-in-childhood-by-dr-sam-winter>.
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., et al. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21, 96-118.
- Winters, K. (2008). Autogynephilia: The infallible derogatory hypothesis, Part 1: <https://gidreform.wordpress.com/2008/11/10/autogynephilia-the-infallible-derogatory-hypothesis-part-1/>.
- Wittgenstein, L. (1953). *Ricerche filosofiche*. Torino: Einaudi, 1967.
- World Health Organization (1948). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death (6th Revision)*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (1955). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death (7th ed.)*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (1965). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death (8th ed.)*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (1975). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death (9th ed.)*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (1992). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death (10th ed.)*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Professional Association for Transgender Health (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Non Conforming People, 7th Version*. Author.
- Wylie, K. R., Barrett, J., Besser, M., Bouman, W. P., Brain, C., Bridgeman, M., Clayton, A., Ferguson, B., Green, R., Hamilton, M., Hines, M., Ivbajro, G., Khoosal, D., Lawrence, A., Lenihan, P., Lowenthal, D., Ralph, D., Reed, T., Thom, B., Thornton, J., Walsh, D., & Ward, D. (2013). Good Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Adults with Gender Dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy*, 29 (1), 154-214.
- Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and feminist politics. *European journal of women's studies*, 13(3), 193-209.

- Zito, E. (2013). Disciplinary crossings and methodological contaminations in gender research: A psycho-anthropological survey on Neapolitan femminielli. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 7(2): 204-217.
- Zito, E., & Valerio, P. (2010). *Corpi sull'uscio, identità possibili. Il fenomeno dei femminielli a Napoli*. Napoli: Filema.
- Zito, E., & Valerio, P. (2013). *Genere: femminielli. Esplorazioni antropologiche e psicologiche*. Napoli: Edizioni Libreria Dante & Descartes.